

Gesamte Rechtsvorschrift für Burgenländisches Krankenanstaltengesetz 2000, Fassung vom 20.03.2019

Langtitel

Gesetz vom 27. April 2000 über die Krankenanstalten im Burgenland (Burgenländisches Krankenanstaltengesetz 2000 - Bgld. KAG 2000)

StF: LGBl. Nr. 52/2000 (XVII. Gp. RV 894 AB 903)

Änderung

- LGBl. Nr. 45/2001 (XVIII. Gp. RV 108AB 125)
- LGBl. Nr. 82/2005 (XVIII. Gp. RV 1096AB 1121)
- LGBl. Nr. 76/2009 (XIX. Gp. IA 1206AB 1250)
- LGBl. Nr. 70/2010 (XX. Gp. RV 8AB 28)
- LGBl. Nr. 84/2011 (XX. Gp. RV 296AB 320)
- LGBl. Nr. 75/2012 (XX. Gp. RV 352AB 585)
- LGBl. Nr. 37/2013 (XX. Gp. RV 712AB 733)
- LGBl. Nr. 79/2013 (XX. Gp. RV 783AB 799)
- LGBl. Nr. 49/2014 (XX. Gp. RV 1011AB 1034) [CELEX Nr. 32002L0098, 32010L0053]
- LGBl. Nr. 51/2014 (XX. Gp. RV 1050AB 1065) [CELEX Nr. 32011L0024]
- LGBl. Nr. 27/2016 (XXI. Gp. RV 318AB 330)
- LGBl. Nr. 64/2017 (XXI. Gp. RV 1071AB 1094)
- LGBl. Nr. 25/2018 (XXI. Gp. RV 1275AB 1295)

Präambel/Promulgationsklausel

Der Landtag hat beschlossen:

Inhaltsverzeichnis

1. Hauptstück

Begriffsbestimmungen

- § 1 Krankenanstalten
- § 2 Ausnahmen
- § 3 Allgemeine Krankenanstalten
- § 3a Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationsformen/-einheiten
- § 3b Fachrichtungsbezogene Organisationsformen
- § 3c Referenzzentren
- § 3d Entnahmeeinheiten
- § 3e Transplantationszentren
- § 4 Verweisungen auf Bundes- oder Landesgesetze

2. Hauptstück

Allgemeine Bestimmungen über die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten und selbstständigen Ambulatorien

- § 5 Errichtungs- und Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten
- § 6 (entfällt)
- § 7 Zulassungsverfahren für selbstständige Ambulatorien
- § 7a Betriebsbewilligung für selbstständige Ambulatorien
- § 7b Primärversorgungseinheiten in Form von selbstständigen Ambulatorien
- § 8 Prüfung der Voraussetzungen für den Betrieb
- § 9 Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung
- § 10 Sperre einer Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums
- § 11 Verlegung einer Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums

- § 12 Veränderungen einer Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums
- § 13 Verpachtung und Übertragung einer Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums
- § 14 Landeskrankenanstaltenplan
- § 15 Anstaltsordnung
- § 16 Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen
- § 17 Auskunftspflicht
- § 18 Wirtschaftsaufsicht
- § 19 Kollegiale Führung
- § 20 Führung von Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten
- § 21 Ärztlicher Dienst
- § 21a Ausbildungsstätten
- § 22 Blutabnahme
- § 22a Mitwirkung von Spitalsärzten
- § 23 Qualitätssicherung
- § 23a Haftpflichtversicherung
- § 24 Ethikkommission
- § 24a Arzneimittelkommission
- § 24b Kinder- und Opferschutzgruppen
- § 24c Blutdepot
- § 24d Einrichtungen zum Sammeln und zur Abgabe von Muttermilch
- § 25 Ärztlicher Leiter
- § 25a Ärztlicher Dienst in Zahnambulatorien
- § 26 Krankenhaushygieniker
- § 27 Leiter des Pflegedienstes
- § 28 Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten
- § 29 Technischer Sicherheitsbeauftragter
- § 30 Verschwiegenheitspflicht
- § 31 Supervision und betriebliche Gesundheitsförderung
- § 32 Fortbildung
- § 33 Erste Hilfe und Behandlung von Patienten
- § 34 Psychologische und psychotherapeutische Betreuung
- § 35 Patientenrechte, transparentes Wartelistenregime
- § 36 Patientenvertretungen

3. Hauptstück Öffentliche Krankenanstalten

1. Abschnitt

Besondere Bestimmungen für öffentliche Krankenanstalten

- § 37 Allgemeines
- § 38 Voraussetzungen für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechts
- § 39 Öffentlichkeitsrecht bei Veränderungen in der Krankenanstalt
- § 40 Verzicht auf das Öffentlichkeitsrecht
- § 41 Entziehung des Öffentlichkeitsrechts
- § 42 Gemeinnützigkeit der Krankenanstalt
- § 43 Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege
- § 44 Notkrankenanstalten
- § 45 Angliederungsverträge
- § 46 Betriebspflicht, Betriebsunterbrechung und Auflassung
- § 47 Arzneimittelvorrat
- § 48 Öffentliche Stellenausschreibung
- § 49 Allgemeine Gebührenklasse und Sonderklasse
- § 50 Aufnahme von Patienten
- § 51 Aufnahme von nicht anstaltsbedürftigen Personen
- § 52 Entlassung von Patienten
- § 53 Leichenöffnungen (Obduktionen)
- § 54 Ambulante Untersuchungen und Behandlungen
- § 55 Entgelt für Leistungen der Krankenanstalten
- § 56 LKF-Gebühren; Pflege- und Sondergebühren
- § 57 Kostenbeitrag

- § 58 Festsetzung der LKF-Gebühren, Pflege- und Sondergebühren
- § 59 Honorare
- § 60 LKF-Gebühren; Pflege- und Sondergebühren für ausländische Staatsangehörige
- § 61 Zahlungspflichtige Personen
- § 62 Vorschreibung und Einbringung der LKF-Gebühren, Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge
- § 63 Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Fondskrankenanstalten
- § 64 Burgenländischer Gesundheitsfonds
- § 64a Tätigkeit des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger als Verbindungsstelle und als Betreiber der Zugangsstelle
- § 65 Beitragsbezirk und Krankenanstaltensprengel
- § 66 Deckung des Betriebsabganges der Fondskrankenanstalten
- § 67 Schiedskommission
- § 68 Aufgaben der Schiedskommission
- § 69 Verfahren vor der Schiedskommission

2. Abschnitt

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

- § 70 Allgemeines
- § 71 Offene und geschlossene Führung der Abteilung und Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie
- § 72 Anstaltsordnung und Führung von Aufzeichnungen
- § 73 Aufnahme und Entlassung von Patienten

4. Hauptstück

Besondere Bestimmungen für private Krankenanstalten

1. Abschnitt

Allgemeines

- § 74 Begriffsbestimmungen
- § 75 Errichtung und Betrieb von privaten Krankenanstalten
- § 76 Leichenöffnungen (Obduktionen)
- § 77 Fortbetriebsrecht
- § 78 Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Rechtsträgern privater Krankenanstalten

2. Abschnitt

Psychiatrie in privaten Krankenanstalten

- § 79 Besondere Bestimmungen für Abteilungen für Psychiatrie in privaten Krankenanstalten und für private Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie

5. Hauptstück

Militärische Krankenanstalten

- § 80 Militärische Krankenanstalten und besondere Vorschriften für die Inanspruchnahme von Krankenanstalten nach dem Heeresentschädigungsgesetz

6. Hauptstück

Straf-, Übergangs- und Schlussbestimmungen

- § 81 Mitwirkung bei der sanitären Aufsicht des Bundes
- § 82 Befreiung von Verwaltungsabgaben
- § 83 Eigener Wirkungsbereich der Gemeinde
- § 84 Strafbestimmungen
- § 85 Geschlechtsspezifische Ausdrücke
- § 85a Umsetzungshinweise
- § 86 Inkrafttretens-, Außerkrafttretens- und Übergangsbestimmungen

Text

**1. Hauptstück
Begriffsbestimmungen**

§ 1

Krankenanstalten

(1) Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die

1. zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung;
2. zur Vornahme operativer Eingriffe;
3. zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung;
4. zur Entbindung;
5. für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe oder
6. zur Bereitstellung von Organen zum Zweck der Transplantation

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

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

1. allgemeine Krankenanstalten, das sind Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung;
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. (Anm.: entfallen mit LGBl. Nr. 84/2011)
4. Pflegeanstalten für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen;
5. (Anm.: entfallen mit LGBl. Nr. 84/2011)
6. Sanatorien, das sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung, insbesondere durch eine niedrigere Bettenzahl in den Krankenzimmern und eine bessere Ausstattung und Lage der Krankenzimmer, entsprechen;
7. Selbständige Ambulatorien, das sind organisatorisch selbständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen. Der Verwendungszweck eines selbständigen Ambulatoriums erfährt dann keine Änderung, wenn dieses Ambulatorium über eine angemessene Zahl von Betten verfügt, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist. Die Durchführung von Hausbesuchen im jeweiligen Einzugsgebiet ist zulässig;
8. militärische Krankenanstalten, das sind vom Bund betriebene Krankenanstalten, die in unmittelbarem und überwiegendem Zusammenhang mit der Erfüllung der Aufgaben des Bundesheeres gemäß § 2 des Wehrgesetzes 2001 stehen.

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

§ 2

Ausnahmen

Als Krankenanstalten im Sinne des § 1 gelten nicht:

1. Anstalten, die für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, sowie Krankenabteilungen in Justizanstalten;
2. Einrichtungen, die von Betrieben für die Leistung erster Hilfe bereitgehalten werden, und arbeitsmedizinische Zentren gemäß § 80 des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes;
3. Einrichtungen zur Anwendung von medizinischen Behandlungsarten, die sich aus einem ortsgebundenen Heilvorkommen oder dessen Produkten ergeben, einschließlich der Anwendung von solchen Zusatztherapien, die zur Ergänzung der Kurbehandlung nach ärztlicher Anordnung

- angewendet werden und bei denen nach dem Stand der Wissenschaft davon auszugehen ist, dass die ärztliche Aufsicht über den Betrieb ausreicht, um schädliche Wirkungen auf das Leben oder die Gesundheit von Menschen auszuschließen;
4. die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH im Sinne des Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetzes, BGBl. I Nr. 63/2002 in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 111/2010;
 5. Gruppenpraxen;
 6. medizinische Versorgungseinrichtungen in Betreuungseinrichtungen gemäß § 1 Z 5 des Grundversorgungsgesetzes-Bund 2005 für Asylwerber.

§ 3

Allgemeine Krankenanstalten

- (1) Allgemeine Krankenanstalten sind einzurichten als
 1. Standardkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs. 4 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.
 2. Schwerpunktkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs. 4 mit Abteilungen zumindest für:
 - a) Augenheilkunde und Optometrie
 - b) Chirurgie
 - c) Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - d) Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
 - e) Innere Medizin
 - f) Kinder- und Jugendheilkunde
 - g) Neurologie
 - h) Orthopädie und Traumatologie
 - i) Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin und
 - j) Urologie;
 ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Hämodialyse, für Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin und für Intensivpflege (inklusive Intensivpflege für Neonatologie und Pädiatrie) vorhanden sein und durch Fachärzte des entsprechenden 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.
 3. Zentralkrankenanstalten mit grundsätzlich allen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen.
- (2) Die Voraussetzungen des Abs. 1 sind auch erfüllt, wenn
 1. die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind; dabei ist die örtlich getrennte Unterbringung auch in einem anderen Bundesland und unter den in § 3a geregelten Voraussetzungen auch auf dem Gebiet eines anderen Staates zulässig,
 2. in Standardkrankenanstalten die ambulante Basisversorgung für chirurgische und/oder unfallchirurgische Akutfälle im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG auch durch eine Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit oder eine Ambulante Erstversorgungseinheit oder durch Kooperation mit anderen geeigneten Gesundheitsdiensteanbietern in vertretbarer Entfernung im selben Einzugsbereich sichergestellt werden kann und

3. von der Errichtung einzelner im Abs. 1 Z 2 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.“

(3) (Anm.: entfallen mit LGBl. Nr. 64/2017)

(4) Krankenanstalten gemäß Abs. 1 Z 1 und 2 sowie Abs. 3, können, soweit dort vorgesehen, und nach Maßgabe des § 3b, die Errichtung folgender reduzierter Organisationsformen vorsehen:

1. Departments

- a) für Unfallchirurgie in Form von Satellitendepartments (§ 3b Abs. 2 Z 1),
- b) für Akutgeriatrie/Remobilisation im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin oder Abteilungen für Neurologie,
- c) für Remobilisation und Nachsorge im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Unfallchirurgie bzw. Orthopädie und Traumatologie,
- d) für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie,
- e) für Psychosomatik für Erwachsene vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Psychiatrie oder für Innere Medizin und
- f) für Kinder- und Jugendpsychosomatik vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

2. Fachschwerpunkte für die medizinischen Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie Urologie,

3. dislozierte Wochenkliniken für jedes Sonderfach sowie

4. dislozierte Tageskliniken für jedes Sonderfach.

Die Einrichtung reduzierter Organisationsformen ist mit Ausnahme von 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.

(5) Für Krankenanstalten können organisatorisch mit Genehmigung der Landesregierung Kooperationsformen vorgesehen werden. Demnach ist es zulässig, zwei oder mehrere Krankenanstalten insbesondere aus Gründen der Wirtschaftlichkeit oder Zweckmäßigkeit einer gemeinsamen Anstaltsleitung und Anstaltsordnung zu unterstellen. Voraussetzung ist, dass an allen bisherigen Krankenanstaltenstandorten die Grundversorgung der Patienten gesichert ist.

§ 3a

Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationsformen/-einheiten

(1) Eine örtlich getrennte Unterbringung gemäß § 3 Abs. 2 im grenznahen Gebiet eines Nachbarstaates ist nur für einzelne vorgesehene Abteilungen oder sonstige Organisationsformen/-einheiten in ihrer Gesamtheit zulässig und bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung darf nur erteilt werden, wenn nachgewiesen ist, dass

1. es sich um beidseits im grenznahen Gebiet gelegene Krankenanstalten handelt, die sich zueinander in räumlicher Nähe befinden,
2. durch die im jeweiligen ausländischen Staatsgebiet geltende Rechtslage sowie durch das zugrunde liegende Kooperationsübereinkommen der Standard von Behandlung und Pflege zumindest jenem Standard entspricht, der aufgrund der österreichischen Rechtsordnung gegeben ist,
3. das Vorhaben im Landeskrankenanstaltenplan vorgesehen ist,
4. den österreichischen Finanzierungsregelungen Rechnung getragen wird,
5. auf den Behandlungsvertrag österreichisches Recht anwendbar und ein österreichischer Gerichtsstand gegeben ist,
6. die Behandlung und Pflege von Patienten ausschließlich durch Personal der in Österreich gelegenen Krankenanstalt und unter deren Leitung erfolgt.

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

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

§ 3b

Fachrichtungsbezogene Organisationsformen

(1) Abteilungen sind bettenführende Einrichtungen, die zeitlich uneingeschränkt zu betreiben sind und die im Rahmen der Abdeckung des fachrichtungsbezogenen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung in ihrem Einzugsbereich nach Maßgabe des § 21 Abs. 1 die jederzeitige Verfügbarkeit fachärztlicher Akutversorgung anstaltsbedürftiger Personen im jeweiligen Sonderfach sicherzustellen haben.

(2) Neben Abteilungen bzw. an Stelle von Abteilungen können nach Maßgabe des § 3 Abs. 4 folgende fachrichtungsbezogene Organisationsformen als Organisationseinheiten vorgehalten werden:

1. Departments als bettenführende Einrichtungen mit eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG für Unfallchirurgie (Satellitendepartment) oder Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie oder Remobilisation und Nachsorge mit jeweils 15 bis 24 Betten, für Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 20 Betten sowie für Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens 12 Betten. Departments müssen mit Ausnahme von Satellitendepartments für Unfallchirurgie nach Maßgabe des § 21 Abs. 1 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 3 Abs. 4 Z 1 eingerichtet werden. Satellitendepartments für Unfallchirurgie sind organisatorisch Teil jener Krankenanstalt, in der sie betrieben werden. Die ärztliche Versorgung der Satellitendepartments ist von einer Abteilung für Unfallchirurgie einer anderen Krankenanstalt oder - im Falle einer Krankenanstalt mit mehreren Standorten - von einer Abteilung für Unfallchirurgie an einem anderen Krankenanstaltenstandort sicherzustellen.
2. Fachschwerpunkte als bettenführende Einrichtungen mit acht bis vierzehn Betten und mit auf elektive Eingriffe eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG für die medizinischen Sonderfächer gemäß § 3 Abs. 4 Z 2. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Betriebszeiten aufweisen, wenn außerhalb dieser Betriebszeiten eine Rufbereitschaft sichergestellt ist. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden sein. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 und § 3 Abs. 3 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 2 auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen.
3. Dislozierte Wochenkliniken als bettenführende Einrichtungen, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie dienen zur Durchführung von Behandlungen mit kurzer Verweildauer, wobei das Leistungsangebot auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG eingeschränkt ist. Die Einrichtung dislozierter Wochenkliniken ist nur in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 2 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten sowie in Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 3 Abs. 3 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend zulässig. Dislozierte Wochenkliniken müssen, sofern die Anstaltsordnung keine abweichenden Regelungen für Feiertage im Sinne des § 15 Abs. 1 Z 4 enthält, jedenfalls von Montag früh bis Freitag abends zeitlich uneingeschränkt betrieben werden. Im Bedarfsfall ist durch die Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.
4. Dislozierte Tageskliniken als bettenführende Einrichtungen an Standorten von Krankenanstalten ohne vollstationäre bettenführende Einrichtung (Abteilung, Department oder Fachschwerpunkt) desselben Sonderfaches mit einem auf tagesklinisch elektiv erbringbare konservative und operative Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG.

Dislozierte Tageskliniken können in der betreffenden Krankenanstalt entweder eigenständig geführt und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden werden oder auch als bettenführende Einrichtungen eingerichtet werden, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie weisen eingeschränkte Betriebszeiten auf. Außerhalb der Betriebszeit ist jedenfalls die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sicherzustellen. Dislozierte Tageskliniken können in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 2 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 3 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend eingerichtet werden.

§ 3c

Referenzzentren

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

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

§ 3d

Entnahmeeinheiten

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

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

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

§ 3e

Transplantationszentren

(1) Transplantationszentren sind Krankenanstalten, die Transplantationen im Sinne des Organtransplantationsgesetzes vornehmen und deren 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.

