

NÖ KRANKENANSTALTENGESETZ (NÖ KAG)

9440-0	Wiederverlautbarung	170/74	1974-08-16	Blatt 1 bis 29
9440-1	1. Novelle	215/78	1978-12-14	Blatt 1, 1a, 1b, 4 bis 25, 25a, 25b, 25c, 25d, 25e, 28, 29, 30
9440-2	2. Novelle	102/80	1980-07-25	Blatt 27a
9440-3	3. Novelle	76/85	1985-06-11	Blatt 1a, 2-3, 5, 7-12, 12a, 19-25, 25b, 25c, 25d, 26-27, 27a
9440-4	Druckfehlerberichtigung	80/85	1985-06-26	Blatt 25b, 27
9440-5	4. Novelle	29/86	1986-02-18	Blatt 27, 27a
9440-6	5. Novelle	58/86	1986-05-28	Blatt 2, 10, 10a, 15, 25c, 25d
9440-7	6. Novelle	92/88	1988-08-17	Blatt 11, 17, 19, 20, 20a, 23, 23a, 25e, 27, 27a, 31
9440-8	7. Novelle	4/94	1994-01-18	Blatt 1, 1a, 2, 3, 4, 5, 6, 6a, 7, 8, 9, 9a, 10, 10a, 12, 12a, 13, 14, 16, 17, 19, 19a, 22, 22a, 23, 25d, 25e, 26, 26a, 27, 27a, 27b, 27c EWR-Rechtsanpassung
9440-9	8. Novelle	88/95	1995-05-31	Blatt 19, 23, 23a, 25b

9440-10	9. Novelle	11/96	1996-02-20
	Blatt 27, 27a		
9440-11	10. Novelle	71/96	1996-06-20
	Blatt 1, 1a, 2-6, 6a, 7-9, 9a, 10, 10a, 11, 11a, 11b, 11c, 13, 13a, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 22a, 25, 25a, 25c, 25d, 25e, 27, 27a		
9440-12	11. Novelle	145/97	1997-12-30
	Blatt 1, 1a, 2-5, 6a, 7, 8a, 9, 10a, 11, 11a, 11b, 11c, 12, 12a, 13, 13a, 14-19, 20, 21, 21a, 21b, 22, 22a, 22b, 23, 23a, 24, 25, 25a, 25b, 25c, 25d, 26, 27, 27c		
9440-13	12. Novelle	31/99	1999-02-25
	Blatt 1, 1a, 2, 6a, 8a, 9, 9a, 10, 10a, 11, 11a, 11b, 11c, 12, 12a, 13, 14, 15, 15a, 17, 18, 18a, 20a, 21, 21a, 21b, 21c, 22, 22a, 25a, 25b, 25c, 25d, 27		
9440-14	13. Novelle	29/00	2000-02-29
	Blatt 25b		
9440-15	14. Novelle	115/01	2001-09-28
	Blatt 1, 1a, 2-6, 6a, 7, 8, 8a, 9, 9a, 10, 10a, 10b, 11, 11a, 11b, 13, 14, 15, 15a, 16, 17, 17a, 18, 19, 20, 20a, 21, 21a, 21b, 21c, 22, 22a, 23, 23a, 24, 25, 25a, 25b, 25c, 25d, 26, 26a, 27/27a, 27b		
9440-16	15. Novelle	116/01	2001-09-28
	Blatt 11, 20a		
9440-17	16. Novelle	117/01	2001-09-28
	Blatt 20, 27b, 27c, 27d, 27e		
9440-18	17. Novelle	13/02	2002-01-30
	Blatt 25a		
9440-19	18. Novelle	6/03	2003-01-17
	Blatt 1, 8, 9b, 10, 13, 15a, 18, 18a, 19, 19a/1, 20, 21c, 22, 25d		
9440-20	19. Novelle	23/03	2003-02-13
	Blatt 25a, 25a/1, 25c		

9440–21	20. Novelle	18/04	2004-02-17
	Blatt 12, 12a, 18a, 20a, 21, 21a, 21b, 27/27a		
9440–22	Druckfehlerberichtigung	50/04	2004-06-30
	Blatt 1		
9440–23	21. Novelle	73/04	2004-09-17
	Blatt 11c, 12, 21, 21b, 25a/1, 25b		
9440–24	22. Novelle	77/05	2005-08-31
	Blatt 19a/1, 21a, 25a, 25a/1, 25a/2, 25b, 27/27a		
9440–25	23. Novelle	133/05	2005-12-30
	Blatt 1, 2-6, 8, 8a, 10, 10a, 11, 13a, 14, 15a, 16, 16a, 18, 18a, 20, 21, 22, 23, 23a, 24, 25		
9440–26	24. Novelle	90/07	2007-12-03
	Blatt 3, 4, 6a, 9b, 9c, 10b, 10c, 18, 18a, 21d, 22		
9440–27	25. Novelle	27/08	2008-02-22
	Blatt 25b		
9440–28	26. Novelle	99/09	2009-09-16
	Blatt 1, 2, 3, 4, 5, 6, 6a, 7, 8, 8a, 9, 9a, 9b, 9c, 10a, 10b, 10c, 11, 11a, 11b, 11c, 12, 12a, 13, 13a, 14, 15, 15a, 16, 16a, 17, 18, 18a, 19a/1, 20, 20a, 21, 21a, 21b, 21c, 21d, 22, 22a, 23, 23a, 24, 25, 25a/1, 25a/2, 25b, 25d, 26, 26a, 27/27a, 27c, 27d, 27e, 28/31		
9440–29	27. Novelle	149/09	2009-11-30
	Blatt 9b, 9b/1, 9d, 10, 12b, 13, 23a, 23b, 27c, 27d, 27d/1		
9440–30	28. Novelle	47/11	2011-04-18
	Blatt 1, 1a, 1b, 2, 3, 4, 5, 5a, 5b, 5c, 6, 8, 8a, 8b, 9, 9a, 9d, 10, 10a, 10b, 10c, 11, 11a, 11b, 12a, 14, 18, 18a, 19a/1, 25a, 25d, 26a, 27c, 27d/1		
9440–31	29. Novelle	95/11	2011-06-20
	Blatt 20a, 26		
9440–32	30. Novelle	53/12	2012-06-25
	Blatt 1b, 3, 5c, 7, 7a, 8, 8b, 9d, 10, 10a, 10a/1, 11b, 11c, 21c, 22, 22a, 25d		

9440-33	31. Novelle	117/12	2012-08-30
	Blatt 1a, 5c, 5d, 6, 10		
9440-34	32. Novelle	139/12	2012-12-21
	Blatt 1a, 1b, 1c, 1d, 5c, 6a, 6b, 7, 7a, 8c, 9, 11a, 15, 15a, 15b, 17, 18a, 21c		
9440-35	33. Novelle	116/13	2013-11-22
	Blatt 2, 3, 5, 5b, 7, 7a, 9b, 11a, 15b, 20a, 21, 22, 23, 23a, 23b, 26, 27d/1		
9440-36	Druckfehlerberichtigung	11/14	2014-01-31
	Blatt 5, 5a		
9440-37	Kundmachung	26a/14	2014-04-09
	Blatt 25a		
9440-38	34. Novelle	76/14	2014-08-20
	Blatt 1, 1d, 1e, 10a/1, 10b, 11, 27/27a [CELEX: 32010L0053]		

Der Landtag von Niederösterreich hat am 3. Juli 2014 in Ausführung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl.Nr. 1/1957 in der Fassung BGBl. I Nr. 81/2013, beschlossen:

Änderung des NÖ Krankenanstaltengesetzes

Das NÖ Krankenanstaltengesetz, LGBl. 9440, wird wie folgt geändert:

- 1. Im § 1 Abs. 1 Z. 4 wird das Wort "oder" durch einen Beistrich ersetzt.*
- 2. Im § 1 Abs. 1 Z. 5 wird nach dem Wort "Fortpflanzungshilfe" das Wort "oder" eingefügt.*
- 3. Im § 1 Abs. 1 wird nach der Ziffer 5 folgende Z. 6 angefügt:*
- 4. Nach dem § 2c werden folgende §§ 2d, 2e, 2f und 2g samt Überschriften eingefügt:*
- 5. Im § 20 Abs. 1 wird die Wortfolge "Eingriffen gemäß § 62a des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl.Nr. 1/1957 in der Fassung BGBl. I Nr. 49/2008," durch die Wortfolge "Entnahmen von Organen gemäß § 5 des Organtransplantationsgesetzes, BGBl. I Nr. 108/2012," ersetzt.*
- 6. Im § 21 Abs. 1 lit.e wird die Wortfolge "und Organteilen zum Zwecke der Transplantation (§ 62a Abs. 1 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957 in der Fassung BGBl. I Nr. 49/2008)," durch die Wortfolge "(§ 5 des Organtransplantationsgesetzes, BGBl. I Nr. 108/2012)" ersetzt.*
- 7. Im § 21 Abs. 12 wird die Wortfolge "und Organteilen Verstorbener zum Zwecke der Transplantation" durch die Wortfolge "nach § 5 Organtransplantationsgesetz, BGBl. I Nr. 108/2012," ersetzt.*

8. Nach dem § 89a wird folgender § 89b samt Überschrift eingefügt:

Der Präsident:

Penz

Der Landeshauptmann:

Pröll

Der Landesrat:

Wilfing

9440-38

**NÖ Krankenanstaltengesetz
(NÖ KAG)**

Hauptstück A

Begriffsbestimmungen

§ 1

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

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

bestimmt sind.

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

§ 2

(1) Krankenanstalten im Sinne des § 1 sind:

1. Allgemeine Krankenanstalten, das sind Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechtes, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung (§ 1);
2. Sonderkrankenanstalten, das sind Krankenanstalten für die Untersuchung, Beobachtung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke;
3. Pflegeanstalten für chronisch Kranke, die ständige ärztliche Betreuung und besonderer Pflege bedürfen;
4. Sanatorien, das sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen;
5. selbständige Ambulatorien, das sind organisatorisch selbständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder

Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen. Der Verwendungszweck eines selbständigen Ambulatoriums erfährt dann keine Änderung, wenn dieses Ambulatorium über eine angemessene Zahl von Betten verfügt, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich sind. Unter kurzfristiger Unterbringung ist ein zusammenhängender Zeitraum von unter 24 Stunden zu verstehen. Die Durchführung von Hausbesuchen im jeweiligen Einzugsgebiet ist zulässig.

(2) NÖ Fondskrankenanstalten sind Krankenanstalten, deren Rechtsträger Mittel aufgrund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen und vom Aufgabenbereich des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds gemäß § 2 Abs. 1 des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetzes, LGBl. 9450, umfaßt sind.

(3) Als Krankenanstalten im Sinne des § 1 gelten nicht:

- a) Anstalten, die für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, sowie Krankenabteilungen in Justizanstalten;
- b) Einrichtungen, die von Betrieben für die Leistung erster Hilfe bereitgehalten werden, und arbeitsmedizinische Zentren gemäß § 80 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, BGBl. Nr. 450/1994 in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2006 (ASchG).
- c) Einrichtungen zur Anwendung von medizinischen Behandlungsarten, die sich aus einem ortsgebundenen Heilvorkommen oder dessen Produkten ergeben, einschließlich der Anwendung von solchen Zusatztherapien, die zur Ergänzung der Kurbehandlung nach ärztlicher Anordnung angewendet werden und bei denen nach dem Stand der Wissenschaft davon auszugehen ist, dass die ärztliche Aufsicht über den Betrieb ausreicht, um schädliche Wirkungen auf das Leben oder die Gesundheit von Menschen auszuschließen;
- d) die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH gemäß § 1 Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz, BGBl. I Nr. 63/2002 in der Fassung BGBl. I Nr. 63/2009;
- e) Gruppenpraxen.

(4) Einrichtungen, die eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglichen und durch die Anstellung insbesondere von Angehörigen von Gesundheitsberufen eine Organisationsdichte und -struktur aufweisen, die insbesondere im Hinblick auf das arbeitsteilige Zusammenwirken und das

Leistungsvolumen eine Anstaltsordnung erfordern, sind nicht als Ordinationsstätten von Ärzten oder Zahnärzten anzusehen. Sie unterliegen den krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften.

§ 2a

(1) Allgemeine Krankenanstalten sind einzurichten als

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

1. Chirurgie,
2. Innere Medizin;

auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muß eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein; ferner müssen Einrichtungen für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein; weiters müssen in diesen Anstalten Einrichtungen für Intensivüberwachung sowie sonstige leistungsfähige diagnostische und therapeutische Einrichtungen, wie z.B. physikalische Therapie, medizinische und chemische Labordiagnostik, vorhanden sein; schließlich sind für die Belange der Anästhesiologie Fachärzte dieses medizinischen Sonderfaches heranzuziehen.

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

1. Augenheilkunde,
2. Chirurgie,
3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe einschließlich Perinatologie,
4. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten,
5. Haut- und Geschlechtskrankheiten,
6. Innere Medizin,
7. Kinderheilkunde einschließlich Neonatologie,
8. Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie,
9. Orthopädie,
10. Unfallchirurgie und
11. Urologie;

ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Hämodialyse, für Strahlendiagnostik und -therapie sowie

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

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

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

(3) Die Voraussetzungen des Abs. 1 sind auch erfüllt, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder Einrichtungen örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen oder Einrichtungen funktionell-organisatorisch verbunden sind. Von der Errichtung einzelner im Abs. 1 lit.b vorgesehener Abteilungen oder Einrichtungen kann abgesehen werden, wenn in jenem Einzugsbereich, für den die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen, Departments, Fachschwerpunkte oder Einrichtungen in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist. Von der Errichtung einzelner Abteilungen oder Einrichtungen kann auch abgesehen werden, wenn zwar die Errichtung einer Krankenanstalt mit Rücksicht auf die besonderen topographischen und verkehrsmäßigen Verhältnisse geboten ist, wegen eines zu geringen Bettenbedarfes im Einzugsbereich der Krankenanstalt der Betrieb der betreffenden Abteilung oder Einrichtungen aber wirtschaftlich nicht vertretbar ist und die notwendige stationäre Versorgung für unabwiesbare Kranke sowie die unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfe im Rahmen der vorhandenen Abteilungen oder Einrichtungen ausreichend gewährleistet wird.

(4) *Standardkrankenanstalten dürfen als Standardkrankenanstalten der Basisversorgung geführt werden, wenn sie über einen natürlichen Einzugsbereich von weniger als 50.000 Einwohnern verfügen und/oder wenn eine rasche Erreichbarkeit einer Standardkrankenanstalt gemäß Abs. 1 lit.a oder einer Krankenanstalt*

*höherer Versorgungsstufe gemäß Abs. 1 lit.b oder c vorliegt.
Für Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gilt folgendes:*

1. *Standardkrankenanstalten der Basisversorgung müssen zumindest:*
 - a) *eine Abteilung für Innere Medizin ohne Spezialisierung führen,*
 - b) *eine aus Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des nach § 59j Z.1 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr.1/1957 in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011, kundgemachten Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) beschränkte und in einer reduzierten Organisationsform gemäß § 2b Abs. 2 Z. 3 oder 4 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 Sinne Leistungsmatrix des ÖSG beschränkte reduzierte Organisationsformen gemäß § 2b 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. 1 lit.a, einer Krankenanstalt höherer Versorgungsstufe gemäß Abs. 1 lit.b oder c oder einer geeigneten Sonderkrankenanstalt gemäß § 2 Abs. 1 Z. 2 sicherzustellen.*
4. *Eine Erweiterung des Leistungsspektrums über die Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG hinaus ist unzulässig.*
5. *Bei Bedarf sind 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 § 2b ist nur in Ausnahmefällen zulässig und wenn dies im jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit vorgesehen ist.*
6. *Standardkrankenanstalten der Basisversorgung können als dislozierte Betriebsstätten einer räumlich nahen Standard-*

krankenanstalt gemäß Abs. 1 lit.a oder einer Krankenanstalt einer höheren Versorgungsstufe gemäß Abs. 1 lit.b oder c geführt werden.

(5) In Krankenanstalten gemäß Abs. 1 lit.a und b sowie Abs. 4 ist nach Maßgabe des § 2b die Errichtung folgender reduzierter Organisationsformen zulässig:

1. *Departments*
 - a) *für Unfallchirurgie in Form von Satellitendepartments (§ 2b Abs. 2 Z.1),*
 - 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 sowie*
4. *Dislozierte Tageskliniken für jedes Sonderfach.*

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

§ 2b

(1) Abteilungen sind bettenführende Einrichtungen, die zeitlich uneingeschränkt zu betreiben sind und im Rahmen der Abdeckung des fachrichtungsbezogenen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung in ihrem Einzugsbereich nach Maßgabe des § 19 Abs. 1 die jederzeitige Verfügbarkeit fachärztlicher Akutversor-

gung anstaltsbedürftiger Personen im jeweiligen Sonderfach sicherzustellen haben.

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

1. *Departments als bettenführende Einrichtungen mit eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG für Unfallchirurgie (Satellitendepartment) oder plastische, ästhetische und rekonstruktive Chirurgie mit jeweils 15 bis 24 Betten, für Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 20 Betten sowie Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens 12 Betten. Departments müssen mit Ausnahme von Satellitendepartments für Unfallchirurgie nach Maßgabe des § 19 Abs. 1 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens 3 Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 2 a 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 Falle einer Krankenanstalt mit mehreren Standorten – von einer Abteilung für Unfallchirurgie an einem anderen Krankenanstaltenstandort sicherzustellen.*
2. *Fachschwerpunkte als bettenführende Einrichtungen mit acht bis vierzehn Betten und mit auf elektive Eingriffe eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG für die medizinischen Sonderfächer gemäß § 2a Abs. 5 Z. 2. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Betriebszeiten aufweisen, wenn außerhalb dieser Betriebszeiten eine Rufbereitschaft sichergestellt ist. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden sein. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. a und § 2a Abs. 4 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. b auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen.*

3. *Dislozierte Wochenkliniken als bettenführende Einrichtungen, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie dienen zur Durchführung von Behandlungen mit kurzer Verweildauer, wobei das Leistungsangebot auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG eingeschränkt ist. Die Einrichtung dislozierter Wochenkliniken ist nur in Standardkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit.a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit.b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten sowie in Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 2a Abs. 4 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend zulässig. Dislozierte Wochenkliniken müssen, sofern die Anstaltsordnung keine abweichenden Regelungen für Feiertage im Sinne des § 6 Abs. 1 lit.b enthält, jedenfalls von Montag früh bis Freitag abends zeitlich uneingeschränkt betrieben werden. Im Bedarfsfall ist durch die Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.*

4. *Dislozierte Tageskliniken als bettenführende Einrichtungen an Standorten von Krankenanstalten ohne vollstationäre bettenführende Einrichtung (Abteilung, Department oder Fachschwerpunkt) desselben Sonderfaches mit einem auf tagesklinisch elektiv erbringbare konservative und operative Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG. Dislozierte Tageskliniken können in der betreffenden Krankenanstalt entweder eigenständig geführt und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden werden oder auch als bettenführende Einrichtungen eingerichtet werden, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie weisen eingeschränkte Betriebszeiten auf. Außerhalb der Betriebszeit ist jedenfalls die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sicherzustellen. Dislozierte Tageskliniken können in Standardkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit.a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 2a Abs.1 lit.b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Standardkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 4 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend eingerichtet werden*

(3) Für Patienten, die in fachrichtungsbezogenen Organisationsformen, die als bettenführende Einrichtungen geführt werden, aufgenommen werden, sind die §§ 45a, 45b, 46, 54 und 54a sinngemäß anzuwenden.

§ 2c

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

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

Entnahmeeinheiten

§ 2d

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

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

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

Transplantationszentren
§ 2e

(1) *Transplantationszentren sind Krankenanstalten, die Transplantationen im Sinne des Organtransplantationsgesetzes, BGBl. I Nr. 108/2012, vornehmen.*

(2) *Das Transplantationszentrum hat sich vor der Durchführung einer Transplantation zu vergewissern, dass hinsichtlich Organ- und Spendercharakterisierung sowie Konservierung und Transport der entnommenen Organe die Bestimmungen des Organtransplantationsgesetzes, BGBl. I Nr. 108/2012, eingehalten wurden.*

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

Bettenschlüssel
§ 2f

(1) *In jeder als Ausbildungsstätte zum Arzt für Allgemeinmedizin anerkannten allgemeinen Krankenanstalt ist auf je fünfzehn systemisierte Betten mindestens ein in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin stehender Arzt zu beschäftigen; mehrere Krankenanstalten desselben Rechtsträgers gelten für diese Berechnung als Einheit. Ärzte, die als Assistenten verwendet werden, sind – abgesehen von der Bestimmung des Abs. 3 – in diese Schlüsselzahl nicht einzubeziehen.*

(2) *Für eine Sonderkrankenanstalt gilt hinsichtlich der Bereiche, für die sie als Ausbildungsstätte zum Arzt für Allgemeinmedizin nach § 9 des Ärztegesetzes 1998, BGBl. I Nr. 169/1998 in der Fassung BGBl. I Nr. 81/2013, anerkannt ist, Abs. 1 sinngemäß. Das Ausmaß der anzurechnenden Tätigkeit in diesen Bereichen ist jedoch bei der Berechnung der Schlüsselzahl angemessen zu berücksichtigen.*

(3) Auf die Schlüsselzahl gemäß Abs. 1 und 2 dürfen in Ausbildung zum Facharzt stehende Ärzte angerechnet werden. Voraussetzung ist ihre Beschäftigung auf Ausbildungsstellen, die wegen des dringenden Bedarfes an Fachärzten in Mangelfächern geschaffen wurden oder werden. Dies gilt auch für in Ausbildung zum Facharzt stehende Ärzte, die in einem einschlägigen Nebenfach ausgebildet werden.

(4) Die NÖ Landesregierung hat die Mangelfächer im Sinne des Abs. 3 durch Verordnung festlegen. Ein Mangel liegt insbesondere solange vor, als

1. im Regelfall vier Fachärzte in jeder bettenführenden Abteilung einer Krankenanstalt tatsächlich nicht beschäftigt werden können oder
2. das Verhältnis der vorhandenen niedergelassenen Fachärzte zur Bevölkerung des Einzugsgebietes unter dem österreichischen Durchschnitt liegt.

(5) In jeder Abteilung einer Krankenanstalt sind grundsätzlich sechs Oberärzte zu beschäftigen. Der Erste Oberarzt ist in dieser Zahl enthalten. In begründeten Ausnahmefällen kann diese Zahl sowohl überschritten als auch unterschritten werden.

Berechnung des Bettenschlüssels § 2g

Die Schlüsselzahlen gemäß § 2f werden nach dem in der Krankenanstaltenrechtlichen Errichtungsbewilligung gemäß § 8 festgelegten Gesamtumfang der Krankenanstalt berechnet.

Hauptstück B Allgemeine Bestimmungen für die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten

Errichtungs- und Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten § 3

Bettenführende Krankenanstalten bedürfen sowohl zu ihrer Errichtung als auch zu ihrem Betriebe einer Bewilligung der Landesregierung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen.

§ 4

(1) Der Bewerber hat in seinem Antrag auf Bewilligung der Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt bei Beschreibung des Anstaltszweckes, des in Aussicht genommenen Leistungsangebotes und allfälliger Schwerpunkte anzugeben:

- a) für welches Gebiet und allenfalls für welchen Personenkreis die Anstalt zunächst bestimmt ist,
- b) welche Krankheiten zu behandeln beabsichtigt ist,
- c) wieviele Patienten höchstens aufgenommen werden können,
- d) welche Fachärzte zur Behandlung der Patienten und allenfalls zur Beratung der behandelnden Ärzte heranzuziehen beabsichtigt ist und
- e) welche wesentlichen medizinischen Apparate und Einrichtungen in der Anstalt Verwendung finden sollen.

(2) Dem Antrag sind folgende Nachweise anzuschließen:

- a) ein Grundbuchsauszug zum Nachweis des Eigentums des Antragstellers oder des Vermieters an der Liegenschaft, auf welcher die Krankenanstalt errichtet oder eingerichtet werden soll, oder Nachweise seiner sonstigen Rechte zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage;
- b) ein Finanzierungsplan mit geeigneten Nachweisen über die Bereitstellung der nötigen Mittel für die Errichtung und den Betrieb. Bei Zuhilfenahme fremden Kapitals sind die entsprechenden Verträge im Original oder in beglaubigter Abschrift zum Nachweis dafür vorzulegen, daß der Kreditgeber keinen Einfluß auf den Betrieb der zu errichtenden Krankenanstalt nimmt;
- c) sofern ein Bauvorhaben zur Ausführung gelangen soll, *die entsprechenden Baupläne* und sonstigen Unterlagen sowie eine Baubeschreibung.

(3) Bei Fehlen einer der in Abs. 1 aufgezählten Angaben oder eines der in Abs. 2 aufgezählten Nachweise ist dem Bewerber eine Frist, welche nicht kürzer als zwei Monate zu bemessen ist, zu setzen, um ihm Gelegenheit zu geben, die fehlenden Angaben oder Nachweise zu erbringen. Nach fruchtlosem Verstreichen der Frist ist der Antrag zurückzuweisen, wenn dies bei Setzung der Frist dem Bewerber angedroht wurde.

(4) Wenn der Bewerber eine juristische Person öffentlichen Rechtes ist, kann von der Beilage der Nachweise abgesehen werden, wenn die entsprechenden Tatsachen amtsbekannt sind.

(5) Der Antragsteller ist berechtigt, vorab eine gesonderte Entscheidung über die Bedarfsfrage zu beantragen. Angaben im Sinne des Abs. 1 lit.d und e sowie die Vorlage der in Abs. 2 aufgezählten Unterlagen sind für die Antragstellung nicht erforderlich.

§ 5

(1) Liegt ein ordnungsgemäßer Antrag im Sinne des § 4 vor, ist zu erheben, ob ein Bedarf im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger bettenführender Krankenanstalten mit Kassenverträgen zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit gegeben ist und gegen den Bewerber keine Bedenken bestehen.

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

(3) Für bettenführende NÖ Fondskrankenanstalten ist ein Bedarf gegeben, wenn die Errichtung nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot dem Landeskrankenanstaltenplan entspricht. Für sonstige bettenführende Krankenanstalten ist ein Bedarf gegeben, wenn unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen Regionalen Strukturplanes Gesundheit hinsichtlich der örtlichen Verhältnisse (regional rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte), der für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen, der Auslastung bestehender stationärer Einrichtungen sowie der Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots nachgewiesen werden kann.

(4) Hinsichtlich des Bedarfes ist eine Stellungnahme der gesetzlichen Interessensvertretung privater Krankenanstalten, des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, ausgenommen bei NÖ Fondskrankenanstalten, der Rechtsträger nächstgelegener öffentlicher Krankenanstalten und betroffener Sozialversicherungsträger, sofern sie für das Einzugsgebiet der beantragten Krankenanstalt (§ 4 Abs. 1 lit.a) nach den sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften zuständig sind, insbesondere des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger einzuholen. Ferner ist eine Stellungnahme der Gemeinde, in der die Krankenanstalt errichtet werden soll, einzuholen. Bei NÖ Fondskrankenanstalten ist zur Frage des Bedarfes ein Gutachten des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds einzuholen, welches die eingelangten Stellungnahmen zu berücksichtigen hat.

(5) Die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und die betroffenen Sozialversicherungsträger haben

hinsichtlich des zu prüfenden Bedarfes Parteistellung im Sinne des § 8 AVG, *BGBI.Nr. 51/1991 in der Fassung BGBI. I Nr. 161/2013*, und das Recht, *Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht zu ergreifen sowie Revision an den Verwaltungsgerechtshof zu erheben*.

(6) Der Antrag ist wegen Bedenken gegen den Bewerber abzuweisen, wenn:

1. er wegen einer gerichtlich strafbaren Handlung rechtskräftig verurteilt wurde und mit Rücksicht auf die Art der strafbaren Handlung angenommen werden kann, dass die Betriebsbewilligung missbraucht werden wird, oder
2. gegen ihn einmal ein Konkursverfahren oder zweimal ein Ausgleichsverfahren anhängig war.

(7) (entfällt)

§ 6

(1) Kann ein Bedarf nicht ausgeschlossen werden oder wurde dieser bereits in einem Verfahren nach § 4 Abs. 5 festgestellt und liegen gegen den Bewerber keine Bedenken vor, ist eine mündliche Verhandlung anzuberaumen.

(2) Zur mündlichen Verhandlung sind alle Beteiligten, ein medizinischer und allenfalls ein technischer Sachverständiger sowie ein Vertreter der für den Fall zuständigen Baubehörde zu laden.

(3) In der Verhandlung ist zu klären, ob das geplante oder bereits vorhandene Gebäude sowie dessen Einrichtungen den Erfordernissen entspricht, um darin die ärztliche Behandlung der Patienten nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft zu ermöglichen. Widerspricht das Vorhaben des Bewerbers diesen Grundsätzen, ist festzustellen, ob dieser bereit und in der Lage ist, sein Vorhaben im Sinne der Begutachtung durch die Sachverständigen zu ändern. Eine Niederschrift über die Verhandlung ist dem Bewerber zuzustellen, wobei ihm eine angemessene Frist zur Erbringung von Gegengutachten einzuräumen ist.

(4) (entfällt)

§ 7

(entfällt)

§ 8

(1) Die Bewilligung zur Errichtung ist zu erteilen, wenn

- a) nach dem angegeben Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger bettenführender Krankenanstalten mit Kassenverträgen zur Aufrechterhaltung einer

qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit ein Bedarf gegeben ist;

- b) keine Bedenken gegen den Bewerber vorliegen (§ 5 Abs. 6),
- c) das geplante oder bereits vorhandene Gebäude (Räume) als Anstaltsgebäude (Anstaltsräume) geeignet und die nach dem Anstaltszweck, dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot und allfälligen Schwerpunkte erforderliche apparative und personelle Ausstattung dauerhaft sichergestellt sind sowie
- d) die zivilrechtlichen und finanziellen Grundlagen die einwandfreie Führung der Anstalt ermöglichen,
- e) der angegebene Anstaltszweck und das in Aussicht genommene Leistungsangebot dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit und dem Landeskrankenanstaltenplan entspricht.

(2) Die Bewilligung hat eine genaue Beschreibung des Anstaltszweckes und -umfanges zu enthalten. Sie hat den Plan des zu errichtenden oder bestehenden Gebäudes und eine Baubeschreibung als Bestandteil des Bescheides zu erklären. In dem Bescheide können Änderungen des Projektes angeordnet werden, wenn die ursprünglich beabsichtigte Ausführung oder das vorhandene Gebäude eine einwandfreie Unterbringung und Behandlung nach den Grundsätzen der medizinischen Wissenschaft nicht gewährleistet. In diesem Fall ist die Bewilligung an die aufschiebende Bedingung zu knüpfen, daß die baupolizeiliche Genehmigung für die angeordnete Abänderung des Projektes oder des Gebäudes erteilt wird.

(3) Die Bewilligung ist an die Bedingungen zu knüpfen, dass mit der Errichtung der Krankenanstalt binnen Jahresfrist begonnen und in einem angemessenen, aufgrund der Art und des Umfanges der Krankenanstalt festzusetzenden Zeitraum, der 5 Jahre nicht überschreiten darf, nach Beendigung der Errichtung die Bewilligung zum Betrieb beantragt wird. Wenn eine oder beide dieser Bedingungen nicht erfüllt werden, erlischt die Errichtungsbewilligung. Die Behörde hat die Frist für den Beginn der Ausführung oder die Frist für die Vollendung der bewilligten Krankenanstalt zu verlängern, wenn der Bewilligungsinhaber dies vor ihrem Ablauf beantragt und das Vorhaben innerhalb einer angemessenen Nachfrist in Betrieb genommen werden kann.

(4) Ein Sozialversicherungsträger benötigt zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt keine Errichtungsbewilligung. Die beabsichtigte Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger ist der Landesregierung anzuzeigen.

