

Begutachtungsentwurf III
November 2017

Zl. 01-VD-LG-1773/19-2017

**Entwurf eines Gesetzes, mit dem die Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999
und das Kärntner Landessanitätsratsgesetz
geändert werden**

Textgegenüberstellung

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

Artikel I
Änderung der Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999

Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 – K-KAO
StF: LGBl Nr 26/1999 (WV)

Änderung

LGBl Nr 51/1999 (DFB)
LGBl Nr 67/2001
LGBl Nr 57/2002
LGBl Nr 56/2003
LGBl Nr 85/2005
LGBl Nr 16/2008
LGBl Nr 61/2008
LGBl Nr 2/2010
LGBl Nr 74/2010
LGBl Nr 75/2010
LGBl Nr 70/2011
LGBl Nr 78/2012

Die Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 – K-KAO, LGBl. Nr. 26/1999,
zuletzt geändert durch das Gesetz LGBl. Nr. 46/2015, wird wie folgt geändert:

LGBI Nr 82/2013
LGBI Nr 46/2015

Inhaltsverzeichnis

I. Abschnitt Allgemeines

- § 1 Begriffsbestimmungen
- § 2 Einteilung der Krankenanstalten
- § 3 Allgemeine Krankenanstalten
- § 3a Fachrichtungsbezogene Organisationsformen
- § 3b Referenzzentren
- § 3c Arten der Betriebsformen
- § 4 Landes-Krankenanstaltenplan
- § 5 Fachbeirat für Qualität und Integration
- § 5a Psychiatrie-Beirat

1. Im Inhaltsverzeichnis werden

a) nach dem Eintrag zu § 5a der Eintrag „§ 5b Militärische Krankenanstalten“,

II. Abschnitt Errichtung und Betrieb

- § 6 Bewilligung zur Errichtung
- § 7 Inanspruchnahme von Liegenschaften
- § 8 Persönliche Voraussetzungen
- § 9 Sachliche Voraussetzungen
- § 10 Ansuchen
- § 11 Einholung von Stellungnahmen
- § 12 Mündliche Verhandlung
- § 13 Errichtung selbständiger Ambulatorien

- § 14 Wirksamkeit der Errichtungsbewilligung
- § 15 Betriebsbewilligung
- § 15a Haftpflichtversicherung
- § 16 Parteistellung
- § 17 Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung

*b) nach dem Eintrag zu § 13 der Eintrag „§ 13a Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien“
sowie*

- § 18 Sperre
- § 18a Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von
Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten
- § 18b Entnahmeeinheiten
- § 18c Transplantationszentren
- § 19 Veränderungen
- § 20 Verpachtung, Übertragung und Änderung der Bezeichnung
- § 20a Bezeichnung des Rechtsträgers
- § 21 Mitteilungspflicht an den Landeshauptmann
- § 22 Anstaltsordnung
- § 23 Patientenrechte
- § 24 Qualitätssicherung
- § 25 Krankenanstaltenleitung
- § 26 Ärztlicher Dienst
- § 27 Ausbildungsstellen
- § 27a Leitung von Zahnambulatorien
- § 28 Krankenhaushygieniker
- § 29 Technischer Sicherheitsbeauftragter
- § 30 Ethikkommission
- § 30a Kinder- und Opferschutzgruppen
- § 30b Blutdepot

c) nach dem Eintrag zu § 30b der Eintrag „§ 30c Einrichtungen zum
Sammeln und zur Abgabe von Muttermilch“

eingefügt und

- § 31 Erste Hilfe und ärztliche Behandlung
- § 32 Verschwiegenheitspflicht
- § 33 Administrative Patientenerfassung
- § 34 Krankengeschichten und sonstige Vormerkungen
- § 34a Datenerfassung
- § 35 Wirtschaftsführung
- § 36 Wirtschaftsaufsicht
- § 37 Pflegedienst
- § 38 Personalplanung, Supervision, Fortbildung
- § 39 Psychologische Betreuung und psychotherapeutische
Versorgung
- § 40 Verbot unsachlichen Wettbewerbs

III. Abschnitt Öffentliche Krankenanstalten

- § 41 Begriffsbestimmung
- § 42 Öffentlichkeitsrecht
- § 43 Gemeinnützigkeit
- § 44 Verleihung
- § 45 Sicherstellung der Krankenanstaltspflege
- § 46 Blutabnahme zur Bestimmung des Alkohol- oder Suchtgiftgehaltes des Blutes
- § 47 Angliederungsverträge
- § 48 Anstaltsambulanzen
- § 48a Führung von Ordinationen
- § 49 Arzneimittelvorrat
- § 49a Arzneimittelkommission
- § 50 Gebührenklassen
- § 51 Öffentliche Stellenausschreibung
- § 52 Aufnahme der Patienten
- § 53 Aufnahme von nichtanstaltsbedürftigen Personen
- § 54 Entlassung von Patienten
- § 55 Leichenöffnung (Obduktion)
- § 56 Leistungsabgeltung
- § 57 Aufenthaltskostenbeitrag
- § 58 Sondergebühren
- § 59 Ermittlung der LKF-Gebühren, der Pflege- und Sondergebühren
- § 60 Festsetzung der LKF-Gebühren, der Pflege- und Sondergebühren
- § 61 Arztgebühren
- § 62 Tragung der Gebühren
- § 63 Gebührenrechnung
- § 64 Rückstandsausweis
- § 65 Gebühren für ausländische Staatsangehörige
- § 66 Überwachungsrecht der Träger der Sozialhilfe
- § 67 Beitragsbezirk und Krankenanstaltensprengel
- § 68 Betriebsabgangsdeckung
- § 69 Betriebsunterbrechung, Auflassung
- § 70 Entziehung des Öffentlichkeitsrechtes
- § 71 Öffentliche Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie und Abteilungen für Psychiatrie in öffentlichen Krankenanstalten
- § 72 Geschlossene Bereiche

lautet die Überschrift des § 48:

„Anstaltsambulanzen, ambulante Untersuchungen und Behandlungen“

§ 72a Verwendung von Drittmitteln

IV. Abschnitt
Private Krankenanstalten

§ 73 Allgemeines

§ 74 Errichtung und Betrieb

§ 75 Fortbetriebsrecht

§ 75a Patientenkosten und Rechnungen

V. Abschnitt

Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Krankenanstalten

§ 76 Aufnahme in Fondskrankenanstalten

§ 77 Leistungen, die durch LKF-Gebührenersätze abgegolten werden

§ 78 Überwachungsrecht der Sozialversicherungsträger und des Landesfonds

§ 79 Kostentragung durch den Patienten

§ 80 Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Fondskrankenanstalten

§ 81 Schiedskommission

§ 82 Sozialversicherungsträger und nichtfondsfinanzierte Krankenanstalten

§ 83 Beziehungen des Trägers der Sozialhilfe und anderer Krankenfürsorgeeinrichtungen zu den Trägern der öffentlichen Krankenanstalten

VI. Abschnitt

Straf- und Übergangsbestimmungen

§ 84 Strafbestimmungen

§ 85 Abgabenbefreiung

§ 86 Verweisungen

§ 1

Begriffsbestimmungen

- (1) Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen, die
1. zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung,

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

bestimmt sind.

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

(3) Als Krankenanstalten im Sinne der Abs. 1 und 2 gelten nicht

- a) Anstalten, die nur für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, sowie Krankenabteilungen in Justizanstalten;
- b) Einrichtungen, die von Betrieben für die Leistung Erster Hilfe bereit gehalten werden, und arbeitsmedizinische Zentren gemäß § 80 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz;
- 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) heeres eigene krankenanstaltenähnliche Einrichtungen (Krankenabteilungen);
- e) Ordinationsstätten von Ärzten oder Zahnärzten und Betriebsstätten von Dentisten; als solche gelten jedoch nicht Einrichtungen, die eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglichen und durch die Anstellung insbesondere von Angehörigen von Gesundheitsberufen eine Organisationsdichte und -struktur aufweisen, die insbesondere im Hinblick auf das arbeitsteilige Zusammenwirken und das Leistungsvolumen eine Anstaltsordnung erfordern;

2. § 1 Abs. 3 lit. d lautet:

- d) medizinische Versorgungseinrichtungen in Betreuungseinrichtungen gemäß § 1 Z 5 des Grundversorgungsgesetzes-Bund 2005 für Asylwerber.

- f) Gruppenpraxen;
- g) die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit-GmbH im Sinne des Bundesgesetzes BGBl I Nr 63/2002 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl I Nr 111/2010.

§ 2

Einteilung der Krankenanstalten

Die Krankenanstalten werden eingeteilt in

1. allgemeine Krankenanstalten, das sind Krankenanstalten für Personen, ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung (§ 1 Abs. 1 und 2);
2. Sonderkrankenanstalten, das sind Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke;
3. Pflegeanstalten für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen;
4. Sanatorien, das sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen;
5. selbständige Ambulatorien , das sind organisatorisch selbständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in 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, vierundzwanzig Stunden nicht überschreitende Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist. Die Durchführung von Hausbesuchen im jeweiligen Einzugsgebiet ist zulässig.

3. § 1 Abs. 3 lit. g lautet:

- g) die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH im Sinne des Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetzes.

4. Im § 2 werden in der Z 5 der abschließende Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende Z 6 angefügt:

6. militärische Krankenanstalten, das sind vom Bund betriebene Krankenanstalten, die in unmittelbarem und überwiegendem Zusammenhang mit der Erfüllung der Aufgaben des Bundesheeres gemäß § 2 des Wehrgesetzes 2001 stehen, und deren Zahl und Standort vom Bundesminister für Landesverteidigung und Sport auf Grund militärischer Notwendigkeiten festgelegt wird.

§ 3

Allgemeine Krankenanstalten

(1) Allgemeine Krankenanstalten sind einzurichten als

a) Standardkrankenanstalten nach Maßgabe der Absätze 4 bis 6 mit Abteilungen zumindest für:

1. Chirurgie,
2. Innere Medizin;
ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein und durch Fachärzte des betreffenden Sonderfaches betreut werden; auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muß eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein;

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

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

5. Im § 3 Abs. 1 lautet:

(1) Allgemeine Krankenanstalten sind einzurichten als

a) Standardkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs. 5 mit zumindest zwei Abteilungen, davon eine für Innere Medizin. Weiters muss zumindest eine ambulante Basisversorgung für chirurgische und/oder unfallchirurgische Akutfälle im Sinne der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) gewährleistet werden. Ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein und durch Fachärzte des betreffenden Sonderfaches betreut werden. Auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein;

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

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

ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Hämodialyse, für Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin, und für Intensivpflege (inklusive Intensivpflege für Neonatologie und Pädiatrie) vorhanden sein und durch Fachärzte des entsprechenden Sonderfaches betreut werden; entsprechend dem Bedarf hat die Betreuung auf dem Sonderfach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie durch eigene Einrichtungen oder durch Fachärzte als Konsiliarärzte zu erfolgen. Auf den nach dem Anstaltszweck und dem

für Strahlendiagnostik und – therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin, und für Intensivpflege vorhanden sein und durch Fachärzte des entsprechenden Sonderfaches betreut werden und es hat entsprechend dem Bedarf die Betreuung auf dem Sonderfach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie durch eigene Einrichtungen oder durch Fachärzte als Konsiliarärzte zu erfolgen;

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) Die Voraussetzungen nach Abs. 1 sind auch erfüllt, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern sie funktionell-organisatorisch verbunden sind. Dabei ist die örtlich getrennte Unterbringung auch in einem anderen Bundesland und unter den in § 18a geregelten Voraussetzungen auch auf dem Gebiet eines anderen Staates zulässig, sofern die räumliche Entfernung der dislozierten Einrichtungen die funktionell-organisatorische Verbindung ermöglicht.

(3) Von der Errichtung einzelner im Abs. 1 lit. b vorgesehener Abteilungen kann abgesehen werden, wenn im Einzugsbereich, für den die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkte in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist. Dabei ist die örtlich getrennte Unterbringung auch in einem anderen Bundesland und unter den in § 18a geregelten Voraussetzungen auch auf dem Gebiet eines anderen Staates zulässig, sofern die räumliche Entfernung der dislozierten Einrichtungen die funktionell-organisatorische Verbindung ermöglicht.

(4) Standardkrankenanstalten, die mit 1. Jänner 2011 über eine rechtskräftige Errichtungs- und Betriebsbewilligung verfügen, dürfen als Standardkrankenanstalten der Basisversorgung geführt werden, wenn sie über einen natürlichen Einzugsbereich von weniger als 50.000 Einwohnern verfügen oder wenn eine rasche Erreichbarkeit einer Standardkrankenanstalt gemäß Abs. 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:

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; als Zentralkrankenanstalten gelten ferner Krankenanstalten, die neben den Aufgaben gemäß § 1 Abs. 1 ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität bzw. einer Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, dienen.

6. § 3 Abs. 3 und 4 lauten:

(3) In Standardkrankenanstalten kann die ambulante Basisversorgung für chirurgische und/oder unfallchirurgische Akutfälle im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG auch durch eine Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit oder eine Ambulante Erstversorgungseinheit oder durch Kooperation mit anderen geeigneten Gesundheitsdiensteanbietern in vertretbarer Entfernung im selben Einzugsbereich sichergestellt werden.

(4) Von der Errichtung einzelner im Abs. 1 lit. b vorgesehener Abteilungen und sonstiger Einrichtungen kann abgesehen werden, wenn in jenem Einzugsbereich, in dem die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen, Departments, Fachschwerpunkte oder sonstigen Einrichtungen mit einem Leistungsangebot der jeweils erforderlichen Versorgungsstufe und Erfüllung der zugehörigen Anforderungen in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.

- a) eine Abteilung für Innere Medizin ohne weitere Spezialisierung führen,
 - b) eine auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) beschränkte und in einer reduzierten Organisationsform gemäß § 3a 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 der Leistungsmatrix des ÖSG beschränkte reduzierte Organisationsformen gemäß § 3a 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 Z 2 sicherzustellen.
 4. Eine Erweiterung des Leistungsspektrums über die Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG hinaus ist unzulässig.
 5. Bei Bedarf sind entsprechend § 45 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 § 3a ist nur in Ausnahmefällen zulässig und wenn dies im jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) vorgesehen ist.
 6. Standardkrankenanstalten der Basisversorgung können auch als dislozierte Betriebsstätten einer räumlich nahen Standardkrankenanstalt gemäß Abs. 1 lit. a oder einer Krankenanstalt einer höheren Versorgungsstufe gemäß Abs. 1 lit. b oder c geführt werden.

7. Im § 3 Abs. 5 werden folgende Änderungen vorgenommen:

a) Die Einleitung lautet:

(5) Für Krankenanstalten gemäß Abs. 1 lit. a und b sowie Abs. 4, soweit dort vorgesehen, und nach Maßgabe des § 3a kann die Errichtung folgender reduzierter Organisationsformen vorgesehen werden:

1. Departments

- a) für Unfallchirurgie in Form von Satellitendepartments (§ 3a 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.

(6) Die Einrichtung reduzierter Organisationsformen ist mit Ausnahme von Departments für Psychosomatik (Abs. 5 Z 1 lit. d und e) nur in begründeten Ausnahmefällen, etwa zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen oder zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig, wenn der wirtschaftliche Betrieb einer Abteilung mangels ausreichender Auslastung nicht erwartet werden kann.

§ 3a

Fachrichtungsbezogene Organisationsformen

(1) Abteilungen sind bettenführende Einrichtungen, die zeitlich

Für Krankenanstalten gemäß Abs. 1 lit a und b kann nach Maßgabe des § 3a die Errichtung folgender reduzierter Organisationsformen vorgesehen werden:

b) In der Z 1 erhalten die bisherigen lit. c, d und e die Bezeichnungen lit. d, e und f.

c) Es wird folgende neue lit. c eingefügt:

- c) für Remobilisation und Nachsorge im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Unfallchirurgie,

uneingeschränkt zu betreiben sind und die im Rahmen der Abdeckung des fachrichtungsbezogenen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung in ihrem Einzugsbereich nach Maßgabe des § 31 Abs. 2 die jederzeitige Verfügbarkeit fachärztlicher Akutversorgung anstaltsbedürftiger Personen im jeweiligen Sonderfach sicherzustellen haben.

