Gesamte Rechtsvorschrift für Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000, Fassung vom 15.05.2013

Langtitel

Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000
StF: LGBl Nr 24/2000 (WV)

Änderung

LGBl Nr 20/2001 (VfGH)
LGBl Nr 46/2001 (Blg LT 12. GP:RV 316, AB 440, jeweils 3. Sess)
LGBl Nr 63/2001 (Blg LT 12. GP: RV 503, AB 568, jeweils 3. Sess)
LGBl Nr 99/2001 (DFB)
LGBl Nr 2/2002 (Blg LT 12. GP: RV 918, 3. Sess; AB 168, 4. Sess)
LGBl Nr 3/2002 (Blg LT 12. GB: RV 917, 3. Sess; AB 167, 4. Sess)
LGBl Nr 69/2003 (Blg LT 12. GP: RV 411, AB 548, jeweils 5. Sess)
LGBl Nr 110/2003 (Blg LT 12. GP: RV 707, 5. Sess; AB 95, 6. Sess)
LGBl Nr 119/2003 (Blg LT 12. GP: RV 102, AB 188, jeweils 6. Sess)
LGBl Nr 96/2004 (DFB)
LGBl Nr 9/2005 (Blg LT 13. GP: IA 251, AB 283, jeweils 2. Sess)
LGBl Nr 91/2005 (Blg LT 13. GP: RV 85, AB 130, jeweils 3. Sess)
LGBl Nr 32/2006 (Blg LT 13. GP: RV 248, AB 301, jeweils 3. Sess)
LGBl Nr 112/2006 (Blg LT 13. GP: RV 692, 3. Sess; AB 30, 4. Sess)
LGBl Nr 55/2007 (Blg LT 13. GP: RV 461, AB 499, jeweils 4. Sess)
LGBl Nr 108/2007 (DFB)
LGBl Nr 34/2008 (Blg LT 13. GP: RV 187, AB 315, jeweils 5. Sess)
LGBl Nr 35/2008 (Blg LT 13. GP: RV 186, AB 314, jeweils 5. Sess)
LGBl Nr 109/2008 (Blg LT 13. GP: RV 79, AB 119, jeweils 6. Sess)
LGBl Nr 62/2010 (Blg LT 14. GP: RV 534, AB 574, jeweils 2. Sess)
LGBl Nr 91/2010 (Blg LT 14. GP: RV 62, AB 110, jeweils 3. Sess)
LGBl Nr 50/2011 (Blg LT 14. GP: RV 286, AB 392, jeweils 3. Sess)
LGBl Nr 66/2011 (Blg LT 14. GP: RV 379, AB 491, jeweils 3. Sess)
LGBl Nr 116/2011 (Blg LT 14. GP: RV 25, AB 129, jeweils 4. Sess)
LGBl Nr 81/2012 (Blg LT 14. GP: RV 584, 4. Sess; AB 23, 5. Sess)
LGBl Nr 86/2012 (Blg LT 14. GP: RV 18, AB 102, jeweils 5. Sess)
LGBl Nr 96/2012 (Blg LT 14. GP: RV 116, AB 180, jeweils 5. Sess)

Präambel/Promulgationsklausel

Inhaltsverzeichnis

1. Abschnitt

Allgemeines

§ 1 Begriffsbestimmungen und grundlegende organisatorische Vorgaben

§ 2 Einteilung der Krankenanstalten

§ 3 Notkrankenanstalten

§ 4 Salzburger Krankenanstaltenplan

2. Abschnitt
Errichtung und Betrieb von Krankenanstalten
1. Unterabschnitt
Bewilligungen und andere behördliche Maßnahmen
1. Teil
Allgemeine Bestimmungen für die Errichtung von Krankenanstalten

§ 5 Errichtung von Krankenanstalten

§ 6 Persönliche Voraussetzungen

2. Teil
Errichtung und Betrieb bettenführender Krankenanstalten

§ 7 Sachliche Voraussetzungen

§ 8 Antrag auf Errichtungsbewilligung

§ 9 Parteien im Verfahren, Einholung von Stellungnahmen

§ 10 Errichtungsbewilligung

§ 10a Vorabfeststellung des Bedarfs

§ 11 Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt durch einen Krankenversicherungsträger

§ 12 Betriebsbewilligung

3. Teil
Errichtung und Betrieb selbstständiger Ambulatorien

§ 12a Sachliche Voraussetzungen

§ 12b Antrag auf Errichtungsbewilligung

§ 12c Parteien im Verfahren, Einholung von Stellungnahmen

§ 12d Errichtungsbewilligung

§ 12e Vorabfeststellung der wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes

§ 12f Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums durch einen Krankenversicherungsträger

§ 12g Betriebsbewilligung

4. Teil
Weitere behördliche Maßnahmen

§ 13 Zurücknahme von Errichtungs- oder Betriebsbewilligungen

§ 14 Veränderung der Krankenanstalt

§ 15 Verpachtung, Übertragung und Änderung der Bezeichnung einer Krankenanstalt

§ 16 Ordinationen in Krankenanstalten

§ 17 Sperre von Krankenanstalten

§ 18 Vorsorge bei Sperre und Einstellung des Betriebes von Krankenanstalten

§ 19 Mitteilungspflichten

2. Unterabschnitt
Bestimmungen über den Betrieb von Krankenanstalten

§ 20 Anstaltsordnung

§ 20a Haftpflichtversicherung

§ 21 Patientenrechte

§ 21a Führung von Wartelisten

§ 22 Salzburger Patientenvertretung

§ 23 Psychologische Betreuung, psychotherapeutische Versorgung

§ 24 Ärztlicher Dienst

§ 24a Zahnärztlicher Dienst

§ 25 Pflegedienst

§ 26 Supervision

§ 27 Erste Hilfe und ärztliche Behandlung der Patienten

§ 28 Krankenhaushygieniker, Hygienebeauftragter, Hygienefachkraft und Hygieneteam

§ 29 Technischer Sicherheitsbeauftragter

§ 30 Ethikkommission

§ 30a Kinder- und Opferschutzgruppen

§ 31 Personalplanung

§ 32 Fortbildung des nichtärztlichen Personals

§ 33 Qualitätssicherung, Qualitätssicherungskommission

§ 34 Verschwiegenheitspflicht

§ 35 Aufnahmebücher, Krankengeschichten und sonstige Vormerkungen

§ 36 Wirtschaftsführung

§ 37 Wirtschaftsaufsicht

§ 38 Werbebeschränkung

§ 39 Ärzteausbildung

3. Abschnitt
Öffentliche Krankenanstalten
1. Unterabschnitt
Allgemeines

§ 40 Begriffsbestimmung

§ 41 Voraussetzungen für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes

§ 42 Gemeinnützigkeit einer Krankenanstalt

§ 43 Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes

§ 44 Entziehung des Öffentlichkeitsrechtes

§ 45 Verlautbarungen über das Öffentlichkeitsrecht

§ 46 Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege

§ 47 Betriebsunterbrechung und Auflassung

§ 48 Enteignung

§ 49 Angliederungsverträge

§ 49a Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten

§ 50 Anstaltsambulatorien

§ 51 Arzneimittelvorrat

§ 51a Arzneimittelkommission

§ 51b Blutdepot

§ 52 Öffentliche Stellenausschreibung

§ 53 Gebührenklassen

§ 54 Aufnahme der Patienten

§ 55 Aufnahme von nicht anstaltsbedürftigen Personen

§ 56 Entlassung von Patienten

§ 57 Leichenöffnung (Obduktion)

§ 58 Blutabnahme im Dienste der Straßenpolizei

2. Unterabschnitt
Leistungsabgeltung

§ 59 Abgeltung der Leistungen der Krankenanstalten

§ 60 Pflegegebühren und LKF-Gebühren

§ 61 Sonderentgelte und Sondergebühren

§ 62 Kostenbeiträge

§ 63 Ermittlung der Pflegegebühr bzw des Eurowertes je LKF-Punkt und der Sondergebühren

§ 64 Festsetzung der Pflegegebühr bzw des Eurowertes je LKF-Punkt und der Sondergebühren

§ 65 Verpflichtung zur Tragung der Pflegegebühren bzw der LKF-Gebühren und der Sondergebühren

§ 66 Gebührenrechnung

§ 67 Hereinbringung rückständiger Gebühren

§ 68 Pflegegebühren oder LKF-Gebühren für ausländische Staatsangehörige

§ 69 Überwachungsrecht der Träger öffentlicher Fürsorge

§ 70 Beitragsbezirk und Krankenanstaltensprengel

3. Unterabschnitt

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

§ 71 Aufnahme psychisch Kranker

§ 72 Arten der Führung

§ 73 Sonstige Beschränkungen

§ 74 Anstaltsordnung

§ 75 Aufzeichnungen

§ 76 Ärztliche Leitung

§ 77 Pflegegebühren

§ 78 Aufnahme und Entlassung von Patienten

4. Abschnitt

Private Krankenanstalten

§ 79 Allgemeines

§ 80 Errichtung und Betrieb privater Krankenanstalten

§ 81 Fortbetriebsrecht

5. Abschnitt

Beziehungen der Rechtsträger der Krankenanstalten zu den Sozialversicherungsträgern

§ 82 Beziehungen zu Fondskrankenanstalten

§ 83 Einhebung von Kostenbeiträgen

§ 84 Informationsrechte

§ 85 Ausschluss sonstiger Gegenleistungsansprüche

§ 86 Stellung des SAGES als Versicherungsträger

§ 87 Pflegegebühren für Befundaufnahme oder Begutachtung; Verträge zwischen Krankenanstaltenträgerund Sozialversicherungsträger

§ 88 Schiedskommission

§ 89 Beziehungen zu anderen Krankenanstalten

§ 90 Versicherungsträger

6. Abschnitt
Sonstige Bestimmungen über die Leistungsabgeltung

§ 91 Krankenanstaltspflege von Beschädigten nach dem Heeresversorgungsgesetz

§ 92 Verträge mit Trägern von Krankenfürsorgeeinrichtungen

7. Abschnitt
Schlussbestimmungen

§ 93 Strafbestimmungen

§ 94 Verweisungen auf Bundesrecht

§ 95 Übergangsbestimmungen

§ 96 Umsetzungshinweis

§ 97ff Inkrafttreten novellierter Bestimmungen und Übergangsbestimmungen dazu

Text

1. Abschnitt
Allgemeines
Begriffsbestimmungen und grundlegende organisatorische Vorgaben
§ 1

(1) Im Sinn dieses Gesetzes gelten als:

1. Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten): Einrichtungen, die folgenden Zwecken dienen:
   a) der Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung,
   b) der Vornahme operativer Eingriffe,
   c) der Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,
   d) der Entbindung,
   e) der Durchführung von Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe,
   f) der ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken.
2. Abteilungen: 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 § 27 Abs 2 die jederzeitige Verfügbarkeit fachärztlicher Akutversorgung anstaltsbedürftiger Personen im jeweiligen Sonderfach sicherzustellen haben.
3. Departments: bettenführende Einrichtungen mit eingeschränktem Leistungsangebot im Sinn der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) für
   a) Unfallchirurgie (Satellitendepartment) oder Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie mit jeweils 15 bis 24 Betten,

b) Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 20 Betten und

c) Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens 12 Betten.

Departments müssen mit Ausnahme von Satellitendepartments für Unfallchirurgie über mindestens drei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 2 Abs 5 Z 1 eingerichtet werden. Satellitendepartments für Unfallchirurgie sind organisatorisch Teil jener Krankenanstalt, in der sie betrieben werden. Die ärztliche Versorgung der Satellitendepartments ist von einer Abteilung für Unfallchirurgie einer anderen Krankenanstalt oder im Fall einer Krankenanstalt mit mehreren Standorten von einer Abteilung für Unfallchirurgie an einem anderen Krankenanstaltenstandort sicherzustellen. Departements mit Ausnahme von Satellitendepartments für Unfallchirurgie müssen nach Maßgabe des § 27 Abs 2 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden.

4. Fachschwerpunkte: bettenführende Einrichtungen mit acht bis vierzehn Betten und mit auf elektive Eingriffe eingeschränktem Leistungsangebot im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG für die medizinischen Sonderfächer gemäß § 2 Abs 5 Z 2. 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 § 2 Abs 2 lit a und § 2 Abs 4 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 2 Abs 2 lit b auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Betriebszeiten aufweisen, wenn außerhalb dieser Betriebszeiten eine Rufbereitschaft sichergestellt ist.
5. Dislozierte Wochenkliniken: bettenführende Einrichtungen, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt oder an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie dienen zur Durchführung von Behandlungen mit kurzer Verweildauer, wobei das Leistungsangebot auf Basisversorgungsleistungen im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG eingeschränkt ist. Die Einrichtung dislozierter Wochenkliniken ist nur in Standardkrankenanstalten gemäß § 2 Abs 2 lit a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 2 Abs 2 lit b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten sowie in Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 2 Abs 4 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend zulässig. Dislozierte Wochenkliniken müssen, wenn die Anstaltsordnung keine abweichenden Regelungen für Feiertage gemäß § 20 Abs 1 lit e enthält, jedenfalls von Montag früh bis Freitag abends zeitlich uneingeschränkt betrieben werden. Im Bedarfsfall ist durch die Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.
6. Dislozierte Tageskliniken: bettenführende Einrichtungen an Standorten von Krankenanstalten ohne vollstationäre bettenführende Einrichtung (Abteilung, Department oder Fachschwerpunkt) desselben Sonderfaches mit einem auf elektive tagesklinisch erbringbare konservative und operative Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinn 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). Dislozierte Tageskliniken können in Standardkrankenanstalten gemäß § 2 Abs 2 lit a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 2 Abs 2 lit b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Standardkrankenanstalten gemäß § 2 Abs 4 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend eingerichtet werden. Sie weisen eingeschränkte Betriebszeiten auf; außerhalb der Betriebszeit ist jedenfalls die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sicherzustellen.
7. Referenzzentren: spezialisierte Strukturen im Rahmen der bettenführenden Organisationsstrukturen, die grundsätzlich in Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalten zur Bündelung der Erbringung komplexer Leistungen für folgende Bereiche eingerichtet werden können:

   a) Herzchirurgie, Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie, Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie, Onkologische Versorgung, Stammzelltransplantation, Nuklearmedizinische stationäre Therapie und Nephrologie für Erwachsene und Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, sowie

b) Herzchirurgie, Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie, Onkologische Versorgung und Stammzelltransplantation für Kinder, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(2) Als Krankenanstalten (Abs 1 Z 1) gelten nicht:

1. Anstalten, die nur 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. Krankenanstalten, die dem Bundesheer organisatorisch eingegliedert und der Erfüllung seiner Aufgaben zu dienen bestimmt sind;
5. Ordinationsstätten von Ärzten oder Zahnärzten und Betriebsstätten von Dentisten; als solche gelten jedoch nicht Einrichtungen, die eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglichen und durch die Anstellung insbesondere von Angehörigen von Gesundheitsberufen eine Organisationsdichte und -struktur aufweisen, die insbesondere im Hinblick auf das arbeitsteilige Zusammenwirken und das Leistungsvolumen eine Anstaltsordnung erfordern;
6. die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH;
7. Gruppenpraxen.

Einteilung der Krankenanstalten

§ 2

(1) Die Krankenanstalten werden eingeteilt in:

1. Allgemeine Krankenanstalten, das sind Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung (§ 1 Abs 1 Z 1);
2. Sonderkrankenanstalten, das sind Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten (zB Anstalten für Lungenkrankheiten, für psychisch Kranke oder für Alkoholabhängige), oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke;
3. Pflegeanstalten für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen;
4. Sanatorien, das sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen;
5. selbstständige Ambulatorien, das sind organisatorisch selbstständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer stationären Aufnahme nicht bedürfen. Der Verwendungszweck eines selbstständigen Ambulatoriums erfährt dann keine Änderung, wenn es über eine angemessene Zahl von Betten verfügt, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist, und die Entlassung noch am Tag der Aufnahme erfolgt. Die Durchführung von Hausbesuchen im jeweiligen Einzugsgebiet ist zulässig.

(2) Allgemeine Krankenanstalten sind einzurichten als

a) Standardkrankenanstalten nach Maßgabe der Abs 4 und 5 mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:

   1. Chirurgie und
   2. Innere Medizin.

   Ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie und Intensivmedizin, für medizinische Radiologie-Diagnostik und für die Vornahme von Obduktionen (§ 57) vorhanden sein und durch Fachärzte des betreffenden Sonderfachs betreut werden. In den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein;

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

   1. Augenheilkunde und Optometrie,

2. Chirurgie,
3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe einschließlich Perinatologie,
4. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten,
5. Haut- und Geschlechtskrankheiten,
6. Innere Medizin,
7. Kinder- und Jugendheilkunde einschließlich Neonatologie,
8. Neurologie,
9. Psychiatrie,
10. Orthopädie und orthopädische Chirurgie,
11. Unfallchirurgie und
12. Urologie.

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

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

Krankenanstalten, die neben den Aufgaben gemäß § 1 Abs 1 Z 1 der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität gemäß § 6 des Universitätsgesetzes 2002 dienen (Universitätsklinik und klinische Institute), gelten in diesem Umfang als Zentralkrankenanstalten.

(3) Die Voraussetzungen des Abs 2 sind auch erfüllt, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind. Dies gilt auch bei der örtlich getrennten Unterbringung in einem anderen Bundesland und unter den im § 49a geregelten Voraussetzungen auf dem Gebiet eines anderen Staates. Von der Errichtung einzelner im Abs 2 lit b vorgesehener Abteilungen kann mit Bewilligung der Landesregierung abgesehen werden. Die Bewilligung ist zu erteilen, wenn in jenem Einzugsbereich, für den die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkte in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.

(4) Standardkrankenanstalten, die am 1. Jänner 2011 über eine rechtskräftige Errichtungs- und Betriebsbewilligung verfügen, dürfen als Standardkrankenanstalten der Basisversorgung geführt werden, wenn sie über einen natürlichen Einzugsbereich von weniger als 50.000 Einwohnern verfügen oder wenn eine rasche Erreichbarkeit einer Standardkrankenanstalt gemäß Abs 2 lit a oder einer Krankenanstalt höherer Versorgungsstufe gemäß Abs 2 lit b oder c gegeben ist. Für Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gilt Folgendes:

1. Standardkrankenanstalten der Basisversorgung müssen zumindest:
   a) eine Abteilung für Innere Medizin ohne weitere Spezialisierung führen;
   b) eine auf Basisversorgungsleistungen im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG beschränkte und in einer reduzierten Organisationsform gemäß § 1 Abs 1 Z 5 und 6 geführte Organisationseinheit zur Sicherstellung der Basisversorgung in der Chirurgie führen; und
   c) eine permanente Erstversorgung von Akutfällen samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Versorgungsstruktur gewährleisten.
2. Darüber hinaus können weitere auf Basisversorgungsleistungen im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG beschränkte reduzierte Organisationsformen gemäß § 1 Abs 1 Z 2 bis 6 in Verbindung mit Abs 5 für operativ tätige Fachrichtungen geführt werden.
3. Die Organisation der entsprechend dem Patientenbedarf erforderlichen komplexeren medizinischen Versorgung ist durch Kooperation mit einer Standardkrankenanstalt gemäß Abs 2 lit a, einer Krankenanstalt höherer Versorgungsstufe gemäß Abs 2 lit b oder c oder einer geeigneten Sonderkrankenanstalt gemäß Abs 1 Z 2 sicherzustellen.

4. Eine Erweiterung des Leistungsspektrums über die Basisversorgungsleistungen im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG hinaus ist unzulässig.
5. Bei Bedarf sind entsprechend § 46 ergänzende Einrichtungen für Akutgeriatrie/Remobilisation oder Remobilisation/Nachsorge mit zu berücksichtigen. Die Fortführung sonstiger bestehender Fachrichtungen, soweit sie konservativ tätig sind, in einer Organisationsform gemäß § 1 Abs 1 Z 2 bis 6 ist nur in Ausnahmefällen zulässig, wenn dies im Salzburger Krankenanstaltenplan vorgesehen ist.
6. Standardkrankenanstalten der Basisversorgung können auch als dislozierte Betriebsstätten einer räumlich nahen Standardkrankenanstalt gemäß Abs 2 lit a oder einer Krankenanstalt einer höheren Versorgungsstufe gemäß Abs 2 lit b oder c geführt werden; als räumlich nahe gilt eine Standardkrankenanstalt dann, wenn sie im motorisierten Individualverkehr in einer Fahrzeit von 45 bis 60 Minuten erreicht werden kann.

(5) In Standardkrankenanstalten, Standardanstalten der Basisversorgung und Schwerpunktkrankenanstalten können nach Maßgabe des § 1 Abs 1 Z 3 bis 6 folgende reduzierte Organisationsformen eingerichtet werden:

1. Departments
   a) für Unfallchirurgie in Form von Satellitendepartments (§ 1 Abs 1 Z 3),
   b) für Akutgeriatrie/Remobilisation im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin oder Abteilungen für Neurologie,
   c) für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie,
   d) für Psychosomatik für Erwachsene vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Psychiatrie oder für Innere Medizin und
   e) 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;
4. dislozierte Tageskliniken für jedes Sonderfach.

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

(6) Die Landesregierung kann von Amts wegen oder auf Antrag des Rechtsträgers der Krankenanstalt mit Bescheid feststellen,

1. dass die vom Rechtsträger geführte Krankenanstalt als Allgemeine Krankenanstalt, Sonderkrankenanstalt, Pflegeanstalt für chronisch Kranke, Sanatorium oder selbstständiges Ambulatorium gilt. Bei Allgemeinen Krankenanstalten kann weiters das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Abs 2 lit a bis c sowie Abs 4 und 5 festgestellt werden;
2. in welchem Umfang ein Leistungsangebot für eine bestimmte Krankenanstalt bewilligt worden ist.

Notkrankenanstalten

§ 3

(1) Die Landesregierung kann im Fall eines Notstandes geeignete Liegenschaften samt Einrichtung zur Verwendung als Krankenanstalten im unbedingt notwendigen Umfang zu Gunsten des Landes oder eines anderen Rechtsträgers beschlagnahmen, wenn die Anstaltsbehandlung anstaltsbedürftiger Menschen sonst nicht sichergestellt ist. Die Beschlagnahme hat die Wirkung, dass die von ihr erfassten Gegenstände der Verfügung der Berechtigten entzogen sind.

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

(3) Der Inhaber eines beschlagnahmten Gegenstandes ist vom Land oder, wenn zu Gunsten eines anderen Rechtsträgers beschlagnahmt wurde, von diesem für alle dadurch verursachten vermögensrechtlichen Nachteile angemessen zu entschädigen. Kommt eine Einigung über die Entschädigung nicht zu Stande, steht dem Inhaber der ordentliche Rechtsweg offen.

(4) Abs 3 gilt nicht, wenn der Inhaber der beschlagnahmten Liegenschaft eine Gebietskörperschaft ist.

(5) Für Krankenanstalten gemäß Abs 1 kann die Landesregierung von den Bestimmungen dieses Gesetzes und der 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.

Salzburger Krankenanstaltenplan

§ 4

(1) Für das Land Salzburg ist im Rahmen eines regionalen Strukturplanes Gesundheit durch Verordnung der Landesregierung ein Salzburger Krankenanstaltenplan zu erlassen. Vor Erlassung der Verordnung ist der Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES) zu hören. Der Krankenanstaltenplan muss im Rahmen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) Vorgaben insbesondere für Fondskrankenanstalten enthalten.

(2) Dabei sind, um eine verbindliche, österreichweit auf einheitlichen Grundsätzen basierende Krankenanstalten- und Großgeräteplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die im ÖSG vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und -methoden zu berücksichtigen. Im Landeskrankenanstaltenplan sind jedenfalls festzulegen:

1. die Standorte der Fondskrankenanstalten,
2. die höchstzulässigen 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. die Art und die Anzahl der medizinisch technischen Großgeräte je Standort,
6. die höchstzulässigen Bettenzahlen je Fachbereich, bezogen auf das Land bzw die Versorgungsregion oder auf die Standorte,
7. die Referenzzentren und speziellen Versorgungsbereiche je Standort.

(3) Erfolgen die Festlegungen gemäß Abs 2 Z 6 nicht bezogen auf die Standorte, sind im Zusammenhang mit § 7 Abs 2 und 3 die zur Realisierung beabsichtigten Bettenkapazitäten je Fachbereich und Standort im Salzburger Landeskrankenanstaltenplan zumindest unverbindlich mit Informationscharakter auszuweisen.