§ 4

Verweisungen

Soweit in diesem Gesetz auf folgende Normen verwiesen wird, sind diese, wenn nicht eine bestimmte Fassung angeführt ist, in folgender Fassung anzuwenden:

1. Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch (ABGB), JGS Nr. 946/1811, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 59/2017;
2. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz - ASVG, BGBl. Nr. 189/1955, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 131/2017;
3. Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 - AVG, BGBl. Nr. 51/1991, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 161/2013;
4. Apothekengesetz, RGBl. Nr. 5/1907, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 127/2017;
5. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz - ASchG, BGBl. Nr. 450/1994, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 126/2017;
6. Ärztegesetz 1998 - ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169/1998, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 26/2017;
7. Asylgesetz 2005 - AsylG 2005, BGBl. I Nr. 100/2005, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 84/2017;
8. Bauern-Sozialversicherungsgesetz - BSVG, BGBl. Nr. 559/1978, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 131/2017;
9. Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz - B-KUVG, BGBl. Nr. 200/1967, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 131/2017;
10. Bundesgesetz über die Ausübung des zahnärztlichen Berufs und des Dentistenberufs (Zahnärztegesetz - ZÄG), BGBl. I Nr. 126/2005, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 8/2016;
11. Bundes-Bedienstetenschutzgesetz - B-BSG, BGBl. I Nr. 70/1999 in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 164/2015;
12. Bundesbehindertengesetz, BGBl. Nr. 283/1990, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 18/2017;
13. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 26/2017;
14. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 131/2017;
15. Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe und die Ausübung der Trainingstherapie (Medizinische Assistenzberufe-Gesetz - MABG), BGBl. I Nr. 89/2012, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 131/2017;
16. Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. Nr. 460/1992, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 54/2017;
17. Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G), BGBl. Nr. 102/1961, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 89/2012;
18. Bundesgesetz über die Berufe und die Ausbildungen zum medizinischen Masseur und zum Heilmasseur (Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz - MMHmG), BGBl. I Nr. 169/2002, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 131/2017;
19. Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung - Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 131/2017;
20. Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz - PrimVG), BGBl. I Nr. 131/2017;
21. Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz - GQG), BGBl. I Nr. 179/2004, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 81/2013;
22. Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), BGBl. Nr. 1/1930, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 138/2017;
23. Burgenländisches Heilvorkommen- und Kurortgesetz 1963 (Bgl. HeiKuG), LGBl. Nr. 15/1963, in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 55/2016;
24. Eisenbahn-Enteignungsentschädigungsgesetz - EisbEG, BGBl. Nr. 71/1954, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 111/2010;

25. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 131/2017;
26. Gesundheitsreformgesetz 2013, BGBl. I Nr. 81/2013;
27. Gewebesicherheitsgesetz - GSG, BGBl. I Nr. 49/2008, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 105/2016;
28. Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz - GSVG, BGBl. Nr. 560/1978, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 131/2017;
29. Grundversorgungsgesetz - Bund 2005 - GVG-B 2005, BGBl. 405/1991, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 84/2017;
30. Heeresentschädigungsgesetz - HEG, BGBl. I Nr. 162/2015, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 18/2017;
31. Landeskrankenanstaltenplan 2008 - LAKAP 2008, LGBl. Nr. 2/2009;
32. Organtransplantationsgesetz - OTPG, BGBl. Nr. 108/2012;
33. Patientenverfügungs-Gesetz - PatVG, BGBl. I Nr. 55/2006;
34. Psychologengesetz 2013, BGBl. I Nr. 182/2013, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 120/2016;
35. Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 9/2016;
36. Strafgesetzbuch - StGB, BGBl. Nr. 60/1974, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 154/2015;
37. Strafprozessordnung 1975 - StPO, BGBl. Nr. 631/1975, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 117/2017;
38. Strafvollzugsgesetz - StVG, BGBl. Nr. 144/1969, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 26/2016;
39. Strahlenschutzgesetz, BGBl. Nr. 227/1969, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 133/2015;
40. Unterbringungsgesetz - UbG, BGBl. Nr. 155/1990, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 131/2017;
41. Vereinbarungsumsetzungsgesetz - VUG 2017, BGBl. I Nr. 26/2017;
42. Wehrgesetz 2001, BGBl. I Nr. 146/2001, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 181/2013.

2. Hauptstück

Allgemeine Bestimmungen über die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten und selbstständigen Ambulatorien

§ 5

Errichtungs- und Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten

(1) Bettenführende Krankenanstalten bedürfen, sofern § 80 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.

(1a) Ein Bescheid, mit dem der Bedarf festgestellt wurde, erlischt, wenn nicht innerhalb von zwei Jahren ab Rechtskraft ein entsprechender Antrag auf Bewilligung der Errichtung der Krankenanstalt gestellt wird. Die Behörde hat die Frist für die Antragstellung auf ein weiteres Jahr zu verlängern, wenn dies vor Fristablauf beantragt wird, sich die Planungsgrundlagen nicht wesentlich geändert haben und berücksichtigungswürdige Gründe bescheinigt werden können.

(2) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 1 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 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. 4 und 5 gegeben ist;
2. gegen den Bewerber keine Bedenken bestehen, die seine Verlässlichkeit und Eignung zum Betrieb der Krankenanstalt ausschließen; dies ist insbesondere dann der Fall, wenn er beim Betrieb einer Krankenanstalt bereits einmal wegen einer einschlägigen Verwaltungsübertretung

rechtskräftig bestraft oder wenn er wegen einer Tat rechtskräftig strafgerichtlich verurteilt wurde, die ihrer Art nach annehmen lässt, dass vom Bewerber ein den gesetzlichen Erfordernissen entsprechender Betrieb nicht zu erwarten ist. Einer juristischen Person, die nicht Gebietskörperschaft ist, kann die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt bei Vorhandensein der sonstigen Voraussetzungen erteilt werden, wenn sie aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung oder ihrer Satzung zur Errichtung von Krankenanstalten berufen ist und wenn zu erwarten ist, dass ein den gesetzlichen Erfordernissen entsprechender Betrieb der Krankenanstalt gewährleistet ist;

3. das Eigentumsrecht oder ein sonstiges Recht zur Benützung der für die Krankenanstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachgewiesen ist, das die dauernde und ungehinderte Benützung der Betriebsanlage gestattet, und
4. die vorgesehene Betriebsanlage den bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht und nach ihrer Lage und Beschaffenheit für die Art der vorgesehenen Krankenanstalt geeignet ist. Sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung über den Bedarf eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens.

(3) 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 Burgenländische Gebietskrankenkasse ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören. Darüber hinaus ist von der Prüfung des Bedarfs abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standorts innerhalb desselben Einzugsgebiets erfolgt.

(4) Wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit geregelt ist, ist hinsichtlich des Bedarfs die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist Abs. 5 sinngemäß anzuwenden.

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

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

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots nachgewiesen werden kann.

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

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

(8) Eine Bewilligung zum Betrieb einer Krankenanstalt darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

1. die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 4 oder 5 erteilt worden ist;
2. die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage und alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen sowie die Vorgaben des LAKAP erfüllt sind;
3. die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind;
4. die für den inneren Betrieb der Krankenanstalt vorgesehene Anstaltsordnung den Bestimmungen des § 15 nicht widerspricht;
5. ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes namhaft gemacht wurde und für die Leitung der einzelnen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten fachlich geeignete Personen als verantwortliche Ärzte namhaft gemacht worden sind, sowie glaubhaft

gemacht wird, dass auch im Übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird, und

6. der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 23a erforderlich ist.

(8) Ist der Rechtsträger der Krankenanstalt ein Krankenversicherungsträger, so bedarf es zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt keiner Bewilligung. Die beabsichtigte Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger ist der Landesregierung anzuzeigen. Die Bewilligung zum Betrieb der bettenführenden Krankenanstalt eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 7 Z 2 bis 5 gegeben sind.

(10) In Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt und in Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfs haben die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und betroffene Sozialversicherungsträger hinsichtlich des nach § 5 Abs. 2 Z 1 in Verbindung mit Abs. 5 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.

(11) Der Erteilung der Errichtungs- und Betriebsbewilligung hat jeweils eine mündliche Verhandlung voranzugehen. Aus besonderem Grund kann die Errichtungs- und Betriebsbewillungsverhandlung auch unter einem abgeführt werden.

§ 6

(Anm.: entfallen mit LGBI. Nr. 84/2011)

§ 7

Zulassungsverfahren für selbstständige Ambulatorien

(1) Selbstständige Ambulatorien bedürfen, sofern § 80 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.

(1a) Ein Bescheid, mit dem der Bedarf festgestellt wurde, erlischt, wenn nicht innerhalb von zwei Jahren ab Rechtskraft ein entsprechender Antrag auf Bewilligung der Errichtung des selbstständigen Ambulatoriums gestellt wird. Die Behörde hat die Frist für die Antragstellung auf ein weiteres Jahr zu verlängern, wenn dies vor Fristablauf beantragt wird, sich die Planungsgrundlagen nicht wesentlich geändert haben und berücksichtigungswürdige Gründe bescheinigt werden können.

(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, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, bei selbstständigen Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Zahnärzte, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,
 - a) zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und
 - b) zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann,
2. das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachgewiesen sind,
3. das für die Unterbringung der Anstalt geplante oder bereits vorhandene Gebäude den hinsichtlich der Ausführung oder Verwendung solcher Gebäude vorgesehenen bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht, und
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 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 und die Auslastung von bestehenden Leistungsanbietern, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, durch Patienten,
4. die durchschnittliche Belastung bestehender Leistungsanbieter gemäß Z 3, und
5. der Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin.

(4) Wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit geregelt ist, ist hinsichtlich des Bedarfs die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist Abs. 3 sinngemäß anzuwenden.

(5) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 2 Z 1 in Verbindung mit Abs. 3 abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbstständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die Burgenländische Gebietskrankenkasse ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören. Darüber hinaus ist von der Prüfung des Bedarfs abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standorts innerhalb desselben Einzugsgebiets erfolgt.

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

(7) 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.

(8) 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.

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

(10) Die Errichtungsbewilligung für ein selbstständiges Ambulatorium, dessen Rechtsträger ein Krankenversicherungsträger ist, ist zu erteilen, wenn ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der Ärztekammer für Burgenland bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer oder zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer vorliegt (§ 339 ASVG). Dies ist jedenfalls dann der Fall, wenn ein Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes zu keinem positiven Abschluss geführt hat. Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung zu erteilen, wenn durch die Landesregierung festgestellt wurde, dass eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann. Der erste und zweite Satz gelten auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb eines selbstständigen Ambulatoriums betraut.

(10a) Einer Beschwerde der Ärztekammer für Burgenland an das Landesverwaltungsgericht und einer Revision der Ärztekammer für Burgenland an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Abs. 9 kommen in Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung für eine eigene Einrichtung für Zwecke der Primärversorgung eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers gemäß § 339 ASVG keine aufschiebende Wirkung zu.

(11) Der Erteilung der Errichtungs- und Betriebsbewilligung hat jeweils eine mündliche Verhandlung vorauszugehen. Aus besonderem Grund kann die Errichtungs- und Betriebsbewillungsverhandlung auch unter einem abgeführt werden.

§ 7a

Betriebsbewilligung für selbstständige Ambulatorien

(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;
3. gegen die für den inneren Betrieb der Anstalt vorgesehene Anstaltsordnung (§ 15) keine Bedenken bestehen;
4. ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen oder ein geeigneter Zahnarzt als verantwortlicher Leiter des zahnärztlichen Dienstes namhaft gemacht wurde sowie glaubhaft gemacht wird, dass auch im Übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird, und
5. der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 23a erforderlich ist.

(2) Die Bewilligung zum Betrieb des selbstständigen Ambulatoriums eines Krankenversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn eine Einigung gemäß § 339 ASVG oder eine Errichtungsbewilligung gemäß § 7 Abs. 10 zweiter Satz vorliegt und die Voraussetzungen des Abs. 1 Z 2 bis 4 gegeben sind.

§ 7b

Primärversorgungseinheiten in Form von selbstständigen Ambulatorien

Für Primärversorgungseinheiten in Form von selbstständigen Ambulatorien gilt Folgendes:

1. Abweichend von § 7 Abs. 2 Z 1, Abs. 3, 6 und 8 ist die Errichtungsbewilligung für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbstständigen Ambulatoriums nur dann zu erteilen, wenn eine Primärversorgungseinheit im RSG abgebildet ist und - als Ergebnis eines Verfahrens nach § 14 Primärversorgungsgesetz - eine vorvertragliche Zusage der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrags vorliegt.
2. Eine Bewilligung zum Betrieb einer Primärversorgungseinheit in Form eines selbstständigen Ambulatoriums ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 7a erfüllt sind. § 15 ist nicht anzuwenden.
3. Für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbstständigen Ambulatoriums entfällt die Verpflichtung zur Einrichtung einer Arzneimittelkommission gemäß § 24a.
4. In einer Primärversorgungseinheit ist die ärztliche Leitung gemäß § 25 hauptberuflich zur persönlichen Berufsausübung verpflichtet. Gesellschafterinnen und Gesellschafter von Primärversorgungseinheiten in Form von selbstständigen Ambulatorien dürfen nur gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste, gesetzliche Krankenversicherungsträger, Gebietskörperschaften bzw. von Gebietskörperschaften eingerichtete Körperschaften und Fonds sein.

§ 8

Prüfung der Voraussetzung für den Betrieb

(1) Die Landesregierung hat in angemessenen Zeitabständen an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die Voraussetzungen einer einmal erteilten Betriebsbewilligung weiterhin bestehen. Die Inhaber der Bewilligung sind verpflichtet, den Organen des Landes Zutritt und Einsicht zu gewähren.

(2) Ergibt sich nach der Bewilligung zum Betrieb einer Krankenanstalt, dass ein den Bestimmungen dieses Gesetzes entsprechender Betrieb trotz Einhaltung der vorgeschriebenen Auflagen nicht gewährleistet ist, so hat die Landesregierung die erforderlichen anderen oder zusätzlichen Auflagen vorzuschreiben.

§ 9

Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung

(1) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten sowie selbstständiger Ambulatorien ist von der Landesregierung abzuändern oder zurückzunehmen, wenn eine für die Erteilung der Bewilligung zur Errichtung vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist, wenn ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt oder entsprechende Maßnahmen zur Errichtung nicht innerhalb eines Jahres nach Erteilung der Bewilligung gesetzt werden.

(2) Die Bewilligung zum Betrieb einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten sowie selbstständiger Ambulatorien ist von der Landesregierung abzuändern oder zurückzunehmen, wenn

1. eine für die Erteilung der Bewilligung zum Betrieb vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel, der die Erteilung der Bewilligung zum Betrieb ausgeschlossen hätte, nachträglich hervorkommt,
2. der Betrieb der Krankenanstalt nicht innerhalb eines Jahres nach Erteilung der Bewilligung zum Betrieb aufgenommen worden ist oder
3. der Betrieb der Krankenanstalt entgegen den Vorschriften des § 46 unterbrochen oder die Krankenanstalt aufgelassen worden ist.

(3) Die Landesregierung kann vor Durchführung von Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 und 2 dem Träger der Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums eine angemessene, sechs Monate nicht überschreitende Frist zur Behebung der Mängel einräumen.

(4) Die Bewilligung zum Betrieb einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten sowie selbstständiger Ambulatorien kann von der Landesregierung zurückgenommen werden, wenn sonstige schwerwiegende Mängel trotz Aufforderung der Landesregierung durch den Träger der Krankenanstalt innerhalb einer angemessenen, sechs Monate nicht überschreitenden Frist nicht behoben werden.

(5) Erteilte Bewilligungen zur Errichtung bzw. zum Betrieb der Krankenanstalt sowie von Teilen derselben oder eines selbstständigen Ambulatoriums sind unter größtmöglicher Schonung wohlervorbener Rechte abzuändern oder allenfalls auch zurückzunehmen, wenn ihr Fortbestand nicht im Einklang mit dem Landeskrankenanstaltenplan (LAKAP), dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und abgestimmten Detailplanungen (zB RSG) steht.

§ 10

Sperre einer Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums

(1) Die Sperre einer Krankenanstalt oder einzelner Betriebsbereiche sowie eines selbstständigen Ambulatoriums ist durch die Landesregierung anzuordnen, wenn die Krankenanstalt oder der betreffende Betriebsbereich oder das selbstständige Ambulatorium

1. ohne die vorgeschriebene behördliche Bewilligung betrieben wird oder
2. schwerwiegende Mängel vorliegen, durch welche ein einwandfreier Betrieb nicht mehr gesichert erscheint.

(2) Der Anordnung der Sperre nach Abs. 1 Z 2 hat die Androhung der Sperre unter Festsetzung einer angemessenen, sechs Monate nicht überschreitenden Frist zur Behebung der festgestellten Mängel voranzugehen.

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

(4) Die Maßnahmen nach Abs. 3 sind auch zu treffen, wenn der Landeshauptmann aus dem Grunde der sanitären Aufsicht die Weiterführung des Anstaltsbetriebes wegen wiederholter Verletzung sanitärer Vorschriften oder wegen anderer nicht zu behebender gesundheitlicher Missstände untersagt.

(5) Die Sperre ist aufzuheben, wenn die für die Anordnung maßgeblichen Gründe weggefallen sind.

§ 11

Verlegung einer Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums

(1) Jede Verlegung einer Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums an einen anderen Betriebsort bedarf der Bewilligung der Landesregierung.

(2) Im Bewilligungsverfahren sind die §§ 5 bis 7a anzuwenden.

§ 12

Veränderungen einer Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums

(1) Jede geplante räumliche Veränderung einer Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums ist, sofern es sich nicht um eine bewilligungspflichtige Maßnahme gemäß Abs. 2 handelt, der Landesregierung anzuzeigen. Hiezu sind insbesondere jene baulichen und technischen Maßnahmen zu zählen, die nach baupolizeilichen Vorschriften einer Behandlung durch die Baubehörde bedürfen und in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung von Patienten stehen.

(2) Alle wesentlichen Veränderungen bedürfen der Bewilligung der Landesregierung. Als solche gelten insbesondere

1. eine Änderung der Art der Krankenanstalt (§ 1 Abs. 2) oder eine Veränderung des Types einer allgemeinen Krankenanstalt (§ 3 Abs. 1);
2. eine Änderung der Bezeichnung der Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums;
3. eine Änderung des Aufgabenbereiches, des Leistungsangebotes oder des Zwecks der Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums;
4. eine Änderung der apparativen Ausstattung sowie der medizintechnischen oder technischen Einrichtung, soweit dadurch nicht lediglich bereits bestehende Apparate und medizintechnische oder technische Einrichtungen von im wesentlichen gleicher medizinischer und technischer Ausstattung und Wirkungsweise ersetzt bzw. ergänzt werden;
5. eine Einrichtung neuer oder eine Auflassung bestehender Abteilungen oder anderer Einrichtungen wie Laboratorien, Institute oder Einrichtungen für ambulante Untersuchungen und Behandlungen sowie
6. eine Erweiterung der Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums durch Zu- und Umbauten, soweit gleichzeitig Maßnahmen im Sinne der Z 1 bis 5 gesetzt werden.

(3) Bei Fondskrankenanstalten (§ 7 Abs. 2 Z 1) ist die Bewilligung außerdem nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes und die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.

(4) Für den Erwerb oder die Erweiterung von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers sind die Bestimmungen der §§ 5 bis 8 entsprechend anzuwenden.

(5) Im Bewilligungsverfahren sind die §§ 5 bis 7a anzuwenden.

§ 13

Verpachtung und Übertragung einer Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums

(1) Die Verpachtung einer Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums sowie die Übertragung - bei Krankenanstalten auch eines Teils - auf einen anderen Rechtsträger bedarf der Bewilligung der Landesregierung. Die Bewilligung ist zu erteilen, wenn gegen den Bewerber keine Bedenken im Sinne des § 5 Abs. 2 Z 2 bestehen oder, wenn der Bewerber eine juristische Person ist, die dort genannten Voraussetzungen vorliegen.

(2) Die Verwendung von Räumlichkeiten und Einrichtungen einer Krankenanstalt für Zwecke einer freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit ist zulässig, wenn nachstehende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. der Betriebsablauf der Krankenanstalt darf nicht beeinträchtigt sein;
2. die hygienisch und fachlich einwandfreie Nutzung muss gewährleistet sein;
3. die Zustimmung des Rechtsträgers muss vorliegen;
4. für Patienten muss klar erkennbar sein, mit wem der Behandlungsvertrag abgeschlossen wird, und
5. der Zeitraum, während dessen die freiberufliche Tätigkeit ausgeübt wird, ist zweifelsfrei erkennbar festzulegen.