(5) (entfällt)

(6) (entfällt)

(1) Dem Antrag auf Bewilligung zum Betriebe einer *bettenführenden* Krankenanstalt sind anzuschließen:

- a) je zweifach ein Verzeichnis der vorhandenen Räume und Krankenbetten, sowie der für den unmittelbaren Betrieb der Anstalt bestimmten wesentlichen medizinischen Apparate und Einrichtungen und ein Situationsplan, aus dem die Verteilung der Räume und Krankenbetten, gegebenenfalls unter Bedachtnahme auf ihre ständige Widmung für die Sonderklasse, sowie die Aufstellung der wesentlichen medizinischen Apparate und Einrichtungen ersichtlich ist;
- b) der baupolizeiliche Benützungskonsens, sofern ein Bauverfahren durchgeführt wurde, sowie die Nachweise, daß die Betriebsanlage, die wesentlichen medizinischen Apparate und Einrichtungen den sicherheitstechnischen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen, und die erforderlichen sonstigen Betriebsbewilligungen für die vorhandenen technischen Einrichtungen;
- c) die für den inneren Betrieb der Krankenanstalt vorgesehene Anstaltsordnung und
- d) falls die Betriebsbewilligung für einen Rechtsträger einer neuen Krankenanstalt ohne wesentliche bauliche Änderung der Anstalt erwirkt werden soll, das Original oder die beglaubigte Abschrift einer Urkunde, wonach die Krankenanstalt auf einen neuen Rechtsträger übertragen werden soll, ein Finanzierungsplan mit geeigneten Nachweisen über die Bereitstellung der nötigen Mittel, sowie bei Zuhilfenahme fremden Kapitals die entsprechenden Verträge im Original oder in beglaubigter Abschrift zum Nachweis, daß der Kreditgeber keinen Einfluß auf den Betrieb der Anstalt nimmt.
- e) (*entfällt*)

(2) Über einen solchen Antrag ist eine mündliche Verhandlung anzuberaumen, die, soferne es sich nicht um die Betriebsbewilligung des neuen Inhabers der Anstalt im gleichen Umfang wie bisher handelt, an Ort und Stelle durchzuführen ist.

(3) Zur mündlichen Verhandlung sind alle Beteiligten, ein medizinischer sowie allenfalls technische Sachverständige und ein Vertreter der für den Fall zuständigen Baubehörde zu laden.

(4) In der Verhandlung ist zu klären, ob die Anstalt gemäß der seinerzeit erteilten Bewilligung errichtet wurde und in ihr die Patienten nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich behandelt werden können.

(5) Ändert der Bewerber seinen Antrag während der Verhandlung, wurden die in Abs. 1 lit.a geforderten Beilagen nicht angeschlossen oder konnte der Sachverhalt wegen unklarer oder fehlender, im Abs. 1 lit.b bis d geforderter Beilagen in der Verhandlung nicht ermittelt werden, ist dem Bewerber aufzutragen, binnen einer angemessenen Frist die entsprechenden Beilagen nachzubringen. Die Verhandlungsschrift ist in diesem Falle dem Bewerber zuzustellen.

§ 10

(1) Die Bewilligung zum Betriebe einer *bettenführenden* Krankenanstalt ist zu erteilen, wenn

- a) die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt erteilt wurde und die Anstalt dem Bewilligungsbescheid gemäß errichtet wurde,
- b) die baupolizeiliche Benützungsbewilligung erteilt wurde, sofern zur Errichtung der Krankenanstalt ein Bauvorhaben durchzuführen war,
- c) die allenfalls erforderlichen Betriebsbewilligungen für die technischen Einrichtungen erteilt wurden,
- d) die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen sowie überdies die Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes erfüllt sind,
- e) gegen die für den inneren Betrieb der Krankenanstalt vorgesehene Anstaltsordnung (§ 16) keine Bedenken bestehen,
- f) ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes (§ 17 Abs. 4) und für die Leitung der einzelnen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten fachlich geeignete Personen als verantwortliche Ärzte namhaft gemacht worden sind (§ 17 Abs. 2) sowie glaubhaft gemacht wird, daß auch im übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird,
- g) überdies die Vorgaben des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit und des Landeskrankenanstaltenplanes erfüllt sind,
- h) sowie die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.
 - i) *der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern ein solcher aufgrund § 16d erforderlich ist.*

(2) Wenn die Betriebsbewilligung wegen der beabsichtigten Übertragung der Krankenanstalt auf einen neuen Inhaber beantragt

wird und dieser beabsichtigt, die vom früheren Inhaber betriebene Anstalt im gleichen Umfange weiter zu betreiben, ist die Betriebsbewilligung außerdem nur zu erteilen, wenn gegen den neuen Inhaber keine Bedenken (§ 5 Abs. 5) bestehen und die nötigen Betriebsmittel vorhanden sind.

(3) Die Bewilligung hat eine genaue Beschreibung des Anstaltszweckes und -umfanges zu enthalten. Sie hat ferner ein Verzeichnis der vorhandenen Räume und Krankbetten sowie der vorhandenen, für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt bestimmten wesentlichen medizinischen Apparate und Einrichtungen und einen Situationsplan, aus welchem die Verteilung der Räume und der Krankbetten sowie die Aufstellung der wesentlichen medizinischen Apparate und Einrichtungen ersichtlich ist, zum Bestandteil des Bewilligungsbescheides zu erklären.

(4) Bedingungen und Anordnungen, die Anstalt anders, als im Antrag beschrieben wurde, zu betreiben, sind nicht zulässig.

(5) Im Bewilligungsbescheid ist gleichzeitig die Bestellung des ärztlichen Leiters und des Leiters des Pathologischen Institutes (§ 18 Abs. 1 und § 38 Abs. 7) sowie die Anstaltsordnung (§ 16) zu genehmigen.

(6) Im Verfahren zur Betriebsbewilligung für Sozialversicherungsträger sind die Vorschriften des Abs. 1 lit.a und Abs. 2 nicht anzuwenden.

Zulassungsverfahren für selbstständige Ambulatorien § 10a

Selbstständige Ambulatorien bedürfen sowohl zu ihrer Errichtung wie auch zu ihrem Betrieb einer Bewilligung der Landesregierung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen.

§ 10b

(1) Der Bewerber hat in seinem Antrag auf Bewilligung der Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums bei Beschreibung des Anstaltszweckes, des in Aussicht genommenen Leistungsangebotes und allfälliger Schwerpunkte anzugeben:

- a) für welches Gebiet und allenfalls für welchen Personenkreis das selbstständige Ambulatorium zunächst bestimmt ist,
- b) welche Krankheiten zu behandeln beabsichtigt sind,
- c) das genaue Leistungsspektrum, insbesondere welche Untersuchungen und beabsichtigte Behandlungen über den Umfang von Ordinationen von Fachärzten oder Ärzte von Allgemeinmedizin hinausgehen. Darüber hinaus ist anzugeben,

wieviele Patienten an einem Tag im Rahmen des selbstständigen Ambulatoriums voraussichtlich behandelt werden können,

- d) Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen,
- e) Anzahl der Ärzte bzw. Zahnärzte und Personal, das für die Behandlung der Patienten herangezogen werden soll, und
- f) welche wesentlichen medizinischen Apparate und Einrichtungen im selbstständigen Ambulatorium Verwendung finden sollen.

(2) Dem Antrag sind folgende Nachweise anzuschließen:

- a) ein Grundbuchsauszug zum Nachweis des Eigentums des Antragstellers oder des Vermieters an der Liegenschaft, auf welcher das selbstständige Ambulatorium errichtet oder eingerichtet werden soll, oder Nachweise seiner sonstigen Rechte zur Benützung der in Aussicht genommenen Betriebsanlage;
- b) ein Finanzierungsplan mit geeigneten Nachweisen über die Bereitstellung der nötigen Mittel für die Errichtung und den Betrieb. Bei Zuhilfenahme fremden Kapitals sind die entsprechenden Verträge im Original oder in beglaubigter Abschrift zum Nachweis dafür vorzulegen, dass der Kreditgeber keinen Einfluss auf den Betrieb des zu errichtenden selbstständigen Ambulatoriums nimmt;
- c) sofern ein Bauvorhaben zur Ausführung gelangen soll, *die entsprechenden Baupläne* und sonstigen Unterlagen sowie eine Baubeschreibung.

(3) Bei Fehlen einer der in Abs. 1 aufgezählten Angaben oder eines der im Abs. 2 aufgezählten Nachweise ist dem Bewerber eine Frist, welche nicht kürzer als zwei Monate zu bemessen ist, zu setzen, um ihm Gelegenheit zu geben, die fehlenden Angaben oder Nachweise zu erbringen. Nach fruchtlosem Verstreichen der Frist ist der Antrag zurückzuweisen, wenn dies bei Setzung der Frist dem Bewerber angedroht wurde.

(4) Wenn der Bewerber eine juristische Person öffentlichen Rechtes ist, kann von der Beilage der Nachweise abgesehen werden, wenn die entsprechenden Tatsachen amtsbekannt sind.

(5) Der Antragsteller ist berechtigt, vorab eine gesonderte Entscheidung über die Bedarfsfrage zu beantragen. Angaben im Sinne des Abs. 1 lit.e und f sowie die Vorlage der im Abs. 2 aufgezählten Unterlagen sind für die Antragstellung nicht erforderlich.

§ 10c

(1) Die Bewilligung zur Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums ist zu erteilen, wenn:

- a) nach dem angegeben Anstaltszweck und dem in Aussicht genommen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und kasseneigene Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, Gruppenpraxen und selbstständige Ambulatorien, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, bei selbstständigen Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Zahnärzte, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann,
- b) gegen den Bewerber keine Bedenken (§ 5 Abs. 6) bestehen,
- c) das geplante oder bereits vorhandene Gebäude als Anstaltsgebäude geeignet und die nach dem Anstaltszweck, dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot und allfälligen Schwerpunkte erforderliche apparative und personelle Ausstattung dauerhaft sichergestellt sind sowie
- d) die zivilrechtlichen und finanziellen Grundlagen die einwandfreie Führung des selbstständigen Ambulatoriums ermöglichen.

(2) Bei der Beurteilung, ob eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes im Einzugsgebiet erreicht werden kann, sind ausgehend von den Ergebnissen der Planungen des jeweiligen Regionalen Strukturplanes Gesundheit folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. örtliche Verhältnisse (regionale rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte),
2. die für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,

3. das Inanspruchnahmeverhalten und die Auslastung von bestehenden Leistungsanbietern, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,
4. die durchschnittliche Belastung bestehender Leistungsanbieter und
5. die Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin.

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

(4) Die Errichtungsbewilligung für ein selbstständiges Ambulatorium, dessen Rechtsträger ein Krankenversicherungsträger ist, ist zu erteilen, wenn neben dem Vorliegen der Erfordernisse des Abs. 1 lit.b bis d ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der Ärztekammer für NÖ bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer oder zwischen dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer vorliegt. Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung nur zu erteilen, wenn durch die Landesregierung zusätzlich festgestellt wurde, dass eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes im Einzugsgebiet erreicht werden kann. Dies gilt auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb eines selbstständigen Ambulatoriums betraut.

(5) Die Bewilligung für die Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums hat eine genaue Beschreibung des Anstaltszweckes und -umfanges zu enthalten. Sie hat den Plan des zu errichtenden oder bestehenden Gebäudes und eine Baubeschreibung als Bestandteil des Bescheides zu erklären. In dem Bescheid können Änderungen des Projektes angeordnet werden, wenn die ursprünglich beabsichtigte Ausführung oder das vorhandene Gebäude eine einwandfreie Behandlung nach den Grund-

sätzen der medizinischen Wissenschaft nicht gewährleistet. Weiters sind bedarfsgerechte Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten und von Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten und die Verpflichtung zur Durchführung von Hausbesuchen durch Auflagen festzulegen.

(6) Die Bewilligung ist an die Bedingung zu knüpfen, dass mit der Errichtung des selbstständigen Ambulatoriums binnen Jahresfrist begonnen und in einem angemessenen Zeitraum nach Beendigung der Errichtung die Bewilligung zum Betrieb beantragt wird.

§ 10d

(1) Im Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums sind die Bestimmungen der § 5 Abs. 1, 4 und 6 sowie § 6 sinngemäß anzuwenden. Weiters ist ein Gutachten der Gesundheit Österreich GmbH oder eines vergleichbaren Planungsinstituts sowie eine begründete Stellungnahme der Landesgesundheitsplattform (§ 6 NÖGUS-G 2006, LGBl. 9450) zum Vorliegen des Bedarfes einzuholen.

(2) Sofern § 10c Abs. 1 lit.a anwendbar ist, haben die betroffenen Sozialversicherungsträger, die gesetzlichen Interessenvertretung privater Krankenanstalten, die Ärztekammer für NÖ und bei selbstständigen Zahnambulatorien auch die Österreichische Zahnärztekammer hinsichtlich des Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG, BGBl.Nr. 151/1991 in der Fassung BGBl. I Nr. 135/2009, und das Recht, *Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht zu ergreifen sowie Revision an den Verwaltungsgerichtshof zu erheben*.

§ 10e

(1) Dem Antrag auf Bewilligung zum Betrieb eines selbstständigen Ambulatoriums sind anzuschließen:

- a) je zweifach ein Verzeichnis der vorhandenen Räume sowie der für den unmittelbaren Betrieb der Anstalt bestimmten wesentlichen medizinischen Apparate und Einrichtungen und ein Situationsplan, aus dem die Verteilung der Räume sowie die Aufstellung der wesentlichen medizinischen Apparate und Einrichtungen ersichtlich ist;
- b) der baupolizeiliche Benützungskonsens, sofern ein Bauvorhaben durchgeführt wurde, sowie die Nachweise, dass die Betriebsanlage, die wesentlichen medizinischen Apparate und Einrichtungen den sicherheitstechnischen und gesund-

heitspolizeilichen Vorschriften entsprechen und die erforderlichen sonstigen Betriebsbewilligungen für die vorhandenen technischen Einrichtungen;

- c) die Anstaltsordnung und
- d) ein Finanzierungsplan mit geeigneten Nachweisen über die Bereitstellung der nötigen Mittel, sowie bei Zuhilfenahme fremden Kapitals die entsprechenden Verträge im Original oder in beglaubigter Abschrift zum Nachweis, dass der Kreditgeber keinen Einfluß auf den Betrieb des selbstständigen Ambulatoriums nimmt.

(2) Im Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zum Betrieb eines selbstständigen Ambulatoriums sind die Bestimmungen des § 9 Abs. 2 bis 5 sinngemäß anzuwenden.

§ 10f

(1) Die Bewilligung zum Betrieb eines selbstständigen Ambulatoriums ist zu erteilen, wenn

- a) die Bewilligung zur Errichtung erteilt wurde und das selbstständige Ambulatorium dem Bewilligungsbescheid gemäß errichtet wurde,
- b) die baupolizeiliche Benützungsbewilligung erteilt wurde, sofern zur Errichtung des selbstständigen Ambulatoriums ein Bauvorhaben durchzuführen war,
- c) die allenfalls erforderlichen Betriebsbewilligungen für die technischen Einrichtungen erteilt wurden,
- d) die für den unmittelbaren Betrieb des selbstständigen Ambulatoriums erforderlichen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen,
- e) gegen die für den inneren Betrieb der Krankenanstalt vorgesehene Anstaltsordnung keine Bedenken bestehen,
- f) ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen oder ein geeigneter Zahnarzt als verantwortlicher Leiter des zahnärztlichen Dienstes namhaft gemacht worden ist sowie glaubhaft gemacht wird, dass auch im Übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird und

- g) überdies der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern ein solcher aufgrund § 16d erforderlich ist.
- (2) Die Bestimmungen des § 10 Abs. 2 bis 5 sind sinngemäß anzuwenden.

§ 11

- (1) Einer Bewilligung der Landesregierung bedürfen
- a) eine Verlegung der Betriebsstätte der Krankenanstalt,
 - b) eine Veränderung der Art der Krankenanstalt,
 - c) eine Veränderung der Bestimmung einer Sonderkrankenanstalt (§ 2 Abs. 1 Z. 2) hinsichtlich Krankheit, Altersstufe oder Zweck,
 - d) eine Veränderung des Aufgabenbereiches bzw. Zweckes eines selbständigen Ambulatoriums (§ 2 Abs. 1 Z. 5),
 - e) Zu- und Umbauten, die den räumlichen Umfang der Krankenanstalt erheblich verändern,
 - f) eine Erweiterung der Krankenanstalt,
 - g) das medizinische und pflegerische Leistungsangebot sowie die Schaffung neuer Abteilungen, Institute, Anstaltsambulatorien sowie von Fachschwerpunkten und Departments bzw. den Anstaltszweck erheblich beeinflussender Einrichtungen, auch wenn damit keine räumliche Erweiterung der Krankenanstalt verbunden ist,
 - h) die Errichtung von medizinisch-technischen Großgeräten laut Österreichischem Strukturplan Gesundheit.

Im Verfahren über die Bewilligung sind die Vorschriften der §§ 4 bis 10 bzw. §§ 10a bis 10f sinngemäß anzuwenden. Bei NÖ Fondskrankenanstalten ist die Bewilligung nur zu erteilen, wenn die Vorgaben des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit und des Landeskrankenanstaltenplanes sowie die Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.

- (2) Der Landesregierung ist vor der Durchführung
- a) jede andere geplante wesentliche räumliche Veränderung der Krankenanstalt, die Ersatzbeschaffung der in Abs. 1 lit.g erwähnten Großgeräte und
 - b) die Errichtung und Veränderung von sonstigen medizinisch-technischen Geräten und Anlagen mit einem Anschaffungswert über € 72.700,-, sofern diese medizinisch-technischen Geräte und Anlagen nicht bereits in Verbindung mit dem Voranschlag gemäß § 24 genehmigt wurden, anzuzeigen.

Die Landesregierung kann die angezeigten Maßnahmen gemäß lit. a binnen 3 Monaten, die angezeigten Maßnahmen gemäß lit. b binnen 6 Wochen, jeweils gerechnet vom Einlangen der Anzeigen, untersagen, wenn die Maßnahmen den in den §§ 8 und 10 bzw. §§ 10a bis 10f enthaltenen Grundsätzen widersprechen.

(3) Die Erweiterung einer Krankenanstalt zu einem Universitätsklinikum dahingehend, dass sie ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Privatuniversität dienen soll, ist vor deren Durchführung der Landesregierung anzuzeigen. Die Landesregierung kann die angezeigten Maßnahmen binnen 3 Monaten ab Einlangen der Anzeige gerechnet untersagen, wenn die Berücksichtigung der Erfordernisse der Lehre und Forschung der Medizinischen Privatuniversität zu einer Beeinträchtigung der öffentlichen Gesundheitsversorgung führen würden.

(4) Die Führung einer bisher als Standardkrankenanstalt betriebenen Krankenanstalt als Krankenanstalt der Basisversorgung (§ 2a Abs. 4) und die Einrichtung von fachrichtungsbezogenen Organisationsformen (§ 2b Abs. 1) sind, sofern keine Bewilligung nach § 11 Abs. 1 erforderlich ist, vor deren Führung bzw. Einrichtung der Landesregierung anzuzeigen. Die Landesregierung kann die angezeigten Maßnahmen binnen 3 Monaten ab Einlangen an untersagen, wenn im Falle der Standardkrankenanstalt der Basisversorgung die Voraussetzungen des § 2a Abs. 4 Z. 1 bis 6 oder im Falle von fachrichtungsbezogenen Organisationsformen die jeweiligen Voraussetzungen des § 2b Abs. 2 nicht gegeben sind.

§ 11a

Bewilligungen nach §§ 8, 10, 10c, 10e und 11 sind der Bundesgesundheitsagentur unverzüglich bekannt zu geben.

§ 12

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

(2) Sofern beim Übergang auf den neuen Rechtsträger keine Veränderungen im Sinne des § 11 Abs. 2 beabsichtigt sind, ist die Bewilligung nur zu versagen, wenn Bedenken gegen den Bewerber im Sinne des § 5 Abs. 6 bestehen. Werden solche Veränderungen beabsichtigt, ist eine Errichtungsbewilligung zu erwirken.

Sperre von Krankenanstalten

§ 13

(1) Wird eine Krankenanstalt ohne die hierfür erforderliche Bewilligung betrieben, hat die Bezirksverwaltungsbehörde dem Rechtsträger der Krankenanstalt die weitere Aufnahme und Behandlung von Patienten zu untersagen und die Bezahlung einer Kautions aufzutragen. Ist der Rechtsträger der Krankenanstalt eine Stadt mit eigenem Statut, so ist das Verbot der weiteren Aufnahme von Patienten und die Bezahlung einer Kautions durch Bescheid der Landesregierung zu verfügen.

(2) Die Kautions darf einen Betrag von € 365,- für jedes in der Krankenanstalt vorhandene Krankenbett, bei Ambulatorien von € 7.250,- nicht übersteigen.

§ 14

(1) Findet sich der Landeshauptmann zum Einschreiten nach § 61 zweiter Satz Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl.Nr. 1/1957 in der Fassung BGBl. I Nr. 49/2008, veranlaßt, ist dem Rechtsträger der Krankenanstalt mit Bescheid nach § 13 Abs. 1 außerdem die Entlassung der transportfähigen Kranken aufzutragen. Für die Behandlung der in der Anstalt verbleibenden nicht transportfähigen Patienten sind geeignete Ärzte zu bestellen.

(2) Durch gesonderte Bescheide ist den in der Anstalt befindlichen transportfähigen Patienten aufzutragen, die Anstalt sofort zu verlassen. Es ist ihnen Gelegenheit zu geben, eine andere Krankenanstalt aufzusuchen.

(3) Patienten, welchen durch eine Verfügung nach Abs. 2 Transportkosten erwachsen, hat die Bezirksverwaltungsbehörde und im Falle des § 13 Abs. 1 letzter Satz die Landesregierung über Antrag den Ersatz der Kosten in angemessener Höhe zu gewähren.

§ 15

(1) Handelt der Rechtsträger einer gesperrten Krankenanstalt den getroffenen Anordnungen zuwider, ist von der Kautions ein Betrag in der doppelten Höhe der anzunehmenden Einnahmen des Rechtsträgers der Krankenanstalt aus der verbotenen Handlung zugunsten des Landes als verfallen zu erklären. Das Entgelt für die nach § 14 Abs. 1 bestellten Ärzte ist aus der Kautions, die im selben Ausmaße für verfallen zu erklären ist, zu bezahlen.

(2) Die Sperre ist nach Wegfall der Gründe, die zu ihrer Verhängung geführt haben, durch Bescheid aufzuheben. In diesem Bescheid ist über die Rückzahlung der Kautions, soweit sie nicht verfallen ist, abzusprechen. Reicht die Kautions zur Deckung der nach § 14 Abs. 1 und 3 aufgelaufenen Kosten nicht aus, ist die Bezahlung der Restkosten dem Rechtsträger in diesem Bescheid vorzuschreiben.

Anstaltsordnungen in Universitätskliniken § 15a

(1) Die Anstaltsordnung für eine Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Privatuniversität dient, hat die Bedürfnisse der Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Das Zusammenwirken beim Betrieb der Krankenanstalt ist in einer Vereinbarung zwischen dem Rechtsträger der Krankenanstalt und dem Träger der Medizinischen Privatuniversität zu regeln.

(2) Der Rechtsträger einer solchen Krankenanstalt hat vor Vorlage an die Landesregierung zum Zweck der Genehmigung der Anstaltsordnung gemäß § 16 Abs. 6 das Rektorat der Medizinischen Privatuniversität zu hören.

(3) Die Genehmigung ist zu versagen, wenn die Anstaltsordnung den in § 16 Abs. 6 genannten Kriterien widerspricht oder wenn sie einen geordneten Betrieb der Anstalt nicht gewährleistet erscheinen lässt, insbesondere wenn die Gefahr besteht, dass die Berücksichtigung der Erfordernisse der Lehre und Forschung der Medizinischen Privatuniversität zu einer Beeinträchtigung der öffentlichen Gesundheitsversorgung führt.

*Beziehung eines Vertreters einer Medizinischen
Privatuniversität zur kollegialen Führung in Universitätskliniken*
§ 15b

In einem Universitätsklinikum, in dem eine kollegiale Führung gemäß § 16a eingerichtet ist, ist der Rektor oder ein von der Universität vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Privatuniversität den Sitzungen der kollegialen Führung mit beratender Stimme beizuziehen.

Qualitätssicherung in Universitätskliniken
§ 15c

In einem Universitätsklinikum gehört der Kommission für Qualitätssicherung auch ein Vertreter des Rektorates oder ein von der Privatuniversität vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Privatuniversität an.

Ärztlicher Dienst in Universitätskliniken
§ 15d

In Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten von Krankenanstalten, die als Universitätskliniken in klinische Abteilungen oder als klinische Institute gegliedert sind, kommt die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben im Bereich der Lehre und Forschung einer Medizinischen Privatuniversität dem Leiter der klinischen Abteilung zu, welcher diese neben den ihm gemäß § 17 Abs. 2 obliegenden Aufgaben zu erfüllen hat.

Arzneimittelkommission für Universitätskliniken
§ 15e

(1) Die Arzneimittelkommission gemäß § 19d hat bei der Erfüllung ihrer Aufgaben im Hinblick auf Universitätskliniken Abs. 2 zu berücksichtigen.

(2) Bei Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Privatuniversität dienen, muss neben den Grundsätzen gemäß § 19d Abs. 5 Z. 1 - 3 gewährleistet sein, dass diese ihre Aufgaben auf dem Gebiet der universitären Forschung und Lehre uneingeschränkt erfüllen können.

Klinische Prüfungen in Universitätskliniken
§ 15f

In einem Universitätsklinikum darf der Rechtsträger der Krankenanstalt abweichend von § 19e Abs. 10 klinische Prüfungen auch zulassen, wenn Auftragnehmer die Medizinische Privatuniversität ist und diese gewährleistet, dass dem Rechtsträger der Krankenanstalt sämtliche durch die Prüfung verursachten Aufwendungen ersetzt werden.

9440-30

Anstaltsordnung
§ 16

(1) Der Rechtsträger einer Krankenanstalt hat die Rahmenbedingungen für die Führung der Krankenanstalt, den Aufgabenbereich der Anstaltsleitung und den inneren Betrieb der Krankenanstalt durch die Anstaltsordnung zu regeln. Sie hat mindestens zu enthalten:

- a) *die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in Abteilungen und/oder in andere fachrichtungsbezogene Organisationsformen für Akutkranke und, neben diesen, auch in zusätzliche Einrichtungen für Langzeitbehandlung, oder in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranker und für Langzeitbehandlung innerhalb von Abteilungen;*
- b) *die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur einmalig über Tag (Tagesklinik) oder über Nacht (Nachtklinik), oder längerfristig im halbstationären Bereich, wo sie nur über Tag oder nur über Nacht verweilen, oder in sonstigen Betriebsformen gemäß Abs. 7 aufgenommen werden;*
- c) *Regelungen betreffend die Leitung der in § 2b genannten fachrichtungsbezogenen Organisationsformen sowie der in Abs. 7 genannten Betriebsformen;*
- d) *Regelungen über den Betrieb von dislozierten Wochenkliniken an Feiertagen;*
- e) *die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;*
- f) *das von Patienten und Besuchern in der Krankenanstalt zu beachtende Verhalten;*
- g) *die Festlegung von Räumen, in denen das Rauchen gestattet ist;*
- h) *Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 2b) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 16 Abs. 5);*
- i) *den Hinweis auf die Strafbarkeit gröblicher Verletzungen der Anstaltsordnung nach § 85;*
- j) *den Hinweis auf die Genehmigung der Anstaltsordnung.*

(2) In der Anstaltsordnung sind festzulegen:

1. Regelungen für die Beschaffung von Sachgütern;

2. wirksame Instrumente der Unternehmensführung zur Steuerung des Krankenhausbetriebes und zur Überwachung der betrieblichen Abläufe (Controlling);
3. eine betriebsinterne Kontrolleinrichtung zur laufenden und umfassenden Prüfung der Gesetzmäßigkeit, Ordnungsmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit des Betriebes der Krankenanstalt (Innenrevision);
4. Regelungen über die Fortbildung der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen;
5. Regelungen über eine fachliche und organisatorische Zusammenarbeit innerhalb der Krankenanstalt sowie mit anderen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen;
6. Regelungen, daß die Anstaltsleitung im Bedarfsfall und bei medizinischer Unbedenklichkeit nach Anhörung des betroffenen Abteilungsleiters vorübergehend die von einer Abteilung nicht benötigten Krankenzimmer und Betten einer anderen Abteilung zuweisen kann;
7. Regelungen, wo Auskünfte über medizinische Anliegen erteilt werden;
8. Regelungen über die Vorgangsweise bei vorübergehend nötigen Betriebseinschränkungen oder Vollbelag der Krankenanstalt;
9. Regelungen über die Arzneimittelkommission gemäß § 19d und die Ethikkommission gemäß § 19e.

(3) In der Anstaltsordnung sind nähere Regelungen über Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 16c vorzusehen.

(4) Die einzelnen *Organisationseinheiten und Pflegegruppen* sind hinsichtlich ihrer Bettenanzahl unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin in einer überschaubaren Größe zu halten. Jede Abteilung soll höchstens 140 Betten und die Abteilung für Intensivmedizin höchstens 30 Betten umfassen, wobei die im Österreichischen Strukturplan Gesundheit festgelegte Bettenanzahl nicht überschritten werden darf. Die einzelnen Abteilungen und Stationen müssen zumindest eine Bettenanzahl aufweisen, daß ihr Betrieb wirtschaftlich gerechtfertigt ist. Sofern Betten für Patienten verschiedenen Abteilungen zur Verfügung stehen (interdisziplinäre Belegung), ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Patienten jederzeit zweifelsfrei einer bestimmten Abteilung zugeordnet werden können.

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

1. *Interdisziplinär geführte Bereiche zur Behandlung von Patienten aus verschiedenen Sonderfächern, die in der*

Krankenanstalt in einer der fachrichtungsbezogenen Organisationsformen gemäß § 2b vorgehalten werden. Es ist sicherzustellen, dass die Patienten jederzeit zweifelsfrei einem bestimmten Sonderfach zugeordnet werden können.

2. Als Wochenklinik geführte Bettenbereiche für stationäre Behandlungen von Fällen, in denen die Entlassung innerhalb der bewilligten Betriebszeit zu erwarten ist. Wochenkliniken können fachspezifisch oder interdisziplinär im Sinne der Z. 1 betrieben werden.
3. Als Tagesklinik geführte Bettenbereiche zur tagesklinischen Behandlung (Aufnahme und Entlassung am selben Tag). Das Leistungsspektrum ist auf tagesklinisch erbringbare konservative und elektive operative Leistungen beschränkt. Tageskliniken können fachspezifisch oder interdisziplinär im Sinne der Z. 1 betrieben werden.
4. Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten als Einrichtungen mit uneingeschränkter Betriebszeit, die aus einer Erstversorgungssambulanz und einem Aufnahmebereich mit bewilligungspflichtigen (systemisierten) Betten zur stationären Beobachtung von Patienten für längstens 24 Stunden bestehen. Das zulässige Leistungsspektrum umfasst die Durchführung ambulanter Erstversorgung von Akut- und Notfällen inklusive basaler Unfallversorgung sowie Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung sonstiger ungeplanter Zugänge samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Fachstruktur innerhalb oder außerhalb der jeweiligen erstversorgenden Krankenanstalt im stationären oder ambulanten Bereich, die kurze stationäre Behandlung oder Beobachtung bis zu 24 Stunden sowie die organisatorische Übernahme ungeplanter stationärer Aufnahmen außerhalb der Routine-Betriebszeiten (Nachtaufnahmen) mit Verlegung auf geeignete Normalpflegebereiche bei Beginn der Routinedienste (Tagdienst). Eine dislozierte Führung dieser Einrichtungen ist nur in begründeten Ausnahmefällen, etwa zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen oder zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig.
5. Ambulante Erstversorgungseinheit als interdisziplinäre Struktur zur Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und erforderlichenfalls Weiterleitung der Patienten in die erforderliche ambulante oder stationäre Versorgungsstruktur. Die ambulante Erstversorgungseinheit kann über

eine angemessene Zahl von nichtbewilligungspflichtigen Betten (Funktionsbetten) verfügen, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahme unentbehrlich ist. Disloziert geführte ambulante Erstversorgungseinheiten sind zeitlich uneingeschränkt zu betreiben. Ambulante Erstversorgungseinheiten die örtlich in einer Krankenanstalt oder in unmittelbarer Nähe einer Krankenanstalt betrieben werden, können den Betrieb für maximal 8 Stunden, die tageszeitlich in der Anstaltsordnung festzulegen sind, einstellen, wenn die Erfüllung der Aufgaben der ambulanten Erstversorgungseinheit durch die Krankenanstalt in anderer Form sichergestellt ist. Im übrigen sind Z. 4 und § 43 sinngemäß anzuwenden.

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

(7) Die Anstaltsordnung und jede Änderung derselben bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu versagen, wenn die Anstaltsordnung über einen der im Abs. 1 aufgezählten Punkte keinen Aufschluß gibt oder nicht gewährleistet, daß die Patienten in der Anstalt nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich behandelt werden können.

(8) Die Anstaltsordnung ist an geeigneter, für das Personal leicht zugänglicher Stelle aufzulegen. Überdies sind die Teile der Anstaltsordnung gemäß Abs. 1 lit.a, b, d und e den Patienten zugänglich zu machen. Im Genehmigungsbescheid ist auszusprechen, an welchen Stellen der Krankenanstalt die im Abs. 1 lit.a, b, d und e aufgezählten und welche weiteren Teile der Anstaltsordnung gut lesbar anzuschlagen sind.

(9) Dem Rechtsträger der Krankenanstalt ist im Genehmigungsbescheid aufzutragen, die Dienstordnung (Abs. 1 lit.c) den entsprechenden, in der Krankenanstalt beschäftigten und in Zukunft allen neu eintretenden Personen nachweisbar zur Kenntnis zu bringen.