(4) Der Salzburger Landeskrankenanstaltenplan ist bei einer wesentlichen Änderung der im Abs 1 genannten Pläne an die geänderten Bedingungen anzupassen. Erteilte Bewilligungsbescheide zur Errichtung und zum Betrieb von im Abs 1 genannten Krankenanstalten sind dabei zu ändern oder aufzuheben, wenn und soweit dies zur Einhaltung der Planvorgaben erforderlich ist.

(5) Die Landesregierung hat den regionalen Strukturplan Gesundheit im Rahmen des Internetauftritts der Landesregierung in der jeweils aktuellen Fassung zu veröffentlichen.

2. Abschnitt
Errichtung und Betrieb von Krankenanstalten

1. Unterabschnitt
Bewilligungen und andere behördliche Maßnahmen

1. Teil
Errichtung von Krankenanstalten

§ 5

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

(2) Die Errichtung einer Krankenanstalt bedarf der Bewilligung der Landesregierung, soweit im Folgenden nicht anderes bestimmt wird.

Persönliche Voraussetzungen

§ 6

(1) An physische Personen darf die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt nur erteilt werden, wenn gegen die Person des Bewerbers keine Bedenken bestehen, sie insbesondere nicht wegen eines Verbrechens oder wegen eines solchen Vergehens oder einer solchen Übertretung verurteilt worden ist, die nach ihrer Art annehmen lassen, dass von dem Bewerber ein den gesetzlichen Erfordernissen entsprechender Betrieb der Krankenanstalt nicht zu erwarten ist.

(2) Einer juristischen Person – Gebietskörperschaften ausgenommen – darf die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt nur erteilt werden, wenn sie auf Grund einer gesetzlichen Ermächtigung oder ihrer Organisationsnorm (Satzung, Statut udgl) zu Errichtung einer Krankenanstalt berufen und wenn zu erwarten ist, dass ein den gesetzlichen Erfordernissen entsprechender Betrieb der Krankenanstalt gewährleistet ist.

2.Teil

Errichtung und Betrieb bettenführender Krankenanstalten

Sachliche Voraussetzungen

§ 7

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

a) Es muss ein Bedarf nach einer bettenführenden Krankenanstalt mit dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot bestehen (Abs 2 und 3), soweit nicht Abs 4 Anwendung findet.

b) Der Bewerber muss das Eigentum oder ein sonstiges Recht an der für die Krankenanstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachweisen, das ihm die zweckentsprechende Benützung der Betriebsanlage gestattet.

c) Das für die Unterbringung der Krankenanstalt vorgesehene Gebäude muss den bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen und nach seiner Lage und Beschaffenheit für die Art der vorgesehenen Krankenanstalt geeignet sein.

(2) Bei Krankenanstalten, die nicht über den Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES) abgerechnet werden, ist der Bedarf (Abs 1 lit a) unter Bedachtnahme auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger bettenführender Krankenanstalten mit Kassenverträgen unter den Gesichtspunkten der Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und der Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit zu beurteilen. Ein Bedarf ist jedenfalls dann gegeben, wenn unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planung des jeweiligen Regionalen Strukturplanes Gesundheit (RSG) eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Hinblick auf

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

(3) Bei Krankenanstalten, die über den SAGES abgerechnet werden (im Folgenden: Fondskrankenanstalten), ist ein Bedarf gegeben, wenn die Errichtung nach dem beabsichtigten Anstaltszweck und Leistungsangebot dem jeweiligen mit dem RSG abgestimmten Salzburger Krankenanstaltenplan (§ 4) entspricht.

(4) Die Prüfung des Bedarfs hat zu entfallen, wenn nach dem beabsichtigten Leistungsangebot in der Krankenanstalt ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, sind die Salzburger Gebietskrankenkasse und der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger zu hören.

(5) Bei Sonderkrankenanstalten für bestimmte, zeitlich beschränkte Zwecke (§ 2 Abs 1 Z 2) ist die Bewilligung nur auf die Dauer zu erteilen, die für den betreffenden Zweck der Krankenanstalt erforderlich ist.

(6) Die Landesregierung kann unter Bedachtnahme auf die Erkenntnisse der medizinischen und technischen Wissenschaften nach Anhörung des Landessanitätsrates Richtlinien für die bauliche

Gestaltung und Einrichtung von Krankenanstalten, insbesondere hinsichtlich der Größe und Ausstattung der Behandlungs- und Pflegeräume, der Behandlungsapparate, der sanitären Anlagen, der Krankentransporteinrichtungen und der Erstellung von geeigneten Schutzräumen gegen Gefahren durch kriegerische Einwirkungen, sowie hinsichtlich der notwendigen Vorkehrungen für den ordnungsgemäßen Betriebsablauf in der Krankenanstalt erlassen.

(7) Bei der Errichtung von Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, sind die Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre zu berücksichtigen.

Antrag auf Errichtungsbewilligung einer Krankenanstalt

§ 8

Der Antrag auf Bewilligung zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt hat zu enthalten:

1. die genaue Angabe des beabsichtigten Anstaltszweckes und Leistungsangebotes (Leistungsspektrum, Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung) der Krankenanstalt;
2. Angaben darüber, ob der Rechtsträger beabsichtigt, Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen;
3. die beabsichtigte Bezeichnung und den geplanten Standort der Krankenanstalt;
4. die zur Beurteilung der persönlichen und sachlichen Voraussetzungen erforderlichen Angaben;
5. von einem Bausachverständigen ausgearbeitete maßstäbliche Baupläne sowie Bau- und Betriebsbeschreibungen in zweifacher Ausfertigung.

Parteien im Verfahren, Einholung von Stellungnahmen

§ 9

(1) In Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt haben neben dem Antragsteller folgende Körperschaften hinsichtlich des nach § 7 Abs 1 lit a zu prüfenden Bedarfes Parteistellung (§ 8 AVG) und das Recht der Beschwerde gemäß Art 131 Abs 2 B-VG:

a) die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten;

b) betroffene Sozialversicherungsträger, sofern sie für das Einzugsgebiet der beantragten Krankenanstalt nach den sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften zuständig sind.

(2) Im Bewilligungsverfahren ist weiters eine Stellungnahme des Landeshauptmannes vom Standpunkt der sanitären Aufsicht und eine Stellungnahme des SAGES einzuholen.

Errichtungsbewilligung

§ 10

(1) Im Bewilligungsbescheid ist auszusprechen, ob und unter welchen zur Sicherung der Erfordernisse des § 7 Abs 1 lit b und c notwendigen Bedingungen die Errichtung der bettenführenden Krankenanstalt bewilligt wird. Bei Krankenanstalten, deren Rechtsträger Mittel gemäß § 7 Abs 2 in Anspruch nehmen wollen, ist ferner entsprechend dem Salzburger Landeskrankenanstaltenplan die höchstzulässige Bettenanzahl festzulegen.

(2) Im Bewilligungsbescheid ist eine Frist zu setzen, binnen der mit der Ausführung der bewilligten Maßnahme zu beginnen ist. Die Frist darf nicht mehr als zwei Jahre betragen. Die Errichtungsbewilligung erlischt mit Ablauf der gesetzten Frist, wenn bis dahin nicht mit der Ausführung begonnen worden ist.

Vorabfeststellung des Bedarfs

§ 10a

(1) Auf Antrag kann das Bestehen eines Bedarfs nach einer bettenführenden Krankenanstalt (§ 7 Abs 1 lit a) vor der Beantragung der Errichtungsbewilligung festgestellt werden. Der Antrag hat die im § 8 Z 1 bis 3 vorgesehenen Angaben zu enthalten. Für die Parteistellung gilt § 9 Abs 1 sinngemäß.

(2) Im Bescheid ist bei Vorliegen der Voraussetzungen das Bestehen eines Bedarfs (§ 7 Abs 1 lit a), befristet für die Dauer von höchstens drei Monaten, festzustellen. Wird innerhalb dieser Frist ein Antrag auf Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt samt den erforderlichen ergänzenden Angaben und

Unterlagen (§ 8 Z 4 und 5) gestellt, ist im Errichtungsbewilligungsverfahren das Vorliegen eines Bedarfs nicht neuerlich zu prüfen.

Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt durch einen Krankenversicherungsträger

§ 11

(1) Die Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt durch einen Krankenversicherungsträger bedarf keiner Bewilligung.

(2) Die beabsichtigte Errichtung einer Allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger ist der Landesregierung lediglich anzuzeigen.

Betriebsbewilligung

§ 12

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

a) die Bewilligung der Errichtung (§ 5 Abs 2) erteilt wurde;
b) festgestellt ist, dass die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und dass diese und die Betriebsanlage den sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften sowie bei Krankenanstalten, deren Rechtsträger gemäß § 7 Abs 2 Mittel in Anspruch nehmen wollen, und bei Fondskrankenanstalten den Vorgaben des Salzburger Landeskrankenanstaltenplanes entsprechen;
c) die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind;
d) die Bedingungen der Bewilligung der Errichtung (§ 10) erfüllt sind;
e) die für den inneren Betrieb der Krankenanstalten vorgesehene Anstaltsordnung (§ 20) gleichzeitig genehmigt werden kann;
f) die Bestellung des verantwortlichen Leiters (Stellvertreters) des ärztlichen Dienstes oder eines geeigneten Zahnarztes als verantwortlicher Leiter des zahnärztlichen Dienstes und gegebenenfalls des Leiters der Prosektur der Krankenanstalt gleichzeitig genehmigt werden kann (§ 24 Abs 6) und für die Leitung der einzelnen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten fachlich geeignete Personen (§ 24 Abs 5) als verantwortliche Ärzte namhaft gemacht worden sind;
g) glaubhaft gemacht wird, dass auch im Übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem beabsichtigten Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird; und
h) der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, wenn eine solche gemäß § 20a erforderlich ist.

(2) Die Bewilligung zum Betrieb einer Krankenanstalt eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs 1 lit b, c, e, f und g gegeben sind.

(3) Im Bewilligungsbescheid ist auszusprechen, ob und unter welchen zur Sicherung eines diesem Gesetz entsprechenden Betriebes der Krankenanstalt notwendigen Bedingungen dieser bewilligt wird.

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

(5) Nach Erteilung der Betriebsbewilligung ist von der Landesregierung innerhalb eines Jahres zu prüfen, ob beim Betrieb der Krankenanstalt die vorgeschriebenen Auflagen und Bedingungen eingehalten werden.

3. Teil

Errichtung und Betrieb selbstständiger Ambulatorien

Sachliche Voraussetzungen

§ 12a

(1) Die Bewilligung zur Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums (§ 2 Abs 1 Z 5) darf nur erteilt werden, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

a) Durch das selbstständige Ambulatorium muss nach dem beabsichtigten Anstaltszweck und Leistungsangebot eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes im Einzugsgebiet erreicht werden (Abs 2 und 3), soweit nicht Abs 4 Anwendung findet.

b) Der Bewerber muss das Eigentum oder ein sonstiges Recht an der für die Krankenanstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachweisen, das ihm die zweckentsprechende Benützung der Betriebsanlage gestattet.

c) Das für die Unterbringung der Krankenanstalt vorgesehene Gebäude muss den bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen und nach seiner Lage und Beschaffenheit für die Art der vorgesehenen Krankenanstalt geeignet sein.

(2) Die wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes ist unter Bedachtnahme auf das bereits bestehende Versorgungsangebot

1. öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen einschließlich der Ambulanzen dieser Krankenanstalten,
2. kasseneigener Einrichtungen und
3. niedergelassener Ärzte, Gruppenpraxen und selbstständiger Ambulatorien, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, bei selbstständigen Zahnambulatorien der niedergelassene Zahnärzte, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,

unter den Gesichtspunkten der Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und der Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit zu beurteilen.

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

1. die örtlichen 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 zu berücksichtigender bestehender Leistungsanbieter und
5. die Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw Zahnmedizin.

(4) Die Prüfung der wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes hat zu entfallen, wenn nach dem beabsichtigten Leistungsangebot in der Krankenanstalt ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, sind die Salzburger Gebietskrankenkasse und der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger zu hören.

(5) Bei der Errichtung von selbstständigen Ambulatorien (§ 2 Abs 1 Z 5), die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, sind die Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre zu berücksichtigen.

Antrag auf Errichtungsbewilligung

§ 12b

Der Antrag auf Bewilligung zur Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums hat zu enthalten:

1. die genaue Angabe des beabsichtigten Anstaltszweckes und Leistungsangebotes (Leistungsspektrum, Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung) der Krankenanstalt;
2. die beabsichtigte Bezeichnung, den geplanten Standort sowie das beabsichtigte Einzugsgebiet der Krankenanstalt;
3. die zur Beurteilung der persönlichen und sachlichen Voraussetzungen erforderlichen Angaben;
4. von einem Bausachverständigen ausgearbeitete maßstäbliche Baupläne sowie Bau- und Betriebsbeschreibungen in zweifacher Ausfertigung.

Parteien im Verfahren, Einholung von Stellungnahmen

§ 12c

(1) In Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums haben neben dem Antragsteller folgende Körperschaften hinsichtlich der nach § 12a Abs 1 lit a zu prüfenden wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes Parteistellung (§ 8 AVG) und das Recht der Beschwerde gemäß Art 131 Abs 2 B-VG:

1. die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten;
2. der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
3. die Ärztekammer für Salzburg;
4. bei selbstständigen Zahnambulatorien auch die Österreichische Zahnärztekammer.

(2) Im Bewilligungsverfahren ist auf Kosten des Antragstellers ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Planungsinstitutes zum Vorliegen der Kriterien gemäß § 12a Abs 1 lit a und eine begründete Stellungnahme der Gesundheitsplattform (§§ 22 ff SAGES-Gesetz) zum Vorliegen dieser Kriterien einzuholen.

Errichtungsbewilligung

§ 12d

Im Bewilligungsbescheid sind die zur Sicherung der Erfordernisse des § 12a Abs 1 lit b und c notwendigen Auflagen und Bedingungen festzulegen. Im Bewilligungsbescheid sind weiters jedenfalls das Leistungsvolumen, das Leistungsspektrum und bedarfsgerechte Öffnungszeiten (Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten und von Samstagen, Sonn- und Feiertagen) und soweit auf Grund des Leistungsspektrums sinnvoll die Verpflichtung zur Durchführung von Hausbesuchen sowie das Einzugsgebiet festzulegen. § 10 Abs 2 gilt sinngemäß.

Vorabfeststellung der wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes

§ 12e

(1) Auf Antrag kann die wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes durch das selbstständige Ambulatorium vor der Beantragung der Errichtungsbewilligung festgestellt werden. Der Antrag hat die im § 12b Z 1 und 2 vorgesehenen Angaben zu enthalten. Für die Parteistellung gilt § 12c Abs 1 sinngemäß.

(2) Im Bescheid ist bei Vorliegen der Voraussetzungen die wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes durch das selbstständige Ambulatorium, befristet für die Dauer von höchstens drei Monaten, festzustellen. Wird innerhalb dieser Frist ein Antrag auf Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums samt den erforderlichen ergänzenden Unterlagen (§ 12b Z 3 und 4) gestellt, ist im Errichtungsbewilligungsverfahren das Vorliegen dieser Voraussetzung nicht neuerlich zu prüfen.

Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums durch einen Krankenversicherungsträger

§ 12f

Die Bewilligung zur Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums durch einen Krankenversicherungsträger ist zu erteilen, wenn

1. ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der Ärztekammer für Salzburg bzw der Österreichischen Zahnärztekammer oder zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw der Österreichischen Zahnärztekammer vorliegt (§ 339 ASVG) oder
2. eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann (§ 12a Abs 1 lit a).

Dies gilt auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger andere Rechtsträger mit dem Betrieb eines Ambulatoriums betraut.

Betriebsbewilligung

§ 12g

(1) Der Betrieb eines selbstständigen Ambulatoriums bedarf der Bewilligung der Landesregierung. Diese darf, wenn nicht Abs 2 Anwendung findet, nur erteilt werden, wenn

a) für die Errichtung eine Bewilligung (§ 12d) vorliegt;
b) festgestellt ist, dass die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und diese und die Betriebsanlage den sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen;

c) die Bedingungen der Bewilligung für die Errichtung erfüllt sind;

d) die für den inneren Betrieb der Krankenanstalten vorgesehene Anstaltsordnung (§ 20) gleichzeitig genehmigt werden kann;

e) die Bestellung des verantwortlichen Leiters (Stellvertreters) des ärztlichen Dienstes (§ 24 Abs 6) bzw eines geeigneten Zahnarztes oder Facharztes für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (§ 24a Abs 3) als verantwortlichen Leiter des zahnärztlichen Dienstes gleichzeitig genehmigt werden kann;

f) glaubhaft gemacht wird, dass auch im Übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem beabsichtigten Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird; und

g) der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, wenn eine solche gemäß § 20a erforderlich ist.

(2) Die Bewilligung zum Betrieb eines selbstständigen Ambulatoriums eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn entweder eine Einigung gemäß § 339 ASVG oder eine Errichtungsbewilligung gemäß § 12f Z 2 vorliegt und die Voraussetzungen des Abs 1 lit b, d bis f sowie im Fall einer Errichtungsbewilligung auch Abs 1 lit c gegeben sind.

(3) Beim Betrieb von selbstständigen Ambulatorien, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, sind die Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Das Zusammenwirken beim Betrieb des selbstständigen Ambulatoriums ist in einer Vereinbarung zwischen dem Träger der Krankenanstalt und dem Trägers der Medizinischen Universität zum regeln.

(4) Im Bewilligungsbescheid sind die zur Sicherung eines diesem Gesetz entsprechenden Betriebes des selbstständigen Ambulatoriums notwendigen Auflagen und Bedingungen festzulegen.

(5) Nach Erteilung der Betriebsbewilligung ist von der Landesregierung innerhalb eines Jahres zu prüfen, ob beim Betrieb der Krankenanstalt die vorgeschriebenen Auflagen und Bedingungen eingehalten werden.

4. Teil

Weitere behördliche Maßnahmen

Zurücknahme von Errichtungs- oder Betriebsbewilligungen

§ 13

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

(2) Die Bewilligung zum Betrieb einer Krankenanstalt oder einzelner Abteilungen oder einzelner Organisationseinheiten ist von der Landesregierung abzuändern oder zurückzunehmen, wenn

a) eine Voraussetzung für die Erteilung der Betriebsbewilligung weggefallen ist;

b) nachträglich festgelegte Strukturqualitätskriterien nicht erfüllt werden;

c) ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel, der die Erteilung der Betriebsbewilligung ausgeschlossen hätte, nachträglich hervorkommt;

d) Bedingungen des Betriebsbewilligungsbescheides nicht oder nicht mehr erfüllt sind und dadurch der gesicherte Betrieb nicht gewährleistet ist; oder

e) der Betrieb der Krankenanstalt entgegen den Vorschriften des § 47 unterbrochen oder die Krankenanstalt aufgelassen worden ist.

(3) Die Landesregierung kann in den Fällen der Abs 1 und 2 eine angemessene Frist zur Behebung des Mangels einräumen.

(4) Die Landesregierung kann die Betriebsbewilligung zurücknehmen, wenn sonstige schwer wiegende Mängel, die einen geordneten Anstaltsbetrieb gefährden, trotz Aufforderung innerhalb einer festgesetzten Frist nicht behoben werden oder wenn eine wiederholte Bestrafung wegen eines Verstoßes gegen die Werbebeschränkung (§ 38) erfolgt ist.

Veränderung der Krankenanstalt

§ 14

(1) Jede Veränderung der Krankenanstalt ist der Landesregierung anzuzeigen.

(2) Einer Bewilligung der Landesregierung bedürfen alle wesentlichen Veränderungen im Anstaltszweck und Leistungsangebot, in der Organisation der Krankenanstalt, im räumlichen Bestand sowie in der apparativen und sonstigen sachlichen Ausstattung. Als solche wesentliche Änderungen gelten insbesondere:

a) eine Veränderung der Art der Krankenanstalt (§ 2 Abs 1 Z 1 bis 5);

b) eine Veränderung der Form einer Allgemeinen Krankenanstalt (§ 2 Abs 2 lit a bis c);

c) eine Änderung des Leistungsangebotes der Krankenanstalt;

d) eine Errichtung neuer Abteilungen, Departments, Stationen oder anderer Einrichtungen wie Ambulatorien, Laboratorien oder Institute, wenn diese vom Errichtungsbewilligungsbescheid nicht umfasst waren;

e) eine Verlegung der Betriebsstätte;

f) eine Erweiterung der Krankenanstalt durch Neu-, Zu- oder Umbauten;

g) die Neuanschaffung medizinisch-technischer Großgeräte, ohne dass damit eine bauliche Maßnahme verbunden wäre.

Im Bewilligungsverfahren sind die Vorschriften der §§ 8 bis 12 bzw §§ 12b bis 12g und bei Änderungen gemäß lit a bis d und g auch § 7 bzw § 12a sinngemäß anzuwenden. Bei Fondskrankenanstalten ist an Stelle der Bedarfsprüfung (§ 7 Abs 1 lit a) zu prüfen, ob die Änderung mit dem Salzburger Krankenanstaltenplan übereinstimmt. Die Bewilligung kann nur bei gegebener Übereinstimmung erteilt werden. Bei Fondskrankenanstalten ist die Bewilligung weiters nur dann zu erteilen, wenn die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.

(3) Für die Erweiterung (Abs 2 lit a bis d und g) von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers findet abweichend von Abs 2 an Stelle des § 7 der § 12f Anwendung.

Verpachtung, Übertragung und Änderung der Bezeichnung einer Krankenanstalt

§ 15

(1) Die Verpachtung einer Krankenanstalt, ihre Übertragung und die Übertragung oder Verpachtung von selbstständigen Teilen einer Krankenanstalt (dislozierte Einrichtungen) auf einen anderen Rechtsträger bedarf der Bewilligung der Landesregierung.

(2) Die Bewilligung nach Abs 1 darf nur erteilt werden, wenn der Pächter oder der neue Rechtsträger die Voraussetzungen des § 6 erfüllt.

(3) Für den Erwerb von Ambulatorien durch einen Krankenversicherungsträger sind die Bestimmungen des § 12f entsprechend anzuwenden.

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

Ordinationen in Krankenanstalten

§ 16

(1) Die Ausübung einer über die Obliegenheiten der Anstaltsordnung hinausgehenden ärztlichen Tätigkeit (Ordination) in einer Krankenanstalt ist nur mit Bewilligung der Landesregierung zulässig. Die Bewilligung ist auf gemeinsamen Antrag des Rechtsträgers und des Arztes zu erteilen, wenn sichergestellt ist, dass die ärztliche Betreuung der Patienten der Krankenanstalt nicht beeinträchtigt wird, keine Störungen des Betriebes der Krankenanstalt eintreten werden und dem Rechtsträger wirtschaftliche Vorteile erwachsen werden.

(2) Die Bewilligung kann unter Vorschreibung von Auflagen und Bedingungen erteilt werden, wenn dadurch die Voraussetzungen des Abs 1 erfüllt werden können. Auflagen können sich auch an den Arzt richten. Die Ausnahmebewilligung ist jeweils befristet auf höchstens drei Jahre zu erteilen.

Sperre von Krankenanstalten

§ 17

Eine Krankenanstalt ist durch die Bezirksverwaltungsbehörde zu sperren, wenn sie ohne die im § 12 bzw § 12g vorgeschriebene Betriebsbewilligung betrieben wird.

Vorsorge bei Sperre und Einstellung des Betriebes von Krankenanstalten

§ 18

Bei der Sperre einer Krankenanstalt sowie im Fall der Zurücknahme einer Betriebsbewilligung oder der Untersagung der Weiterführung des Krankenanstaltenbetriebes durch den Landeshauptmann (§ 61 des Krankenanstaltengesetzes) haben die Patienten die Anstalt zu verlassen; soweit sie noch weiterhin anstaltsbedürftig sind und ihre Anstaltspflege nicht anderweitig sichergestellt ist, hat sie die Landesregierung in eine öffentliche Krankenanstalt einzuweisen.

Mitteilungspflichten

§ 19

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

2. Unterabschnitt
Bestimmungen über den Betrieb von Krankenanstalten

Anstaltsordnung

§ 20

(1) Der Rechtsträger einer Krankenanstalt hat den inneren Betrieb der Krankenanstalt durch eine Anstaltsordnung zu regeln.