§ 14

Landeskrankenanstaltenplan

(1) Die Landesregierung hat in Fällen, in denen kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des Regionalen Strukturplanes Gesundheit (RSG) bzw. deren Änderungen entsprechend den Bestimmungen im § 23 Abs. 2 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit in der Landes-Zielsteuerungskommission zustande kommt, auf Basis der gemeinsamen Festlegungen in der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit im Rahmen eines RSG für Fondskrankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen. Dieser Landeskrankenanstaltenplan (LAKAP) hat sich im Rahmen des Zielsteuerungsvertrages gemäß § 10 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit und des 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 LAKAP sind jedenfalls festzulegen:

1. die Standorte der Fondskrankenanstalten,
2. die maximalen Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege und Intensivbereich) je Standort,
3. die medizinischen Fachbereiche je Standort,
4. die für die Fachbereiche jeweils vorgesehenen fachrichtungsbezogenen Organisationsformen je Standort,
5. Art und Anzahl der medizinisch technischen Großgeräte je Standort,
6. die maximale Bettenzahl je Fachbereich bezogen auf das Land und die Versorgungsregionen oder bezogen auf die Standorte, und
7. die 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 § 5 Abs. 4 und 5 die zur Realisierung beabsichtigten Bettenkapazitäten je Fachbereich und Standort im Regionalen Strukturplan Gesundheit zumindest unverbindlich mit Informationscharakter auszuweisen.

(4) Die Landesregierung ist verpflichtet, den auf Landesebene zwischen dem Land und der Sozialversicherung im Burgenländischen Gesundheitsfonds abgestimmten Regionalen Strukturplan Gesundheit auf der Homepage des jeweiligen Landes in der jeweils aktuellen Fassung zu veröffentlichen.

§ 15

Anstaltsordnung

(1) Der innere Betrieb einer Krankenanstalt wird durch die Anstaltsordnung geregelt. Die Anstaltsordnung hat unter Anführung des Rechtsträgers, der Betriebsform und der Bezeichnung der Krankenanstalt jedenfalls Bestimmungen zu enthalten über:

1. die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in Abteilungen und/oder in andere fachrichtungsbezogene Organisationsformen für Akutkranke und, neben diesen, auch in zusätzliche Einrichtungen für Langzeitbehandlung, oder in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranker und für Langzeitbehandlung innerhalb von Abteilungen;
2. die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur einmalig über Tag (Tagesklinik) oder über Nacht (Nachtklinik), oder längerfristig im halbstationären Bereich, wo sie nur über Tag oder nur über Nacht verweilen, oder in sonstigen Betriebsformen gemäß Abs. 7 aufgenommen werden;
3. Regelungen betreffend die Leitung der in § 3b genannten fachrichtungsbezogenen Organisationsformen sowie der in Abs. 7 genannten Betriebsformen;
4. Regelungen über den Betrieb von dislozierten Wochenkliniken an Feiertagen;
5. die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;
6. das von Patienten und Besuchern in der Krankenanstalt zu beachtende Verhalten;
7. die Festlegung von Räumen, in denen das Rauchen gestattet ist;
8. Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 3b) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 15 Abs. 7);

9. die Festlegung von Bereichen, in denen die Mitnahme von Assistenzhunden (Blindenführhunde, Servicehunde und Signalthunde) und Therapiehunden (§ 39a des Bundesbehindertengesetzes) aus hygienischen Gründen nicht zulässig ist; diese Festlegung hat jedenfalls den gesamten Operationsbereich, Behandlungsräume für invasive Eingriffe, Intensivbehandlungs- und Intensivüberwachungsbereiche, ausgewählte Stationsbereiche (zB Neonatologie) und ausgewählte Bereiche der Lebensmittelversorgung zu umfassen.

(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 Patienten von Organisationseinheiten verschiedener Sonderfächer zur Verfügung stehen (interdisziplinär geführte Bereiche), ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Patienten jederzeit zweifelsfrei einer bestimmten fachrichtungsspezifischen Organisationseinheit zugeordnet werden können.

(3) Die Anstaltsordnung hat Bestimmungen über die Leitung der Krankenanstalt zu enthalten. Im Falle der Einrichtung einer kollegialen Führung (§ 19) hat sie Bestimmungen über ein gemeinsames Vorgehen festzulegen. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass die kollegiale Führung ihre Aufgaben hinsichtlich der Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 23 Abs. 3 erfüllen kann. Die diesen Führungskräften nach § 25 Abs. 1, § 27 Abs. 1 und § 28 Abs. 1 jeweils zukommenden Aufgaben dürfen nicht beeinträchtigt werden.

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

(5) Die Anstaltsordnung und jede wesentliche Änderung derselben bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Diese ist zu erteilen, wenn sie gesetzeskonform erstellt ist und die Art der Regelung einen ordnungsgemäßen Anstaltsbetrieb gewährleistet. Hinsichtlich nicht wesentlicher Änderungen genügt die schriftliche Anzeige der Änderung an die Landesregierung. Die Genehmigung ist bei Errichtung einer Krankenanstalt zugleich mit der Genehmigung zum Betrieb zu erteilen.

(6) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die Anstaltsordnung zumindest Leitern von Organisationseinheiten nachweislich zur Kenntnis zu bringen und sie auf die Strafbarkeit von Verletzungen der Verschwiegenheitspflicht gemäß § 30 aufmerksam zu machen. Die Anstaltsordnung ist ferner an geeigneter, für das Personal leicht zugänglicher Stelle aufzulegen. Die Teile der Anstaltsordnung gemäß Abs. 1 Z 1, 2, 6 und 7 sind den Patienten 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 Patienten aus verschiedenen Sonderfächern, die in der Krankenanstalt in einer der fachrichtungsbezogenen Organisationsformen gemäß § 3b vorgehalten werden. Es ist sicherzustellen, dass die Patienten jederzeit zweifelsfrei einem bestimmten Sonderfach zugeordnet werden können.
2. Als Wochenklinik geführte Bettenbereiche für stationäre Behandlungen von Fällen, in denen die Entlassung innerhalb der bewilligten Betriebszeit zu erwarten ist. Wochenkliniken können fachspezifisch oder interdisziplinär im Sinne der Z 1 betrieben werden.
3. Als Tagesklinik geführte Bettenbereiche zur tagesklinischen Behandlung (Aufnahme und Entlassung am selben Tag). Das Leistungsspektrum ist auf tagesklinisch erbringbare konservative und elektive operative Leistungen beschränkt. Tageskliniken können fachspezifisch oder interdisziplinär im Sinne der Z 1 betrieben werden.
4. Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten als Einrichtungen mit uneingeschränkter Betriebszeit, die aus einer Erstversorgungsambulanz und einem Aufnahmebereich mit bewilligungspflichtigen (systemisierten) Betten zur stationären Beobachtung von Patienten für längstens 24 Stunden bestehen. Das zulässige Leistungsspektrum umfasst die Durchführung ambulanter Erstversorgung von Akut- und Notfällen inklusive basaler Unfallversorgung sowie Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung sonstiger ungeplanter Zugänge samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Fachstruktur innerhalb oder außerhalb der jeweiligen erstversorgenden Krankenanstalt im stationären oder ambulanten Bereich, die kurze stationäre Behandlung oder Beobachtung bis zu 24 Stunden sowie die organisatorische Übernahme ungeplanter stationärer Aufnahmen außerhalb der Routine-Betriebszeiten (Nachtaufnahmen) mit Verlegung auf geeignete Normalpflegebereiche bei Beginn der Routinedienste (Tagdienst). Eine dislozierte Führung dieser Einrichtungen ist nur in begründeten Ausnahmefällen, etwa zur Abdeckung von

Versorgungslücken in peripheren Regionen oder zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig.

5. Ambulante Erstversorgungseinheit als interdisziplinäre Struktur zur Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und erforderlichenfalls Weiterleitung der Patienten in die erforderliche ambulante oder stationäre Versorgungsstruktur. Die ambulante Erstversorgungseinheit kann über eine angemessene Zahl von nicht bewilligungspflichtigen Betten (Funktionsbetten) verfügen, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist. Disloziert geführte ambulante Erstversorgungseinheiten sind zeitlich uneingeschränkt zu betreiben. Ambulante Erstversorgungseinheiten, die örtlich in einer Krankenanstalt oder in unmittelbarer Nähe einer Krankenanstalt betrieben werden, können den Betrieb für maximal acht Stunden, die tageszeitlich in der Anstaltsordnung festzulegen sind, einstellen, wenn die Erfüllung der Aufgaben der ambulanten Erstversorgungseinheit durch die Krankenanstalt in anderer Form sichergestellt ist. Im Übrigen sind Z 4 und § 54 sinngemäß anzuwenden.

§ 16

Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen

(1) Die Krankenanstalten sind verpflichtet, über sämtliche Patienten Krankengeschichten und sonstige Vormerkungen, insbesondere über die Aufnahme und Entlassung der Patienten, über Operationen, über Organentnahmen und über von Patienten getroffene Verfügungen zu führen.

(2) Die Vormerkungen über die Aufnahme und Entlassung der Patienten haben jedenfalls zu enthalten

- a) Vor- und Zunamen;
- b) Geburtsdatum;
- c) Geschlecht und Wohnanschrift sowie
- d) bei nicht eigenberechtigten Personen den Vor- und Zunamen und Wohnanschrift des gesetzlichen Vertreters.

Weiters sind die Bezeichnung der Krankheit, der Aufnahme- und Entlassungstag oder der Todestag und die Todesursache sowie im Falle der Ablehnung der Aufnahme eines Patienten die dafür wesentlichen Gründe anzuführen. Im Falle eines durch Schwangerschaft hervorgerufenen seelischen Notstands kann die Anstaltsordnung vorsehen, dass die Angaben gemäß lit. a bis d entfallen.

(3) In den Krankengeschichten sind die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese), der Zustand des Patienten zur Zeit der Aufnahme (status praesens) und der Krankheitsverlauf (decursus morbi) darzustellen. Weiters sind die Art der angeordneten ärztlichen und gegebenenfalls zahnärztlichen Maßnahmen, die erbrachten ärztlichen und gegebenenfalls zahnärztlichen Leistungen sowie Angaben über die dem Patienten erteilte Aufklärung anzuführen. Die Krankengeschichten haben ebenfalls Angaben über die Medikation zu enthalten, wobei jedenfalls der Name der Medikamente, die Dosis und die Form, die Dauer und die Zeit der Verabreichung anzugeben sind. Weiters sind auch der Zustand des Patienten und die Art seiner Behandlung zur Zeit des Abganges anzuführen. Die Abschrift einer etwaigen Obduktionsniederschrift ist der Krankengeschichte beizugeben.

(4) In den Krankengeschichten sind weiters sonstige angeordnete sowie erbrachte Leistungen, insbesondere von Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie von Angehörigen der übrigen Gesundheitsberufe, ferner eine allfällige psychologische oder psychotherapeutische Betreuung, darzustellen.

(5) Über Operationen sind eigene Operationsniederschriften zu führen und der Krankengeschichte anzuschließen.

(6) Über die Entnahme von Organen und Organteilen von Verstorbenen zum Zwecke der Transplantation sind Niederschriften zu führen und der Krankengeschichte anzuschließen. Diese Niederschriften haben insbesondere Angaben über den Todeszeitpunkt und die Art der Feststellung des Todes des Organspenders sowie den Zeitpunkt der Organentnahme und die entnommenen Organe und Organteile zu enthalten. Ferner sind auch über Entnahmen nach § 4 Abs. 5 des Gewebesicherheitsgesetzes Niederschriften zur Krankengeschichte aufzunehmen.

(7) Über Verfügungen der Patienten sind Dokumentationen zu führen und der Krankengeschichte anzuschließen, insbesondere

1. über Patientenverfügungen gemäß § 2 Abs. 1 des Patientenverfügungs-Gesetzes sowie

2. über Erklärungen, mit denen ein Patient oder vor dessen Tod sein gesetzlicher Vertreter eine Organspende nach dem Tod ausdrücklich ablehnen.

(8) Aufzeichnungen, die Geheimnisse betreffen, die Angehörigen des klinisch psychologischen, gesundheitspsychologischen und psychotherapeutischen Berufes und ihren Hilfspersonen in Ausübung ihres Berufes anvertraut wurden oder bekannt geworden sind, dürfen im Rahmen der Krankengeschichte oder der sonstigen Vormerkungen nicht geführt werden.

(9) Die Führung der Krankengeschichte hinsichtlich der Aufzeichnungen gemäß Abs. 3 obliegt dem für die ärztliche bzw. zahnärztliche Behandlung jeweils verantwortlichen Arzt, gegebenenfalls dem für die zahnärztliche Behandlung Verantwortlichen. Die Führung der Krankengeschichte gemäß Abs. 4 obliegt den für diese Leistungen verantwortlichen Personen. Die Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen sind so zu führen, dass sie von unbefugten Personen nicht eingesehen werden können.

(10) Die Krankengeschichten und die sonstigen Vormerkungen sind, allenfalls in Mikrofilmen in doppelter Ausfertigung oder auf anderen gleichwertigen Informationsträgern, deren Lesbarkeit für den Aufbewahrungszeitraum gesichert sein muss, mindestens 30 Jahre aufzubewahren. Röntgenbilder, Videoaufnahmen und andere Bestandteile von Krankengeschichten, deren Beweiskraft nicht 30 Jahre hindurch anhält, sowie Krankengeschichten über ambulante Behandlungen sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren. Im Falle der Auflassung einer Krankenanstalt sind die Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen, deren Aufbewahrungsdauer noch nicht abgelaufen ist, der Landesregierung zur weiteren Aufbewahrung zu übermitteln. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist können die Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen vernichtet werden.

(11) Die Rechtsträger der Krankenanstalten sind ermächtigt, die Speicherung, Verarbeitung und Aufbewahrung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen auch mittels automationsunterstützter Datenverarbeitung anderen Rechtsträgern von Krankenanstalten und fachlich geeigneten Unternehmungen zu übertragen. Diese und die bei ihnen beschäftigten Personen sind zur Verschwiegenheit im Sinne des § 30 verpflichtet. Die Weitergabe von personenbezogenen Daten ist nur an Ärzte oder Zahnärzte und an Krankenanstalten zulässig, in deren Behandlung der betroffene Patient steht. Abs. 10 vorletzter und letzter Satz gelten sinngemäß.

(11a) Für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen sind die Krankenanstalten berechtigt, Daten der Patienten indirekt personenbezogen zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten.

(12) Die Abgabe wissenschaftlich begründeter Gutachten wird durch Abs. 1 und 2 nicht berührt.

§ 17

Auskunftspflicht

(1) Die Krankenanstalten sind verpflichtet,

1. 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 des Burgenländischen Gesundheitsfonds 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, den einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten oder Zahnärzten oder Krankenanstalten kostenlos Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen oder zahnärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patienten zu übermitteln, sowie
2. dem Träger der Sozialhilfe hinsichtlich jener Patienten, für deren Anstaltsbehandlung er aufzukommen hat, in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen Einsicht zu gewähren und kostenlos Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen oder zahnärztlichen Äußerungen zu übermitteln.

(2) Die Krankenanstalten haben 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.

(3) Die Krankenanstalten haben der Patientenvertretung (§ 36) alle Auskünfte zu erteilen sowie Unterlagen vorzulegen, soweit diese zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben erforderlich sind.

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

§ 18

Wirtschaftsaufsicht

(1) Die Rechtsträger von bettenführenden Krankenanstalten, die Beiträge aus dem Burgenländischen Gesundheitsfonds oder Beiträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungsaufwand erhalten, haben neben einer Finanzbuchhaltung auch ein Buchführungssystem zur innerbetrieblichen Ermittlung der Kosten und deren Zurechnung zu den einzelnen Kostenstellen zu führen. Ebenso haben diese Rechtsträger regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist hierfür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung ist durch die kollegiale Führung bzw. in Krankenanstalten, in denen keine kollegiale Führung besteht, durch die für den jeweiligen Bereich Verantwortlichen, jährlich der Landesregierung zu berichten.

(2) Die im Abs. 1 genannten Krankenanstalten sind jedenfalls verpflichtet, bis spätestens 15. November Voranschläge und Dienstpostenpläne für das folgende Jahr und bis längstens 31. März (bei Kapitalgesellschaften bis spätestens 30. Juni) des dem Rechnungsjahr folgenden Jahres Rechnungsabschlüsse der Landesregierung zur Genehmigung vorzulegen. Die Landesregierung hat die Genehmigung zu erteilen, wenn die rechnerische Richtigkeit festgestellt wird und keine Bedenken hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit bestehen.

(3) Durch Verordnung der Landesregierung können nähere Bestimmungen über die Verwaltung und Wirtschaftsführung der in Abs. 1 genannten Krankenanstalten erlassen werden.

(4) Die im Abs. 1 genannten Krankenanstalten unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch den Burgenländischen Gesundheitsfonds und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof. Im Rahmen der wirtschaftlichen Aufsicht sind von den Rechtsträgern dieser Krankenanstalten dem Burgenländischen Gesundheitsfonds bzw. den von diesem beauftragten Sachverständigen alle Auskünfte zu erteilen, sowie Unterlagen vorzulegen, soweit diese zur Wahrnehmung seiner Aufgaben erforderlich sind.

§ 19

Leitung

(1) Die Leitung von Krankenanstalten kann monokratisch oder kollegial organisiert sein.

(2) Kollegial bedeutet die Leitung in jenen Angelegenheiten, die den ärztlichen und pflegerischen Bereich sowie den Verwaltungsbereich gemeinsam berühren.

§ 20

Führung von Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten

(1) Mit der Führung von Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkten für die Behandlung bestimmter Krankheiten, von Instituten, Einrichtungen für ambulante Untersuchungen und Behandlungen 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 fachlich qualifizierten Arzt sicherzustellen.

(2) Sofern bestehende Abteilungen der medizinischen Sonderfächer Orthopädie und Unfallchirurgie zu einer Abteilung des medizinischen Sonderfaches Orthopädie und Traumatologie zusammengeführt werden, kann diese Abteilung bis 31. Mai 2027 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.

(3) Der ärztliche bzw. der zahnärztliche Dienst in den Krankenanstalten darf nur von Personen versehen werden, die nach den Vorschriften des Ärztegesetzes 1998 oder des Zahnärztegesetzes zur Ausübung des ärztlichen Berufes bzw. zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes berechtigt sind.

§ 21

Ärztlicher Dienst

(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 Zentralkrankenanstellen im Nachtdienst 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 Schwerpunktkrankenanstellen jedenfalls in Abteilungen und Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie, Psychiatrie sowie Unfallchirurgie 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 Standardkrankenanstellen im Nacht-, 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 Standardkrankenanstellen Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer in der Anstalt dauernd anwesend sein;
5. in Fachschwerpunkten außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden kann, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist;
6. in dislozierten Wochenkliniken die Bestimmungen zur Rufbereitschaft gemäß Z 3 und 4 sinngemäß gelten und außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden kann, wenn im Bedarfsfall die Weiterbetreuung der Patienten durch die Mutterabteilung außerhalb der Betriebszeit sichergestellt ist;
7. in dislozierten Tageskliniken außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden kann, wenn die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sichergestellt ist;
8. die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte und Zahnärzte sich im erforderlichen Ausmaß fortbilden können;
9. in Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet ist;
10. den Mitgliedern der Ausbildungskommission der Ärztekammer zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Anmeldung der Zutritt zu Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, zu gestatten und in alle Unterlagen, die die Ausbildung der Turnusärzte betreffen, Einsicht zu gewähren ist. Weiters sind ihnen alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

(2) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien für physikalische Therapie, in denen keine Turnusärzte ausgebildet werden, kann an Stelle einer dauernden ärztlichen Anwesenheit der ärztliche Dienst so organisiert sein, dass ärztliche Hilfe jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige tägliche Anwesenheit die erforderlichen ärztlichen Anordnungen für das Personal nach dem MTD-Gesetz, und für Heilmasseure nach dem MMHmG sowie, neben ärztlichen Anordnungen, auch die erforderliche Aufsicht über medizinische Masseure nach dem MMHmG und Personal nach dem MABG und MTF-SHD-G gewährleistet ist.

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

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

§ 21a

Ausbildungsstätten

Die Rechtsträger von Fondskrankenanstellen haben entsprechend dem ausgewiesenen Leistungsspektrum sicherzustellen, dass dem künftigen Bedarf an Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin unter Bedachtnahme auf die Beratungsergebnisse der Kommission für die ärztliche Ausbildung gemäß Art. 44 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und

Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. Nr. 61/2008, in der Fassung der Vereinbarung LGBl. Nr. 55/2013, eine ausreichende Zahl an Ausbildungsstellen für die Ausbildung zur Ärztin oder zum Arzt für Allgemeinmedizin zur Verfügung steht.