Kollegiale Führung der Krankenanstalten § 16a

(1) Die Führung des Betriebes der Krankenanstalt erfolgt – unbeschadet des Verfügungsrechtes des Rechtsträgers der Anstalt – durch die Anstaltsleitung. Diese besteht aus dem ärztlichen Leiter (§ 17 Abs. 4), dem Verwaltungsleiter (§ 22 Abs. 1) und dem Leiter des Pflegedienstes (§ 27a). Bei Verhinderung eines Mitgliedes der Anstaltsleitung tritt dessen Vertreter an seine Stelle.

(2) Der Anstaltsleitung obliegen alle Entscheidungen in wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten der Krankenanstalt, die Auswirkungen auf den ärztlichen und pflegerischen Betrieb der Krankenanstalt haben.

(3) Läßt sich über eine zu treffende Maßnahme innerhalb der Anstaltsleitung eine Übereinstimmung nicht erzielen, so hat der Rechtsträger der Krankenanstalt – nötigenfalls nach Anhörung entsprechender Sachverständiger – darüber zu befinden. Ist Gefahr im Verzug, können bei Verhinderung eines Mitgliedes der Anstaltsleitung und seines Vertreters die anderen Mitglieder die notwendigen Entscheidungen treffen.

(4) Kann in einem konkreten Fall bei Gefahr im Verzug innerhalb der Anstaltsleitung keine Übereinstimmung erzielt werden und läßt sich auch keine Entscheidung des Rechtsträgers der Krankenanstalt herbeiführen, so trifft in Angelegenheiten, die den ärztlichen Betrieb der Anstalt berühren, der Ärztliche Direktor, in Angelegenheiten, die den pflegerischen Betrieb der Anstalt berühren, der Pflegedirektor, ansonsten der Kaufmännische Direktor die notwendigen Entscheidungen, insbesondere in bezug auf alle Angelegenheiten, die finanzielle Auswirkungen haben.

(5) Vor Beschlußfassung ist die innerbetriebliche Interessensvertretung zu hören, wenn dies in den bestehenden Vorschriften für

die betreffende Angelegenheit vorgesehen ist. Werden Belange der Spitalsärzte berührt, ist der Spitalsärztevertreter zu hören. Die Anstaltsleitung hat dem Spitalsärztevertreter mindestens vierteljährlich Gelegenheit zur Anhörung zu geben.

(6) Durch die Bestimmung der Abs. 1 bis 5 werden die dem Ärztlichen Direktor nach § 17 Abs. 4, dem Kaufmännischen Direktor nach § 22 Abs. 1 und dem Pflegedirektor nach § 27a Abs. 1 zukommenden Aufgaben nicht beeinträchtigt.

Patientenrechte, transparentes Wartelistenregime
§ 16b

(1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind unter Beachtung des Anstaltszweckes und des Leistungsangebotes verpflichtet, dafür zu sorgen, daß

1. Patienten Informationen über die ihnen zustehenden Rechte erhalten sowie ihr Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte ausüben können;
2. Patienten ihr Recht auf Aufklärung und Information über die Behandlungsmöglichkeiten samt Risiken ausüben *und sich aktiv an den Entscheidungsprozessen ihren Gesundheitszustand betreffend beteiligen* können;
3. auf Wunsch des Patienten ihm oder seinen Vertrauenspersonen medizinische Informationen durch einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt in möglichst verständlicher und schonungsvoller Art gegeben werden;
4. ausreichend Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten mit der Außenwelt bestehen und Vertrauenspersonen des Patienten im Fall einer nachhaltigen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes auch außerhalb der Besuchszeiten Kontakt mit dem Patienten aufnehmen können;
5. auf Wunsch des Patienten eine seelsorgerische Betreuung möglich ist;
6. auf Wunsch des Patienten eine psychologische Unterstützung möglich ist;
7. auch in Mehrbeträumen eine ausreichende Wahrung der Intimsphäre gewährleistet ist;
8. neben der Erbringung fachärztlicher Leistungen auch für allgemeine medizinische Anliegen des Patienten ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt des Krankenhauses zur Verfügung steht;
9. ein würdevolles Sterben sichergestellt ist und Vertrauenspersonen Kontakt mit dem Sterbenden pflegen können;

10. bei der Leistungserbringung möglichst auf den im allgemeinen üblichen Lebensrhythmus abgestellt wird;
 11. bei der stationären Versorgung von Kindern eine möglichst kindergerechte Ausstattung der Krankenzimmer gegeben ist.
- (2) Die Rechtsträger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenhäusern sind verpflichtet, ein transparentes Wartelistenregime in anonymisierter Form für elektive Operationen sowie für Fälle invasiver Diagnostik für die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie einzurichten, sofern die jeweilige Wartezeit 4 Wochen überschreitet. In diesem Wartelistenregime ist insbesondere die Gesamtanzahl der für den Eingriff vorgemerkten Personen und von diesen die der Sonderklasse angehörigen vorgemerkten Personen erkennbar zu machen. Die Veröffentlichung des Wartelistenregimes hat im Internet zu erfolgen.
- (3) Die für den Eingriff vorgemerkten Personen sind auf ihr Verlangen über die konkret gegebene Wartezeit zu informieren. Dabei ist nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten tunlichst eine Auskunftseinholung auf elektronischem Weg zu ermöglichen.

Qualitätssicherung

§ 16c

(1) Die Rechtsträger von Krankenhäusern sind verpflichtet, im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und dabei auch ausreichend überregionale Belange zu wahren. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenhäusern ermöglicht werden. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfaches einer anderen Krankenhaus in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden. Die Rechtsträger von Krankenhäusern haben an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen und die dafür gemäß § 6 des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen erforderlichen nicht personenbezogenen Daten dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung zu stellen. *Weiters sind die Träger der Krankenhäusern verpflichtet, an regelmäßigen sektorenübergreifenden Patientenbefragungen teilzunehmen.*

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

(3) Die Anstaltsleitung hat die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen.

(4) In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist vom Rechtsträger eine Kommission für Qualitätssicherung, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person steht, einzusetzen. Dieser Kommission haben zumindest je ein fachlich geeigneter Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören. Die Mitglieder der Kommission sind auf die Dauer von 5 Jahren zu bestellen, eine Wiederbestellung ist zulässig. Für jedes Mitglied ist jeweils ein qualifiziertes Ersatzmitglied zu bestellen. Die Mitglieder wählen aus ihrer Mitte einen Leiter und einen Stellvertreter.

(5) Aufgabe der Kommission für Qualitätssicherung ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die Anstaltsleitung über alle hierfür erforderlichen Maßnahmen zu beraten.

(6) Der Leiter der Kommission für Qualitätssicherung oder bei seiner Verhinderung sein Stellvertreter beruft die Sitzung mindestens zwei Mal pro Jahr ein und leitet sie. Die Mitglieder sind schriftlich unter Bekanntgabe der Gegenstände der Tagesordnung spätestens eine Woche vor der Sitzung einzuladen. Die Kommission ist beschlussfähig, wenn drei Viertel der Mitglieder zur Zeit der Beschlussfassung anwesend sind. Zu einem gültigen Beschluss ist die einfache Mehrheit der anwesenden Mitglieder erforderlich. Bei Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt. Der Leiter der Kommission oder bei dessen Verhinderung sein Stellvertreter haben dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds halbjährlich über die Tätigkeit der Kommission zu berichten.

Haftpflichtversicherung
§ 16d

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

(2) Für den Versicherungsvertrag gilt Folgendes:

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

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

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

Ärztlicher Dienst

§ 17

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

(2) Die Führung von Abteilungen, Departments, Fachschwerpunkten oder Instituten für die Behandlung bestimmter Krankheiten, von Laboratorien, Ambulatorien und Pathologischer Institute von Krankenanstalten muß Fachärzten des einschlägigen medizinischen Sonderfaches, wenn ein solches nicht besteht, fachlich qualifizierten Ärzten übertragen werden. In Abteilungen von Krankenanstalten, in deren Rahmen Departments gemäß § 2a Abs. 4 geführt werden, kommt die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben nicht dem mit der Führung der Abteilung betrauten Arzt, sondern dem Leiter des Departments zu.

(3) Die leitenden Ärzte im Sinne des Abs. 2 müssen bei Verhinderung durch Oberärzte oder durch andere in gleicher Weise fachlich qualifizierte Ärzte vertreten werden.

(4) Als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes (Ärztlicher Direktor) in der Krankenanstalt und für die mit der ärztlichen Behandlung der Patienten zusammenhängenden Aufgaben ist unbeschadet des Verfügungsrechtes des Rechtsträgers der Krankenanstalt in wirtschaftlichen Angelegenheiten in jeder Krankenanstalt ein fachlich geeigneter Arzt zu bestellen. Bei Verhinderung muß er durch einen geeigneten Arzt vertreten werden.

(5) Die Rechtsträger der Krankenanstalten können über Vorschlag des Abteilungsleiters und der Anstaltsleitung niedergelassene Ärzte zur Mitarbeit heranziehen.

(6) Für Pflegeanstalten für chronisch Kranke kann die Landesregierung von der Bestellung eines ärztlichen Leiters Abstand nehmen, wenn die Aufsicht durch einen geeigneten Arzt gewährleistet ist.

§ 18

(1) Die Bestellung des ärztlichen Leiters und des Leiters des Pathologischen Institutes einer Krankenanstalt bedarf außer bei Stellen, die auf Grund der einschlägigen Hochschulvorschriften besetzt werden, der Genehmigung der Landesregierung. Sie ist zu erteilen, wenn die in Betracht kommenden Ärzte den Bedingungen für ihre Bestellung nach § 17 Abs. 1 bis 3 entsprechen. Eine solche Genehmigung ist vor Dienstantritt des Arztes zu erteilen.

(2) Eine nach Abs. 1 erteilte Genehmigung ist von der Landesregierung zurückzunehmen, wenn die Voraussetzungen hiefür entfallen sind, deren Nichtvorhandensein nachträglich hervor- kommt oder die in Betracht kommenden Ärzte sich schwer- wiegender oder wiederholter Verstöße gegen ihre Pflichten schuldig gemacht haben.

§ 18a

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

(2) *Der zahnärztliche Dienst in Zahnambulatorien darf nur von Zahnärzten sowie entsprechend dem vorgesehenen Leistungs- spektrum auch von Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichts- chirurgie versehen werden.*

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

(4) *Die Landesregierung hat eine im Sinne des Abs. 3 erteilte Genehmigung zurückzunehmen, wenn die Voraussetzungen hie- für entfallen sind, deren Nichtvorhandensein nachträglich hervor- kommt oder die in Betracht kommenden Zahnärzte bzw. Ärzte sich schwerwiegender oder wiederholter Verstöße gegen ihre Pflichten schuldig gemachten haben.*

(1) Die Einrichtung des ärztlichen bzw. zahnärztlichen Dienstes in Krankenanstalten muß folgenden Anforderungen entsprechen:

- a) Ärztliche Hilfe muß in der Krankenanstalt jederzeit sofort in ausreichendem Maße erreichbar sein:
1. in Zentralkrankenanstalten muß uneingeschränkt eine Anwesenheit von Fachärzten aller in Betracht kommenden Sonderfächern gegeben sein;
 2. *In Schwerpunktkrankenanstalten muss 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;*
 3. in Standardkrankenanstalten muß im Nacht- und Wochenend- und Feiertagsdienst jederzeit eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen in der Krankenanstalt anwesenden Facharzt aus den Sonderfächern Anästhesiologie und Intensivmedizin oder Chirurgie oder Innere Medizin oder Unfallchirurgie gewährleistet sein sowie eine Rufbereitschaft von Fachärzten der jeweiligen sonst in Betracht kommenden Sonderfächern gegeben sein; in der übrigen Zeit müssen auch in Standardkrankenanstalten Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer in der Anstalt dauernd anwesend sein.
 4. In Fachschwerpunkten kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn stattdessen eine jederzeitige Erreichbarkeit eingerichtet ist.
 5. In Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien für physikalische Therapie, in denen keine Turnusärzte ausgebildet werden, kann an Stelle einer dauernden ärztlichen Anwesenheit der ärztliche Dienst so organisiert sein, daß ärztliche Hilfe jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige tägliche Anwesenheit die erforderlichen ärztlichen Anordnungen für das Personal

nach dem MTD-Gesetz, BGBl.Nr. 460/1992 in der Fassung BGBl. I Nr. 101/2008, und für Heilmasseure nach dem MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002 in der Fassung BGBl. I Nr. 57/2008, sowie, neben ärztlichen Anordnungen, auch die erforderliche Aufsicht über medizinische Masseure nach dem MMHmG und Personal nach dem MTF-SHD-G, BGBl.Nr. 102/1961 in der Fassung BGBl. I Nr. 57/2008, gewährleistet ist.

- b) Die Patienten dürfen nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen bzw. zahnmedizinischen Wissenschaft ärztlich bzw. zahnärztlich behandelt werden.
- c) Behandlungen dürfen an einem Patienten nur mit dessen Einwilligung durchgeführt werden; fehlt dem Patienten in diesen Angelegenheiten die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, so ist – sofern die Vornahme der medizinischen Behandlung nicht durch eine Patientenverfügung ausgeschlossen ist – die Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters erforderlich. Die Einwilligung oder 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 der Gesundheit verbunden wäre. Über die Notwendigkeit oder Dringlichkeit einer Behandlung entscheidet der ärztliche Leiter der Krankenanstalt oder der für die Leitung der betreffenden Anstaltsabteilung verantwortliche Arzt.

- d) In Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, ist die Ausbildung der Turnusärzte, im Ausmaß der Anerkennung als Ausbildungsstätte, zu gewährleisten.
- e) Der ärztliche Dienst muss so eingerichtet sein, dass die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte und Zahnärzte sich im erforderlichen Ausmaß fortbilden können.
- f) *In dislozierten Wochenkliniken gelten die Bestimmungen zur Rufbereitschaft gemäß lit.a Z. 2 und 3 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.*
- g) *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.*
- (2) Die Landesregierung hat durch Verordnung festzulegen, daß für bestimmte Abteilungen von Krankenanstalten die Möglichkeit der Einrichtung von Rufbereitschaften gemäß Abs. 1 lit.a eingeschränkt wird, wenn dies zur Aufrechterhaltung einer ausreichenden medizinischen Qualität erforderlich ist.
- (3) Den Mitgliedern der Ausbildungskommission der Ärztekammer für Niederösterreich ist zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach vorheriger Ankündigung und im Einvernehmen mit den Rechtsträgern der Zutritt zu Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, zu gestatten und in alle gemäß der Ärzte-Ausbildungsordnung vorgesehenen Unterlagen Einsicht zu gewähren, die die Ausbildung der Turnusärzte betreffen. Weiters sind ihnen alle dazu erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

§ 19a

(1) Für jede Krankenanstalt ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbstständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen; für jedes Zahnambulatorium ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbstständigen Berufsausübung berechtigter Zahnarzt oder Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten. Für mehrere Krankenanstalten kann ein gemeinsamer Krankenhaushygieniker (Hygienebeauftragter) bestellt werden, wenn dies auf Grund der Größe, des Leistungsangebotes und der räumlichen Entfernung der Krankenanstalten zueinander durchgeführt werden kann.

(2) Als Krankenhaushygieniker oder Hygienebeauftragter fachlich geeignet im Sinne des Abs. 1 gilt ein Arzt bzw. Zahnarzt, wenn er einen erfolgreichen Besuch eines Schulungskurses in Krankenhaushygiene nachweisen kann. Als Mindestausbildungserfordernis gilt das Diplom "Krankenhaushygiene" der Österreichischen Ärztekammer oder eine gleichwertige Ausbildung.

(3) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die Bestellung des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten unter Nachweis der fachlichen Eignung der Landesregierung anzuzeigen.

(4) In bettenführenden Krankenanstalten ist zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten mindestens eine qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Hygienefachkraft zu bestellen; diese Aufgaben können, wenn die Voraussetzungen des Abs. 5 vorliegen, durch den Pflegedirektor ausgeübt werden.

(5) Als qualifiziert im Sinne des Abs. 4 gilt ein Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, wenn er eine Sonderausbildung nach den Bestimmungen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, BGBl. I Nr. 108/1997 in der Fassung BGBl. I Nr. 101/2008, absolviert hat.

(6) In bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygieneteam zu bilden, dem der Krankenhaushygieniker bzw. der

Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft und weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und des nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören.

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

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

(9) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien kann die Funktion des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten bei Vorliegen der entsprechenden fachlichen Eignung auch der ärztliche Leiter ausüben. Für die im Abs. 7 genannten Aufgaben ist jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.

§ 19b

Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat für die ständige Fortbildung der in der Krankenanstalt beschäftigten Ärzte Vorsorge zu treffen oder, soweit keine Beeinträchtigung des ordnungsgemäßen Betriebes der Krankenanstalt zu befürchten ist, ihnen die Inanspruchnahme solcher Bildungseinrichtungen zu ermöglichen. Die Fortbildung ist für jedes Jahr zeitlich und inhaltlich zu planen; vom Abteilungsleiter soll im Einvernehmen mit dem Ärztlichen Direktor ein Fortbildungsplan erstellt werden.

Technischer Sicherheitsbeauftragter

§ 19c

(1) Für jede Krankenanstalt ist eine fachlich geeignete Person zur Wahrnehmung der technischen Sicherheit und des einwandfreien Funktionierens der in der Krankenanstalt verwendeten medizinisch-technischen Geräte (Apparaturen) und technischen Einrichtungen zu bestellen (Technischer Sicherheitsbeauftragter). Der Rechtsträger der Krankenanstalt kann sich für diesen Zweck auch fachlich geeigneter betriebsfremder Personen und Einrichtungen bedienen.

(2) Als fachlich geeignet im Sinne des Abs. 1 sind Absolventen einer Technischen Universität oder Höheren technischen Lehranstalt dann anzusehen, wenn sie auf dem Gebiete der technischen Sicherheit mit den speziellen Erfordernissen einer Krankenanstalt besonders vertraut sind und über die nötige Berufserfahrung verfügen. Eine Einrichtung gilt dann als fachlich geeignet, wenn sie sich zur Besorgung der Aufgaben als Technischer Sicherheitsbeauftragter derartiger Personen bedient.

(3) Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat die medizinisch-technischen Geräte (Apparaturen) und die technischen Einrichtungen der Krankenanstalt zum Schutz der in Behandlung stehenden Personen regelmäßig zu überprüfen bzw. für solche Überprüfungen zu sorgen. Derartige Überprüfungen haben vor Inbetriebnahme der medizinischen Geräte (Apparaturen) und technischen Einrichtungen und in der Folge regelmäßig in

Abständen von höchstens drei Jahren, sofern kein anderes Prüfintervall durch gesetzliche Regelungen, einschlägige technische Bestimmungen und Normen oder Herstellerangaben vorgegeben ist, zu erfolgen.

(4) Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat ferner für die Beseitigung von Gefahren, die sich aus festgestellten Mängeln ergeben, sowie für die Behebung der Mängel zu sorgen. Zu diesem Zweck hat er das Ergebnis der Überprüfung bzw. die festgestellten Mängel unverzüglich der Anstaltsleitung zur Behebung der Mängel bekanntzugeben.

(5) Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat ferner die Anstaltsleitung in allen Fragen der Betriebssicherheit und des einwandfreien Funktionierens der medizinisch-technischen Geräte (Apparaturen) 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 (Apparaturen) und technischen Einrichtungen zuzuziehen.

(6) Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat bei seiner Tätigkeit mit den zur Wahrnehmung des Schutzes des Lebens oder der Gesundheit von Menschen nach den Bestimmungen des Strahlenschutzgesetzes, BGBl.Nr. 227/1969 in der Fassung BGBl. I Nr. 13/2006 bestellten Personen und den Präventivdiensten nach dem 7. Abschnitt des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes, BGBl. Nr. 450/1994 in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2006 sowie mit den Brandschutzbeauftragten im Sinne der geltenden Brandschutzbestimmungen zusammenzuarbeiten.

(7) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die Bestellung des Technischen Sicherheitsbeauftragten der Landesregierung anzuzeigen. Mit Ausnahme einer Bestellung nach Abs. 9 ist auch die fachliche Eignung nachzuweisen.

(8) Die Landesregierung hat für die Koordination der Tätigkeit der Technischen Sicherheitsbeauftragten der Krankenanstalten sowie deren laufende Information einen fachlich geeigneten Bediensteten des Amtes der Landesregierung zum Landesbeauftragten für Sicherheitstechnik im Krankenanstaltenbereich zu bestellen. Dieser hat auch die sicherheitstechnischen Interessen des Landes bei der Planung, beim Bau und beim Betrieb von Krankenanstalten wahrzunehmen sowie Vorschläge für die Erlassung genereller sicherheitstechnischer Richtlinien zu erstellen.

(9) Die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten können sich zur Erfüllung der Aufgaben des Technischen Sicherheitsbeauftragten

der mit der Besorgung der Angelegenheiten der Sicherheitstechnik im Gesundheitswesen betrauten Abteilung des Amtes der NÖ Landesregierung kostenlos bedienen, soweit es die personellen Gegebenheiten und die Erfüllung der sonstigen Aufgaben zulassen. Die Landesregierung hat ferner die kostenlose meßtechnische Überprüfung der medizinisch-technischen Geräte (Apparaturen) und technischen Einrichtungen in Fondskrankenanstalten durchzuführen.

Arzneimittelkommission
§ 19d

(1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben hinsichtlich der Auswahl und des Einsatzes von Arzneimitteln Arzneimittelkommissionen einzurichten. Es kann auch eine Arzneimittelkommission für mehrere Krankenanstalten eingerichtet werden; bestehen für die Krankenanstalten verschiedene Rechtsträger, so haben diese das Einvernehmen herzustellen.

(2) Die Arzneimittelkommission setzt sich zusammen aus:

1. den Mitgliedern der Anstaltsleitung
2. den Abteilungsleitern
3. einem Vertreter der Sozialversicherung
4. dem Krankenhaushygieniker und
5. dem Anstaltsapotheker, dem Konsiliarapotheker oder einem Pharmazeuten der Lieferapotheke (§ 37 Abs. 4).

Sofern eine Arzneimittelkommission für mehrere Krankenanstalten eingerichtet ist, setzt sich diese zusammen aus:

1. einem ärztlichen Leiter, einem Verwaltungsleiter und einem Leiter des Pflegedienstes einer dieser Krankenanstalten
2. einem Abteilungsleiter pro medizinischem Bereich einer dieser Krankenanstalten
3. einem Vertreter der Sozialversicherung
4. einem Krankenhaushygieniker einer dieser Krankenanstalten
5. einem Anstaltsapotheker, einem Konsiliarapotheker oder einem Pharmazeuten der Lieferapotheke (§ 37 Abs. 4) einer dieser Krankenanstalten und
6. sofern ein zentraler Einkauf eingerichtet wurde, aus einem Vertreter des zentralen Einkaufes.

(2a) Die Landesregierung kann ein Mitglied oder Ersatzmitglied der Arzneimittelkommission aus wichtigem Grund abberufen, insbesondere wenn

1. es seine Funktion nicht mehr ausüben kann oder
2. die Voraussetzungen für seine Bestellung nachträglich weggefallen sind.

Ein abberufenes Mitglied oder Ersatzmitglied ist durch ein neues zu ersetzen.

(3) Der Arzneimittelkommission können über Beschluss weitere Personen beigezogen werden.

(4) Die Arzneimittelkommission hat insbesondere folgende Aufgaben:

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

(4a) Die Arzneimittelkommission muss die Landesregierung auf Verlangen über alle Gegenstände ihrer Geschäftsführung informieren.

(5) Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben hat die Arzneimittelkommission *die Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission in Angelegenheiten der gemeinsamen Medikamentenkommission gemäß § 13 Abs. 2 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 81/2013, zu beachten und insbesondere nachstehende Grundsätze zu 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 pharmazeutischen Wissenschaft erfolgen.
3. Die Erstellung der Arzneimittelliste hat unter Bedachtnahme auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot so zu erfolgen, dass die gebotene Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln sicher gestellt ist.

(6) Bei der Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln ist neben den Grundsätzen gemäß Abs. 5 auch auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht zu nehmen, insbesondere, dass

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

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

(8) Die Arzneimittelkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben. *In der Geschäftsordnung ist insbesondere festzulegen, dass die Vorgangsweise nach Abs. 6 Z. 3 mit dem Vertreter der Sozialversicherung abzustimmen ist.*

(9) (Verfassungsbestimmung) Die Mitglieder der Arzneimittelkommissionen unterliegen in Ausübung ihrer Tätigkeit keinen Weisungen.

Ethikkommission

§ 19e

(1) Für alle Krankenanstalten ist beim Amt der NÖ Landesregierung eine für das gesamte Bundesland zuständige Ethikkommission (NÖ Ethikkommission) zur Beurteilung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln und von Medizinprodukten, der Anwendung neuer medizinischer Methoden *und* nicht-interventioneller Studien, angewandter medizinischer Forschung und der Durchführung von Pflegeforschungsprojekten (experimentellen oder Pflegeinterventionsstudien) sowie der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden in den Krankenanstalten einzurichten. Die NÖ Landesregierung ist verpflichtet, durch die Bereitstellung der erforderlichen Personal- und Sachausstattung der NÖ Ethikkommission zu ermöglichen, ihre Tätigkeit fristgerecht durchzuführen.

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

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

(3) Neue medizinische Methoden im Sinne des Abs. 1 sind Methoden, die auf Grund der Ergebnisse der Grundlagenforschung und angewandten Forschung sowie unter Berücksichtigung der ärztlichen Erfahrung die Annahme rechtfertigen, dass eine Verbesserung der medizinischen Versorgung zu erwarten

ist, die jedoch in Österreich noch nicht angewendet werden und einer methodischen Überprüfung bedürfen. Vor der Anwendung einer neuen medizinischen Methode hat die Befassung der NÖ Ethikkommission durch den Leiter der Organisationseinheit, in deren Bereich die neue medizinische Methode angewendet werden soll, zu erfolgen.

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

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

1. einem Vertreter der mit den rechtlichen Angelegenheiten des Gesundheitswesens betrauten Abteilung des Amtes der NÖ Landesregierung,
2. einem Arzt, der im Inland zur selbständigen Berufsausübung berechtigt ist, und weder ärztlicher Leiter der Krankenanstalt noch Prüfer bzw. Klinischer Prüfer ist,
3. einem Facharzt, in dessen Sonderfach die jeweilige klinische Prüfung, neue medizinische Methode oder das angewandte medizinische Forschungsprojekt fällt, oder einem Zahnarzt, die nicht Prüfer sind, und gegebenenfalls einem sonstigen entsprechenden Angehörigen eines Gesundheitsberufes,
4. einem Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege,
5. einem Juristen,
6. einem Pharmazeuten oder Apotheker,
7. einem Psychologen/Psychotherapeuten,
8. einem Statistiker (Biometriker),

9. einem Vertreter der NÖ Patienten- und Pflegethemenwaltschaft (§ 91),
10. je einem Vertreter einer repräsentativen Behindertenorganisation sowie einem Vertreter der Senioren, welcher einer Seniorenorganisation, deren Einrichtung dem Bundes-Seniorengesetz, BGBl. I Nr. 84/1998 in der Fassung BGBl. I Nr. 52/2009, entspricht, anzugehört hat,
11. einem vom Dachverband der NÖ Patienten-Selbsthilfegruppe entsendeten Vertreter und
12. einer weiteren, nicht unter der Z. 1 bis 11 fallenden Person, die mit der Wahrnehmung seelsorgerischer Angelegenheiten in der Krankenanstalt betraut ist oder sonst über die entsprechende ethische Kompetenz verfügt,
13. *einem Vertreter der Medizinischen Privatuniversitäten, die ihren Sitz in Niederösterreich haben.*

(5) Bei der Beurteilung gemäß Abs. 1 ist jeweils zumindest ein Vertreter der Krankenanstalt, in der Maßnahmen gemäß Abs. 1 durchgeführt werden sollen, beizuziehen.

Bei der Beurteilung eines Medizinproduktes ist jedenfalls ein Vertreter der mit der Besorgung der Angelegenheiten der Sicherheitstechnik im Gesundheitswesen betrauten Abteilung des Amtes der NÖ Landesregierung beizuziehen. Erforderlichenfalls sind weitere Experten beizuziehen. Wird die Ethikkommission im Rahmen einer multizentrischen klinischen Prüfung eines Arzneimittels befasst, so hat ihr jedenfalls ein Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie anzugehört. Bei der Beurteilung von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepten und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden hat der Ethikkommission überdies eine Person anzugehört, die über Expertise hinsichtlich Methoden der qualitativen Forschung verfügt. Der Leiter jener Organisationseinheit, an der ein Pflegeforschungsprojekt oder die Anwendung neuer Pflegekonzepte oder -methoden durchgeführt werden soll, hat das Recht, im Rahmen der Sitzung der Ethikkommission zu dem geplanten Pflegeforschungsprojekt oder der Anwendung neuer Pflegekonzepte oder -methoden Stellung zu nehmen.

(6) Der Vorsitzende und die Mitglieder der NÖ Ethikkommission werden von der Landesregierung auf die Dauer von fünf Jahren bestellt. Eine Wiederbestellung ist möglich. Für jedes Mitglied ist ein in gleicher Weise qualifiziertes Ersatzmitglied zu bestellen.

(6a) Die Landesregierung kann den Vorsitzenden, ein Mitglied oder Ersatzmitglied der NÖ Ethikkommission aus wichtigem Grund abberufen, insbesondere wenn

1. die Funktion nicht mehr ausgeübt werden kann oder
2. die Voraussetzungen für die Bestellung nachträglich weggefallen sind.

Der abberufene Vorsitzende, ein abberufenes Mitglied oder Ersatzmitglied ist für den Rest der Funktionsdauer zu ersetzen.

(6b) Die Mitglieder der Ethikkommission haben allfällige Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie oder Medizinprodukteindustrie gegenüber der Landesregierung vollständig offen zu legen. Sie haben sich in allen Angelegenheiten zu enthalten, in denen eine Beziehung zur pharmazeutischen Industrie oder Medizinprodukteindustrie geeignet ist, ihre volle Unbefangenheit in Zweifel zu ziehen.

(7) Die NÖ Ethikkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, die von der Landesregierung zu genehmigen ist.

(7a) Die NÖ Ethikkommission muss die Landesregierung auf Verlangen über alle Gegenstände ihrer Geschäftsführung informieren.

(8) (Verfassungsbestimmung) Der Vorsitzende und die Mitglieder der NÖ Ethikkommission unterliegen bei Ausübung dieser Funktion keinen Weisungen.

(9) Über jede Sitzung der NÖ Ethikkommission ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt, bei der Beurteilung einer klinischen Prüfung auch dem Prüfer, bei der Anwendung einer neuen medizinischen Methode, einem angewandten medizinischen Forschungsprojekt oder neuem Behandlungskonzept und -methode auch dem Leiter der Organisationseinheit, bei der Beurteilung von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflegekonzepte und -methoden dem Leiter des Pflegedienstes und den ärztlichen Leitern der betroffenen Organisationseinheiten zur Kenntnis zu bringen. Hinsichtlich der Aufbewahrung der Protokolle und Unterlagen gilt § 21 Abs. 2 sinngemäß.

(10) Der Rechtsträger der Krankenanstalt darf klinische Prüfungen nur zulassen, wenn er mit dem Auftraggeber vereinbart hat, dass ihm sämtliche durch die Prüfung verursachten Aufwendungen ersetzt werden. Der Rechtsträger der Krankenanstalt kann dem an der klinischen Prüfung beteiligten Krankenanstaltenpersonal für diese Tätigkeit eine angemessene Entschädigung gewähren, deren Höhe im Einzelfall auf Basis genereller Richtlinien des Rechtsträgers festzusetzen ist. Die Richtlinien haben die für die Entschädigung maßgeblichen Kriterien zu enthalten und dürfen kein Verhalten fördern, das mit den rechtlichen und ethischen Zulässigkeitschranken klinischer Prüfungen unvereinbar ist. Ein über die angemessene Entschädigung hinausgehender Gewinn darf nicht erzielt werden. Die festgesetzte Entschädigung ist in eine schriftliche Vereinbarung mit dem Dienstnehmer aufzunehmen, in der auch die im Rahmen der klinischen Studie zu leistende Tätigkeit zu regeln ist. Nicht schriftliche Vereinbarungen sowie Vereinbarungen über unangemessen hohe Entschädigung sind rechtsunwirksam.

(11) Die Ergebnisse der klinischen Prüfungen sind nach deren Abschluß von den Anstaltsleitungen der betroffenen Krankenanstalten der NÖ Ethikkommission mitzuteilen.

(12) Den Mitgliedern der NÖ Ethikkommission gebührt für jede Beurteilung eines zur Begutachtung vorgelegten Antrages ein pauschaler Aufwandsersatz, der vom Antragsteller zu tragen ist und dessen Höhe in der Geschäftsordnung der NÖ Ethikkommission festzulegen ist.