Diese hat mindestens zu enthalten:

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 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, einschließlich des Verhältnisses der Aufgabenbereiche des ärztlichen Leiters, des Verwaltungsleiters und des Leiters des Pflegedienstes zueinander. Dabei sind Formen der gemeinschaftlichen Leitung vorzusehen; dadurch dürfen jedoch die diesen Führungskräften nach § 24 Abs 2, § 36 Abs 1 bzw § 25 Abs 1 jeweils zukommenden Aufgaben nicht beeinträchtigt werden. Insbesondere ist auch sicherzustellen, dass bei gemeinschaftlicher Leitung diese ihre Aufgaben in Bezug auf Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 33 Abs 2) erfüllen kann. In einer Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dient und in der eine gemeinschaftliche Leitung eingerichtet ist, ist der Rektor oder ein von der Medizinischen Universität vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Universität den Sitzungen der gemeinschaftlichen Leitung mit beratender Stimme beizuziehen;
3. die Festlegung, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen in eine der folgenden Betriebsformen aufgenommen werden:
   a) Tageskliniken oder Nachtkliniken, bei denen die Aufnahme nur einmalig über Tag oder über Nacht erfolgt;
   b) halbstationäre Bereiche, bei denen Patienten längerfristig nur über Tag oder nur über Nacht bleiben;
   c) interdisziplinär geführte Bereiche zur Behandlung von Patienten aus verschiedenen Sonderfächern, die in der Krankenanstalt in einer der fachrichtungsbezogenen Organisationsformen gemäß § 1 Abs 1 Z 2 bis 6 vorgehalten werden, wobei sicherzustellen ist, dass die Patienten jederzeit zweifelsfrei einem bestimmten Sonderfach zugeordnet werden können;
   d) 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 betrieben werden;
   e) 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 betrieben werden;

f) 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;

g) ambulante Erstversorgungseinheiten als interdisziplinäre Strukturen 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 8 Stunden, die tageszeitlich in der Anstaltsordnung festzulegen sind, einstellen, wenn die Erfüllung der Aufgaben der ambulanten Erstversorgungseinheit durch die Krankenanstalt in anderer Form sichergestellt ist. Im Übrigen sind die Bestimmungen über die zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten und § 50 sinngemäß anzuwenden;

4. Regelungen betreffend die Leitung der in § 1 Abs 1 Z 2 bis 6 genannten fachrichtungsbezogenen Organisationsformen sowie der in der Z 3 genannten Betriebsformen;
5. Regelungen über den Betrieb von dislozierten Wochenkliniken an Feiertagen;
6. bei einer Gliederung in Organisationseinheiten und Pflegegruppen die jeweilige Bettenzahl. Dabei darf die unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin jeweils überschaubare Größe nicht überschritten werden; eine Obergrenze von 120 Betten soll keinesfalls überschritten werden. Wenn 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;
7. die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen, getrennt nach leitenden und verantwortlichen Ärzten, dem übrigen ärztlichen Personal, den Pflegepersonen, dem Verwaltungsleiter und allen anderen in der Krankenanstalt beschäftigten Personen, in dem durch die besonderen Verhältnisse der einzelnen Krankenanstalten gegebenen Umfang sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;
8. Angaben über den für die Aufnahme als Patient der Anstalt in Betracht kommenden Personenkreis sowie Regelungen über die Aufnahme und die Entlassung der Patienten;
9. Bestimmungen über das von Patienten und Besuchern in der Krankenanstalt zu beobachtende Verhalten und die Regelung der Besuchszeiten;
10. Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 1 Abs 1 Z 2 bis 6) oder in dislozierten Betriebsformen (Z 3);
11. die Festlegung jener Räume, in denen das Rauchen gestattet ist.

(2) Die Anstaltsordnung und jede Änderung dieser bedarf der Genehmigung der Landesregierung, die vor ihrer Entscheidung die Ärztekammer für Salzburg oder bei Zahnambulatorien die Österreichische Zahnärztekammer zu hören hat. Die Anstaltsordnung für eine Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dient, hat die Bedürfnisse der Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Der Rechtsträger einer solchen Krankenanstalt hat vor der Genehmigung der

Anstaltsordnung das Rektorat der Medizinischen Universität zu hören. Die Genehmigung ist zu versagen, wenn die Anstaltsordnung den Bestimmungen dieses Gesetzes widerspricht oder wenn sie einen geordneten Betrieb der Anstalt nicht gewährleistet erscheinen lässt. Die Anstaltsordnung darf keine Bestimmung enthalten, die Angehörige des ärztlichen Dienstes oder des sonstigen Personals verpflichten würde, einen infolge der Kürze der Schwangerschaft noch straffrei erklärten Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen. Weiters darf keine Bestimmung enthalten sein, die die Weigerung, einen solchen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen oder daran mitzuwirken, mit nachteiligen Folgen verbindet.

(3) Im Genehmigungsbescheid ist dem Rechtsträger der Krankenanstalt vorzuschreiben,

1. dass die Anstaltsordnung an geeigneter, für das Personal leicht zugänglicher Stelle aufzulegen ist;
2. dass den in der Krankenanstalt beschäftigen und allen neu eintretenden Personen die Bestimmungen des § 34 nachweislich zur Kenntnis zu bringen und sie auf die Strafbarkeit von Verletzungen der Verschwiegenheitspflicht nach § 93 aufmerksam zu machen sind;
3. dass die Patienten über die Anstaltsordnung mit den Inhalten gemäß Abs 1 lit a bis c sowie g und h in verständlicher, den Umständen angemessener Form zu informieren sind.

Haftpflichtversicherung

§ 20a

(1) Krankenanstalten, die nicht durch eine Gebietskörperschaft, eine sonstige Körperschaft öffentlichen Rechts oder durch eine juristische Person, die im Eigentum einer Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts steht, betrieben werden, haben zur Deckung der aus ihrer Tätigkeit (§ 1 Abs 1 Z 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, wenn keine Haftpflichtversicherung nach dem ersten Satz und Abs 2 besteht.

(2) Der Versicherungsvertrag muss folgende Voraussetzungen erfüllen:

1. die Mindestversicherungssumme muss 2.000.000 Euro für jeden Versicherungsfall betragen;
2. eine Haftungshöchstgrenze darf pro einjähriger Versicherungsperiode das Fünffache der Mindestversicherungssumme nicht unterschreiten; und
3. der Ausschluss oder eine zeitliche Begrenzung der Nachhaftung des Versicherers ist unzulässig.

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

(4) Die Versicherer sind verpflichtet, von sich aus der Landesregierung 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.

Patientenrechte

§ 21

(1) Jeder Patient einer Krankenanstalt hat insbesondere folgende Rechte:

1. das Recht, in seine Krankengeschichte (§ 35) Einsicht zu nehmen und sich daraus auf seine Kosten Kopien anfertigen zu lassen;
2. das Recht, umfassend über die Behandlungsmöglichkeiten einschließlich ihrer jeweiligen Risiken von einem Facharzt in verständlicher Art informiert zu werden;
3. das Recht, auf Wunsch Informationen über den Gesundheitszustand und den Behandlungsverlauf durch einen zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Arzt in verständlicher und schonungsvoller Art zu erhalten;
4. das Recht auf ausreichende Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten, wobei eine Vertrauensperson den Patienten bei einer nachhaltigen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes auch außerhalb der regulären Besuchszeit besuchen können soll;
5. das Recht auf seelsorgerische Betreuung auf Wunsch des Patienten;
6. das Recht auf psychologische und psychotherapeutische Unterstützung auf Wunsch des Patienten;
7. das Recht auf Wahrung der Privatsphäre und Vertraulichkeit;

8. das Recht auf Konsultation eines zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Arztes in allgemeinen medizinischen Anliegen;
9. das Recht auf ein würdevolles Sterben;
10. das Recht, dass möglichst auf den allgemein üblichen Lebensrhythmus Rücksicht genommen wird;
11. das Recht, dass bei der stationären Versorgung von Kindern auf eine möglichst kindergerechte Ausstattung der Einrichtungen und eine Betreuung durch die Eltern sowie eine dem Entwicklungsstand entsprechende Besuchsmöglichkeit Bedacht genommen wird;
12. das Recht auf Geheimhaltung der ihn betreffenden Daten nach Maßgabe der dafür geltenden Bestimmungen (zB §§ 34, 35; § 54 Ärztegesetz 1998).

(2) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat dafür Sorge zu tragen, dass die Patienten über die ihnen zustehenden Rechte informiert werden und diese unter Bedachtnahme auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot der Krankenanstalt wahrnehmen können.

Führung von Wartelisten

§ 21a

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

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

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

1. die Wartezeit der einzelnen Patienten, dh die Zeit, die zwischen der Aufnahme in die Warteliste und dem Eingriffstermin liegt;
2. die Anzahl der Personen auf der Warteliste und davon die Anzahl der Sonderklassepatienten.

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

Salzburger Patientenvertretung

§ 22

(1) Die Landesregierung hat zur Wahrung und Sicherstellung der Rechte und Interessen der Patienten von Krankenanstalten, von Kurgästen und von Personen, die von einem Hilfs- und Rettungsdienst eines Rettungsträgers (§ 6 Abs 4 des Salzburger Rettungsgesetzes) betreut werden, eine Salzburger Patientenvertretung (im Folgenden kurz: Patientenvertretung) einzurichten. Diese besteht aus dem Patientenvertreter als Leiter und der erforderlichen Zahl von Mitarbeitern.

(2) Zum Patientenvertreter ist eine fachlich und persönlich geeignete Person von der Landesregierung nach Anhörung der beitragspflichtigen Rechtsträger (Abs 7) für die Dauer von fünf Jahren zu bestellen. Die Funktion des Patientenvertreters ist öffentlich auszuschreiben. Wiederbestellungen sind auch ohne vorausgegangene Ausschreibung zulässig.

(3) Der Patientenvertreter ist in Ausübung dieser Funktion unabhängig und weisungsfrei. Die Mitarbeiter der Patientenvertretung sind nur an die Weisungen des Patientenvertreters gebunden.

(3a) Die Landesregierung ist berechtigt, sich über alle Gegenstände der Geschäftsführung der Patientenvertretung zu unterrichten. Sie hat den Patientenvertreter abzuberufen, wenn er die Funktion aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben kann oder die mit ihr verbundenen Pflichten grob verletzt oder vernachlässigt hat.

(4) Im Rahmen der Aufgabenstellung gemäß Abs 1 hat die Patientenvertretung insbesondere

a) Beschwerden folgender Personen entgegenzunehmen, den Sachverhalt zu ermitteln und auf eine außergerichtliche Bereinigung von Konflikten hinzuwirken:
   1. Patienten von Krankenanstalten und deren Vertrauenspersonen;
   2. Kurgästen, soweit die Beschwerden Mängel oder Missstände in Kuranstalten (§ 25 des Salzburger Heilvorkommen- und Kurortegesetzes 1997) im medizinischen oder pflegerischen Bereich betreffen;

3. Personen, deren Beschwerden medizinische oder pflegerische Mängel oder Missstände bei einer Hilfeleistung eines Hilfs- und Rettungsdienstes im Rahmen der Aufgabenstellungen gemäß § 1 Abs 2 lit a bis c und Abs 3 des Salzburger Rettungsgesetzes betreffen;

b) dem jeweiligen Rechtsträger Mängel und Missstände im Bereich von Krankenanstalten, Kuranstalten und Hilfs- und Rettungsdiensten aufzuzeigen;

c) Patienten und Kurgäste über deren Rechte zu informieren;

d) Anregungen für Verbesserungen entgegenzunehmen, zu prüfen und gegebenenfalls weiterzuleiten;

e) Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten und weiterzuleiten;

f) zu Gesetz- und Verordnungsentwürfen Stellung zu nehmen, soweit sie den Aufgabenbereich der Patientenvertretung betreffen.

g) mit Patientenselbsthilfegruppen, die Patienteninteressen wahrnehmen, zusammenzuarbeiten;

h) im Qualitäts- und Risikomanagement von Krankenanstalten mitzuwirken;

i) Erfahrungen mit Sozialversicherungsträgern und anderen im Gesundheitswesen tätigen Einrichtungen auszutauschen.

Zur Erfüllung dieser Aufgaben sollen in ausreichendem Maß Sprechtage in den Bezirken oder in den Krankenanstalten und Kuranstalten selbst abgehalten werden.

(5) Alle Landes- und Gemeindebehörden sowie die Rechtsträger von Krankenanstalten und Kuranstalten und die Rettungsträger sind verpflichtet, die Patientenvertretung bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen und ihr die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

(6) Die Patientenvertretung hat der Landesregierung jährlich über ihre Tätigkeit und die dabei gesammelten Erfahrungen zu berichten. Werden in diesem Bericht Missstände bei Landesbehörden, Krankenanstalten, Kuranstalten oder Hilfs- und Rettungsdiensten aufgezeigt, sind den Behörden, den Rechtsträgern der Krankenanstalten und Kuranstalten oder den Rettungsträgern die entsprechenden Teile des Berichts von der Landesregierung zur Stellungnahme zu übermitteln.

(7) Zum Aufwand der Patientenvertretung haben die Rechtsträger von Akutbetten führenden Krankenanstalten anteilig einen Kostenbeitrag in der Höhe von 59,20 € je Akutbett zu leisten. Dieser Beitrag ist wertgesichert und für jedes Jahr, erstmals für das Jahr 2008, in dem Ausmaß anzupassen, in dem sich der Gehaltsansatz eines Landesbeamten der Dienstklasse V Gehaltsstufe 2 zwischen dem Mai des zweitvorangegangenen Jahres und dem Mai des vorangegangenen Jahres geändert hat. Die errechnete Beitragshöhe ist auf den nächsten, durch 10 teilbaren Centbetrag zu runden, wobei Beträge von weniger als 5 Cent abzurunden und Beträge von 5 Cent und mehr aufzurunden sind ("kaufmännische Rundung"). Der neue Kostenbeitrag je Akutbett ist von der Landesregierung im Landesgesetzblatt kundzumachen. Den Beitragsberechnungen für die Folgejahre ist jeweils die ungerundete Beitragshöhe des Vorjahres zugrunde zu legen.

(8) Der von jedem Rechtsträger zu leistende Jahresbeitrag ist diesem von der Landesregierung bis zum 31. März jeden Jahres mitzuteilen (Zahlungsvorschreibung). Wird diese Zahlungsvorschreibung von einem Rechtsträger bestritten, kann er binnen sechs Wochen, vom Tag der Zustellung der Vorschreibung an gerechnet, schriftlich die bescheidmäßige Vorschreibung durch die Landesregierung verlangen.

(9) Die Beiträge werden nach Ablauf von sechs Wochen, vom Tag der Zustellung der schriftlichen Zahlungsvorschreibung an gerechnet, fällig. Dies gilt auch im Fall eines Verlangens auf Bescheiderlassung für 75 % des jeweils vorgeschriebenen Beitrages. Ab dem Fälligkeitstag sind Verzugszinsen in der Höhe von 4 % zu entrichten. Über vollstreckbar gewordene Kostenbeiträge ist ein Rückstandsausweis unter sinngemäßer Anwendung des § 229 BAO anzufertigen.

Psychologische Betreuung,
psychotherapeutische Versorgung

§ 23

In bettenführenden Krankenanstalten sind psychologische und psychotherapeutische Dienste in einem solchen Umfang einzurichten, dass jenen Patienten, die auf Grund ihrer Erkrankung besonders schweren psychischen Belastungen ausgesetzt sind, eine ausreichende psychologische Betreuung und eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung angeboten werden kann.

Ärztlicher Dienst

§ 24

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

(2) Für jede Krankenanstalt ist ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes und für die mit der ärztlichen Behandlung der Patienten zusammenhängenden Aufgaben sowie – für den Fall dessen Verhinderung – ein geeigneter Arzt als Stellvertreter für diesen zu bestellen. Das Verfügungsrecht des Rechtsträgers der Krankenanstalt in Wirtschaftsangelegenheiten bleibt unberührt. In Krankenanstalten, deren Größe dies im Zusammenhang mit der in der Anstaltsordnung vorgenommenen Aufgabenverteilung erfordert, ist die Leitung des ärztlichen Dienstes hauptberuflich auszuüben.

(3) Bei Verhinderung des ärztlichen Leiters ist dieser von seinem Stellvertreter zu vertreten. Ist auch dieser verhindert, muss der verantwortliche Leiter des ärztlichen Dienstes durch einen in gleicher Weise qualifizierten Arzt vertreten werden. Dieser Arzt ist der Landesregierung namhaft zu machen.

(4) Pflegeanstalten für chronisch Kranke (§ 2 Abs 1 Z 3) kann die Landesregierung vom Erfordernis der Bestellung eines ärztlichen Leiters (Stellvertreters) Nachsicht erteilen, wenn die Aufsicht durch einen geeigneten Arzt gewährleistet ist.

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

(6) Die Bestellung des ärztlichen Leiters (Stellvertreters) und des Leiters der Prosektur einer Krankenanstalt bedarf – unbeschadet einer nach sonstigen Rechtsvorschriften erforderlichen Genehmigung – der Genehmigung der Landesregierung. Eine solche Genehmigung ist, wenn sie nicht im Rahmen der Betriebsgenehmigung erfolgt, vor Dienstantritt des Arztes einzuholen. Sie ist zu erteilen, wenn die in Betracht kommenden Ärzte den für ihre Bestellung in den vorstehenden Vorschriften vorgesehenen Bedingungen entsprechen. Keiner Genehmigung bedarf die Besetzung jener Stellen, die auf Grund der einschlägigen Universitätsvorschriften besetzt werden.

(7) Die Landesregierung hat eine nach Abs 6 erteilte Genehmigung zurückzunehmen, wenn die Voraussetzungen dafür weggefallen sind, deren Nichtvorhandensein nachträglich hervorkommt oder wenn die in Betracht kommenden Ärzte sich schwer wiegender oder wiederholter Verstöße gegen ihre Pflichten schuldig gemacht haben.

(8) In Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten von Krankenanstalten, die als Universitätskliniken oder als klinische Institute in klinische Abteilungen gegliedert sind, kommt die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben nicht dem gemäß Abs 5 mit der Führung der Abteilung bzw sonstigen Organisationseinheit betrauten Arzt, sondern dem Leiter der klinischen Abteilung zu. In Abteilungen von Krankenanstalten, in deren Rahmen Departments gemäß § 2 Abs 4 geführt werden, kommt die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben nicht dem gemäß Abs 5 mit der Führung der Abteilung betrauten Arzt, sondern dem Leiter des Departments zu.

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

Zahnärztlicher Dienst

§ 24a

(1) Mit der Führung von Zahnambulatorien dürfen entsprechend dem behördlich bewilligten Leistungsangebot nur Zahnärzte oder Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie betraut werden. Umfasst das Leistungsangebot sowohl Tätigkeiten, die der Zahnmedizin zuzuordnen sind, als auch Tätigkeiten, die dem Sonderfach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zuzuordnen sind, 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 behördlich bewilligtem Leistungsangebot 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) Der Genehmigungsvorbehalt gemäß Abs 3 gilt nicht für Stellen, die auf Grund der einschlägigen Universitätsvorschriften besetzt werden.

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

Pflegedienst

§ 25

(1) Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist ein geeigneter Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als verantwortlicher Leiter des Pflegedienstes zu bestellen. Bei Verhinderung des verantwortlichen Leiters muss dieser von einem geeigneten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege vertreten werden. In Krankenanstalten gemäß § 2 Abs 2 lit c ist die verantwortliche Leitung des Pflegedienstes hauptberuflich auszuüben.

(2) Für die Fortbildung des Krankenpflegepersonals ist anstaltsmäßig Vorsorge zu treffen.

(3) Erfolgt die Beschäftigung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und von Angehörigen der Pflegehilfe im Weg der Arbeitskräfteüberlassung nach den Bestimmungen des Arbeitskräfteüberlassungsgesetzes, ist das im § 35 Abs 2 Z 1 und im § 90 Abs 2 Z 1 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes festgelegte Verhältnis pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten.

Supervision

§ 26

In Krankenanstalten oder Organisationseinheiten (Abteilungen, Stationen etc), in denen das medizinische 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.

Erste Hilfe und ärztliche Behandlung der Patienten

§ 27

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

(2) Der ärztliche und der zahnärztliche Dienst muss so eingerichtet sein, dass folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

1. Ärztliche Hilfe in der Anstalt muss jederzeit sofort erreichbar sein.
2. In Zentralkrankenanstalten muss mit Ausnahme der Sonderfächer Medizinische und Chemische Labordiagnostik, Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation sowie Pathologie uneingeschränkt eine Anwesenheit von Fachärzten aller in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben sein. Im Bereich Strahlentherapie-Radioonkologie/Nuklearmedizin ist dabei die Anwesenheit eines Facharztes aus einem der beiden Sonderfächer ausreichend. Im Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie wird das Erfordernis auch durch die Anwesenheit eines Facharztes für Psychiatrie oder Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin erfüllt.
3. In Schwerpunktkrankenanstalten müssen jedenfalls in Abteilungen und Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie, Psychiatrie und Unfallchirurgie ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in der Anstalt dauernd anwesend sein; im Übrigen kann im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist.
4. In Standardkrankenanstalten muss 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 sowie eine Rufbereitschaft von Fachärzten der jeweiligen sonst in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben sein; im Übrigen müssen auch in Standardkrankenanstalten Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer in der Anstalt dauernd anwesend sein.

5. In Fachschwerpunkten kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist.
6. In dislozierten Wochenkliniken gelten die Bestimmungen zur Rufbereitschaft gemäß Z 3 und 4 sinngemäß und kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn im Bedarfsfall die Weiterbetreuung der Patienten durch die Mutterabteilung außerhalb der Betriebszeit sichergestellt ist.
7. In dislozierten Tageskliniken kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sichergestellt ist.
8. In Sanatorien muss jederzeit eine sofortige medizinische Versorgung durch einen in der Krankenanstalt anwesenden Facharzt oder Arzt für Allgemeinmedizin (notfallmedizinische Versorgung gemäß § 40 Abs 1 Ärztegesetz 1998) gewährleistet sowie eine Rufbereitschaft von Fachärzten der jeweils in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben sein, sofern verbindliche Qualitätskriterien nicht zwingend eine andere ärztliche Anwesenheit erfordern.
9. 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 (notfallmedizinische Versorgung gemäß § 40 Abs 1 Ärztegesetz 1998) jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige tägliche Anwesenheit die Erteilung der erforderlichen Anordnungen für das Personal nach dem MTD-Gesetz und für Heilmasseure nach dem MMHmG sowie neben den ärztlichen Anordnungen auch die erforderliche Aufsicht über die medizinischen Masseure nach dem MMHmG und das Personal nach dem MTF.
10. Die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte und Zahnärzte müssen sich im erforderlichen Ausmaß fortbilden können.
11. In Krankenanstalten bzw Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, muss die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet sein.

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

(4) Behandlungen dürfen an einem Patienten nur mit dessen Einwilligung durchgeführt werden; fehlt dem Patienten in diesen Angelegenheiten die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, ist die Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters erforderlich, soweit nicht die Vornahme der medizinischen Behandlung durch eine verbindliche Patientenverfügung ausgeschlossen ist. Die Einwilligung bzw Zustimmung ist nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, dass der mit der Einholung der Einwilligung des Patienten 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 seiner Gesundheit verbunden wäre. Über die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Behandlung entscheidet der ärztliche Leiter der Krankenanstalt oder der für die Leitung der betreffenden Anstaltsabteilung verantwortliche Arzt.

Krankenhaushygieniker, Hygienebeauftragter, Hygienefachkraft und Hygieneteam

§ 28

(1) Zur Wahrung der Belange der Hygiene sind zu bestellen:

1. für jedes Zahnambulatorium ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder ein fachlich geeigneter (Abs 2), zur selbstständigen Berufsausübung berechtigter Zahnarzt oder Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Hygienebeauftragter);
2. für jede Zentralkrankenanstalt ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker);
3. für jede sonstige Krankenanstalt ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder ein fachlich geeigneter (Abs 2), zur selbstständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (Hygienebeauftragter).

Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung richtet sich im Einzelfall nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt. In Zentralkrankenanstalten ist die betreffende Person hauptberuflich zum Krankenhaushygieniker zu bestellen und mit der erforderlichen räumlichen, strukturellen und organisatorischen Ausstattung zu versehen.

(2) Zum Hygienebeauftragten dürfen nur Ärzte bestellt werden, die die Absolvierung einer Grundausbildung und die Fortbildung für Krankenhaushygieniker an einem einschlägigen Universitätsinstitut oder eine gleichwertige Qualifikation nachweisen.

(3) Zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers bzw des Hygienebeauftragten ist in bettenführenden Krankenanstalten mindestens eine qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder des gehobenen medizinischtechnischen Dienstes als Hygienefachkraft zu bestellen, die ihre Tätigkeit in Zentralkrankenanstalten hauptberuflich auszuüben hat. In bettenführenden Krankenanstalten ist weiters ein Hygieneteam einzurichten, dem der Krankenhaushygieniker bzw der Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft und allenfalls weitere für die Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und des nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören.