(2) Neben Abteilungen bzw. an Stelle von Abteilungen können nach Maßgabe des § 3 Abs. 5 folgende fachrichtungsbezogene Organisationsformen als Organisationseinheiten vorgehalten werden:

1. Departments als bettenführende Einrichtungen mit eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG für Unfallchirurgie (Satellitendepartment) oder Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie mit jeweils 15 bis 24 Betten, für Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 20 Betten sowie für Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens 12 Betten. Departments müssen mit Ausnahme von Satellitendepartments für Unfallchirurgie nach Maßgabe des § 31 Abs. 2 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 3 Abs. 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 § 3 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 § 3 Abs. 1 lit. a und § 3 Abs. 4 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen

8. *Im § 3a Abs. 2 Z 1 erster Satz wird nach der Wortfolge „Rekonstruktive Chirurgie“ die Wortfolge „oder Remobilisation und Nachsorge“ eingefügt.*

sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 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 § 3 Abs. 1 lit. a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten sowie in Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 3 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 § 22 Abs. 1 lit. d enthält, jedenfalls von Montag früh bis Freitag abends zeitlich uneingeschränkt betrieben werden. Im Bedarfsfall ist durch die Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.
4. Dislozierte Tageskliniken als bettenführende Einrichtungen an Standorten von Krankenanstalten ohne vollstationäre bettenführende Einrichtung (Abteilung, Department oder Fachschwerpunkt) desselben Sonderfaches mit einem auf tagesklinisch elektiv erbringbare konservative und operative Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG. Dislozierte Tageskliniken können in der betreffenden Krankenanstalt entweder eigenständig geführt und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden werden oder auch als bettenführende Einrichtungen eingerichtet werden, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie weisen eingeschränkte Betriebszeiten auf. Außerhalb der Betriebszeit ist jedenfalls die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sicherzustellen. Dislozierte Tageskliniken können in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a und in

Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 4 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend eingerichtet werden.

§ 4

Landes-Krankenanstaltenplan

(1) Die Landesregierung hat zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten stationären Krankenversorgung auf Grund des – in der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit festgelegten – Regionalen Strukturplanes Gesundheit für Fondskrankenanstalten durch Verordnung einen Landes-Krankenanstaltenplan zu erlassen; hiebei ist der Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages gemäß § 8 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 81/2013, und jener des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) zu berücksichtigen. Der Krankenanstaltenplan stellt insbesondere die für eine patienten- und bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung mit notwendigen Krankenanstalten und Großgeräten nach Standort, Versorgungsaufgaben, Bettenzahl und Fachrichtung erforderliche Grundlage sowie die Planungsgrundsätze dar. Dabei sind, um eine verbindliche österreichweit auf einheitlichen Grundsätzen basierende Krankenanstalten- und Großgeräteplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die im österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und –methoden zu berücksichtigen.

(2) Im Landes-Krankenanstaltenplan sind jedenfalls festzulegen:

- a) die Standorte der Fondskrankenanstalten,
- b) die maximalen Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege und Intensivbereich) je Standort,
- c) die medizinischen Fachbereiche je Standort,
- d) die für die Fachbereiche jeweils vorgesehenen Organisationseinheiten je Standort,
- e) Art und Anzahl der medizinisch-technischen Großgeräte je Standort,
- f) die maximalen Bettenzahlen je Fachbereich bezogen auf das Land, die Versorgungsregion oder bezogen auf die Standorte,
- g) die Referenzzentren und speziellen Versorgungsbereiche je Standort.

(3) Im Landes-Krankenanstaltenplan sind die Standortstruktur und die

9. § 4 Abs. 1 lautet:

(1) Die Landesregierung hat in Fällen, in denen kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) bzw. deren Änderungen entsprechend den Bestimmungen im § 23 Abs. 2 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes – G-ZG, BGBl. I Nr. 26/2017, in der Landes-Zielsteuerungskommission zustande kommt, auf Basis der gemeinsamen Festlegungen in der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit im Rahmen eines Regionalen Strukturplanes Gesundheit für Fondskrankenanstalten einen Landes-Krankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen. Dieser Landes-Krankenanstaltenplan hat sich im Rahmen des Zielsteuerungsvertrages gemäß § 10 des G-ZG und des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) zu befinden. Dabei sind, um eine verbindliche österreichweit auf einheitlichen Grundsätzen basierende Krankenanstaltenplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die im ÖSG vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und -methoden zu berücksichtigen.

maximalen Bettenzahlen je Fachrichtung für das Land festzulegen. Für jede Krankenanstalt sind die Fächerstruktur sowie die maximalen Gesamtbettenzahlen je Fachrichtung festzulegen. Erfolgen die Festlegungen gemäß Abs. 2 lit. f nicht bezogen auf die Standorte, sind im Zusammenhang mit § 9 Abs. 3 die zur Realisierung beabsichtigten Bettenkapazitäten je Fachbereich und Standort im Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) zumindest unverbindlich mit Informationscharakter auszuweisen.

(4) Vor der Erlassung des Krankenanstaltenplanes sind die Träger der bettenführenden Krankenanstalten und der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger zu hören.

(5) Der Krankenanstaltenplan ist alle fünf Jahre für weitere fünf Jahre fortzuschreiben und dabei den jeweiligen Planungserfordernissen anzupassen.

§ 5a Psychiatrie-Beirat

(1) Zur Beratung der Landesregierung in Angelegenheiten der psychiatrischen Versorgung im Land Kärnten wird ein Psychiatrie-Beirat eingerichtet.

(2) Der Beirat besteht aus mindestens zehn Mitgliedern. Als Mitglieder kommen in Betracht:

1. Bedienstete der für die Mindestsicherung sowie der für fachliche Angelegenheiten des Gesundheitswesens zuständigen Abteilung des Amtes der Landesregierung, einschließlich eines mit Koordinationsaufgaben in Angelegenheiten der psychiatrischen Versorgung im Land Kärnten betrauten Bediensteten,
2. ein Vertreter aus dem Kreis der für die Aufgabenwahrnehmung der Sozial- und Gesundheitssprengel in Kärnten verantwortlichen Personen,
3. ein Vertreter aus dem Kreis der Träger der freien Wohlfahrtspflege in Kärnten,
4. im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung tätige Fachärzte,
5. niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie,
6. ein von der Kärntner Gebietskrankenkasse nominiertes Mitglied,
7. ein vom Arbeitsmarktservice nominiertes Mitglied,
8. Vertreter aus dem Kreis der Patienten und deren Angehörigen.

Der Beirat kann weitere Personen, die über einschlägige Fachkenntnisse verfügen, mit beratender Stimme beiziehen.

(3) Den Vorsitz führt ein von der Landesregierung bestellter Vertreter. Für die Bestellung der Mitglieder und die Geschäftsordnung des Beirates gilt § 5 Abs. 3 und 4. Die Mitgliedschaft im Beirat ist ein unbesoldetes Ehrenamt.

§ 6 Bewilligung zur Errichtung

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

(2) Die Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt bedarf der Bewilligung der Landesregierung. Anträge auf Erteilung der Bewilligung haben den Anstaltszweck (§ 2) und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung) genau zu bezeichnen. Eine Vorabfeststellung zur Frage des Bedarfs ist zulässig. Der Antragsteller hat jene Sozialversicherungsträger, für die anzunehmen ist, dass ihnen infolge ihrer voraussichtlichen Betroffenheit gemäß § 11 Abs. 2 Parteistellung im Bewilligungsverfahren zukommen wird, namhaft zu machen.

(2a) Die Landesregierung hat über ein Ansuchen um Erteilung der Errichtungsbewilligung mit schriftlichem Bescheid zu entscheiden. Im Errichtungsbewilligungsbescheid hat die Landesregierung die nach den Erkenntnissen der medizinischen und technischen Wissenschaft und die zur

10. Nach § 5a wird folgender § 5b eingefügt:

§ 5b Militärische Krankenanstalten

(1) Auf den Betrieb militärischer Krankenanstalten sind der II. Abschnitt, soweit seine Bestimmungen für alle Krankenanstalten gelten und nichts anderes bestimmt ist, sowie aus dem III. Abschnitt der § 49 (Arzneimittelvorrat), der § 54 Abs. 1 letzter Satz und Abs. 2 bis 5 (Entlassung von Patienten) und der § 55 (Obduktion) anzuwenden.

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

11. Im § 6 Abs. 2 erster Satz werden nach dem Wort „Landesregierung“ ein Beistrich gesetzt und die Wortfolge „sofern Abs. 4 nichts anderes bestimmt“ angefügt.

Sicherstellung einer den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden Errichtung der Krankenanstalt erforderlichen Bedingungen und Auflagen vorzuschreiben.

(3) Beabsichtigt der Antragsteller, Mittel des Kärntner Gesundheitsfonds in Anspruch zu nehmen, so hat er dies bereits im Antrag auf Erteilung der Errichtungsbewilligung bekannt zu geben.

§ 8 Persönliche Voraussetzungen

(1) An physische Personen darf die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt nur erteilt werden, wenn diese eigenberechtigt und verlässlich sind. Bei juristischen Personen, eingetragenen Erwerbsgesellschaften und Personengesellschaften des Handelsrechtes muß die zur Vertretung nach außen berufene Person diese Voraussetzungen erfüllen.

(2) Als nicht verlässlich im Sinne des Abs. 1 sind insbesondere Personen anzusehen, die

- a) nach § 13 der Gewerbeordnung 1994, BGBl Nr 194, von der Ausübung eines Gewerbes auszuschließen sind, oder
- b) wegen Übertretung von Vorschriften auf dem Gebiet des Krankenanstaltenrechtes oder des Gesundheitswesens rechtskräftig bestraft worden sind und von denen deshalb ein ordnungsgemäßer Anstaltsbetrieb nicht erwartet werden kann.

§ 9 Sachliche Voraussetzungen

(1) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt darf nur erteilt werden, wenn die Voraussetzungen nach Abs. 2 und die Mindestanforderungen nach Abs. 3 erfüllt werden.

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

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

12. Dem § 6 wird folgender Abs. 4 angefügt:

(4) Militärische Krankenanstalten bedürfen zur Errichtung keiner Bewilligung. Die beabsichtigte Errichtung ist der Landesregierung anzuzeigen.

13. § 8 Abs. 2 lautet:

(2) Als nicht verlässlich im Sinne des Abs. 1 sind Personen anzusehen, von denen ein ordnungsgemäßer Anstaltsbetrieb nicht erwartet werden kann; dies gilt insbesondere für Personen, die wegen Übertretung von Vorschriften auf dem Gebiet des Krankenanstaltenrechtes oder des Gesundheitswesens rechtskräftig bestraft worden sind, oder gegen die sonstige gewichtige Bedenken, z.B. im Hinblick auf ihre Fähigkeiten sowie ihr Vorleben, bestehen.

Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichtes im Sinne der sozialen Sicherheit ein Bedarf gemäß Abs. 3 gegeben sein;

- b) der Bewerber muss das Eigentum oder ein sonstiges Recht an der für die Krankenanstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachweisen, das ihm die längerfristige und unbehinderte Benützung der Betriebsanlage gestattet;
- c) das für die Unterbringung der Krankenanstalt vorgesehene Gebäude muß den bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen und nach seiner Lage und Beschaffenheit für die Art der vorgesehenen Krankenanstalt geeignet sein.

(3) Kündigt der Antragsteller nach § 6 Abs. 3 die beabsichtigte Inanspruchnahme von Mitteln des Kärntner Gesundheitsfonds an, ist ein Bedarf gegeben, wenn die Errichtung nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot dem jeweiligen mit den regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) abgestimmten Landes-Krankenanstaltenplan (§ 4) entspricht. Für sonstige bettenführende Anstalten ist ein Bedarf gegeben, wenn unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG hinsichtlich

- a) der örtlichen Verhältnisse (regionale rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte),
- b) der für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,
- c) der Auslastung bestehender stationärer Einrichtungen sowie
- d) der Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes nachgewiesen werden kann.

(3a) Die Landesregierung hat von einer Prüfung des Bedarfs abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot in der Krankenanstalt ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören. Darüber hinaus ist von der Prüfung des Bedarfs abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes

14. Im § 9 Abs. 2 entfällt in der lit. c die Wortfolge „und nach seiner Lage und Beschaffenheit für die Art der vorgesehenen Krankenanstalt geeignet sein“ und wird nach der lit. c folgender Schlusssatz angefügt:

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

15. § 9 Abs. 3 erster Satz wird durch folgende Bestimmungen ersetzt:

Wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes, BGBl. I Nr. 26/2017, geregelt ist, ist hinsichtlich des Bedarfs die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist der dritte Satz sinngemäß anzuwenden.

erfolgt.

(4) Die Landesregierung kann unter Bedachtnahme auf die Erkenntnisse der medizinischen und technischen Wissenschaften nach Anhörung des Landessanitätsrates durch Verordnung Mindestanforderungen festlegen, die von Krankenanstalten hinsichtlich der allgemeinen Raumerfordernisse, der Größe und Ausstattung der Behandlungs- und Pflegeräume, der sanitären Anlagen, der innerbetrieblichen Krankentransporteinrichtungen sowie hinsichtlich der notwendigen Vorkehrungen für einen ordnungsgemäßen Betriebsablauf in den Krankenanstalten erfüllt werden müssen.

(5) Die Vorlage von Unterlagen zum Nachweis der Voraussetzungen nach Abs. 2 lit. b und c ist nicht erforderlich, wenn nur eine gesonderte Vorabfeststellung zur Frage des Bedarfs beantragt wird.

(6) Ist der Rechtsträger der Krankenanstalt ein Krankenversicherungsträger, so bedarf es zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt keiner Bewilligung. Die beabsichtigte Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger ist der Landesregierung anzuzeigen.

§ 10 Ansuchen

(1) Der Bewerber hat dem Ansuchen um Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt maßgerechte, von einem Bausachverständigen ausgearbeitete Baupläne und Bau- und Betriebsbeschreibungen in vierfacher Ausfertigung anzuschließen. Sofern dies zweckmäßig und technisch möglich ist, kann die Behörde dem Bewerber auftragen, Pläne auch in digitaler Form vorzulegen.

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

§ 11 Einholung von Stellungnahmen

(1) Im Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer

16. Dem § 9 wird folgender Abs. 7 angefügt:

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

17. § 10 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

Sofern dies technisch möglich ist, sind diese Unterlagen auch in elektronischer Form zu übermitteln.

Krankenanstalt ist ein Gutachten des Landeshauptmannes einzuholen, das zum Antrag vom Standpunkt der sanitären Aufsicht Stellung nimmt. Hiebei ist der Landessanitätsrat zu hören.

(2) Im Verfahren gemäß Abs. 1 haben die gesetzlichen Interessenvertretungen privater Krankenanstalten und betroffene Sozialversicherungsträger, bei selbständigen Ambulatorien auch die Ärztekammer für Kärnten, sowie bei Zahnambulatorien auch die Österreichische Zahnärztekammer hinsichtlich des zu prüfenden Bedarfes (§ 9 Abs. 2 lit. a) Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht und der Revision an den Verwaltungsgerichtshof. Gleiches gilt für das Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfes.

(3) Die Landesregierung hat im Verfahren gemäß Abs. 1 den Patientenanwalt (die Patientenanwältin) anzuhören.

§ 12 Mündliche Verhandlung

(1) Ist das Ansuchen nicht schon wegen Fehlens der Voraussetzungen nach § 8 oder § 9 Abs. 2 lit. a und b abzuweisen, hat die Landesregierung eine mit einem Lokalaugenschein verbundene mündliche Verhandlung anzuberaumen, zu der der Bewerber und die Bezirksverwaltungsbehörde zu laden ist.

(2) In der Verhandlung ist zu ermitteln, ob die Voraussetzungen nach § 9 Abs. 2 lit. c vorliegen.

§ 13 Errichtung selbständiger Ambulatorien

(1) Selbständige Ambulatorien bedürfen zu ihrer Errichtung einer Bewilligung der Landesregierung; § 6 Abs. 2a, §§ 7, 8, 9 Abs. 4 und §§ 10 bis 12 sind sinngemäß anzuwenden. Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung haben den Anstaltszweck und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tages- und Nachtzeiten, Samstagen, Sonn- und Feiertagen sowie Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung, insbesondere vorgesehene Anzahl von Ärzten bzw. Zahnärzten) genau zu bezeichnen. Eine

18. § 11 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

Hiebei ist der Landessanitätsrat in Bewilligungsverfahren zu hören, die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität erwarten lassen und einer Prüfung des Bedarfs unterliegen.