Kinderschutzgruppen

§ 19f

(1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten, in denen Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde geführt werden, sind verpflichtet, Kinderschutzgruppen für den Wirkungsbereich der jeweiligen

Krankenanstalt einzurichten. Für Krankenanstalten, deren Größe keine eigene Kinderschutzgruppe erfordert, können Kinderschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.

(2) Der Kinderschutzgruppe haben als Vertreter des ärztlichen Dienstes ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder ein Facharzt für Kinderchirurgie, ein Vertreter des Pflegedienstes und ein Mitglied aus dem Kreis der Personen, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig sind, anzugehören. Die Kinderschutzgruppe kann beschließen, einen Vertreter des zuständigen Jugendwohlfahrts-trägers beizuziehen.

(3) Die Mitglieder der Kinderschutzgruppe werden vom Rechts-träger der Krankenanstalt auf die Dauer von 5 Jahren bestellt. Der Vorsitz kommt dem Vertreter des ärztlichen Dienstes zu. Eine Wiederbestellung ist möglich. Für jedes Mitglied ist ein in gleicher Weise qualifiziertes Ersatzmitglied zu bestellen.

(4) Der Kinderschutzgruppe obliegt insbesondere die Früherken-nung von Gewalt an oder Vernachlässigung von Kindern und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für Gewalt an Kindern.

(5) Die Kinderschutzgruppe kann sich eine Geschäftsordnung geben, in der insbesondere die Anzahl der mindestens pro Jahr stattfindenden Sitzungen, die Einladungsfristen und Beschlusser-fordernisse näher zu regeln sind.

Opferschutzgruppe

§ 19g

(1) *Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sind verpflichtet, Opferschutzgruppen für volljährige Betroffene häuslicher Gewalt einzurichten. Für Krankenanstalten, deren Größe keine eigene Opferschutzgruppe erfordert, können Opferschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.*

(2) *Der Opferschutzgruppe haben zwei Vertreter des ärztlichen Dienstes, die vorrangig Vertreter der Sonderfächer Unfallchirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu sein haben, ein Angehöriger des Pflegedienstes und eine Person, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig ist, anzugehören.*

(3) *Die Mitglieder der Opferschutzgruppe werden vom Rechtsträger der Krankenanstalt auf die Dauer von 5 Jahren bestellt. Der Vorsitz kommt einem Vertreter des ärztlichen Dienstes zu. Eine Wiederbestellung ist möglich. Für jedes Mitglied ist ein in gleicher Weise qualifiziertes Ersatzmitglied zu bestellen.*

(4) *Der Opferschutzgruppe obliegen insbesondere die Früherken-nung von häuslicher Gewalt und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für häusliche Gewalt.*

(5) Die Opferschutzgruppe kann sich eine Geschäftsordnung geben, in der insbesondere die Anzahl der mindestens pro Jahr stattfindenden Sitzungen, die Einladungsfristen und Beschlusserfordernisse näher zu regeln sind.

(6) Von der Einrichtung der Opferschutzgruppe kann abgesehen werden, wenn die Kinderschutzgruppe (§19f) auch die Aufgaben der Opferschutzgruppe erfüllt. In diesem Fall ist zusätzlich zu den im § 19f Abs. 2 genannten Mitgliedern ein weiterer Vertreter des ärztlichen Dienstes gemäß Abs. 2 beizuziehen.

Verschwiegenheitspflicht

§ 20

(1) Für die bei Rechtsträgern von Krankenanstalten und in Krankenanstalten beschäftigten Personen sowie für die Mitglieder von Ausbildungskommissionen (§ 19 Abs. 3) und für die Mitglieder der NÖ Ethikkommission (§ 19e Abs. 4) besteht Verschwiegenheitspflicht, sofern ihnen nicht schon nach anderen gesetzlichen oder dienstrechtlichen Vorschriften eine solche Verschwiegenheit auferlegt ist. Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit erstreckt sich auf alle den Gesundheitszustand betreffenden Umstände sowie auf die persönlichen, wirtschaftlichen und sonstigen Verhältnisse der Patienten, die ihnen in Ausübung ihres Berufes bekannt geworden sind, bei *Entnahmen von Organen gemäß § 5 des Organtransplantationsgesetzes, BGBl. I Nr. 108/2012*, auch auf die Person des Spenders und des Empfängers.

(2) Durchbrechungen der Verschwiegenheitspflicht bestimmen sich nach den dienst- oder berufsrechtlichen Vorschriften. Im Übrigen besteht die Verschwiegenheitspflicht nicht, wenn die Offenbarung des Geheimnisses nach Art und Inhalt durch ein öffentliches Interesse, insbesondere durch Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege gerechtfertigt ist.

(3) Sofern es der Patient nicht ausdrücklich untersagt, kann von den in der Krankenanstalt beschäftigten Personen auf Anfragen im Einzelfall Auskunft erteilt werden, ob der Patient in die Krankenanstalt aufgenommen worden ist und wo er angetroffen werden kann. Dies gilt sinngemäß auch für die religiöse Betreuung.

Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen

§ 21

- (1) Die Krankenanstalten sind verpflichtet:
- a) Vormerke über die Aufnahme und Entlassung der Patienten (Aufnahmebuch) zu führen, in denen die Patienten jedenfalls unter fortlaufenden Nummern mit Vor- und Zuname (bei Frauen auch unter Angabe des Geburtsnamens), Geburtsdaten und bei nicht eigenberechtigten Patienten auch unter Angabe des Vor- und Zunamens, Berufes und Wohnortes ihres gesetzlichen Vertreters, ferner unter Bezeichnung der Krankheit, zu deren Behandlung die Aufnahme erfolgt ist, sowie des Aufnahme- und Entlassungstages bzw. des Todestages und der Todesursache einzutragen sind. Im Fall der Ablehnung der Aufnahme eines Patienten sind in der Aufnahmedokumentation die dafür maßgebenden Gründe festzuhalten. In Fällen, in denen sich Schwangere oder Gebärende in einer psychosozialen Not-situation befinden und daher das Leben oder die gedeihliche Entwicklung des Neugeborenen gefährdet erscheinen, kann über Wunsch der Frau von der Aufnahme der persönlichen Daten Abstand genommen werden (anonyme Geburt). Über die Folgen einer anonymen Geburt ist sie in Anwesenheit und unter Mitwirkung eines Mitarbeiters der örtlich zuständigen Jugendabteilung (Bezirksverwaltungsbehörde) in Kenntnis zu setzen. Dies ist in der Krankengeschichte zu dokumentieren. Die Identifikation erfolgt ausschließlich über die Aufnahmezahl. Für eine allfällig später erforderliche Identifikation aus der Sicht der Mutter ist ihr die Aufnahmezahl bekanntzugeben. Dieser Umstand ist ebenfalls zu dokumentieren.

- b) Krankengeschichten anzulegen, in denen die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese), der Zustand des Patienten zur Zeit der Aufnahme (status praesens) und der Krankheitsverlauf (decursus morbi) sowie der Zustand des Patienten zur Zeit seines Abganges aus der Krankenanstalt darzustellen ist. Die Krankengeschichte hat ferner die angeordneten Maßnahmen sowie die erbrachten ärztlichen und gegebenenfalls zahnärztlichen Leistungen einschließlich Medikation (insbesondere hinsichtlich Name, Dosis und Darreichungsform) und die Aufklärung des Patienten zu enthalten. Aus der Krankengeschichte müssen weiters der Ablauf der Diagnostik und die Grundlagen für die therapeutischen Konsequenzen ersichtlich sein. In der Krankengeschichte sind ferner sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen (Pflegedokumentation), einer allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinisch-technischen Dienste darzustellen. Die Leistungen sind von den anordnenden bzw. ausführenden Personen in der Krankengeschichte nachvollziehbar abzuzeichnen. Der Krankengeschichte ist eine Abschrift einer allfälligen Obduktionsniederschrift anzuschließen.
- c) Über Operationen sind eigene Operationsprotokolle zu führen und der Krankengeschichte beizulegen.
- d) Bei der Führung der Krankengeschichte sind Patientenverfügungen (§ 2 Abs. 1 Patientenverfügungsgesetz, BGBl. I Nr. 55/2006) des Patienten zu dokumentieren.
- e) Im Rahmen der Krankengeschichte sind allfällige Widersprüche gegen die Heranziehung zu Unterrichtszwecken sowie gegen die Entnahme von Organen (§ 5 des Organtransplantationsgesetzes, BGBl. I Nr. 108/2012) zu dokumentieren.

(2) Die Führung der Krankengeschichte obliegt hinsichtlich der ärztlichen und gegebenenfalls zahnärztlichen Leistungen dem für die Behandlung verantwortlichen Arzt bzw. Zahnarzt, hinsichtlich der sonstigen im Abs. 1 lit.b genannten Leistungen der für sie verantwortlichen Person. Während der Behandlungsdauer und nach ihrem Abschluß sind die Krankengeschichten so zu verwahren, daß eine mißbräuchliche Kenntnisnahme ihres Inhaltes ausgeschlossen wird. Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die Krankengeschichten, Operations- und Obduktionsprotokolle nach Abschluss des Behandlungsfalles mindestens 30 Jahre, allenfalls in

Form von Mikrofilmen oder auf anderen gleichwertigen Informationsträgern, deren Lesbarkeit für den Aufbewahrungszeitraum gesichert sein muss, in doppelter Ausfertigung, aufzubewahren. Bei Auflassung der Krankenanstalt und nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist sind die Krankengeschichten, Operations- und Obduktionsprotokolle unter Aufsicht zu vernichten, wenn der Leiter der Anstaltsabteilung keine längere Aufbewahrung anordnet.

(3) Die Krankenanstalten sind verpflichtet, den Gerichten und Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, ferner den Sozialversicherungsträgern und von Sozialversicherungsträgern beauftragten Sachverständigen sowie den Geschäftsführern des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds und von diesen beauftragten Sachverständigen oder Bediensteten des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds oder der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft (§ 91), soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten *oder Zahnärzten* oder Krankenanstalten über Anforderung kostenlos Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen *bzw. zahnärztlichen* Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patienten zu übermitteln. Ferner sind sonstigen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen (Sozialdienste, Sozialstationen) über deren Anforderung Abschriften jener Teile der Krankengeschichte kostenlos zu übermitteln, deren Kenntnisse für die weitere medizinische Betreuung der Patienten unbedingt erforderlich ist. Ferner sind den privaten Versicherungsträgern über deren Anforderung Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand des Patienten gegen Ersatz der damit verbundenen Aufwendungen zu übermitteln, soweit dies zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall notwendig ist und der Patient dem ausdrücklich schriftlich zugestimmt und dies im Einzelfall nicht untersagt hat. Außerdem ist dem Patienten oder seiner Vertrauensperson über Wunsch Einsicht in die Krankengeschichte zu gewähren oder ihnen *gegen angemessenen Kostenersatz* eine Abschrift derselben zu übermitteln, wobei die Ausfolgung vom ärztlichen Leiter der Krankenanstalt an die Erläuterung durch den behandelnden Arzt geknüpft werden kann, wenn dies zur Wahrung des Patientenwohles geboten ist.

(4) Bei der Entlassung eines Patienten ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Entlassungsbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere ärztliche, psychologische, psychotherapeutische und pflegerische Betreuung oder Betreuung durch Hebammen notwendigen Angaben und Empfehlungen sowie allfällige notwendige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste oder Heilmassseure zur unerlässlich gebotenen Betreuungskontinuität zu enthalten hat. In diesem sind die Angaben und Empfehlungen bzw. Anordnungen übersichtlich und zusammengefasst dazustellen. Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Medikation haben den vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise 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 diesem oder

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

zu übermitteln.

Weisen die Befunde auf bösartige oder sonstige schwere Erkrankungen hin, ist der Patient nachweislich hiervon in Kenntnis zu setzen und über sein Verlangen zu einer Befundbesprechung einzuladen. Auf diese Möglichkeit ist von der Krankenanstalt ausdrücklich hinzuweisen.

(5) Die Krankenanstalten sind ferner verpflichtet, den mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst betrauten Behörden alle Mitteilungen zu erstatten, die zur Einhaltung zwischenstaatlicher Verpflichtungen und zur Überwachung der Einhaltung bestehender Vorschriften erforderlich sind.

(6) Der verantwortliche ärztliche Leiter der Anstalt hat zu entscheiden, welchen Personen oder anderen als in Abs. 3 und 4 genannten Stellen Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen

Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patienten unter Beachtung der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht ausgefolgt werden können.

(7) Die Abgabe wissenschaftlich begründeter Gutachten wird durch die Bestimmungen der vorangegangenen Absätze nicht berührt.

(8) Die Rechtsträger von Krankenanstalten können die Speicherung, Verarbeitung und Aufbewahrung von Krankengeschichten – auch mittels automationsunterstützter Datenverarbeitung – entweder in der Krankenanstalt durchführen oder anderen Rechtsträgern übertragen. Für diese Rechtsträger und die in ihnen beschäftigten Personen kommen die Bestimmungen des § 20 sinngemäß zur Anwendung. Weitergaben von personenbezogenen Daten durch Rechtsträger, denen die Speicherung, Verarbeitung und Aufbewahrung übertragen wurde, sind nur über Auftrag des Rechtsträgers der Krankenanstalt zulässig.

(9) Röntgenbilder und andere Bestandteile der Krankengeschichten, deren Beweiskraft nicht 30 Jahre hindurch gegeben ist, sowie Krankengeschichten aus ausschließlich ambulanter Behandlung sind mindestens 10 Jahre aufzubewahren. Die Bestimmungen des Abs. 1 bis 8 gelten sinngemäß.

(10) Sofern es der Patient nicht ausdrücklich untersagt, dürfen patientenbezogene Vermerke am Krankenbett angebracht werden.

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

(12) Die Krankenanstalten sind verpflichtet, über die Entnahme von Organen *nach § 5 Organtransplantationsgesetz, BGBl. I Nr. 108/2012*, und über Entnahmen *nach § 4 Abs. 5 Gewebesicherheitsgesetz, BGBl. I Nr. 49/2008*, Niederschriften zur Krankengeschichte aufzunehmen und im Sinne des Abs. 2 zu verwahren.

Landeskrankenanstaltenplan

§ 21a

(1) Die Landesregierung hat auf Grundlage der in der Gesundheitsplattform des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds für die Gesundheitsregionen in Niederösterreich nach Vorgabe des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit beschlossenen Regionalen Strukturpläne Gesundheit *und auf Basis der gemeinsamen Festlegungen in der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit* einen Landeskrankenanstaltenplan (stationär und ambulant) für diese Gesundheitsregionen zu erlassen, *der sich im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages gemäß § 8 des Gesundheits-Zielsteuergesetzes, BGBl. I Nr. 81/2013, befindet*. Dabei sind, um eine verbindliche österreichweit auf einheitlichen Grundsätzen basierende Krankenanstalten- und Großgeräteplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die im Österreichischen Strukturplan Gesundheit vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und -methoden zu berücksichtigen.

(2) Im Landeskrankenanstaltenplan sind die Grundsätze gemäß Abs. 3 für:

1. öffentliche Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z. 1 und 2 mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie,
2. private Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z. 1 und 2 bezeichneten Art, die gemäß § 32 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind,

zu erlassen.

(3) Im Landeskrankenanstaltenplan sind jedenfalls festzulegen:

1. die Standorte der Fondskrankenanstalten,
2. die maximalen Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege und Intensivbereich) je Standort,
3. die medizinischen Fachbereiche je Standort,
4. die für die Fachbereiche jeweils vorgesehenen fachrichtungsbezogenen Organisationsformen je Standort,
5. Art und Anzahl der medizinisch-technischen Großgeräte je Standort,
6. die maximale Bettenzahl je Fachbereich bezogen auf das Land und Versorgungsregionen oder bezogen auf die Standorte,

7. Festlegung von Referenzzentren und speziellen Versorgungsbereichen je Standort.

(4) Erfolgen die Festlegungen gemäß Abs. 3 Z. 6 nicht bezogen auf die Standorte, sind für bettenführende NÖ Fondskrankenanstalten die zur Realisierung der beabsichtigten Bettenkapazitäten je Fachbereich und Standort im Regionalen Strukturplan Gesundheit (§ 2 Abs. 3 Z. 3 des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetzes 2006) zumindest unverbindlich mit Informationscharakter auszuweisen.

(5) Die Landesregierung hat den Regionalen Strukturplan Gesundheit auf der Homepage in der jeweils aktuellen Fassung zu veröffentlichen.

Wirtschaftsführung

§ 22

(1) Für jede Krankenanstalt ist eine hierfür geeignete Person als verantwortlicher Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten (Kaufmännischer Direktor) und das erforderliche Verwaltungspersonal zu bestellen. Bei Verhinderung des Kaufmännischen Direktors muß dieser von einer geeigneten Person vertreten werden.

(2) Als geeignet im Sinne des Abs. 1 ist eine Person dann anzusehen, wenn sie auf dem Gebiete der Betriebsführung der Krankenanstalt besonders ausgebildet und erfahren sowie für eine leitende Stelle befähigt ist.

(3) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat für die Ausbildung und Weiterbildung der in der Krankenanstaltsverwaltung und -leitung tätigen Personen Vorsorge zu treffen oder, soweit keine Beeinträchtigung des ordnungsgemäßen Betriebes der Krankenanstalt zu befürchten ist, ihnen die Inanspruchnahme solcher Bildungseinrichtungen zu ermöglichen.

(4) Die Landesregierung hat zur Durchführung der Ausbildung von Führungskräften im Verwaltungsdienst von Krankenanstalten im Sinne der Absätze 2 und 4 durch Verordnung Richtlinien zu erlassen. In diesen Richtlinien sind insbesondere zu regeln:

- a) die Art und Dauer der Ausbildung,
- b) die Voraussetzungen für die Durchführung der Ausbildung,
- c) der Lehrplan der Ausbildung,
- d) die vorzunehmenden Prüfungen,
- e) der Inhalt des Abschlußzeugnisses (Diplom),
- f) die aus der Absolvierung der Ausbildung erfließende Berufsbezeichnung, sowie
- g) die Anerkennung anderwertiger gleichartiger Ausbildungen.

(5) Die Ausbildung hat einen theoretischen und praktischen Teil zu enthalten und eine Ausbildungsdauer von mindestens 6 Monaten bis zu höchstens drei Jahren zu umfassen.

(6) *Die Durchführung solcher Ausbildungslehrgänge ist der Landesregierung anzuzeigen. Die Landesregierung hat die Durchführung binnen 6 Wochen ab Einlangen der Anzeige mit Bescheid zu untersagen, wenn die Voraussetzungen für die*

Vermittlung einer die jeweiligen Berufserfordernisse berücksichtigenden ausreichenden Ausbildung nicht gewährleistet sind. Weiters ist die Durchführung zu untersagen, wenn diese Voraussetzungen nachträglich wegfallen.

(7) Nach Absolvierung des Ausbildungslehrganges und Ablegung der erforderlichen Prüfungen ist ein Abschlußzeugnis (Diplom) auszustellen, das die dem Ausbildungsziel entsprechende Berufsbezeichnung schlüssig zum Ausdruck bringt.

Personalbedarfsermittlung, Personalplanung

§ 22a

Die Rechtsträger von bettenführenden Krankenanstalten sind verpflichtet, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, die Planung des Personaleinsatzes und die Erstellung des Dienstpostenplanes, ist fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Die Personalbedarfsermittlung ist nach wissenschaftlich anerkannten Methoden vorzunehmen. Über die Ergebnisse der

Personalplanung ist von der Anstaltsleitung der Landesregierung jährlich im Zusammenhang mit der Antragstellung gemäß § 24 Abs. 1 zu berichten.

Aufsicht

§ 23

(1) NÖ Fondskrankenanstalten unterliegen in behördlichen und rechtlichen Belangen der Aufsicht durch die Landesregierung und in finanziellen und betriebswirtschaftlichen Belangen der Aufsicht durch den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, der gemäß § 12 NÖ Gesundheits- und Sozialfondsgesetz der Aufsicht der NÖ Landesregierung unterliegt, weiters unterliegen sie der Gebärungskontrolle durch den Rechnungshof.

(2) Die Rechtsträger der im Abs. 1 genannten Krankenanstalten haben zum Betrieb einer Krankenanstalt Betriebsvorschüsse in angemessener Höhe zur Verfügung zu stellen und die Differenz zwischen den kassenmäßigen Ausgaben und Einnahmen der Anstalt laufend durch Zuweisung der entsprechenden Geldmittel abzudecken.

(3) Die Rechtsträger solcher Krankenanstalten haben einen Voranschlag zu erstellen. Der Voranschlag ist nach den Richtlinien des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds zu erstellen (§ 2 Abs. 1 Z. 7 und § 3 Abs. 3 des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetzes, LGBl. 9450).

Die Richtlinien haben zumindest folgende Grundsätze vorzusehen:

- a) Der Voranschlag hat in seinem allgemeinen Teil sämtliche Aufwendungen zu enthalten, die für den laufenden Betrieb und die Erhaltung der Krankenanstalt erforderlich sind. Den Aufwendungen sind alle Erträge gegenüber zu stellen, die sich aus dem laufenden Betrieb ergeben. Aufwendungen und Erträge, die sich durch die Errichtung, maßgebliche Umgestaltung und Erweiterung der Anstalt ergeben, ferner Abschreibungen vom Werte der Liegenschaft dürfen in den allgemeinen Teil des Voranschlages nicht aufgenommen werden, können aber in einem besonderen Teil des Voranschlages veranschlagt werden.
- b) Die Gebärungsvorgänge sind in Voranschlagsposten zu ordnen. Jede Voranschlagspost wird durch entsprechende Kennziffern bezeichnet. Die Landesregierung hat den Kontenrahmen unter Berücksichtigung der Bestimmungen der Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung, BGBl.Nr. 787/1996 in der Fassung BGBl. II Nr. 118/2007, in

der Weise anzuordnen, dass die Zuordnung der einzelnen Gebarungsvorgänge zu den einzelnen Voranschlagsposten ersichtlich ist.

- c) Den Voranschlagsposten sind die entsprechenden Beträge des Voranschlags des laufenden Jahres und des Rechnungsabschlusses des Vorjahres gegenüberzustellen.
- d) Dem Voranschlag ist ein Dienstpostenplan beizuschließen.
- e) Die Voranschläge sind dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds so rechtzeitig vorzulegen, dass eine Prüfung und Beschlussfassung im NÖ Gesundheits- und Sozialfonds noch vor Ablauf des Jahres möglich ist.
- f) Für den Fall von Abweichungen des Voranschlags von der Richtlinie können in der Richtlinie Regelungen, insbesondere über Voranschlagsprovisorien, Nachtragsvoranschläge und angemessene Sanktionen vorgesehen werden.

§ 24

(1) Die Voranschläge der Krankenanstalten bedürfen der Genehmigung durch die Landesregierung. Der Antrag auf Genehmigung des Voranschlages für das kommende Jahr ist in zweifacher Ausfertigung, der Voranschlag auf Datenträger oder mittels elektronischer Datenübermittlung bis 20. November beim NÖ Gesundheits- und Sozialfonds einzureichen. Der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds hat den Antrag, den Voranschlag und ein Gutachten binnen zehn Tagen an die Landesregierung weiterzuleiten.

(2) Wurde der Antrag rechtzeitig eingebracht, ist noch vor Ablauf des Jahres zu entscheiden. Der Voranschlag ist zu genehmigen, wenn er den Vorschriften des § 23 Abs. 3 entspricht oder nur in einzelnen Punkten von ihnen abweicht. In letzterem Falle ist im Genehmigungsbescheid auszusprechen, in welchem Ausmaße die Beträge des Voranschlages als Bestandteil des allgemeinen Teiles des Voranschlages angesehen werden.

(3) *(entfällt)*

(4) *(entfällt)*

(5) *(entfällt)*

(6) *(entfällt)*

(7) *(entfällt)*

§ 25

(1) Die *Rechtsträger* der im § 23 Abs. 1 genannten Krankenanstalten haben nach Abschluß des Rechnungsjahres (Kalenderjahres) die gesamten, innerhalb dieses Jahres vorgesehenen Gebahrungsvorgänge in Rechnungsabschlüssen nachzuweisen, deren Form und Gliederung von der Landesregierung unter Berücksichtigung der Bestimmungen der Voranschlags- und Rechnungsabschlußverordnung 1997, BGBl.Nr. 787/1996 in der Fassung BGBl. II Nr. 118/2007 anzuordnen sind.

(2) Die *Rechtsträger* der NÖ Fondskrankenanstalten haben bis 1. März des dem Rechnungsjahr folgenden Jahres dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds eine Aufstellung der Gesamtaufwendungen und der eigenen Einnahmen sowie eine Ermittlung des tatsächlichen Finanzbedarfes des abgelaufenen Kalenderjahres zu übermitteln. Der Rechnungsabschluß ist bis spätestens 30. April des dem Rechnungsjahr folgenden Jahres dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds in *zweifacher* Ausfertigung, mit einer Ausfertigung auf Datenträger und dem Antrag auf Genehmigung, vorzulegen.

Der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds hat den Antrag nach wirtschaftlicher Prüfung mit sämtlichen Unterlagen und einem Gutachten binnen vier Wochen an die Landesregierung weiterzuleiten.

(3) Über rechtzeitig eingebrachte Anträge auf Genehmigung der Rechnungsabschlüsse hat die Landesregierung bis spätestens 30. Juni des dem Rechnungsjahr folgenden Jahres zu entscheiden. Der Rechnungsabschluß ist zu genehmigen, wenn er von den Ansätzen des genehmigten Voranschlages nicht abweicht oder Abweichungen aufweist, die im Interesse der klaglosen Abwicklung des laufenden Betriebes unbedingt notwendig geworden sind und die darin enthaltenen Gebarungsvorgänge den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit entsprechen.

(4) Gemäß Abs. 3 nicht gerechtfertigte Abweichungen vom Voranschlag und Gebarungsvorgänge, die den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit nicht entsprechen, sowie Aufwendungen, die durch die nicht bewilligte Führung einer Abteilung (§ 10) oder eines Ambulatoriums (§ 43 Abs. 3) oder die Beschäftigung von Personen ohne die hiezu nötige Genehmigung (§§ 18 Abs. 1 und 38 Abs. 7) entstanden sind, sind im Genehmigungsbescheid nach Berichtigung allfälliger Rechnungsfehler betragsmäßig anzuführen. Ebenso sind verrechnete Leistungsorientierte Diagnosefallgruppen Punkte (LDF-Punkte), die über den genehmigten Leistungsumfang der NÖ Fondskrankenanstalt oder über die medizinisch-technische Ausstattung vergleichbarer Krankenanstalten hinausgehen sowie nicht im NÖ KAG vorgesehene Gebührenbeteiligungen anzuführen. In dem Genehmigungsbescheid ist auszusprechen, daß diese Beträge außerhalb des allgemeinen Teiles des Rechnungsabschlusses auszuweisen sind und vom Rechtsträger zu tragen sind.

(5) Ist der Rechnungsabschluß rechnerisch so unrichtig oder wurde von den Ansätzen des Voranschlages in einem solchen Umfange abgewichen, daß eine Entscheidung im Sinne des Abs. 3 nicht mehr möglich ist, ist der Antrag auf Genehmigung abzuweisen und eine neuerliche berichtigte Vorlage zu verlangen.

(6) Wurde der Antrag nach dem im Abs. 2 genannten Zeitpunkt eingebracht oder wurde nach Abweisung des Antrages gemäß Abs. 5 ein neuerlicher Rechnungsabschluß zur Genehmigung vorgelegt, ist darüber ohne unnötige Verzögerung zu entscheiden.

§ 26

(1) Die Landesregierung und der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds können im Zuge der Überprüfung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse *der in § 23 Abs. 1 genannten Krankenanstalten* und der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds überdies zur Überprüfung der Einhaltung der Richtlinien des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds alle hiezu erforderlichen Auskünfte verlangen und Organe zur Durchführung von Erhebungen in die Krankenanstalt entsenden. Der Rechtsträger der Krankenanstalt ist verpflichtet, den Erhebungsorganen Zutritt zu allen Räumen der Anstalt zu gewähren, die erbetenen Auskünfte zu erteilen und alle schriftlichen Aufzeichnungen auf Verlangen vorzuweisen. Stellt das Erhebungsorgan rechnerisch unrichtige Angaben fest, so hat es den Rechtsträger der Anstalt zur sofortigen Richtigstellung aufzufordern.

(2) Über den Bestand, die Zugänge und Ausgänge der Gebrauchs- und Verbrauchsgegenstände sowie der vermögenswirksamen Anschaffungen der Krankenanstalt sind laufend übersichtliche Aufzeichnungen zu führen.

§ 27

(entfällt)

§ 27a

(1) Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist ein geeigneter Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als verantwortlicher Leiter (Pflegedirektor) des Pflegedienstes zu bestellen. Dem verantwortlichen Leiter des Pflegedienstes (Pflegedirektor) fällt insbesondere die Aufgabe zu, den Dienst im pflegerischen Bereich der Krankenanstalt zu koordinieren und auf die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der pflegerischen Versorgung der Krankenanstalt hinzuwirken. Bei Verhinderung des verantwortlichen Leiters (Pflegedirektor) muß dieser (diese) von einem geeigneten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege vertreten werden.

(2) Als geeignet im Sinne des Abs. 1 sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege anzusehen, die über die nötige Berufserfahrung verfügen, für eine leitende Stelle befähigt sind und eine Sonderausbildung für leitendes Pflegepersonal absolviert haben. Bis 31. Dezember 2006 darf die Leitung des Pflegedienstes vor Absolvierung der entsprechenden Sonderausbildung ausgeübt werden. Die erfolgreiche Absolvierung der Sonderausbildung ist innerhalb von drei Jahren nach Aufnahme der Tätigkeit nachzuweisen.

(3) Erfolgt die Beschäftigung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und von Angehörigen der Pflegehilfe im Wege der Arbeitskräfteüberlassung nach den Bestimmungen des Arbeitskräfteüberlassungsgesetzes – AÜG, BGBl.Nr. 196/1988 in der Fassung BGBl. I Nr. 82/2008, so ist das im § 35 Abs. 2 Z. 1 und im § 90 Abs. 2 Z. 1 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, BGBl. I Nr. 108/1997 in der Fassung BGBl. I Nr. 101/2008, festgelegte Verhältnis pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten.

Psychologische Betreuung und
psychotherapeutische Versorgung

§ 27b

(1) Die Rechtsträger von bettenführenden Krankenanstalten haben für eine ausreichende klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung der Patienten sowie für eine ausreichende Versorgung auf dem Gebiet der Psychotherapie durch fachlich qualifizierte Personen zu sorgen.

(2) Fachlich qualifiziert sind jene Personen, die eine Berufsbezeichnung als klinischer Psychologe, als Gesundheitspsychologe oder als Psychotherapeut aufweisen, sowie auch Fachärzte für

Psychiatrie und sonstige Ärzte, die eine von der Österreichischen Ärztekammer angebotene und/oder anerkannte Zusatzausbildung für diese Aufgaben absolviert haben.

(3) Vereinbarungen von zwei oder mehreren Rechtsträgern von Krankenanstalten zur gemeinsamen Erfüllung der Verpflichtungen gemäß Abs. 1 sind zulässig, solange eine ausreichende Versorgung gesichert ist.

Supervision

§ 27c

(1) Die Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalten haben durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, daß den in der Krankenanstalt beschäftigten und einer entsprechenden Belastung ausgesetzten Personen im Rahmen ihrer Dienstzeit und auf Kosten des Rechtsträgers im erforderlichen Ausmaß Gelegenheit zur Teilnahme an einer berufsbegleitenden Supervision geboten wird. Die Supervision ist durch entsprechend fachlich qualifizierte Personen, die der Verschwiegenheitspflicht unterliegen, auszuüben.

(2) (Verfassungsbestimmung) Der Supervisor ist in dieser Tätigkeit nicht weisungsgebunden.

(3) Als fachlich geeignet gilt eine Person, die eine Berufsberechtigung als Psychologin oder Psychotherapeutin mit Zusatzausbildung "Supervisor" absolviert hat, oder eine sonstige aufgrund ihrer einschlägigen Berufsausbildung und Berufserfahrung geeignete Person, sofern sie über eine Zusatzausbildung als Supervisor verfügt, sowie auch Fachärzte für Psychiatrie und sonstige Ärzte, die eine von der Österreichischen Ärztekammer angebotene und/oder anerkannte Zusatzausbildung für diese Aufgaben absolviert haben.

(4) *Der Supervisor muss die Landesregierung auf Verlangen über alle Gegenstände seiner Geschäftsführung informieren.*

(5) *Die Landesregierung kann den Supervisor aus wichtigem Grund abberufen, insbesondere wenn*

1. *er seine Funktion nicht mehr ausüben kann oder*
2. *die Voraussetzungen für seine Bestellung nachträglich weggefallen sind.*

Ein abberufener Supervisor ist durch einen neuen zu ersetzen.