(4) Die Bestellung des Krankenhaushygienikers bzw des Hygienebeauftragten sowie der Hygienefachkraft ist der Landesregierung unter Anschluss der entsprechenden Ausbildungsnachweise sowie einem Nachweis über das Ausmaß der Beschäftigung anzuzeigen.

(5) Zu den Aufgaben des Hygieneteams zählen alle Maßnahmen, die der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen in

Krankenanstalten und der Gesunderhaltung dienen, insbesondere:

a) die Erstellung von Arbeitsanleitungen bzw Richtlinien zu hygienisch relevanten Tätigkeiten;
b) die Erstellung der Hygienepläne;
c) die Infektionsüberwachung und -statistik;
d) die Information und Fortbildung der Mitarbeiter der Krankenanstalt über die Belange der Hygiene;
e) die Erstellung von abteilungs- bzw stationsspezifischen Hygienerichtlinien;
f) die Überwachung der Einhaltung der Hygienerichtlinien;
g) die Beratung bei der Auswahl von Ge- und Verbrauchsgütern mit hygienischer Relevanz und
h) die fachliche und inhaltliche Begleitung der Maßnahmen zur Überwachung nosokomialer Infektionen. Die Überwachung hat nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen.

Das Hygieneteam hat alle für die Wahrung der Hygiene der Krankenanstalt wichtigen Angelegenheiten zu beraten und Maßnahmen zu beschließen, welche durch die für die Umsetzung jeweils Verantwortlichen zu vollziehen sind. Werden die erforderlichen Maßnahmen nicht innerhalb angemessener Zeit umgesetzt, hat das Hygieneteam diesen Umstand der Landesregierung anzuzeigen, die dem Rechtsträger der Krankenanstalt die Beseitigung hygienischer Missstände aufzutragen hat.

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

(7) Der Krankenhaushygieniker bzw der Hygienebeauftragte oder bei Bestehen eines Hygieneteams dieses Team ist bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten der Krankenanstalten sowie bei der Anschaffung von Geräten, wenn durch sie eine Infektionsgefahr gegeben sein kann, beizuziehen.

(8) Die in der Krankenanstalt beschäftigten Ärzte, die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie die Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste sind verpflichtet, dem Krankenhaushygieniker bzw dem Hygienebeauftragten alle Informationen, die für die Erfüllung der unter Abs 5 angeführten Aufgaben erforderlich sind, zukommen zu lassen und ihn über besondere Vorkommnisse, insbesondere bei der Infektionsüberwachung (Bakteriologie, Virologie etc), in Kenntnis zu setzen.

(9) In selbstständigen Ambulatorien kann die Funktion des Krankenhaushygienikers oder hygienebeauftragten Arztes bei Nachweis der entsprechenden fachlichen Eignung (Abs 2) auch durch den ärztlichen Leiter wahrgenommen werden. Bei der Besorgung der Aufgaben gemäß Abs 5 ist der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.

Technischer Sicherheitsbeauftragter

§ 29

(1) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat eine fachlich geeignete Person zur Wahrnehmung der technischen Sicherheit und des einwandfreien Funktionierens der in der Krankenanstalt verwendeten medizinisch-technischen Geräte und technischen Einrichtungen zu bestellen (Technischer Sicherheitsbeauftragter). Die Bestellung ist der Landesregierung anzuzeigen; dabei sind auch Unterlagen zum Nachweis der fachlichen Eignung vorzulegen.

(2) Als fachlich geeignet im Sinn des Abs 1 gelten Personen jedenfalls dann, wenn sie Absolventen einer Technischen Universität oder Höheren Technischen Lehranstalt einschlägiger Fachrichtung und auf dem Gebiet der technischen Sicherheit mit den speziellen Erfordernissen einer Krankenanstalt besonders vertraut sind und über eine zumindest einjährige Berufserfahrung auf diesem Gebiet verfügen.

(3) Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat die medizinischtechnischen Geräte und die technischen Einrichtungen der Krankenanstalt zum Schutz der in Behandlung stehenden Personen regelmäßig zu überprüfen bzw für solche Überprüfungen zu sorgen. Er hat ferner für die Beseitigung von Gefahren, die sich aus festgestellten Mängeln ergeben, sowie für die Behebung der Mängel zu sorgen. Vom Ergebnis der Überprüfungen bzw von festgestellten Mängeln und deren Behebung sind unverzüglich der ärztliche Leiter und der Verwaltungsleiter 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 dem Strahlenschutzgesetz bestellten Personen und den Präventivdiensten nach dem

7. Abschnitt des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes 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.

Ethikkommission

§ 30

(1) Für die im Land Salzburg bestehenden Krankenanstalten ist eine Ethikkommission einzurichten, deren Mitglieder, ausgenommen die im Abs 2 Z 6 und 11 genannten, von der Landesregierung zu bestellen sind. Der Ethikkommission obliegt die Beurteilung:

1. der klinischen Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten;
2. der Anwendung neuer medizinischer Methoden und nicht-interventioneller Studien;
3. der angewandten medizinischen Forschung und
4. der Durchführung von Pflegeforschungsprojekten (experimentellen oder Pflegeinterventionsstudien) sowie der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden.

Neue medizinische Methoden im Sinn dieser Bestimmung 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.

(1a) Die für eine fristgerechte Tätigkeit der Ethikkommission erforderliche Personal- und Sachausstattung ist vom Land bereitzustellen. Das Land ist berechtigt, vom Sponsor (§ 2a Abs 16 des Arzneimittelgesetzes) bzw von sonst zur Befassung Berechtigten und Verpflichteten einen Kostenbeitrag entsprechend der erfahrungsgemäß im Durchschnitt zu erwartenden Kosten einer Beurteilung im Rahmen der klinischen Prüfung zu verlangen.

(1b) Vor der Durchführung von angewandter medizinischer Forschung und von Pflegeforschungsprojekten und vor der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden kann die Ethikkommission befasst werden. Diese Befassung hat bei Pflegeforschungsprojekten und bei der Anwendung neuer Pflegekonzepte und -methoden durch den Leiter des Pflegedienstes, bei angewandter medizinischer Forschung und neuen Behandlungskonzepten und -methoden durch den Leiter der Organisationseinheit zu erfolgen, in deren Bereich das Forschungsprojekt, das Konzept oder die Methode angewandt werden soll.

(2) Die Ethikkommission hat sich in einem ausgewogenen Verhältnis aus Frauen und Männern zusammenzusetzen und besteht zumindest aus folgenden Mitgliedern:

1. einem fachlich geeigneten Juristen;
2. einem Arzt, der im Inland zur selbstständigen Berufsausübung berechtigt und weder ärztlicher Leiter der Krankenanstalt noch Prüfer bzw Klinischer Prüfer ist;
3. einem Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege;
4. einem Vertreter des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes;
5. einem Pharmazeuten mit klinischer Erfahrung;
6. dem Salzburger Patientenvertreter;
7. einem Vertreter einer repräsentativen Behindertenorganisation;
8. einem Vertreter der Senioren aus einer Seniorenorganisation, deren Einrichtung dem Bundes-Seniorengesetz entspricht;
9. einer Person, die über eine biometrische Expertise verfügt;
10. einer mit der Wahrnehmung seelsorgerischer Angelegenheiten in einer Krankenanstalt betrauten Person oder dem Inhaber des Lehrstuhls für Ethik an der Theologischen Fakultät der Universität Salzburg;
11. einem Psychologen oder Psychotherapeuten;
12. einem Facharzt oder Zahnarzt, in dessen Sonderfach die jeweilige klinische Prüfung, die neue medizinische Methode oder das angewandte medizinische Forschungsprojekt fällt. Dieses Mitglied ist für das jeweilige Projekt von der Ethikkommission in der Zusammensetzung gemäß Z 1 bis 11 beizuziehen; es darf nicht Prüfer bzw Klinischer Prüfer sein;
13. einem Vertreter der Selbsthilfe Salzburg;
14. einem Vertreter der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität.

Weitere Mitglieder können von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Aufgaben der Ethikkommission (Abs 1) bestellt werden. Für jedes Mitglied ist ein in gleicher Weise qualifiziertes Ersatzmitglied zu bestellen; das Ersatzmitglied für den Salzburger Patientenvertreter ist von diesem namhaft zu machen. Die Mitglieder wählen aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

(3) Die Mitglieder der Ethikkommission sind in Ausübung dieser Funktion weisungsfrei.

(3a) 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 allfälliger weiterer Befangenheitsgründe in allen Angelegenheiten zu enthalten, in denen eine Beziehung zur pharmazeutischen Industrie oder Medizinprodukteindustrie geeignet ist, ihre volle Unbefangenheit in Zweifel zu ziehen.

(3b) Die Landesregierung ist berechtigt, sich über alle Gegenstände der Geschäftsführung der Ethikkommission zu unterrichten. Sie hat ein Mitglied (Ersatzmitglied) der Kommission abzuberufen, wenn es die Funktion aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben kann oder die mit ihr verbundenen Pflichten grob verletzt oder vernachlässigt hat.

(4) Die Beurteilung von Maßnahmen gemäß Abs 1 Z 2 bis 4 hat sich insbesondere zu beziehen auf:

1. die mitwirkenden Personen und vorhandenen 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 Patienten durchgeführt wird und in der Aufklärung und Zustimmung der Patienten zur Teilnahme erfolgen;
4. die Vorkehrungen, die für den Eintritt eines Schadensfalls im Zusammenhang mit der Anwendung einer neuen medizinischen Methode getroffen werden.

(5) Bei der Beurteilung eines Medizinprodukts ist jedenfalls ein Technischer Sicherheitsbeauftragter beizuziehen. Wird die Ethikkommission im Rahmen einer multizentrischen klinischen Prüfung eines Arzneimittels befasst, haben ihr weiters ein Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie anzugehören. Erforderlichenfalls sind von der Ethikkommission weitere Experten beizuziehen.

(5a) Bei der Beurteilung von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte oder neuer Pflege- und Behandlungsmethoden hat der Ethikkommission überdies eine Person anzugehören, die über Expertise hinsichtlich Methoden der qualitativen Forschung verfügt.

(6) Die Ethikkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, die der Genehmigung der Landesregierung bedarf. Die Genehmigung darf nur bei Gesetzwidrigkeit versagt werden.

(6a) Der Leiter der Organisationseinheit, an der ein Pflegeforschungsprojekt oder die Anwendung neuer Pflegekonzepte oder -methoden durchgeführt werden soll, hat das Recht, im Rahmen der Sitzung der Ethikkommission zu dem geplanten Pflegeforschungsprojekt oder der Anwendung neuer Pflegekonzepte oder -methoden Stellung zu nehmen.

(7) Über jede Sitzung der Ethikkommission ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind folgenden Personen zur Kenntnis zu bringen:

1. dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt,
2. bei der Beurteilung einer klinischen Prüfung auch dem Prüfer,
3. bei der Anwendung einer neuen medizinischen Methode, einem angewandten medizinischen Forschungsprojekt oder der Anwendung neuer Behandlungskonzepte oder -methoden auch dem Leiter der Organisationseinheit,
4. bei der Beurteilung von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflegekonzepte oder -methoden dem Leiter des Pflegedienstes und den ärztlichen Leitern der betroffenen Organisationseinheiten.

Die Protokolle sind gemeinsam mit allen für die Beurteilung wesentlichen Unterlagen entsprechend § 35 Abs 8 aufzubewahren.

(8) Krankenanstalten, die eine klinische Prüfung von Arzneimitteln oder Medizinprodukten durchführen oder neue medizinische Methoden anwenden wollen, haben vor Beginn der Prüfung bzw der Anwendung die Ethikkommission zu befassen. Die Befassung hat im Fall einer klinischen Prüfung von Arzneimitteln oder Medizinprodukten der ärztliche Leiter der Krankenanstalt, im Fall der Anwendung neuer medizinischer Methoden der Leiter der jeweiligen Organisationseinheit vorzunehmen.

(9) Für Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, sind Ethikkommissionen nach Abs 1 nicht zu errichten, wenn an der Medizinischen Universität nach universitätsrechtlichen Vorschriften gleichwertige Kommissionen eingerichtet sind, die die Aufgaben der Ethikkommission wahrnehmen.

Kinder- und Opferschutzgruppen

§ 30a

(1) Von den Rechtsträgern sind einzurichten:

1. Kinderschutzgruppen in Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten für Kinder- und Jugendheilkunde oder Kinderchirurgie;
2. Opferschutzgruppen in Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder Unfallchirurgie.

Für Krankenanstalten mit nicht mehr als 25 Betten in diesen Abteilungen oder Organisationseinheiten können Kinder- oder Opferschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.

(2) Von der Einrichtung einer Opferschutzgruppe kann abgesehen werden, wenn eine bereits bestehende Kinderschutzgruppe unter Beachtung der personellen Vorgaben des Abs 3 auch die Aufgaben der Opferschutzgruppe (Abs 4 zweiter Satz) übernehmen kann. Weiters können die Rechtsträger anstelle getrennter Kinder- und Opferschutzgruppen auch eine Gewaltschutzgruppe einrichten, die unter Beachtung der personellen Vorgaben (Abs 3) die gesamten Aufgaben gemäß Abs 4 wahrnimmt.

(3) Den Kinder- und Opferschutzgruppen gehören jeweils folgende Mitglieder an:

1. als Vertreter des ärztlichen Dienstes
   a) der Kinderschutzgruppe ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder ein Facharzt für Kinderchirurgie,
   b) der Opferschutzgruppe entsprechend dem Leistungsangebot der Krankenanstalt ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und/oder ein Facharzt für Unfallchirurgie;
2. ein Vertreter des Pflegedienstes und
3. eine Person, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig ist.

Die Kinderschutzgruppe kann einen Vertreter des zuständigen Jugendwohlfahrtsträgers mit beratender Funktion beizuziehen.

(4) Den Kinderschutzgruppen 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. Den Opferschutzgruppen obliegen demgegenüber insbesondere die Früherkennung von häuslicher Gewalt an volljährigen Opfern und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für häusliche Gewalt.

Personalplanung

§ 31

(1) Die Träger von bettenführenden Krankenanstalten sind verpflichtet, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen sowie auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist dafür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung ist durch die für den jeweiligen Bereich Verantwortlichen oder, wenn eine gemeinschaftliche Leitung der Krankenanstalt eingerichtet ist, durch diese jährlich bis spätestens 31. März des Folgejahres der Landesregierung zu berichten. Dieser Bericht ist nach Maßgabe der technischen Voraussetzungen in EDVlesbarer Form zu übermitteln. Bei Krankenanstalten, die Abteilungen aufweisen, ist der Bericht auch nach Abteilungen zu untergliedern.

(2) In Krankenanstalten gemäß § 2 Abs 1 Z 1 bis 4 ist durch die Personalplanung sicherzustellen, dass in jeder Abteilung und Organisationseinheit jederzeit ausreichendes und qualifiziertes Pflegepersonal zur Verfügung steht. Die erforderliche Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals ist insbesondere nach der Anzahl der Patienten, dem mit deren Betreuung verbundenen Pflegeaufwand und den räumlichen Gegebenheiten in der Krankenanstalt nach wissenschaftlich anerkannten Methoden zu ermitteln. Ziel hat dabei die Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen, wirtschaftlichen, sparsamen und an einem ganzheitlichen Pflegekonzept orientierten Pflege zu sein.

Fortbildung des nichtärztlichen Personals

§ 32

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

Qualitätssicherung,
Qualitätssicherungskommission

§ 33

(1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind verpflichtet, interne Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und die dafür erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen. Die Landesregierung hat durch Verordnung nähere Bestimmungen über diese Maßnahmen der Qualitätssicherung im Hinblick auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und deren Kontrolle zu erlassen. Dabei sind überregionale Belange zu berücksichtigen und ist darauf Bedacht zu nehmen, dass eine vergleichende Prüfung mit anderen Krankenanstalten ermöglicht wird. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfachs einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden.

(2) In Krankenanstalten ohne gemeinschaftliche Leitung hat der Rechtsträger für jeden Bereich dafür zu sorgen, dass die jeweiligen Verantwortlichen die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherstellen. Bei gemeinschaftlicher Leitung einer Krankenanstalt hat diese die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen.

(3) In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person steht. Dieser Kommission haben zumindest je ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des medizinisch-technischen Dienstes, des psychologischen und psychotherapeutischen Dienstes, des Pflegedienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören. In Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, gehört der Kommission für Qualitätssicherung auch ein Vertreter des Rektorates oder ein von der Universität vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Universität an.

(4) Zu den Aufgaben der Kommission für Qualitätssicherung zählen insbesondere:

a) die Initiierung, Koordinierung und Unterstützung von Qualitätssicherungsmaßnahmen;

b) die Förderung der Umsetzung der Qualitätssicherung;

c) die Beratung der gemeinschaftlichen Leitung bzw in Krankenanstalten ohne gemeinschaftliche Leitung der jeweiligen Verantwortlichen über alle für die Qualitätssicherung erforderlichen Maßnahmen; und

d) die Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker bzw dem Hygienebeauftragten und dem Hygieneteam in Fragen der Qualitätssicherung im medizinischen Bereich.

(5) In nicht bettenführenden Krankenanstalten sind die Aufgaben der Kommission für Qualitätssicherung für jeden Bereich von der jeweils dafür verantwortlichen Person wahrzunehmen.

(6) Die Rechtsträger der Krankenanstalten sind verpflichtet, an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen und die dafür gemäß § 6 des Gesundheitsqualitätsgesetzes erforderlichen, nicht personenbezogenen Daten dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung zu stellen, soweit diese nicht ohnehin aufgrund anderer Dokumentationsverpflichtungen zu melden sind.

Verschwiegenheitspflicht

§ 34

(1) Für die bei Trägern von Krankenanstalten und in Krankenanstalten beschäftigten und beschäftigt gewesenen Personen, für den Patientenvertreter und seine Mitarbeiter (§ 22), die Mitglieder der Ethikkommission (§ 30) und die Mitglieder der Ausbildungskommission der Ärztekammer für Salzburg besteht Verschwiegenheitspflicht, soweit ihnen nicht schon nach anderen gesetzlichen oder dienstrechtlichen Vorschriften eine solche Verschwiegenheitspflicht auferlegt ist. Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit erstreckt sich auf alle die Krankheit betreffenden Umstände sowie auf die persönlichen, wirtschaftlichen und sonstigen Verhältnisse der Patienten, die den zur Verschwiegenheit verpflichteten Personen in Ausübung ihres Berufes bekannt geworden sind, bei Eingriffen, die der Entnahme von Organen oder Organteilen Verstorbener zum Zweck der Transplantation dienen, auch auf die Person des Spenders und des Empfängers.

(2) 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. Das Nichtbestehen der Verschwiegenheitspflicht hat, wenn nicht eine andere gesetzliche oder dienstrechtliche Regelung besteht, der ärztliche Leiter der Krankenanstalt und, wo ein solcher nicht bestellt ist (§ 24 Abs 4), der die Aufsicht führende Arzt festzustellen.

(3) Als in einer Krankenanstalt beschäftigte oder beschäftigt gewesene Personen im Sinn des Abs 1 gelten auch die mit der Speicherung, Verarbeitung und Aufbewahrung von Krankengeschichten beim Rechtsträger der Krankenanstalt oder gemäß § 35 Abs 12 betrauten Rechtsträger befassten oder befasst gewesenen Personen.

Aufnahmebücher, Krankengeschichten und sonstige Vormerkungen

§ 35

(1) In jeder Krankenanstalt sind über die Aufnahme und die Entlassung der Patienten Vormerke (Aufnahmebücher) zu führen. Im Fall der Ablehnung der Aufnahme oder bei der Aufnahme nach § 54 Abs 1 letzter Satz sind die jeweils dafür maßgebenden Gründe zu dokumentieren.

(2) Für jeden Patienten ist eine Krankengeschichte anzulegen. In dieser ist darzustellen:

1. die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese);
2. der Zustand des Patienten zur Zeit der Aufnahme (status praesens);
3. der Krankheitsverlauf (decursus morbi);
4. die angeordneten Maßnahmen;
5. die erbrachten ärztlichen und gegebenenfalls zahnärztlichen Leistungen einschließlich der Medikation (insbesondere Bezeichnung, Dosis und Darreichungsform);
6. sonstige angeordnete und erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen, psychologischen oder psychotherapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinisch-technischen Dienste;
7. die erfolgte Aufklärung des Patienten;
8. gemäß den Bestimmungen des Patientenverfügungsgesetzes errichtete Patientenverfügungen,
9. allfällige Widersprüche des Patienten gemäß den §§ 44 und 62a Abs 1 KAKuG;

9a. Niederschriften über Entnahmen nach § 62a KAKuG und § 4 Abs 5 des Gewebesicherheitsgesetzes;

10. der Zustand des Patienten zur Zeit seines Abganges aus der Anstalt.

(3) Die Führung der Krankengeschichte obliegt hinsichtlich der Aufzeichnungen

1. gemäß Abs 2 Z 1 bis 5 und 7 bis 10 dem für die ärztliche Behandlung verantwortlichen Arzt und gegebenenfalls dem für die zahnärztliche Behandlung Verantwortlichen und
2. gemäß Abs 2 Z 6 der jeweils für die erbrachten sonstigen Leistungen verantwortlichen Person.

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

(5) Über Operationen sind eigene Operationsprotokolle zu führen und der Krankengeschichte beizufügen. Über die Entnahme von Organen oder Organteilen Verstorbener zum Zweck der Transplantation ist eine Niederschrift aufzunehmen, die einen Bestandteil der Krankengeschichte bildet. In ihr ist zumindest darzustellen, wie der Tod des Spenders festgestellt wurde und wann dieser eingetreten ist sowie die Angaben über die Entnahme, insbesondere die entnommenen Organe oder Organteile und der Zeitpunkt der Durchführung.

(6) Krankengeschichten und Operationsprotokolle sind bei ihrem Abschluss vom behandelnden Arzt und von dem mit der Führung der Abteilung betrauten Arzt (ärztlichen Leiter der Krankenanstalt) zu fertigen.

(7) Die Verwahrung der Krankengeschichten hat so zu erfolgen, dass eine missbräuchliche Kenntnisnahme ihres Inhaltes verlässlich ausgeschlossen wird.

(8) Krankengeschichten sind nach ihrem Abschluss mindestens dreißig Jahre, allenfalls in Form von Mikrofilmen in doppelter Ausfertigung, oder auf anderen gleichwertigen Informationsträgern, deren Lesbarkeit für den Aufbewahrungszeitraum gesichert sein muss, aufzubewahren; für Röntgenbilder und andere Bestandteile von Krankengeschichten, deren Beweiskraft nicht dreißig Jahre hindurch gegeben ist, sowie für Aufzeichnungen über ambulante Untersuchungen und Behandlungen beträgt die Aufbewahrungsfrist mindestens zehn Jahre. Krankengeschichten, die nach Ablauf dieser Frist ausgeschieden werden sollen, sind unter Aufsicht des ärztlichen Leiters der Krankenanstalt oder einer von ihm beauftragten Person sorgfältig zu vernichten. Im Fall der Auflassung einer Krankenanstalt sind die Krankengeschichten der Bezirksverwaltungsbehörde zu übergeben, die diese unter sinngemäßer Anwendung der vorstehenden Bestimmungen zu behandeln hat.

(9) Folgenden Personen oder Institutionen sind auf Ersuchen unentgeltlich Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patienten zu übermitteln:

1. den Gerichten und den Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist;
2. den Sozialversicherungsträgern und den ärztlichen Kontrollorganen des SAGES sowie den von diesen beauftragen Sachverständigen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist;
3. den einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten oder Zahnärzten oder Krankenanstalten.

An den SAGES bzw die von diesem beauftragten Sachverständigen sind Krankengeschichten grundsätzlich nur unter der Aufnahmenummer (ohne Angabe des Namens des Patienten) zu übermitteln. Der Versicherungsträger bzw der SAGES hat sicherzustellen, dass gemäß Z 2 übermittelte personenbezogene Gesundheitsdaten ausschließlich von Personen eingesehen werden, die Ärzte sind.

(10) Versicherungsträgern der privaten Krankenversicherung ist Einblick in die Krankengeschichten ihrer Versicherten zu gewähren, soweit dies mit dem Träger der Krankenanstalt vertraglich vereinbart ist und der Versicherte im Versicherungsvertrag oder gesondert gemäß § 9 Z 6 DSG 2000 zugestimmt hat. Patienten sowie ihren Vertretern ist Einblick in die Krankengeschichte des Patienten zu geben. Auf Wunsch des Patienten soll die Einsichtnahme im Rahmen eines Gespräches mit einem Arzt erfolgen. Gesetzliche Auskunftsverbote wie zB das Verbot der Angabe über die Person des Spenders bei der Entnahme von Organen oder Organteilen Verstorbener zum Zweck der Transplantation oder des Empfängers solcher Organe oder Organteile gemäß § 62b KAKuG werden dadurch nicht berührt.