19. § 11 Abs. 2 lautet:

(2) Im Verfahren gemäß Abs. 1 haben die gesetzlichen Interessenvertretungen privater Krankenanstalten und die betroffenen Sozialversicherungsträger hinsichtlich des zu prüfenden Bedarfes (§ 9 Abs. 2 lit. a) Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht gemäß Art. 132 Abs. 5 B-VG und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Landesverwaltungsgerichtes das Recht auf Revision an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Art. 133 Abs. 1 und 9 B-VG. Gleiches gilt für das Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfes.

20. § 12 Abs. 1 lautet:

(1) Ist das Ansuchen nicht schon wegen Fehlens der Voraussetzungen nach § 8 oder § 9 Abs. 2 lit. a und b abzuweisen, kann die Landesregierung eine mündliche Verhandlung anberaumen; diese ist erforderlichenfalls mit einem Lokalaugenschein zu verbinden.

21. Im § 13 Abs. 1 erster Satz wird nach dem Zitat „§ 6 Abs. 2a“ die Wortfolge „und Abs. 4“ eingefügt und entfällt der Verweis „9 Abs. 4“.

Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3 ist zulässig.

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

a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und kasseneigenen Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, Gruppenpraxen und selbständige Ambulatorien, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, bei selbständigen Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Zahnärzte, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,

1.zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung;

2.zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann;

b) das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlagen nachgewiesen sind;

c) das für die Unterbringung der Anstalt geplante oder bereits vorhandene Gebäude den hinsichtlich der Ausführung oder Verwendung solcher Gebäude vorgesehenen bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht;

d) der Bewerber die persönlichen Voraussetzungen nach § 8 erfüllt.

(3) Bei der Beurteilung, ob eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann, sind ausgehend von

22. Dem § 13 Abs. 2 wird nach der lit. d folgender Schlusssatz angefügt:

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

den Ergebnissen der Planungen des jeweiligen RSG folgende Kriterien zu berücksichtigen:

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

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

(5) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung ist auf Kosten des Antragstellers ein Gutachten der Gesundheit Österreich GmbH oder eines vergleichbaren Planungsinstituts sowie eine begründete Stellungnahme der Gesundheitsplattform nach dem Kärntner Gesundheitsfondsgesetz zum Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 3 einzuholen.

(6) Die Vorlage von Unterlagen zum Nachweis der Voraussetzungen nach Abs. 2 lit. b bis d ist nicht erforderlich, wenn nur eine gesonderte

23. Im § 13 wird nach Abs. 3 folgender Abs. 3a eingefügt:

(3a) Wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes, BGBl. I Nr. 26/2017, geregelt ist, ist hinsichtlich des Bedarfs die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist Abs. 3 sinngemäß anzuwenden.

24. Im § 13 Abs. 5 wird die Wortfolge „der Gesundheitsplattform“ durch die Wortfolge „des Kärntner Gesundheitsfonds“ ersetzt.

Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen nach Abs. 3 beantragt wird.

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

(8) Im Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums – ausgenommen im Fall des Abs. 4 – haben betroffene Sozialversicherungsträger, die gesetzliche Interessensvertretung privater Krankenanstalten und die zuständige Landesärztekammer bzw. bei selbständigen Zahnambulatorien auch die Österreichische Zahnärztekammer, hinsichtlich des Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht und der Revision an den Verwaltungsgerichtshof. Dies gilt auch für Verfahren zur Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3.

(9) Die Errichtungsbewilligung für ein selbständiges Ambulatorium, dessen Rechtsträger ein Krankenversicherungsträger ist, ist zu erteilen, wenn ein Einvernehmen zwischen den Krankenversicherungsträgern und der Landesärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer oder zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer vorliegt (§ 339 ASVG). Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung zu erteilen, wenn durch die Landesregierung festgestellt wurde, dass eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann. Der erste und zweite Satz gelten auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb eines selbständigen Ambulatoriums betraut.

25. *Im § 13 Abs. 8 erster Satz wird die Wortfolge „und der Revision an den Verwaltungsgerichtshof“ durch die Wortfolge „gemäß Art. 132 Abs. 5 B-VG und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Landesverwaltungsgerichtes das Recht auf Revision an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Art. 133 Abs. 1 und 9 B-VG“ ersetzt.*

26. *Im § 13 Abs. 9 wird nach dem Klammerausdruck „(§ 339 ASVG).“ folgender Satz eingefügt:*

Dies ist jedenfalls dann der Fall, wenn ein Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes zu keinem positiven Abschluss geführt hat.

27. *Dem § 13 wird nach Abs. 9 folgender Abs. 10 angefügt:*

(10) Einer Beschwerde der Landesärztekammer an das Landesverwaltungsgericht und einer Revision der Landesärztekammer an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Abs. 8 kommt in Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung für eine eigene Einrichtung für Zwecke der Primärversorgung eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers gemäß § 339 ASVG keine aufschiebende Wirkung zu.

28. *Nach § 13 wird folgender § 13a eingefügt:*

§ 13a

Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien

Für Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien gilt Folgendes:

1. Abweichend von § 13 Abs. 2 lit. a und Abs. 3, 5 und 7 ist die Errichtungsbewilligung für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbständigen Ambulatoriums nur dann zu erteilen, wenn eine Primärversorgungseinheit im Regionalen Strukturplan Gesundheit abgebildet ist und – als Ergebnis eines Verfahrens nach § 14 Primärversorgungsgesetz (PrimVG) – eine vorvertragliche Zusage der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrags (§ 8 PrimVG) vorliegt.
2. Eine Bewilligung zum Betrieb einer Primärversorgungseinheit in Form eines selbständigen Ambulatoriums ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 15 Abs. 2 oder 3 erfüllt sind. § 22 ist nicht anzuwenden.
3. Für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbständigen Ambulatoriums entfällt die Verpflichtung zur Einrichtung einer Arzneimittelkommission nach § 74 Abs. 1 in Verbindung mit § 49a.
4. In einer Primärversorgungseinheit ist der ärztliche Leiter nach § 26 Abs. 2 hauptberuflich zur persönlichen Berufsausübung verpflichtet. Gesellschafterinnen und Gesellschafter von Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien dürfen nur gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste, gesetzliche Krankenversicherungsträger, Gebietskörperschaften bzw. von Gebietskörperschaften eingerichtete Körperschaften und Fonds sein.

§ 15 Betriebsbewilligung

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

- a) die Anstalt entsprechend der Errichtungsbewilligung (§ 6) errichtet worden ist und die vorgeschriebenen Auflagen und Bedingungen eingehalten werden;
- b) auf Grund einer mit einem Lokalausweis verbundenen mündlichen Verhandlung festgestellt ist, daß die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen

Einrichtungen vorhanden sind und daß diese und die Betriebsanlage den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen;

- c) die Bedingungen der Bewilligung der Errichtung (§ 6 Abs. 2 und 3) und bei Krankenanstalten im Sinne von § 9 Abs. 3 die Vorgaben des Landes-Krankenanstaltenplanes (§ 4) sowie die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind;
- d) die für den inneren Betrieb der Krankenanstalt vorgesehene Anstaltsordnung (§ 22) gleichzeitig genehmigt werden kann;
- e) ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes namhaft gemacht wurde und für die Leitung der einzelnen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten fachlich geeignete Personen als verantwortliche Ärzte namhaft gemacht worden sind, sowie glaubhaft gemacht wird, dass auch im Übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird;
- f) (entfällt)
- g) der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 15a Abs. 1 erforderlich ist.

(2) Der Betrieb eines selbständigen Ambulatoriums bedarf einer Bewilligung der Landesregierung mit schriftlichem Bescheid; eine solche ist zu erteilen, wenn

- a) das Ambulatorium entsprechend der Errichtungsbewilligung (§ 13) errichtet worden ist und die vorgeschriebenen Auflagen und Bedingungen eingehalten werden;
- b) im Rahmen einer mit einem Lokalausweis verbundenen mündlichen Verhandlung festgestellt wurde, dass die für den unmittelbaren Betrieb der Anstalt erforderlichen Medizinprodukte und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen;

29. Dem § 15 Abs. 1 lit. d wird folgende Wortfolge angefügt: „bei militärischen Krankenanstalten dürfen gegen die Anstaltsordnung keine Bedenken bestehen;“.

30. Nach § 15 Abs. 1 wird folgender Abs. 1a eingefügt:

„(1a) Auf Verlangen hat die Landesregierung dem Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport die konkreten Erfordernisse für die Erteilung einer Betriebsbewilligung bekanntzugeben. Die Bewilligung zum Betrieb einer bettenführenden Krankenanstalt ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 1 lit. b, d und e gegeben sind.“

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

(2a) Die Betriebsbewilligung ist auch bei geringfügigen baulichen Abweichungen vom Inhalt der Errichtungsbewilligung zu erteilen, wenn diese den bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen.

(3) Die Bewilligung zum Betrieb des selbständigen Ambulatoriums eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn eine Einigung gemäß § 339 ASVG oder eine Errichtungsbewilligung vorliegt und die Voraussetzungen des Abs. 2 lit. b bis d gegeben sind.

(4) Die tatsächliche Aufnahme des Betriebs einer bettenführenden Krankenanstalt oder eines selbständigen Ambulatoriums ist der Landesregierung binnen einer Woche zu melden.

§ 17 Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung

- (1) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt bzw. einzelner

31. Nach § 15 Abs. 2a werden folgende Abs. 2b und 2c eingefügt:

(2b) In der Betriebsbewilligung kann die Landesregierung die nach den Erkenntnissen der medizinischen und technischen Wissenschaften notwendigen Auflagen vorschreiben, soweit dies zur Sicherstellung eines den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden Betriebs erforderlich ist.

(2c) Die Bewilligung zum Betrieb einer militärischen Krankenanstalt als selbständiges Ambulatorium ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 2 lit. b, c und d gegeben sind. Abs. 1a erster Satz ist anzuwenden.

32. Im § 15 Abs. 3 wird das Wort „Sozialversicherungsträgers“ durch das Wort „Krankenversicherungsträgers“ ersetzt.

33. § 17 Abs. 1 lautet:

(1) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten ist von der Landesregierung

Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten ist von der Landesregierung abzuändern oder zurückzunehmen, wenn eine für die Erteilung der Bewilligung zur Errichtung vorgeschriebene Voraussetzung, insbesondere durch eine Änderung des Landes-Krankenanstaltenplanes, weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt.

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

- a) eine für die Erteilung der Bewilligung zum Betrieb vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt,
- b) der Betrieb der Krankenanstalt nicht innerhalb eines Jahres nach Erteilung der Betriebsbewilligung aufgenommen oder entgegen den Vorschriften des § 69 unterbrochen oder die Krankenanstalt aufgelassen worden ist.

(3) Die Landesregierung kann in den Fällen des Abs. 1 und 2 im Hinblick auf den Grundsatz der größtmöglichen Schonung wohlerworbener Rechte vorläufig von der Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung absehen und mit Bescheid eine angemessene Frist zur Behebung des Mangels einräumen.

(3a) Sofern sich nach der Erteilung der Betriebsbewilligung herausstellt, dass medizinische Geräte oder technische Einrichtungen den sicherheits- und gesundheitspolitischen Vorschriften nicht entsprechen, ist die Vorschreibung weiterer Auflagen zulässig, die zur Erfüllung der Vorschriften erforderlich sind; dabei ist mit möglichstster Schonung erworbener Rechte vorzugehen. Auf Antrag des Rechtsträgers einer Krankenanstalt können vorgeschriebene Auflagen abgeändert oder aufgehoben werden, wenn die Voraussetzungen für ihre Vorschreibung nicht mehr vorliegen.

(4) Die Landesregierung kann die Bewilligung zum Betrieb einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten zurücknehmen, wenn sonstige schwerwiegende Mängel im Betrieb trotz Aufforderung innerhalb einer festgesetzten Frist nicht behoben werden oder wenn eine wiederholte Bestrafung wegen Übertretung des Verbotes des unsachlichen Wettbewerbes (§ 40) erfolgt ist.

abzuändern oder zurückzunehmen, wenn eine für die Erteilung der Bewilligung zur Errichtung vorgeschriebene Voraussetzung, insbesondere aufgrund verbindlicher Planungsvorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit oder des Regionalen Strukturplans Gesundheit (§ 23 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes) und im Falle des § 4 Abs. 1 des Landes-Krankenanstaltenplans, weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt.

34. § 17 Abs. 2 lit. a lautet:

- a) eine für die Erteilung der Bewilligung zum Betrieb vorgeschriebene Voraussetzung im Sinne des Abs. 1 weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt,

35. § 17 Abs. 3a lautet:

(3a) Ergibt sich nach der Erteilung der Betriebsbewilligung, dass trotz Erfüllung der Bedingungen und Einhaltung der Auflagen bei Änderungen des jeweiligen Standes der Technik bzw. der medizinischen und pflegerischen Wissenschaften der Schutz von Patienten und Arbeitnehmern nicht hinreichend gewährleistet ist, so ist die Abänderung bestehender Auflagen und die Vorschreibung weiterer Auflagen für den Betrieb unter möglichstster Schonung erworbener Rechte zulässig. Auf Antrag des Rechtsträgers einer Krankenanstalt können vorgeschriebene Auflagen abgeändert oder aufgehoben werden, wenn die Voraussetzungen für ihre Vorschreibung nicht mehr vorliegen.

36. Dem § 17 wird folgender Abs. 5 angefügt:

- (5) Auf den Betrieb militärischer Krankenanstalten sind die Abs. 2 lit. a und

3 bis 4 anzuwenden; Abs. 2 lit. b ist nur insoweit anzuwenden, als er sich auf die Auflassung des Betriebs der Krankenanstalt bezieht.

§ 18a
Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung
von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten

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

- a) dass durch die im jeweiligen ausländischen Staatsgebiet geltende Rechtslage sowie durch das zugrunde liegende Kooperationsübereinkommen der Standard von Behandlung und Pflege zumindest jenem Standard entspricht, der auf Grund der österreichischen Rechtsordnung gegeben ist,
- b) dass das Vorhaben im Landeskrankenanstaltenplan vorgesehen ist,
- c) dass den österreichischen Finanzierungsregelungen Rechnung getragen wird,
- d) dass auf den Behandlungsvertrag österreichisches Recht anwendbar und ein österreichischer Gerichtsstand gegeben ist,
- e) dass die Behandlung und Pflege von Patienten ausschließlich durch Personal der in Österreich gelegenen Krankenanstalt und unter deren Leitung erfolgt.

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

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

37. Dem § 18a wird folgender Abs. 4 angefügt:

- (4) Abs. 1 bis 3 gelten nicht für den Betrieb militärischer Krankenanstalten.

§ 19 Veränderungen

(1) Wesentliche Veränderungen, auch der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes, bedürfen der Bewilligung der Landesregierung.

(2) Wesentliche Veränderungen im Sinne des Abs. 1 sind insbesondere

- a) eine Verlegung einer Betriebsstätte einer Krankenanstalt;
- b) eine Veränderung der Art der Krankenanstalt (§ 2 Z 1 bis 5);
- c) eine Veränderung der Versorgungsstufe einer allgemeinen Krankenanstalt ;
- d) eine Veränderung der Bestimmung einer Sonderkrankenanstalt (§ 2 Z 2) für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke;
- e) eine Veränderung des Aufgabenbereiches oder Zweckes eines Sanatoriums (§ 2 Z 4) oder eines selbständigen Ambulatoriums (§ 2 Z 5);
- f) eine Erweiterung einer Krankenanstalt durch Zu- oder Umbauten, die den räumlichen Umfang der Krankenanstalt wesentlich verändern würden;
- g) die Schaffung neuer Abteilungen, Stationen, Institute und dgl., auch wenn damit eine räumliche Erweiterung der Krankenanstalt nicht verbunden ist;
- h) sonstige Veränderungen, die nach Art und Umfang eine entscheidende Veränderung im Leistungsangebot der Krankenanstalt bewirken, wie beispielsweise eine nicht nur vorübergehende Abweichung von der laut Krankenanstaltenplan vorgesehenen Bettenanzahl;
- i) die Anschaffung medizinisch-technischer Großgeräte im Sinne des § 14 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl Nr 700/1991, sowie sonstiger Geräte, die nach Art, Größe und Kostenfolgen den medizinisch-technischen Großgeräten vergleichbar sind.