Fortbildung des nichtärztlichen Personals

§ 27d

Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben sicherzustellen, daß eine regelmäßige Fortbildung der Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, der Anstaltshebammen, der Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste sowie des übrigen in Betracht kommenden nichtärztlichen Personals gewährleistet ist. Für die Fortbildung ist entweder im Rahmen der Krankenanstalt oder, soweit keine Beeinträchtigung des ordnungsgemäßen Betriebes der Krankenanstalt zu befürchten ist, durch den Besuch von auswärtigen Veranstaltungen Vorsorge zu treffen.

Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung

§ 28

(1) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten ist von Amts wegen oder auf Antrag des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds oder des Rechtsträgers abzuändern oder zurückzunehmen, wenn eine für die Erteilung der Bewilligung zur Errichtung vorgeschriebene Voraussetzung, insbesondere die Übereinstimmung mit dem *Landeskrankenanstaltenplan*, weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt.

(2) Die Bewilligung zum Betriebe einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten ist von Amts wegen oder auf Antrag des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds oder des Rechtsträgers ist zurückzunehmen oder abzuändern, wenn

- a) eine für die Erteilung der Bewilligung zum Betriebe vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt,
- b) der Betrieb der Krankenanstalt entgegen den Vorschriften des § 74 unterbrochen oder die Krankenanstalt aufgelassen worden ist,
- c) Abteilungen oder andere Organisationseinheiten der NÖ Fonds-krankenanstalt unwirtschaftlich geführt werden oder eine unterdurchschnittliche Auslastung im NÖ-weiten Vergleich vorliegt.

(3) Die Bewilligung kann zurückgenommen werden, wenn sonstige schwerwiegende Mängel trotz Aufforderung innerhalb einer festgesetzten Frist nicht behoben werden.

(4) Zur Zurücknahme ist die Landesregierung zuständig.

(5) Die Zurücknahme einer Errichtungs- oder Betriebsbewilligung ist unverzüglich der Bundesgesundheitsagentur bekannt zu geben.

Informationsweitergabe über den Betrieb

§ 29

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

Hauptstück C

Besondere Bestimmungen für öffentliche Krankenanstalten Allgemeines

§ 30

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

Voraussetzungen für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes

§ 31

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

§ 32

Als gemeinnützig ist eine Krankenanstalt zu betrachten, wenn

- a) ihr Betrieb nicht die Erzielung eines Gewinnes bezweckt,
- b) jeder Aufnahmebedürftige nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufgenommen wird (§ 39 Abs. 2),

- c) die Patienten solange 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, die Pflege sowie, unbeschadet einer Aufnahme in die Sonderklasse, für Verpflegung und Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand des Patienten maßgeblich ist,
- e) LKF-Gebühren gemäß § 49 Abs. 2 und 3 für gleiche Leistungen der Krankenanstalt oder die Pflegegebühren für Privatpatienten (§ 46) sowie für Patienten der Träger der Sozialhilfe (§ 60) derselben Gebührenklasse, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen und sonstige bettenführende Organisationseinheiten oder Pflegegruppen für Akutkranke und für Langzeitbehandlung und auf Tag- oder Nachtbetrieb sowie den halbstationären Bereich in gleicher Höhe festgesetzt ist,
- f) die Bediensteten der Krankenanstalt unbeschadet des § 45 Abs. 1 dieses Gesetzes und § 46 Abs. 1 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl.Nr. 1/1957 in der Fassung BGBl. I Nr. 49/2008, von 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.

Sonderklasse

§ 33

(1) Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten können nach Maßgabe des § 32 lit.g Krankenzimmer der Sonderklasse einrichten. Die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten soll mindestens 15 v.H. der für die Anstaltspflege bereitstehenden Bettenzahl betragen. Die Sonderklasse unterscheidet sich von der allgemeinen Gebührenklasse durch eine bessere Ausstattung und Lage der Krankenzimmer, eine geringere Bettenanzahl in den Krankenzimmern und sonstige zusätzliche Leistungen der Krankenanstalt, insbesondere auch hinsichtlich der Verpflegung soweit diese nicht die medizinische und pflegerische Betreuung betreffen.

(2) In die Sonderklasse sind Patienten nur über eigenes Verlangen aufzunehmen, wenn vorher eine schriftliche Verpflichtungserklärung über die Tragung der Pflege- und Sondergebühren beigebracht wird. Über den Umfang der Verpflichtung ist der Patient bzw. sein gesetzlicher Vertreter aufzuklären.

Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes

§ 34

(1) Das Öffentlichkeitsrecht wird von der Landesregierung verliehen. Die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes ist in den "Amtlichen Nachrichten der NÖ Landesregierung" zu verlautbaren.

(2) Bei Erweiterung einer öffentlichen Krankenanstalt durch Einrichtung einer neuen Abteilung, sonstigen bettenführenden Organisationseinheiten, eines Institutes oder eines neuen Ambulatoriums, bei ihrer Verlegung und bei sonstigen erheblichen Veränderungen in ihrem Betrieb besteht das Öffentlichkeitsrecht nur weiter, wenn die Voraussetzungen hierfür vorliegen. Die Voraussetzungen für den Fortbestand des Öffentlichkeitsrechtes sind in diesem Falle erneut zu überprüfen. Der Fortbestand oder das Erlöschen eines Öffentlichkeitsrechtes ist im Sinne des Abs. 1 zu verlautbaren.

Sicherstellung der öffentlichen Krankenanstaltspflege

§ 35

(1) Die Landesregierung ist verpflichtet, unter Bedachtnahme auf den Landeskrankenanstaltenplan Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen (§ 39 Abs. 3) in Niederösterreich entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen. Die Anstaltspflege gilt auch durch die Errichtung und den Betrieb öffentlicher Krankenanstalten durch andere Rechtsträger als das Land Niederösterreich als sichergestellt. Die Anstaltspflege gilt auch als sichergestellt, wenn die medizinische Versorgung durch Kooperationsformen gemäß § 35a mehrerer Krankenanstalten gewährleistet ist. Für Personen, die im Grenzgebiet zu einem anderen Land wohnen, ist die Anstaltspflege auch dadurch sichergestellt, daß diese Personen im Falle der Anstaltsbedürftigkeit in Krankenanstalten des benachbarten Landes aufgenommen werden.

(2) Je nach den örtlichen Verhältnissen ist für 50.000 bis 90.000 Bewohner eine Standardkrankenanstalt (§ 2a Abs. 1 lit.a und Abs. 4) und für 250.000 bis 300.000 Bewohner eine Schwerpunktkrankenanstalt (§ 2a Abs. 1 lit.b) einzurichten; von der Errichtung einer Standardkrankenanstalt kann abgesehen werden, wenn im jeweiligen Einzugsgebiet die Voraussetzungen des § 2a Abs. 1 lit.a oder Abs. 4 durch Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten erfüllt werden, die von einer Schwerpunktkrankenanstalt disloziert geführt werden. Bei Vorliegen besonderer topografischer oder verkehrsmäßiger Verhältnisse können diese Zahlen sowohl unter- als auch überschritten werden.

(3) Durch die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der öffentlichen Krankenanstalten ist nach Maßgabe eines sachbezogenen Raumordnungsprogrammes sicherzustellen, daß für anstaltsbedürftige Personen (§ 39 Abs. 3), insbesondere für unabweisbare Kranke (§ 39 Abs. 4), eine zureichende Zahl an Betten der allgemeinen Gebührenklasse vorhanden ist (§ 70 Abs. 2 und § 72 Abs. 2).

(4) Zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Krankenanstaltenpflege können für die Errichtung und den Ausbau öffentlicher Krankenanstalten Grundstücke und andere dingliche Rechte gemäß § 16 des NÖ Raumordnungsgesetzes 1974, LGBl. 8000, enteignet werden.

Kooperationsformen

§ 35a

(1) Die Rechtsträger der NÖ Fondskrankenanstalten können zum Zwecke der besseren wirtschaftlichen Führung Kooperationsübereinkommen abschließen.

(2) Die Rechtsträger der NÖ Fondskrankenanstalten können sich zum Zwecke der besseren medizinischen Versorgung der Patienten im Rahmen einer verstärkten Kooperation durch Verträge, zu einem Krankenanstaltenverbund zusammenschließen. Die im Rahmen eines Krankenanstaltenverbundes zusammengeschlossenen Krankenanstalten sind jedoch weiterhin selbständige Einrichtungen ihrer Rechtsträger mit eigenen Anstaltsordnungen und Anstaltsleitungen.

(3) Mit der Übertragung der Rechtsträgerschaft auf eine juristische Person entsteht ein Krankenanstaltenverband. Die Errichtung eines Krankenanstaltenverbandes in der Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechtes erfolgt durch Landesgesetz.

(4) Die bisherigen Rechtsträger der NÖ Fondskrankenanstalten sind im Falle der Übertragung ihrer Rechtsträgerschaft auf einen Krankenanstaltenverband hinsichtlich ihrer Trägerleistungen weiterhin wie Rechtsträger zu behandeln.

(5) Besitzen die in einem Krankenanstaltenverband zusammengeschlossenen Krankenanstalten eine gemeinsame Anstaltsleitung und eine Anstaltsordnung, sind sie eine einzige Krankenanstalt.

(6) Die Verträge zur Kooperation gemäß Abs. 1 sind der Landesregierung anzuzeigen. Die Verträge gemäß Abs. 2 und 3 bedürfen der Genehmigung der Landesregierung.

(7) Ein Rechtsträger von NÖ Fondskrankenanstalten kann bestehende Einrichtungen im Sinne des § 2 Abs. 1 Z. 1 oder 2 mit Bewilligung der Landesregierung an mehreren räumlich getrennten Standorten in einer Versorgungsregion als eine einheitliche Krankenanstalt führen, wenn eine gemeinsame Anstaltsleitung bestellt und eine gemeinsame Anstaltsordnung in Kraft gesetzt wird. Als Sitz dieser Krankenanstalt ist jener Ort anzusehen, von dem aus von der Anstaltsleitung überwiegend die Geschäfte geführt werden.

(8) Eine Bewilligung im Sinne des Abs. 7 ist nur zu erteilen, wenn

1. keine Qualitätsminderung der medizinischen Versorgung der Patienten zu besorgen ist,
2. diese Organisationsform im Sinne einer zweckmäßigen Wirtschaftsführung gelegen ist und
3. die Bestimmungen über die Organisation des ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes eingehalten werden.

(9) In einem Bewilligungsbescheid nach Abs. 7 ist der Sitz der einheitlichen Krankenanstalt festzusetzen und auszusprechen, ob der einheitlichen Krankenanstalt das Öffentlichkeitsrecht zukommt. Der Bescheid ist in seinen wesentlichen Teilen in den Amtlichen Nachrichten der NÖ Landesregierung kundzumachen. Auf das Bewilligungsverfahren hinsichtlich der gemeinsamen Anstaltsordnung finden die Bestimmungen des § 16 sinngemäß Anwendung.

Versorgungsregionen

§ 35b

(1) Zur Sicherstellung der öffentlichen Krankenanstaltenpflege werden fünf Versorgungsregionen gebildet. Die Zuweisung des Versorgungsauftrages der jeweiligen Region erfolgt über den Landeskrankenanstaltenplan. Die Versorgungsregionen werden aus den Einzugsbereichen der jeweils zugeordneten NÖ Fondskrankenanstalten gebildet. Diese sind:

- a) Versorgungsregion Thermenregion mit den Krankenanstaltenstandorten Baden, Hohegg, Mödling, Neunkirchen, Wr. Neustadt;
- b) Versorgungsregion Mostviertel mit den Krankenanstaltenstandorten Amstetten, Mauer bei Amstetten, Melk, Scheibbs, Waidhofen/ Ybbs;
- c) Versorgungsregion Waldviertel mit den Krankenanstaltenstandorten Gmünd, Horn, Waidhofen/ Thaya, Zwettl;
- d) Versorgungsregion Weinviertel mit den Krankenanstaltenstandorten Hollabrunn, Korneuburg, Stockerau, Mistelbach (einschließlich Medizinisches Zentrum Gänserndorf), Hainburg;

- e) Versorgungsregion NÖ Mitte mit den Krankenanstaltenstandorten Tulln, Klosterneuburg, Krems, Lilienfeld, St. Pölten.
- (2) Je Versorgungsregion wird einer Krankenanstalt die Funktion der Regionalen Schwerpunktkrankenanstalt zugeordnet. Teilbereiche der Schwerpunktversorgung können auch andere Krankenanstalten der Versorgungsregion zugeordnet werden.
- (3) Die zentralen Versorgungsaufgaben für das gesamte Landesgebiet werden einer oder mehreren Regionalen Schwerpunktkrankenanstalten zugeordnet, die damit Landeschwerpunktkrankenanstalten werden.
- (4) Die konkreten Zuordnungen der Funktionen und der Versorgungsstufen haben im Landeskrankenanstaltenplan zu erfolgen.

Verwendung und Offenlegung von Drittmitteln

§ 35c

- (1) Drittmittel sind finanzielle und geldwerte Zuwendungen von Dritten an Krankenanstalten, die insbesondere zu Forschungs- und Weiterbildungszwecken zur Verfügung gestellt werden.*
- (2) Der Rechtsträger einer Krankenanstalt ist befugt, Drittmittel entgegen zu nehmen.*
- (3) Drittmittel dürfen von Krankenanstalten ausschließlich für Zwecke verwendet werden, die den Aufgaben der Krankenanstalten dienen. Bei Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität oder Medizinischen Privatuniversität dienen, dürfen Drittmittel zusätzlich für Zweck der Lehre und Forschung verwendet werden.*
- (4) Die Entgegennahme von Drittmitteln kann durch eine Richtlinie näher ausgestaltet werden. Eine solche Richtlinie hat die maßgeblichen Kriterien hinsichtlich der Transparenz und Dokumentation für die Annahme und Verwendung von Drittmitteln zu enthalten und darf kein Verhalten fördern, das mit rechtlichen Bestimmungen und ethischen Grundsätzen unvereinbar ist. Mit dem Fördergeber ist eine entsprechende Sponsoringvereinbarung abzuschließen.*

Angliederungsverträge

§ 36

- (1) Angliederungsverträge sind Verträge, die zwischen den Rechtsträgern von öffentlichen oder einer öffentlichen und einer privaten Krankenanstalt über die stationäre und/oder ambulante Behandlung von Patienten der ersteren Krankenanstalt (Hauptan-*

stalt) in der letzteren (angegliederte Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt abgeschlossen werden.

(2) Angliederungsverträge bedürfen zu ihrer *Gültigkeit* der Genehmigung der Landesregierung. Diese Genehmigung ist nur zu erteilen, wenn der Abschluß eines Angliederungsvertrages die einzige Möglichkeit der Sicherstellung der öffentlichen Krankenpflege bildet oder andere Möglichkeiten wesentlich unwirtschaftlicher wären. Die Genehmigung ist insbesondere dann zu versagen und eine erteilte Genehmigung zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem Landeskrankenanstaltenplan widersprechenden Zustand führen würde oder geführt hat. Im Verfahren ist eine Stellungnahme des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds einzuholen.

(3) Die von der Hauptanstalt in der angegliederten Krankenanstalt untergebrachten Patienten gelten als Patienten der Hauptanstalt.

(4) Ein Angliederungsvertrag zwischen Krankenanstalten, die in verschiedenen Bundesländern liegen, ist nur dann *gültig*, wenn die NÖ Landesregierung und die Landesregierung, die für die nicht in Niederösterreich gelegene Krankenanstalt zuständig ist, den Vertrag genehmigt haben.

Arzneimittelvorrat

§ 37

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

(2) Der Arzneimittelvorrat ist hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit der einzelnen Arzneimittel vom Amtsarzt der Bezirksverwaltungsbehörde mindestens einmal in zwei Jahren zu überprüfen. Die Bestimmungen des § 5 der *Apothekenbetriebsordnung 2005, BGBl. II Nr. 65/2005*, sind sinngemäß anzuwenden.

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

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

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

Blutdepot
§ 37a

(1) Jede Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalt hat über ein Blutdepot zu verfügen. Daneben müssen in Standardkrankenanstalten Blutdepots eingerichtet werden, sofern sich nach Art und Leistungsangebot der Krankenanstalt ein Bedarf ergibt. Die Blutdepots dienen der Lagerung und Verteilung von Blut und Blutbestandteilen sowie der Durchführung der Kompatibilitätstests für krankenhausinterne Zwecke. Sie sind von einem fachlich geeigneten Facharzt zu leiten und mit dem zur Erfüllung der Aufgaben erforderlichen und fachlich qualifizierten Personal auszustatten. Der Leiter und das Personal müssen durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen rechtzeitig und regelmäßig auf den neuesten Stand der Wissenschaften gebracht werden.

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

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

(4) Die Lagerung und Verteilung von Blut und Blutbestandteilen durch Blutdepots hat den Anforderungen gemäß Art. 29 lit. e) der Richtlinie 2002/98/EG zur Festlegung von Qualitäts- und Gesundheitsstandards für die Gewinnung, Testung, Verarbeitung, Lagerung und Verteilung von menschlichem Blut und Blutbestandteilen und den Anforderungen gemäß Anhang V der Richtlinie 2004/33/EG der Kommission zur Durchführung der Richtlinie 2002/98/EG zu entsprechen.

Öffentliche Stellenausschreibung

§ 38

(1) Die Stelle des ärztlichen Leiters einer öffentlichen Krankenanstalt sowie die Stellen jener Ärzte, die eine Abteilung, ein Department, einen Fachschwerpunkt, ein Laboratorium, ein Institut oder ein Ambulatorium in einer öffentlichen Krankenanstalt verantwortlich leiten oder als ständige Konsiliarärzte bestellt werden sollen, sowie die Stelle jener Apotheker, die mit der Leitung einer Anstaltsapothek betraut oder als Konsiliarapotheker herangezogen werden sollen, sowie die Stellen des Kaufmännischen Direktors und des Pflegedirektors sind öffentlich auszuschreiben. *Eine öffentliche Ausschreibung entfällt, wenn ein Arzt, der bereits in einem Beschäftigungsverhältnis zu einem Rechtsträger einer öffentlichen Krankenanstalt steht, zum ständigen Konsiliararzt einer Krankenanstalt desselben Rechtsträgers bestellt werden soll.* Für die Bewerbung ist eine Frist von mindestens vier Wochen einzuräumen. Vor der Kundmachung ist der Kundmachungstext mit allfälligen Beilagen dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds zur Stellungnahme vorzulegen, wobei insbesondere der Anstaltszweck und der Versorgungsauftrag zu berücksichtigen sind. *Bei Stellen, die mit Ärzten zu besetzen sind, ist der Kundmachungstext mit allfälligen Beilagen dem Landessanitätsrat zur Kenntnisnahme vorzulegen.*

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

(3) Die im Abs. 1 bezeichneten offenen Stellen sind unter Angabe der bei der Anstellung zur Anwendung gelangenden Dienstvorschriften in den "Amtlichen Nachrichten der NÖ Landesregierung" zu verlautbaren. Die Bewerber sind zu verhalten, alle Nachweise über ihre Ausbildung und bisherige fachliche Tätigkeit sowie allenfalls von ihnen verfaßte wissenschaftliche Schriften oder ein Verzeichnis derselben sowie einen Lebenslauf vorzulegen. Bewirbt sich ein Arzt oder ein Apotheker um die ausgeschriebene Stelle, ist die Ärztekammer für Niederösterreich bzw. die Österreichische Apothekerkammer von der Ausschreibung zu verständigen.

(4) Nach Ablauf der Einreichungsfrist hat der *Rechtsträger* der öffentlichen Krankenanstalt Dienstbeschreibungen von den *Rechtsträgern* jener öffentlichen Krankenanstalten einzuholen, an denen die Bewerber bisher tätig waren.

(5) Hernach hat der *Rechtsträger der Krankenanstalt*, soferne die Bewerber Ärzte sind, die Gesuche mit den Beilagen und den Dienstbeschreibungen dem Landessanitätsrat zur Begutachtung zu übermitteln. Der Landessanitätsrat hat in seinem Gutachten zunächst mit einer kurzen Begründung die Eignung oder Nichteignung der einzelnen Bewerber zur angestrebten Anstellung zu beurteilen. Sodann sind die Bewerber zu reihen, wobei mehrere an eine Stelle gestellt werden können. Die Reihung ist eingehend zu begründen.

Die Begründung der Eignung bzw. der Nichteignung und Reihung der Bewerber hat sich sowohl auf die ärztliche Qualifikation in Hinblick auf den Anstaltszweck und den Versorgungsauftrag der Krankenanstalt als auch auf deren Befähigung für eine leitende ärztliche Stelle zu erstrecken. Das Gutachten ist mit den vorgelegten Unterlagen dem Rechtsträger der Krankenanstalt, eine Abschrift des Gutachtens der Landesregierung zu übermitteln.

(6) Dem Antrag auf Genehmigung eines leitenden Arztes (Leiters des Pathologischen Institutes) gemäß § 18 Abs. 1 sind die Gesuche mit den Beilagen und den Dienstbeschreibungen aller Bewerber anzuschließen.

(7) (entfällt)

Aufnahme von Patienten

§ 39

(1) Patienten können nur durch die Anstaltsleitung auf Grund der Untersuchung durch den hiezu bestimmten Anstaltsarzt aufgenommen werden. Die Beurteilung der Anstaltsbedürftigkeit eines Patienten und die Entscheidung über dessen weitere Versorgung, vor allem während der Nachtzeit und während des Wochenendes und an Feiertagen, können an einer organisatorisch-unselbständigen Aufnahmestation erfolgen. Soll die Aufnahme des Patienten nur bis zur Dauer eines Tages (tagesklinisch) auf dem Gebiet eines Sonderfaches erfolgen, für das eine Abteilung, ein Department oder ein Fachschwerpunkt nicht vorhanden sind, so dürfen nur solche Patienten aufgenommen werden, bei denen nach den Umständen des Einzelfalles das Vorhandensein einer derartigen Organisationseinheit für allfällige Zwischenfälle voraussichtlich nicht erforderlich sein wird. Durch tagesklinische Aufnahmen darf der Anstaltszweck nicht erweitert werden.

(2) Die Aufnahme von Patienten ist auf anstaltsbedürftige Personen und auf Personen, die sich einem operativen Eingriff unterziehen, beschränkt. Bei der Aufnahme ist auf den Zweck der Krankenanstalt und auf den Umfang der Anstaltseinrichtungen Bedacht zu nehmen. Unabweisbare Kranke müssen in Anstaltspflege genommen werden. Anstaltsbedürftige Personen nur dann, wenn Leistungsansprüche aus der sozialen Krankenversicherung bestehen.

(3) Anstaltsbedürftig im Sinne des Abs. 2 sind,

- a) Personen, deren auf Grund ärztlicher Untersuchung festgestellter geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Krankenanstaltspflege erfordert,
- b) Personen, die ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungs-sachen zum Zweck einer Befundung oder einer Begutachtung in die Krankenanstalt einweist,

- c) gesunde Personen zur Vornahme einer klinischen Prüfung eines Arzneimittels oder eines Medizinproduktes sowie
- d) Personen, die der Aufnahme in die Krankenanstalt zur Vornahme von Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin bedürfen.

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

(5) Ist die Aufnahme eines unabweisbaren Kranken (Abs. 4) in die allgemeine Gebührenklasse wegen Platzmangels nicht möglich, hat ihn die Krankenanstalt ohne Verrechnung von Mehrkosten so lange in die Sonderklasse aufzunehmen, bis der Platzmangel in der allgemeinen Gebührenklasse behoben ist und der Gesundheitszustand des Kranken die Verlegung zuläßt. Dies gilt sinngemäß für die Aufnahme jeder anstaltsbedürftigen Person (Abs. 3), wenn in den Krankenzimmern der Sonderklasse unter Berücksichtigung der notwendigen Bettenreserve unbelegte Betten vorhanden sind.

(6) Über die Abweisung von Patienten sind Vormerkungen zu führen.

(7) Im Falle der Behandlung eines Patienten in fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 2b) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 16 Abs. 5) ist dieser Patient der Krankenanstalt, in der er sich befindet.

§ 40

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

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

(3) Wenn es die räumlichen Verhältnisse und die Belegung der Krankenanstalt erlauben, ist die Aufnahme sonstiger nicht anstaltsbedürftiger Begleitpersonen im Zimmer oder auf der Station des aufgenommenen Patienten zu ermöglichen. Hierüber entscheidet grundsätzlich die Anstaltsleitung. Die Unterbringung von Anstalts-

bedürftigen im Rahmen der interdisziplinären Bettenutzung hat jedoch Vorrang gegenüber der Aufnahme von nicht anstaltsbedürftigen Begleitpersonen.

Entlassung von Patienten

§ 41

(1) Patienten, die auf Grund des durch anstaltsärztliche Untersuchung festgestellten Behandlungserfolges der Anstaltspflege nicht mehr bedürfen, sind aus der Anstaltspflege zu entlassen. Anstalts-

bedürftige Patienten sind zu entlassen, wenn ihre Überstellung in eine andere Krankenanstalt notwendig wird und sichergestellt ist. Die von der Anstaltsleitung bestimmten Anstaltsärzte haben vor jeder Entlassung durch Untersuchung festzustellen, ob der Patient geheilt, gebessert oder ungeheilt entlassen wird. Anlässlich der Entlassung ist dem Patienten ein Entlassungsschein auszufolgen.

(2) Kann der Patient nicht sich selbst überlassen werden, so ist der Träger der öffentlichen Fürsorge vor der Entlassung rechtzeitig zu verständigen.

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

Leichenöffnung (Obduktion)

§ 42

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

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

(3) Über jede Obduktion ist eine Niederschrift aufzunehmen und gemäß § 21 Abs. 2 zu verwahren.

Anstaltsambulatorien

§ 43

(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 es

- a) zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe,
- b) 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,

- c) 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,
- d) zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege oder
- e) im Zusammenhang mit Organ- oder Blutspendern oder
- f) zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten oder
- g) für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin

notwendig ist.

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

(3) Für die Durchführung der im Abs. 1 lit.b – lit.g sowie der im Abs. 2 vorgesehenen ambulanten Untersuchungen haben die Rechtsträger der Krankenanstalten jedenfalls ein interdisziplinäres Anstaltsambulatorium in Abstimmung mit dem niedergelassenen Bereich einzurichten, das der Genehmigung der Landesregierung bedarf. Die Genehmigung ist in sinngemäßer Anwendung der §§ 4 – 12 zu erteilen. In den Anstaltsambulatorien dürfen Untersuchungen und Behandlungen gemäß Abs. 1 lit.c und d nur durchgeführt werden, wenn die Zuweisung eines niedergelassenen Arztes vorliegt.

(4) Für die ambulatorische Erste ärztliche Hilfeleistung und die ambulanten Leistungen im Zusammenhang mit Organ- oder Blutspenden ist, sofern ein eigener verantwortlicher Leiter nicht zur Verfügung steht, als verantwortlicher Leiter der Leiter der chirurgischen Abteilung der Anstalt zu bestellen.

(5) Die Bestimmungen des § 2 Abs. 1 Z. 5 vorletzter und letzter Satz gelten sinngemäß auch für den Betrieb von Anstaltsambulatorien.

(6) Der Rechtsträger einer öffentlichen Krankenanstalt hat dem diensthabenden Arzt die zur Blutabnahme (§ 5 Abs. 4a, 8 und 10 Straßenverkehrsordnung 1960, BGBl.Nr. 159/1960 in der Fassung BGBl. I Nr. 2/2008) erforderlichen Einrichtungen der Krankenanstalt zur Verfügung zu stellen.

(7) Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z. 1 und 2 angeführten Arten können ihre Verpflichtung nach Abs. 1 auch durch Vereinbarungen mit anderen Rechtsträgern von Krankenanstalten, mit Gruppenpraxen oder anderen ärztlichen Kooperationsformen entsprechen. Solche Verträge bedürfen der Genehmigung der Landesregierung.

§ 43a
(entfällt)

Führung von Ordinationen

§ 43b

Die Rechtsträger der Krankenanstalten können Fachärzten unter der Voraussetzung, daß der Betrieb der Krankenanstalt keine Beeinträchtigung erfährt, die Führung einer Ordination in den Räumlichkeiten der Krankenanstalt einräumen. Es ist ein mindestens kostendeckendes Entgelt, inklusive des allfällig aufgelaufenen Personal- und Sachaufwandes, zu entrichten. Es ist eine kostenmäßige und organisatorische Trennung (einschließlich eindeutiger Kennzeichnung der Ordinationsräumlichkeiten) zwischen Krankenanstalt und Ordination vorzunehmen.

LKF-Gebühr und Pflegegebühr

§ 44

(1) Alle Leistungen der NÖ Fondskrankenanstalt in der allgemeinen Gebührenklasse für jene Patienten, deren Sozialversicherungsträger nach den Versorgungsgesetzen, Krankenfürsorgeeinrichtung oder Sozialhilfeträger Pauschalsummen in den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds einzahlen, sind unbeschadet des Abs. 2 und des § 45a durch vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds geleistete Gebührenersätze (LKF-Gebührenersatz) auf Grundlage der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) abgegolten.

Für Privatpatienten (§ 46) sind die Leistungen der Krankenanstalten in der allgemeinen Gebührenklasse durch Pflegegebühren zu ermitteln. Mit den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind unbeschadet des Abs. 2 und des § 45a alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten. Die Pflegegebühren sind auch für den Aufnahme- und Entlassungstag zu leisten, wenngleich der Patient nicht den ganzen Tag in der Krankenanstalt verbracht hat. Für den Transferierungstag sind die Pflegegebühren nur einmal zu leisten und zwar an die übernehmende Krankenanstalt.

(2) Die Kosten der Beförderung des Patienten in die Krankenanstalt und aus derselben, die Beistellung eines Zahnersatzes – sofern diese nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeführten Behandlung zusammenhängt –, die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel

(Körperersatzstücke) – soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen –, ferner die Kosten der Bestattung eines in der Krankenanstalt Verstorbenen sind in den LKF-Gebührenersätzen oder Pflegegebühren nicht inbegriffen. Gleiches gilt für Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Patienten erbracht werden. Durch Verordnung der Landesregierung sind die orthopädischen Hilfsmittel (Körperersatzstücke), die nicht therapeutische Behelfe darstellen, zu bezeichnen. Vorher ist der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger zu hören.

(3) Im Falle der Aufnahme eines Säuglings mit der nicht anstaltsbedürftigen Mutter oder einer anderen Begleitperson oder einer anstaltsbedürftigen Mutter mit ihrem Säugling (§ 40 Abs. 2) sind mit der Entrichtung der LKF-Gebührenersätze oder Pflegegebühr für eine Person die von der öffentlichen Krankenanstalt für beide Personen gemäß Abs. 1 erbrachten Leistungen abgegolten. Als Säugling gelten Kinder bis zum vollendeten ersten Lebensjahr.

(4) Bei Aufnahme eines anstaltsbedürftigen Kindes mit seinem nicht anstaltsbedürftigen Elternteil oder einer anderen Begleitperson ist unter den Voraussetzungen des § 40 Abs. 3, soferne § 44 Abs. 3 nicht anzuwenden ist, bis zum vollendeten 14. Lebensjahr des Kindes für den begleitenden Elternteil oder die andere Begleitperson pro Belagstag ein Beitrag von € 30,- zu leisten. Mit diesem Beitrag sind für den begleitenden Elternteil oder die andere Begleitperson die mit der Aufnahme in die Krankenanstalt verbundenen Kosten beglichen. Dies gilt auch für die Begleitung eines behinderten Kindes nach Vollendung des 14. Lebensjahres, solange die erhöhte Familienbeihilfe gewährt wird.

(5) Die Festsetzung des Beitragssatzes nach Abs. 4 erfolgt jeweils für ein Kalenderjahr durch Verordnung der Landesregierung. Diese Festsetzung hat so zu erfolgen, dass sich der Beitragssatz im Ausmaß des Index der Verbraucherpreise der "Statistik Österreich" vermindert oder erhöht, wobei Indexänderungen erst ab einer Erhöhung oder Verminderung von mindestens 5 % zu berücksichtigen sind und der Beitragssatz auf volle 10 Cent aufzurunden ist. Bis zur Neufestsetzung gilt der für das vorangegangene Kalenderjahr festgesetzte Wert. Die Verordnung ist bis 31.12. des Vorjahres, spätestens jedoch bis zum 31.3. des betroffenen Kalenderjahres von der Landesregierung zu erlassen.