§ 22

Blutabnahme

(1) Hat ein diensthabender Arzt einer öffentlichen Krankenanstalt auf Grund straßenpolizeilicher Vorschriften eine Blutabnahme zum Zwecke der Bestimmung des Blutalkoholgehaltes vorzunehmen und eine Untersuchung zum Zweck der Feststellung des Grades der Beeinträchtigung durch Alkohol oder Suchtgift durchzuführen, so ist der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt verpflichtet, dem Arzt die hierfür erforderlichen Einrichtungen der Anstalt zur Verfügung zu stellen.

(2) Die Kosten hierfür sind nach Maßgabe der straßenpolizeilichen Vorschriften zu tragen.

§ 22a

Mitwirkung von Spitalsärzten

(1) Vorbehaltlich der Zustimmung der Rechtsträger der Krankenanstalten dürfen auch die in den Fondskrankenanstalten tätigen Ärzte, welche zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind (§ 4 ÄrzteG 1998), zu Aufgaben, die den Gebietskörperschaften auf Grund von Bundes- oder Landesgesetzen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens zukommen, herangezogen werden. Diese Ärzte gelten als im öffentlichen Sanitätsdienst stehend und sind der Landesregierung vom Rechtsträger zu melden.

(2) Ferner kann der Rechtsträger von Fondskrankenanstalten für die Dauer außergewöhnlicher Ereignisse (zB Naturkatastrophen, Flüchtlingsbewegungen, Großunfälle), deren Bewältigung im Sinne der Allgemeinheit (öffentliches Interesse) geboten ist, die Führung von dislozierten Ambulanzen vorsehen. In diesem Fall ist die Landesregierung ohne zeitlichen Aufschub vom Rechtsträger der Krankenanstalt zu informieren.

§ 23

Qualitätssicherung

(1) Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätssicherung 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 Rechtsträger 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.

(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 sowie in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung den jeweiligen Verantwortlichen über alle hierfür erforderlichen Maßnahmen zu beraten.

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

§ 23a

Haftpflichtversicherung

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

(2) 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 Versicherungsvertrags auch gegen den Versicherer geltend machen. Der Versicherer und der ersatzpflichtige Versicherte haften als Gesamtschuldner.

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

§ 24

Ethikkommission

(1) Die Träger von Krankenanstalten haben zur Beurteilung

1. klinischer Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten,
2. der Anwendung neuer medizinischer Methoden und nichtinterventioneller 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 Einrichtung einer Ethikkommission für mehrere Krankenanstalten ist zulässig. Die Rechtsträger haben durch Bereitstellung der erforderlichen Personal- und Sachausstattung den Ethikkommissionen zu ermöglichen, ihre Tätigkeit fristgerecht durchzuführen. Sie 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 Versuchspersonen durchgeführt wird und in der Aufklärung und Zustimmung zur Teilnahme erfolgen, sowie
4. die Vorkehrungen, die für den Eintritt eines Schadensfalls in Zusammenhang mit der klinischen Prüfung oder 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. einer Ärztin oder einem Arzt, die oder der im Inland zur selbständigen Berufsausübung berechtigt ist, und weder ärztliche Leiterin oder ärztlicher Leiter der Krankenanstalt, noch Prüferin oder Prüfer ist noch Klinische Prüferin oder Klinischer Prüfer ist;
2. einer Fachärztin bzw. einem Facharzt, in deren bzw. dessen Sonderfach die jeweilige klinische Prüfung, neue medizinische Methode oder das angewandte medizinische Forschungsprojekt fällt, oder gegebenenfalls einer Zahnärztin bzw. einem Zahnarzt, und die nicht Prüferin bzw. Prüfer sind, und gegebenenfalls einer bzw. einem sonstigen entsprechenden Angehörigen eines Gesundheitsberufes;
3. einer oder einem Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege;
4. einer Juristin oder einem Juristen;
5. einer Pharmazeutin oder einem Pharmazeuten;
6. einer Patientenvertreterin oder einem Patientenvertreter;
7. einer Person, die über biometrische Expertise verfügt;
8. je einer Vertreterin oder einem Vertreter einer repräsentativen Behindertenorganisation sowie einer Seniorenorganisation, letztere sofern deren Einrichtung dem Bundes-Seniorengesetz, BGBl. I Nr. 84/1998, entspricht, und
9. einer weiteren, nicht unter die 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 eine in gleicher Weise qualifizierte Vertretung 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 eine Technische Sicherheitsbeauftragte oder ein Technischer Sicherheitsbeauftragter beizuziehen. Wird die Ethikkommission im Rahmen einer multizentrischen klinischen Prüfung eines Arzneimittels befasst, so haben ihr weiters eine Fachärztin oder ein Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie anzugehören. Erforderlichenfalls sind weitere Expertinnen oder 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. Die Geschäftsordnung gilt als genehmigt, wenn sie innerhalb von drei Monaten nach Vorlage an die Landesregierung nicht untersagt wird.

(6a) Die Leiterin bzw. 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) (Verfassungsbestimmung) Die Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Ethikkommission sind in Ausübung ihrer Tätigkeit unabhängig und an keine Weisungen gebunden.

(7a) Die Ethikkommission unterliegt im Rahmen ihrer Tätigkeit der Aufsicht der Landesregierung. Ihre Mitglieder (Ersatzmitglieder) sind verpflichtet, die von der Landesregierung verlangten Auskünfte unter Wahrung des Grundrechts auf Datenschutz zu erteilen.

(8) Die Bestellung der Ethikkommission ist der Landesregierung anzuzeigen. Die Landesregierung kann ein Mitglied (Ersatzmitglied) aus wichtigem Grund abberufen. Als solcher gilt insbesondere der nachträgliche Wegfall der Voraussetzungen für die Bestellung oder ein mit der Stellung des Mitglieds (Ersatzmitglieds) unvereinbares Verhalten. Das abberufene Mitglied (Ersatzmitglied) ist für den Rest der Funktionsperiode durch ein neues zu ersetzen.

(9) Über jede Sitzung der Ethikkommission ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind der ärztlichen Leiterin bzw. dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt, bei der Beurteilung einer klinischen Prüfung auch der Prüfungsleiterin bzw. dem Prüfungsleiter bzw. bei der Anwendung einer neuen medizinischen Methode auch der Leiterin bzw. dem Leiter der Organisationseinheit zur Kenntnis zu bringen. Die Protokolle sind gemeinsam für alle für die Beurteilung wesentlichen Unterlagen gemäß § 16 Abs. 10 aufzubewahren. Die Protokolle sind der ärztlichen Leiterin bzw. dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt, bei der Beurteilung einer klinischen Prüfung auch der Prüferin bzw. dem Prüfer, bei der Anwendung einer neuen medizinischen Methode, einem angewandten medizinischen Forschungsprojekt oder neuem Behandlungskonzept oder einer neuen Behandlungsmethode auch der Leiterin bzw. dem Leiter der Organisationseinheit, bei der Beurteilung von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflegekonzepte und -methoden der Leiterin bzw. dem Leiter des Pflegedienstes und den ärztlichen Leiterinnen bzw. Leitern der betroffenen Organisationseinheiten zur Kenntnis zu bringen.

§ 24a

Arzneimittelkommission

(1) Die Träger von Krankenanstalten haben hinsichtlich der Auswahl und des Einsatzes von Arzneimitteln Arzneimittelkommissionen einzurichten. Die Einrichtung einer Arzneimittelkommission für mehrere Krankenanstalten ist zulässig.

(2) Die Arzneimittelkommission setzt sich zusammen aus:

1. jeweils einem Facharzt jener Krankenanstalt(en), für welche die Arzneimittelkommission eingerichtet ist,
2. einem Pharmazeuten, und
3. einem Vertreter der Sozialversicherung.

Der Arzneimittelkommission können über Beschluss weitere Personen beigezogen werden.

(3) 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.

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

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

(5) Bei der Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln ist neben den Grundsätzen gemäß Abs. 4 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, dem vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die darin enthaltenen Richtlinien für die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden.

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

(7) Die Arzneimittelkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben. Die Geschäftsordnung hat insbesondere nähere Vorschriften über die Einberufung, Vorsitzführung, Anwesenheits- und Abstimmungserfordernisse (nach dem Mehrheitsprinzip) sowie den Hinweis zu enthalten, dass die Vorgangsweise gemäß Abs. 5 Z 3 mit dem Vertreter der Sozialversicherung abzustimmen ist.

(8) (Verfassungsbestimmung) Die Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Arzneimittelkommission sind in Ausübung ihrer Tätigkeit unabhängig und an keine Weisungen gebunden.

(8a) Die Arzneimittelkommission unterliegt im Rahmen ihrer Tätigkeit der Aufsicht der Landesregierung. Ihre Mitglieder (Ersatzmitglieder) sind verpflichtet, die von der Landesregierung verlangten Auskünfte unter Wahrung des Grundrechts auf Datenschutz zu erteilen.

(9) Bestehende Kommissionen, die der Funktion einer Arzneimittelkommission im Sinne § 24a entsprechen, gelten als Arzneimittelkommissionen im Sinne dieses Gesetzes.

(10) Die Bestellung der Arzneimittelkommission ist der Landesregierung anzuzeigen. Die Landesregierung kann ein Mitglied (Ersatzmitglied) aus wichtigem Grund abberufen. Als solcher gilt insbesondere der nachträgliche Wegfall der Voraussetzungen für die Bestellung oder ein mit der Stellung des Mitglieds (Ersatzmitglieds) unvereinbares Verhalten. Das abberufene Mitglied (Ersatzmitglied) ist für den Rest der Funktionsperiode durch ein neues zu ersetzen

§ 24b

Kinder- und Opferschutzgruppen

(1) Die Rechtsträger der nach ihrem Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Krankenanstalten haben 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) Die Rechtsträger der nach ihrem Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Krankenanstalten haben 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) Die Rechtsträger haben Sorge zu tragen, dass der erforderliche Informationsfluss im Sinne der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gewährleistet ist.

§ 24c

Blutdepot

(1) Jede nach Art und Leistungsangebot in Betracht kommende Betten führende 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 einer fachlich geeigneten Fachärztin oder 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 Rechtsträger der Krankenanstalt hat sicherzustellen, dass jeder Eingang und jede Abgabe bzw. Anwendung von Blut oder Blutbestandteilen im Rahmen des Blutdepots dokumentiert wird. Die Dokumentation hat eine nach dem Stand der Wissenschaft lückenlose Nachvollziehbarkeit der Transfusionskette, soweit dies in den Aufgabenbereich des Blutdepots fällt, sicherzustellen. Die Dokumentation ist durch mindestens 30 Jahre aufzubewahren.

(4) Der Rechtsträger hat ferner 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.

§ 24d

Einrichtungen zum Sammeln und zur Abgabe von Muttermilch

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

§ 25

Ärztlicher Leiter

(1) Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben als verantwortlichen Leiter des ärztlichen Dienstes und für die mit der ärztlichen Behandlung der Patienten zusammenhängenden Aufgaben einen geeigneten Arzt und für den Fall seiner Verhinderung einen geeigneten Arzt als Stellvertreter zu bestellen. Das Verfügungsrecht des Rechtsträgers der Krankenanstalt in Wirtschaftsangelegenheiten (§ 28 Abs. 1) bleibt unberührt.

(2) In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, ist die Leitung des ärztlichen Dienstes hauptberuflich auszuüben.

(3) Für Pflegeanstalten chronisch Kranker kann die Landesregierung vom Erfordernis der Bestellung des ärztlichen Leiters absehen, wenn die Aufsicht durch einen geeigneten Arzt gewährleistet ist.

(4) Die Bestellung des ärztlichen Leiters und des Leiters der Prosektur bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Diese ist zu erteilen, wenn der ärztliche Leiter den Bedingungen für die Bestellung gemäß Abs. 1 und § 20 Abs. 2 sowie der Leiter der Prosektur den Bedingungen für die Bestellung gemäß § 20 entspricht. Diese Genehmigung ist bei Errichtung einer Krankenanstalt gleichzeitig mit der Betriebsbewilligung, sonst vor Dienstantritt des Arztes zu erteilen.

(5) Die Landesregierung hat eine gemäß Abs. 4 erteilte Bewilligung zu widerrufen, wenn

1. die Voraussetzungen für die Erteilung weggefallen sind,
2. das Nichtvorhandensein der Voraussetzungen nachträglich hervorkommt oder

3. der in Betracht kommende Arzt sich schwerwiegender oder wiederholter Verstöße gegen seine Pflichten schuldig macht.

§ 25a

Ärztlicher Dienst in Zahnambulatorien

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

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

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

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

(5) Die Landesregierung hat eine im Sinne des Abs. 3 erteilte Genehmigung zurückzunehmen, wenn die Voraussetzungen hierfür 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.

§ 26

Krankenhaushygieniker

(1) Für jede Krankenanstalt ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbstständigen 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 selbstständigen 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. Die Bestellung eines Krankenhaushygienikers oder eines Hygienebeauftragten für mehrere Krankenanstalten ist zulässig.

(2) Die Bestellung des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten ist der Landesregierung anzuzeigen.

(3) 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.

(4) 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.

(5) 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.

(6) 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. 5 genannten Aufgaben ist jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.

§ 27

Leiter des Pflegedienstes

(1) Die Rechtsträger von bettenführenden Krankenanstalten haben einen geeigneten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als verantwortlichen Leiter des Pflegedienstes und für den Fall seiner Verhinderung einen Stellvertreter zu bestellen.

(2) Die Bestellung des verantwortlichen Leiters des Pflegedienstes ist der Landesregierung anzuzeigen.

(3) In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, ist die Leitung des Pflegedienstes hauptberuflich auszuüben.

§ 27a

Pflegepersonal

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, BGBl. Nr. 196/1988, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl. I Nr. 104/2005, so ist das in § 35 Abs. 2 Z 1 und in § 90 Abs. 2 Z 1 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, BGBl. I Nr. 108/1997, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 69/2005, festgelegte Verhältnis pro Abteilung oder sonstiger Organisationsform/-einheit einzuhalten.

§ 28

Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten

(1) Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben eine geeignete Person als verantwortlichen Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten (Verwaltungsleiter), für den Fall seiner Verhinderung einen Stellvertreter und das erforderliche Verwaltungspersonal zu bestellen.

(2) Die Bestellung des Verwaltungsleiters ist der Landesregierung anzuzeigen.

§ 29

Technischer Sicherheitsbeauftragter

(1) Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben eine fachlich geeignete Person zur Wahrnehmung der technischen Sicherheit und des einwandfreien Funktionierens der in der Krankenanstalt verwendeten medizinisch-technischen Geräten und technischen Einrichtungen zu bestellen. Für diesen Zweck können auch fachlich geeignete betriebsfremde Personen und Einrichtungen herangezogen werden. Die Bestellung eines Technischen Sicherheitsbeauftragten für mehrere Krankenanstalten ist zulässig.

(2) Die Bestellung des Technischen Sicherheitsbeauftragten ist der Landesregierung anzuzeigen.

(3) Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat die medizinischtechnischen Geräte und technischen Einrichtungen der Krankenanstalt zum Schutz der in Behandlung stehenden Personen regelmäßig zu überprüfen oder 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 sowie von festgestellten Mängeln und deren Behebung sind unverzüglich die kollegiale Führung, bei Krankenanstalten ohne kollegiale Führung der ärztliche Leiter (§ 25 Abs. 1) und der Verwaltungsleiter (§ 28 Abs. 1), in Kenntnis zu setzen.

(4) Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat bei seiner Tätigkeit mit den zur Wahrnehmung des Schutzes des Lebens oder der Gesundheit von Menschen nach den Bestimmungen des Strahlenschutzgesetzes bestellten Personen und den Präventivdiensten nach dem 7. Abschnitt des ArbeitnehmerInnen-schutzgesetzes zusammenzuarbeiten.

(5) Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat ferner den ärztlichen Leiter und den Verwaltungsleiter 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.

§ 30

Verschwiegenheitspflicht

(1) Für die bei Trägern von Krankenanstalten und in Krankenanstalten beschäftigten oder nur in Ausbildung stehenden Personen sowie für die Mitglieder der Ausbildungskommission (§ 21 Abs. 1 Z 8) und für die Mitglieder der Ethikkommission besteht Verschwiegenheitspflicht, sofern ihnen nicht schon nach anderen gesetzlichen oder dienstrechtlichen Vorschriften eine solche Verschwiegenheitspflicht auferlegt ist. Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit erstreckt sich auf alle den Gesundheitszustand betreffenden Umstände sowie auf die persönlichen, wirtschaftlichen und sonstigen Verhältnisse der Patienten, die ihnen in Ausübung ihres Berufes bekannt geworden sind, bei der Entnahme von Organen und Organteilen von Verstorbenen zum Zweck der Transplantationen auch auf die Person des Spenders und des Empfängers.

(2) Durchbrechungen der Verschwiegenheitspflicht bestimmen sich nach den dienst- oder berufsrechtlichen Vorschriften. Die Verschwiegenheitspflicht besteht 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.

§ 31

Supervision und betriebliche Gesundheitsförderung

(1) In Krankenanstalten oder Organisationseinheiten, in denen das Personal besonderen psychischen Belastungen ausgesetzt ist, hat der Rechtsträger sicherzustellen, dass diesen Personen im Rahmen ihrer Dienstzeit im erforderlichen Ausmaß Gelegenheit zur Teilnahme an einer berufsbegleitenden Supervision geboten wird. Die Supervision hat durch fachlich qualifizierte Personen zu erfolgen.

(2) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben ferner sicherzustellen, dass den in der Krankenanstalt beschäftigten Personen Maßnahmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten werden.

§ 32

Fortbildung

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

§ 33

Erste Hilfe und Behandlung von Patienten

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

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

(3) Behandlungen dürfen an einem Patienten nur mit seiner Einwilligung durchgeführt werden; fehlt dem Patienten in diesen Angelegenheiten die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, so ist - sofern die Vornahme der medizinischen Behandlung nicht durch eine verbindliche Patientenverfügung ausgeschlossen ist - die Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters oder eines Vorsorgebevollmächtigten, dessen Vertretungsmacht auch die Einwilligung in medizinischen Behandlungen umfasst, erforderlich. Die Einwilligung oder Zustimmung ist nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, dass der mit der Einholung der Einwilligung des Patienten bzw. eines Vorsorgebevollmächtigten, dessen Vertretungsmacht auch die Einwilligung in medizinische Behandlungen umfasst, oder der Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters oder mit der Bestellung eines gesetzlichen Vertreters verbundene Aufschub das Leben gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit verbunden wäre.

(4) Über Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Behandlung entscheidet der ärztliche Leiter der Krankenanstalt oder der für die Leitung der betreffenden Anstaltsabteilung verantwortliche Arzt.

§ 34

Psychologische und psychotherapeutische Betreuung

(1) In bettenführenden Krankenanstalten ist für jene Patienten, die auf Grund ihrer Erkrankung besonders schweren psychischen Belastungen ausgesetzt sind, eine ausreichend qualifizierte klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung und eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung vorzusehen. Für diesen Zweck können auch fachlich geeignete betriebsfremde Personen und Einrichtungen herangezogen werden.

(2) Die gemeinsame Betreuung von zwei oder mehreren Krankenanstalten desselben Rechtsträgers ist zulässig, solange eine ausreichende Versorgung gewährleistet ist.

(3) Die klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen sowie psychotherapeutischen Betreuer haben ihre Tätigkeiten in Zusammenarbeit mit den Ärzten und dem Pflegepersonal durchzuführen.