(11) Fondskrankenanstalten haben dem SAGES alle Daten zu übermitteln, die sie gemäß der Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten und der Statistikverordnung für

landesfondsfinanzierte Krankenanstalten dem Landeshauptmann übermitteln müssen. Diese Verpflichtung gilt auch dann als erfüllt, wenn die Krankenanstalt den Landeshauptmann ermächtigt, die ihm zugeleiteten Daten dem SAGES zu übermitteln.

(12) Fondskrankenanstalten haben der Landesregierung alle Daten zu übermitteln, die sie gemäß der Verordnung über die Diagnosen- und Leistungsdokumentation im stationären Bereich dem SAGES zu übermitteln haben. Diese Verpflichtung ist auch dann erfüllt, wenn die Krankenanstalt den SAGES ermächtigt, die ihm zugeleiteten Daten der Landesregierung zu übermitteln.

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

(14) Die Abgabe wissenschaftlich begründeter Gutachten wird durch die Bestimmungen der Abs 2 bis 10 nicht berührt.

(15) Die Rechtsträger der Krankenanstalten dürfen die Speicherung, Verarbeitung und Aufbewahrung von Krankengeschichten, auch mittels automationsunterstützter Datenverarbeitung, durch Vertrag solchen Rechtsträgern übertragen, die in der Lage sind, den Anforderungen an die Verwahrung gemäß den Abs 7 und 8 zu entsprechen. Im Übertragungsvertrag ist die Verpflichtung dieser Rechtsträger zur Einhaltung der Verschwiegenheitspflicht gemäß § 34 einschließlich der Erteilung entsprechender Anweisungen an die bei ihnen beschäftigten Personen vorzusehen. Weitergaben von personenbezogenen Daten durch Rechtsträger, denen die Speicherung, Verarbeitung und Aufbewahrung übertragen wurde, sind nur an Ärzte oder Zahnärzte oder Krankenanstalten, in deren Behandlung der Betroffene steht, zulässig.

Wirtschaftsführung

§ 36

(1) Für jede Krankenanstalt ist von ihrem Rechtsträger eine geeignete Person zum verantwortlichen Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten der Krankenanstalt zu bestellen. Außerdem hat der Rechtsträger der Krankenanstalt das erforderliche Verwaltungspersonal zu bestellen.

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

(3) Für die Aus- und Weiterbildung der in der Krankenanstaltenverwaltung und -leitung tätigen Personen hat der Rechtsträger der Krankenanstalt vorzusorgen. Die Landesregierung kann durch Verordnung nähere Bestimmungen über die Ausbildung der Leiter der wirtschaftlichen und technischen Angelegenheiten von Krankenanstalten (Krankenhausverwalter) treffen, die die für eine ordnungsgemäße Aufgabenbesorgung erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten sicherstellt.

(4) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben Aufzeichnungen über ihre Einnahmen und Ausgaben zu führen, aus denen die für den Betrieb der betreffenden Krankenanstalt auflaufenden Kosten sowie deren Zuordnung zu den einzelnen Kostenstellen ersichtlich sind. Die Landesregierung kann zur Vereinheitlichung dieses Buchführungssystems, allenfalls eingeschränkt auf bestimmte Arten von Krankenanstalten, durch Verordnung nähere Vorschriften über die Buchführung erlassen.

Wirtschaftsaufsicht

§ 37

(1) Krankenanstalten, die Zahlungen aus dem SAGES erhalten, unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch den SAGES und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof. Sonstige Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang erhalten (§ 70 Abs 2), unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof.

(2) Die Rechtsträger von Fondskrankenanstalten haben:

1. ihr Vermögen durch genaue Inventare in ständiger Übersicht zu halten und über ihre Einnahmen und Ausgaben gewissenhaft Buch zu führen;
2. ihre Verwaltungs- und Wirtschaftsführung einfach und sparsam zu halten und Ausgaben bzw Aufwendungen (Auslagen) zu vermeiden, die nicht durch die Erhaltung und den Betrieb der Krankenanstalt sowie durch Leistungen an die Patienten unbedingt geboten sind;
3. jährlich – unbeschadet einer allenfalls nach anderen Rechtsvorschriften bestehenden Genehmigungspflicht – dem SAGES in dreifacher Ausfertigung zur Genehmigung vorzulegen:

a) ihre Voranschlagsentwürfe und voraussichtlichen Dienstpostenpläne für das Folgejahr bis zum 15. November, bei Krankenanstalten des Landes jedoch jedenfalls so rechtzeitig, dass die Genehmigung des SAGES vor der Vorlage des Haushaltsplanes an den Landtag (Art 1 des Landesrechnungsgesetzes vom Jahre 1930, LGBl Nr 74 aus 1931) erfolgen kann;

b) die beschlossenen Voranschläge und Dienstpostenpläne bis zum 31. Jänner; und

c) die Rechnungsabschlüsse für das vergangene Jahr bis zum 31. März;

4. die Verträge nach § 148 Z 10 ASVG bzw nach den §§ 87 und 92 im Einvernehmen mit dem SAGES abzuschließen;
5. den mit der Handhabung der Wirtschaftsaufsicht betrauten Organen jederzeit Zutritt zu allen Räumen, Anlagen und Einrichtungen der Krankenanstalt und Einsicht in alle sie betreffenden Aufzeichnungen zu gewähren sowie ihnen alle verlangten Auskünfte über die Krankenanstalt zu erteilen und ihnen von den eingesehenen Unterlagen Abschriften und Kopien herstellen zu lassen.

(3) Der SAGES hat bei der Genehmigung der Voranschläge und Voranschlagsentwürfe gemäß Abs 2 Z 3 die Rechtsträger auch auf die für ihre Fondskrankenanstalten allenfalls bestehenden Budgetvorgaben der Gesundheitsplattform (§ 24 Abs 1 Z 1 lit n SAGES-Gesetz) hinzuweisen.

(4) Die unter Abs 1 erster Satz fallenden Krankenanstalten sind durch Organe des SAGES jährlich einmal einer eingehenden Besichtigung zur Überprüfung ihrer Wirtschaftsführung zu unterziehen. Dafür gilt die Vorschrift des Abs 2 Z 5.

(5) Verträge gemäß Abs 2 Z 4 sind vor deren Abschluss dem SAGES vorzulegen. Zur Vorlage ist unbeschadet der sich nach Abs 2 Z 4 ergebenden Verpflichtung jeder der Vertragsparteien berechtigt. Das Einvernehmen gilt als hergestellt, wenn der SAGES dem Vertragsinhalt nicht innerhalb von zwei Monaten schriftlich widerspricht.

Werbebeschränkung

§ 38

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

Ärzteausbildung

§ 39

(1) In Allgemeinen Krankenanstalten, die gemäß dem Ärztegesetz 1998 als Ausbildungsstätten zum Arzt für Allgemeinmedizin anerkannt sind, und in Sonderkrankenanstalten hinsichtlich der Bereiche, für die sie als Ausbildungsstätten zum Arzt für Allgemeinmedizin auf den Gebieten Innere Medizin, Chirurgie, Unfallchirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten sowie Haut- und Geschlechtskrankheiten anerkannt sind, ist auf je 15 systemisierte Betten (Akutbetten) mindestens ein in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin stehender Arzt zu beschäftigen; mehrere Krankenanstalten desselben Rechtsträgers gelten für diese Berechnung als Einheit.

(2) Auf die Zahl der gemäß Abs 1 zu beschäftigenden in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin stehenden Ärzte können in Ausbildung zum Facharzt stehende Ärzte angerechnet werden, soweit sie auf Ausbildungsstellen beschäftigt werden, die wegen des dringenden Bedarfes an Fachärzten der betreffenden Sonderfächer nach dem 31. Dezember 1987 geschaffen worden sind bzw werden; diese Sonderfächer sind von der Landesregierung durch Verordnung zu bestimmen. In Ausbildung zum Facharzt eines solchen Sonderfaches stehende Ärzte können auch während der Absolvierung der erforderlichen Ausbildung in den dafür einschlägigen Nebenfächern entsprechend angerechnet werden.

(3) Die Leitungen der im Abs 1 angeführten Krankenanstalten haben jährlich bis 31. Jänner die Durchschnittszahl der im vergangenen Kalenderjahr belegten Betten und die Zahl der in Ausbildung stehenden Ärzte dem Amt der Landesregierung zu melden.

(4) Den in Ausbildung stehenden Ärzten, die in einer der im Abs 1 angeführten Krankenanstalten beschäftigt werden, gebührt für ihre Tätigkeit ein angemessenes Entgelt, das sich an der Entlohnung eines Landesvertragsbediensteten der Entlohnungsgruppe a nach dem Entlohnungsschema I zu orientieren hat.

(5) Die von der ausbildenden Krankenanstalt gewährte freie oder teilfreie Station kann auf das Entgelt mit dem Betrage angerechnet werden, der der jeweiligen Bewertung der Sachbezüge für Zwecke der Sozialversicherung entspricht.

(6) Den Mitgliedern der Ausbildungskommission der Ärztekammer für Salzburg ist zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben der Zutritt zu Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, zu gestatten, und in alle Unterlagen Einsicht zu gewähren, die die Ausbildung der Turnusärzte betreffen (wie Rasterzeugnisse, Personalaufzeichnungen, Dienstpläne udgl). Die Einsicht in Krankengeschichten in personenbezogener Form ist nur mit Zustimmung des Patienten zulässig. Weiters sind den Mitgliedern alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Tätigkeit der Ausbildungskommission darf den ordnungsgemäßen Anstaltenbetrieb nicht beeinträchtigen und hat im Einvernehmen mit dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt zu erfolgen.

3. Abschnitt
Öffentliche Krankenanstalten

1. Unterabschnitt
Allgemeines

Begriffsbestimmung

§ 40

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

Voraussetzungen für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes

§ 41

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

1. sie den Vorgaben des Salzburger Krankenanstaltenplanes entspricht;
2. sie gemeinnützig ist;
3. die Erfüllung der ihr in diesem Gesetz auferlegten Pflichten sowie ihr gesicherter Bestand und zweckmäßiger Betrieb gewährleistet sind;
4. sie von einer juristischen Person oder einer Vereinigung juristischer Personen verwaltet und betrieben wird; und
5. der Rechtsträger der Krankenanstalt – außer er wäre eine Gebietskörperschaft – nachweist, dass er über die für den gesicherten Betrieb der Krankenanstalt nötigen Mittel verfügt.

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

Gemeinnützigkeit einer Krankenanstalt

§ 42

Eine Krankenanstalt ist gemeinnützig, wenn

a) ihr Betrieb nicht die Erzielung eines Gewinnes bezweckt;
b) jeder Aufnahmebedürftige nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufgenommen wird (§ 54 Abs 2);
c) die Patienten so lange in der Krankenanstalt untergebracht, ärztlich behandelt, gepflegt und verköstigt werden, als es ihr Gesundheitszustand nach dem Ermessen des behandelnden Arztes erfordert;
d) für die ärztliche Behandlung einschließlich der Pflege sowie, unbeschadet einer Aufnahme in die Sonderklasse, für Verpflegung und Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand der Patienten maßgeblich ist;
e) das Entgelt für die Leistungen der Krankenanstalt für alle Patienten derselben Gebührenklasse, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen und sonstige bettenführende Organisationseinheiten oder Pflegegruppen für Akutkranke und für Langzeitbehandlung (§ 20 Abs 1 lit a) sowie auf Tag- oder Nachtbetrieb oder den halbstationären Bereich (§ 20 Abs 1 lit c) in gleicher Höhe (§ 64) festgesetzt ist;
f) die Bediensteten der Krankenanstalt – unbeschadet § 61 Abs 1 – von den Patienten oder deren Angehörigen auf keinerlei Art entlohnt werden dürfen; und

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

Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes

§ 43

Das Öffentlichkeitsrecht wird von der Landesregierung verliehen.

Entziehung des Öffentlichkeitsrechtes

§ 44

(1) Das Öffentlichkeitsrecht ist von der Landesregierung zu entziehen, wenn eine für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes im § 41 Abs 1 vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel, der die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes ausgeschlossen hätte, nachträglich hervorkommt.

(2) Eine öffentliche Krankenanstalt verliert das Öffentlichkeitsrecht, wenn die ihr erteilte Bewilligung zur Errichtung oder zum Betrieb zurückgenommen wird.

Verlautbarungen über das Öffentlichkeitsrecht

§ 45

Die Verleihung (§ 43), im Fall einer Überprüfung nach § 41 Abs 2 der Fortbestand sowie das Erlöschen des Öffentlichkeitsrechtes einer Krankenanstalt durch Verzicht (§ 47 Abs 2), Entziehung (§ 44 Abs 1) und Verlust (§ 44 Abs 2) sind im Landesgesetzblatt kundzumachen.

Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege

§ 46

(1) Soweit die Krankenpflege für anstaltsbedürftige (§ 54 Abs 2) Personen nicht durch öffentliche Krankenanstalten sichergestellt ist oder durch Vereinbarungen der Landesregierung mit nicht öffentlichen Krankenanstalten sichergestellt werden kann, hat das Land dafür durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten vorzusorgen. Dabei sind auch der Bedarf auf dem Gebiet der Langzeitversorgung und die in diesem Zusammenhang zu erwartende künftige Entwicklung zu berücksichtigen, soweit diese Aufgaben den Krankenanstalten zukommen. Dabei ist für anstaltsbedürftige Personen (§ 54 Abs 3), insbesondere für unabweisbare Kranke (§ 54 Abs 4), das Vorhandensein einer zureichenden Zahl an Betten der allgemeinen Gebührenklasse zu gewährleisten. Für Personen, die im Grenzgebiet zwischen dem Land Salzburg und einem benachbarten Bundesland wohnen, kann die Anstaltspflege auch dadurch sichergestellt werden, dass diese Personen im Fall ihrer Anstaltsbedürftigkeit in Krankenanstalten eines benachbarten Landes aufgenommen werden.

(2) Bei der Sicherstellung der öffentlichen Krankenanstaltspflege ist darauf Bedacht zu nehmen, dass je nach den örtlichen Verhältnissen für 50.000 bis 90.000 Bewohner eine Standardkrankenanstalt und dass für das gesamte Land Salzburg zumindest eine Zentralkrankenanstalt oder eine Schwerpunktkrankenanstalt eingerichtet ist. Unter Berücksichtigung der topographischen und verkehrsmäßigen Lage ist dem Erfordernis der Einrichtung von Standardkrankenanstalten auch dann entsprochen, wenn für die politischen Bezirke Hallein, St Johann im Pongau, Tamsweg und Zell am See eine bezirksweise Krankenhausversorgung durch Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten, die von einer Schwerpunktkrankenanstalt disloziert geführt werden, sichergestellt ist.

Betriebsunterbrechung und Auflassung

§ 47

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

(2) Der Verzicht auf das Öffentlichkeitsrecht und bei Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht (§ 37) unterliegen, auch die freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Diese Genehmigung ist zu erteilen, wenn durch den Verzicht auf das Öffentlichkeitsrecht bzw die Betriebsunterbrechung die Sicherstellung einer Krankenanstaltspflege im betreffenden Bereich nicht gefährdet wird. Bei Fondskrankenanstalten ist das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen durch die Landesregierung von der Sachlage in Kenntnis zu setzen.

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

Enteignung

§ 48

(1) Soweit es zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Krankenanstaltenpflege erforderlich ist, kann der Rechtsträger einer öffentlichen Krankenanstalt für den Ausbau und den Betrieb seiner Krankenanstalt das Recht der Enteignung in Anspruch nehmen. Grundstücke und Rechte, die Zwecken dienen, für die nach einem anderen Gesetz ein Enteignungsrecht besteht, dürfen nur im Einvernehmen mit den für diese Zwecke sachlich zuständigen Behörden enteignet werden.

(2) Dem Enteigneten gebührt für alle durch die Enteignung verursachten vermögensrechtlichen Nachteile Schadloshaltung (§ 1323 ABGB). Als Enteigneter ist derjenige anzusehen, welchem der Gegenstand der Enteignung gehört oder ein dingliches Recht an diesem zusteht. Bei Bemessung der Entschädigung haben jedoch der Wert der besonderen Vorliebe und die Werterhöhung außer Betracht zu bleiben, den die abzutretende Liegenschaft durch die Maßnahme erfährt. Hingegen ist auf die Verminderung des Wertes eines etwa verbleibenden Grundstückrestes Rücksicht zu nehmen. Ist dieser Grundstückrest nicht mehr zweckmäßig nutzbar, ist auf Verlangen des Eigentümers das ganze Grundstück einzulösen.

(3) Die Entscheidung über die Enteignung obliegt der Landesregierung. Um die Enteignung ist unter Vorlage der zur Beurteilung des Sachverhaltes erforderlichen Unterlagen und eines Verzeichnisses der beanspruchten Grundstücke mit den Namen und Wohnorten der zu enteignenden Personen und den Ausmaßen der beanspruchten Grundflächen sowie eines Grundbuchsauszuges anzusuchen.

(4) Auf das Verfahren und auf die Festsetzung der Entschädigung finden im Übrigen die Vorschriften des III. Abschnittes des Salzburger Landesstraßengesetzes 1972 sinngemäß Anwendung.

Angliederungsverträge

§ 49

(1) Verträge, die zwischen den Rechtsträgern einer öffentlichen oder zwischen den Rechtsträgern einer öffentlichen und einer nicht öffentlichen Krankenanstalt über die stationäre und/oder ambulante Behandlung von Patienten der einen Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der anderen Krankenanstalt (angegliederten Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und 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. ein Bedarf nach Abschluss eines solchen Vertrages vorliegt;
2. die ärztliche Aufsicht der Hauptanstalt über ihre Patienten in der angegliederten Krankenanstalt gewährleistet ist;
3. die Beachtung der für die Hauptanstalt hinsichtlich Aufnahme, ärztlicher Behandlung, Pflege, Unterbringung, Verpflegung und Entlassung der Patienten geltenden Vorschriften auch in der angegliederten Krankenanstalt gesichert ist;
4. eine angemessene, dem voraussichtlichen Bedarf entsprechende Gültigkeitsdauer oder bei Abschluss auf unbestimmte Zeit die jederzeit mögliche Kündigung unter Einhaltung einer angemessenen Kündigungsfrist vorgesehen ist;
5. die Höhe der Pflegegebühren oder der LKF-Gebühren festgesetzt ist, die von der Hauptanstalt für jeden auf ihre Rechnung aufgenommenen Patienten an die angegliederte Krankenanstalt zu leisten sind.

(3) Die Genehmigung ist insbesondere dann zu versagen und eine erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem Zustand führen würde oder geführt hat, der dem Salzburger Krankenanstaltenplan widerspricht.

(4) Für jene Fälle, in denen eine der beteiligten Krankenanstalten in einem anderen Bundesland liegt, ist ein Angliederungsvertrag nur dann rechtsgültig, wenn jede der örtlich zuständigen Landesregierungen nach den für sie geltenden Rechtsvorschriften den Vertrag genehmigt hat.

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

Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten

§ 49a

(1) Die Berücksichtigung von einzelnen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten – jeweils in ihrer Gesamtheit – in den in der Bundesrepublik Deutschland, Land Bayern, gelegenen Landkreisen Altötting, Berchtesgadener Land, Traunstein und Rosenheim gemäß § 2 Abs 3 bedarf einer gesonderten Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung darf nur räumlich beschränkt für beidseits in Staatsgrenznähe gelegene Krankenanstalten und nur dann erteilt werden, wenn das Vorliegen folgender Voraussetzungen nachgewiesen wird:

1. Durch die im ausländischen Staatsgebiet geltende Rechtslage sowie durch das zugrunde liegende Kooperationsübereinkommen entspricht der Standard von Behandlung und Pflege zumindest jenem Standard, der auf Grund der österreichischen Rechtsordnung gegeben ist.
2. Das Vorhaben ist im Salzburger Landeskrankenanstaltenplan vorgesehen.
3. Den österreichischen Finanzierungsregelungen wird Rechnung getragen.
4. Auf den Behandlungsvertrag ist österreichisches Recht anzuwenden. Ein österreichischer Gerichtsstand ist gegeben.
5. Die Behandlung und Pflege von Patienten erfolgt ausschließlich durch Personal der in Österreich gelegenen Krankenanstalt und unter deren Leitung.

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

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

Anstaltsambulatorien

§ 50

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

1. zur Leistung erster ärztlicher Hilfe;
2. zur Behandlung nach erster ärztlicher Hilfe oder in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege, die im Interesse des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muss;
3. zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen;
4. über ärztliche oder zahnärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege;
5. im Zusammenhang mit Organ- oder Blutspenden;
6. zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten; oder
7. zur Durchführung von Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin.

(2) Die Träger der Krankenanstalten 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.

(3) Ferner steht den im Abs 1 genannten Krankenanstalten im erforderlichen Umfang und ohne Beeinträchtigung der sonstigen Aufgaben das Recht zu, Vorsorgeuntersuchungen ambulant durchzuführen und eine tagesklinische Versorgung anzubieten. Vor Aufnahme dieser Tätigkeit ist dies der Landesregierung anzuzeigen. Die Landesregierung hat die Tätigkeit zu untersagen, wenn

a) der Bedarf nach Vorsorgeuntersuchungen anderweitig gedeckt erscheint oder
b) durch die Tätigkeit eine Beeinträchtigung der ordnungsgemäßen Erfüllung der anderen im Abs 1 angeführten Aufgaben zu befürchten ist.

(4) Das Anstaltsambulatorium ist, sofern ein eigener verantwortlicher Leiter nicht zur Verfügung steht, vom Leiter der chirurgischen Abteilung, bzw wenn Abteilungen nicht bestehen, vom ärztlichen Leiter der Krankenanstalt zu leiten.

(5) Errichtung und Betrieb der Anstaltsambulatorien bedürfen der Bewilligung der Landesregierung; die Bestimmungen der §§ 7 und 12 finden sinngemäß Anwendung.

Arzneimittelvorrat

§ 51

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

(2) Der Arzneimittelvorrat ist hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffung der einzelnen Arzneimittel vom Amtsarzt der Bezirksverwaltungsbehörde, allenfalls - soweit nicht Gebietskörperschaften als Anstaltsträger über eigene Fachkräfte verfügen - unter Beiziehung eines Bediensteten des Bundesinstituts für Arzneimittel, mindestens einmal in zwei Jahren zu überprüfen. Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten haben, wenn sie keine Anstaltsapotheke betreiben, die Arzneimittel aus einer Apotheke im Europäischen Wirtschaftsraum zu beziehen.

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

(4) 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.

Arzneimittelkommission

§ 51a

(1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben zu ihrer Beratung in Fragen der Auswahl und des Einsatzes von Arzneimitteln Arzneimittelkommissionen einzurichten. Eine Arzneimittelkommission kann auch für mehrere Krankenanstalten eingerichtet werden. Sie muss ihren Sitz nicht im Land Salzburg haben.

(2) Jeder Arzneimittelkommission gehören folgende Personen an:

1. ein Pharmazeut mit klinischer Erfahrung;
2. die Leiter des ärztlichen Dienstes aller betreuten Krankenanstalten;
3. die wirtschaftlichen Leiter aller betreuten Krankenanstalten;
4. die Krankenhaushygieniker oder die Hygienebeauftragten aller betreuten Krankenanstalten und
5. ein Vertreter der Sozialversicherung, der vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger namhaft zu machen ist.

Für jedes Mitglied ist ein Ersatzmitglied zu bestellen. Die Mitglieder haben bei der konstituierenden Sitzung der Kommission aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter zu wählen.

(3) Zusätzlich ist der Leiter der Abteilung, des Departments, des Fachschwerpunktes, des Ambulatoriums oder des Institutes, in dessen Sonderfach die zu beurteilenden Arzneimittel verwendet werden, den diesbezüglichen Beratungen der Arzneimittelkommission beizuziehen. Der Leiter kann sich dabei durch einen Facharzt des entsprechenden Sonderfachs vertreten lassen.

(4) Die Mitglieder der Arzneimittelkommission sind in Ausführung dieser Funktion weisungsfrei.

(4a) Die Landesregierung ist berechtigt, sich über alle Gegenstände der Geschäftsführung der Arzneimittelkommission zu unterrichten. Sie hat ein Mitglied (Ersatzmitglied) der Kommission abzuberufen, wenn es die Funktion aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben kann oder die mit ihr verbundenen Pflichten grob verletzt oder vernachlässigt hat.