(6) Im Falle der Aufnahme einer nicht anstaltsbedürftigen Begleitperson nach § 40 Abs. 3 ist das Entgelt für Begleitpersonen in der Höhe der durch ihre Unterbringung in der Krankenanstalt entstehenden Kosten, pro Tag jedoch höchstens die Hälfte der Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse zu leisten. Bei der Festsetzung

ist auf das Lebensalter des Patienten Rücksicht zu nehmen. Richtsätze über die Höhe der Gebühren sind von der Landesregierung festzusetzen und sodann im Landesgesetzblatt kundzumachen. Hinsichtlich der Einbringung des Entgeltes für Begleitpersonen sind die §§ 46 bis 48 sinngemäß anzuwenden.

Sondergebühren und ärztliche Honorare

§ 45

(1) Neben den Pflegegebühren dürfen folgende Sondergebühren und ärztliche Honorare verlangt werden:

- a) ein Zuschlag zur Pflegegebühr für Patienten, welche auf eigenen Wunsch in einem Krankenzimmer der Sonderklasse untergebracht wurden,
- b) das ärztliche Honorar für die Behandlung der unter lit.a genannten Patienten und für die Blutabnahme nach straßenpolizeilichen Vorschriften (§ 43 Abs. 6),
- c) der Ersatz der allfälligen der Krankenanstalt aufgelaufenen Kosten für die Beförderung des Patienten in die Krankenanstalt und aus derselben, für die Beistellung eines Zahnersatzes – sofern dies nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeführten Behandlung zusammenhängt – sowie für die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körperersatzstücke) – soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen –,
- d) eine Behandlungsgebühr für jede Inanspruchnahme des Anstaltsambulatoriums, die ambulatorische Erste ärztliche Hilfeleistung und für die Blutabnahme nach straßenpolizeilichen Vorschriften (§ 43 Abs. 6),
- e) Ersatz der Kosten für vom Patienten gewünschte Sonderleistungen. Die Tarife der Sonderleistungen sind vom Rechtsträger kostendeckend zu ermitteln. § 51 Abs. 1 bis Abs. 4 und die §§ 46 bis 48 sind sinngemäß anzuwenden.

(2) Das ärztliche Honorar hat die Anstalt im Namen und auf Rechnung jener Ärzte einzuheben, die gemäß § 49g Abs. 5 berechtigt sind, ein solches zu verlangen. Für die Einhebung des ärztlichen Honorars und den mit der Abrechnung und Weiterleitung des ärztlichen Honorars an die nachgeordneten Ärzte verbundenen Verwaltungsaufwand ist von der Anstalt eine Einhebungsvergütung im Ausmaß von 6 % vom ärztlichen Honorar einzubehalten. In den folgenden Absätzen ist unter dem ärztlichen Honorar der Betrag abzüglich dieser Einhebungsvergütung zu verstehen.

(3) Für die Mitwirkung an der Untersuchung und Behandlung stationärer Patienten in der Sonderklasse gebühren den nachgeordneten Ärzten mindestens 40 v.H. des ärztlichen Honorares. In diesem Betrag ist das Honorar des ständigen Vertreters im Sinne des Abs. 6 erster Satz enthalten. Solange in der Abteilung kein Oberarzt beschäftigt ist, gebühren nachgeordneten Ärzten mindestens 20 v.H. des ärztlichen Honorars.

(4) Die Aufteilung an die nachgeordneten Ärzte hat der Abteilungsleiter unter Bedachtnahme auf den jeweiligen Ausbildungsstand und die Leistung der einzelnen Ärzte vorzunehmen.

(5) Dem Vertreter eines Abteilungsleiters, Institutsvorstandes oder eines anderen zur Honorarvereinbarung berechtigten Arztes gebührt für die von ihm durchgeführten Untersuchung und Behandlung der Patienten in der Sonderklasse 50 v.H. – bei Vertretung während des Erholungsurlaubes 80 v.H. – des ärztlichen Honorares abzüglich des Anteiles für nachgeordnete Ärzte gemäß Abs. 4. *Handelt es sich um eine kurzfristige, im Interesse des Dienstes oder der Standesvertretung oder eine andere Abwesenheit bei jedoch ständiger Erreichbarkeit des Abteilungsleiters, so behält dieser den Anspruch auf das ärztliche Honorar gemäß Abs. 2. Unter Abwesenheit in diesem Sinne ist ein zusammenhängender Zeitraum von höchstens vier mal 24 Stunden zu verstehen.*

(6) Wenn ein Oberarzt oder Assistent den leitenden Arzt der Abteilung regelmäßig vertritt, gebühren ihm ständig 20 v.H. des ärztlichen Honorares, wovon bis zu einem Viertel den übrigen an der Abteilung tätigen Assistenten zugeteilt werden kann. Sind im Laufe eines Kalenderjahres mehrere Assistenten als Vertreter eines leitenden Arztes einer Abteilung tätig, so entfällt auf jeden der Teilbetrag, der dem Zeitraum seiner Vertretungstätigkeit verhältnismäßig entspricht. Diese Regelung gilt für den Fall, daß der leitende Arzt einer Abteilung nicht nach den Vorschriften des Abs. 5 vorgehen will.

(7) Die Aufteilung der ärztlichen Honorare für die Blutabnahme nach straßenpolizeilichen Vorschriften (§ 43 Abs. 6) hat nach folgenden Grundsätzen zu erfolgen:

- a) Werden diese Leistungen ausschließlich vom Abteilungsleiter beziehungsweise Leiter des Anstaltsambulatoriums erbracht, so entfällt die Beteiligung der nachgeordneten Ärzte.
- b) Werden diese Leistungen ausschließlich von einem nachgeordneten Arzt oder einer Ärzteguppe erbracht, so stehen diesen die gesamten ärztlichen Honorare zu.
- c) Sind in einem Anstaltsambulatorium sowohl der Abteilungsleiter als auch die nachgeordneten Ärzte tätig, so gebühren beiden Teilen je die Hälfte des ärztlichen Honorares.

(8) Bestehende günstigere Vereinbarungen für die nachgeordneten Ärzte oder den Vertreter eines zur Honorarvereinbarung berechtigten Arztes werden dadurch nicht berührt.

(9) Im Falle einer nicht oder nicht vollständigen Anerkennung und Übernahme der vorgeschriebenen Sondergebühren und ärztlichen Honorare durch eine private Zusatzversicherung oder einen Selbstzahler ist vom Zahlungsverpflichteten detailliert schriftlich anzugeben und zu begründen, welche Teile der vorgeschriebenen Beträge nicht anerkannt und nicht übernommen werden.

Kostenbeitrag

§ 45a

(1) Von sozialversicherten Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung entweder LKF-Gebührenersätze durch den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds oder Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, ist durch den Rechtsträger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von € 3,63 ab dem 1. Juli 1988 pro Kalendertag einzuheben. Diese Regelung gilt nur für Patienten, die keinen Selbstbehalt zu tragen haben, sie gilt ferner nicht für ambulante Fälle.

(1a) Der Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 wird für die Jahre 2005 bis einschließlich 2013 mit € 7,82 pro Kalendertag festgelegt.

(2) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 ist von sozialversicherten Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung entweder LKF-Gebührenersätze durch den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds oder Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, durch den Rechtsträger der Krankenanstalt ein Beitrag in der Höhe von € 1,45 pro Kalendertag einzuheben.

(3) (entfällt)

(4) Der Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 sowie der Beitrag gemäß Abs. 2 dürfen von jedem Patienten für höchstens 28 Kalendertage pro Kalenderjahr eingehoben werden. Der Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 sowie der Beitrag gemäß Abs. 2 müssen auch für den Aufnahme- und den Entlassungstag geleistet werden, für den Transferierungstag jedoch nur einmal an die übernehmende Krankenanstalt.

(5) Für die Einbringung des Kostenbeitrages gemäß Abs. 1 sowie des Beitrages gemäß Abs. 2 gelten die Bestimmungen der §§ 47 und 48 sinngemäß, jedoch nur insoweit, als eine Vorauszahlung für höchstens 28 Tage im vorhinein eingehoben werden darf und eine eigene Kostenbeitrag-Rechnung bzw. eine eigene Rechnung für den Beitrag gemäß Abs. 2 auszustellen ist.

(6) Von der Kostenbeitragspflicht gemäß Abs. 1 und der Beitragspflicht gemäß Abs. 2 sind folgende Patienten und Personen ausgenommen:

- a) die von der Rezeptgebühr nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen befreit worden sind,
- b) Begleitpersonen (§ 40 Abs. 2 und 3),
- c) die als Organspender stationär aufgenommen worden sind,
- d) die die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen oder die im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft aufgenommen worden sind.

(7) Der Kostenbeitrag gemäß Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 1a vermindert oder erhöht sich jährlich in dem Maß, das sich aus der Veränderung des von der Statistik Österreich verlautbarten Verbraucherpreisindex 2000 oder des an seine Stelle tretenden Index gegenüber dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Bundesgesetzes, BGBl.Nr. 282/1988, ergibt. Würde für das Jahr 2005 die Summe aller Beiträge gemäß Abs. 1, Abs. 1a, Abs. 2 und § 45b Abs. 1 unter Berücksichtigung der Valorisierung € 10 pro Kalenderjahr übersteigen, ist die Valorisierung erstmals für das Jahr 2006 vorzunehmen.

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

Entschädigungsbeitrag

§ 45b

(1) Zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß § 45a Abs. 1 und zum Beitrag gemäß § 45a Abs. 2 ist von den *Rechtsträgern* der NÖ Fondskrankenanstalten ab 1. Jänner 2001 von sozialversicherten Patienten der allgemeinen Gebührenklasse und von Patienten der Sonderklasse für jeden Verpflegstag, für den ein Kostenbeitrag eingehoben wird, ein Betrag von € 0,73 einzuheben.

(2) Die im ersten Halbjahr eingehobenen Entschädigungsbeiträge sind bis spätestens 31. Juli und die im zweiten Halbjahr eingehobenen Entschädigungsbeiträge bis spätestens 31. Jänner des Folgejahres vollständig dem NÖ Patienten-Entschädigungsfonds zu überweisen.

(3) Für die Einbringung dieses Entschädigungsbeitrages gelten die Bestimmungen der §§ 47 und 48 sinngemäß, jedoch nur insoweit, als eine Vorauszahlung für höchstens 28 Tage im Vorhinein eingehoben werden darf.

Behandlungsbeitrag-Ambulanz

§ 45c (entfällt)

Einbringung von Pflegegebühren von Privatpatienten

§ 46

Trägt weder ein Sozialversicherungsträger noch ein Sozialhilfeträger oder eine Körperschaft öffentlichen Rechtes durch ihre Sozialhilfe-(Krankenfürsorge-)einrichtung die Kosten der Anstaltspflege eines Patienten, ist dieser zur Bezahlung der Pflege- und Sondergebühren verpflichtet, wenn nicht nach Maßgabe des Bürgerlichen Rechtes eine solche Forderung nur gegen eine dritte Person geltend gemacht werden kann (§ 48 Abs. 5).

§ 47

(1) Der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt hat nach Beendigung der Pflege dem Patienten (§ 46) eine Pflegegebührenrechnung und gegebenenfalls eine Rechnung über das ärztliche Honorar mit der Aufforderung zu übermitteln, den ausgewiesenen Betrag binnen zwei Wochen zu bezahlen. Bei länger dauernder Pflege können die Pflege- und Sondergebühren sowie das ärztliche Honorar auch zwischendurch in Rechnung gestellt werden. Ist der Patient in der Anstalt verstorben, kann die Rechnung auch den Angehörigen zugestellt werden. Wenn diese die Bezahlung der Rechnung verweigern, ist die Forderung beim Verlassenschaftsgericht anzumelden. Über die Möglichkeit, die Bezahlung der Rechnung zu verweigern, sind die Angehörigen aufzuklären.

(2) Im Falle einer anonymen Geburt ist die Pflegegebührenrechnung an das Land Niederösterreich als Träger der Jugendwohlfahrt zu Händen der örtlich zuständigen Jugendabteilung zu richten.

(3) Auf Ansuchen kann in berücksichtigungswürdigen Fällen die Zahlungsfrist von zwei Wochen verlängert oder die Abstattung in Teilzahlungen bewilligt werden. Dies kann auch nach Ausstellung der Rechnung geschehen, doch ist die neue Zahlungsaufforderung auf die ursprünglich ausgestellte Gebührenrechnung zu setzen.

9440-35

(4) Wird die Verpflichtung zur Zahlung dem Grunde oder der Höhe nach bestritten, hat die nach dem jeweiligen Standort der Krankenanstalt zuständige Bezirksverwaltungsbehörde zu entscheiden. Der Antrag auf eine solche Entscheidung kann von dem zur Zahlung aufgeforderten Patienten binnen zwei Wochen nach Zustellung der Pflegegebührenrechnung bei der zur Entscheidung berufenen Behörde gestellt werden. Die Pflegegebührenrechnung hat einen entsprechenden Hinweis zu enthalten. Die Bestimmungen dieses Absatzes kommen hinsichtlich der ärztlichen Honorare gemäß § 45 Abs. 1 lit.b nicht zur Anwendung.

§ 48

(1) Auf Grund von Rückstandsausweisen von öffentlichen Krankenanstalten für LKF-Gebühren, Pflege- und Sondergebühren ist die Vollstreckung im Verwaltungswege zulässig, wenn die Vollstreckbarkeit von der nach dem Sitz der Krankenanstalt zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde bestätigt wurde.

(2) Bleibt der zur Zahlung verpflichtete Patient mit der Zahlung im Rückstand, hat die Anstalt einen Rückstandsausweis in der erforderlichen Zahl von Ausfertigungen auszustellen und zusammen mit einer Abschrift der Pflegegebührenrechnung und dem Nachweis ihrer Zustellung an den zur Zahlung verpflichteten Patienten der nach Abs. 1 zuständigen Behörde zur Bestätigung der Vollstreckbarkeit vorzulegen. Die Behörde hat die Vollstreckbarkeit des Rückstandsausweises zu bestätigen, wenn der mittels Pflegegebührenrechnung zur Zahlung aufgeforderte Patient diese Verpflichtung nicht bestritten hat *oder die Zahlungspflicht von der zuständigen Behörde festgestellt wurde*. Die Anstalt hat sodann unverzüglich die Vollstreckung zu beantragen.

(3) Die LKF-Gebühren, Pflege- und Sondergebühren sind mit dem Tage der Vorschreibung fällig. Gesetzliche Verzugszinsen können nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstage verrechnet werden.

(4) Die Bestimmungen der vorstehenden Absätze kommen für die Einhebung der ärztlichen Honorare gemäß § 45 Abs. 1 lit.b nicht zur Anwendung. Die rückständigen ärztlichen Honorare sind von den zur Honorarvereinbarung berechtigten Ärzten selbst einzufordern.

(5) Die Bestimmungen des Bürgerlichen Rechts über die Geltendmachung von Forderungen gegen dritte Personen werden von den Bestimmungen dieses Gesetzes nicht berührt.

(6) Ein anderes als das in diesem Gesetz vorgesehene Entgelt darf nicht begehrt werden.

(7) Die Rechtsträger von öffentlichen Krankenanstalten können von Patienten, die in einem Krankenzimmer der Sonderklasse aufgenommen werden sollen, eine Vorauszahlung für 30 Tage (§§ 44 und 45) im Vorhinein einheben. Die Aufnahme in die Sonderklasse kann von der Entrichtung der Vorauszahlung abhängig gemacht werden.

(8) Zur Einbringung der ausständigen LKF-Gebühren, Pflege- und Sondergebühren von Patienten können von den Krankenanstalten die erforderlichen Erhebungen gepflogen und die dazu nötigen patientenbezogenen Daten bekanntgegeben werden.

NÖ Gesundheits- und Sozialfonds

§ 49

(1) Die an Patienten (§ 44 Abs. 1, erster Satz) in einer NÖ Fonds-krankenanstalt erbrachten Leistungen mit Ausnahme allfälliger Sondergebühren (§ 45) sind über den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds abzurechnen.

(2) Leistungen der NÖ Fonds-krankenanstalten, die an anstaltsbedürftigen Patienten erbracht werden, sind über den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds leistungsorientiert durch nach folgenden Grundsätzen zu ermittelnde LKF-Gebührenersätze abzurechnen:

1. auf Grundlage des österreichweit einheitlichen Systems der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in der jeweils aktuellen Fassung werden im LKF-Kernbereich die LDF-Punkte für den einzelnen Pflegling ermittelt;
2. im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches kann der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds bei der leistungsorientierten Mittelzuteilung auf die besonderen Versorgungsfunktionen bestimmter Krankenanstalten Rücksicht nehmen. Als besondere Versorgungsfunktionen im Rahmen der LKF-Abrechnung gelten:

- a) Zentralversorgung,

- b) Schwerpunktversorgung,
- c) Krankenanstalten mit speziellen fachlichen Versorgungsfunktionen und
- d) Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsfunktionen.

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

(3) Die Höhe der LKF-Gebührenersätze richtet sich nach der Dotation des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds im LKF-Kern- und Steuerungsbereich und nach der Summe der gesamten abgerechneten LDF-Punkte und ermittelt sich als Produkt der für den einzelnen Patienten ermittelten LDF-Punkte mit dem vom NÖ Gesundheits- und Sozialfond festgelegten Eurowert je LDF-Punkt.

(4) Die Übereinstimmung mit den Zielen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit, die Übereinstimmung mit dem Landeskrankenanstaltenplan und die Erfüllung der Verpflichtung zur Dokumentation auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl.Nr. 745/1996 in der Fassung BGBl. I Nr. 179/2004, ist Voraussetzung dafür, dass der Rechtsträger der NÖ Fondskrankenanstalt Mittel auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens erhält. *§ 3 Abs. 3 des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen, BGBl. I Nr. 179/2004 in der Fassung BGBl. I Nr. 81/2013, ist anzuwenden.*

Abrechnung der Leistungen

§ 49a

(1) Die an Patienten in einer NÖ Fondskrankenanstalt erbrachten Leistungen sind jeweils im laufenden Rechnungsjahr monatlich nach folgenden Grundsätzen zu bevorschussen:

1. Akontozahlungen nach Maßgabe der dafür vorhandenen Mittel des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds,
2. die Aufteilung auf die einzelnen NÖ Fondskrankenanstalten hat aufgrund der Voranschläge zu erfolgen. Solange für das laufende Rechnungsjahr die Voranschläge nicht erlassen sind, hat diese aufgrund der letztverfügbaren Rechnungsabschlüsse zu erfolgen.

(2) Die im Abs. 1 genannten Leistungen werden im folgenden Rechnungsjahr bis zum 31. März nach folgenden Grundsätzen endabgerechnet:

1. bei der Endabrechnung sind nur jene Mittel zu berücksichtigen, die bis zum 25. März des folgenden Rechnungsjahres mit einer Widmung für das abzurechnende Rechnungsjahr zu erwarten sind,
2. Zahlungen gemäß Abs. 1 werden den ermittelten Beträgen gemäß § 49 Abs. 3 gegengerechnet,
3. das Ergebnis der Gegenrechnung wird bei der laufenden Bevorschussung ausgeglichen.

Abgeltung ambulanter Leistungen

§ 49b

(1) Die Erträge ambulanter Leistungen der NÖ Fondskrankenanstalten setzen sich aus der Ambulanzpunkteabrechnung und aus eigenen Einnahmen zusammen. Die an ambulanten Patienten erbrachten Leistungen sind nach den Vorgaben des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds abzurechnen.

(2) Der Eurowert je abgerechnetem Ambulanzpunkt richtet sich nach der Höhe der für diese Bereiche vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds vorgesehenen Mittel und der Summe der abgerechneten Ambulanzpunkte.

Finanzierung der Nebenkostenstellen und Pensionen

§ 49c

(1) Die Nebenkostenstellen im Sinne der *Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten*, BGBl. II Nr. 638/2003 in der Fassung BGBl. II Nr. 18/2007, der NÖ Fondskrankenanstalten (insbesondere Krankenpflegeschulen, MTF-Schulen, Akademien, Personalwohnungen) werden gemäß den Richtlinien des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds finanziert. Die Verlautbarung dieser Richtlinien ist vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, in der jeweils aktuellen Fassung, in den Amtlichen Nachrichten der NÖ Landesregierung zu veranlassen.

(2) Die Abgeltung der Differenzkosten zwischen Aufwand und eigenem Ertrag für Pensionen erfolgt vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds im Verhältnis der im letzten vorliegenden Rechnungsabschluß ausgewiesenen Differenzkosten. Für das Jahr 1997 ist der Rechnungsabschluß 1995 heranzuziehen. Die Summe der

Pensionszuschüsse seitens des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, ist mit den Gesamtpensionsaufwendungen des Jahres 1995 limitiert und wird jährlich maximal um den Faktor, der gemäß § 70 Abs. 3 festgelegt wurde, erhöht. Aufwendungen für Pensionen, die aufgrund von Pragmatisierungen, die nach dem 31. Dezember 1996 ausgesprochen wurden, anfallen, werden vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds nicht berücksichtigt.

Finanzbedarf

§ 49d

Der jeweils im genehmigten Voranschlag und Rechnungsabschluss ausgewiesene Gesamtaufwand abzüglich der eigenen Einnahmen ergibt den Finanzbedarf laut Voranschlag beziehungsweise Rechnungsabschluss.

Über- und Unterdeckung im LKF-Finanzierungssystem

§ 49e

(1) Decken die LKF-Zahlungen des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds für den laufenden Betrieb den Finanzbedarf nicht ab, ergibt sich eine Unterdeckung. Übersteigen die LKF-Zahlungen des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds für den laufenden Betrieb den Finanzbedarf, ergibt sich eine Überdeckung.

(2) Die dem Rechtsträger der NÖ Fondskrankenanstalt verbleibende Überdeckung ist unter Gegenrechnung von allfälligen sonstigen vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds zur Verfügung gestellten Mitteln zu gleichen Teilen einer Rücklage für Investitionen und einer für den Betrieb der betreffenden NÖ Fondskrankenanstalt zuzuführen. Die Auflösung und Verwendung dieser Rücklagen hat nach den Richtlinien des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds zu erfolgen. Die Verlautbarung dieser Richtlinie ist, in der jeweils aktuellen Fassung, vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds in den Amtlichen Nachrichten der NÖ Landesregierung zu veranlassen.

(2a) Betreibt ein Rechtsträger mehrere Fondskrankenanstalten kann er Unter- und Überdeckungen zwischen seinen Fondskrankenanstalten ausgleichen. Verbleibt danach eine Überdeckung ist diese gemäß Abs. 2 für die Fondskrankenanstalten des Rechtsträgers zu verwenden.

(3) Eine im Rechnungsabschluss sich ergebende Unterdeckung ist abzüglich allfälliger sonstiger vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds zur Verfügung gestellter Mittel vom Rechtsträger zu tragen.

Ermittlung der LKF-Gebühr

§ 49f

(1) Der Eurowert je LDF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der kostendeckenden LKF-Gebühr ist vom Rechtsträger für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse zu ermitteln. Auslagen, die sich durch die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der Krankenanstalt ergeben, ferner Abschreibungen vom Wert der Liegenschaft sowie Pensionen, der klinische Mehraufwand und Zahlungen der ärztlichen Honorare an die Ärzte dürfen der Berechnung des Eurowertes je LDF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühr nicht zugrundegelegt werden.

(2) Die LKF-Gebühren ermitteln sich als Produkt der für den einzelnen Patienten ermittelten LDF-Punkte mit dem festgelegten Eurowert je LDF-Punkt.

Ermittlung und Festsetzung der Pflege- und Sondergebühren

§ 49g

(1) Die Pflege- und Sondergebühren sind für die Voranschläge und Rechnungsabschlüsse kostendeckend zu ermitteln.

(2) Die Pflegegebühren für das folgende Jahr sind nach den Ansätzen *der allgemeinen Teile der Voranschläge* so zu ermitteln, daß sie dem auf Euro aufgerundeten Tagesdurchschnitt der auf einen Patienten entfallenden Betriebsauslagen nach Abzug aller anderen Einnahmen entsprechen. Folgende Aufwendungen sind den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse nicht zugrunde zu legen:

- a) die Kosten der Beförderung des Patienten in die Krankenanstalt und aus derselben, die Kosten für die Beistellung eines Zahnersatzes – sofern diese nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeführten Behandlung zusammenhängt – sowie die Kosten für die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körperersatzstücke) – soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen –;
- b) Zahlungen der ärztlichen Honorare an die Ärzte, Aufwendungen für Pensionen und der klinische Mehraufwand (§ 55 *Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl.Nr. 1/1957 in der Fassung BGBl. I Nr. 49/2008*).

(3) Der Zuschlag zu den Pflegegebühren für Patienten, welche auf eigenen Wunsch in einem Krankenzimmer der Sonderklasse untergebracht wurden, hat mindestens 30 Prozent der Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse zu betragen. Für privatversicherte Patienten ist für das Jahr 1997 derjenige Betrag zu entrichten, der mit den Privatversicherungen für das Jahr 1997 vereinbart wurde. Für die Folgejahre sind die Zuschläge zwischen dem *Rechtsträger der Krankenanstalt* und den privaten Krankenversicherungsträgern zu vereinbaren. Der Zuschlag kann je nach Zahl der Betten in den Krankenzimmern der höheren Gebührenklasse beziehungsweise nach einer bestimmten Pflegedauer für die weiteren Pfl egetage in verschiedener Höhe bestimmt werden.

(4) Die Behandlungsgebühren für jede Inanspruchnahme der Anstaltsambulatorien und die Blutabnahme nach straßenpolizeilichen Vorschriften (§ 43 Abs. 6) für das folgende Jahr sind in sinn gemäßer Anwendung des Abs. 2 mit der Maßgabe zu bestimmen, daß deren Ermittlung nach der Zahl der zu erwartenden Inanspruchnahme und den Kostenanteilen zu erfolgen hat. Dabei sind die Gebühren je nach Schwere des Falles oder Größe des Leistungsumfanges abgestuft nach einzelnen Leistungsgruppen zwischen 5 und 120 Prozent der Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse festzulegen.

(5) Das ärztliche Honorar wird vom verantwortlichen leitenden Arzt einer Abteilung, eines Departments, eines Fachschwerpunktes oder eines Institutes sowie von allenfalls beigezogenen Konsiliarfachärzten mit dem betroffenen Patienten (§ 45 Abs. 1 lit.b) oder mit dem für ihn Zahlungspflichtigen vereinbart. Eine Honorarvereinbarung zwischen dem Patienten oder dem für ihn Zahlungspflichtigen und dem behandlungsführenden Arzt erstreckt sich auf alle im Rahmen des stationären Aufenthaltes erbrachten, verrechenbaren ärztlichen Leistungen.

(6) Bei Verrechnungsabkommen zwischen dem Rechtsträger einer Krankenanstalt und einem privaten Versicherungsträger über die Kostentragung bei Aufnahme des Patienten in die Sonderklasse gilt jenes ärztliche Honorar als im Sinne des Abs. 5 vereinbart, das zwischen der Ärztekammer und dem betreffenden Versicherungsträger festgelegt wurde.

(7) Die Sondergebühren für Leistungen nach § 45 Abs. 1 lit.c sind aus Anlaß des einzelnen Behandlungsfalles in der Höhe der der Krankenanstalt tatsächlich erwachsenen Kosten zu bestimmen.

§ 50

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

(2) Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren sowie LKF-Gebühren einer öffentlichen Krankenanstalt, die nicht von einer Gebietskörperschaft verwaltet werden, dürfen nicht niedriger sein als die Pflege-(Sonder-)gebühren sowie LKF-Gebühren der nächstgelegenen von einer Gebietskörperschaft betriebenen öffentlichen Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen, wie sie durch die Funktion dieser Krankenanstalt erforderlich sind.

(3) Die Feststellung der Gemeinnützigkeit, der Gleichartigkeit oder der annähernden Gleichwertigkeit der Einrichtungen einer privaten Krankenanstalt obliegt der Landesregierung.

§ 51

(1) Die Festsetzung der nach §§ 49f und 49g ermittelten Gebühren ist vom Rechtsträger der NÖ Fondsrankenanstalt bei der Landesregierung zu beantragen.

(2) Die in Abs.1 erwähnten Gebühren sind in der von den Rechtsträgern der öffentlichen Krankenanstalten ermittelten Höhe von der Landesregierung festzusetzen, wenn die Ermittlung den

Vorschriften der §§ 49f und 49g und 50 entspricht. Sofern ein Rechtsträger mehrere öffentliche Krankenanstalten betreibt, können für Krankenanstalten, die aufgrund ihrer Bettenanzahl und Schwerpunkte eine vergleichbare Berechnungsbasis im Sinne der §§ 49f, 49g und 50 aufweisen, Durchschnittsbeträge als Gebühren festgesetzt werden.

(3) Die Gebühren sind sodann im Landesgesetzblatt kundzumachen.

(4) Im Verfahren nach Abs. 1 und 2 steht jenen Körperschaften öffentlichen Rechts, die gemäß § 60 mit dem Rechtsträger der betreffenden Krankenanstalt einen Vertrag abgeschlossen haben, ein Anhörungsrecht zu.

(5) Das österreichweit einheitliche System der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems ist vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds zur Einsichtnahme aufzulegen. Die jeweils aktuelle Fassung ist unverzüglich vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds der Landesregierung vorzulegen.

(6) Die Festsetzung der im Abs. 1 ermittelten Gebühren erfolgt jeweils für ein Kalenderjahr. Bis zur Neufestsetzung gelten die für das vorangegangene Kalenderjahr festgesetzten Werte weiter. Die neue *Kundmachung der Gebühren* ist bis 31.12. des Vorjahres spätestens jedoch bis zum 31.3. des betroffenen Kalenderjahres von der Landesregierung zu *veranlassen*.

Behandlungskosten für ausländische Staatsangehörige

§ 52

(1) Die öffentlichen Krankenanstalten sind verpflichtet, Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die die voraussichtlichen LKF-Gebühren, Pflegegebühren, Sondergebühren sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, nur im Falle der Unabweisbarkeit (§ 39 Abs. 4) aufzunehmen.

(2) Angehörige fremder Staaten haben statt der LKF-Gebühren, Pflege- und Sondergebühren sowie der Kostenbeiträge die tatsächlichen Behandlungskosten zu leisten.

Dies gilt nicht für:

1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 39 Abs. 4), sofern sie im Inland eingetreten sind,
2. Flüchtlinge, denen im Sinne des Asylgesetzes 2005, BGBl. I Nr. 100/2005 in der Fassung BGBl. I Nr. 104/2008 Asyl oder subsidiärer Schutz gewährt 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 eines anderen EU- oder EWR-Mitgliedsstaates sind.

Beziehungen der Krankenversicherungsträger zu den
öffentlichen Krankenanstalten

§ 53

(1) Die NÖ Fondskrankenanstalten sind verpflichtet, die aufgrund sozialversicherungsrechtlicher Vorschriften eingewiesenen bzw. die gemäß § 66 B-KUVG anspruchsberechtigten Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.

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

- a) LKF-Gebührenersätze des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds gemäß den §§ 44 und 49,
- b) Zahlungen des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds gemäß §§ 49a und 49b,
- c) Ausgleichszahlungen des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds zur Anpassung an die LKF-Finanzierungsform,
- d) Kostenbeiträge nach § 45a.

Ausgenommen davon sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen, im Einvernehmen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Landesregierung ausgenommene Leistungen (Art. 20 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) und die im § 44 Abs. 2 angeführten Leistungen.

(3) Die Erkrankten können über ihren Wunsch auch in die Sonderklasse aufgenommen werden. Wenn der in Frage kommende Krankenversicherungsträger in einem solchen Fall nach den Bestimmungen des mit dem *Rechtsträger* der Krankenanstalt gemäß § 57 abgeschlossenen Vertrages die Sondergebühren nach § 45 Abs. 1 lit.a nicht zur Bezahlung übernimmt, haben sie der Patient oder die für ihn zur Zahlung der Pflege- und Sondergebühren Verpflichteten aus eigenem zu tragen. In diesem Falle sind hinsichtlich der Einbringung dieser Gebühren die §§ 46 bis 48 anzuwenden.

§ 54

(1) Der (Die) Versicherte ist bei Anstaltspflege eines Angehörigen nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl.Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 146/2008, verpflichtet, ausgenommen im ambulanten Bereich, eine Kostenbeteiligung an den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds zu leisten. Die Kostenbeteiligung muss auch für den Aufnahme- und Entlassungstag geleistet werden, für den Transferierungstag jedoch nur einmal an die übernehmende Krankenanstalt. Die Kostenbeteiligung für den Transferierungstag ist zwischen der überstellenden und der übernehmenden Krankenanstalt in gleichen Teilen aufzuteilen.

(2) Die Kostenbeteiligung gemäß Abs. 1 beträgt für jeden Kalendertag 10 v.H. der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Pflegegebührenersätze, vervielfacht mit dem Hundertsatz für das Jahr 1997 gemäß § 28 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl.Nr. 1/1957 in der Fassung BGBl. I Nr. 49/2008. Die Kostenbeteiligungen sind jährlich anzupassen, wobei die Prozentsätze gemäß § 447f Abs. 1 dritter Satz des 2. Sozialrechts-Änderungsgesetzes 1996, BGBl. I Nr. 35/2001, anzuwenden sind. Solange keine endgültigen Prozentsätze vorliegen, sind die vorläufigen Prozentsätze heranzuziehen.