§ 35

Patientenrechte, transparentes Wartelistenregime

(1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben unter Beachtung des Anstaltszwecks und des Leistungsangebotes dafür zu sorgen, dass

1. Patienten Informationen über die ihnen zustehenden Rechte erhalten sowie ihr Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte ausüben und davon gegen Kostenersatz Kopien herstellen können;
2. Patienten ihr Recht auf Aufklärung und Information sowie Entscheidung über Behandlungsmöglichkeiten samt Risiken ausüben können;
3. auf Wunsch des Patienten ihm oder Vertrauenspersonen medizinische Informationen durch einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt in möglichst verständlicher und schonungsvoller Art gegeben werden;
4. ausreichend Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten mit der Außenwelt bestehen und Vertrauenspersonen des Patienten im Fall einer nachhaltigen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes auch außerhalb der Besuchszeiten Kontakt mit dem Patienten aufnehmen können;
5. auf Wunsch des Patienten eine seelsorgerische Betreuung möglich ist;
6. auf Wunsch des Patienten eine psychologische Unterstützung möglich ist;
7. auch in Mehrbeträumen eine ausreichende Wahrung der Intimsphäre gewährleistet ist;
8. neben der Erbringung fachärztlicher Leistungen auch für allgemeine medizinische Anliegen des Patienten ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt zur Verfügung steht;
9. ein würdevolles Sterben in einem entsprechenden institutionellen Rahmen sichergestellt ist und Vertrauenspersonen Kontakt mit dem Sterbenden pflegen können;
10. bei der Leistungserbringung möglichst auf den im Allgemeinen üblichen Lebensrhythmus abgestellt wird sowie
11. bei der stationären Versorgung von Kindern eine möglichst kindergerechte Ausstattung der Krankenräume gegeben ist.

(2) Die Rechtsträger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten müssen zumindest in den Sonderfächern Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie in anonymisierter Form Wartelisten führen. Wartelisten müssen nur für elektive Operationen und für Fälle invasiver Diagnostik geführt werden, die medizinisch nicht besonders dringlich sind und bei denen die Wartezeit regelmäßig vier Wochen übersteigt.

(3) In die Warteliste sind alle Personen aufzunehmen, mit denen ein voraussichtlicher Termin für den Eingriff vereinbart wird. Die Terminvergabe hat ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten und organisatorischen Belangen zu erfolgen.

(4) Die Warteliste hat

- a) die Wartezeit der einzelnen Personen, das ist die Zeit, die zwischen Aufnahme in die Warteliste und Eingriffstermin liegt, und
- b) die Anzahl der Personen auf der Warteliste, davon gesondert ausgewiesen die Anzahl der Sonderklassepatientinnen bzw. -patienten,

zu enthalten.

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

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

(7) Patienten sind auf Nachfrage über das Bestehen und die wesentlichen Aspekte einer Haftpflichtversicherung nach § 23a zu informieren.

§ 36

Patientenvertretungen

Regelungen über Patientenvertretungen werden durch ein besonderes Landesgesetz getroffen.

3. Hauptstück

Öffentliche Krankenanstalten

1. Abschnitt

Besondere Bestimmungen für öffentliche Krankenanstalten

§ 37

Allgemeines

(1) Öffentliche Krankenanstalten sind Krankenanstalten der im § 1 Abs. 2 Z 1, 2 und 4 bezeichneten Arten, denen das Öffentlichkeitsrecht verliehen worden ist.

(2) Das Öffentlichkeitsrecht wird auf Antrag des Rechtsträgers der Krankenanstalt von der Landesregierung verliehen. Die Verleihung ist im Landesamtsblatt für das Burgenland zu verlautbaren.

§ 38

Voraussetzungen für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechts

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

1. sie den Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes (§ 14) entspricht;
2. sie gemeinnützig ist (§ 42);
3. die Erfüllung der ihr in diesem Gesetz auferlegten Pflichten sowie ihr gesicherter Bestand und zweckmäßiger Betrieb gewährleistet sind und
4. sie vom Bund, einem Bundesland, einer Gemeinde, einer sonstigen Körperschaft öffentlichen Rechts, einer Stiftung, einem öffentlichen Fonds, einer anderen juristischen Person oder einer Vereinigung juristischer Personen verwaltet oder betrieben wird.

(2) Wenn der Rechtsträger der Krankenanstalt keine Gebietskörperschaft ist, so ist ferner nachzuweisen, dass der Rechtsträger über die für den gesicherten Betrieb der Krankenanstalt nötigen Mittel verfügt.

(3) Auf die Verleihung des Öffentlichkeitsrechts besteht kein Rechtsanspruch.

§ 39

Öffentlichkeitsrecht bei Veränderungen in der Krankenanstalt

(1) Bei wesentlichen Veränderungen im Sinne des § 12 Abs. 2 sind die Voraussetzungen für das Öffentlichkeitsrecht erneut zu überprüfen. Liegen die Voraussetzungen für das Öffentlichkeitsrecht nicht mehr vor, ist die Verleihung des Öffentlichkeitsrechts von der Landesregierung abzuerkennen.

(2) Der Fortbestand und das Erlöschen des Öffentlichkeitsrechts sind im Landesamtsblatt für das Burgenland zu verlautbaren.

§ 40

Verzicht auf das Öffentlichkeitsrecht

(1) Mit Genehmigung der Landesregierung kann der Rechtsträger der Krankenanstalt auf das Öffentlichkeitsrecht verzichten. Wenn die Krankenanstalt vom Bund Zuschüsse erhalten hat, hat die

Landesregierung das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales und den Burgenländischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds vom Verzicht in Kenntnis zu setzen.

(2) Der Verzicht auf das Öffentlichkeitsrecht ist im Landesamtsblatt für das Burgenland zu verlautbaren.

§ 41

Entziehung des Öffentlichkeitsrechts

(1) Die Landesregierung hat das Öffentlichkeitsrecht zu entziehen, wenn

1. eine für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechts im § 38 vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder
2. ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel, der die Verweigerung der Verleihung des Öffentlichkeitsrechts gerechtfertigt hätte, nachträglich hervorkommt oder
3. die der Krankenanstalt erteilte Bewilligung zur Errichtung oder zum Betrieb zurückgenommen wird (§ 9).

(2) Die Entziehung des Öffentlichkeitsrechts ist im Landesamtsblatt für das Burgenland zu verlautbaren. Das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie der Burgenländische Krankenanstalten-Finanzierungsfonds sind von der Entziehung in Kenntnis zu setzen.

§ 42

Gemeinnützigkeit der Krankenanstalt

(1) Eine Krankenanstalt ist gemeinnützig, wenn

1. ihr Betrieb nicht die Erzielung eines Gewinnes bezweckt;
2. jeder Anstaltsbedürftige nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen und des Anstaltszweckes aufgenommen wird;
3. die Patienten so lange in der Krankenanstalt untergebracht, ärztlich behandelt, gepflegt und verköstigt werden, wie es ihr Gesundheitszustand nach dem Ermessen des behandelnden Arztes erfordert;
4. für die ärztliche Behandlung einschließlich der Pflege sowie, unbeschadet einer Aufnahme in die Sonderklasse, für Verpflegung und Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand der Patienten maßgeblich ist;
5. LKF - Gebühren oder Pflegegebühren gemäß § 56 Abs. 1 für gleiche Leistungen der Krankenanstalt für Patienten derselben Gebührenklasse, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen und sonstige bettenführende Organisationseinheiten oder Pflegegruppen für Akutkranke und für Langzeitbehandlung (§ 15 Abs. 1 Z 4) und auf Tag- oder Nachtbetrieb sowie den halbstationären Bereich (§ 15 Abs. 1 Z 5) in gleicher Höhe (§ 58) festgesetzt sind;
6. die Bediensteten der Krankenanstalt unbeschadet der §§ 56 und 59 von den Patienten oder deren Angehörigen auf keinerlei Art entlohnt werden dürfen und
7. die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten ein Viertel der für die Anstaltspflege bereitstehenden Bettenzahl nicht übersteigt.

(2) Die Feststellung der Gemeinnützigkeit einer Krankenanstalt erfolgt über Antrag der Rechtsträger durch die Landesregierung. Wenn nach Erlassung des Feststellungsbescheides eine Voraussetzung der Gemeinnützigkeit wegfällt, hat die Landesregierung von Amts wegen das Nichtvorliegen der Gemeinnützigkeit festzustellen.

§ 43

Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege

(1) Das Land Burgenland ist verpflichtet, unter Bedachtnahme auf § 14 und unter Berücksichtigung des Bedarfs auf dem Gebiet der Langzeitversorgung und der in diesem Zusammenhang zu erwartenden künftigen Entwicklung, Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen (§ 50 Abs. 3) entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen.

(2) Die Anstaltspflege kann für anstaltsbedürftige Personen, die im Grenzgebiet zu einem benachbarten Bundesland wohnen, auch durch Sicherstellung der Möglichkeiten der Einweisung in Krankenanstalten eines benachbarten Bundeslandes gewährleistet werden.

(3) Für anstaltsbedürftige Personen (§ 50 Abs. 3), insbesondere für unabweisbare Kranke (§ 50 Abs. 4), ist eine zureichende Zahl an Betten der allgemeinen Gebührenklasse vorzusehen.

(4) Zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Krankenanstaltspflege können für die Errichtung und Erweiterung von öffentlichen Krankenanstalten über Antrag des Rechtsträgers Grundstücke im unbedingt notwendigen Umfang gegen Entschädigung enteignet werden, wenn ein unmittelbarer Bedarf für die Errichtung oder Erweiterung besteht, der nach den besonderen Erfordernissen der Krankenanstalt wie des Standortes, des Einzugsgebietes, der Verkehrslage und der Lage zu den benachbarten Krankenanstalten auf andere geeignete Weise nicht befriedigt werden kann.

(5) Über die Notwendigkeit, den Gegenstand und den Umfang der Enteignung entscheidet die nach der Lage des Grundstückes örtlich zuständige Bezirksverwaltungsbehörde unter sinngemäßer Anwendung des Eisenbahn-Enteignungsentschädigungsgesetzes - EisbEG, BGBl. Nr. 71/1954, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 111/2010. Einer dagegen erhobenen Beschwerde kommt keine aufschiebende Wirkung zu.

§ 44

Notkrankenanstalten

(1) Die Landesregierung kann im Fall eines bewaffneten Konfliktes sowie bei Elementarereignissen oder Unglücksfällen außergewöhnlichen Umfangs geeignete Liegenschaften (Gebäude) samt Einrichtungen zur Verwendung als Krankenanstalt im unbedingt notwendigen Umfang und unter möglicher Schonung der an diesen Grundstücken (Gebäuden) bestehenden Rechte zu Gunsten des Landes oder eines anderen Rechtsträgers beschlagnahmen, wenn die Anstaltspflege von anstaltsbedürftigen, insbesondere unabweisbaren Personen sonst nicht sichergestellt ist. Die Beschlagnahme hat die Wirkung, dass das Grundstück (Gebäude) der Verfügung der Berechtigten entzogen ist.

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

(3) Derjenige, in dessen Rechte durch die Beschlagnahme eingegriffen wurde, ist vom Land oder, wenn zu Gunsten eines anderen Rechtsträgers beschlagnahmt wurde, von diesem für alle durch die Beschlagnahme verursachten vermögensrechtlichen Nachteile angemessen zu entschädigen. Kommt eine Einigung über die Höhe der Entschädigung nicht zustande, ist der ordentliche Rechtsweg zu beschreiten.

(4) Für Notkrankenanstalten gemäß Abs. 1 kann die Landesregierung von den Bestimmungen dieses Gesetzes und den auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Verordnungen Ausnahmen zulassen, wenn die Einhaltung dieser Bestimmungen wegen der räumlichen Verhältnisse oder der Dringlichkeit der Aufnahme des Anstaltsbetriebes nicht möglich ist. Solche Ausnahmen sind jedoch nicht zulässig, soweit Grundsatzbestimmungen des Bundes entgegenstehen.

§ 45

Angliederungsverträge

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

(2) Eine Genehmigung nach Abs. 1 darf nur erteilt werden, wenn

1. der Abschluss eines Angliederungsvertrages die einzige Möglichkeit der Sicherstellung der öffentlichen Krankenanstaltspflege bildet oder andere Möglichkeiten wesentlich unwirtschaftlicher wären;
2. die ärztliche Aufsicht der Hauptanstalt über ihre Patienten in der angegliederten Krankenanstalt gewährleistet ist;
3. die Einhaltung der für die Hauptanstalt hinsichtlich Aufnahme, ärztliche Behandlung, Pflege, Unterbringung, Verpflegung und Entlassung der Patienten geltenden Vorschriften in vergleichbarer Weise auch in der angegliederten Krankenanstalt gesichert ist;
4. eine angemessene, dem voraussichtlichen Bedarf entsprechende Gültigkeitsdauer oder bei Abschluss auf unbestimmte Zeit die jederzeit mögliche Kündigung unter Einhaltung einer angemessenen Kündigungsfrist vorgesehen ist und
5. die Höhe der LKF-Gebühren oder LKF-Gebühren oder Pflegegebühren festgesetzt ist, die von der Hauptanstalt für jeden auf ihre Rechnung aufgenommenen Patienten an die angegliederte Anstalt zu leisten sind.

(3) Die Genehmigung ist insbesondere dann zu versagen und eine erteilte Genehmigung zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem Landeskrankenanstaltenplan (§ 14) widersprechenden Zustand führen würde oder geführt hat.

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

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

§ 46

Betriebspflicht, Betriebsunterbrechung und Auflassung

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

(2) Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht (§ 18) unterliegen, bedürfen für die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung des Betriebes der Genehmigung der Landesregierung. Die Landesregierung hat im Falle einer Fondskrankenanstalt (§ 7 Abs. 2 Z 1) das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und den Burgenländischen Gesundheitsfonds von der Sachlage in Kenntnis zu setzen.

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

§ 47

Arzneimittelvorrat

(1) In öffentlichen Krankenanstalten, in denen Anstaltsapotheken nicht bestehen, muss ein ausreichender Vorrat an Arzneimitteln, die nach der Eigenart der Krankenanstalt gewöhnlich erforderlich sind und von einer fachlich geeigneten Person verwaltet werden, angelegt sein. Für die Bezeichnung und Verwahrung der Arzneimittelvorräte sind die für die ärztlichen Hausapotheken geltenden Vorschriften sinngemäß anzuwenden. Eine Anfertigung oder sonstige Zubereitung von Arzneien ist nicht zulässig. Arzneien dürfen an die Patienten nur unter der Verantwortung eines Arztes verabreicht werden.

(2) Der Arzneimittelvorrat ist hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit der einzelnen Arzneimittel vom Amtsarzt der Bezirksverwaltungsbehörde, allenfalls, soweit nicht die Gebietskörperschaften als Rechtsträger der Krankenanstalt über eigene Fachkräfte verfügen, unter Beiziehung eines Bediensteten des Bundesinstituts für Arzneimittel 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.

§ 48

Öffentliche Stellenausschreibung

(1) In öffentlichen Krankenanstalten sind die Stellen

1. des ärztlichen Leiters;
2. jener Ärzte, die eine Abteilung, ein Department, einen Fachschwerpunkt, eine Prosektur, eine Ambulanz in einer öffentlichen Krankenanstalt oder ein Institut leiten oder als ständige Konsiliarärzte oder als Konsiliarzahnärzte bestellt werden sollen;

3. jener Apotheker, die mit der Leitung der Anstaltsapothekes betraut oder als ständige Konsiliarapotheker bestellt werden sollen;
4. des Leiters der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten sowie
5. des Leiters des Pflegedienstes
öffentlich auszuschreiben. Für die Bewerbung ist eine Frist von mindestens sechs Wochen einzuräumen.

(2) Die Stellenausschreibung ist vom Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt unter Angabe der beizubringenden Unterlagen im Landesamtsblatt für das Burgenland zu verlautbaren. Wenn die Stellenausschreibung Ärzte oder Apotheker betrifft, ist die Ärztekammer für Burgenland oder die Österreichische Apothekerkammer von der Ausschreibung gesondert zu verständigen.

(3) Die Bewerber um eine ausgeschriebene Stelle haben dem Bewerbungsgesuch anzuschließen

1. Geburtsurkunde;
2. Lebenslauf;
3. Nachweise über die Ausbildung und bisherige fachliche Tätigkeit, bei Ärzten und Apothekern Urkunden zum Nachweis der Berechtigung zur selbständigen Ausübung des Arztberufes oder des Apothekerberufes nach den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften, sowie
4. bei Bewerbern, die nicht im öffentlichen Dienst stehen, ein amtsärztliches Gesundheitszeugnis und eine Strafregisterbescheinigung.

(4) Wenn die Stellenausschreibung Ärzte oder Apotheker betrifft, sind nach Ablauf der Bewerbungsfrist vom Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt die Gesuche mit allen Unterlagen dem Landessanitätsrat zur Begutachtung vorzulegen. Der Landessanitätsrat hat in seinem Gutachten die Bewerber auf deren Eignung oder Nichteignung zu beurteilen und auf Grund dieser Beurteilung zu reihen, wobei mehrere Bewerber an eine Stelle gesetzt werden können. Die Reihung ist eingehend zu begründen. Die Begründung hat sich sowohl auf die fachliche Qualifikation als auch auf die Befähigung für eine leitende Stelle zu erstrecken. Das Gutachten ist mit den vorgelegten Unterlagen dem Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt, eine Zweitausfertigung der Landesregierung vorzulegen. Der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt hat bei der Besetzung der offenen Stellen die Wahl unter den gereihten Bewerbern.

§ 49

Allgemeine Gebührenklasse und Sonderklasse

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

(2) Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten können nach Maßgabe des § 42 Abs. 1 Z 7 neben einer allgemeinen Gebührenklasse eine Sonderklasse einrichten, wenn die Aufgliederung und Ausstattung der Räume der Krankenanstalt die Einrichtung der Sonderklasse zulässt. Die Einrichtung der Sonderklasse bedarf der Bewilligung der Landesregierung.

(3) Die Sonderklasse unterscheidet sich von der allgemeinen Gebührenklasse durch eine bessere Ausstattung und Lage der Krankenzimmer, eine geringere Bettenanzahl in den Krankenzimmern, Art der Verpflegung und sonstige Zusatzleistungen. In der ärztlichen Behandlung und in der Pflege darf kein Unterschied gemacht werden. Die Patienten der Sonderklasse sind von den Patienten der allgemeinen Gebührenklasse nach Möglichkeit getrennt unterzubringen.

(4) In der Sonderklasse sind anstaltsbedürftige Personen auf eigenes Verlangen aufzunehmen. Diese Aufnahme kann von der Beibringung einer schriftlichen Verpflichtungserklärung über die Tragung der LKF-Gebühren oder Pflegegebühren und weiterer Entgelte sowie vom Erlag einer entsprechenden Vorauszahlung oder von der Beibringung einer verbindlichen Kostenübernahmeerklärung seitens eines direkt mit der öffentlichen Krankenanstalt verrechnenden Kostenträgers (Privatversicherung, Zuschusskasse u. a.) abhängig gemacht werden. Über die sich aus der Aufnahme in die Sonderklasse ergebenden Verpflichtungen ist die Person, die die Aufnahme in die Sonderklasse verlangt, in geeigneter Weise aufzuklären.

§ 50

Aufnahme von Patienten

(1) Patienten können nur auf Grund einer Untersuchung durch den hiezu bestimmten Anstaltsarzt von der Anstaltsleitung aufgenommen werden.

(2) Die Aufnahme von Patienten ist auf anstaltsbedürftige Personen und auf Personen, die sich einem operativen Eingriff unterziehen, beschränkt. Bei der Aufnahme ist auf den Zweck der öffentlichen

Krankenanstalt und auf den Umfang der Anstaltseinrichtungen Bedacht zu nehmen. Unabweisbare Kranke müssen in Anstaltspflege genommen werden, anstaltsbedürftige Personen nur dann, wenn Leistungsansprüche aus der sozialen Krankenversicherung bestehen.