(5) Die Arzneimittelkommission hat insbesondere folgende Aufgaben:

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

Die Beurteilung der klinischen Prüfung von Arzneimitteln (§ 30 Abs 1) ist keine Aufgabe der Arzneimittelkommission.

(6) Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben muss die Arzneimittelkommission insbesondere folgende Grundsätze berücksichtigen:

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

(7) Bei der Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung von und den Umgang mit Arzneimitteln muss neben den Grundsätzen des Abs 6 auch auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht genommen werden. Insbesondere ist darauf zu achten, dass

1. von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das ökonomisch günstigste gewählt wird;
2. gegebenenfalls statt der Verordnung von Arzneimitteln überhaupt andere, 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 Fall einer entgeltlichen Beschaffung ökonomisch günstigste gewählt wird und dass, wenn dies medizinisch vertretbar ist, das vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden.

(8) Zur konstituierenden Sitzung hat das im Abs 2 Z 1 genannte Mitglied einzuladen. Zu den weiteren Sitzungen ist die Arzneimittelkommission vom Vorsitzenden nach Bedarf einzuberufen. Im Fall der Verhinderung hat jedes Mitglied für seine Vertretung zu sorgen.

(9) Die Arzneimittelkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, in der nähere Regelungen über den Geschäftsgang, insbesondere über die Einberufung zu den Sitzungen, deren Durchführung und die Protokollführung, getroffen werden. In der Geschäftsordnung ist festzulegen, dass mit dem Vertreter der Sozialversicherung die Vorgangsweise gemäß Abs 7 Z 3 abzustimmen ist. Die Mitglieder der Kommission und die Leiter der fachlich in Betracht kommenden Abteilungen, Departments, Fachschwerpunkte, Ambulatorien oder Institute können die Aufnahme weiterer Arzneimittel in die Arzneimittelliste beantragen. Diese Anträge sind nach Möglichkeit bei der nächstfolgenden Sitzung der Kommission zu behandeln.

(10) Die Rechtsträger von Krankenanstalten müssen dafür Sorge tragen, dass die in der Arzneimittelliste enthaltenen Arzneimittel in der Krankenanstalt Anwendung finden. Ein Abweichen von der Arzneimittelliste ist im Einzelfall bei medizinischer Notwendigkeit zulässig. Jede Abweichung muss vom Rechtsträger der Krankenanstalt der Arzneimittelkommission nachträglich zur Kenntnis gebracht und begründet werden.

(11) Die Arzneimittelkommission oder ein von ihr beauftragtes Mitglied muss in regelmäßigen Abständen, zumindest einmal jährlich, die Einhaltung der Arzneimittelliste und der Richtlinien über die Beschaffung von und den Umgang mit Arzneimitteln in den von ihr betreuten Krankenanstalten kontrollieren. Werden dabei nicht gemäß Abs 10 zur Kenntnis gebrachte Abweichungen von der Arzneimittelliste oder den Richtlinien festgestellt, muss der Rechtsträger der Krankenanstalt diese Abweichungen nach Aufforderung durch die Arzneimittelkommission begründen.

Blutdepot

§ 51b

(1) Jede Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalt hat über ein Blutdepot zu verfügen. In Standardkrankenanstalten, Sonderkrankenanstalten, Sanatorien und selbstständigen Ambulatorien sind Blutdepots einzurichten, wenn sich nach Art und Leistungsangebot der Krankenanstalt ein Bedarf danach ergibt. Von der Einrichtung eines Blutdepots kann abgesehen werden, wenn die ausreichende Versorgung der Krankenanstalt durch ein außerhalb der Krankenanstalt eingerichtetes Blutdepot sicher gestellt ist.

(2) Blutdepots dienen der Lagerung und Verteilung von Blut und Blutbestandteilen sowie der Durchführung der Kompatibilitätstests für krankenhausinterne Zwecke. In einer Krankenanstalt eingerichtete Blutdepots sind von einem fachlich geeigneten Facharzt zu leiten und mit dem zur Erfüllung der Aufgaben erforderlichen und fachlich qualifizierten Personal auszustatten. Der Leiter und das Personal haben ihr Wissen durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen rechtzeitig und regelmäßig auf den neuesten Stand der Wissenschaften zu bringen.

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

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

(5) Die Lagerung, der Transport und die Verteilung von Blut und Blutbestandteilen durch Blutdepots hat den Anforderungen nach Anhang IV der Richtlinie 2004/33/EG der Kommission vom 22. März 2004 zur Durchführung der Richtlinie 2002/98/EG des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich bestimmter technischer Anforderungen für Blut und Blutbestandteile, ABl L 091 vom 3.3.2004, zu entsprechen. Die Landesregierung kann durch Verordnung weitere Bestimmungen über die Lagerung, den Transport und die Verteilung von Blut und Blutbestandteilen erlassen, wenn diese zur Umsetzung von gemäß Art 28 Abs 2 iVm Art 29 lit e der Richtlinie 2002/98/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. Jänner 2003 zur Festlegung von Qualitätsstandards für die Gewinnung, Testung, Verarbeitung, Lagerung und Verteilung von Blut und Blutbestandteilen und zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG, ABl L 033 vom 8.2.2003, ergangenen Richtlinien der Kommission erforderlich sind.

Öffentliche Stellenausschreibung

§ 52

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

(2) Die im Abs 1 bezeichneten offenen Stellen sind unter Angabe der bei der Anstellung zur Anwendung gelangenden Dienst- und Besoldungsvorschriften und der beizubringenden Unterlagen zumindest in einer in Salzburg verbreiteten Tageszeitung öffentlich auszuschreiben. Bei der Ausschreibung von Ärztestellen ist die Ärztekammer für Salzburg und bei der Ausschreibung von Apothekerstellen die Österreichische Apothekerkammer gesondert zu verständigen. Die Bewerbungsfrist darf nicht weniger als zwei Wochen betragen.

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

(4) Nach Ablauf der Bewerbungsfrist hat der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt die Gesuche mit allen Unterlagen dem Landessanitätsrat zur Begutachtung zu übermitteln. Der Landessanitätsrat hat die Bewerber zu reihen und die Reihung der Bewerber eingehend zu begründen. Die Begründung hat sich auf die Eignung des Bewerbers zur angestrebten Stelle, auf die fachliche

Qualifikation und auf die Befähigung für eine leitende ärztliche (pharmazeutische) Stelle zu erstrecken. Das Gutachten mit den vorgelegten Unterlagen ist dem Rechtsträger der Krankenanstalt, eine weitere Ausfertigung des Gutachtens der Landesregierung zu übermitteln.

(5) Der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt hat bei der Besetzung der offenen Stellen nach Maßgabe der Bestimmungen des § 24 die Wahl unter den gereihten Bewerbern.

(6) Dem Antrage auf Genehmigung eines leitenden Arztes (Prosektors) gemäß § 24 Abs 6 sind die Gesuche und Unterlagen aller Bewerber anzuschließen.

Gebührenklassen

§ 53

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

(2) Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten können nach Maßgabe des § 42 lit g neben der allgemeinen Gebührenklasse eine Sonderklasse einrichten.

(3) Die Sonderklasse hat durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung zu entsprechen.

(4) In der Sonderklasse sind Patienten nur über eigenes Verlangen oder über Verlangen eines Dritten aufzunehmen; die Krankenanstalt hat vor einer derartigen Aufnahme nachweislich über die besonderen, mit der Aufnahme in die Sonderklasse verbundenen Gebühren (Sondergebühren) Aufklärung

zu geben und diese Aufnahme in der Regel von der vorherigen Beibringung einer schriftlichen Verpflichtungserklärung über die Tragung der Sondergebühren abhängig zu machen.

Ferner soll die Aufnahme in die Sonderklasse nur gegen eine angemessene Vorauszahlung oder den Nachweis einer besonderen Versicherung hinsichtlich der höheren Gebühren erfolgen.

Aufnahme der Patienten

§ 54

(1) Patienten können nur durch die Anstaltsleitung auf Grund der Untersuchung durch den dazu bestimmten Anstaltsarzt aufgenommen werden. Soll die Aufnahme des Patienten nur bis zur Dauer eines Tages (tagesklinisch) auf dem Gebiet eines Sonderfachs erfolgen, für das eine Abteilung, ein Department oder ein Fachschwerpunkt nicht vorhanden ist, dürfen nur solche Patienten aufgenommen werden, bei denen nach den Umständen des Einzelfalls das Vorhandensein einer derartigen Organisationseinheit für allfällige Zwischenfälle voraussichtlich nicht erforderlich sein wird.

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

(3) Als anstaltsbedürftig im Sinn des Abs 2 gelten:

a) Personen, deren auf Grund ärztlicher Untersuchung festgestellter geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in die Pflege einer Krankenanstalt erfordert;
b) Personen, die ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zum Zweck einer Befundaufnahme oder einer Begutachtung in die Krankenanstalt einweist;
c) gesunde Personen zur Vornahme einer klinischen Prüfung eines Arzneimittels oder eines Medizinproduktes;
d) Personen, die der Aufnahme in die Krankenanstalt zur Vornahme von Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin bedürfen.

(4) Als unabweisbar (Abs 2) sind Personen zu betrachten, deren geistiger oder körperlicher Zustand wegen Lebensgefahr oder wegen Gefahr einer sonst nicht vermeidbaren schweren Gesundheitsschädigung sofortige Anstaltsbehandlung erfordert, sowie jedenfalls Frauen, wenn die Entbindung unmittelbar bevorsteht.

(5) Den unabweisbar Kranken (Abs 4) sind Personen gleichzuhalten, die auf Grund besonderer Vorschriften von einer Behörde eingewiesen werden.

(6) Ist die Aufnahme eines unabweisbaren Kranken (Abs 4) in die allgemeine Gebührenklasse wegen Platzmangels nicht möglich, hat ihn die Krankenanstalt ohne Verrechnung von Mehrkosten so lange in

die Sonderklasse aufzunehmen, bis der Platzmangel in der allgemeinen Gebührenklasse behoben ist und der Zustand des Kranken die Verlegung zulässt.

(7) Die Landesregierung kann aus zwingenden Gründen durch Verordnung die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die voraussichtlichen Pflegegebühren bzw LKF-Gebühren und Sondergebühren sowie Kostenbeiträge bzw die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinn des § 68 nicht erlegen oder sicherstellen, auf die Fälle der Unabweisbarkeit (Abs 4) beschränken. § 68 Z 4 und 5 gilt sinngemäß.

(8) Im Fall der Behandlung eines Patienten in fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 1 Abs 1 Z 2 bis 6) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 20 Abs 1 Z 3) ist dieser Patient der Krankenanstalt, in der er sich befindet.

Aufnahme von nicht anstaltsbedürftigen Personen

§ 55

(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, sind Mutter (Begleitperson) und Säugling gemeinsam in Krankenanstaltspflege zu nehmen.

(2) In sonstigen Fällen ist die Aufnahme nicht anstaltsbedürftiger Personen als Begleitpersonen nur in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen mit Einwilligung des ärztlichen Leiters der Anstalt zulässig, wenn die Unterbringung der Begleitperson in der Krankenanstalt möglich ist.

Entlassung von Patienten

§ 56

(1) Patienten, die nach anstaltsärztlicher Feststellung der Anstaltspflege nicht mehr bedürfen, sind unverzüglich aus der Anstaltspflege zu entlassen. Anstaltsbedürftige Patienten sind zu entlassen, wenn ihre Überstellung in eine andere Krankenanstalt notwendig wird und sichergestellt ist oder wenn sie wiederholt oder gröblich gegen die Anstaltsordnung verstoßen und keine Unabweisbarkeit im Sinn des § 54 Abs 4 vorliegt.

(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 eine 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. Dieser Entlassungsbrief ist nach Entscheidung des Patienten

1. dem Patienten oder dem einweisenden oder weiterbehandelnden Arzt oder 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 davon in Kenntnis zu setzen und über sein Verlangen zu einer Befundbesprechung einzuladen. Auf diese Möglichkeit ist von der Krankenanstalt ausdrücklich hinzuweisen.

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

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

(5) Kann der Patient nicht sich selbst überlassen werden, ist der Träger der Sozialhilfe vor der Entlassung unter Bekanntgabe der erforderlichen Betreuungs- bzw Therapieerfordernisse rechtzeitig zu verständigen.

Leichenöffnung (Obduktion)

§ 57

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

(2) Liegt keiner der im Abs 1 erwähnten Fälle vor und hat der Verstorbene nicht schon bei Lebzeiten einer Obduktion zugestimmt, darf eine Obduktion nur mit Zustimmung der nächsten Angehörigen (§ 15 Abs 1 des Salzburger Leichen- und Bestattungsgesetzes 1986) vorgenommen werden.

(3) Über jede Obduktion ist eine Niederschrift aufzunehmen, die der Krankengeschichte anzuschließen und mit dieser gemäß § 35 Abs 8 zu verwahren ist. Die Niederschrift ist vom obduzierenden Arzt sowie ferner vom Leiter des betreffenden pathologischen Institutes – ist kein solches Institut eingerichtet, vom ärztlichen Leiter der Krankenanstalt – zu unterschreiben. Sie hat zumindest folgende Angaben zu enthalten:

1. Angaben zur Person des Obduzierten,
2. Angaben über den Umfang der Leichenöffnung,
3. Angaben über erhobene pathologische Befunde,
4. Angaben über die Todesursache sowie
5. Angaben über entnommene Organe oder Organteile.

Blutabnahme im Dienste der Straßenpolizei

§ 58

(1) Hat ein Dienst habender Arzt einer öffentlichen Krankenanstalt auf Grund straßenpolizeilicher Vorschriften eine Blutabnahme zum Zweck der Bestimmung des Blutalkoholgehaltes oder der Feststellung der Suchtgifteinnahme vorzunehmen, ist der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt verpflichtet, dem Arzt die zur Blutabnahme erforderlichen Einrichtungen der Anstalt zur Verfügung zu stellen.

(2) Die Kosten dafür sind nach Maßgabe der straßenpolizeilichen Vorschriften vom Untersuchten und im Übrigen nach den finanzverfassungsrechtlichen Bestimmungen vom Land zu tragen.

Abgeltung der Leistungen der Krankenanstalten

§ 59

(1) Bei Fondskrankenanstalten werden durch die Leistungen des SAGES, den Kostenbeitrag gemäß § 62 und die in den Sozialversicherungsgesetzen vorgesehenen Kostenanteile alle Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse für jene Patienten abgegolten, für die ein Träger der gesetzlichen Sozialversicherung leistungspflichtig ist oder für deren Anstaltsaufenthalt sonst der SAGES aufzukommen hat.

(2) Bei Krankenanstalten, die nicht unter Abs 1 fallen, oder für Patienten, die nicht unter Abs 1 fallen, werden alle Leistungen der Krankenanstalt in der allgemeinen Gebührenklasse gemäß § 60 abgegolten.

(3) Mit den Leistungen gemäß Abs 1 sind nicht abgegolten:

1. Leistungen gemäß § 60 Abs 2;
2. Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen;
3. Leistungen, die in einer Liste gemäß Art 20 Abs 3 der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens festgelegt sind. Die Liste ist von der Landesregierung in der Salzburger Landes-Zeitung und im Internet zu veröffentlichen.

Pflegegebühren und LKF-Gebühren

§ 60

(1) Die Landesregierung hat unter Bedachtnahme auf eine möglichst wirtschaftliche Gebarung der betroffenen Krankenanstalten durch Verordnung festzulegen, ob die Leistungen jener öffentlichen Krankenanstalten, die keine Fondskrankenanstalten sind, und die nicht gemäß § 59 Abs 1 abzugeltenden Leistungen der Fondskrankenanstalten durch Pflegegebühren oder LKF-Gebühren abzugelten sind. Für

Abteilungen öffentlicher Krankenanstalten, die lediglich der Unterbringung von Personen gemäß § 71 Abs 2 Z 4 dienen, ist jedenfalls die Leistungsabgeltung durch Pflegegebühren vorzusehen. Mit den Pflegegebühren oder LKF-Gebühren sind vorbehaltlich der Bestimmungen des Abs 2 und des § 62 alle Leistungen der Krankenanstalt in der allgemeinen Gebührenklasse abgegolten.

(2) Nicht abgegolten sind:

1. die Kosten der Beförderung des Patienten in die Krankenanstalt und aus derselben;
2. die Beistellung eines Zahnersatzes, wenn dieser nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeführten Behandlung zusammenhängt;
3. die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körperersatzstücke), soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen;
4. Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten erbracht werden;
5. die Kosten der Bestattung eines in der Krankenanstalt Verstorbenen;
6. die Unterbringung nicht anstaltsbedürftiger Personen gemäß § 55 Abs 2.

(3) Für den Aufnahme- und den Entlassungstag eines Patienten sind die Pflegegebühren in voller Höhe zu entrichten.

(4) Für gemäß § 55 Abs 2 aufgenommene Begleitpersonen ist durch Verordnung der Landesregierung eine tägliche Gebühr festzusetzen, deren Höhe die durch die Unterbringung in der Krankenanstalt entstehenden Kosten nicht überschreiten darf. In dieser Verordnung kann auch vorgesehen werden, dass die Gebühr von Begleitpersonen mit einem geringen Einkommen oder bei Vorliegen sonstiger besonders berücksichtigungswürdiger Umstände (zB Aufnahme von Angehörigen schwerst erkrankter Kinder) nicht zu entrichten ist.

Sonderentgelte und Sondergebühren

§ 61

(1) Neben den Zahlungen des SAGES, den Pflegegebühren oder LKF-Gebühren und den Gebühren für Begleitpersonen dürfen folgende Sonderentgelte eingehoben werden:

1. der Ersatz der im § 60 Abs 2 Z 1 bis 5 genannten Aufwendungen, soweit sie von der Krankenanstalt getragen werden;
2. der Ersatz des Entgeltes für den fallweisen Beistand durch eine nicht in der Krankenanstalt angestellte Hebamme.

(2) Bei Patienten, die gemäß den Bestimmungen des § 53 Abs 4 in die Sonderklasse aufgenommen werden, können außer den im Abs 1 angeführten Sonderentgelten noch Zuschläge zur Abgeltung durch den SAGES oder zur Pflegegebühr oder LKF-Gebühr als Sondergebühren für die Abdeckung des erhöhten Sach- und Personalaufwandes (Anstaltsgebühr) eingehoben werden.

(3) Die verantwortlichen leitenden Ärzte und die Konsiliarärzte sind nach Maßgabe der geltenden Aufteilungsschlüssel berechtigt, für sich und ihre jeweils nachgeordneten Ärzte von Patienten der Sonderklasse bzw deren Zusatzversicherungen ein Honorar zu verlangen (Arzthonorar). Auf das Arzthonorar finden die Bestimmungen über die Sondergebühren sinngemäß Anwendung, soweit im Folgenden nicht anderes bestimmt wird.

(4) Für den Aufnahme- und den Entlassungstag eines Patienten ist die Anstaltsgebühr in voller Höhe zu entrichten. Bei Überstellung eines Patienten in eine andere Krankenanstalt hat nur die aufnehmende Krankenanstalt Anspruch auf die Anstaltsgebühr für diesen Tag.

(5) Für die Inanspruchnahme eines Anstaltsambulatoriums in den Fällen des § 50 kann eine Sondergebühr als Behandlungsgebühr eingehoben werden, wenn die Krankenanstalt keine Fondskrankenanstalt oder die Behandlung des Patienten nicht vom SAGES abzugelten ist.

(6) Ein anderes als das in den Abs 1 bis 5 und den §§ 59 und 62 vorgesehene Entgelt darf von Patienten oder deren Angehörigen nicht eingehoben werden. Die Vorschreibung und Einhebung von Mahngebühren und der Kosten der Einbringung von aushaftenden Beträgen bleiben davon unberührt.

Kostenbeiträge

§ 62

(1) Von Patienten der allgemeinen Gebührenklasse ist durch den Träger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 7,82 €

je Verpflegstag einzuheben, wenn für deren Anstaltspflege als Sachleistungen entweder Gebührensätze von einem Sozialversicherungsträger oder einer sonstigen Kranken- oder Unfallfürsorgeeinrichtung zur

Gänze geleistet werden oder wenn diese durch Leistungen des SAGES oder eines vergleichbaren Fonds eines anderen Bundeslandes abgegolten wird. Dieser Beitrag darf je Patient für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden; bei einer Transferierung ist der Kostenbeitrag für den Tag der Transferierung nur von jener Krankenanstalt einzuheben, in welche der Patient transferiert wird. Von der Verpflichtung zur Entrichtung dieses Kostenbeitrages sind folgende Patienten ausgenommen:

a) Personen, die zum Zweck der Organspende stationär aufgenommen werden;
b) Personen, die nachweislich von der Rezeptgebühr im Sinn der sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen befreit sind;
c) Personen, die in einem Lehr- oder Berufsausbildungsverhältnis stehen und deren Entgelt im Sinn des § 49 ASVG den Richtsatz gemäß § 293 ASVG nicht überschreitet;
d) Personen, die Pflichtleistungen aus der Sozialhilfe, Leistungen nach dem 3. Abschnitt des Salzburger Mindestsicherungsgesetzes oder bis unmittelbar vor dem Aufenthalt in der Krankenanstalt Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung erhalten;
e) Personen, die Anstaltspflege wegen einer mit einer Schwangerschaft in Zusammenhang stehenden Erkrankung, zum Zweck der Entbindung oder als Folge der Entbindung in Anspruch nehmen;
f) Personen, für die bereits ein Kostenbeitrag nach bundesgesetzlichen Bestimmungen geleistet wird.

Die Landesregierung kann ergänzend zu den lit a bis f durch Verordnung bestimmen, dass von Personen mit einem geringen Einkommen nur ein verringerter Kostenbeitrag von 5,80 € einzuheben ist. Bei Mehrlingsgeburten ist bei einer im Zusammenhang mit der Geburt stehenden Anstaltspflege der Kostenbeitrag nur für ein Kind einzuheben.

(2) Der im Abs 1 genannte Kostenbeitrag vermindert oder erhöht sich zum 1. Jänner eines jeden Jahres, beginnend ab dem 1. Jänner 2006 in dem Maß, das sich aus der Veränderung des jeweils vorangegangenen Oktoberwertes des vom Österreichischen Statistischen Zentralamt verlautbarten Verbraucherpreisindex 1986 oder des an seine Stelle tretenden Index gegenüber dem Oktoberindex des zweitvorangegangenen Jahres ergibt, wobei jeweils auf den nächsten durch 10 teilbaren Centbetrag aufzurunden ist. Der jeweils neue Beitrag ist von der Landesregierung im Landesgesetzblatt zu verlautbaren.

(3) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs 1 ist von den dort genannten Patienten ein Beitrag in der Höhe von 1,45 € je Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf je Patient für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden; bei einer Transferierung ist der Kostenbeitrag für den Tag der Transferierung nur von jener Krankenanstalt einzuheben, in welche der Patient transferiert wird. Von der Pflicht zur Entrichtung des Betrages sind Patienten gemäß Abs 1 lit a bis f ausgenommen; Abs 1 letzter Satz findet auch auf diesen Betrag Anwendung. Der Beitrag wird von den Trägern der Krankenanstalten im Namen der Sozialversicherungsträger für den SAGES eingehoben.

(4) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs 1 und zum Beitrag gemäß Abs 3 ist von sozialversicherten Patienten der allgemeinen Gebührenklasse und von Patienten der Sonderklasse für jeden Verpflegstag ein Betrag von 0,73 € einzuheben. Dieser Beitrag darf je Patient für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden; bei einer Transferierung ist der Kostenbeitrag für den Tag der Transferierung nur von jener Krankenanstalt einzuheben, in welche der Patient transferiert wird. Von der Pflicht zur Entrichtung des Betrages sind Patienten gemäß Abs 1 lit a bis f ausgenommen; Abs 1 letzter Satz findet auch auf diesen Betrag Anwendung. Dieser Betrag wird von den Rechtsträgern der Krankenanstalten eingehoben und dem Salzburger PatientInnenentschädigungsfonds zur Entschädigung nach Schäden, die durch die Behandlung in Krankenanstalten entstanden sind und bei denen eine Haftung des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist, zur Verfügung gestellt.

(5) Die Träger der sozialen Krankenversicherung und sonstige Kranken- und Unfallfürsorgeeinrichtungen sind verpflichtet, den Trägern der Krankenanstalten die für die Einhebung des Kostenbeitrages notwendigen Daten umgehend zu übermitteln.