(3) Die Kostenbeteiligung ist von der NÖ Fondskrankenanstalt für Rechnung des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds einzuheben. Hinsichtlich der Einhebung sind die §§ 46 bis 48 sinngemäß anzuwenden. Wird die *festgesetzte* Kostenbeteiligung nicht bezahlt, obliegt die weitere Einbringung dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds.

(4) Von der Kostenbeteiligung ist abzusehen,

1. sobald die in einem Zeitraum von zwölf Monaten begonnenen Zeiten der Anstaltspflege die Dauer von vier Wochen, gerechnet vom Tag der ersten Einweisung an, übersteigen,
2. für Anstaltspflege, die aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft geleistet wird,
3. im Fall der stationären Aufnahme als Organspender,
4. wenn der Versicherte von der Rezeptgebühr nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen befreit worden ist.

§ 54a

(1) Der Versicherte ist bei eigener und auch bei Anstaltspflege eines Angehörigen, nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl.Nr. 559/1978, in der Fassung BGBl. I Nr. 146/2008, verpflichtet, ausgenommen im ambulanten Bereich, eine Kostenbeteiligung an den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds zu leisten. Die Kostenbeteiligung muss auch für den Aufnahme- und Entlassungstag geleistet werden, für den Transferierungstag jedoch nur einmal an die übernehmende Krankenanstalt. Die Kostenbeteiligung für den Transferierungstag ist zwischen der überstellenden und der übernehmenden Krankenanstalt in gleichen Teilen aufzuteilen.

(2) § 54 Abs. 2, 3 und 4 sind mit der Maßgabe anzuwenden, daß von der Kostenbeteiligung für Leistungen nach den §§ 76 Abs. 2 und 80 Abs. 3 lit.b, d und g des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes, BGBl.Nr. 559/1978 in der Fassung BGBl. I Nr. 146/2008 sowie nach Abs. 4 Z. 3 abzusehen ist.

(1) Den Versicherungsträgern steht nach Maßgabe der folgenden Absätze hinsichtlich der Patienten, für deren Anstaltspflege sie aufzukommen haben, das Recht zu, in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Anstalt (z.B. Krankengeschichte, Röntgenaufnahme) Einsicht zu nehmen sowie durch einen beauftragten Facharzt den Erkrankten in der öffentlichen Krankenanstalt im Einvernehmen mit dem Rechtsträger der Krankenanstalt untersuchen zu lassen.

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

(3) Die Einsichtnahme in die Unterlagen der Anstalt bzw. die Untersuchung des Patienten hat in den von der Krankenanstalt hierfür bestimmten Räumen und im Beisein des ärztlichen Leiters der Anstalt oder des von ihm bestimmten Vertreters zu erfolgen. Das Recht der Versicherungsträger (§ 21 Abs. 3), Abschriften von Krankengeschichten zu verlangen, wird hiedurch nicht berührt.

(4) Der Versicherungsträger hat das Recht, Ausfertigungen aller Unterlagen zu erhalten, aufgrund derer Zahlungen des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds oder einer anderen Stelle für Leistungen einer Krankenanstalt abgerechnet werden (insbesondere Aufnahme- und Entlassungsanzeige samt Diagnosen, Versicherungszuständigkeitserklärung, Verrechnungsdaten). Dieses Recht umfaßt auch die entsprechenden Statistiken; ferner das Recht auf Übermittlung von Daten der Leistungserbringung an den Patienten auf der Basis des LKF/LDF-Systems. Diese Rechte können jedoch nur dann gegenüber einer NÖ Fondskrankenanstalt geltend gemacht werden, wenn diese Unterlagen bzw. Daten nicht in angemessener Frist vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds zur Verfügung gestellt werden.

(5) Der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds sowie die NÖ Fondskrankenanstalten haben Vorsorge zu treffen, daß der gesamte Datenaustausch zwischen Krankenanstalten und Versicherungsträgern elektronisch vorzunehmen ist, wobei die Datensatzaufbauten und Codeverzeichnisse entsprechend der bundesweit einheitlichen Gestaltung zu übernehmen sind. *Im Zweifelsfall sind die Identität des Patienten und die rechtmäßige Verwendung der e-card zu überprüfen.*

(6) Die Versicherungsträger haben das Recht auf laufende Information über die festgelegten vorläufigen und endgültigen Punktwerte durch den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds.

(7) Der Hauptverband erteilt aus den bei ihm gespeicherten Daten (§ 31 Abs. 4 Z. 3 ASVG, BGBl.Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 146/2008) auf automationsunterstütztem Weg (im Online- oder Stapelverfahren) Auskünfte an die Rechtsträger der NÖ Fondskrankenanstalten hinsichtlich der leistungszuständigen Versicherungsträger. Der Zugang erfolgt ausschließlich über das Behördennetzwerk (Federal Domain) oder nach Vereinbarung über das Netzwerk eines Sozialversicherungsträgers. Die Verpflichtung der grundsätzlichen Feststellung der Versicherungszugehörigkeit bei der Aufnahme durch die Krankenanstalt bleibt davon unbenommen. Ab flächendeckender Einführung des Sozialversicherungs-Chipkartensystems ist eine unmittelbare verbindliche Auskunftserteilung an die Krankenanstaltenträger sichergestellt.

(8) Der gesamte Datenaustausch gemäß Abs. 5 zwischen den NÖ Fondskrankenanstalten und Sozialversicherungsträgern für den stationären und ambulanten Bereich ist elektronisch vorzunehmen. Die Datensatzaufbauten und Codeverzeichnisse sind einheitlich zu gestalten und zwischen den Sozialversicherungsträgern und den NÖ Fondskrankenanstalten sowie dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds einvernehmlich verbindlich festzulegen.

(9) Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten und in Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden, welche die Verrechnung von Zahlungen gemäß §§ 49 bis 49b und 49g, gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten betreffen, gilt der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds als Versicherungsträger. Der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds kann jedoch Handlungen, welche den Aufwand der Versicherungsträger erhöhen würden, rechtsgültig nur im Einvernehmen mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vornehmen. Dieses Einvernehmen kann rechtsgültig nur schriftlich hergestellt werden.

§ 56

(1) Wenn Leistungen gemäß § 53 Abs. 2 gewährt werden, hat der Rechtsträger der Krankenanstalt oder der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds gegenüber dem Versicherten, Patienten oder den für ihn unterhaltspflichtigen Personen hieraus keinen Anspruch auf Gegenleistung; ausgenommen sind nur der Kostenbeitrag (§ 45a) und die Kostenbeteiligung (§§ 54 und 54a).

Nach Ablauf der vom Versicherungsträger gewährten Anstaltspflege hat der Versicherte für den weiteren Anstaltsaufenthalt die Pflegegebühren nach §§ 46 bis 48 zu tragen.

(2) Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sind verpflichtet, von den Versicherungsträgern alle Daten zu verlangen, die zur Einbringung ausständiger Pflege- und Sondergebührenforderungen nötig sind.

§ 56a

In den Fällen der Erstattung von Befund und Gutachten nach § 39 Abs. 3 lit.b sind die Pflegegebühren bei stationärem Aufenthalt oder die Behandlungsgebühr und das ärztliche Honorar – letzteres, sofern nicht die Bestimmungen des Gebührenanspruchsgesetzes 1975, BGBl.Nr. 136/1975 in der Fassung BGBl. I Nr. 111/2007, zur Anwendung kommen – für jede Inanspruchnahme des Anstaltsambulatoriums von den Trägern der Sozialversicherung bzw. von einem Gericht in einem Verfahren über Leistungssachen (§ 354 ASVG) zu entrichten.

§ 57

(1) Im übrigen werden die Beziehungen der Versicherungsträger zu den öffentlichen Krankenanstalten durch privatrechtliche Verträge geregelt, die zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit dem in Betracht kommenden Versicherungsträger einerseits und dem Rechtsträger der Anstalt im Einvernehmen mit dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds andererseits abzuschließen sind und zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form bedürfen. Ansprüche auf Zahlungen können durch diese Verträge nicht rechtsgültig begründet werden, sofern es sich nicht um Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen handelt sowie um Leistungen, die im Einvernehmen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (Art. 20 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) ausgenommen wurden sowie um Leistungen gemäß § 44 Abs. 2 handelt.

(2) In diesen Verträgen ist vor allem zu regeln:

- a) das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung den Rechtsträgern der Krankenanstalten zu entrichtenden allfälligen Sondergebühren nach § 45 Abs. 1 lit. a, c, d und e,
- b) die Durchführung der Aufnahme der Versicherten,

- c) die Zusammenarbeit, insbesondere hinsichtlich der Einsicht in die den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen und der Untersuchung durch den beauftragten Facharzt (§ 55),

(3) Den zur Honorarvereinbarung berechtigten Ärzten (§ 49 Abs. 5), die in einem öffentlich-rechtlichen oder dienstvertraglichen Dienstverhältnis zum Land Niederösterreich, einer Gemeinde oder einem Gemeindeverband als Rechtsträger einer öffentlichen Krankenanstalt stehen, gebührt für die Untersuchung und Behandlung von Versicherten von Sozialversicherungsträgern, mit denen Zusatzübereinkommen zum NÖ Krankenanstaltenvertrag i.S. des § 57 Abs. 2 abgeschlossen wurden, ein Anteil von 50 % der von den Sozialversicherungsträgern an die Rechtsträger geleisteten Sondergebühren gemäß § 57 Abs. 2 lit.a. Den an der Untersuchung und Behandlung dieser Versicherten mitwirkenden nachgeordneten Ärzten gebühren die im § 45 Abs. 3, 5 und 6 genannten Prozentsätze von den 50 % des Sondergebührenanteils der berechtigten Ärzte (§ 49 Abs. 5). Für die Aufteilung auf die im § 45 Abs. 3 genannten Ärzte ist § 45 Abs. 4 sinngemäß anzuwenden.

(4) Die mit öffentlichen Krankenanstalten, die nicht von einer Gebietskörperschaft betrieben werden, zu vereinbarenden LKF-Gebührensätze (§ 49 Abs. 3) oder Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 45 Abs. 1) dürfen nicht niedriger sein als jene Gebühren, die vom gleichen Versicherungsträger an die nächstgelegene öffentliche von Gebietskörperschaften betriebene Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, geleistet werden.

(5) Die gemäß § 148 Z.9 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl.Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 146/2008, abgeschlossenen Verträge bedürfen zu ihrer *Gültigkeit* der Schriftform.

- (6) (entfällt)

Entscheidungen über Streitigkeiten

§ 58

(1) Beim Amt der NÖ Landesregierung ist von der Landesregierung eine Schiedskommission zu errichten, die zur Entscheidung in folgenden Angelegenheiten zuständig ist:

1. Entscheidung über den Abschluss von Verträgen zwischen Rechtsträgern öffentlicher Krankenanstalten außerhalb des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, die zum Zeitpunkt 31. Dezember 1996 bestehen, und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;

2. Entscheidungen über Streitigkeiten aus zwischen den Rechtsträgern der in Art. 18 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens genannten Krankenanstalten und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (oder einen Träger der sozialen Krankenversicherung) abgeschlossenen Verträgen einschließlich der Entscheidung über die aus diesen Verträgen erwachsenden Ansprüche gegenüber Trägern der Sozialversicherung oder gegenüber dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds;
 3. Entscheidungen über Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung und dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds über die wechselseitigen Verpflichtungen und Ansprüche aus der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens;
 4. Entscheidungen, über Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus (Art. 35 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) gründen.
- (2) Der Antrag auf Entscheidung kann von jedem der Streitteile gestellt werden.

Schiedskommission

§ 58a

- (1) Der Schiedskommission gehören folgende Mitglieder an:
1. ein Richter aus dem Aktivstand der zum Sprengel des Oberlandesgerichtes Wien gehörenden Gerichte, als Vorsitzender. Der Vorsitzende ist von der Landesregierung aufgrund eines Vorschlages des Präsidenten des Oberlandesgerichtes Wien von der Landesregierung zu bestellen;
 2. ein vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger entsendetes Mitglied;
 3. ein Mitglied aus dem Kreise der Bediensteten, der mit den rechtlichen Angelegenheiten des Gesundheitswesens betrauten Abteilung des Amtes der NÖ Landesregierung;
 4. zwei Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstreuhänder, wobei ein Mitglied die Landesregierung auf Vorschlag des

NÖ Gesundheits- und Sozialfonds im Einvernehmen mit dem betroffenen Rechtsträger (wenn kein Einvernehmen erzielt werden kann, entsendet die Landesregierung den Vertreter) und ein Mitglied der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entsendet;

5. für jedes gemäß Z. 1 bis Z. 4 bestellte Mitglied ist in gleicher Weise ein Ersatzmitglied zu bestellen.

(2) (Verfassungsbestimmung) Die Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Schiedskommission sind in Ausübung ihres Amtes unabhängig und an keine Weisungen gebunden.

(3) Den Mitgliedern (Ersatzmitgliedern) gebührt der Ersatz der mit ihrer Tätigkeit verbundenen Barauslagen und Fahrtkosten. Ferner haben sie Anspruch auf eine Pauschalentschädigung in der Höhe von € 35,- pro Streitfall.

(4) Auf das Verfahren sind die Bestimmungen des AVG, BGBl.Nr. 51/1991, in der Fassung BGBl. I Nr. 5/2008, anzuwenden.

(5) Die Schiedskommission hat eine Geschäftsordnung zu beschließen, die der Genehmigung der Landesregierung bedarf. In der Geschäftsordnung ist jedenfalls vorzusehen, daß die Schiedskommission bei Anwesenheit von mehr als der Hälfte der Mitglieder, einschließlich des Vorsitzenden, beschlußfähig ist und die Beschlüsse mit absoluter Stimmenmehrheit gefaßt werden. Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig. Bei Stimmgleichheit gilt die Meinung zum Beschluß erhoben, der der Vorsitzende beitrifft.

(5a) Die Schiedskommission muss die Landesregierung auf Verlangen über alle Gegenstände ihrer Geschäftsführung informieren.

(6) *(entfällt)*

§ 58b

(1) Die Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Schiedskommission sind für eine Amtsdauer von vier Jahren zu bestellen. Eine Wiederbestellung ist zulässig.

(2) Das Amt als Mitglied (Ersatzmitglied) endet mit dem Tod, dem Verzicht, dem Ablauf der Amtsdauer, der *Entlassung* und dem Übertritt in den dauernden Ruhestand.

(2a) Die Landesregierung kann ein Mitglied oder Ersatzmitglied der Schiedskommission aus wichtigem Grund abberufen, insbesondere wenn

1. es seine Funktion nicht mehr ausüben kann oder
2. die Voraussetzungen für seine Bestellung nachträglich weggefallen sind.

Ein abberufenes Mitglied oder Ersatzmitglied ist für den Rest der Funktionsdauer durch ein neues zu ersetzen.

(3) Wird ein als Mitglied (Ersatzmitglied) bestellter Beamter mit einem Beschluß der zuständigen Disziplinarkommission vom Dienste suspendiert, so ruht sein Amt für die Dauer der Suspendierung.

§ 58c
(entfällt)

§ 59

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

(2) Die Unfallversicherungs- und die Pensionsversicherungsträger einschließlich der Träger der Pensionsversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG) sowie des Trägers der Pensionsversicherung nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG) sind im Rahmen der nach den vorstehenden Bestimmungen geregelten Beziehungen zu den öffentlichen Krankenanstalten den Krankenversicherungsträgern gleichgestellt. Dies gilt auch für die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter als Träger der Unfallversicherung nach dem Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz.

(3) Die Bestimmungen dieses Gesetzes finden ferner Anwendung auf die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, auf die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen (§ 472 ASVG), die Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft und die Sozialversicherungsanstalt der Bauern als Träger der Krankenversicherung.

Beziehungen des Trägers der Sozialhilfe und anderer Krankenfürsorgeeinrichtungen zu den *Rechtsträgern der öffentlichen Krankenanstalten*

§ 60

(1) Für jene Patienten, deren Krankenfürsorgeeinrichtung nicht in den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds einzahlen, sind die Leistungen der NÖ Fondskrankenanstalt in der allgemeinen Gebührenklasse durch Pflegegebühren zu ermitteln. In den zugrundeliegenden Verträgen zwischen Krankenfürsorgeeinrichtungen und Rechtsträgern der NÖ Fondskrankenanstalt im Einvernehmen mit dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds können als Abgeltung für die Leistungen der NÖ Fondskrankenanstalt auch nur Anteile von Pflegegebühren (mindestens jedoch 50 %) vorgesehen werden. Mit den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind unbeschadet des § 44 Abs. 2 und des § 45a, alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten.

(2) Die Pflegegebühren sind auch für den Aufnahme- und Entlassungstag zu leisten, wenngleich der Patient nicht den ganzen Tag in der Krankenanstalt verbracht hat.

(3) Es gelten sinngemäß die Bestimmungen der §§ 53 und 55 bis 58, mit der Abweichung, daß an die Stelle des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger die zum Abschluß derartiger Verträge bevollmächtigten Vertreter der Träger der Krankenfürsorgeeinrichtung und anstelle des vorgesehenen schiedsrichterlichen Spruches die Entscheidung der Landesregierung tritt.

Krankenanstaltensprengel

§ 61

(1) Das Landesgebiet ist Beitragsbezirk und Krankenanstaltensprengel für alle öffentlichen Krankenanstalten in Niederösterreich. Beitragsbezirk und Krankenanstaltensprengel sind ein Gemeindeverband. Dem Gemeindeverband gehören alle Gemeinden Niederösterreichs an. Der Gemeindeverband ist juristische Person, er hat seinen Sitz am Sitz der Landesregierung und trägt die Bezeichnung "NÖ Krankenanstaltensprengel".

(2) Zweck und Aufgabe des NÖ Krankenanstaltensprengels sind:

- a) die Beitragsleistung zum Betrieb und zur Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der öffentlichen Krankenanstalten, die ihren Sitz in Niederösterreich haben;

- b) die Aufbringung der hierfür nötigen Mittel durch Vorschreibung von Beitragsleistungen;
- c) die Wahrung der finanziellen Interessen der Mitgliedsgemeinden, sofern sie die Beitragsleistung für den NÖ Krankenanstaltensprengel betreffen;
- d) Errichtung und Betrieb von öffentlichen Krankenanstalten, soweit dies zur Sicherstellung der öffentlichen Krankenanstaltspflege (§ 35) zweckmäßig erscheint;
- e) Beteiligung an juristischen Personen des Privatrechtes, die öffentliche Krankenanstalten errichten oder betreiben, soweit dies zur Sicherstellung der öffentlichen Krankenanstaltspflege (§ 35) zweckmäßig erscheint;

§ 62

(1) Der NÖ Krankenanstaltensprengel besorgt seine Aufgaben durch den Ausschuß. Dieser besteht aus

- a) dem Vorsitzenden und
- b) je so vielen Vertretern von Gemeinden, als jeweils Mitglieder für die Zusammensetzung der Geschäftsausschüsse des Landtages vorgesehen sind.

(2) Die Mitglieder des Ausschusses (Abs. 1 lit.b) werden von den Interessenvertretungen der Gemeinden (§ 96 der NÖ Gemeindeordnung 1973, LGBl. 1000) nach dem Stärkeverhältnis der im Landtag vertretenen Parteien entsendet. Die Entsendung der Vertreter der Gemeinden, welche auf die einzelnen politischen Parteien entfallen, hat getrennt für die Dauer der Funktionsperiode des Gemeinderates zu erfolgen. Sie haben jedoch ihre Obliegenheiten auch nach Ablauf der Funktionsperiode bis zur Konstituierung eines neuen Ausschusses wahrzunehmen. Die Konstituierung des neuen Ausschusses hat innerhalb von drei Monaten nach der allgemeinen Gemeinderatswahl zu erfolgen.

(3) Für jedes Mitglied des Ausschusses ist in gleicher Weise ein Ersatzmann zu bestimmen.

Vorsitz, Vertretung und Geschäftsführung

§ 63

Den Vorsitz führt jenes Mitglied der NÖ Landesregierung, das mit der Führung der Angelegenheiten des Krankenanstaltenwesens beauftragt ist. Der Stellvertreter des Vorsitzenden wird vom Ausschuß aus seiner Mitte gewählt. Die vorbereitende Geschäftsführung erfolgt im Auftrag des Vorsitzenden durch die für die rechtlichen und wirtschaftlichen Angelegenheiten des Krankenanstaltenwesens zuständige Abteilung des Amtes der NÖ Landesregierung.

Sitzungen des Ausschusses

§ 64

(1) Der Ausschuß wird vom Vorsitzenden (Vorsitzendenstellvertreter) unter Bekanntgabe der Beratungsgegenstände und unter Einhaltung einer 14tägigen Einladungsfrist einberufen.

(2) Der Ausschuß entscheidet mit einfacher Stimmenmehrheit. Führt das mit den Angelegenheiten des Krankenanstaltenwesens beauftragte Mitglied der Landesregierung den Vorsitz, so kommt ihm kein Stimmrecht zu. Wird der Vorsitz im Ausschuß vom Stellvertreter geführt, behält dieser sein Stimmrecht und gibt bei Stimmgleichheit mit seiner Stimme den Ausschlag. Zur Beschlußfassung ist außer dem Vorsitzenden (Vorsitzendenstellvertreter) noch die Anwesenheit von mindestens fünf Mitgliedern erforderlich.

(3) Ist der Ausschuß mangels Anwesenheit der zur Beschlußfassung erforderlichen Anzahl von Mitgliedern nicht beschlußfähig, so ist binnen 14 Tagen eine neuerliche Sitzung einzuberufen, die ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Mitglieder beschlußfähig ist. Auf diese Rechtsfolge ist bei der Einladung zur zweiten Sitzung besonders hinzuweisen. In der zweiten Sitzung dürfen jedoch nur dieselben Beratungsgegenstände behandelt werden, die bereits auf der Tagesordnung der ersten Sitzung standen.

(4) Falls die Einberufung einer Ausschußsitzung von mindestens fünf Mitgliedern unter Bekanntgabe der Verhandlungsgegenstände beantragt wird, ist sie vom Vorsitzenden (Vorsitzendenstellvertreter) binnen 14 Tagen vorzunehmen.

(5) Im übrigen hat der Ausschuß eine Geschäftsordnung zu beschließen.

§ 65

(1) Der Ausschuß hat bis spätestens Ende Jänner einen Voranschlag für das laufende Jahr zu erstellen.

(2) Die Gebarung des Sprengels ist mit 31. Dezember abzuschließen. Der Rechnungsabschluß ist bis spätestens 30. Juni zu erstellen.

(3) Der Voranschlag und der Rechnungsabschluß des NÖ Krankenanstaltensprengels sind in den "Amtlichen Nachrichten der NÖ Landesregierung" zu verlautbaren.

(4) Für behördliche Verfahren, die der NÖ Krankenanstaltensprengel durchzuführen hat, gilt das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz – AVG, BGBl.Nr. 51/1991 *in der Fassung BGBl. I Nr. 5/2008*, soweit in diesem Gesetz über das Verfahren nichts anderes bestimmt ist.

§ 66

(1) Die Gemeinden Niederösterreichs haben monatlich je ein Zwölftel jenes Betrages dem NÖ Krankenanstaltensprengel zu bezahlen, der vom Ausschuß nach dem für die Beitragsleistung zum Betrieb und zur Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der Anstalten (§ 72 Abs. 1 und 2) veranschlagten Erfordernis zur Hälfte auf Grund des Verhältnisses der Einwohnerzahl der betreffenden Gemeinde nach dem von der Bundesanstalt Statistik Österreich in der Statistik des Bevölkerungsstandes zum Stichtag 31. Oktober des Jahres, für das die Abrechnung erfolgt, festgestellten Ergebnis zur gesamten Einwohnerzahl der Gemeinden Niederösterreichs und zur Hälfte nach der Finanzkraft der betreffenden Gemeinde des vergangenen Jahres zur gesamten Finanzkraft der Gemeinden Niederösterreichs zu errechnen ist. Überschüsse aus den Vorjahren sind zu berücksichtigen.

(2) Die Finanzkraft einer Gemeinde wird aus den für die Gemeinde im laufenden Jahr zu erwartenden

- o Erträgen der ausschließlichen Gemeindeabgaben ohne die Gebühren für die Benützung von Gemeindeeinrichtungen und -anlagen und ohne die Interessentenbeiträge von Grundstückseigentümern und Anrainern und
- o Ertragsanteilen an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben ohne Spielbankenabgabe

ermittelt. Als Berechnungsgrundlage für die Ermittlung der Finanzkraft sind vorläufig geschätzte Beträge zugrunde zu legen. Dabei sind alle Umstände zu berücksichtigen, die für die Schätzung von Bedeutung sind (z.B. Erträge an ausschließlichen Gemeindeabgaben in den Vorjahren, Prognosen über künftige Entwicklung der Gemeindeertragsanteile).

(3) Die monatlichen Teilbeträge gemäß Abs. 1 sind von den Gemeinden zustehenden Ertragsanteilen an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben einzubehalten und dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds umgehend zu überweisen.

(4) Über bis spätestens Ende des Vorjahres einzubringende Ansuchen kann Gemeinden Niederösterreichs, die sich in einer schwierigen finanziellen Lage befinden, ausnahmsweise die Bezahlung der Sprengelumlage des laufenden Jahres bis zur vollen Höhe gestundet werden.

(5) (entfällt)

§ 66a

(1) Gemeinden, in deren Gemeindegebiet sich eine NÖ Fonds-krankenanstalt befindet, haben zusätzlich zu dem in § 66 Abs. 1

genannten Betrag einen Standortbeitrag zu leisten. Der Standortbeitrag hat in den nachstehenden Standorten im Jahr 2006 folgende Höhe:

KRANKENHAUS	STANDORTBEITRAG
ALLENSTEIG	€ 16.145
AMSTETTEN	€ 904.361
BADEN	€ 119.948
EGGENBURG	€ 23.356
GMÜND	€ 99.602
GRIMMENSTEIN	€ 21.639
HAINBURG AN DER DONAU	€ 125.969
HOLLABRUNN	€ 184.421
HORN	€ 240.217
KLOSTERNEUBURG	€ 20.126
KLOSTERNEUBURG-GUGGING	€ 214.071
KORNEUBURG	€ 69.710
KREMS AN DER DONAU	€ 399.411
LILIENFELD	€ 50.237
MELK	€ 75.172
MISTELBACH AN DER ZAYA	€ 551.476
MOEDLING	€ 98.076
NEUNKIRCHEN	€ 229.058
SCHEIBBS	€ 128.521
*)	

*) Mit Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 11. März 2014, G 89/2013-13, wurde die in § 66a enthaltene Wortfolge "ST. PÖLTEN € 6.142.424" aufgehoben.

STOCKERAU	€ 105.568
TULLN	€ 227.389
Waidhofen an der Thaya	€ 175.683
Waidhofen an der Ybbs	€ 207.125
WIENER NEUSTADT	€ 702.929
ZWETTL	€ 218.244

(2) Der Standortbeitrag erhöht sich für die Folgejahre jeweils um den Faktor, der gemäß § 70 Abs. 3 festgelegt wurde.

(3) Die Gemeinden, in deren Gemeindegebiet sich eine NÖ Fondskrankenanstalt befindet, haben monatlich ein Zwölftel dieses Betrages an den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds zu bezahlen. Diese monatlichen Teilbeträge sind von diesen Gemeinden zustehenden Ertragsanteilen an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben einzubehalten und dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds zu überweisen.

(4) Die Landesregierung hat in Intervallen von 10 Jahren, somit erstmals im Jahr 2016, eine Neuevaluierung der Standortbeiträge vorzunehmen und nach Maßgabe von eventuellen Änderungen im Verhältnis zwischen den Standortgemeinden untereinander mit Verordnung neue Standortbeiträge festzulegen. Bei der Evaluierung sind die direkten, indirekten und induzierten finanziellen Vorteile, wie erhöhte Ertragsanteile und erhöhtes Aufkommen an Kommunalsteuer, sowie sonstige strukturelle Vorteile, die sich für die Standortgemeinde aus der Tatsache, dass sich im Gemeindegebiet ein Krankenhaus befindet, ergeben, aber auch andererseits die Auswirkungen der positiven finanziellen Vorteile auf die Höhe der zu leistenden Umlagen, zu berücksichtigen.

§ 67

Die Gemeinden Niederösterreichs haben bis zum 1. März des Haushaltsjahres einen Betrag dem NÖ Krankenanstaltensprengel zu bezahlen, der vom Ausschuß nach dem sonstigen Erfordernis des Voranschlages des NÖ Krankenanstaltensprengels, welcher über das im § 66 Abs. 1 Genannte hinausgeht, auf Grund des Verhältnisses der Einwohnerzahl der betreffenden Gemeinde

nach der letzten amtlichen Volkszählung zur gesamten Einwohnerzahl Niederösterreichs zu errechnen ist. Die Überschüsse aus den Vorjahren sind zu berücksichtigen.

§ 68

Der Ausschuß kann in allen seine Aufgaben betreffenden Angelegenheiten alle hiezu erforderlichen Auskünfte von den *Rechts-trägern* der Krankenanstalten verlangen und Organe zur Durchführung von Erhebungen in die Krankenanstalten entsenden. Die *Rechtsträger* der Krankenanstalten sind verpflichtet, den Erhebungsorganen Zutritt zu allen Räumen der Krankenanstalt zu gewähren und alle schriftlichen Aufzeichnungen auf Verlangen vorzuweisen.

§ 69

(1) Die Aufsicht über den NÖ Krankenanstaltensprengel übt die Landesregierung aus.

(2) Die Bestimmungen der NÖ Gemeindeordnung 1973, *LGBl. 1000–13*, betreffend die Aufsicht über die Gemeinden sind sinngemäß anzuwenden.

(3) Bei Streitigkeiten zwischen Gemeinden und dem NÖ Krankenanstaltensprengel entscheidet die Landesregierung.

§ 70

(1) Das Land NÖ hat an den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds für das Jahr 1997 mindestens jenen Beitrag zu leisten, den das Land NÖ zum Betriebsabgang der öffentlichen Krankenanstalten für das Jahr 1995 als Landesanteil geleistet hat (§ 70 Abs. 1, *LGBl. 9440–11*).

(2) Diese Beiträge des Landes Niederösterreich sind im jeweiligen Rechnungsjahr monatlich mit 80 % zu bevorschussen. Im jeweils darauffolgenden Rechnungsjahr sind die geleisteten Zahlungen gegenüber den nach den genehmigten Rechnungsabschlüssen zu leistenden Beträgen durch monatliche Nachzahlungen auszugleichen.

(3) Der Faktor, um den der Beitrag des Landes gemäß § 70 Abs. 1 erhöht wird, beträgt für die Jahre 2006 bis 2008 jeweils 5 %. Die Landesregierung hat für die Jahre ab 2009 durch Verordnung den Faktor entsprechend der Maßgabe des Landesvoranschlages festzulegen, um den der Beitrag gemäß § 70 Abs. 1 erhöht wird.

(4) Das Land Niederösterreich hat die *Rechtsträger* öffentlicher Krankenanstalten bei der Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung ihrer Krankenanstalten durch die Gewährung eines Beitrages bis zu 80 % des Aufwandes nach Maßgabe des *Landeskrankenanstaltenplanes* zu unterstützen. Zuwendungen einschließlich angebotener Darlehen von Seiten des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds für die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung von Krankenanstalten sowie ebensolche Zuwendungen sonstiger Dritter sind vom Aufwand in Abzug zu bringen. Die Gewährung des Beitrages kann an Bedingungen geknüpft und insbesondere für den Fall der Auflassung der Krankenanstalt und den Wegfall des Öffentlichkeitsrechtes mit geeigneten Sicherstellungs- oder Rückzahlungsverpflichtungen verbunden werden.

(5) Soweit der NÖ Krankenanstaltensprengel den Trägern öffentlicher Krankenanstalten gemäß § 72 Abs. 3 NÖ KAG vor dem 1. Jänner 2006 aufgrund eines für diesen Zweck abgeschlossenen Vertrages einen Beitrag zum Aufwand für die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung dieser Krankenanstalten von bis zu 20 % des jeweiligen Aufwandes zu leisten hat, leistet das Land für den NÖ Krankenanstaltensprengel ab dem 1. Jänner 2006 aufgrund dieser Verträge tatsächlich zu leistende Beträge, sofern die Zahlungsverpflichtungen rechtzeitig bekannt gegeben werden, ansonsten refundiert das Land die geleisteten Beträge.

§ 71

(1) Das Land NÖ hat jenen Beitrag, den die *Rechtsträger* von Fondskrankenanstalten, soweit es sich nicht um Gemeindeverbände gemäß § 87 Abs. 2 handelt, im Jahre 2005 als Beitrag an den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds zu leisten haben, an den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds zu leisten, wobei dieser Betrag für das Jahr 2006 und auch die Folgejahre jeweils um den Faktor, der gemäß § 70 Abs. 3 festgelegt wurde, zu erhöhen ist.