(3) In Verfahren über die Erteilung einer Bewilligung nach Abs. 1 sind die Vorschriften des § 6 Abs. 2 und 3, § 9 Abs. 2 lit. a und der §§ 10 bis 13, 15 und 16 sinngemäß mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Bedarfsprüfung entfällt, wenn mit der geplanten Maßnahme keine wesentliche Veränderung des Leistungsangebotes verbunden ist.

38. § 19 Abs. 2 lit. a lautet:

- a) eine Verlegung des Standorts einer Krankenanstalt;

39. § 19 Abs. 2 lit. g lautet:

- g) die Schaffung oder Änderung einer fachrichtungsbezogenen Organisationsform gemäß § 3a und von Instituten, auch wenn damit eine räumliche Erweiterung der Krankenanstalt nicht verbunden ist;

40. Im § 19 Abs. 2 lit. h wird das Wort „entscheidende“ durch das Wort „wesentliche“ ersetzt.

41. Im § 19 Abs. 1 lit. i entfällt die Wortfolge „im Sinne des § 14 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 700/1991,“.

42. § 19 Abs. 3 lautet:

(3) In Verfahren über die Erteilung einer Bewilligung nach Abs. 1 – mit Ausnahme der lit. g – sind die Vorschriften des § 6 Abs. 2 und 3, § 9 Abs. 2 und der §§ 10 bis 13, 15 und 16 sinngemäß mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Bedarfsprüfung entfällt, wenn mit der geplanten Maßnahme keine wesentliche Veränderung des Leistungsangebotes verbunden ist.

(4) Jede geplante Veränderung einer Krankenanstalt, die nicht unter Abs. 1 und 2 fällt, ist der Landesregierung drei Monate vor dem Beginn ihrer Durchführung anzuzeigen. Die Landesregierung hat die geplante Maßnahme binnen drei Monaten, gerechnet vom Eingang der Anzeige zu untersagen, wenn die Maßnahme den in § 9 Abs. 2, § 13 und § 15 Abs. 1 und 2 festgelegten Anforderungen widerspricht.

(5) Die Landesregierung kann durch Verordnung unter Bedachtnahme auf die Erkenntnisse der medizinischen und technischen Wissenschaften bestimmen, unter welchen näheren Voraussetzungen eine wesentliche Veränderung im Sinne des Abs. 1 und 2 vorliegt.

§ 20

Verpachtung, Übertragung und Änderung der Bezeichnung

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

(2) Die Bewilligung nach Abs. 1 darf nur erteilt werden, wenn der Pächter oder der neue Rechtsträger die Voraussetzungen nach § 8 erfüllt.

43. Im § 19 Abs. 3 werden folgende Abs. 3a und 3b eingefügt:

(3a) Änderungen nach Abs. 2 lit. g und Änderungen der funktionell-organisatorischen Gliederung bereits bewilligter Funktionsbereiche der Krankenanstalt (Abteilung, Department, Institut und sonstige Organisationseinheiten) bedürfen lediglich einer Betriebsbewilligung unter sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen des § 15; einem Antrag auf eine derartige Bewilligung sind jedoch eine Funktionsbeschreibung samt Raumzuordnung sowie Übersichtspläne in jeweils dreifacher Ausfertigung anzuschließen.

(3b) Soweit militärische Krankenanstalten betroffen sind, gilt für die Erteilung einer Bewilligung § 15 Abs. 1a und 2b sinngemäß.

44. § 19 Abs. 4 lautet:

(4) Jede geplante Veränderung einer Krankenanstalt, die nicht unter Abs. 1, 2 oder 3a fällt, jedoch Auswirkungen auf die Patientenbehandlung oder Hygiene haben kann, ist der Landesregierung drei Monate vor dem Beginn ihrer Durchführung anzuzeigen. Die Landesregierung hat die geplante Maßnahme zu untersagen, wenn sie den in § 9 Abs. 2 lit. c oder § 13 Abs. 2 lit. c festgelegten Anforderungen widerspricht, sofern die Einhaltung dieser Anforderungen nicht durch Bedingungen oder Auflagen sichergestellt werden kann; die Untersagung der Maßnahme oder die Vorschreibung der Bedingungen oder Auflagen hat binnen drei Monaten, gerechnet vom Eingang der vollständigen Anzeige, zu erfolgen.

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

§ 20a
Bezeichnung des Rechtsträgers

Ändert der Rechtsträger einer Krankenanstalt seine Bezeichnung, hat er dies der Landesregierung binnen einer Woche nach Änderung mitzuteilen.

§ 22
Anstaltsordnung

(1) Der Rechtsträger einer Krankenanstalt hat eine Anstaltsordnung zu erlassen. Diese hat – soweit dies für die jeweilige Krankenanstalt zutrifft – jedenfalls 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 § 3c aufgenommen werden;
- c) Regelungen betreffend die Leitung der in § 3a genannten fachrichtungsbezogenen Organisationsformen sowie der in § 3c genannten Betriebsformen;
- d) Regelungen über den Betrieb von dislozierten Wochenkliniken an Feiertagen;
- e) die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen;
- f) Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von

45. Dem § 20 wird folgender Abs. 4 angefügt:

(4) Abs. 1 bis 3 gelten nicht für militärische Krankenanstalten.

46. Dem § 20a wird folgender Satz angefügt:

Dies gilt nicht für militärische Krankenanstalten.

Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen, über die Organisation und Durchführung der Supervision (§ 38 Abs. 2) und über die Fortbildung der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen (§ 38 Abs. 3);

- g) das von den Patienten und Besuchern in der Krankenanstalt zu beachtende Verhalten;
- h) die Festlegung von Räumen, in denen das Rauchen gestattet ist;
- i) Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 3a) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 3c).

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

(3) 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.

(4) Die Anstaltsordnung hat sicherzustellen, daß Patientenanwälte gemäß dem Unterbringungsgesetz, BGBl Nr 155/1990, und Gerichte die ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben in der Krankenanstalt wahrnehmen können. Für die Durchführung mündlicher Verhandlungen und für die Tätigkeit der Patientenanwälte sind geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen.

(5) Die Anstaltsordnung und jede Änderung derselben bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist mit schriftlichem

47. § 22 Abs. 1 lit. i wird durch folgende lit. i und j ersetzt:

- i) die Festlegung von Bereichen, in denen die Mitnahme von Assistenzhunden (Blindenführhunde, Servicehunde und Signalthunde) und Therapiehunden (§ 39a des Bundesbehindertengesetzes) aus hygienischen Gründen nicht zulässig ist;
- j) Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 3a) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 3c).

48. Dem § 22 Abs. 4 wird folgender Satz angefügt:

Diese Bestimmungen gelten nicht für militärische Krankenanstalten.

49. § 22 Abs. 5 lautet:

(5) Die Anstaltsordnung und jede Änderung derselben bedarf der Genehmigung der Landesregierung; dies gilt nicht für militärische Krankenanstalten. Die Genehmigung gemäß dem ersten Satz ist mit schriftlichem Bescheid zu erteilen. Die Genehmigung ist zu versagen, wenn die

Bescheid zu erteilen, wenn die Anstaltsordnung den Vorschriften der Abs. 1 und 3 entspricht und sonstigen gesetzlichen Bestimmungen nicht widerspricht.

(6) Im Genehmigungsbescheid ist auszusprechen, dass

1. die Teile der Anstaltsordnung gemäß Abs. 1 lit. a, b, f und g in der Krankenanstalt für die Patienten sichtbar und zugänglich anzuschlagen sind;
2. die Anstaltsordnung an geeigneter, für das Personal leicht zugänglicher Stelle aufzulegen ist und
3. den in der Krankenanstalt beschäftigten oder in Ausbildung stehenden Personen die Bestimmungen des § 32 nachweislich zur Kenntnis zu bringen und sie auf die Strafbarkeit von Verletzungen der Verschwiegenheitspflicht nach § 84 Abs. 2 aufmerksam zu machen sind.

§ 24 Qualitätssicherung

(1) In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Kommission zur Qualitätssicherung unter dem Vorsitz des Leiters des ärztlichen Dienstes einzurichten. Dieser Kommission haben mindestens je ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören. In Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, ist der Kommission auch ein Vertreter des Rektorates dieser Universität oder ein von ihr vorgeschlagener Universitätsprofessor beizuziehen.

(2) Aufgabe der Kommission nach Abs. 1 ist es, Maßnahmen zur fortlaufenden Qualitätssicherung zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherungsvorschläge zu fördern und die Krankenhausleitung (§ 25), in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung, die zur Durchführung der vorgeschlagenen Maßnahmen jeweils Verantwortlichen zu beraten.

(3) Die Träger von Krankenanstalten sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, daß die Qualität der Krankenhausleistungen gesichert und fortlaufend optimiert wird. Sie haben die Voraussetzungen für die Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die kollegiale Führung, in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung, durch die jeweiligen Verantwortlichen zu schaffen. Die

Anstaltsordnung den Vorschriften der Abs. 1 bis 4 widerspricht oder ihr Inhalt einen geordneten Betrieb der Anstalt nicht gewährleistet erscheinen lässt.

50. § 22 Abs. 6 lautet:

(6) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die Anstaltsordnung an geeigneter, für das Personal leicht zugänglicher Stelle aufzulegen. Überdies sind die Teile der Anstaltsordnung gemäß Abs. 1 lit. a, b, g und h in der Krankenanstalt für die Patienten sichtbar und zugänglich anzuschlagen.

51. § 24 Abs. 1 letzter Satz entfällt.

Qualitätssicherungsmaßnahmen haben die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität zu umfassen; sie sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten möglich sind und überregionale Belange ausreichend berücksichtigt werden. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfaches einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden.

(4) Die Träger von Krankenanstalten sind verpflichtet, 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, soweit sie nicht ohnehin aufgrund anderer Dokumentationsverpflichtungen zu melden sind. Weiters sind die Träger der Krankenanstalten verpflichtet, an regelmäßigen sektorenübergreifenden Patientenbefragungen teilzunehmen.

§ 25 Krankenanstaltenleitung

(1) Der ärztliche Leiter (§ 26), der Verwaltungsleiter (§ 35) und der Leiter des Pflegedienstes (§ 37) einer Krankenanstalt besorgen die Krankenanstaltenleitung kollegial. Sie haben Angelegenheiten von allgemeiner oder grundsätzlicher Bedeutung gemeinsam zu besprechen und die erforderlichen Entscheidungen in dieser Angelegenheit gemeinsam zu fällen. Der Vorsitz in der Krankenanstaltenleitung wechselt halbjährlich in der im ersten Satz enthaltenen Reihenfolge. Die Krankenanstaltenleitung hat insbesondere für umfassende Qualitätssicherungsmaßnahmen im Betrieb der jeweiligen Krankenanstalt Sorge zu tragen. Weiters haben sie Vorsorge für die Bewältigung außergewöhnlicher Umstände, wie beispielsweise einen Massenansturm von Patienten im Katastrophenfalle, zu treffen und Evakuierungs- und Verhaltenspläne bei technischen Notfällen oder Hochrisikoinfektionen in der Anstalt, welche mit dem Landessanitätskatastrophenplan abzustimmen sind, vorzubereiten. Die den Mitgliedern der Krankenanstaltenleitung nach diesem Gesetz jeweils zukommenden Aufgaben dürfen dadurch nicht beeinträchtigt werden.

(2) Im Falle der Dienstabwesenheit einer der im Abs. 1 genannten Personen tritt der Stellvertreter an deren Stelle. Falls kein ständiger Stellvertreter bestellt ist, ist ein solcher für die Dauer der Dienstabwesenheit zu bestellen.

52. Im § 24 Abs. 4 erster Satz wird nach dem Wort „Krankenanstalten“ ein Beistrich gesetzt und die Wortfolge „ausgenommen von militärischen Krankenanstalten,“ eingefügt.

53. Im § 24 Abs. 4 letzter Satz wird das Wort „der“ durch das Wort „dieser“ ersetzt.

54. Dem § 25 wird folgender Abs. 3 angefügt:

(3) Abs. 1 und 2 gelten nicht für den Betrieb militärischer Krankenanstalten.

§ 26 Ärztlicher Dienst

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

(2) Für jede Krankenanstalt ist ein fachlich geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes und für die mit der ärztlichen Behandlung der Patienten zusammenhängenden Aufgaben (ärztlicher Leiter) zu bestellen. Jedenfalls in Schwerpunktkrankenhäusern ist die Leitung des ärztlichen Dienstes hauptberuflich auszuüben. Das Verfügungsrecht des Rechtsträgers der Anstalt in Wirtschaftsangelegenheiten bleibt unberührt (§ 35).

(3) Bei Verhinderung des ärztlichen Leiters muß dieser durch einen geeigneten Arzt vertreten werden. Der Vertreter ist der Landesregierung namhaft zu machen.

(4) Für Pflegeanstalten für chronisch Kranke kann die Landesregierung vom Erfordernis der Bestellung eines ärztlichen Leiters Nachsicht erteilen, wenn die Aufsicht durch einen geeigneten Arzt gewährleistet ist.

(5) Mit der Führung von Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkten für die Behandlung bestimmter Krankheiten, von Laboratorien, Ambulatorien oder Instituten für Pathologie von Krankenanstalten dürfen nur Fachärzte des einschlägigen medizinischen Sonderfaches, wenn aber ein Sonderfach nicht besteht, nur fachlich qualifizierte Ärzte betraut werden.

(6) Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie, in denen ein geschlossener Bereich errichtet ist oder psychisch Kranke sonstigen 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. Dies gilt dann nicht, wenn diese Sonderkrankenanstalten in Abteilungen untergliedert sind und jene Abteilung, in der ein geschlossener Bereich errichtet ist oder psychisch Kranke sonstigen Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit unterworfen werden, unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie steht.

55. Nach § 26 Abs. 6 wird folgender Abs. 6a eingefügt:

(6a) Sofern bestehende Abteilungen der medizinischen Sonderfächer Orthopädie und Unfallchirurgie zu einer Abteilung des medizinischen

Sonderfaches Orthopädie und Traumatologie zusammengeführt werden, kann diese Abteilung von einem Facharzt für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie oder von einem Facharzt für Unfallchirurgie geleitet werden, sofern in dieser Abteilung mindestens zwei Fachärzte des jeweils anderen medizinischen Sonderfaches tätig sind.

(7) Die Bestellung des ärztlichen Leiters und des Leiters des Institutes für Pathologie einer Krankenanstalt, deren Träger nicht das Land ist, bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Eine solche Genehmigung ist vor Dienstantritt des Arztes einzuholen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Bestellung den Vorschriften der Abs. 1, 2 und 5 entspricht.

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

§ 27 Ausbildungsstellen

(1) Die Träger von Krankenanstalten, die über den Kärntner Gesundheitsfonds abgerechnet werden, sind verpflichtet, entsprechend dem ausgewiesenen Leistungsspektrum sicherzustellen, dass dem künftigen Bedarf an Ärzten für Allgemeinmedizin entsprechend und unter Bedachtnahme auf die Beratungsergebnisse der Kommission für die ärztliche Ausbildung gemäß Artikel 44 der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. Nr. 35/2008, in der Fassung LGBl. Nr. 70/2013, eine ausreichende Zahl an Ausbildungsstellen für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin zur Verfügung steht.

(2) In Sonderkrankenanstalten gilt die Verpflichtung nach Abs. 1 nur hinsichtlich jener Bereiche, für die sie als Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt in den im § 7 Abs. 2 des Ärztegesetzes 1998 genannten Gebieten anerkannt sind.

(3) Krankenanstalten desselben Rechtsträgers gelten für die Berechnung nach Abs. 1 und 2 als Einheit.

(4) Auf die Zahl der gemäß Abs. 1 und 2 zu beschäftigenden, in Ausbildung

56. Dem § 26 wird folgender Abs. 9 angefügt:

(9) Auf den Betrieb militärischer Krankenanstalten sind Abs. 3 letzter Satz und Abs. 6 bis 8 nicht anzuwenden.

57. Im § 27 Abs. 1 entfällt die Wortfolge „und unter Bedachtnahme auf die Beratungsergebnisse der Kommission für die ärztliche Ausbildung gemäß Artikel 44 der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. Nr. 35/2008, in der Fassung LGBl. Nr. 70/2013,“.

zum praktischen Arzt stehenden Ärzte können in Ausbildung zum Facharzt stehende Ärzte angerechnet werden, sofern sie auf Ausbildungsstellen beschäftigt werden, die wegen des dringenden Bedarfes an Fachärzten der betreffenden Sonderfächer (Mangelfächer) nach dem 31. Dezember 1987 geschaffen wurden. Die Mangelfächer sind von der Landesregierung durch Verordnung zu bestimmen.