Ermittlung der Pflegegebühr bzw des Eurowertes je LKF-Punkt und der Sondergebühren

§ 63

(1) Die Pflegegebühr bzw der Eurowert je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren sowie die Sondergebühren sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse unter Bedachtnahme auf Abs 2 kostendeckend zu ermitteln. Die LKF-

Gebühren ermitteln sich als Produkt der für den einzelnen Patienten ermittelten LKF-Punkte mit dem ermittelten Eurowert je LKF-Punkt.

(2) Auslagen, die sich durch die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der Anstalt ergeben, ferner Abschreibungen vom Wert der Liegenschaften sowie Pensionen und der klinische Mehraufwand (§ 55 KAKuG) dürfen der Berechnung der Pflegegebühr bzw des Eurowertes je LKF-Punkt nicht zugrunde gelegt werden.

(3) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die ermittelte Pflegegebühr bzw den ermittelten Eurowert je LKF-Punkt sowie die ermittelten Sondergebühren der Landesregierung und dem SAGES bekannt zu geben. Weichen dabei die für die Zukunft veranschlagten LKF-Punkte oder Pflegetage bzw die der Berechnung zugrunde liegenden Beträge um mehr als 15 % von den Ergebnissen des Rechnungsabschlusses des zweitvorangegangenen Jahres ab, hat der Rechtsträger dies eingehend zu begründen. Dasselbe gilt, wenn sich nachträglich anlässlich des Rechnungsabschlusses eine derartige Abweichung der tatsächlichen von den veranschlagten Kosten ergibt.

Festsetzung der Pflegegebühr bzw des Eurowertes je LKF-Punkt und der Sondergebühren

§ 64

(1) Von der Landesregierung sind durch Verordnung festzusetzen:

1. für öffentliche Krankenanstalten, die keine Fondskrankenanstalten sind, und für Patientengruppen, deren Versorgung nicht vom SAGES abzugelten ist: die Pflegegebühr oder der für die LKF-Gebühren zur Verrechnung gelangende Eurowert je LKF-Punkt;
2. für alle öffentlichen Krankenanstalten: die Sondergebühren.

Dabei ist auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und deren ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung Bedacht zu nehmen. In der Verordnung sind auch die kostendeckende Pflegegebühr, der kostendeckende Eurowert je LKF-Punkt sowie die kostendeckend ermittelten Sondergebühren (§ 63 Abs 3) anzugeben. Die Festsetzung der Pflegegebühr bzw des Eurowertes je LKF-Punkt und der Sondergebühren soll jeweils für ein Kalenderjahr erfolgen; bis zum Wirksamwerden der Neufestsetzung gelten die für das vorangegangene Kalenderjahr geltenden Werte weiter. Die Verordnung kann mit höchstens dreimonatiger Rückwirkung in Kraft gesetzt werden. Vor Erlassung der Verordnung ist der Rechtsträger der Krankenanstalt und bei Fondskrankenanstalten der SAGES zu hören.

(2) Bei mehreren in ihrer Ausstattung, Einrichtung und Funktion gleichartigen öffentlichen Krankenanstalten in einer Gemeinde sind die Pflegegebühr, der Eurowert je LKF-Punkt und die Sondergebühren einheitlich für diese Anstalten festzusetzen.

(3) Die Pflegegebühr bzw der Eurowert je LKF-Punkt und die Sondergebühren einer öffentlichen Krankenanstalt, die nicht von einer Gebietskörperschaft betrieben wird, dürfen nicht niedriger sein als die Pflegegebühr bzw der Eurowert je LKF-Punkt und die Sondergebühren der nächstgelegenen, von einer Gebietskörperschaft betriebenen öffentlichen Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen, wie sie durch die Funktion dieser Krankenanstalt erforderlich sind. Als von einer Gebietskörperschaft betriebene Krankenanstalten gelten auch Krankenanstalten, die von im Eigentum von Gebietskörperschaften stehenden Unternehmen betrieben werden. Die Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit obliegt der Landesregierung.

(4) Die Sonderentgelte und Sondergebühren für Leistungen nach § 61 Abs 1 und 3 sind in der der Krankenanstalt im einzelnen Fall tatsächlich erwachsenen Höhe zu bestimmen.

(5) Die Landesregierung hat durch Verordnung zu regeln, wie für jene Bedienstete öffentlicher Krankenanstalten, die in einem Dienstverhältnis zum Land, einer Gemeinde oder einem Gemeindeverband stehen, die Aufteilung der gemäß § 61 Abs 2 und 3 anfallenden Sondergebühren zu erfolgen hat. In der Verordnung ist die Aufteilung auf den Rechtsträger der Krankenanstalt (Anstaltsgebühr), auf die Abteilungsleiter (Instituts- und Laboratoriumsvorstände), deren Stellvertreter sowie auf die anderen Ärzte des ärztlichen Dienstes (Arzthonorar) vorzusehen. Dabei steht dem Rechtsträger der Krankenanstalt am Arzthonorar ein ebenso festzusetzender Anteil (Anstaltsanteil am Arzthonorar) zu, der unter Bedachtnahme auf eine allfällige Anstaltsgebühr insgesamt zumindest 20 % zu betragen hat. Die Anstaltsgebühr, das Arzthonorar sowie seine Verteilung, insbesondere auch der Anstaltsanteil daran, sind dabei so festzusetzen, dass die wünschenswerte fachliche Qualifikation des Abteilungsleiters (Instituts- oder Laboratoriumsvorstandes), seines Stellvertreters sowie des sonstigen ständigen fachärztlichen Personals sichergestellt erscheint.

Verpflichtung zur Tragung der Pflegegebühren bzw der LKF-Gebühren und der Sondergebühren

§ 65

(1) Wenn weder der SAGES noch ein Sozialversicherungsträger noch eine Körperschaft öffentlichen Rechtes ganz oder teilweise für die Anstaltspflege eines Patienten aufkommt, hat der Patient die Pflegegebühren bzw LKF-Gebühren und Sondergebühren selbst zu bezahlen, wenn nicht nach Maßgabe des Abs 2 eine andere Person für ihn zur Zahlung verpflichtet ist.

(2) An Stelle des Patienten selbst sind – unbeschadet einer nach anderen Rechtsvorschriften bestehenden Zahlungspflicht – zur Bezahlung der Pflegegebühren bzw LKF-Gebühren und Sondergebühren verpflichtet:

a) die zum Unterhalte des Patienten Verpflichteten;

b) die in einem Vertrag, insbesondere in einem Leibrenten-, Ausgedinge- oder Dienstvertrag als zur Bezahlung von Verpflegskosten verpflichtet bezeichneten Personen;

c) die Verlassenschaft, wenn der Erblasser zur Zahlung der Pflegegebühren bzw LKF-Gebühren und Sondergebühren verpflichtet wäre;

d) die Konkursmasse, wenn über das Vermögen des zur Bezahlung der Pflegegebühren bzw LKF-Gebühren und Sondergebühren Verpflichteten der Konkurs eröffnet wurde.

(3) Bei Hilfsbedürftigkeit des Patienten im Sinn der fürsorgerechtlichen Bestimmungen sind die Pflegegebühren bzw LKF-Gebühren nach diesen Vorschriften zu tragen.

(4) Ein anderes als das gesetzlich vorgesehene Entgelt (§§ 66 und 67 Abs 1) darf von dem nach Abs 1 und 2 Verpflichteten nicht eingehoben werden.

Gebührenrechnung

§ 66

(1) Der Rechtsträger einer öffentlichen Krankenanstalt hat nach Beendigung des Pflegefalles den zur Zahlung der Pflegegebühren bzw LKF-Gebühren und Sondergebühren sowie des Kostenbeitrages Verpflichteten eine Gebührenrechnung (Behandlungsgebührenverrechnung) bzw Kostenbeitragsrechnung (§ 62) mit der Aufforderung zu übermitteln, den ausgewiesenen Betrag binnen zwei Wochen zu bezahlen. Er kann jedoch bereits nach einer Anstaltspflege von 30 Tagen in der gleichen Weise eine Zwischenrechnung legen.

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

Hereinbringung rückständiger Gebühren

§ 67

(1) Rückständige Pflegegebühren bzw LKF-Gebühren und Sondergebühren einschließlich jener für Begleitpersonen von Patienten sowie Kostenbeiträge sind mit dem Tag der Vorschreibung durch die öffentliche Krankenanstalt fällig.

(2) Sie sind, soweit im Abs 3 nicht anderes bestimmt ist, im Gerichtsweg geltend zu machen.

(3) Für die Einbringung von rückständigen Pflegegebühren bzw LKF-Gebühren und Sondergebühren einschließlich jener für Begleitpersonen von Patienten sowie von Kostenbeiträgen wird die Einbringung im Verwaltungsweg (politische Exekution, § 1 Abs 1 Z 3 VVG) gewährt. Ein Verwaltungsvollstreckungsverfahren kann durchgeführt werden, wenn dies der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt unter Vorlage eines Rückstandsausweises beantragt. Das Verwaltungsvollstreckungsverfahren ist einzustellen, wenn der Verpflichtete die behauptete Leistungspflicht dem Grund oder der Höhe nach bestreitet; in diesem Fall kann der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt den Anspruch gerichtlich geltend machen.

(4) Gesetzliche Verzugszinsen können nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstag verrechnet werden.

(5) Die Stellung der Gebührenrechnung sowie die Hereinbringung rückständiger Gebühren erfolgt hinsichtlich des Arzthonorars im Namen und auf Rechnung der Ärzte durch den Rechtsträger der Krankenanstalt.

**Pflegegebühren oder LKF-Gebühren
für ausländische Staatsangehörige**

§ 68

Für die Aufnahme fremder Staatsangehöriger kann die Landesregierung durch Verordnung statt der Pflegegebühren bzw LKF-Gebühren und Sondergebühren bzw Kostenbeiträge die Bezahlung der tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten vorsehen. Dies gilt nicht für:

1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 54 Abs 4 und 5), sofern sie im Inland eingetreten sind;
2. Flüchtlinge, denen im Sinn des Asylgesetzes 1997 Asyl gewährt wurde, und Asylwerber, denen im Sinn des Asylgesetzes 1997 eine vorläufige Aufenthaltsberechtigung bescheinigt wurde;
3. Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten;
4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund von zwischenstaatlichem oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind; und
5. Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind.

Überwachungsrecht der Träger öffentlicher Fürsorge

§ 69

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

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

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

(4) Geht aus dem Gutachten des beauftragten Arztes (Abs 1) hervor, dass der Patient nicht mehr anstaltsbedürftig ist, kann der Träger der öffentlichen Fürsorge verlangen, dass der Patient gemäß § 56 Abs 1 sofort entlassen wird.

Beitragsbezirk und Krankenanstaltensprengel

§ 70

(1) Für Zwecke der Beitragsleistung zum Betriebsabgang öffentlicher Krankenanstalten mit Ausnahme der Fondskrankenanstalten hat die Landesregierung durch Verordnung festzusetzen:

a) die Gemeinden jenes Gebietes, für dessen Bevölkerung die Krankenanstalt zunächst bestimmt ist, als Beitragsbezirk und
b) die Gemeinden des über den Beitragsbezirk hinausgehenden Einzugsgebietes als Krankenanstaltensprengel.

(2) Der gesamte Betriebsabgang einer öffentlichen Krankenanstalt, der sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergibt, ist zu tragen:

a) zu 25 % vom Land;
b) zu 25 %, und zwar je zur Hälfte, von den Gemeinden des Beitragsbezirkes und des Krankenanstaltensprengels;
c) im Übrigen vom Rechtsträger der Krankenanstalt, soweit dieser Anteil nicht durch Zuschüsse, die nach der Verordnung über die Berechnung des Betriebsabganges nicht als Einnahmen der Krankenanstalt anzusehen sind, gedeckt ist.

Zur Berechnung des Betriebsabganges hat die Landesregierung durch Verordnung nähere Bestimmungen zu erlassen, wobei folgende Grundsätze zu beachten sind: Ausgaben für Erweiterungsanschaffungen sowie Zuschüsse und Spenden dafür haben außer Betracht zu bleiben, ebenso Rücklagenbildungen und -auflösungen sowie Zinsaufwände und -erträge. Pensionsbeiträge und -lasten sind anzusetzen.

Betriebsnotwendige Verwaltungskostenbeiträge sind anzuerkennen. Leistungen für anstaltsfremde Zwecke sind aufwandsneutral darzustellen.

(3) Der nach Abs 2 von den Gemeinden zu tragende Teil des Betriebsabganges der öffentlichen Krankenanstalten wird auf diese entsprechend ihrer Finanzkraft (§ 11 Abs 4 des Finanzausgleichsgesetzes 2005) aufgeteilt. Das nähere ist von der Landesregierung durch Verordnung zu regeln.

3. Unterabschnitt

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

Aufnahme psychisch Kranker

§ 71

(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 einer solchen Krankenanstalt gewährleistet werden können.

In den Fällen der Z 2, 3 und 4 kann die Aufnahme auch die allenfalls nötige Abwehr von ernstlichen und erheblichen Gefahren für das Leben oder die Gesundheit des Kranken oder anderer Personen bezwecken, wenn diese Gefahren in 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.

Arten der Führung

§ 72

(1) Abteilungen und Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie sind grundsätzlich offen zu führen. Geschlossene Bereiche dürfen geführt werden, müssen jedoch von den übrigen Bereichen unterscheidbar sein.

(2) Die Errichtung eines geschlossenen Bereiches gilt als wesentliche Veränderung im Sinn des § 14 Abs 1.

(3) Geschlossene Bereiche dienen der Anhaltung von psychisch Kranken, auf die das Unterbringungsgesetz Anwendung findet. Geschlossene Bereiche von Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie dienen auch der Anhaltung von Personen, deren Anhaltung oder vorläufige Anhaltung in einer Krankenanstalt oder Abteilung für Psychiatrie gemäß § 21 Abs 1 StGB, §§ 71 Abs 3 und 167a StVG oder § 429 Abs 4 StPO angeordnet wurde.

Sonstige Beschränkungen

§ 73

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. Dabei ist sicherzustellen, dass andere psychisch Kranke in ihrer Bewegungsfreiheit nicht beeinträchtigt werden.

Anstaltsordnung

§ 74

(1) Die Anstaltsordnung hat insbesondere die organisatorischen Besonderheiten für die Betreuung psychisch Kranker näher zu regeln.

(2) Die Anstaltsordnung hat sicherzustellen, dass Patientenanwälte und Gerichte die ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben in der Krankenanstalt wahrnehmen können. Für die Durchführung mündlicher

Verhandlungen und für die Tätigkeit der Patientenanwälte sind geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen.

Aufzeichnungen

§ 75

Für die Dokumentation und Aufbewahrung der nach dem Unterbringungsgesetz zu führenden Aufzeichnungen gilt § 35 sinngemäß.

Ärztliche Leitung

§ 76

(1) Neben Abteilungen (§ 24 Abs 5) haben auch Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie, in denen ein geschlossener Bereich eingerichtet ist oder psychisch Kranke sonst Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit unterworfen werden, unter der ärztlichen Leitung eines Facharztes für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Neurologie und Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie zu stehen.

(2) Sonderkrankenanstalten gemäß Abs 1, die in Abteilungen untergliedert sind, können auch unter der ärztlichen Leitung eines anderen geeigneten Arztes stehen, wenn die Abteilung für Psychiatrie, in der die genannten Beschränkungen bestehen, von einem Facharzt für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie oder für Neurologie und Psychiatrie geleitet wird. Psychiatrische Organisationseinheiten, die für die Behandlung von Kindern bestimmt sind, haben unter der Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu stehen.

Pflegegebühren

§ 77

Für Abteilungen öffentlicher Krankenanstalten, die lediglich der Unterbringung von Personen gemäß § 71 Abs 2 Z 4 dienen, ist unter Bedachtnahme auf die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung und die Anstaltsgebühr in der Sonderklasse bei der Einhebung der Pflegegebühren ein Nachlass bis zu einem Drittel der amtlichen Pflegegebühr zu gewähren; der sich unter Berücksichtigung dieses Nachlasses ergebende Einhebungsbetrag ist in der Verordnung über die Pflegegebühr (§ 64 Abs 1) festzusetzen. In dieser Verordnung ist auch die kostendeckende Pflegegebühr anzuführen.

Aufnahme und Entlassung von Patienten

§ 78

Die §§ 54 und 56 finden auf die Aufnahme und Entlassung von Patienten insoweit Anwendung, als sich aus dem Unterbringungsgesetz nicht anderes ergibt.

4. Abschnitt
Private Krankenanstalten

Allgemeines

§ 79

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

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

Errichtung und Betrieb privater Krankenanstalten

§ 80

(1) Für die Errichtung und den Betrieb privater Krankenanstalten gelten die Bestimmungen des 1. und 2. Abschnittes (§§ 1 bis 39); von den Bestimmungen des 3. Abschnittes gelten die §§ 42, 47 Abs 3, 50, 51a, ausgenommen Abs 7, 56 Abs 1 zweiter Satz, 56 Abs 2 mit der Maßgabe, dass der Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise bei Empfehlungen über die weitere Medikation nur dann zu berücksichtigen sind, wenn der Patient die Heilmittel auf Kosten eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung beziehen wird, und 56 Abs 3 und 4 sinngemäß.

(2) Für gemeinnützige private Krankenanstalten (§ 42) finden darüber hinaus auch die §§ 51a Abs 7, 60, 61, 62, 64 Abs 2 und 3 und 67 Abs 1 und 4 sinngemäß Anwendung. Für die Feststellung der Gemeinnützigkeit, Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit der Einrichtung einer privaten Krankenanstalt ist die Landesregierung zuständig.

(3) § 51 findet mit der Maßgabe Anwendung, dass Konsiliarapotheker den Arzneimittelvorrat von selbstständigen Ambulatorien entsprechend dem Anstaltszweck regelmäßig, mindestens aber einmal jährlich zu kontrollieren haben.

(4) Für die Führung von Abteilungen für Psychiatrie in privaten Krankenanstalten und für private Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie gelten die §§ 71 bis 76 und § 78.

(5) Patienten sind aus privaten Krankenanstalten zu entlassen, wenn ihre Überstellung in eine andere Krankenanstalt notwendig wird und sichergestellt ist.

Fortbetriebsrecht

§ 81

(1) Eine von einer physischen Person betriebene private Krankenanstalt, die nach dem Tod des Inhabers im Erbweg auf die Witwe oder auf erbberechtigte Abkömmlinge übergeht, kann für Rechnung der Witwe während ihres Witwenstandes und für Rechnung erbberechtigter Abkömmlinge bis zu deren Volljährigkeit – steht jedoch ein solcher in Ausbildung zum Arzt, bis dieser die Ausbildung, die ihn zur Leitung der Anstalt berechtigt, abgeschlossen hat, längstens aber bis zum vollendeten 32. Lebensjahr – auf Grund der dem Inhaber erteilten Bewilligung (§ 12 bzw § 12g) durch einen ärztlichen Leiter (§ 24 Abs 2) gegen Anzeige an die Landesregierung fortbetrieben werden.

(2) Während einer Verlassenschaftsabhandlung, eines Konkurs- oder Ausgleichsverfahrens, einer Zwangsverwaltung oder Zwangsverpachtung können private Krankenanstalten auf Grund der dem Inhaber erteilten Bewilligung (§ 12 bzw § 12g) durch einen ärztlichen Leiter (§ 24 Abs 2) gegen Anzeige an die Landesregierung fortbetrieben werden.

5. Abschnitt

Beziehungen der Rechtsträger der Krankenanstalten zu den Sozialversicherungsträgern

Beziehungen zu den öffentlichen Krankenanstalten

§ 82

(1) Die öffentlichen Krankenanstalten sind verpflichtet, die von Versicherungsträgern (§ 90) eingewiesenen Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.

(2) Die Erkrankten können über ihren Wunsch auch in die Sonderklasse aufgenommen werden. Sie sind jedoch, soweit sich nicht aus dem zwischen dem Versicherungsträger und dem Rechtsträger der Krankenanstalt abgeschlossenen Vertrag etwas anderes ergibt, verpflichtet, die Sondergebühren aus eigenem zu tragen.

(3) Die Aufnahme in die Sonderklasse erfolgt nur, wenn vorher eine schriftliche Verpflichtungserklärung über die Tragung der im Abs 2 erwähnten Kosten beigebracht wird. Über den Umfang der Verpflichtung ist der Erkrankte bzw sein gesetzlicher Vertreter in geeigneter Weise aufzuklären.

(4) Die Aufnahme in die Sonderklasse kann vom Erlag einer entsprechenden Vorauszahlung oder von der Beibringung einer verbindlichen Kostenübernahmeerklärung einer mit der Krankenanstalt direkt verrechnenden privatrechtlichen Versicherung (Zuschusskasse) abhängig gemacht werden.

Einhebung von Kostenbeiträgen

§ 83

Kostenbeiträge bei Anstaltspflege, die in Sozialversicherungsgesetzen vorgesehen sind (§ 447f Abs 7 ASVG), sind von der Fondskrankenanstalt für Rechnung des SAGES einzuheben.

Informationsrechte

§ 84

(1) Den Versicherungsträgern stehen ohne Einschaltung des SAGES folgende Rechte gegenüber dem Rechtsträger der Fondskrankenanstalt zu:

1. das Recht, in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Krankenanstalt (zB Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Befunde) Einsicht zu nehmen sowie durch einen beauftragten Facharzt den Erkrankten in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen;
2. das Recht, Kopien dieser Unterlagen zu erhalten;

3. das Recht, auf elektronischem Weg Ausfertigungen aller Unterlagen zu erhalten, auf Grund derer Zahlungen des SAGES oder einer anderen Stelle für Leistungen einer Krankenanstalt abgerechnet werden (insbesondere Aufnahmeanzeige und Entlassungsanzeige samt Diagnosen, Versichertenzuständigkeitserklärung, (Verrechnungsdaten). Dieses Recht umfasst auch die auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften von der Krankenanstalt zu führenden entsprechenden Statistiken. Ferner das Recht auf Übermittlung von Daten der Leistungserbringung an den Patienten auf der Basis des LKF/LDF-Systems (§ 2 Z 4 SAGES-Gesetz). Diese Rechte können jedoch nur dann gegenüber einer Krankenanstalt geltend gemacht werden, wenn diese Unterlagen bzw Daten nicht in angemessener Frist vom SAKRAF zur Verfügung gestellt werden.

Der Versicherungsträger hat sicherzustellen, dass personenbezogene Gesundheitsdaten nur von Personen eingesehen

werden können, die Ärzte sind.

(2) Der gesamte Datenaustausch zwischen Krankenanstalten und Versicherungsträgern ist für den stationären und ambulanten Bereich elektronisch vorzunehmen, wobei die Datensatzaufbauten und Codeverzeichnisse bundesweit einheitlich sind. 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.

(3) Der Versicherungsträger hat im Vorhinein unter Einhaltung einer angemessenen Frist den Termin für eine Einsichtnahme in die Unterlagen der Krankenanstalt bzw für die Untersuchung des Erkrankten mit dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt zu vereinbaren.

(4) Die Einsichtnahme in die Unterlagen der Krankenanstalt bzw die Untersuchung des Erkrankten hat in den von der Krankenanstalt dafür bestimmten Räumen und im Beisein des ärztlichen Leiters der Krankenanstalt oder des von ihm bestimmten Vertreters zu erfolgen. Das Recht der Versicherungsträger, nach § 35 Abs 7 Z 2 Abschriften von Krankengeschichten zu verlangen, wird dadurch nicht berührt.

(5) Rechtsträger von Fondskrankenanstalten haben dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nach Maßgabe des Abs 6 folgende Daten elektronisch zu melden:

1. Name, Anschrift und Sozialversicherungsnummer jener Patienten, die eine ambulante Behandlung in Anspruch nehmen;
2. Datum der Behandlung gemäß Z 1;
3. Ereignis- sowie Leistungsdaten.

(6) Die Meldepflicht gemäß Abs 5 besteht nur soweit, als die genannten Daten vom Krankenanstaltenträger zum Zweck der ambulanten Behandlung (oder allenfalls der nachfolgenden stationären Aufnahme) erhoben werden. Die Meldungen sind unverzüglich, spätestens jedoch jeweils zum Ende des dem Kalendervierteljahr folgenden Monats, für alle in diesem Kalendervierteljahr ambulant behandelten Versicherten zu erstatten.

Ausschluss sonstiger Gegenleistungsansprüche

§ 85

Weder der Rechtsträger der Fondskrankenanstalt noch der SAGES haben gegenüber dem Patienten, dem Versicherten oder den für ihn unterhaltspflichtigen Personen, soweit in den §§ 59, 60 und 61 nicht anderes bestimmt ist, einen Anspruch auf Gegenleistungen.