(2) Ebenso hat das Land Niederösterreich jenen Beitrag, den die *Rechtsträger* von Fondskrankenanstalten, die vor dem Jahr 2005 Gemeindeverbände nach dem NÖ Gemeindeverbandsgesetz, LGBl. 1600, waren, auf Grund des § 87 Abs. 2 NÖ KAG, LGBl. 9440-23, geleistet haben, zu bezahlen, wobei sich die jährliche Höhe dieses Betrages aus der Finanzkraft dieser Gemeinden, und zwar bei den Standortgemeinden der NÖ Fondskrankenanstalt von 2,5 % der Finanzkraft und bei den sonstigen Gemeinden von 2 % der Finanzkraft, errechnet. Eine sonstige Valorisierung erfolgt nicht.

(3) Auf die Beiträge des Landes gemäß Abs. 1 sind die Beiträge gemäß § 66 Abs. 1 an den NÖ Krankenanstaltensprengel von jenen Gemeinden, die vor dem 1. Jänner 2003 als *Rechtsträger* einer Fondsanstalt Beiträge an den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds geleistet haben, und die Zahlungen der Standortgemeinden gemäß § 66a anzurechnen.

(4) (entfällt)

§ 72

(1) Der NÖ Krankenanstaltensprengel hat für das Jahr 2006 an den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds eine Pauschalabgeltung in Höhe von € 222.913.908,- zu leisten.

(2) Von der Pauschalabgeltung gemäß Absatz 1 hat der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds einen Betrag von € 9.522.136,- an das Land Niederösterreich in monatlichen Teilbeträgen zu überweisen.

(3) Vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds ist durch den gemäß Absatz 1 zu bezahlenden Betrag, abzüglich jenes Betrages nach Absatz 2, jährlich vorweg jener Fehlbetrag abzudecken, der sich daraus ergibt, dass der NÖ Krankenanstaltensprengel bis einschließlich des Jahres 2005 seine Beiträge im jeweiligen Rechnungsjahr nur zu 80 % bevorschusst hat.

(4) Der Beitrag gemäß Abs. 1 und der Betrag gemäß Abs. 2 erhöhen sich für die Folgejahre jeweils um den Faktor, der gemäß § 70 Abs. 3 festgelegt wurde.

§ 72a
(entfällt)

§ 73
(entfällt)

§ 73a

(1) Öffentliche Krankenanstalten können auch von einer juristischen Person des Privatrechtes errichtet und betrieben werden, an denen das Land Niederösterreich, der NÖKAS oder Gemeinden in überwiegendem Ausmaß beteiligt sind.

In diesen Fällen gilt:

1. Die juristische Person des Privatrechtes hat ihren Sitz am Standort der von ihr errichteten oder betriebenen Krankenanstalt zu begründen.
2. Das Land Niederösterreich bzw. der NÖKAS können die Standortgemeinde an der juristischen Person des Privatrechtes beteiligen.

(2) Eine überwiegende Beteiligung gemäß Abs. 1 ist bei Kapitalgesellschaften insbesondere gegeben, wenn das Land NÖ, der NÖKAS oder Gemeinden, alleine oder gemeinsam, in der General- oder Hauptversammlung sowie im Vorstand oder im Aufsichtsrat der juristischen Person über mehr als die Hälfte der Stimmen verfügen.

§ 73b

Die Stadtgemeinde Baden kann die am 31. Dezember 2002 in ihrer Krankenanstalt beschäftigten öffentlich-rechtlichen Bediensteten ab dem 1. Jänner 2003 dem Land Niederösterreich gegen Refundierung zur Dienstleistung im a.ö. Krankenhaus Baden zuweisen.

§ 73c
(entfällt)

Betriebsunterbrechung, -einschränkung und -auflassung

§ 74

(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 (§ 23 Abs. 1) unterliegen, auch die freiwillige Betriebsunterbrechung, die Einschränkung oder die Auflassung bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu verweigern, wenn die beabsichtigte

Maßnahme die Sicherstellung der öffentlichen Krankenanstaltspflege gefährden würde. Die Landesregierung hat im Falle einer NÖ Fondskrankenanstalt das Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen von der Sachlage in Kenntnis zu setzen.

Entziehung des Öffentlichkeitsrechtes

§ 75

(1) Das Öffentlichkeitsrecht ist zu entziehen, wenn eine für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes im § 31 vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt.

(2) Wird die einer öffentlichen Krankenanstalt erteilte Bewilligung zur Errichtung oder zum Betriebe zurückgenommen (§ 28), so verliert sie gleichzeitig das Öffentlichkeitsrecht.

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

§ 76

(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 Vorsorge vor einer Verschlechterung oder
4. die erforderliche Betreuung und besondere Pflege, sofern diese nur in der Krankenanstalt gewährleistet werden können.

(3) In den Fällen des Abs. 2 Z. 2 bis 4 kann der Zweck der Aufnahme auch in der Abwehr von ernstlichen und erheblichen Gefahren für Leben oder Gesundheit des psychisch Kranken oder anderer Personen bestehen, wenn diese Gefahren mit der psychischen Krankheit in Zusammenhang stehen.

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

§ 77

Abteilungen und Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie sind grundsätzlich offen zu führen.

§ 77a

(1) Geschlossene Bereiche dienen der Anhaltung von psychisch Kranken, auf die das Unterbringungsgesetz, BGBl.Nr. 155/1990 in der Fassung BGBl. I Nr. 12/1997, Anwendung findet. Geschlossene Bereiche von Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie dienen auch der Anhaltung von Personen, deren Anhaltung oder vorläufige Anhaltung gemäß § 21 Abs. 1 StGB, BGBl.Nr. 60/1974 in der Fassung BGBl. I Nr. 112/2007, §§ 71 Abs. 3 und 167a StVG, BGBl.Nr. 144/1969 in der Fassung BGBl. I Nr. 111/2010, oder § 429 Abs. 4 StPO, BGBl.Nr. 631/1977 in der Fassung BGBl. I Nr. 109/2007, in einer Krankenanstalt oder Abteilung für Psychiatrie angeordnet wurde.

(2) Die Errichtung eines geschlossenen Bereiches bedarf einer Bewilligung nach § 11 Abs. 1

§ 77b

Durch geeignete organisatorische Maßnahmen kann vorgesorgt werden, daß psychisch Kranke auch außerhalb geschlossener Bereiche Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit nach dem Unterbringungsgesetz, BGBl.Nr. 155/1990 in der Fassung BGBl. I Nr. 12/1997, unterworfen werden können. Es ist sicherzustellen, daß dadurch andere psychisch Kranke nicht in ihrer Bewegungsfreiheit beeinträchtigt werden.

§ 77c

(1) Die Anstaltsordnung hat unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Betreuung psychisch Kranker entsprechende Organisationsvorschriften vorzusehen.

(2) Die Anstaltsordnung hat auch die organisatorischen Voraussetzungen zu schaffen, daß Patientenanwälte und Gerichte ihre gesetzlichen Aufgaben in der Krankenanstalt erfüllen können. Für die Durchführung mündlicher Verhandlungen und für die Tätigkeit der Patientenanwälte sind geeignete Räume zur Verfügung zu stellen.

§ 77d

Für die Dokumentation und Aufbewahrung der Aufzeichnungen nach dem Unterbringungsgesetz, BGBl.Nr. 155/1990 in der Fassung BGBl. I Nr. 12/1997, ist § 21 sinngemäß anzuwenden.

§ 77e

(1) Abteilungen (§ 17 Abs. 2) und Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie, in denen ein geschlossener Bereich errichtet ist oder psychisch Kranke sonst Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit unterworfen werden, müssen unter der ärztlichen Leitung eines Facharztes für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Neurologie und Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen.

(2) Die Landesregierung hat vom Erfordernis des Abs. 1 bei Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie abzusehen, wenn diese in Abteilungen untergliedert sind und jene Abteilung, in der ein geschlossener Bereich errichtet ist oder psychisch Kranke sonst Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit unterworfen werden, unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Neurologie und Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen.

§ 77f

Die §§ 39 und 41 finden insoweit Anwendung, als sich nicht aus dem Unterbringungsgesetz, BGBl.Nr. 155/1990 in der Fassung BGBl. I Nr. 12/1997, anderes ergibt.

Hauptstück D

Bestimmungen für private Krankenanstalten Allgemeine Vorschriften

§ 78

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

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

§ 79

(1) Für die Errichtung und den Betrieb privater Krankenanstalten gelten die Bestimmungen des Hauptstückes A und F zur Gänze; vom Hauptstück B die §§ 4 bis 18, § 19 lit.b bis lit.d, die §§ 19a bis 19c, § 19d ausgenommen Abs. 6, §§ 19e bis 21, § 21a Abs. 2, § 22 und § 22a, ausgenommen der letzte Satz, die §§ 27a, 27b, 27d und 28 Abs. 2 lit.b sowie 29; vom Hauptstück E die Bestimmung des § 83 Abs. 2; das Hauptstück H zur Gänze, ausgenommen § 93 Abs. 1; die Bestimmungen des Hauptstückes C wie folgt:

a) Der § 37 mit der Maßgabe, daß Krankenanstalten, deren Betrieb die Erzielung eines Gewinnes bezweckt, wenn sie keine Anstaltsapotheken betreiben, die Arzneimittel aus Apotheken im Europäischen Wirtschaftsraum zu beziehen haben und dass Konsiliarapotheker den Arzneimittelvorrat von selbstständigen Ambulatorien entsprechend deren Anstaltszweck regelmäßig, mindestens aber einmal jährlich zu kontrollieren haben.

- b) Die Leichenöffnungen (§ 42) dürfen nur mit Zustimmung der nächsten Angehörigen des Verstorbenen und nur dann, wenn ein geeigneter Raum vorhanden ist, vorgenommen werden. Über jede Leichenöffnung ist eine Niederschrift aufzunehmen.
 - c) die §§ 19 Abs. 1 lit.a, 19d Abs. 6, 32, 41 Abs. 1 zweiter bis vierter Satz, 41 Abs. 3, 43, 44, 45a, 48 Abs. 3, 50 Abs. 1 finden für private Krankenanstalten nur Anwendung, wenn sie gemeinnützige Krankenanstalten (§ 32) sind.
- (2) Private Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht nicht unterliegen, haben eine freiwillige Betriebsunterbrechung oder ihre Auflösung einen Monat vorher der Landesregierung anzuzeigen.

§ 80

(1) Geht eine von einer physischen Person betriebene private Krankenanstalt im Erbwege zur Gänze auf die im folgenden bezeichneten Personen über, können diese die Krankenanstalt auf Grund der alten Betriebsbewilligung weiter betreiben, wenn der Fortbetrieb binnen einem Monat nach Einantwortung der Landesregierung angezeigt wurde:

- a) auf den Ehepartner oder eingetragenen Partner bis zum Abschluss einer neuen Ehe oder eingetragenen Partnerschaft;
- b) auf minderjährige Deszendenten des Erblassers, bis der jüngste großjährig geworden ist;
- c) auf die Witwe und minderjährige Deszendenten des Erblassers, bis der jüngste Deszendent großjährig geworden ist.

(2) Steht einer der Deszendenten in Ausbildung zum Arzt, ist die Zeit, während der das Fortbetriebsrecht zulässig ist, bis dieser die Ausbildung, die ihn zur Leitung der Anstalt berechtigt, abgeschlossen hat, längstens aber bis zum vollendeten 32. Lebensjahr, über Antrag von der Landesregierung zu verlängern.

(3) Auf Rechnung des ruhenden Nachlasses kann die Krankenanstalt auf Grund der alten Betriebsbewilligung ein Jahr lang fortbetrieben werden. Die Landesregierung kann darüber hinaus einen Fortbetrieb für Rechnung des ruhenden Nachlasses bewilligen, wenn die nach § 810 ABGB mit der Verwaltung der Verlassenschaft betraute Person zu dem im Abs. 1 und 2 aufgezählten Personenkreis gehört.

(4) Wird das Fortbetriebsrecht gemäß Abs. 1 zu Unrecht beansprucht, hat die Landesregierung dies durch Bescheid festzustellen.

Beziehungen der Krankenversicherungsträger zu den privaten Krankenanstalten

§ 81

(1) Die Beziehungen der Versicherungsträger (§ 59) zu den privaten Krankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt, die zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form bedürfen. Die Verträge bedürfen zu ihrer *Gültigkeit* der Genehmigung durch die Landesregierung.

(2) Die Verträge gemäß Abs. 1 sind innerhalb von vier Wochen nach ihrem Abschluss der Landesregierung zur Genehmigung vorzulegen; zur Vorlage ist jeder Vertragspartner berechtigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn sie die Landesregierung nicht innerhalb von zwei Monaten ab Vorlage der Verträge schriftlich versagt.

(3) Diese Verträge haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisungen, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles, wie z.B. in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser, zu enthalten.

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

(5) Im übrigen gelten die Bestimmungen der §§ 55 und 57 Abs. 2 sinngemäß auch für die Beziehungen der Versicherungsträger zu den privaten Krankenanstalten.

Besondere Bestimmungen für private Krankenanstalten für
Psychiatrie

§ 82

Für die Führung von Abteilungen für Psychiatrie in privaten Krankenanstalten und in privaten Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie gelten die Bestimmungen der §§ 76 bis 80 sinngemäß.

Hauptstück E

Besondere Vorschriften für die Inanspruchnahme von Krankenanstalten nach dem Heeresversorgungsgesetz

§ 83

(1) Den öffentlichen Krankenanstalten sind für die Inanspruchnahme von Anstaltspflege durch Beschädigte nach dem Heeresversorgungsgesetz, BGBl.Nr. 27/1964 in der Fassung BGBl. I Nr. 129/2008, die gemäß § 51 Abs. 3 festgesetzten Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse zu ersetzen.

(2) Wird die Anstaltspflege weder in einer öffentlichen Krankenanstalt noch in einer Anstalt des Bundes durchgeführt, so ist die Höhe des Anspruches des Rechtsträgers der Krankenanstalt auf Ersatz der Pflegekosten durch privatrechtliche Verträge allgemein oder für besondere Fälle zu regeln. Solche Übereinkommen bedürfen, wenn sie vom Bundessozialamt abgeschlossen werden, der Genehmigung durch den zuständigen Bundesminister.

Hauptstück F

Mitwirkung an der sanitären Aufsicht des Bundes, eigener Wirkungsbereich der Gemeinde, Straf- und Übergangsbestimmungen

§ 84

Die Landesregierung hat alle auf Grund dieses Gesetzes erteilten Bewilligungen und Genehmigungen, sowie deren Zurücknahme, ferner die Bestellung oder Abberufung leitender Ärzte dem Landeshauptmann unverzüglich bekanntzugeben. Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme sind überdies unverzüglich der Bundesgesundheitsagentur bekanntzugeben.

§ 85

(1) Wer eine private Krankenanstalt ohne die hierfür erforderliche Bewilligung betreibt oder die im Zusammenhang mit einer Betriebsbewilligung erteilten Bedingungen und Auflagen nicht einhält oder die Verbote nach § 29 übertritt, ist mit einer Geldstrafe bis zu € 2.150,-, im Falle der Uneinbringlichkeit der Geldstrafe mit Arrest bis zu einem Monat zu bestrafen.

(2) Wer die ihm nach § 20 auferlegte Verschwiegenheitspflicht verletzt sowie Patienten, die entgegen einem Bescheid nach § 14 Abs. 2 eine gesperrte Krankenanstalt nicht verlassen oder welche die Anstaltsordnung (§ 16) gröblich verletzen, sind mit einer Geldstrafe bis € 215,-, im Falle der Uneinbringlichkeit der Geldstrafe mit Arrest bis zu einer Woche zu bestrafen.

§ 86

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

(2) Sind private Krankenanstalten bisher auf Grund ihrer Satzung gemeinnützig betrieben worden und erfüllen sie die Voraussetzungen des § 32 Abs. 1 lit.a bis f, sind sie auch weiterhin als gemeinnützige Krankenanstalten im Sinne des § 32 zu betrachten.

(3) Durch die Bestimmungen dieses Gesetzes werden die Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl.Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 146/2008, nicht berührt.

(4) Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sind hinsichtlich aller Maßnahmen, die im Zuge der Errichtung und des Betriebes von Einrichtungen nach diesem Gesetz getroffen werden und die Landes- oder Gemeindebehörden berechtigen, Barauslagen, Kommissionsgebühren oder Landes- und Gemeindeverwaltungsabgaben einzuheben, von der Entrichtung dieser befreit.

§ 87 (entfällt)

§ 88

Die Besorgung der den Gemeinden nach diesem Gesetz obliegenden Aufgaben fällt in den eigenen Wirkungsbereich der Gemeinde.

§ 89

Mit Geltungsbeginn dieses Gesetzes treten die nachfolgenden Vorschriften, soweit sie noch in Geltung stehen, außer Kraft:

1. das Gesetz vom 19. April 1922, betreffend die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten in Niederösterreich, LGBl.Nr. 163;

2. das Gesetz vom 23. Dezember 1927, betreffend die Beitragsleistung der Gemeinden in Niederösterreich zum Aufwande der allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten, LGBl. Nr. 27/1928;
3. das Gesetz vom 26. September 1928, betreffend Heil- und Pflgeanstalten sowie die Gebär- und Irrenanstalten, LGBl. Nr. 152;
4. das Gesetz vom 26. September 1956, zur Ausführung des Bundesgesetzes vom 9. September 1955, BGBl.Nr. 189/1955, über die allgemeine Sozialversicherung, LGBl.Nr. 86/1956.

§ 89a

Soweit in diesem Gesetz personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form zu verwenden.

Umsetzung von Unionsrecht

§ 89b

Durch dieses Gesetz wird folgende Richtlinie der Europäischen Union umgesetzt:

Richtlinie 2010/53/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. Juli 2010 über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe, ABl.Nr. L 207 vom 6.8.2010, S. 14 in der Fassung der Berichtigung ABl. Nr. L 243 vom 16.9.2010, S. 68.

Hauptstück G

§ 90

(1) Entscheidungen der Landesregierung gemäß § 50 Abs. 2 und 3 über die Gleichartigkeit oder annähernde Gleichwertigkeit dürfen von der Schiedskommission nicht berücksichtigt werden, wenn die Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit

- a) Krankenanstalten betrifft, die nach dem Landeskrankenanstaltenplan nicht ausdrücklich als gleichartig oder annähernd gleichwertig bezeichnet sind, oder
- b) Krankenanstalten betrifft, deren Ausstattung hinsichtlich der Zahl der Abteilungen, der Bettenzahl, des Personalstandes oder der medizinischtechnischen Geräte wesentliche Unterschiede aufweist, oder

- c) dazu führen würde, daß Krankenanstalten, die für Gebiete mit deutlich unterschiedlicher Größe und Bevölkerungszahl bestimmt sind, als gleichwertig oder annähernd gleichwertig bezeichnet werden.

(2) In den Fällen der Abs. 1 hat die Schiedskommission nach den von ihr angenommenen sachlichen Kriterien zu entscheiden.

Hauptstück H NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft

§ 91

Zweck, Einrichtung und Stellung

(1) Zur Wahrung und Sicherung der Rechte und Interessen der Patienten und der pflegebedürftigen Menschen in niederösterreichischen Krankenanstalten ist beim Amt der NÖ Landesregierung eine NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft einzurichten.

(2) (Verfassungsbestimmung) Die NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft ist ein Organ des Landes Niederösterreich. Sie untersteht dienstrechtlich und organisatorisch der NÖ Landesregierung und ist bei ihren Amtshandlungen und Entscheidungen nicht an Weisungen gebunden und unterliegt der Amtsverschwiegenheit. Sie ist jedoch keine Behörde.

§ 92

Aufgaben

Die NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft hat folgende Aufgaben:

(1) Entgegennahme und Bearbeitung von Beschwerden über mangelnde Unterbringung, Versorgung, Betreuung und Pflege in den in Niederösterreich gelegenen Krankenanstalten, Pensionisten- und Pflegeheimen, sowie Aufklärung von Mängeln oder Mißständen in diesen Einrichtungen.

(2) Beratung und Erteilung von Auskünften.

(3) Hilfe bei Meinungsverschiedenheiten und Auseinandersetzungen über Fragen der Unterbringung, Versorgung, Betreuung und Pflege.

(4) Begutachtung von und Anregung zu Gesetzesbestimmungen, Verordnungen und sonstigen Rechtsvorschriften aus der Sicht der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft.

(5) Vermittlung bei Streitfällen sowie Versuch der außergerichtlichen Schadensregulierung nach Behandlungsfehlern.

(6) *Die Funktion des Geschäftsführers des NÖ Patienten-Entschädigungsfonds.*

§ 93

Prüfmöglichkeiten

(1) Die zuständigen Landes- und Gemeindeorgane haben die NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft bei Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen und sind verpflichtet, auf Verlangen Berichte oder Stellungnahmen zu übermitteln, Akteneinsicht zu gewähren oder Auskünfte zu erteilen. In diesen Fällen sind gesetzliche Verschwiegenheitspflichten gegenüber der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft nicht wirksam.

(2) Andere Personen oder Einrichtungen sind von der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft einzuladen, zu konkretem Vorbringen Stellung zu nehmen.

§ 94

NÖ Patienten- und Pflegeanwalt(-anwältin)

(1) Zur Leitung der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft ist ein NÖ Patienten- und Pflegeanwalt oder eine NÖ Patienten- und Pflegeanwältin zu bestellen.

(2) Die Bestellung erfolgt nach öffentlicher Ausschreibung durch die Landesregierung.

(3) Die Landesregierung kann den NÖ Patienten- und Pflegeanwalt/die NÖ Patienten- und Pflegeanwältin aus wichtigem Grund abberufen, insbesondere wenn

1. er/sie die Funktion nicht mehr ausüben kann oder
2. die Voraussetzungen für seine/ihre Bestellung nachträglich weggefallen sind.

Der abberufene NÖ Pflege- und Patientenanwalt/Die abberufene NÖ Pflege- und Patientenanwältin ist durch einen neuen/eine neue zu ersetzen.

(4) Dem Patienten- und Pflegeanwalt/der Patienten- und Pflegeanwältin sind von der Landesregierung das erforderliche Personal und die erforderlichen Räumlichkeiten, Büro- und sonstige Sachmittel zur Verfügung zu stellen.

(5) Das dem Patienten- und Pflegeanwalt/der Patienten- und Pflegeanwältin beizustellende Personal ist nur diesem/dieser gegenüber weisungsgebunden.

(6) Den Aufwand der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft trägt das Land Niederösterreich.

§ 95

Tätigkeitsbericht

(1) Die NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft hat alle zwei Jahre einen Bericht an die Landesregierung zu erstatten.

(2) Die NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft muss die Landesregierung weiters auf Verlangen über alle Gegenstände ihrer Geschäftsführung informieren. Die in § 91 Abs. 2 festgelegte Verpflichtung zur Wahrung der Amtsverschwiegenheit ist davon nicht berührt.

§ 96
Abgabefreiheit

Im Tätigkeitsbereich der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft sind keine Landesverwaltungsabgaben zu entrichten.

§ 97
Vorbereitende Maßnahmen

Vorbereitungen für die erste Bestellung eines NÖ Patienten- und Pflegeanwaltes/einer Patienten- und Pflegeanwältin können bereits nach Beschlußfassung dieses Gesetzes getroffen werden.

Hauptstück I
NÖ Patienten-Entschädigungsfonds

§ 98
Errichtung und Zweck

(1) Zur Abgeltung von Schäden, die durch die Untersuchung, Behandlung oder Nichtbehandlung in einer NÖ Fondskrankenanstalt ab dem 1. Jänner 2001 entstanden sind und bei denen eine Haftung des Rechtsträgers der Krankenanstalt nicht eindeutig gegeben ist, wird ein Fonds errichtet. *Eine Befassung des Fonds ist auch in Fällen möglich, bei denen eine Haftung des Rechtsträgers nicht gegeben ist, wenn es sich um eine seltene, schwerwiegenden Komplikation handelt, die zu einer erheblichen Schädigung geführt hat.*

(2) Der Fonds führt den Namen "NÖ Patienten-Entschädigungsfonds", besitzt Rechtspersönlichkeit und hat seinen Sitz in St. Pölten.

§ 99
Fondsmittel

(1) Die Mittel des Fonds werden durch den Entschädigungsbeitrag gemäß § 45b aufgebracht.

(2) Aus Vorjahren nicht verbrauchte Fondsmittel sind jeweils in das Folgejahr zu übertragen.

(3) Die Kosten der Verwaltung des Fonds trägt das Land NÖ.

(4) Das Amt der NÖ Landesregierung stellt dem Fonds die erforderlichen Hilfskräfte und die erforderlichen Hilfsmittel zur Verfügung.

§ 100
Organe des Fonds

Organe des Fonds sind der Geschäftsführer und die NÖ Patienten-Entschädigungskommission (im Folgenden kurz: Entschädigungskommission genannt).

§ 101
Geschäftsführer

(1) Geschäftsführer ist der NÖ Patienten- und Pflegeanwalt. Die Entscheidung, ob und in welcher Höhe eine Entschädigung geleistet wird, obliegt dem Geschäftsführer, nach Einholung einer Empfehlung der Entschädigungskommission.

(2) Der Geschäftsführer hat den Vorsitz in der Entschädigungskommission, beruft die Sitzungen ein und leitet sie.

(3) Der Geschäftsführer vertritt den Fonds nach außen und zeichnet rechtsverbindlich für den Fonds.

§ 102
NÖ Patienten-Entschädigungskommission

(1) Die Entschädigungskommission prüft die vorgebrachten Begehren und gibt eine Empfehlung an den Geschäftsführer ab.

(2) Die Kommission besteht aus folgenden Mitgliedern:

1. einem Vertreter der für die rechtlichen Angelegenheiten des Krankenanstaltenwesens zuständigen Abteilung des Amtes der NÖ Landesregierung
2. einer rechtskundigen Person
3. einem Vertreter der ARGE der ärztlichen Direktoren der öffentlichen Krankenanstalten Niederösterreichs
4. einem Vertreter des Dachverbandes der NÖ Patienten-Selbsthilfegruppen.

(3) Für jedes Mitglied ist ein Ersatzmitglied zu bestellen.

(4) Die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Entschädigungskommission werden von der Landesregierung auf die Dauer von 5 Jahren bestellt. Wiederbestellungen sind möglich.

(4a) Die Landesregierung kann ein Mitglied oder Ersatzmitglied der NÖ Patienten-Entschädigungskommission aus wichtigem Grund abberufen, insbesondere wenn

- 1. es seine Funktion nicht mehr ausüben kann oder*
- 2. die Voraussetzungen für seine Bestellung nachträglich weggefallen sind.*

Ein abberufenes Mitglied oder Ersatzmitglied ist für den Rest der Funktionsdauer durch ein neues zu ersetzen.

(5) Zur Gültigkeit eines Beschlusses der Entschädigungskommission ist die einfache Stimmenmehrheit der anwesenden Mitglieder (Ersatzmitglieder) erforderlich. Der Vorsitzende stimmt nicht mit. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(6) Die Entschädigungskommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, die von der Landesregierung zu genehmigen ist. In der Geschäftsordnung sind insbesondere Bestimmungen über die Einberufung der Sitzungen, über den Ablauf der Sitzungen, über Richtlinien für die Abgabe von Empfehlungen und über die Protokollführung zu regeln.

(6a) Die NÖ Patienten-Entschädigungskommission muss die Landesregierung auf Verlangen über alle Gegenstände ihrer Geschäftsführung informieren.

(7) (Verfassungsbestimmung) Die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Entschädigungskommission unterliegen bei Ausübung dieser Funktion keinen Weisungen.

(8) Den Mitgliedern und Ersatzmitgliedern der Entschädigungskommission gebührt ein pauschaler Aufwandsersatz, dessen Höhe in der Geschäftsordnung festzulegen ist; die finanzielle Bedeckung erfolgt aus den Fondsmitteln.

(9) Die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Entschädigungskommission unterliegen – unabhängig von ihrer sonst allenfalls bestehenden dienstlichen Amtsverschwiegenheit – der Verschwiegenheit über alle ihnen aus der Tätigkeit als Mitglied der Kommission bekannt gewordenen Mitteilungen.

§ 103
Fondsleistungen

(1) Eine Befassung des Fonds ist nur möglich, wenn nach außergerichtlicher Prüfung durch die NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft (insbesondere nach Anrufung der Schiedsstelle der NÖ Ärztekammer bzw. Verhandlungen mit Haftpflichtversicherungen) eine Haftung des Rechtsträgers der Krankenanstalt nicht eindeutig gegeben ist. Daneben kann eine Leistung in Fällen gewährt werden, bei denen eine Haftung des Rechtsträgers nicht gegeben ist, wenn es sich um seltene, schwerwiegende Komplikationen handelt, die zu einer erheblichen Schädigung geführt haben.

(2) Während eines anhängigen zivilgerichtlichen Schadenersatzverfahrens ist die Befassung des Fonds ausgeschlossen.

(3) Ein Begehren auf Entschädigung ist bei sonstigem Ausschluss innerhalb eines Jahres nach Abschluss der außergerichtlichen Abklärung gemäß Abs. 1 beim Fonds zu stellen. Die Entschädigung besteht in der einmaligen Zuwendung eines Geldbetrages bis zu € 21.801,85. Die Höhe des Entschädigungsbetrages ist von der Entschädigungskommission im Einzelfall unter Berücksichtigung schadenersatzrechtlicher Grundsätze vorzuschlagen. Bei Vorliegen eines besonders gelagerten sozialen Härtefalles kann diese Höchstgrenze überschritten werden.

(4) Ein Rechtsanspruch auf Gewährung von Entschädigungen aus dem Fonds besteht nicht.

§ 104
Rückzahlung von Entschädigungen

(1) Erhält der Patient, nach dem Leistungen aus dem Fonds ausbezahlt wurden, wegen desselben Schadensfalles einen Schadenersatzbetrag vom Gericht zuerkannt oder wird ein solcher von der Haftpflichtversicherung oder vom *Rechtsträger* der betroffenen Krankenanstalt geleistet, ist er verpflichtet, die zuerkannte Entschädigung an den Fonds zurückzuzahlen. Der Geldbetrag ist nur in jener Höhe zurückzuzahlen, in der er vom Gericht zuerkannt oder von der Haftpflichtversicherung oder vom *Rechtsträger* geleistet wurde.

(2) Im Einzelfall, insbesondere bei Vorliegen einer sozialen Härte, kann der Geschäftsführer nach Einholung einer Empfehlung der Entschädigungskommission von der Verpflichtung zur Rückzahlung entweder zur Gänze oder hinsichtlich eines Teilbetrages Abstand nehmen.

§ 105
Mitwirkungspflichten

Die *Rechtsträger* der NÖ Fondskrankenanstalten und die in den NÖ Fondskrankenanstalten beschäftigten Personen sind verpflichtet, den Organen des Fonds alle gewünschten Auskünfte zu erteilen und die benötigten Krankengeschichten und sonstigen zur Beurteilung eines Falles erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Insbesondere sind auf Verlangen der Organe des Fonds Fotokopien der Krankengeschichte und die sonstigen zur Beurteilung eines Falles erforderlichen Unterlagen kostenlos zu übermitteln.

§ 106
Datenübermittlung und Datenverarbeitung

Der Fonds ist zur Wahrnehmung seiner Aufgaben berechtigt, nachstehend angeführte Daten automationsunterstützt zu ermitteln und zu verarbeiten, sowie an Sachverständige im Zusammenhang mit der Erstellung von Gutachten und an Gerichte im Zusammenhang mit der Rückzahlung von zuerkannten Entschädigungen zu übermitteln:

- o Daten aus der Krankengeschichte von Personen, die eine Entschädigung aus dem Fonds begehren sowie

- o Bankverbindungen von Personen, die eine Entschädigung aus dem Fonds begehren.

§ 107
Aufsicht

(1) Der Fonds untersteht der Aufsicht der Landesregierung. Die Organe des Fonds sind verpflichtet, der Landesregierung Einsicht in die Gebarung des Fonds zu gewähren sowie verlangte Auskünfte zu erteilen.

(2) Über die Tätigkeit des Fonds ist alljährlich bis längstens 30. August des Folgejahres der Landesregierung zu berichten.

§ 108
Abgabenbefreiung

Begehren von Patienten auf Entschädigung aus dem Fonds und der damit im Zusammenhang stehende Schriftverkehr sind von allen Landes- und Gemeindeabgaben befreit. Ebenso ist auch der Geschäftsführer und die Entschädigungskommission bei Ausübung ihrer Tätigkeit, insbesondere im Hinblick auf die Ausfertigung von Schriftstücken, von allen Landes- und Gemeindeabgaben befreit.

Beilagen 1 bis 4 (entfallen)

9440-28