(3) Anstaltsbedürftig im Sinne des Abs. 2 sind Personen, deren auf Grund ärztlicher Untersuchung festgestellter geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Krankenanstaltspflege erfordert, weiters Personen, die ein Sozialversicherungsträger oder ein ordentliches Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zum Zweck einer Befundung oder einer Begutachtung in die öffentliche Krankenanstalt einweist, weiters 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) Unabweisbar im Sinne des Abs. 2 sind Personen, deren geistiger oder körperlicher Zustand wegen Lebensgefahr oder wegen Gefahr einer sonst nicht vermeidbaren, schweren Gesundheitsschädigung sofortige Anstaltsbehandlung erfordert, weiters Frauen, wenn die Entbindung unmittelbar bevorsteht, sowie Personen, die auf Grund besonderer Vorschriften von einer Behörde eingewiesen werden.

(5) Ist die Aufnahme eines unabweisbaren oder anstaltsbedürftigen Kranken in die allgemeine Gebührenklasse wegen Platzmangels nicht möglich, so ist er ohne Verrechnung von Mehrkosten so lange in die Sonderklasse aufzunehmen, bis der Platzmangel in der allgemeinen Gebührenklasse behoben ist und der Zustand des Kranken eine Verlegung zulässt.

(6) Im Fall der Behandlung eines Patienten in fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 3b) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 15 Abs. 7) ist der Patient jener Krankenanstalt zuzurechnen, in der er sich befindet.

§ 51

Aufnahme von nicht anstaltsbedürftigen Personen

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

(2) In sonstigen Fällen ist die Aufnahme nicht anstaltsbedürftiger Personen als Begleitpersonen unter Berücksichtigung der in der Krankenanstalt gegebenen räumlichen Voraussetzungen zulässig.

§ 52

Entlassung von Patienten

(1) Patienten, die auf Grund des Ergebnisses einer anstaltsärztlichen Untersuchung der Anstaltspflege nicht mehr bedürfen, sind aus der Anstaltspflege zu entlassen. Anstaltsbedürftige Kranke sind - unbeschadet des Abs. 4 - zu entlassen, wenn ihre Überweisung in eine andere Krankenanstalt notwendig wird und sichergestellt ist. Die von der Anstaltsleitung bestimmten Anstaltsärzte haben vor jeder Entlassung durch Untersuchung festzustellen, ob der Patient geheilt, gebessert oder ungeheilt entlassen wird.

(2) Bei der Entlassung eines Patienten ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Entlassungsbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere ärztliche, psychologische, psychotherapeutische und pflegerische Betreuung oder Betreuung durch Hebammen notwendigen Angaben und Empfehlungen sowie allfällige notwendige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste oder 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 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen zu berücksichtigen. Ausnahmen sind ausschließlich aus medizinischer Notwendigkeit zulässig, erforderlichenfalls ist eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einzuholen. Auf noch im Zeitpunkt der Entlassung ausstehende Befunde ist im Entlassungsbrief gesondert hinzuweisen. Dieser Entlassungsbrief ist nach Entscheidung des Patienten 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. Ausstehende Befunde sind ehestens in gleicher Weise zu übermitteln. Weisen die nach der Entlassung nachgereichten Befunde auf bösartige oder sonstige schwere Erkrankungen hin, ist der Patient von der den Entlassungsbrief ausstellenden Krankenanstalt nachweislich hiervon in Kenntnis zu setzen und über sein Verlangen zu einer Befundbesprechung einzuladen. Auf diese Möglichkeit ist von der Krankenanstalt ausdrücklich hinzuweisen.

(3) Kann die in Anstaltspflege befindliche Person nicht sich selbst überlassen werden und ist ihre Übernahme durch Angehörige nicht sichergestellt, ist der Träger der Sozialhilfe rechtzeitig von der bevorstehenden Entlassung zu verständigen.

(4) Wünschen der Patient, sein gesetzlicher Vertreter oder die Angehörigen die vorzeitige Entlassung, so hat der behandelnde Arzt bzw. Zahnarzt auf allfällige für die Gesundheit nachteilige Folgen aufmerksam zu machen. Über die vorzeitige Entlassung und Belehrung des Patienten hat der behandelnde Arzt bzw. Zahnarzt eine Niederschrift anzufertigen. Eine vorzeitige Entlassung ist nicht zulässig, wenn der Patient auf Grund besonderer Vorschriften von einer Behörde in die Krankenanstalt eingewiesen worden ist.

§ 53

Leichenöffnungen (Obduktionen)

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

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

(3) Über jede Obduktion ist eine Niederschrift zur Krankengeschichte aufzunehmen und gemäß § 16 Abs. 10 zu verwahren.

§ 54

Ambulante Untersuchungen und Behandlungen

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

1. zur Leistung ärztlicher Erster Hilfe;
2. zur Behandlung nach ärztlicher Erster 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 Anstaltspflege,
5. im Zusammenhang mit Organ-, Gewebe- und Blutspenden;
6. zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten oder
7. für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin.

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

§ 55

Entgelt für Leistungen der Krankenanstalt

Für die Leistungen der Krankenanstalt darf von den Patienten oder anderen Zahlungspflichtigen nur das in diesem Gesetz vorgesehene Entgelt (§§ 56 bis 58 und 60) eingehoben werden.

Beachte für folgende Bestimmung

LGBl. Nr. 82/2005

Art. I Z 29 (§ 56 Abs. 4 Z 2) tritt mit 1. Jänner 2006 in Kraft.

§ 56

LKF-Gebühren; Pflege- und Sondergebühren

(1) Mit den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind, unbeschadet der Regelungen des Abs. 2 und § 57, alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten.

(2) In den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren sind

1. die Kosten der Beförderung des Patienten in die Krankenanstalt und aus derselben;
2. die Beistellung eines Zahnersatzes, sofern diese nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeführten Behandlung zusammenhängt;
3. die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körperersatzstücke), soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen sowie
4. die Kosten der Bestattung eines in der Krankenanstalt Verstorbenen
nicht inbegriffen. Gleiches gilt für Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht in Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Patienten erbracht werden.

(3) Auslagen, die sich durch die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der Anstalt ergeben, ferner Abschreibungen vom Wert der Liegenschaft sowie Pensionen 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) Neben den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren dürfen folgende weitere Entgelte eingehoben werden:

1. von Patienten, die über ihr eigenes Verlangen in die Sonderklasse aufgenommen wurden
 - a) ein Zuschlag zu den LKF-Gebühren bzw. zur Pflegegebühr zur Abdeckung des erhöhten Betriebsaufwandes;
 - b) ein Entgelt für individuelle Betreuung und damit in Zusammenhang stehende Aufwendungen;
2. von Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen (§ 54 Abs. 1), ein Entgelt für ambulante Untersuchungen oder Behandlungen, sofern diese Leistungen nicht durch den Burgenländischen Gesundheitsfonds abgegolten werden (Ambulatoriumsbeitrag); wird eine Person auf Grund des Ergebnisses der ambulanten Untersuchung oder Behandlung am selben Tag als Patient in die Anstalt aufgenommen, so ist die ambulante Leistung als stationär erbracht anzusehen;
3. ein Entgelt für den fallweisen Beistand durch eine nicht in der Krankenanstalt angestellte Hebamme, sofern diese Aufwendung nicht bereits in den LKF-Gebühren oder Pflegegebühren inbegriffen ist.

(5) In den Fällen des § 51 Abs. 1 werden die LKF-Gebühren oder die Pflegegebühren nur für eine Person in Rechnung gestellt. Im Übrigen dürfen in der allgemeinen Gebührenklasse und Sonderklasse Begleitpersonen zur Entrichtung eines Entgelts bis zur Höhe der durch ihre Unterbringung in der Krankenanstalt entstehenden Kosten verpflichtet werden, sofern sie nicht durch Verordnung der Landesregierung aus Gründen sozialer Schutzbedürftigkeit befreit sind.

§ 57

Kostenbeitrag

(1) Von sozialversicherten Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung entweder LKF-Gebührenersätze oder Pflegegebührenersätze durch den Burgenländischen Gesundheitsfonds oder Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, ist durch den Träger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag pro Verpflegstag in der Höhe von 5,23 Euro einzuheben.

Dieser Beitrag darf pro Patient für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Er ist auch für den Aufnahme- und Entlassungstag zu leisten. Im Falle einer Transferierung ist der Kostenbeitrag für den Tag der Transferierung nur von jener Krankenanstalt einzuheben, in welche der Patient transferiert wird.

(2) Von der Kostenbeitragspflicht sind jedenfalls ausgenommen:

1. Personen, die selbst oder für die Dritte die festgesetzte LKF-Gebühr oder Pflegegebühr bezahlen;

2. Personen, die nach sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften einen Selbstbehalt zu leisten haben oder von der Entrichtung der Rezeptgebühr befreit sind sowie jene Personen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen sind;
3. Personen, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen, sowie
4. Personen, die zum Zweck der Organspende stationär aufgenommen werden.

(3) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 ist von sozialversicherten Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung entweder LKF-Gebührenersätze oder Pflegegebührenersätze durch den Burgenländischen Gesundheitsfonds oder Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, durch den Träger der Krankenanstalt ein Beitrag in der Höhe von 1,45 Euro pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Patient für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Er ist auch für den Aufnahme- und Entlassungstag zu leisten. Abs. 2 gilt sinngemäß. Im Falle einer Transferierung ist der Kostenbeitrag für den Tag der Transferierung nur von jener Krankenanstalt einzuheben, in welche der Patient transferiert wird.

(4) Der Beitrag gemäß Abs. 3 wird von den Trägern der Krankenanstalten im Namen der Sozialversicherungsträger für den Burgenländischen Gesundheitsfonds eingehoben.

(5) Der Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 vermindert oder erhöht sich jährlich in dem Maß, das sich aus der Veränderung des von der Bundesanstalt „Statistik Österreich“ verlautbarten Verbraucherpreisindex 1996 oder des an seine Stelle tretenden Index ergibt. Der Berechnung der neuen Beiträge ist jeweils die Indexzahl des Monats September zu Grunde zu legen. Die neuen Beiträge sind jeweils auf volle 10 Cent zu runden und gelten ab dem 1. Jänner des Folgejahres für das ganze Kalenderjahr. Die Landesregierung hat die Änderung des Kostenbeitrages im Landesgesetzblatt zu verlautbaren.

(6) Zusätzlich zum Kostenbetrag gemäß Abs. 1 und zum Beitrag gemäß Abs. 3 ist von sozialversicherten Patientinnen oder Patienten der allgemeinen Gebührenklasse und von Patientinnen oder Patienten der Sonderklasse für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr ein Betrag in der Höhe von 0,73 Euro einzuheben. Abs. 2 gilt sinngemäß. Im Falle einer Transferierung ist der Kostenbeitrag für den Tag der Transferierung nur von jener Krankenanstalt einzuheben, in welche der Patient transferiert wird.

(7) Der Betrag gemäß Abs. 6 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 Entschädigung gebührt auch für jene Fälle, 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.

(8) Die Kostenbeiträge gemäß Abs. 1, 3 und 6 sind für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nicht einzuheben.

§ 58

Festsetzung der LKF-Gebühren, Pflege- und Sondergebühren

(1) Die LKF-Gebühren ergeben sich aus dem Produkt der für die einzelnen Patienten ermittelten LKF-Punkte mit dem von der Landesregierung gemäß Abs. 3 festgelegten Betrag je LKF-Punkt. Werden LKF-Gebühren verrechnet, ist das österreichweit einheitliche System der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in geeigneter Weise kundzumachen.

(2) Der Betrag je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und Rechnungsabschlüsse unter Bedachtnahme auf § 56 Abs. 3 kostendeckend zu ermitteln.

(3) Der für die LKF-Gebühren zu verrechnende Betrag 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 Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Verordnung sind auch der kostendeckend ermittelte Betrag, die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen. Diese Verordnung kann rückwirkend in Kraft gesetzt werden.

(4) Für alle öffentlichen und gemäß § 42 gemeinnützig geführten privaten Krankenanstalten, die nicht Fondskrankenanstalten (§ 7 Abs. 2 Z 1) sind, sowie für jene Patientengruppen in Fondskrankenanstalten, die nicht über den Burgenländischen Gesundheitsfonds abgerechnet werden, ist durch Verordnung der Landesregierung festzulegen, ob die Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse durch LKF-Gebühren oder Pflegegebühren abgegolten werden. Diese Verordnung kann rückwirkend in Kraft gesetzt werden.

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

(6) 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 Pflegegebühren 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.

(7) In den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 50 Abs. 3 sind die LKF-Gebühren oder die Pflegegebühren von den Trägern der Sozialversicherung in voller Höhe zu entrichten.

§ 59

Honorare

(1) Die Abteilungs- und Institutsleiter sind berechtigt, von den Patienten der Sonderklasse ein Honorar zu verlangen. Dasselbe gilt hinsichtlich des Honorars für Laboratoriums- oder Konsiliaruntersuchungen, Röntgen- oder sonstige physikalische Behandlungen und für die Tätigkeit besonderer Fachärzte.

(2) Die Aufteilung der Honorare zwischen dem Leiter und den übrigen der Abteilung oder dem Institut zugeordneten Ärzten hat jährlich einvernehmlich unter Bedachtnahme auf die Anzahl der Ärzte, deren dienstrechtliche Stellung, die erbrachte Leistung sowie die damit verbundene Verantwortung zu erfolgen, wobei mindestens 60 % weiterzugeben sind. Wird der ärztliche Dienst in einer Abteilung nur von zwei Fachärzten versehen, haben dem Leiter mindestens 50 % zu verbleiben. Die Aufteilungsregelung hat schriftlich zu erfolgen.

(3) Dem Rechtsträger der Krankenanstalt gebührt für die Bereitstellung der Einrichtung der Anstalt sowie für die Aufteilung der Honorare ein Anteil in der Höhe von 5 %.

(4) Wird das Einvernehmen über die Aufteilung der Honorare gemäß Abs. 2 nicht hergestellt, hat der Rechtsträger diese nach Anhörung der Interessenvertretung der Ärzte festzulegen.

(5) Für die Vorschreibung der Honorare gilt § 62 sinngemäß mit der Maßgabe, dass der Rechtsträger die Honorare namens der Ärzteschaft vorzuschreiben hat.

§ 60

LKF-Gebühren; Pflege- und Sondergebühren für ausländische Staatsangehörige

(1) Die Landesregierung kann durch Verordnung bestimmen, dass bei Aufnahme fremder Staatsangehöriger statt der LKF-Gebühren oder Pflegegebühren und allfälliger Sondergebühren sowie Kostenbeiträge die tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten einzuheben sind. Dies gilt nicht für

1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 50 Abs. 4), sofern sie im Inland eingetreten ist;
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 dieses Gesetzes 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 sind.

(2) Die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die die voraussichtlichen LKF-Gebühren oder Pflegegebühren, allfälligen Sondergebühren sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 1 nicht erlegen oder sicherstellen, beschränkt sich auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 50 Abs. 4).

(3) Die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und bei denen keine Unabweisbarkeit vorliegt, kann abgelehnt werden, wenn durch die Aufnahme die Krankenanstalt ihrem Versorgungsauftrag nach dem LAKAP 2008 (§ 14) für Personen mit Wohnort im Bundesgebiet nicht mehr in einem angemessenen Zeitraum nachkommen könnte. Solche Beschränkungen der Aufnahme sind auf das notwendige und angemessene Maß zu begrenzen und bei Patientenfragen bekannt zu geben.

§ 61

Zahlungspflichtige Personen

(1) Die Verpflichtung zur Zahlung der LKF-Gebühren oder Pflegegebühren und allfälliger Sondergebühren trifft, soweit nicht eine andere natürliche oder juristische Person auf Grund sozialversicherungsrechtlicher oder anderer gesetzlicher Vorschriften zahlungspflichtig ist, den in der öffentlichen Krankenanstalt behandelten Patienten. Können diese vom Patienten nicht hereingebracht werden, sind zum Ersatz die für den Patienten unterhaltspflichtigen Personen heranzuziehen.

(2) Von zahlungsfähigen Patienten kann eine Vorauszahlung der zu erwartenden LKF-Gebühren oder Pflegegebühren und allfälliger Sondergebühren in der allgemeinen Gebührenklasse bis zu zehn Tagen, in der Sonderklasse bis zu 30 Tagen, verlangt werden.

(3) Die Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalten haben schon bei der Aufnahme von Patienten die für die Einbringung der LKF-Gebühren oder Pflegegebühren und allfälliger Sondergebühren notwendigen Erhebungen einzuleiten. Die Landesbehörden und Gemeinden sind zur Erteilung der entsprechenden Auskünfte verpflichtet.

§ 62

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

(1) LKF-Gebühren, Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge (§ 57) der öffentlichen Krankenanstalten, die nicht im Voraus errichtet wurden, sind unverzüglich nach Beendigung der Anstaltspflege vom Rechtsträger der Krankenanstalt in einer Gebührenverrechnung (Abs. 4) dem Zahlungspflichtigen vorzuschreiben. Bei längerdauernder Anstaltsbehandlung können sie auch monatlich vorgeschrieben werden. Die LKF-Gebühren, Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge sind innerhalb von zwei Wochen ab der Vorschreibung vom Zahlungspflichtigen zu bezahlen. In berücksichtigungswürdigen Fällen kann auf Antrag des Zahlungspflichtigen die Zahlungsfrist von zwei Wochen verlängert (Stundung) oder die Abstattung in Teilzahlungen bewilligt werden. Für die Zeit der Stundung oder der Teilzahlung sind Verzugszinsen (Abs. 2) nicht zu verrechnen.

(2) LKF-Gebühren, 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.

(3) LKF-Gebühren, Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge für die in einer angegliederten Anstalt untergebrachten Patienten (§ 45) sind von der Hauptanstalt vorzuschreiben und einzubringen.

(4) Zur Einbringung fälliger LKF-Gebühren, Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge ist dem Zahlungspflichtigen eine Gebührenverrechnung zuzustellen. Diese hat zu enthalten:

1. die Dauer der Anstaltspflege;
2. die Höhe der aufgelaufenen LKF-Gebühren, Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge;
3. die geleisteten Teilzahlungen;
4. die Höhe des aushaftenden Rückstandes;
5. einen Hinweis auf die Fälligkeit der Forderung, die zweiwöchige Zahlungsfrist und auf allfällige Verzugszinsen sowie
6. eine Belehrung über das Recht zur Erhebung von Einwendungen.

(5) Gegen die Gebührenverrechnung kann der Zahlungspflichtige binnen zwei Wochen nach Zustellung schriftlich oder mündlich bei der Stelle Einwendungen erheben, die die Gebührenverrechnung ausgestellt hat. Über Einwendungen, denen von dieser Stelle nicht voll Rechnung getragen wird,

entscheidet die nach dem Sitz der Krankenanstalt örtlich zuständige Bezirksverwaltungsbehörde mit Bescheid.

(6) Der Anspruch gegen den Zahlungspflichtigen ist vollstreckbar

1. nach Ablauf der zweiwöchigen Zahlungsfrist, wenn keine Einwendungen erhoben werden, oder
2. nach Ablauf von zwei Wochen, gerechnet vom Tag des Ablaufs der erstreckten Zahlungsfrist, oder
3. bei Nichtbezahlung von Teilbeträgen bezüglich des gesamten aushaftenden Betrages nach Ablauf von zwei Wochen nach Fälligkeit eines Teilbetrages.

Die Gebührenverrechnung gilt in diesen Fällen als Rückstandsausweis.

(7) Auf Grund des Rückstandsausweises einer öffentlichen Krankenanstalt ist gegen den Zahlungspflichtigen die Vollstreckung zulässig, wenn die Vollstreckbarkeit des Rückstandsausweises von der nach dem Sitz der Krankenanstalt örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde bestätigt wird. Die Vollstreckbarkeitsbestätigung lautet: "Dieser Rückstandsausweis unterliegt keinem die Vollstreckbarkeit hemmenden Rechtszug".