(5) Ärzte, die bereits in Ausbildung zum Facharzt eines durch Verordnung der Landesregierung bestimmten Mangelfaches stehen, können auch während der Absolvierung der erforderlichen Ausbildung in den hierfür einschlägigen Nebenfächern entsprechend angerechnet werden.

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

§ 27a **Leitung von Zahnambulatorien**

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

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

(3) Die Bestellung des verantwortlichen Leiters eines Zahnambulatoriums

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

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

§ 29

Technischer Sicherheitsbeauftragter

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

(2) Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat die medizinischtechnischen Geräte und die technischen Einrichtungen der Krankenanstalt zum Schutz der in Behandlung stehenden Personen regelmäßig zu überprüfen bzw. für solche Überprüfungen zu sorgen. Er hat ferner für die Beseitigung von Gefahren, die sich aus festgestellten Mängeln ergeben, sowie für die Behebung der Mängel zu sorgen. Vom Ergebnis der Überprüfungen bzw. von festgestellten Mängeln und deren Behebung sind unverzüglich der ärztliche Leiter (§ 26) und der Verwalter (§ 35) in Kenntnis zu setzen.

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

58. Dem § 27a wird folgender Abs. 5 angefügt:

(5) Abs. 3 und 4 sind auf den Betrieb militärischer Krankenanstalten nicht anzuwenden.

59. Im § 29 Abs. 1 letzter Satz wird nach dem Wort „ist“ ein Beistrich gesetzt und die Wortfolge „ausgenommen bei militärischen Krankenanstalten,“ eingefügt.

60. § 29 Abs. 3 lautet:

(3) Der technische Sicherheitsbeauftragte hat bei seiner Tätigkeit mit den zur Wahrnehmung des Schutzes des Lebens oder der Gesundheit von Menschen nach den Bestimmungen des Strahlenschutzgesetzes bestellten Personen und den Präventivdiensten nach dem 7. Abschnitt des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes, im Fall von militärischen Krankenanstalten mit den Präventivdiensten nach dem 7. Abschnitt des Bundes-Bedienstetenschutzgesetzes, zusammenzuarbeiten.

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

§ 30

Ethikkommission

(1) Die Träger von Krankenanstalten haben in ihren Krankenanstalten, wenn sie mehrere betreiben, für alle gemeinsam, zur Beurteilung

- a) klinischer Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten,
- b) der Anwendung neuer medizinischer Methoden und Nicht-interventioneller Studien,
- c) angewandter medizinischer Forschung, und
- d) der Durchführung von Pflegeforschungsprojekten (experimentellen oder Pflegeinterventionsstudien) sowie der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden

eine Ethikkommissionen einzurichten.

Es können auch mehrere Rechtsträger für die von ihnen betriebenen Krankenanstalten eine gemeinsame Ethikkommission einrichten. Die Rechtsträger sind dazu verpflichtet, durch Bereitstellung der erforderlichen Personal- und Sachausstattung, der Ethikkommission zu ermöglichen, ihre Tätigkeit fristgerecht durchzuführen. Sie sind berechtigt, von einem allfälligen Sponsor oder einem sonst zur Befassung Berechtigten oder Verpflichteten einen Kostenbeitrag entsprechend der erfahrungsgemäß im Durchschnitt erwachsenden Kosten einer Beurteilung im Rahmen einer klinischen Prüfung zu verlangen.

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

- a) einem im Inland zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt, der weder ärztlicher Leiter in den zugehörigen Krankenanstalten noch Prüfer bzw. klinischer Prüfer ist;
- b) einem Facharzt, in dessen Sonderfach die jeweilige klinische Prüfung, neue medizinische Methode oder das angewandte medizinische

Forschungsprojekt fällt, oder gegebenenfalls einem Zahnarzt (die nicht Prüfer sind), und gegebenenfalls einem sonstigen entsprechenden Angehörigen eines Gesundheitsberufes;

- c) einen Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege;
- d) einem Juristen und einem Pharmazeuten;
- e) dem Patientenanwalt (LGBI. Nr. 53/1990);
- f) je einem vom Dachverband für Selbsthilfeorganisationen namhaft gemachten Vertreter der organisierten Behinderten und chronisch Kranken;
- g) einem Vertreter der Senioren, welcher einer Seniorenorganisation, deren Einrichtung dem Bundes-Seniorengesetz entspricht, anzugehören hat;
- h) einer weiteren nicht unter lit. a bis g fallenden Person, die mit der Wahrnehmung seelsorgerischer Aufgaben in einer Krankenanstalt betraut ist oder sonst über die entsprechende ethische Kompetenz verfügt;
- i) einer Person, die über biometrische Expertise verfügt.

(3) Für jedes Mitglied der Ethikkommission ist – hinsichtlich Abs. 2 lit. e über Vorschlag des Patientenanwaltes – ein in gleicher Weise qualifizierter Vertreter zu bestellen, der das Mitglied im Falle seiner Verhinderung zu vertreten hat.

(4) Die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Ethikkommissionen sind in Wahrnehmung ihrer Aufgaben weisungsfrei. Die Landesregierung hat das Recht, sich über allgemeine Gegenstände aus dem Aufgabenbereich der Ethikkommissionen zu unterrichten. Die Ethikkommissionen sind verpflichtet, die von der Landesregierung im Einzelfall verlangten Auskünfte, soweit es sich nicht um individuelle Daten zu konkreten Studien handelt, zu erteilen.

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

(6) Die Ethikkommission hat sich bei der Beurteilung neuer medizinischer Methoden, angewandter medizinischer Forschung, von Pflegeforschungsprojekten sowie neuen Pflege- und Behandlungskonzepten und neuen Pflege- und

61. Dem § 30 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Lit. f und g gelten nicht für den Betrieb militärischer Krankenanstalten.“

62. § 30 Abs. 5 lautet:

(5) Die Ethikkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben. Die Geschäftsordnung bedarf der Genehmigung der Landesregierung, sofern nicht die Ethikkommission in einer militärischen Krankenanstalt betroffen ist. Die Landesregierung hat die Geschäftsordnung zu genehmigen, wenn sie nicht den gesetzlichen Bestimmungen über die Ethikkommission widerspricht.

Behandlungsmethoden insbesondere zu beziehen auf

- a) mitwirkende Personen und vorhandene Einrichtungen (personelle und strukturelle Rahmenbedingungen),
- b) den Prüfplan im Hinblick auf die Zielsetzung

und die wissenschaftliche Aussagekraft sowie die Beurteilung des Nutzen/Risiko-Verhältnisses,

- c) die Art und Weise, in der die Auswahl der Versuchspersonen durchgeführt wird und in der Aufklärung und Zustimmung zur Teilnahme erfolgen,
- d) die Vorkehrungen, die für den Eintritt eines Schadensfalles im Zusammenhang mit der klinischen Prüfung oder der Anwendung einer neuen medizinischen Methode getroffen werden.

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

(7a) Vor der Durchführung angewandter medizinischer Forschung und von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden kann die Ethikkommission befasst werden. Dies hat hinsichtlich von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflegekonzepte und -methoden durch den Leiter des Pflegedienstes, hinsichtlich angewandter medizinischer Forschung und neuer Behandlungskonzepte und -methoden durch den Leiter der Organisationseinheit, in deren Bereich das Forschungsprojekt, das Konzept oder die Methode angewandt werden soll, zu erfolgen.

(8) Bei der Beurteilung eines Medizinproduktes ist jedenfalls ein technischer Sicherheitsbeauftragter (§ 29) beizuziehen. Wird die Ethikkommission im Rahmen einer multizentrischen klinischen Prüfung eines Arzneimittels befasst, so haben ihr weiters ein Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie anzugehören. Erforderlichenfalls sind weitere Experten beizuziehen.

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

(8b) Die Mitglieder der Ethikkommission haben allfällige Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie oder Medizinprodukteindustrie gegenüber dem Träger vollständig offenzulegen. Sie haben sich ihrer Tätigkeit in der Ethikkommission – unbeschadet weiterer allfälliger Befangenheitsgründe – in allen Angelegenheiten zu enthalten, in denen eine Beziehung zur pharmazeutischen Industrie oder Medizinprodukteindustrie geeignet ist, ihre volle Unbefangenheit in Zweifel zu ziehen.

(8c) 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.

(9) Über jede Sitzung der Ethikkommission ist ein Protokoll anzufertigen. Die Protokolle sind dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt, bei der Beurteilung einer klinischen Prüfung auch dem Prüfer, bei der Anwendung einer neuen medizinischen Methode, einem angewandten medizinischen Forschungsprojekt oder neuem Behandlungskonzept und -methode auch dem Leiter der Organisationseinheit, bei der Beurteilung von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflegekonzepte und -methoden dem Leiter des Pflegedienstes und den ärztlichen Leitern der betroffenen Organisationseinheiten zur Kenntnis zu bringen. Die Protokolle und die für die Beurteilung wesentlichen Unterlagen sind in der für Krankengeschichten gemäß § 34 Abs. 5 vorgesehenen Weise aufzubewahren.

§ 30b Blutdepot

(1) Bettenführende Krankenanstalten haben über ein Blutdepot zu verfügen, das der Lagerung und Verteilung von Blutbestandteilen sowie der Durchführung

der Kompatibilitätstests für krankenhausinterne Zwecke dient. Es ist von einem fachlich geeigneten Facharzt zu leiten und mit dem zur Erfüllung der Aufgaben erforderlichen und fachlich qualifizierten Personal auszustatten. Der Leiter und das Personal müssen durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen rechtzeitig und regelmäßig auf den neuesten Stand der Wissenschaften gebracht werden.

(2) Insoweit damit eine aus medizinischer Sicht ausreichende Versorgung der betreffenden Krankenanstalt gewährleistet ist, kann von der Errichtung eines Blutdepots in einer Krankenanstalt abgesehen werden, wenn für diese ein Blutdepot, das den Anforderungen des Abs. 1 entspricht, außerhalb der Krankenanstalt eingerichtet ist.

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

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

(5) Die Lagerung und die Verteilung von Blut- und Blutbestandteilen durch Blutdepots hat den Anforderungen des Anhanges IV der Richtlinie 2004/33/EG der Kommission vom 22. März 2004 zur Durchführung der Richtlinie 2002/98/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. Jänner 2003 zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Gewinnung, Testung, Verarbeitung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Blut- und Blutbestandteilen zu entsprechen.

63. Nach § 30b wird folgender § 30c eingefügt:

§ 30c

Einrichtungen zum Sammeln und zur Abgabe von Muttermilch

Allgemeine Krankenanstalten, an denen Abteilungen für Frauenheilkunde

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

§ 31

Erste Hilfe und ärztliche Behandlung

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

(2) Der ärztliche bzw. zahnärztliche Dienst muss so eingerichtet sein, dass folgende Anforderungen erfüllt werden:

- a) in der Krankenanstalt muß ärztliche Hilfe jederzeit sofort erreichbar sein;
- b) in Standardkrankenanstalten muß im Nacht- sowie Wochenend- und Feiertagsdienst jederzeit eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen in der Anstalt anwesenden Facharzt aus den Sonderfächern Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin oder Unfallchirurgie gewährleistet und eine Rufbereitschaft von Fachärzten der jeweils sonst in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben sein; in diesen Sonderfächern muß während der Zeit der Rufbereitschaft von Fachärzten die Anwesenheit eines in Ausbildung zum betreffenden Sonderfach befindlichen Turnusarztes oder eines sonstigen zur selbständigen Berufsausübung befugten Arztes gewährleistet sein, die bereits über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen; während des sonstigen Dienstbetriebes müssen Fachärzte aller in Betracht kommenden Sonderfächer in der Anstalt ständig anwesend sein;
- c) in Schwerpunktkrankenanstalten und in Standardkrankenanstalten mit mehr als 500 Betten muß, sofern derartige Abteilungen eingerichtet sind, jedenfalls in Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie, Psychiatrie sowie Unfallchirurgie ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches ständig anwesend sein; in den sonstigen Abteilungen und Organisationseinheiten kann im Nachtsowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der betreffenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn für diese Abteilungen und Organisationseinheiten eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; in diesen Sonderfächern muß während

der Zeit der Rufbereitschaft von Fachärzten die Anwesenheit eines in Ausbildung zum betreffenden Sonderfach befindlichen Turnusarztes oder eines sonstigen zur selbständigen Berufsausübung befugten Arztes gewährleistet sein, die bereits über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen;

d) in Zentralkrankenanstalten müssen Fachärzte aller in Betracht kommenden Sonderfächer ständig anwesend sein;

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

f) die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte und Zahnärzte müssen sich im erforderlichen Ausmaß fortbilden können;

g) in Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, muß die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet sein;

h) in Fachschwerpunkten kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft für Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer eingerichtet ist;

i) in dislozierten Wochenkliniken gelten die Bestimmungen zur Rufbereitschaft gemäß lit. b, c und h sinngemäß; außerhalb der

64. § 31 Abs. 2 lit. d lautet:

d) in Zentralkrankenanstalten müssen Fachärzte aller in Betracht kommenden Sonderfächer in der gebotenen Anzahl ständig anwesend sein; in Betracht kommende Sonderfächer sind über die in lit. c genannten hinaus jene, in denen in Hinblick auf ein akutes Komplikationsmanagement eine fachärztliche Anwesenheit erforderlich ist. Im Übrigen kann auch in Zentralkrankenanstalten im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist;

65. Im § 31 Abs. 2 lit. e wird der Ausdruck „MTF-SHG-Gesetz“ durch die Wortfolge „MABG und MTF-SHD-G“ ersetzt.

- Betriebszeiten kann von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn im Bedarfsfall die Weiterbetreuung der Pflegenden durch die Mutterabteilung außerhalb der Betriebszeit sichergestellt ist;
- j) 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;
- k) in Sonderkrankenanstalten müssen während des Dienstbetriebes Fachärzte aller in Betracht kommenden Sonderfächer in der Anstalt ständig anwesend sein; dies gilt nicht im Nacht- sowie Wochenend- und Feiertagsdienst, wenn der Träger der Krankenanstalt eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen in der Anstalt anwesenden Arzt im Sinne des § 40 Abs. 1 Ärztegesetz 1998 bei gleichzeitiger Rufbereitschaft je eines Facharztes aller in Betracht kommenden Sonderfächer gewährleistet.

66. Nach § 31 Abs. 2 wird folgender Abs. 2a eingefügt:

(2a) Befindet sich eine Krankenanstalt in unmittelbarer räumlicher Nähe einer anderen Krankenanstalt, kann bei der Einrichtung des ärztlichen Dienstes in den Abteilungen und Organisationseinheiten dieser Krankenanstalten im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer dauernden Facharztanwesenheit in den Sonderfächern gemäß Abs. 2 lit. b und c abgesehen werden, wenn zumindest ein Facharzt des jeweiligen Sonderfaches in einer Abteilung oder Organisationseinheit einer der beiden Anstalten anwesend ist, eine Rufbereitschaft eines Facharztes in den anderen Abteilungen und Organisationseinheiten desselben Sonderfaches eingerichtet ist, die Tätigkeit der in Betracht kommenden Fachärzte in der jeweils anderen Krankenanstalt durch Kooperationsverträge sichergestellt ist und eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende fachspezifische Patientenversorgung in den jeweils nicht mit einem Facharzt besetzten Abteilungen und Organisationseinheiten gewährleistet ist. Zur Beurteilung dieser Frage haben die Träger der Krankenanstalten im Wege der Landesregierung ein Gutachten des Landessanitätsrates einzuholen. In dem Gutachten ist auf die spezifischen Gegebenheiten, insbesondere die räumliche Nähe der Krankenanstalten und die Größe und Überschaubarkeit der betreffenden Abteilungen und Organisationseinheiten einzugehen. In den jeweils nicht mit einem Facharzt besetzten Abteilungen und Organisationseinheiten der Sonderfächer gemäß Abs. 2 lit. b und c letzter hat während dieser Zeiten zumindest ein in Ausbildung

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

(4) Behandlungen dürfen an einem Patienten nur mit dessen Einwilligung durchgeführt werden; fehlt dem Patienten in diesen Angelegenheiten die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, 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.