Stellung des SAGES als Versicherungsträger

§ 86

Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Fondskrankenanstalten und in jenen Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden, welche die Verrechnung von Leistungen gemäß § 19 SAGES-Gesetz gegenüber den Rechtsträgern der Fondskrankenanstalten betreffen, gilt der SAGES als Versicherungsträger. Handlungen, die den Aufwand der Versicherungsträger erhöhen würden, kann der SAGES rechtsgültig nur im Einvernehmen mit dem Hauptverband vornehmen. Dieses Einvernehmen kann rechtsgültig nur schriftlich hergestellt werden.

**Pflegegebühren für Befundaufnahme oder Begutachtung;
Verträge zwischen Krankenanstaltenträger und
Sozialversicherungsträger**

§ 87

(1) In den Fällen der Befundaufnahme oder Begutachtung gemäß § 54 Abs 3 sind von den Trägern der Sozialversicherung Pflegegebühren in der festgelegten Höhe zu entrichten.

(2) Ansonsten werden die Beziehungen zwischen Krankenanstaltenträgern und Versicherungsträgern durch privatrechtliche Verträge geregelt. Solche Verträge, ausgenommen Vereinbarungen über Leistungen im Sinn des § 59 Abs 1 zweiter Satz B-KUVG, sind zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (im Folgenden kurz Hauptverband genannt) im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dem SAGES andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form. Ansprüche auf Zahlungen können in solchen Verträgen nur in den Fällen des § 59 Abs 3 begründet werden.

Schiedskommission

§ 88

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

1. Entscheidung über den Abschluss von Verträgen zwischen jenen Trägern öffentlicher Krankenanstalten, die zum Zeitpunkt 31. Dezember 1996 bereits bestanden haben, aber keine Fondskrankenanstalten sind, und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
2. Entscheidung über Streitigkeiten aus Verträgen, die zwischen den Trägern der Fondskrankenanstalten und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung abgeschlossen worden sind, einschließlich der Entscheidung über die aus diesen Verträgen erwachsenden Ansprüche gegenüber Trägern der Sozialversicherung oder gegenüber dem SAGES;
3. Entscheidung über Streitigkeiten zwischen den Trägern der Fondskrankenanstalten und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, einem Träger der sozialen Krankenversicherung oder dem SAGES einschließlich der Entscheidung über Ansprüche der Fondskrankenanstalten gegenüber Trägern der sozialen Krankenversicherung oder gegenüber dem SAGES;
4. Entscheidung über Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus gemäß § 25 SAGES-Gesetz gründen.

(2) Der Schiedskommission gehören folgende, auf vier Jahre entsendete Mitglieder an:

1. ein Richter aus dem Aktivstand der zum Sprengel des Oberlandesgerichtes Linz gehörenden Gerichte, der vom Präsidenten des Oberlandesgerichtes Linz entsendet wird, als Vorsitzender;
2. ein Mitglied, das vom Hauptverband entsendet wird;
3. ein Landesbediensteter aus dem Kreis der Bediensteten des Aktivstandes, der von der Landesregierung entsendet wird;
4. ein Mitglied, das vom Hauptverband aus dem Kreis der Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstreuhänder entsendet wird;
5. ein Mitglied, das von der Landesregierung aus dem Kreis der Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstreuhänder entsendet wird. Dieses Mitglied wird, wenn die Entscheidung einen bestimmten Krankenanstaltenträger unmittelbar betrifft, durch ein vom betroffenen Krankenanstaltenträger aus demselben Personenkreis entsendetes Mitglied ersetzt.

(3) Für jedes Mitglied der Schiedskommission ist ein Ersatzmitglied zu entsenden.

(4) Eine Entscheidung der Schiedskommission kommt rechtsgültig zu Stande, wenn sämtliche Mitglieder anwesend sind und sich die Mehrheit für diese Entscheidung ausgesprochen hat. Die Entscheidungen der Schiedskommission unterliegen nicht der Aufhebung oder Abänderung im Verwaltungsweg. Die Geschäftsstelle der Schiedskommission ist das Amt der Landesregierung. Im Übrigen finden auf das Verfahren der Schiedskommission die Vorschriften des AVG Anwendung.

(5) Der Antrag auf Entscheidung kann gestellt werden:

1. in Fällen des Abs 1 Z 1 vom Träger der betroffenen Krankenanstalt, von der Landesregierung oder vom Hauptverband,
2. in Fällen des Abs 1 Z 2 und 3 von jedem der Streitteile sowie
3. in Fällen des Abs 1 Z 4 von jedem, der Ansprüche aus dem Sanktionsmechanismus erhebt.

(6) Strittige Punkte gemäß Abs 1 Z 1 und 2 sind unter Bedachtnahme auf einvernehmliche Regelungen in früheren Verträgen zu entscheiden, es sei denn, dass besondere und wichtige Gründe eine abweichende Regelung erfordern.

Beziehungen zu anderen Krankenanstalten

§ 89

(1) Die Beziehungen der Versicherungsträger zu anderen Krankenanstalten, die keine Fondskrankenanstalten sind, werden durch privatrechtliche Verträge geregelt, die zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form bedürfen und insbesondere nähere Bestimmungen zu folgenden Punkten enthalten müssen:

1. zur Einweisung;
2. zu der im Zweifelsfall vorzunehmenden Überprüfung der Identität des Patienten und der rechtmäßigen Verwendung der e-card;
3. zur Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles (zB Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde);
4. zur ärztlichen Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser.

Diese Verträge sind der Landesregierung binnen vier Wochen nach ihrem Abschluss zur Kenntnis zu bringen.

(2) Die im Abs 1 genannten Krankenanstalten sind verpflichtet, die e-card und die e-card-Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit zu verwenden.

Versicherungsträger

§ 90

(1) Versicherungsträger im Sinn dieses Abschnittes sind:

a) die Gebietskrankenkassen,
b) die Betriebskrankenkassen,
c) die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau,
d) die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt,
e) die Sozialversicherungsanstalt der Bauern,
f) die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter,
g) die Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten,
h) die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter,
i) die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft.

(2) Auf die Beziehung zwischen den öffentlichen Krankenanstalten und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau als Träger der Krankenversicherung im Sinn des § 473 ASVG, der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft als Träger der Krankenversicherung findet § 83 keine Anwendung.

(3) Für Personen, deren Aufenthalt auf Grund des Heeresversorgungsgesetzes von einem Versicherungsträger zu tragen ist, findet § 91 Abs 1 Anwendung.

6. Abschnitt

Sonstige Bestimmungen über die Leistungsabgeltung

Krankenanstaltspflege von Beschädigten nach dem Heeresversorgungsgesetz

§ 91

(1) Für die Pflege von Beschädigten nach dem Heeresversorgungsgesetz sind den öffentlichen Krankenanstalten die gemäß § 64 festgesetzten Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse zu ersetzen.

(2) Wird die Pflege in einer privaten, nicht vom Bund betriebenen Krankenanstalt durchgeführt, ist die Höhe des Anspruches des Rechtsträgers der Krankenanstalt auf Ersatz der Verpflegskosten durch privatrechtliche Verträge allgemein oder für besondere Fälle zu regeln. Solche Übereinkommen bedürfen, wenn sie von einem Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen abgeschlossen werden, der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Verträge mit Trägern von Krankenfürsorgeeinrichtungen

§ 92

(1) Die Beziehungen zwischen den Rechtsträgern der Fondskrankenanstalten zu den Körperschaften des öffentlichen Rechts als Träger einer Krankenfürsorgeeinrichtung, insbesondere das Ausmaß der von der Krankenfürsorgeeinrichtung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren, sind durch privatrechtliche Verträge zu regeln.

(2) Gemäß Abs 1 abgeschlossene Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung.

(3) Genehmigungspflichtige Verträge sind binnen zwei Wochen nach Abschluss der Landesregierung vorzulegen; die Vorlage durch einen der Vertragspartner ist ausreichend. Die Genehmigung nach Abs 2 gilt als erteilt, wenn die Landesregierung nicht binnen zwei Monaten, gerechnet vom Zeitpunkt der Vorlage, die Genehmigung schriftlich versagt. Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn der Vertrag gegen gesetzliche Bestimmungen verstößt oder mit der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Krankenanstaltspflege oder mit den Grundsätzen einer geordneten Wirtschaftsführung und Gebarung der Krankenanstalt unvereinbar ist.

(4) Das Einsichts- und Informationsrecht nach § 84 Abs 1 gilt sinngemäß.

7. Abschnitt
Schlussbestimmungen

Strafbestimmungen

§ 93

(1) Wer eine Krankenanstalt entgegen den Bestimmungen dieses Gesetzes errichtet oder betreibt, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit Geld bis zu 7.300 € und im Fall der Uneinbringlichkeit mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Wochen zu bestrafen.

(2) Andere Übertretungen dieses Gesetzes und Übertretungen der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Verordnungen sind, sofern die Handlung nicht gerichtlich strafbar oder nach einer anderen Vorschrift mit strengerer Strafe bedroht ist, als Verwaltungsübertretungen mit Geld bis zu 2.200 €, im Fall der Uneinbringlichkeit mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Wochen zu bestrafen.

(3) Bei besonders erschwerenden Umständen können Geld- und Freiheitsstrafen nebeneinander verhängt werden.

(4) Jede Bestrafung wegen Zuwiderhandlung gegen die Werbebeschränkung (§ 38) ist der Landesregierung anzuzeigen.

Verweisungen auf Bundesrecht

§ 94

Die in diesem Gesetz enthaltenen Verweisungen auf folgende bundesrechtliche Vorschriften gelten als solche auf die zitierte Stammfassung oder die Fassung, die sie durch Änderungen bis zu der nachstehend letztzitierten erhalten haben:

1. Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB), JGS Nr 946/1811, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 75/2009;
2. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl Nr 189/1955, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 35/2012;
3. Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 (AVG), BGBl Nr 51, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 20/2009;
4. Apothekengesetz, RGBl Nr 5/1907, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 135/2009;
5. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG), BGBl Nr 450/1994, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 147/2006;
6. Arbeitskräfteüberlassungsgesetz (AÜG), BGBl Nr 196/1988, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 70/2009;
7. Arzneimittelgesetz (AMG), BGBl Nr 185/1983, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 63/2009;
8. Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG), BGBl I Nr 169, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 144/2009;
9. Asylgesetz 2005 (AsylG 2005), BGBl I Nr 100, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 29/2009;

10. Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG), BGBl Nr 200/1967, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 35/2012;
11. Bundesabgabenordnung (BAO), BGBl Nr 194/1961, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 9/2010;
12. Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinischtechnischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl Nr 460/1992, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 101/2008;
13. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl Nr 1/1957, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 124/2009;

13a. Bundes-Seniorengesetz, BGBl I Nr 84/1998, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 52/2009;

14. Datenschutzgesetz 2000 (DSG 2000), BGBl I Nr 165/1999, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 2/2008;
15. Diagnosen- und Leistungsdokumentationsverordnung, BGBl II Nr 589/2003;
16. Finanzausgleichsgesetz 2008 (FAG 2008), BGBl I Nr 103/2007, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 85/2008;

16a. Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG), BGBl I Nr 179/2004;

17. Gewebesicherheitsgesetz (GSG), BGBl I Nr 49/2008, in der Fassung des Gesetzes BGBl I Nr 63/2009;
18. Heeresversorgungsgesetz (HVG), BGBl Nr 27/1964, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 129/2008;
19. Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten, BGBl II Nr 638/2003 in der Fassung der Verordnung BGBl II Nr 18/2007;
20. Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz (MMHmG), BGBl I Nr 169/2002, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 57/2008;
21. MTF-SHD-Gesetz, BGBl Nr 102/1961, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 57/2008;
22. Patientenverfügungs-Gesetz (PatVG), BGBl I Nr 55/2006;
23. Statistikverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten, BGBl II Nr 639/2003, zuletzt geändert durch die Verordnung BGBl II Nr 406/2009;
24. Strahlenschutzgesetz (StrSchG), BGBl Nr 227/1969, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 13/2006;
25. Universitätsgesetz 2002, BGBl I Nr 120, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 81/2009;
26. Unterbringungsgesetz (UbG), BGBl Nr 155/1990, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 18/2010;
27. Verwaltungsvollstreckungsgesetz 1991 (VVG), BGBl Nr 53, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 3/2008.

Übergangsbestimmungen

§ 95

Durch die Bestimmungen dieses Gesetzes werden nicht berührt:

a) Rechte zur Führung öffentlicher Krankenanstalten sowie Bewilligungen und Genehmigungen, die den Rechtsträgern von Krankenanstalten auf Grund bisher geltender Vorschriften verliehen oder erteilt worden sind;
b) die Gemeinnützigkeit privater Krankenanstalten, die bisher auf Grund ihrer Satzung gemeinnützig betrieben wurden, wenn sie die Voraussetzungen des § 42 erfüllen.

Umsetzungshinweis

§ 96

Mit diesem Gesetz werden, soweit eine Kompetenz des Landes besteht, umgesetzt:

1. die Richtlinie 2001/20/EG des Europäischen Parlaments und des Rates zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Anwendung der guten klinischen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln;
2. die Richtlinie 2002/98/EG des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Gewinnung, Testung, Verarbeitung, Lagerung und Verteilung von menschlichem Blut und Blutbestandteilen und zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG sowie der Richtlinie 2004/33/EG der Kommission zur Durchführung der Richtlinie

2002/98/EG des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich bestimmter technischer Anforderungen für Blut und Blutbestandteile.

3. die Richtlinie 2005/62/EG der Kommission vom 30. September 2005 zur Durchführung der Richtlinie 2002/98/EG des Europäischen Parlaments und des Rates in Bezug auf gemeinschaftliche Standards und Spezifikationen für ein Qualitätssystem für Blutspendeeinrichtungen.

Inkrafttreten novellierter Bestimmungen und Übergangsbestimmungen dazu

§ 97

(1) Die §§ 62 Abs 2 und 93 Abs 1 und 2 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 46/2001 treten mit 1. Jänner 2002 in Kraft.

(2) Die §§ 7 Abs 1 und 1a, 8 Z 1a, 10 Abs 1, 12 Abs 1, 14 Abs 2, 19, 35 Abs 9 bis 9c, 37 Abs 1, 2, 3 und 4, 47 Abs 2, 59, 61 Abs 1 bis 3, 62, 63 Abs 3, 64 Abs 1, 65 Abs 1, 68 Z 4, 70, 82 Abs 1 und 2, 83 bis 89 und 92 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 63/2001 treten mit 1. Jänner 2001 in Kraft. § 22 Abs 2 in der Fassung des Art II des Gesetzes LGBl Nr 63/2001 tritt mit 30. Juni 2001 in Kraft.

(3) Es treten in Kraft:

1. die §§ 2 Abs 3 und 4, 4 Abs 2, 12 Abs 1, 13 Abs 2, 14 Abs 2, 24 Abs 5, 33 Abs 1, 35 Abs 1, 41 Abs 2, 42, 49 Abs 1, 52 Abs 1, 54 Abs 1 und 84 Abs 1 und 2 in der Fassung des Art I des Gesetzes LGBl Nr 2/2002 mit 1. Jänner 2001;
2. die §§ 1 Abs 3, 2 Abs 1, 20 Abs 3, 25 Abs 1, 27 Abs 2, 28 Abs 1, 3 und 7, 29 Abs 4, 30 Abs 2, 32, 34 Abs 1, 35 Abs 2, 4 und 8, 39 Abs 6, 51 Abs 2, 57 Abs 3, 64 Abs 1, 68, 76 und 80 Abs 1 und 3 in der Fassung des Art I des Gesetzes LGBl Nr 2/2002 mit 1. Jänner 2002;
3. § 7 Abs 1 lit a in der Fassung des Art I des Gesetzes LGBl Nr 2/2002 mit 21. Februar 2001;
4. die §§ 4 Abs 1, 9 Abs 2, 27 Abs 4, § 37 Abs 1 und 2 und 94 in der Fassung des Art I des Gesetzes LGBl Nr 2/2002 mit dem auf die Kundmachung dieses Gesetzes folgenden Monatsersten.

(4) entfallen auf Grund LGBl Nr 91/2005.

(5) Art II des Gesetzes LGBl Nr 2/2002 wird aufgehoben.

(6) § 84 Abs 5 und 6 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 3/2002 tritt mit 1. März 2001 in Kraft.

(7) Für das Inkrafttreten der durch das Gesetz LGBl Nr 69/2003 neu gefassten oder eingefügten Bestimmungen und für den Übergang zur neuen Rechtslage gilt Folgendes:

1. Es treten in Kraft:
   a) § 62 Abs 1 und 3 mit 1. Jänner 2002;
   b) die §§ 30 Abs 1 und 2, 51a, 58 Abs 1, 62 Abs 4, 68 Z 5, 80 Abs 1 und 2 und 88 Abs 1 mit dem auf die Kundmachung dieses Gesetzes folgenden Monatsersten.
2. Die erfolgten Valorisierungen des im bisher geltenden § 62 Abs 1 enthaltenen Betrags - zuletzt durch die Verlautbarung LGBl Nr 23/2002 - bleiben unberührt.
3. Beurteilungen gemäß der klinischen Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, die zu dem in Z 1 lit b festgelegten Zeitpunkt bereits bei der Ethikkommission anhängig sind, sind von der Ethikkommission in der bisher geltenden Zusammensetzung zu Ende zu führen.

(8) § 37 Abs 2a in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 110/2003 tritt mit dem 1. Jänner 2004 in Kraft.

(9) § 64 Abs 5 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 119/2003 tritt mit 1. Jänner 2004 in Kraft.

(10) Die §§ 62 Abs 1 und 2 in der Fassung des Art II des Gesetzes LGBl Nr 9/2005 treten mit dem ihrer Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

§ 98

(1) Es treten in Kraft:

1. die §§ 4 Überschrift, Abs 1 und 3, (§§) 7, 8, 10 Abs 1, 11 Abs 1, 12 Abs 1 und 2, 14 Abs 2 und 3, 19, 35 Abs 2, 9 bis 15, 37, 47 Abs 2, 49 Abs 2, 50 Abs 2 bis 5, 53 Abs 4, 54 Abs 7, 59, 61, 62 Abs 1 und 3, 63, 64 Überschrift und Abs 1 bis 3, 65 Überschrift sowie Abs 1 bis 3, 66 Überschrift und Abs 1, 67 Abs 1, 3, und 5, 68, 70 Abs 1 und 3, 80 Abs 1, 83, 84 Abs 1, 85, 86, 87 Abs 2, 88 Abs 1, 89, 90 Abs 1 und 2, 92 Abs 1 und 97 Abs 2 und 5 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 91/2005 mit 1. Jänner 2005. Gleichzeitig tritt § 97 Abs 4 außer Kraft. Bis zum

31. Dezember 2005 nimmt der gemäß dem SAKRAF-Gesetz 2001, LGBl Nr 63, in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung iVm dem Gesetz LGBl Nr 9/2005 bestehende Salzburger Krankenanstalten-Finanzierungsfonds mit seinen Organen die in diesem Gesetz dem Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES) zugewiesenen Aufgaben wahr;

2. § 84 Abs 5 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 91/2005 mit 1. Juli 2005;

3. die §§ 51b und 60 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 91/2005 mit 1. Jänner 2006.

(2) Es treten in Kraft:

a) § 30 Abs 1, 1a, 2 mit Ausnahme der Z 12, (Abs) 4, 5 und 9 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 32/2006 mit 1. Mai 2004;

b) die §§ 2 Abs 2, 7 Abs 5, 12 Abs 4 erster Satz, 20 Abs 1 und 2, 22 Abs 7, 24 Abs 8 und 9, 27 Abs 2, 30 Abs 2 Z 12, 30a, 33 Abs 3, 35 Abs 15, 51a Abs 6 und 7, 56 Abs 2, 62 Abs 4, 80 Abs 1 und 94 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 32/2006 mit Beginn des auf die Kundmachung dieses Gesetzes folgenden Monats;

c) § 12 Abs 4 zweiter Satz in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 32/2006 mit 1. Jänner 2007.

(3) Die §§ 7 Abs 1, 9 Abs 1 und 11 Abs 1 und 3 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 112/2006 treten mit 1. Dezember 2006 in Kraft.

(4) Es treten in Kraft:

1. die §§ 2 Abs 3, 20 Abs 1 lit h, 25 Abs 3, 27 Abs 4, 28 Abs 5 bis 9, 35 Abs 2, 49 Abs 1, 49a, 72 Abs 3 und 94 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 55/2007 mit 1. September 2007;

2. § 31 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 55/2007 mit 1. Jänner 2008.

(5) § 52 Abs 2 und 4 und § 96 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 34/2008 treten mit 1. Mai 2008 in Kraft.

(6) In der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 35/2008 treten in Kraft:

1. § 22 Abs 1, 4, 5 und 6 und § 62 Abs 1, 3 und 4 mit Beginn des auf die Kundmachung dieses Gesetzes folgenden Monats;

2. § 22 Abs 7 bis 9 mit 1. Jänner 2008.

(7) Die §§ 4 Abs 1, 20 Abs 1 und 2, 51a Abs 2 und 9, 57 Abs 1 und 94 treten mit 1. Jänner 2008 in Kraft.

(8) Die §§ 21 Abs 1, 27 Abs 2, 35 Abs 2, 39 Abs 1 und 94 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 62/2010 treten mit 1. Jänner 2011 in Kraft.

(9) Die §§ 2 Abs 1 und 2, 12 Abs 1, 14 Abs 2, 20 Abs 3, 24 Abs 4, 24a, 27 Abs 2 und 3, 28 Abs 1, 30 Abs 1 bis 7, 35 Abs 2, 3, 9 und 15, 50 Abs 1, 52 Abs 1, 56 Abs 2 und 3, 57 Abs 1, 62 Abs 1, 3 und 4 und 76 Abs 1 und 2 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 91/2010 treten mit 1. Jänner 2011 in Kraft.

(10) Die zu dem im Abs 9 festgelegten Zeitpunkt bereits als Krankenanstalten bestehenden Heime für Genesende, die ärztliche Behandlung und besondere Betreuung benötigen, gelten auch nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes weiter als Krankenanstalten, wenn deren Rechtsträger bis zum 1. Jänner 2011 eine Veränderung der Art der Krankenanstalt (§ 14 Abs 2) angezeigt hat. Die Weitergeltung als Krankenanstalt endet mit dem rechtskräftigen Abschluss des Bewilligungsverfahrens nach § 14.

(11) Die §§ 1 Abs 3, 2 Abs 1, 4 Abs 2, 5 Abs 2, 7, 8, 9, 10 Abs 1, 10a, 11, 12 Abs 1, 12a bis 12g, 14 Abs 2 und 3, 15 Abs 3, 17, 20a, 28 Abs 9, 31 Abs 1 und 2, 40, 56 Abs 2, 80 Abs 3, 81 Abs 1 und 2 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 50/2011 treten mit 1. Juni 2011 in Kraft. Sie sind auf Verfahren zur Errichtung von Krankenanstalten anzuwenden, die ab dem 1. März 2011 anhängig gemacht werden.

(12) Träger von Krankenanstalten, für die am 19. August 2010 eine rechtskräftige Betriebsbewilligung vorgelegen ist und die nach § 20a zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung verpflichtet sind, haben dieser Verpflichtung bis spätestens 19. August 2011 nachzukommen und dies der Landesregierung nachzuweisen.

(13) Die §§ 22 Abs 3 und 3a, 30 Abs 3 und 3b sowie 51a Abs 4 und 4a in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 66/2011 treten mit 5. August 2011 in Kraft. (Verfassungsbestimmung) Der Entfall des Klammerausdrucks '(Verfassungsbestimmung)' steht jeweils im Verfassungsrang.

(14) Die §§ 5, 84 Abs 2 und 89 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 116/2011 treten mit 1. Jänner 2012 in Kraft.

(15) Die §§ 2 Abs 4, 21a, 27 Abs 2, 30 Abs 1, 1a und 2, 30a, 72 Abs 3 und 94 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 81/2012 treten mit dem Beginn des auf dessen Kundmachung folgenden Monats in Kraft.

(16) § 62 Abs 1 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 86/2012 tritt mit Beginn des auf dessen Kundmachung folgenden Monats in Kraft.

(17) Die §§ 1, 2, 4 Abs 2 bis 5, 20 Abs 1, 20a Abs 1, 27 Abs 2, 33 Abs 6, 46 Abs 2, 54 Abs 8, 80 Abs 1 und 2 und 94 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 96/2012 treten mit Beginn des auf dessen Kundmachung folgenden Monats in Kraft.