(8) Der Rechtsträger kann von Einbringungsmaßnahmen Abstand nehmen, wenn diese offensichtlich aussichtslos sind oder der zu erwartende Erlös in keinem Verhältnis zu den Kosten der Einbringung steht.

§ 63

Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Fondskrankenanstalten

(1) Die Fondskrankenanstalten sind verpflichtet, die nach sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften eingewiesenen Patienten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.

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

1. LKF-Gebührenersätze des Burgenländischen Gesundheitsfonds;
2. Zahlungen des Burgenländischen Gesundheitsfonds für ambulante Leistungen und Leistungen im Nebenkostenstellenbereich sowie
3. Kostenbeiträge gemäß § 57.

Nicht damit abgegolten sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, im Einvernehmen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Burgenländischen Gesundheitsfonds ausgenommene Leistungen und die im § 56 Abs. 2 angeführten Leistungen.

(3) Die Fondskrankenanstalten haben den Kostenbeitrag gemäß § 447 f Abs. 7 ASVG für Rechnung des Burgenländischen Gesundheitsfonds einzuheben.

(4) Die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten (§ 7 Abs. 2 Z 1) sind berechtigt, direkt mit der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter vertragliche Vereinbarungen über Leistungen im Sinne des § 59 Abs. 1 zweiter Satz B-KUVG zu treffen.

(5) Im Übrigen werden die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Krankenanstalten durch privatrechtliche Verträge geregelt. Ansprüche auf Zahlungen können durch diese Verträge nicht rechtsgültig begründet werden, sofern es sich nicht um Leistungen nach Abs. 2 letzter Satz handelt. Die Verträge sind zwischen dem Hauptverband im Einvernehmen mit dem in Betracht kommenden Versicherungsträger einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits im Einvernehmen mit dem Burgenländischen Gesundheitsfonds abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der Schriftform und sind innerhalb von vier Wochen ab Abschluss der Landesregierung vorzulegen.

(6) Die Versicherungsträger haben ohne Einschaltung des Burgenländischen Gesundheitsfonds gegenüber dem Rechtsträger der Krankenanstalt das Recht

1. auf Einsichtnahme und Anfertigung von Kopien bezüglich aller den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen (zB Krankengeschichten, Röntgenaufnahmen, Befunde);
2. Ausfertigungen aller Unterlagen zu erhalten, auf Grund derer Zahlungen des Burgenländischen Gesundheitsfonds für Leistungen einer Krankenanstalt abgerechnet werden (insbesondere Aufnahmeanzeige und Entlassungsanzeige samt Diagnosen, Versicherungszuständigkeitserklärung, Verrechnungsdaten);
dieses Recht umfasst auch die entsprechenden Statistiken;

ferner das Recht auf Übermittlung von Daten der Leistungserbringung an den Patienten auf der Basis des LKF/LDF-Systems; diese Rechte können jedoch nur dann gegenüber einer Krankenanstalt geltend gemacht werden, wenn diese Unterlagen bzw. Daten nicht in angemessener Frist vom Burgenländischen Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt werden, sowie

3. den Patienten durch einen beauftragten Facharzt in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen.

(7) Die Fondskrankenanstalten sind verpflichtet, die e-card und die e-card-Infrastruktur zu verwenden und die Identität von Patientinnen und Patienten sowie die rechtmäßige Verwendung der e-card zu überprüfen. Die Überprüfung der Identität ist für Patienten bis zum vollendeten 14. Lebensjahr nur im Zweifelsfall vorzunehmen.

§ 64

Burgenländischer Gesundheitsfonds

(1) Alle an Patientinnen und Patienten in Fondskrankenanstalten (§ 7 Abs. 2 Z 1) erbrachten Leistungen, auf die ein Anspruch aus der Sozialversicherung besteht, sind mit Ausnahme allfälliger Kosten und Entgelte gemäß § 56 Abs. 2 bis 4 über den Burgenländischen Gesundheitsfonds abzugelten.

(2) Die Leistungen gemäß Abs. 1 sind nach Maßgabe folgender Grundsätze leistungsorientiert durch LKF-Gebührenersätze abzurechnen:

1. Auf Grundlage des österreichweit einheitlichen Systems der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in der jeweiligen aktuellen Fassung sind im LKF-Kernbereich die LKF-Punkte für die einzelnen Patientinnen und Patienten zu ermitteln.
2. Die Bepunktung je leistungsorientierter Diagnosenfallgruppen im LKF-Steuerungsbereich kann nach Maßgabe der besonderen Versorgungsfunktionen bestimmter Krankenanstalten vorgenommen werden. Als besondere Versorgungsfunktionen im Rahmen der LKF-Abrechnung gelten:
 - a) Zentralversorgung,
 - b) Schwerpunktversorgung,
 - c) Krankenanstalten mit speziellen fachlichen Versorgungsfunktionen und
 - d) Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsfunktionen.

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

(3) Die Abgeltung von ambulanten Leistungen an sozialversicherten Patientinnen und Patienten und anspruchsberechtigten Angehörigen sowie von Leistungen im Nebenkostenstellenbereich ist vom Burgenländischen Gesundheitsfonds festzulegen.

(4) Der Burgenländische Gesundheitsfonds kann Mittel zur Anpassung an die neue Finanzierungsform als Ausgleichszahlungen vorsehen.

(5) Die Höhe der LKF-Gebührenersätze für Leistungen im stationären, halbstationären und tagesklinischen sowie die Höhe der Abgeltung für Leistungen im ambulanten Bereich richtet sich nach der Dotation des Fonds und nach der Höhe der für diese Bereiche vorgesehenen Mittel.

(6) Die Abgeltung von Leistungen gemäß Abs. 1 setzt voraus, dass die Krankenanstalt mit den Zielen des ÖSG, RSG und des Landeskrankenanstaltenplanes übereinstimmt und der Träger die Verpflichtung zur Dokumentation auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen erfüllt. § 3 Abs. 3 des Gesundheitsqualitätsgesetzes ist anzuwenden.

(7) Der Burgenländische Gesundheitsfonds hat die Daten der Leistungserbringung an den Patientinnen und Patienten auf der Basis des LKF/LDF-Systems den Sozialversicherungsträgern zu übermitteln.

(8) Die Sozialversicherungsträger sind laufend über die festgelegten vorläufigen und endgültigen Beträge je LKF-Punkt zu informieren.

§ 64a

Tätigkeit des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger als Verbindungsstelle und als Betreiber der Zugangsstelle

(1) Gemäß § 4 Abs. 3 Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz - SV-EG, BGBl. Nr. 154/1994 in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 122/2011, wird der Hauptverband der österreichischen

Sozialversicherungsträger (Hauptverband) als Verbindungsstelle für den BURGEF festgelegt. Der Hauptverband besorgt die Aufgabe im übertragenen Wirkungsbereich und ist dabei an die Weisungen der Landesregierung gebunden.

(2) Hinsichtlich des unionsrechtlich vorgesehenen Datenaustausches, insbesondere durch die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. Nr. L 166 vom 30. April 2004, S. 1, und die Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. Nr. L 284 vom 30. Oktober 2009, S. 1 wird der Hauptverband für den BURGEF gemäß § 5 Abs. 3 SV-EG, BGBl. Nr. 154/1994 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 122/2011 als Betreiber der Zugangsstelle festgelegt. Der Hauptverband besorgt diese Aufgabe im übertragenen Wirkungsbereich und ist an die Weisungen der Landesregierung gebunden.

(3) Kostenerstattungen und Auskünfte im Rahmen von Kostenersatzfragen haben unter Einbindung der Burgenländischen Gebietskrankenkasse zu erfolgen.

§ 65

Beitragsbezirk und Krankenanstaltensprengel

Für alle öffentlichen Krankenanstalten im Burgenland ist das Landesgebiet Beitragsbezirk und Krankenanstaltensprengel.

§ 66

Deckung des Betriebsabganges der Fondskrankenanstalten

(1) Der Burgenländische Gesundheitsfonds deckt den sich durch den Betriebs- und Erhaltungsaufwand gegenüber den Einnahmen ergebenden Betriebsabgang der

1. öffentlichen Krankenanstalten gemäß § 1 Abs. 2 Z 1 und 2 sowie der
2. privaten Krankenanstalten gemäß § 1 Abs. 2 Z 1, die gemäß § 42 Abs. 1 gemeinnützig geführt werden, zur Gänze.

(2) Der Betriebsabgang ist die um die auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens gewährten Zuschüsse verminderte Summe des Betriebs- und Erhaltungsaufwandes eines Jahres, der durch Betriebserträge nicht gedeckt ist.

(3) Der Fonds bringt die zur Deckung des Betriebsabganges erforderlichen Mittel auf durch

1. Geldleistungen des Landes (Landesbeitrag) im Ausmaß von 90 % und
2. Geldleistungen der Gemeinden (Gemeindebeiträge) auf Grund von Vorschriften durch die Landesregierung im Ausmaß von 10 % des Betriebsabganges aller Krankenanstalten gemäß Abs. 1 Z 1 und 2.

(4) Die Gemeindebeiträge werden im Verhältnis der Volkszahl berechnet. Diese Volkszahl (Wohnbevölkerung) bestimmt sich ab dem Jahr 2009 nach dem von der Bundesanstalt Statistik Österreich in der Statistik des Bevölkerungsstands festgestellten Ergebnis zum Stichtag 31. Oktober, das auf der Internet-Homepage der Bundesanstalt Statistik Österreich bis zum November des dem Stichtag nächstfolgenden Kalenderjahres kundgemacht wird, und wirkt mit dem Beginn des dem Stichtag folgenden übernächsten Kalenderjahres, hinsichtlich der ersten Statistik des Bevölkerungsstands zum Stichtag 31. Oktober 2008 jedoch für die Jahre 2009 und 2010. Im Jahr 2009 bestimmt sich die Volkszahl bis zur Kundmachung der Statistik des Bevölkerungsstands zum Stichtag 31. Oktober 2008 nach einer vorläufigen Wohnbevölkerung auf Basis der der Bundesanstalt Statistik Österreich im November 2008 zur Verfügung stehenden Daten. Der Ausgleich für das Jahr 2009 hat bei der auf das Feststehen der endgültigen Volkszahl zum Stichtag 31. Oktober 2008 folgenden Vorschreibung zu erfolgen.

§ 67

Schiedskommission

(1) Beim Amt der Landesregierung ist eine Schiedskommission zu errichten, der folgende auf vier Jahre bestellte Mitglieder angehören:

1. als Vorsitzender: ein vom Präsidenten des Oberlandesgerichtes Wien nach Einholung der gemäß § 63a des Richterdienstgesetzes, BGBl. Nr. 305/1961, erforderlichen Zustimmung der obersten Dienstbehörde bestellter Richter, der dem Aktivstand der zum Sprengel des Oberlandesgerichtes Wien gehörenden Gerichte angehört;

2. ein vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entsendetes Mitglied und ein Mitglied aus dem Kreise der Bediensteten des Landes;
3. zwei Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstreuhänder, wobei ein Mitglied entweder das Land oder der betroffene Träger der Krankenanstalt und ein Mitglied der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entsendet.

(2) Für den Vorsitzenden ist ein Vorsitzender-Stellvertreter, für jedes gemäß Abs. 1 Z 2 und 3 bestellte Mitglied der Schiedskommission ein Ersatzmitglied zu bestellen. Die Landesregierung kann ein Mitglied (Ersatzmitglied) aus wichtigem Grund abberufen. Als solcher gilt insbesondere der nachträgliche Wegfall der Voraussetzungen für die Bestellung oder ein mit der Stellung des Mitglieds (Ersatzmitglieds) unvereinbares Verhalten. Das abberufene Mitglied (Ersatzmitglied) ist für den Rest der Funktionsperiode durch ein neues zu ersetzen.

(3) Die Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Schiedskommission erhalten für ihre Tätigkeit eine durch Verordnung der Landesregierung festzusetzende Entschädigung. Bei der Festsetzung der Höhe der Entschädigung ist auf den durch die Tätigkeit als Mitglied (Ersatzmitglied) verursachten Aufwand Bedacht zu nehmen.

§ 68

Aufgaben der Schiedskommission

Die Schiedskommission ist zur Entscheidung in folgenden Angelegenheiten zuständig:

1. Abschluss von Verträgen zwischen Trägern öffentlicher Krankenanstalten außerhalb des Burgenländischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds, die am 31. Dezember 1996 bestehen, und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
2. Streitigkeiten aus zwischen den Trägern der Krankenanstalten im Sinne § 1 des Burgenländischen Krankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetzes und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung) abgeschlossenen Verträgen einschließlich der Entscheidung über die aus diesen Verträgen erwachsenden Ansprüche gegenüber Trägern der Sozialversicherung oder gegenüber dem Landesfonds;
3. Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung und dem Burgenländischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds über die wechselseitigen Verpflichtungen und Ansprüche aus der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung;
4. Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus gemäß Art. 29 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung gründen.

§ 69

Verfahren vor der Schiedskommission

(1) Über Anträge gemäß § 68, die von jedem der Streitparteien gestellt werden können, hat die Schiedskommission ohne unnötigen Aufschub, spätestens aber drei Monate nach deren Einlangen zu entscheiden.

(2) Die Sitzungen der Schiedskommission sind vom Vorsitzenden (im Verhinderungsfalle vom Vorsitzenden-Stellvertreter) nach Bedarf einzuberufen. Die Beisitzer sind mindestens eine Woche vor der Sitzung unter Bekanntgabe der Tagesordnung schriftlich zu verständigen. Die Schiedskommission ist bei Anwesenheit des Vorsitzenden (Vorsitzenden-Stellvertreters) und zweier Beisitzer (Ersatzmitglieder) beschlussfähig. Die Beschlüsse der Schiedskommission werden mit Stimmenmehrheit gefasst, eine Stimmenthaltung gilt als Ablehnung des Antrages. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden (Vorsitzenden-Stellvertreters).

(3) Von der Schiedskommission durchgeführte mündliche Verhandlungen sind öffentlich. Die Beratungen und Abstimmungen der Schiedskommission sind nicht öffentlich. Der Vorsitzende (Vorsitzende-Stellvertreter) leitet die Verhandlungen und Abstimmungen und bestimmt die Reihenfolge der zur Abstimmung zu führenden Anträge.

(4) Die Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Schiedskommission sind in Ausübung ihrer Tätigkeit unabhängig und an keine Weisungen gebunden.

(4a) Die Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Schiedskommission sind verpflichtet, der Landesregierung über Verlangen Auskünfte über alle Gegenstände ihrer Geschäftsführung unter Wahrung des Grundrechts auf Datenschutz zu erteilen.

(5) Über jede Sitzung, Beratung und Abstimmung der Schiedskommission sowie über etwaige mündliche Verhandlungen ist ein Protokoll aufzunehmen, welches die Namen der Anwesenden, alle Anträge und die Beratungs- und Abstimmungsergebnisse zu enthalten hat. Bescheide der Schiedskommission sind schriftlich zu verfassen. Sie haben die Namen der Mitglieder, welche an der Abstimmung teilgenommen haben, anzuführen und sind vom Vorsitzenden (Vorsitzenden-Stellvertreter) zu fertigen.

(6) Im Übrigen sind auf das Verfahren vor der Schiedskommission die Bestimmungen des AVG anzuwenden.

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

(8) Die Kanzleigeschäfte der Schiedskommission werden vom Amt der Burgenländischen Landesregierung geführt.

2. Abschnitt

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

§ 70

Allgemeines

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

(2) Zweck der Aufnahme ist

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

Dies gilt in den Fällen der Z 2, 3 und 4 auch für die allenfalls nötige Abwehr von ernstlichen und erheblichen Gefahren für das Leben oder die Gesundheit des Patienten 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.

§ 71

Offene und geschlossene Führung der Abteilungen und Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie

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

(2) In Abteilungen und Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie dürfen geschlossene Bereiche geführt werden. Diese müssen von den übrigen Bereichen unterscheidbar sein. Die Errichtung eines geschlossenen Bereichs gilt als wesentliche Veränderung im Sinne des § 12 Abs. 2. Geschlossene Bereiche dienen der Anhaltung von psychisch Kranken, auf die das Unterbringungsgesetz, BGBl. Nr. 155/1990, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl. I Nr. 18/2010, Anwendung findet. Geschlossene Bereiche von Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie dienen auch der Anhaltung von Personen, deren Anhaltung oder vorläufige Anhaltung gemäß § 21 Abs. 1 StGB, nach § 71 Abs. 3 und § 167a StVG oder § 429 Abs. 4 StPO in einer Krankenanstalt oder Abteilung für Psychiatrie angeordnet wurde.

(3) 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.

(4) Neben Abteilungen gemäß § 20 Abs. 1 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.

(5) Vom Erfordernis nach Abs. 4 kann bei Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie dann abgesehen werden, wenn diese in Abteilungen untergliedert sind und jene Abteilung, in der ein geschlossener Bereich errichtet ist oder psychisch Kranke sonst Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit unterworfen werden, unter der Leitung 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.

§ 72

Anstaltsordnung und Führung von Aufzeichnungen

(1) Die Anstaltsordnung hat neben den Bestimmungen des § 15 insbesondere auch die organisatorischen Besonderheiten der Betreuung psychisch Kranker, wie die genaue Abgrenzung allfälliger Räume oder räumlicher Bereiche, auf die die Bewegungsfreiheit der Patienten beschränkt wird, zu berücksichtigen. Sie hat sicherzustellen, dass Patientenvertretungen und ordentliche Gerichte die ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben in der Krankenanstalt wahrnehmen können und dass für die Durchführung mündlicher Verhandlungen und für die Tätigkeit der Patientenvertretung geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.

(2) Für die Dokumentation und Aufbewahrung der nach dem Unterbringungsgesetz zu führenden Aufzeichnungen gilt § 16 sinngemäß.

§ 73

Aufnahme und Entlassung von Patienten

Für die Aufnahme und Entlassung der Patienten gelten die §§ 50 und 52 insoweit, als sich aus dem Unterbringungsgesetz nichts anderes ergibt.

4. Hauptstück

Besondere Bestimmungen für private Krankenanstalten

1. Abschnitt

Allgemeines

§ 74

Begriffsbestimmungen

(1) Private Krankenanstalten sind Krankenanstalten, denen das Öffentlichkeitsrecht nicht verliehen wurde. Sie können auch von natürlichen 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 Rechts zu beurteilen.

§ 75

Errichtung und Betrieb von privaten Krankenanstalten

(1) Für die Errichtung und den Betrieb privater Krankenanstalten gelten die Bestimmungen des 1. und 2. Hauptstückes, ausgenommen § 22, sowie die §§ 46 und 52 Abs. 1 zweiter und dritter Satz, Abs. 2 und 4 des 3. Hauptstückes mit der Maßgabe, dass auf Art und Zweck der Krankenanstalt Bedacht zu nehmen ist. § 47 gilt mit der Maßgabe, dass Konsiliarapotheker den Arzneimittelvorrat von selbstständigen Ambulatorien entsprechend deren Anstaltszweck regelmäßig mindestens aber einmal jährlich zu kontrollieren haben. § 52 Abs. 2 gilt mit der Maßgabe, dass der Erstattungskodex und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise bei Empfehlungen über die weitere Medikation nur dann zu berücksichtigen sind, wenn die Patientin oder der Patient die Heilmittel auf Kosten eines Trägers der Krankenversicherung beziehen wird.

(2) Für private gemeinnützige Krankenanstalten (§ 42) gelten nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen und des Anstaltszweckes ferner die §§ 49, 50, 54, 56, 57, 58 Abs. 5 und 6 sowie 62 Abs. 2 des 3. Hauptstückes.

(3) Die Krankenanstalt hat, sofern die Leistungen nicht über den BURGEF abgerechnet oder von einem inländischen Träger der Sozialversicherung oder der Krankenfürsorge übernommen werden, nach erbrachter Leistung eine Rechnung darüber auszustellen.

(4) Die einem Patienten im Sinne der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in Rechnung gestellten Kosten sind nach objektiven, nicht diskriminierenden Kriterien zu berechnen.