§ 32

Verschwiegenheitspflicht

(1) Für die bei Trägern von Krankenanstalten und in Krankenanstalten beschäftigten oder in Ausbildung stehenden Personen und für die Mitglieder einer Ethikkommission (§ 30) oder der Ausbildungskommission (§ 27 Abs. 6) besteht Verschwiegenheitspflicht, sofern ihnen nicht schon nach anderen gesetzlichen oder dienstrechtlichen Vorschriften eine solche Verschwiegenheitspflicht auferlegt ist. Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit erstreckt sich auf alle den Gesundheitszustand betreffenden Umstände sowie auf die persönlichen, wirtschaftlichen und sonstigen Verhältnisse der Patienten, die ihnen in Ausübung ihres Berufes oder im Zusammenhang mit ihrer Ausbildung bekannt geworden sind. Bei der Entnahme von Organen oder Organanteilen Verstorbener zum Zwecke der Transplantation erstreckt sich die Verschwiegenheitspflicht auch auf die Person des Spenders und des Empfängers.

zum Facharzt des betreffenden Sonderfaches stehender Arzt, der bereits über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt, in der Abteilung oder Organisationseinheit anwesend zu sein. Die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten sind von dem für die Ausbildung verantwortlichen Facharzt zu bestätigen.

67. § 31 Abs. 4 wird durch folgende Abs. 4 und 5 ersetzt:

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

(5) Auf den Betrieb militärischer Krankenanstalten sind Abs. 1 sowie Abs. 2 lit. b bis e und h bis k nicht anzuwenden.

(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 höherwertige Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege unbedingt erforderlich ist oder wenn sie zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen von Sozialhilfeträgern notwendig ist.

§ 34 Krankengeschichten und sonstige Vormerkungen

(1) Für jeden Patienten ist eine Krankengeschichte anzulegen, in welcher darzustellen sind:

1. Die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese),
2. der Zustand des Patienten zur Zeit der Aufnahme (status praesens),
3. der Krankheitsverlauf (decursus morbi),
4. Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Medikation (Name, Dosis und Darreichungsform), bei der Anwendung von Arzneispezialitäten, die der Chargenfreigabe bedürfen, auch die Angabe der zur Identifizierung dieser Arzneispezialitäten und der jeweiligen Chargen erforderlichen Daten,
5. sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen, einer allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinisch-technischen Dienste,
6. wesentlicher Inhalt der ärztlichen Aufklärung des Patienten und
7. der Zustand des Patienten zur Zeit seines Abganges aus der Anstalt.

(2) Über Operationen sind eigene Operationsprotokolle zu führen und der Krankengeschichte beizufügen.

(3) Die Führung der Krankengeschichte obliegt mit Ausnahme der Darstellung der gemäß Abs. 1 Z 5 erbrachten Leistungen dem behandelnden Arzt

68. Dem § 32 wird folgender Abs. 3 angefügt:

(3) Der Rechtsträger einer Krankenanstalt hat den in der Krankenanstalt beschäftigten oder in Ausbildung stehenden Personen die Bestimmungen des § 32 nachweislich zur Kenntnis zu bringen und sie auf die Strafbarkeit von Verletzungen der Verschwiegenheitspflicht nach § 84 Abs. 2 aufmerksam zu machen.

oder Zahnarzt; die Darstellung der nach Abs. 1 Z 5 erbrachten Leistungen, der hierfür verantwortlichen Person. Die für die Führung der Krankengeschichte Verantwortlichen und der ärztliche Leiter der zuständigen Abteilung haben sie zu fertigen.

(4) Die Verwahrung der Krankengeschichten hat derart zu erfolgen, daß eine mißbräuchliche Kenntnisnahme ihres Inhaltes verläßlich ausgeschlossen wird.

(4a) Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind ermächtigt, die Verarbeitung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen – dies auch mittels automationsunterstützter Datenverarbeitung – solchen Dienstleistern zu überlassen, die die Kriterien der Abs. 4 und 5 erfüllen. Für die Dienstleister, denen die Verarbeitung übertragen wurde, und die bei ihnen beschäftigten Personen besteht Verschwiegenheitspflicht im Umfang des § 32. Diese Dienstleister haben die bei ihnen Beschäftigten vor Aufnahme ihrer Tätigkeit ausdrücklich auf diese Verpflichtung hinzuweisen. Weitergaben von personenbezogenen Daten durch diese sind nur an Ärzte oder Krankenanstalten zulässig, in deren Behandlung der Betroffene steht, und nur sofern ein Auftrag jener Krankenanstalt vorliegt, die die Krankengeschichte oder die sonstige Vormerkung angelegt hat.

(5) Nach ihrem Abschluss sind Krankengeschichten mindestens 30 Jahre – allenfalls in Mikrofilmen in doppelter Ausfertigung oder auf anderen gleichwertigen Informationsträgern, deren Lesbarkeit für den Aufbewahrungszeitraum gesichert sein muss – aufzubewahren. Röntgenbilder, EEG-Kurven, Polysomnografien und andere Bestandteile von Krankengeschichten, deren materialbedingte Veränderungen bewirken, dass ihnen über ihren Informationsgehalt nicht 30 Jahre hindurch Beweiskraft zukommt, sowie Krankengeschichten aus ausschließlich ambulanter Behandlung sind mindestens 10 Jahre aufzubewahren. Krankengeschichten, die nach Ablauf der vorgesehenen Frist ausgeschieden werden sollen, sind unter Aufsicht sorgfältig zu vernichten. Im Falle der Auflösung einer Krankenanstalt sind die Krankengeschichten der Bezirksverwaltungsbehörde zur Aufbewahrung während der vorgesehenen Frist zu übergeben.

(6) Abschriften (Kopien) von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patienten sind auf Verlangen den Gerichten und den Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, kostenlos zu übermitteln. Das Vorliegen der öffentlichen Interessen ist bei der Anforderung anzuführen. Ferner sind mit der

69. Im § 34 Abs. 5 zweiter Satz wird das Wort „Röntgenbilder“ durch die Wortfolge „Röntgenbilder, Videoaufnahmen“ ersetzt.

Aufnahmezahl den Sozialversicherungsträgern und den Organen des Landesgesundheitsfonds bzw. den von diesem beauftragten Sachverständigen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie den einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten, Zahnärzten oder Krankenanstalten über Aufforderung kostenlos sowie mit dem Auftrag des Weitergabeverbotes Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Anstaltspatienten zur Verfügung zu stellen. Mit Zustimmung des Patienten sind Abschriften (Kopien) von Krankengeschichten auch dem Patientenanwalt kostenlos zur Verfügung zu stellen. Krankheitsspezifische nicht anonymisierte Daten dürfen nur mit Zustimmung des Patienten verwertet werden. Den aus diesem Absatz ableitbaren Verpflichtungen kann auch durch die Bereitstellung eines elektronischen Zuganges oder durch elektronische Übermittlung entsprochen werden.

(6a) Patienten sowie deren Vertreter, die mit einer ausdrücklich auf die Einsicht in die Krankengeschichte oder deren Ausfolgung Bezug nehmenden Vollmacht ausgestattet sind, haben das Recht auf Einsichtnahme in oder auf die Ausfolgung einer Kopie der Krankengeschichte. Für die Herstellung von Kopien und deren allfälligen Versand darf ein angemessener Kostenersatz verlangt werden.

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

(8) Über die Entnahme von Organen oder Organteilen Verstorbener zum Zwecke der Transplantation sowie die Entnahme von Zellen oder Gewebe von Verstorbenen ist eine Niederschrift zur Krankheitsgeschichte aufzunehmen und gemäß Abs. 5 zu verwahren. In dieser Niederschrift hat der den Tod feststellende Arzt darzustellen, wie der Tod festgestellt wurde und wann dieser eingetreten ist. Der die Entnahme durchführende Arzt hat Angaben über die Entnahme, insbesondere die entnommenen Organe oder Organteile, und den Zeitpunkt der Durchführung, in die Niederschrift aufzunehmen. Die Niederschrift ist sowohl vom Arzt, der den Tod festgestellt hat, als auch von dem Arzt, der die Entnahme durchgeführt hat, zu unterfertigen. In der Krankengeschichte des Empfängers ist auf die Niederschrift über die Entnahme hinzuweisen.

(9) Bei der Führung der Krankengeschichte sind Patientenverfügungen (§ 2 Abs. 1 Patientenverfügungsgesetz) des Patienten zu dokumentieren. Gleiches gilt für Erklärungen, mit denen ein Patient oder sein gesetzlicher Vertreter für den

Todesfall eine Organspende ausdrücklich ablehnt.

(10) Aufzeichnungen, die Geheimnisse betreffen, die Angehörigen des klinisch psychologischen, gesundheits-psychologischen und psychotherapeutischen Berufes und deren Hilfspersonal in Ausübung ihres Berufes anvertraut oder bekannt geworden sind, dürfen im Rahmen der Krankengeschichte oder der sonstigen Vormerke im Sinne des Abs. 1 sowie der Aufzeichnungen gemäß § 33 Abs. 1 nicht geführt werden.

(11) Die Abgabe wissenschaftlich begründeter Gutachten wird durch die Bestimmungen der Abs. 1 bis 8 nicht berührt.

(12) Die Bestimmungen der Abs. 1 bis 9 gelten für die Dokumentation und Aufbewahrung der nach dem Unterbringungsgesetz, BGBl Nr 155/1990, zu führenden Aufzeichnungen sinngemäß.

§ 36 Wirtschaftsaufsicht

(1) Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungs- oder zum Betriebsaufwand oder sonstige Zahlungen durch das Land Kärnten oder durch den Kärntner Gesundheitsfonds erhalten, unterliegen der Wirtschaftsaufsicht durch die Landesregierung und durch den Kärntner Gesundheitsfonds nach Maßgabe der Abs. 2 bis 5.

(2) Die Rechtsträger von Krankenanstalten nach Abs. 1 haben

1. ihr Vermögen durch genaue Inventare in ständiger Übersicht zu halten und Aufzeichnungen über ihre Einnahmen und Ausgaben zu führen, aus denen die für den Betrieb der Krankenanstalt auflaufenden Kosten sowie deren Zuordnung zu den einzelnen Kostenstellen ersichtlich sind;
2. ihre Verwaltungs- und Wirtschaftsführung einfach und sparsam zu halten und Auslagen zu vermeiden, die nicht durch die Erhaltung der Krankenanstalt, die Fortführung des Betriebes und die Leistungen an die Patienten unbedingt geboten sind;
3. den Voranschlag unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Rechnungsabschlusses des Vorjahres, der Voranschlagsansätze des laufenden Gebarungsjahres und unter Bedachtnahme auf die Entwicklung der Krankenanstalt zu erstellen; dieser hat sämtliche Ausgaben, die für den ordentlichen Betrieb und die Erhaltung der Anstalt erforderlich sind,

und alle aus dem laufenden Betrieb erwarteten Einnahmen zu enthalten;

4. im Wege des Kärntner Gesundheitsfonds der Landesregierung jährlich bis längstens 30. September Voranschläge und Dienstpostenpläne für das folgende Jahr und bis längstens 30. April oder, wenn der Rechtsträger eine Kapitalgesellschaft ist, bis längstens 30. Juni des dem Gebarungsjahr nachfolgenden Jahres Rechnungsabschlüsse zur Genehmigung vorzulegen; die nachträgliche Genehmigung der Überschreitung einzelner Ansätze des Voranschlages ist anlässlich der Vorlage des Rechnungsabschlusses zu beantragen;
5. den nach Z 4 in Verbindung mit Abs. 3 genehmigten Voranschlag der Gebarung der Krankenanstalt zu Grunde zu legen, sofern die Landesregierung nicht die Einhaltung eines Voranschlagsprovisoriums gemäß Abs. 4 aufgetragen hat;
6. Verträge, die sie nach § 148 Z 10 ASVG abschließen, bei sonstiger Rechtsunwirksamkeit durch die Landesregierung genehmigen zu lassen, wenn der Rechtsträger der Krankenanstalt nicht das Land ist;
7. den mit der Handhabung der Wirtschaftsaufsicht betrauten und ausgewiesenen Mitarbeitern der Geschäftsstelle des Kärntner Gesundheitsfonds jederzeit Zutritt zu allen Räumen, Anlagen und Einrichtungen der Krankenanstalt und Einsicht in alle sie betreffenden Aufzeichnungen zu gewähren sowie ihnen alle verlangten Auskünfte über die Krankenanstalt zu erteilen und ihnen von den eingesehenen Unterlagen Abschriften und Kopien herstellen zu lassen.

(3) Der Kärntner Gesundheitsfonds hat die nach Abs. 2 Z 4 vollständig vorgelegten Voranschläge, Dienstpostenpläne und Rechnungsabschlüsse in finanzieller und betriebswirtschaftlicher Hinsicht nach Maßgabe des Abs. 2 Z 1 bis 3 zu prüfen und unter Anschluss einer Darstellung des Prüfungsergebnisses an die Kärntner Landesregierung weiterzuleiten. Die Landesregierung hat einen Voranschlag, Dienstpostenplan oder Rechnungsabschluss zu genehmigen, wenn dieser den Vorschriften des Abs. 2 Z 1 bis 3 entspricht. Die nachträgliche Genehmigung der Überschreitung einzelner Ansätze des Voranschlages anlässlich der Vorlage des Rechnungsabschlusses ist zu erteilen, wenn die Überschreitung im Interesse einer ordnungsgemäßen Abwicklung des laufenden Betriebes notwendig wurde.

(4) Wird der Voranschlag nicht oder nicht rechtzeitig eingebracht oder kann er aus einem sonstigen Grunde nicht rechtzeitig genehmigt werden, hat die

Landesregierung der Krankenanstalt aufzutragen, als Richtlinie für die monatliche Gebarung ein Zwölftel der Ansätze des vorjährigen Voranschlages zu verwenden (Voranschlagsprovisorium).

(5) Die Verträge nach Abs. 2 Z 6 sind innerhalb von sechs Wochen der Landesregierung vorzulegen; zur Vorlage ist jeder der Vertragspartner berechtigt. Die Genehmigung nach Abs. 2 Z 6 ist zu erteilen, wenn der Vertrag gesetzlichen Bestimmungen nicht widerspricht. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Landesregierung nicht innerhalb von zwei Monaten die Genehmigung schriftlich versagt.

(6) Die Abs. 1 bis 5 gelten für die Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft hinsichtlich der von ihr geführten Landeskrankenanstalten nur insoweit, als das Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesetz nicht Abweichendes vorschreibt.

§ 37 Pflegedienst

(1) Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist ein geeigneter Angehöriger der gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege als verantwortlicher Leiter des Pflegedienstes zu bestellen. In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, insbesondere Schwerpunktkrankenanstalten, ist die verantwortliche Leitung des Pflegedienstes hauptberuflich auszuüben.

(2) Bei Verhinderung muss für eine Vertretung durch einen geeigneten Angehörigen der gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege gesorgt werden.

(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, so ist das in § 35 Abs. 2 Z 1 und im § 90 Abs. 2 Z 1 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes festgelegte Verhältnis pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten.

§ 38 Personalplanung, Supervision, Fortbildung

(1) Die Träger von bettenführenden Krankenanstalten sind dazu verpflichtet,

70. § 36 Abs. 5 lautet:

(5) Die Verträge nach Abs. 2 Z 6 sind innerhalb von sechs Wochen nach ihrem Abschluss der Landesregierung vorzulegen; zur Vorlage ist jeder der Vertragspartner berechtigt. Die Genehmigung nach Abs. 2 Z 6 ist zu erteilen, wenn der Vertrag nicht gegen zwingende gesetzliche Bestimmungen verstößt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Landesregierung nicht innerhalb von zwei Monaten die Genehmigung schriftlich versagt.

*71. Dem § 37 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:
Dies gilt nicht für militärische Krankenanstalten.*

jährlich den Personalbedarf, bezogen auf die in den Krankenanstalten tätigen Berufsgruppen sowie auf die einzelnen Organisationseinheiten zu ermitteln. Die Personalplanung (zB Personalbedarfsermittlung, Personaleinsatz und Dienstpostenplan) ist von hierfür fachlich geeigneten Personen wahrzunehmen. Der Rechtsträger hat jährlich der Landesregierung über die Personalplanung einen Bericht zu erstatten.