§ 76

Leichenöffnungen (Obduktionen)

Leichenöffnungen dürfen in privaten Krankenanstalten, sofern der Verstorbene nicht schon bei Lebzeiten einer Obduktion zustimmt, nur mit Zustimmung der nächsten Angehörigen und nur dann vorgenommen werden, wenn ein geeigneter Raum vorhanden ist. Über jede Leichenöffnung ist eine Niederschrift im Sinne des § 53 Abs. 3 aufzunehmen.

§ 77

Fortbetriebsrecht

(1) Eine von einer physischen Person betriebene private Krankenanstalt, die nach dem Tode des Inhabers im Erbweg auf den überlebenden Ehegatten oder auf minderjährige Nachkommen übergeht, kann auf Grund der dem verstorbenen Inhaber erteilten Betriebsbewilligung von diesen Personen weiterbetrieben werden. Das Fortbetriebsrecht endet beim überlebenden Ehegatten mit dessen Wiederverheiratung, bei den minderjährigen Nachkommen mit Erreichung der Volljährigkeit. Steht ein erbberechtigter Nachkomme, auch nach Erreichung der Volljährigkeit, in einer solchen Ausbildung zum Arzt, die ihn zur Leitung der Krankenanstalt berechtigt, kann die Krankenanstalt bis zum Abschluss dieser Ausbildung, längstens jedoch bis zum vollendeten 32. Lebensjahr von diesem Nachkommen auf Grund der dem verstorbenen Inhaber erteilten Betriebsbewilligung fortbetrieben werden. Der Fortbetrieb ist der Landesregierung binnen einem Monat nach der Einantwortung anzuzeigen.

(2) Hinterlässt der Inhaber der privaten Krankenanstalt mehrere gemäß Abs. 1 zum Fortbetrieb berechtigte Personen, steht das Fortbetriebsrecht diesen Personen gemeinschaftlich zu, es sei denn, dass der Verstorbene eine andere Verfügung getroffen hat, und erlischt erst, wenn keine dieser Personen mehr zum Fortbetrieb berechtigt ist. Jeder zum Fortbetrieb Berechtigte kann auf das Fortbetriebsrecht verzichten.

(3) Während der Dauer einer Verlassenschaftsabhandlung, eines Konkurs- oder Ausgleichsverfahrens sowie einer Zwangsverwaltung oder -verpachtung können private Krankenanstalten von der nach den jeweiligen gesetzlichen Vorschriften zur Verwaltung berufenen Personen auf Grund der dem Inhaber der Krankenanstalt erteilten Bewilligung fortbetrieben werden. Der Fortbetrieb ist der Landesregierung unverzüglich anzuzeigen.

§ 78

Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Rechtsträgern privater Krankenanstalten

(1) Die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu anderen als im § 63 genannten Krankenanstalten sind durch privatrechtliche Verträge zu regeln, die zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form bedürfen. Diese Verträge, welche insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Sozialversicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser zu enthalten haben, sind der Landesregierung binnen 2 Monaten nach ihrem Abschluss zur Kenntnis zu bringen.

(2) Die Versicherungsträger haben das Recht auf Anfertigung von Kopien bezüglich aller den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen.

(3) Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die e-card und die e-card-Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit zu verwenden. Im Zweifelsfall sind die Identität des Patienten und die rechtmäßige Verwendung der e-card zu überprüfen.

2. Abschnitt

Psychiatrie in privaten Krankenanstalten

§ 79

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

Für die Führung von Abteilungen für Psychiatrie in privaten Krankenanstalten und in privaten Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie gelten die Bestimmungen der §§ 70 bis 78.

5. Hauptstück

Militärische Krankenanstalten

§ 80

Militärische Krankenanstalten und besondere Vorschriften für die Inanspruchnahme von Krankenanstalten nach dem Heeresentschädigungsgesetz

(1) Die Zahl und die Standorte von militärischen Krankenanstalten werden von der für die Landesverteidigung zuständigen Bundesministerin bzw. dem für die Landesverteidigung zuständigen Bundesminister aufgrund militärischer Notwendigkeiten festgelegt.

(2) Militärische Krankenanstalten bedürfen zur Errichtung keiner Bewilligung gemäß den §§ 5 oder 7. Die beabsichtigte Errichtung ist der Landesregierung anzuzeigen.

(3) Die Bewilligung zum Betrieb einer militärischen Krankenanstalt in Form einer bettenführenden Krankenanstalt ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 5 Abs. 8 Z 2, 4 und 5 gegeben sind. Die Bewilligung zum Betrieb einer militärischen Krankenanstalt als selbstständiges Ambulatorium ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 7a Abs. 1 Z 2 bis 4 gegeben sind.

(4) Auf den Betrieb militärischer Krankenanstalten sind die §§ 5, 7 und 7a, § 9 Abs. 2 Z 1 und 3 mit der Maßgabe, dass § 46 nicht anwendbar ist, sowie Abs. 4, §§ 10, 12 und 15 Abs. 1 bis 4 und Abs. 6 letzter Satz, §§ 16, 20 Abs. 1, § 21 Abs. 1 Z 1 und Z 8 bis 10, § 21 Abs. 3 und 4, § 23 Abs. 1 bis 5, § 24 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 9, §§ 24c, 25 Abs. 1 bis 3, § 25a Abs. 1 und 2, §§ 26, 27 Abs. 1 und 3, § 28 Abs. 1, § 29 Abs. 1 erster Satz und Abs. 3 bis 5 mit der Maßgabe, dass an Stelle des 7. Abschnittes des ASchG der 7. Abschnitt des B-BSG gilt, §§ 30, 31 Abs. 1, §§ 32, 34 und 35 Abs. 1 Z 1 bis 10, §§ 47, 52 Abs. 1 zweiter und dritter Satz, Abs. 2 bis 4 und § 53 anwendbar.

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

(6) Den öffentlichen Krankenanstalten sind für die Inanspruchnahme von Anstaltspflege durch Beschädigte nach dem Heeresentschädigungsgesetz die gemäß § 58 festgesetzten LKF-Gebühren oder Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse zu ersetzen.

(7) Wird die Anstaltspflege weder in einer öffentlichen Krankenanstalt noch in einer Krankenanstalt des Bundes durchgeführt, so ist die Höhe der Pflegegebührenersätze durch privatrechtliche Verträge allgemein oder für besondere Fälle zu regeln. Solche Verträge bedürfen, wenn sie vom Sozialministeriumservice abgeschlossen werden, der Genehmigung durch das zuständige Bundesministerium.

Beachte für folgende Bestimmung

Im § 81 kann die Wortfolge laut LGBl. Nr. 83/2005 nicht ersetzt werden, da dieser Satz mit 1.1.2001 außer Kraft gesetzt wurde.

6. Hauptstück

Straf-, Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 81

Mitwirkung bei der sanitären Aufsicht des Bundes

Alle auf Grund dieses Gesetzes erteilten Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme, weiters die Bestellung und Abberufung leitender Ärzte sind dem Landeshauptmann als sanitäre Aufsichtsbehörde unverzüglich bekanntzugeben. Die Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme sind überdies unverzüglich der Strukturkommission des Bundes bekannt zu geben.

§ 82

Befreiung von Verwaltungsabgaben

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

§ 83

Eigener Wirkungsbereich der Gemeinde

(1) Ist eine Gemeinde Rechtsträger einer Krankenanstalt, so sind die nach diesem Gesetz den Rechtsträger treffenden Rechte und Pflichten von der Gemeinde im eigenen Wirkungsbereich wahrzunehmen.

(2) Die Leistung der auf Grund § 14 des Burgenländischen Krankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetzes zu entrichtenden Krankenanstaltenbeiträge ist Aufgabe der Gemeinde im eigenen Wirkungsbereich.

§ 84

Strafbestimmungen

(1) Eine Verwaltungsübertretung begeht, wer

1. eine Krankenanstalt oder einzelne Betriebsbereiche derselben ohne die nach diesem Gesetz erforderlichen Bewilligungen errichtet oder betreibt;
2. eine Krankenanstalt ohne Bewilligung an einen anderen Betriebsort (§ 11) verlegt;
3. wesentliche Veränderungen im Sinne des § 12 Abs. 2 in der Krankenanstalt ohne Bewilligung durchführt;
4. eine Krankenanstalt ohne Bewilligung verpachtet oder an einen anderen Rechtsträger überträgt (§ 13);
5. es unterlässt, die für die Anstaltsordnung (§ 15) notwendige Bewilligung zu erwirken oder gegen die behördlich genehmigte Anstaltsordnung verstößt;
6. die Auskunftspflichten gemäß § 17 Abs. 1 bis 3 verletzt;
7. entgegen den Bestimmungen des § 17 Abs. 4 unwahre oder unsachliche Informationen gibt;
8. den ärztlichen Dienst in Krankenanstalten (§ 20) ohne Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ausübt;
9. es unterlässt, die für den ärztlichen Leiter und den Leiter der Prosektur gemäß § 25 Abs. 4 notwendige Genehmigung zu erwirken, oder im Falle der Nichtgenehmigung oder des Widerrufs der Genehmigung den ärztlichen Leiter oder den Leiter der Prosektur in ihrer Funktion belässt;
10. die Verschwiegenheitspflicht gemäß § 30 verletzt;
11. es unterlässt, die für die Bestellung des Konsiliarapothekers notwendige Genehmigung (§ 47 Abs. 4) zu erwirken;
12. eine Sonderklasse in der Krankenanstalt ohne Bewilligung (§ 49 Abs. 2) einrichtet;
13. entgegen den Bestimmungen des § 46 den Betrieb einer Krankenanstalt unterbricht oder auflässt oder
14. die Anzeigepflichten gemäß den §§ 12 Abs. 1, 26 bis 29, 54 Abs. 2 und 77 Abs. 1 und 3 verletzt.

(2) Personen, die Übertretungen gemäß Abs. 1 Z 1 begangen haben, sind, sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte fallenden strafbaren Handlungen bildet, von der Bezirksverwaltungsbehörde mit einer Geldstrafe bis zu 7.300 Euro zu bestrafen.

(3) Personen, die Übertretungen gemäß Abs. 1 Z 2 bis 14 begangen haben, sind, sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet, von der Bezirksverwaltungsbehörde mit einer Geldstrafe bis zu 2.200 Euro zu bestrafen.

(4) Der Versuch ist strafbar.

(5) Die Bezirksverwaltungsbehörde hat der Landesregierung jede Bestrafung nach diesem Gesetz mitzuteilen.

§ 85

Geschlechtsspezifische Ausdrücke

Die in diesem Gesetz verwendeten geschlechtsspezifischen Ausdrücke gelten für Frauen in der jeweiligen weiblichen Form.

§ 85a

Umsetzungshinweise

Durch dieses Gesetz werden folgende Richtlinien der Europäischen Union umgesetzt:

1. RL 2002/98/EG zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Gewinnung, Testung, Verarbeitung, Lagerung und Verteilung von menschlichem Blut und Blutbestandteilen und zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG, ABI. L 33 vom 08.02.2003 S. 30;
2. RL 2010/53/EU über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe, ABI. L 207 vom 06.08.2010 S. 14;
3. RL 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, ABI. L 88 vom 04.04.2011 S. 45.

§ 86

Inkrafttretens-, Außerkrafttretens- und Übergangsbestimmungen

(1) (Verfassungsbestimmung) Dieses Gesetz tritt mit dem auf seine Verlautbarung im Landesgesetzblatt folgenden Tag in Kraft.

(2) § 59 tritt mit dem auf die Verlautbarung dieses Landesgesetzes folgenden Monatsersten in Kraft. Gleichzeitig tritt § 46 Abs. 3, 4 und 5 zweiter Satz Bgld. KAG 1976 außer Kraft.

(3) (Verfassungsbestimmung) Mit Inkrafttreten dieses Gesetzes tritt das Bgld. KAG 1976 - nach Maßgabe des Abs. 2 - außer Kraft. Die §§ 54 bis 56 Bgld. KAG 1976 sind insoweit weiter anzuwenden, als gemäß § 14 Abs. 2 des Burgenländischen Krankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetzes der Burgenländische Krankenanstalten-Finanzierungsfonds die Rechte und Pflichten des bisherigen Burgenländischen Krankenanstaltenfonds wahrzunehmen hat.

(4) Berechtigungen zur Errichtung und zum Betrieb öffentlicher Krankenanstalten sowie Bewilligungen und Genehmigungen, die den Rechtsträgern von Krankenanstalten auf Grund bisher geltender Vorschriften verliehen oder erteilt worden sind, gelten als im Sinne dieses Gesetzes erteilt.

(5) Sind private Krankenanstalten bisher auf Grund ihrer Satzung gemeinnützig betrieben worden und erfüllen sie die Voraussetzungen des § 42 Abs. 1 Z 1 bis 7, sind sie auch weiterhin als gemeinnützige Krankenanstalten im Sinne des § 42 zu betrachten.

(6) Die Änderung von § 66 in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 76/2009 tritt mit 1. Jänner 2009 in Kraft.

(7) Die Änderung der § 14 Abs. 1, § 15 Abs. 1 Z 6, § 24a Abs. 2 erster Satz und Abs. 7, § 53 Abs. 1 und § 64 Abs. 6 in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 70/2010 tritt mit 1. Jänner 2008 in Kraft. Im Übrigen tritt das Gesetz LGBl. Nr. 70/2010 mit dem auf die Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(8) §§ 5, 7 und 7a in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 84/2011 treten rückwirkend mit 1. März 2011 in Kraft. Im Übrigen tritt das Inhaltsverzeichnis, § 1 Abs. 2 Z 3, 5 und 7, § 1 Abs. 3, § 2 Z 4 und 5, § 3 Abs. 1 Z 2, § 3 Abs. 4, § 4, die Überschrift des 2. Hauptstücks, §§ 6, 9, die Überschrift zu § 10 und § 10 Abs. 1, § 11, die Überschrift zu § 12 sowie § 12 Abs. 1 und 2 Z 2, 3 und 6 und Abs. 5, §§ 13, 14, 16 Abs. 3, 9 und 11, § 17 Abs. 1 Z 1 und 2, § 18 Abs. 1, § 20 Abs. 2, § 21 Abs. 1 Einleitungssatz sowie Z 6 und Abs. 3, §§ 23a, 24 Abs. 1, 2 Einleitungssatz, 3, 3a, 4 Einleitungssatz und Z 2, Abs. 4a, 5a, 6a und 9, § 24a Abs. 2 erster Satz, § 25 Abs. 3, §§ 25a, 26 Abs. 1 und 6, § 48 Abs. 1 Z 2, § 52 Abs. 2 und 4, § 53 Abs. 1, § 54 Abs. 1 Z 4, § 57 Abs. 1, 3 und 6, § 57 Abs. 7 letzter Satz, § 63 Abs. 7, § 71 Abs. 4, § 71 Abs. 5 letzter Satz, § 75 Abs. 1 und § 78 Abs. 3 mit dem auf die Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(9) Abs. 8 erster Satz ist auf Verfahren zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt bzw. eines selbstständigen Ambulatoriums, die ab dem 1. März 2011 anhängig werden, anzuwenden, ferner sind anhängige Verfahren auf Grund der neuen Rechtslage fortzusetzen.

(10) Rechtsträger von Krankenanstalten, für die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes eine rechtskräftige Betriebsbewilligung vorliegt und die nach § 25a zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung verpflichtet sind, haben dieser Verpflichtung innerhalb von einem Jahr nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes nachzukommen und dies der Landesregierung nachzuweisen.

(11) Die Änderung des Inhaltsverzeichnisses, § 3 Abs. 3 dritter Satz, § 4 Z 2, 18, 24 und 25, § 21 Abs. 1 Z 3, § 24 Abs. 1 Z 2, § 24 Abs. 1 letzter Satz, § 24 Abs. 4 Z 8, § 24b, die Überschrift zu § 35, § 35 Abs. 1 bis 5, § 57 Abs. 2 Z 2 und § 71 Abs. 2 treten mit dem auf die Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(12) Die Änderung des Inhaltsverzeichnisses, ferner § 3 Abs. 1 Z 1 und 2 sowie Abs. 2 bis 5, §§ 3b, 3c, 13 Abs. 2, § 14 Abs. 2 Z 4 und 6, § 14 Abs. 3 und 4, §§ 15, 21 Abs. 1 Z 6 bis 10, §§ 22a, 23 Abs. 6, §§ 31, 37 Abs. 1, § 43 Abs. 1 und § 50 Abs. 6 treten mit dem auf die Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(13) Die vor dem 1. Jänner 2012 im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie eingerichteten Departments für Unfallchirurgie sind bis 31. Dezember 2015 in Satellitendepartments gemäß § 3 Abs. 4 Z 1 lit. a umzuwandeln.

(14) Die vor dem 1. Jänner 2012 im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie eingerichteten Departments für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sind bis 31. Dezember 2015 in Fachschwerpunkte gemäß § 3 Abs. 4 Z 2 umzuwandeln.

(15) Am 31. Dezember 2013 bei einem ordentlichen Gericht anhängige Entschädigungsverfahren nach § 43 sind nach den Vorschriften vor LGBl. Nr. 79/2013 zu beenden.

(16) § 5 Abs. 2, § 5 Abs. 9, § 7 Abs. 8, § 43 Abs. 5, § 50 Abs. 3, § 72 Abs. 1, § 84 Abs. 2 und 3 sowie § 86 Abs. 12 in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 79/2013 treten mit 1. Jänner 2014 in Kraft; gleichzeitig entfällt § 43 Abs. 6.

(17) Die Änderung des Inhaltsverzeichnisses, § 1 Abs. 1 Z 4 bis 6, § 3b Abs. 2 Z 3, §§ 3d, 3e, 4 und 5 Abs. 3, § 7 Abs. 4, § 14 Abs. 1, § 16 Abs. 6 und 7 Z 1, § 18 Abs. 4, §§ 21a, 23 Abs. 6, § 24a Abs. 4, § 35 Abs. 1 Z 2, § 64 Abs. 6 und § 64a in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 49/2014, treten mit dem auf die Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(18) § 35 Abs. 1 Z 1, § 35 Abs. 6 und 7, § 60 Abs. 3 sowie § 75 Abs. 3 und 4 in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 51/2014, treten mit dem auf die Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(19) §§ 21a und 22a in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 27/2016 treten mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(20) § 1 Abs. 2 Z 8, § 2 Z 6, § 3 Abs. 1 bis 3 und 4, § 3b Abs. 2 Z 1, §§ 4, 5 Abs. 1 erster Satz, § 5 Abs. 1a, § 5 Abs. 2 letzter Satz, § 5 Abs. 4, § 5 Abs. 7 bis 11, § 7 Abs. 1 erster Satz, § 7 Abs. 1a, § 7 Abs. 2 letzter Satz, § 7 Abs. 4 bis 11, § 7a Abs. 2, § 14 Abs. 1 und 4, § 15 Abs. 1 Z 9, § 16 Abs. 10, § 20 Abs. 2 und 3, § 21 Abs. 1 Z 2 und Abs. 2, §§ 24d, 43 Abs. 1, § 54 Abs. 1 Z 5, § 63 Abs. 7, § 64a Abs. 1 und 2, die Überschrift zum 5. Hauptstück und die §§ 80 und 85a in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 64/2017 treten mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(21) § 57 Abs. 8 tritt rückwirkend mit 1. Jänner 2017 in Kraft.

(22) § 21 Abs. 4 tritt mit 1. Juli 2018 in Kraft.

(23) Vor dem 1. Jänner 2017 bestehende Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 3 Abs. 3 in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 27/2016 sind bis 1. Jänner 2020 in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 umzuwandeln.

(24) Die Änderung des Inhaltsverzeichnisses, § 4 Z 20 bis 42, § 7 Abs. 2 Z 4, § 7 Abs. 10 und 10a, § 7b, § 24 Abs. 7a und 8, § 24a Abs. 8a und 10, § 67 Abs. 2 und § 69 Abs. 4a in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 25/2018 treten mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.