(2) Die Träger von Krankenanstalten haben durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, daß die in einer Krankenanstalt beschäftigten Personen im Rahmen ihrer Dienstzeit Gelegenheit zur Teilnahme an einer berufsbegleitenden Supervision, die durch fachlich qualifizierte Personen auszuüben ist, geboten wird. In der Anstaltsordnung ist für die Festlegung der geeigneten Maßnahmen, des erforderlichen Ausmaßes und des betroffenen Personenkreises nach Maßgabe und Beurteilung des Anstaltszweckes, des Leistungsangebotes der Anstalt, sowie der eine berufsbegleitende Supervision bedingenden entsprechenden Belastung unter Berücksichtigung bestehender Ressourcen und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Anstalt Vorsorge zu treffen.

(3) Die Träger von Krankenanstalten haben sicherzustellen, daß den in den Krankenanstalten tätigen Ärzten (§ 31 Abs. 2 lit. c) und den Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, den Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste sowie dem übrigen in Betracht kommenden nichtärztlichen Personal nach Maßgabe der betrieblichen Erfordernisse, dem Leistungsangebot der einzelnen Anstalten sowie dem Kenntnisstand der Medizin, der Krankenpflege und der Gesundheitsvorsorge im erforderlichen Ausmaß Gelegenheit zur Fortbildung geboten wird.

§ 39

Psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung

(1) Die Träger von bettenführenden Krankenanstalten haben für eine ausreichende klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung der Patienten durch einen Gesundheitspsychologen oder klinischen Psychologen im Sinne des Psychologengesetzes, BGBl Nr 360/1990, und eine ausreichende Versorgung auf dem Gebiete der Psychotherapie durch nach dem Psychotherapiegesetz, BGBl Nr 361/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechnete Personen Sorge zu tragen.

(2) Vereinbarungen von zwei oder mehreren Krankenanstaltenträgern zur gemeinsamen Erfüllung der Verpflichtung nach Abs. 1 sind zulässig, solange eine

72. Dem § 38 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

Diese Bestimmungen gelten nicht für den Betrieb militärischer Krankenanstalten.

73. Im § 39 Abs. 1 wird die Fundstelle „BGBl. Nr. 360/1990“ durch die Jahreszahl „2013“ ersetzt.

ausreichende Versorgung gesichert erscheint.

§ 45

Sicherstellung der Krankenanstaltspflege

(1) Unter Bedachtnahme auf den Landes-Krankenanstaltenplan (§ 4) ist die Krankenanstaltenpflege für anstaltsbedürftige Personen (§ 52 Abs. 3) entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten durch das Land oder durch Vereinbarung der Landesregierung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen. Hiebei ist darauf Bedacht zu nehmen, daß für anstaltsbedürftige, insbesondere unabweisbare Personen eine ausreichende Zahl an Betten der allgemeinen Gebührenklasse vorhanden ist und der Bedarf auf dem Gebiet der Langzeitversorgung sowie die in diesem Zusammenhang zu erwartende künftige Entwicklung berücksichtigt wird.

(2) Für Personen, die im Grenzgebiet zu einem benachbarten Bundesland wohnen, kann die Anstaltspflege auch dadurch sichergestellt werden, daß diese Personen im Falle der Anstaltsbedürftigkeit in Krankenanstalten eines benachbarten Bundeslandes aufgenommen werden.

(3) Je nach den örtlichen Verhältnissen ist für 50.000 bis 90.000 Bewohner eine Standardkrankenanstalt (§ 3 Abs. 1 lit. a und Abs. 4) und für 250.000 bis 300.000 Bewohner eine Schwerpunktkrankenanstalt (§ 3 Abs. 1 lit. b) einzurichten; von der Errichtung einer Standardkrankenanstalt kann abgesehen werden, wenn im jeweiligen Einzugsgebiet die Voraussetzungen des § 3 Abs. 1 lit. a oder Abs. 4 durch Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten erfüllt werden, die von einer Schwerpunktkrankenanstalt disloziert geführt werden. Bei Vorliegen besonderer topographischer oder verkehrsmäßiger Verhältnisse dürfen diese Zahlen sowohl unter- als auch überschritten werden, jedoch ist für das gesamte Landesgebiet zumindest eine Schwerpunktkrankenanstalt einzurichten.

74. § 45 Abs. 3 entfällt.

§ 46

Blutabnahme zur Bestimmung des Alkohol- oder Suchtgiftgehaltes des Blutes

Der Rechtsträger einer öffentlichen Krankenanstalt hat dem diensthabenden Arzt jene Einrichtungen zur Verfügung zu stellen, die zur Blutabnahme gemäß § 5

Abs. 4a, 8 und 10 der Straßenverkehrsordnung 1960, BGBl Nr 159, in der Fassung BGBl I Nr 128/2002 erforderlich sind.

§ 48 Anstaltsambulanzen

(1) In öffentlichen Krankenanstalten der im § 2 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) über ärztliche oder zahnärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege,
 - e) im Zusammenhang mit Organ- oder Blutspenden,
 - f) zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten oder
 - g) für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin,
- notwendig ist.

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

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

75. Im § 46 entfällt die Wortfolge „in der Fassung BGBl. I Nr. 128/2002“.

76. Die Überschrift des § 48 lautet:

„Anstaltsambulanzen, ambulante Untersuchungen und Behandlungen“

77. § 48 Abs. 1 lit. e lautet:

- e) im Zusammenhang mit Organ-, Gewebe- und Blutspenden,

78. Dem § 48 wird folgender Abs. 4 angefügt:

(4) Öffentliche allgemeinen Krankenanstalten (§ 2 Z 1) und öffentliche Sonderkrankenanstalten (§ 2 Z 2) dürfen Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der Krankenanstalten durchführen, soweit es sich um Tätigkeiten

handelt, die insbesondere zur Sicherstellung der Betreuungskontinuität erforderlich sind und/oder im Rahmen des integrierten Gesundheitssicherungssystems im Sinne der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit erbracht werden. Die Art und Weise der Tätigkeit ist in der Anstaltsordnung festzulegen. Die beabsichtigte Durchführung derartiger Untersuchungen und Behandlungen ist der Landesregierung drei Monate vor Beginn der Tätigkeit unter Nachweis der Voraussetzungen schriftlich anzuzeigen. Zur Frage des Vorliegens der Voraussetzungen der Leistungserbringung im Rahmen des integrierten Gesundheitssicherungssystems im Sinne der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit ist von der Behörde eine Stellungnahme des Kärntner Gesundheitsfonds einzuholen. Die Behörde hat die Durchführung von Untersuchungen und Behandlungen außerhalb von Krankenanstalten mit Bescheid binnen drei Monaten zu untersagen, soweit die Voraussetzungen hierfür nicht oder nicht mehr vorliegen.

§ 49a Arzneimittelkommission

(1) Die Träger von Krankenanstalten haben in ihren Krankenanstalten eine Arzneimittelkommission – wenn sie mehrere Krankenanstalten betreiben, darf eine Arzneimittelkommission für mehrere oder für alle gemeinsam eingerichtet werden – zur Beratung über die Auswahl und den Einsatz von Arzneimitteln einzurichten; es können auch mehrere Rechtsträger für die von ihnen betriebenen Krankenanstalten eine gemeinsame Arzneimittelkommission einrichten.

(2) Eine Arzneimittelkommission hat mindestens zu bestehen aus:

- a) dem (einem) Leiter des ärztlichen Dienstes der (einer) Krankenanstalt, für die die Arzneimittelkommission eingerichtet wird (als Vorsitzenden);
- b) einem zur Leitung einer Anstaltsapotheke oder zur Bestellung zum Konsiliarapotheker befähigten Magister der Pharmazie (als Stellvertreter des Vorsitzenden);
- c) einem vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vorgeschlagenen Vertreter.

(3) Den Beratungen der Arzneimittelkommission ist im Hinblick auf Abs. 6 lit. e und Abs. 7 lit. c bei Bedarf, mindestens aber jährlich einmal ein von der Ärztekammer für Kärnten aus dem Kreis der niedergelassenen Ärzte vorgeschlagener Vertreter mit beratender Stimme beizuziehen.

(4) Für jedes Mitglied der Arzneimittelkommissionen ist ein in gleicher Weise qualifizierter Vertreter zu bestellen, der das Mitglied im Falle seiner Verhinderung zu vertreten hat. Die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Arzneimittelkommissionen sind in Wahrnehmung ihrer Aufgaben weisungsfrei. Die Landesregierung hat das Recht, sich über alle Gegenstände aus dem Aufgabenbereich der Arzneimittelkommissionen zu unterrichten. Die Arzneimittelkommissionen sind verpflichtet, die von der Landesregierung im Einzelfall verlangten Auskünfte zu erteilen.

(5) Die Arzneimittelkommission hat insbesondere folgende Aufgaben:

- a) Erstellen einer Liste der Arzneimittel, die in den betreffenden Krankenanstalten Anwendung finden (Arzneimittelliste) und deren allfällige Adaptierung;
- b) Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln.

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

- a) für die Anwendung der Arzneimittel ist ausschließlich der Gesundheitszustand der Patienten maßgeblich;
- b) die Auswahl und Anwendung der Arzneimittel darf nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft erfolgen;
- c) die Erstellung der Arzneimittelliste hat unter Bedachtnahme auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot so zu erfolgen, dass die gebotene Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln sichergestellt ist;
- d) bei Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, ist darüber hinaus zu gewährleisten, dass diese ihre Aufgaben auf dem Gebiet der universitären Forschung und Lehre uneingeschränkt erfüllen können;
- e) Sicherung der Behandlungskontinuität bei der Verordnung von Medikamenten in der Krankenanstalt und der Weiterbetreuung im ambulanten Bereich.

79. § 49a Abs. 6 lit. d entfällt.

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

- a) von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das ökonomisch günstigste gewählt wird;
- b) gegebenenfalls statt der Verordnung von Arzneimitteln überhaupt andere, zum Beispiel therapeutisch gleichwertige Maßnahmen, die zweckmäßiger und wirtschaftlicher sind, ergriffen werden;
- c) bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das im 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.

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

(9) Die Arzneimittelkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, in der insbesondere Festlegungen über die Einberufung der Kommission, die Verhandlungsführung sowie die Beschlussfähigkeit zu treffen sind. In der Geschäftsordnung der Arzneimittelkommission ist festzulegen, dass die Vorgangsweise gemäß Abs. 7 lit. c mit dem vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger namhaft gemachten Mitglied abzustimmen ist. Die Geschäftsordnung bedarf der Genehmigung der Landesregierung.

§ 57 Aufenthaltskostenbeitrag

(1) Von sozialversicherten Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung LKF-Gebührenersätze zur Gänze (ohne Selbstbehalt) durch den Kärntner Gesundheitsfonds oder Gebührenersätze zur Gänze durch einen Sozialversicherungsträger oder Entgelte durch eine

Körperschaft öffentlichen Rechts, welche für ihre Bediensteten eine Krankenfürsorge eingerichtet hat, getragen werden, ist durch den Träger der Krankenanstalt ein Aufenthaltskostenbeitrag in der Höhe von 3,63 Euro pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Patient höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingenommen werden. Er ist auch für den Aufnahme- und Entlassungstag einzuheben. Im Falle einer Transferierung ist der Beitrag für den Tag der Transferierung nur von jener Krankenanstalt einzuheben, in welche der Patient transferiert wird.

(2) Von der Verpflichtung zur Leistung eines Aufenthaltskostenbeitrages sind Personen ausgenommen, für die bereits ein Kostenbeitrag nach anderen bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen, sowie jene Personen, die nachweislich von der Rezeptgebühr im Sinne sozialversicherungsrechtlicher Bestimmungen befreit sind und Patienten, die die Anstaltspflege im Zusammenhang mit einer Organspende in Anspruch nehmen.

(3) Der Aufenthaltskostenbeitrag gemäß Abs. 1 vermindert oder erhöht sich zum 1. Jänner eines jeden Jahres im Ausmaß der Veränderung des Oktoberindex des Verbraucherpreisindex 1986 (oder des an seine Stelle tretenden Index) des abgelaufenen Jahres gegenüber dem Oktoberindex des Jahres 1987. Der Aufenthaltskostenbeitrag ist jeweils auf volle zehn Cent zu runden. Die Höhe ist von der Landesregierung im Landesgesetzblatt kundzumachen. Im Falle einer Transferierung ist der Beitrag für den Tag der Transferierung nur von jener Krankenanstalt einzuheben, in welche der Patient transferiert wird.

(4) Zusätzlich zum Aufenthaltskostenbeitrag nach Abs. 1 ist für jeden Verpflegstag, für den ein Aufenthaltskostenbeitrag eingehoben wird, durch den Träger der Krankenanstalt ein Beitrag in der Höhe von 1,45 Euro pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag wird im Namen der Sozialversicherungsträger für den Kärntner Gesundheitsfonds eingehoben.

(5) Von sozialversicherten Patienten der allgemeinen Gebührenklasse ist zusätzlich zum Aufenthaltskostenbeitrag nach Abs. 1 und zum Beitrag nach Abs. 4, ebenso wie von Patienten der Sonderklasse ein Beitrag von 2 0,73 pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Patient für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Er ist auch für den Aufnahme- und Entlassungstag einzuheben. Wer nach Abs. 2 von der Verpflichtung zur Leistung eines Aufenthaltskostenbeitrages ausgenommen ist,

hat auch den im ersten Satz genannten Beitrag nicht zu leisten. Im Falle einer Transferierung ist der Beitrag für den Tag der Transferierung nur von jener Krankenanstalt einzuheben, in welche der Patient transferiert wird.

(6) Der Beitrag gemäß Abs. 5 ist von den Trägern der Krankenanstalten einzuheben und dem Kärntner Gesundheitsfonds zur Wahrnehmung der Aufgaben gemäß den §§ 14 und 15 des Gesetzes über die Einrichtung des Kärntner Gesundheitsfonds und über die Zielsteuerung-Gesundheit im Land Kärnten (Kärntner Gesundheitsfondsgesetz – K-GFG), LGBl. Nr. 67/2013, zur Verfügung zu stellen.

§ 62 Tragung der Gebühren

(1) Soweit nicht eine andere juristische oder physische Person auf Grund der Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes oder auf Grund anderer gesetzlicher Bestimmungen zum Ersatz der in einer Krankenanstalt aufgelaufenen LKF-Gebühren, Pflegegebühren, Sondergebühren oder Aufenthaltskostenbeiträge verpflichtet ist, hat der Patient hierfür selbst aufzukommen.

(2) Für die Einbringung der LKF-Gebühren, der Pflegegebühren, der Sondergebühren und des Aufenthaltskostenbeitrages beim Patienten gelten die Bestimmungen der §§ 63 und 64. Ansprüche gegenüber unterhaltspflichtigen Personen sind im ordentlichen Rechtsweg geltend zu machen.

(3) Wird einem Beschädigten nach dem Heeresversorgungsgesetz, BGBl Nr 27/1964, zuletzt geändert durch BGBl Nr 411/1996, Anstaltspflege in einer öffentlichen Krankenanstalt gewährt, so sind dieser Anstalt die im § 56 festgesetzten Leistungsentgelte vom Bund zu ersetzen, insoweit nicht eine Leistungspflicht eines Sozialversicherungsträgers besteht.

§ 65 Gebühren für ausländische Staatsangehörige

(1) Die Landesregierung kann durch Verordnung die Aufnahme fremder Staatsangehöriger, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die die voraussichtlichen LKF-Gebühren, Pflegegebühren oder Sondergebühren sowie Aufenthaltskostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen

80. Dem § 57 wird folgender Abs. 7 angefügt:

(7) Die Kostenbeiträge gemäß Abs. 1, 4 und 5 sind für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nicht einzuheben.

81. § 62 Abs. 3 lautet:

(3) Wird einem Entschädigungsberechtigten nach dem Heeresentschädigungsgesetz Anstaltspflege in einer öffentlichen Krankenanstalt gewährt, so sind dieser Anstalt die im § 56 festgesetzten Leistungsentgelte vom Bund zu ersetzen, insoweit nicht eine Leistungspflicht eines Sozialversicherungsträgers besteht.

Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 52 Abs. 4) beschränken. Dies gilt nicht für Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund eines von der Republik Österreich geschlossenen zwischenstaatlichen Übereinkommens im Bereich der Sozialen Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind.

(1a) Die Aufnahme von Personen ohne Wohnsitz in Österreich, bei denen keine Unabweisbarkeit gegeben ist, kann vom Träger der Krankenanstalt abgelehnt werden, wenn durch die Aufnahme die Krankenanstalt ihrem Versorgungsauftrag nach dem Landes-Krankenanstaltenplan (§ 4) für Personen mit Wohnsitz in Österreich nicht mehr in einem angemessenen Zeitraum nachkommen könnte. Solche Beschränkungen der Aufnahme sind auf das notwendige und angemessene Maß zu begrenzen und in geeigneter Weise vorab bekannt zu machen.

(1b) Die Landesregierung kann durch Verordnung vorsehen, dass für die Verrechnung von Leistungen für Personen, die auf Grund der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, ABl. Nr. L 88 vom 4.4.2011 S. 45, aufgenommen werden, die entsprechenden Regelungen herangezogen werden, die für Personen gelten, die auf Grund der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. Nr. L 166 vom 30.4.2004 S. 1, zuletzt geändert durch die Verordnung (EU) Nr. 517/2013, ABl. Nr. L 158 vom 10.6.2013 S. 1, aufgenommen werden.

(2) Die Landesregierung hat durch Verordnung vorzusehen, daß Angehörige fremder Staaten statt der LKF-Gebühren, der Pflege- und Sondergebühren und der Aufenthaltskostenbeiträge die tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten zu leisten haben. Dies gilt nicht für

- a) Fälle der Unabweisbarkeit (§ 52 Abs. 4), sofern sie im Inland eingetreten sind,
- b) Flüchtlinge, denen im Sinne des Asylgesetzes 1997, BGBl I Nr 76/1997, zuletzt geändert durch die Kundmachung BGBl I Nr 41/1999, Asyl gewährt wurde und Asylwerbern, denen im Sinne des Asylgesetzes 1997 eine vorläufige Aufenthaltsberechtigung bescheinigt wurde,
- c) Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen

82. § 65 Abs. 2 lit. b lautet:

- b) Flüchtlinge, denen im Sinne des Asylgesetzes 2005 – AsylG 2005 Asyl gewährt wurde und Asylwerbern, denen im Sinne des AsylG 2005 eine vorläufige Aufenthaltsberechtigung bescheinigt wurde,

Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten,

- d) Personen, die einem Träger der Sozialversicherung aufgrund eines von der Republik Österreich geschlossenen zwischenstaatlichen Übereinkommens im Bereich der sozialen Sicherheit oder aufgrund der im Anhang VI nach Art. 29 des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum enthaltenen Verordnungen des Rates (EWG) Nr 1408/71 und Nr 574/72 zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind, und
- e) Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind.

§ 68 Betriebsabgangsdeckung

(1) Der vom Landtag beschlossene Nettogebahrungsabgang der Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft mit ihren unselbständigen Einrichtungen ist, abzüglich der Tilgung der für Investitionen aufgenommenen Anleihen, Darlehen, Kredite und ähnliche Finanzierungsformen der Landesanstalt und der Landeskrankenanstalten zu 30 Prozent auf die Gemeinden umzulegen. Zur Abdeckung dieser Umlage hat die Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft Fremdmittel zu den Bestkonditionen aufzunehmen, wobei von den Gemeinden sämtliche daraus entstehenden Kosten (Annuitäten, Zwischenfinanzierung und allfällige Gebühren) zu ersetzen sind. Diese von den Gemeinden zu übernehmenden Kosten dürfen jährlich 30 Prozent des jeweiligen Nettogebahrungsabganges der öffentlichen Krankenanstalten, abzüglich der Tilgung der für Investitionen aufgenommenen Anleihen, Darlehen, Kredite und ähnliche Finanzierungsformen der Landesanstalt und der Landeskrankenanstalten des Landes nicht übersteigen. Sie werden nach Maßgabe von Abs. 4 ab Jahresmitte bis zum Jahresende in sechs monatlichen Teilbeträgen von den Ertragsanteilen der Gemeinden einbehalten.

(1a) Der Betriebsabgang der nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz eingerichteten Schulen sowie der nach dem Gesetz über die gehobenen medizinisch-technischen Dienste eingerichteten Akademien ist zu 30 Prozent auf die Gemeinden umzulegen. Weiters haben die Gemeinden für die ab Oktober 2010 beginnenden FH-Studiengänge nach dem MTD-Gesetz und dem Hebammengesetz jährlich einen Pauschalbetrag von € 511.000,- an das Land zu leisten. Der Pauschalbetrag gemäß dem zweiten Satz deckt auch die Beitragsleistung für die auslaufenden MTD-Akademien. Die Umlage und der Pauschalbetrag werden nach Maßgabe des Abs. 4 ab Jahresmitte bis zum Jahresende in sechs monatlichen Teilbeträgen von den Ertragsanteilen der Gemeinden einbehalten.

(2) Der Betriebsabgang (Abs. 3) einer öffentlichen Krankenanstalt, ausgenommen einer Anstalt nach Abs. 1, ist zu 2 Prozent von deren Rechtsträger, ansonsten jedoch vom Land zu tragen. Das Land hat seine Leistung jeweils im drittnachfolgenden Jahr in vier Quartalsbeiträgen zur Quartalsmitte zu erbringen. Zusätzlich ist jeweils mit den Quartalsbeiträgen eine Vorschußzahlung für die Beiträge zu den Betriebsabgängen des dem abgerechneten Jahr folgenden Jahres

83. § 68 Abs. 1a lautet:

(1a) Die Gemeinden haben für die FH-Studiengänge nach dem MTD-Gesetz und dem Hebammengesetz jährlich einen Pauschalbetrag von 511.000 Euro, sowie für die ab Oktober 2018 beginnenden FH-Bachelorstudiengänge im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (§ 28 Abs. 3 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz in Verbindung mit der FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung, BGBl. II Nr. 200/2008) jährlich einen Pauschalbetrag von 1.489.000,- Euro, somit in Summe 2,0 Mio. Euro, an das Land zu leisten. Der Pauschalbetrag in der Höhe von 1.489.000,- Euro deckt auch die Beitragsleistung der Gemeinden zum Betriebsabgang der nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz eingerichteten Schulen des Landes. Der Pauschalbetrag wird nach Maßgabe des Abs. 4 ab Jahresmitte bis zum Jahresende in sechs monatlichen Teilbeträgen von den Ertragsanteilen der Gemeinden einbehalten.

in der Höhe von 20 Prozent des Betrages des abgerechneten Jahres zu leisten. Die Vorschußzahlungen des Vorjahres sind anteilmäßig auf die Quartalsbeiträge zu den Betriebsabgängen des abgerechneten Jahres anzurechnen. 50 Prozent der vom Land zu leistenden Beträge zu den Betriebsabgängen sind auf die Gemeinden umzulegen, indem sie nach Maßgabe von Abs. 4 ab Jahresmitte bis zum Jahresende in sechs monatlichen Teilbeträgen von den Ertragsanteilen der Gemeinden einbehalten werden.

(3) Als Betriebsabgang einer öffentlichen Krankenanstalt nach Abs. 2 gilt der Differenzbetrag zwischen den Betriebsausgaben und den Betriebseinnahmen des laufenden Betriebes, wobei nur Betriebsausgaben für solche Leistungen zu berücksichtigen sind, die den Vorgaben des Landes-Krankenanstaltenplans sowie der Errichtungs- und Betriebsbewilligung entsprechen und durch den Kärntner Gesundheitsfonds nach § 8 Abs. 1 Z 1 lit. a des Gesetzes über die Einrichtung des Kärntner Gesundheitsfonds und über die Zielsteuerung-Gesundheit im Land Kärnten (Kärntner Gesundheitsfondsgesetz – K-GFG), LGBl. Nr. 67/2013, abgegolten werden; nach § 36 Abs. 3 nicht genehmigte Betriebsausgaben sind bei der Ermittlung des Betriebsabganges nicht zu berücksichtigen. Bei Berechnung des Betriebsabganges nach dem ersten Satz zählen

1. zu den Betriebsausgaben auch Ausgaben für Ersatzanschaffungen (das sind Ausgaben für Anschaffungen von beweglichen Gütern des Anlagevermögens, die der Erhaltung und der Einrichtung der Krankenanstalt dienen, wobei sie der Erhaltung dann dienen, wenn sie zwar eine Verbesserung infolge des technischen Fortschritts oder eine Verbesserung der Versorgung mit sich bringen, aber nicht der Kapazitätsausweitung oder Schaffung neu errichteter Abteilungen oder Institute dienen, sondern bereits vorhandene Einrichtungen ersetzen) und Ausgaben für die Instandsetzung von Baulichkeiten (darunter sind Ausgaben zu verstehen, die zur Erhaltung oder zeitgemäßen Adaptierung der vorhandenen Substanz und nicht der Erweiterung der Anstalt dienen), sofern die Ausgaben nach dem ersten Satz zu berücksichtigen sind und überdies den planenden Vorgaben des Landes und des Bundes und der Organe des Kärntner Gesundheitsfonds entsprechen und
2. zu den Betriebseinnahmen auch Investitionszuschüsse des Bundes, des Landes, des Gesundheitsfonds, der Gemeinden und der Gemeindeverbände zu Ausgaben für Ersatzanschaffungen und zu Ausgaben für die Instandsetzung.

(3a) Soweit Betriebsausgaben nicht in der Betriebsabgangsdeckung nach

Abs. 2 und 3 zu berücksichtigen sind, sind sie vom Rechtsträger einer öffentlichen Krankenanstalt selbst zu tragen.

(4) Die Gemeindeumlagen nach Abs. 1, 1a und 2 sind auf die Gemeinden zur Hälfte nach dem Verhältnis der Zahl der Gemeindebewohner und zur Hälfte nach dem Verhältnis der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Gemeinden im Sinne des Abs. 5 umzulegen. Für die Ermittlung der Einwohnerzahl ist die Volkszahl nach dem von der Bundesanstalt Statistik Österreich festgestellten Ergebnis gemäß § 9 Abs. 9 Finanzausgleichsgesetz 2008 zugrunde zu legen.

(5) Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Gemeinden ergibt sich aus der Summe der Finanzkraft gemäß § 11 Abs. 4 Finanzausgleichsgesetz 2008 – FAG 2008, BGBl I Nr 103/2007, und dem Aufkommen aus den Ertragsanteilen an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben des vorangegangenen Kalenderjahres.

§ 73

Allgemeines

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

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

(3) Wird die Anstaltspflege für einen Beschädigten nach dem Heeresversorgungsgesetz, BGBl Nr 27/1964, weder in einer öffentlichen Krankenanstalt noch in einer Anstalt des Bundes durchgeführt, so ist die Höhe des Anspruches auf Ersatz der Verpflegskosten durch privatrechtliche Verträge allgemein oder für besondere Fälle zu regeln. Solche Übereinkommen bedürfen, wenn sie von einem Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen abgeschlossen werden, der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales.

§ 77

Leistungen, die durch LKF-Gebührenersätze abgegolten werden

(1) Alle Leistungen der Krankenanstalten in der allgemeinen Gebührenklasse (insbesondere im stationären, halbstationären und tagesklinischen Bereich

84. § 68 Abs. 4 zweiter Satz lautet:

„Für die Ermittlung der Einwohnerzahl ist die Volkszahl nach dem von der Bundesanstalt Statistik Österreich festgestellten Ergebnis gemäß §10 Abs. 7 Finanzausgleichsgesetz 2017 – FAG 2017 zugrunde zu legen.

85. § 68 Abs. 5 lautet:

(5) Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Gemeinden ergibt sich aus der Summe der Finanzkraft gemäß § 2 Abs. 2 Kärntner Landesumlage-Gesetz und dem Aufkommen aus den Ertragsanteilen an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben des vorangegangenen Kalenderjahres.

86. § 73 Abs. 3 erster Satz lautet:

Wird die Anstaltspflege für einen Entschädigungsberechtigten nach dem Heeresentschädigungsgesetz weder in einer öffentlichen Krankenanstalt noch in einer Anstalt des Bundes durchgeführt, so ist die Höhe des Anspruches auf Ersatz der Verpflegskosten durch privatrechtliche Verträge allgemein oder für besondere Fälle zu regeln.

einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen) sind, unbeschadet der Bestimmungen des § 57, zur Gänze mit den vom Kärntner Gesundheitsfonds gezahlten LKF-Gebührenersätzen abgegolten. Die vom Versicherten für sich oder für Angehörige nach § 447f ASVG zu leistenden Kostenbeiträge sind von der Krankenanstalt für Rechnung des Kärntner Gesundheitsfonds einzuheben.

(2) Eine aus organisatorischen Gründen notwendige Überstellung eines Patienten in eine andere Krankenanstalt ist durch die LKF-Gebührenersätze abgegolten.

(3) Abs. 1 gilt nicht für Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen, für die in § 58 Abs. 1 angeführten Leistungen und die im Einvernehmen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Landesregierung ausgenommenen Leistungen (Art. 25 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens).

87. Im § 77 Abs. 3 wird im Klammersausdruck die Verweisung „Art. 25 Abs. 3“ durch die Verweisung „Art. 43 Abs. 3“ ersetzt.

§ 81

Schiedskommission

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

- a) Abschluss von Verträgen zwischen Trägern öffentlicher, nicht durch den Kärntner Gesundheitsfonds finanzierter Krankenanstalten, die zum Zeitpunkt 31. Dezember 1996 bestanden haben, und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
- b) Streitigkeiten aus zwischen den Trägern der Fondskrankenanstalten und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung) abgeschlossenen Verträgen einschließlich der Entscheidung über die aus diesen Verträgen erwachsenden Ansprüche gegenüber Trägern der Sozialversicherung oder gegenüber dem Kärntner Gesundheitsfonds;
- c) Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung und dem Kärntner Gesundheitsfonds über die wechselseitigen Verpflichtungen und Ansprüche aus der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens;

d) Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus für den Krankenanstaltenbereich (Art. 40 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) gründen.

(2) Die Schiedskommission besteht aus folgenden von der Landesregierung auf vier Jahre zu bestellenden Mitgliedern:

- a) ein vom Präsidenten des Oberlandesgerichtes Graz vorgeschlagener Richter aus dem Aktivstand der zum Sprengel des Oberlandesgerichtes Graz gehörenden Gerichte als Vorsitzender;
- b) ein vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger nominiertes Mitglied und ein Mitglied aus dem Kreise der Bediensteten des Aktivstandes des Landes;
- c) zwei Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstreuhänder, wobei ein Mitglied vom Land oder vom betreffenden Träger der Krankenanstalt und ein Mitglied vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vorgeschlagen wird.

(3) Für jedes nach Abs. 2 bestellte Mitglied ist in gleicher Weise ein Ersatzmitglied zu bestellen, das das Mitglied im Falle der Verhinderung zu vertreten hat.

(3a) Die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Schiedskommission sind in Wahrnehmung ihrer Aufgaben weisungsfrei. Die Landesregierung hat das Recht, sich über alle Gegenstände aus dem Aufgabenbereich der Schiedskommission zu unterrichten. Die Schiedskommission ist verpflichtet, die von der Landesregierung im Einzelfall verlangten Auskünfte zu erteilen.

(4) Die Sitzungen der Schiedskommission sind vom Vorsitzenden unter Bekanntgabe der Tagesordnung rechtzeitig einzuberufen. Eine Entscheidung der Schiedskommission kommt rechtsgültig zustande, wenn sämtliche Mitglieder anwesend sind und sich die Mehrheit für diese Entscheidung ausgesprochen hat. Die Entscheidung der Schiedskommission unterliegt keinem administrativen Rechtszug.

(5) Auf das Verfahren der Schiedskommission finden die Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991 – AVG Anwendung.

88. Im § 81 Abs. 1 lit. d wird im Klammerausdruck die Verweisung „Art. 40“ durch die Verweisung „Art. 45“ ersetzt.

§ 84 Strafbestimmungen

(1) Wer

1. eine Krankenanstalt entgegen § 6, § 13 oder § 74 Abs. 1 ohne Bewilligung errichtet, entgegen § 15 oder § 74 Abs. 1 ohne Bewilligung betreibt oder die im Zusammenhang mit einer Bewilligung gemäß § 6, § 13, § 15 oder § 74 Abs. 1 vorgeschriebenen Bedingungen und Auflagen nicht einhält,
2. entgegen § 19 Abs. 1 oder § 74 Abs. 1 eine wesentliche Veränderung ohne Bewilligung vornimmt oder die im Zusammenhang mit einer Bewilligung gemäß § 19 Abs. 3 oder § 74 Abs. 1 vorgeschriebenen Bedingungen und Auflagen nicht einhält,
3. entgegen § 20 Abs. 1 oder § 74 Abs. 1 eine Krankenanstalt ohne Bewilligung verpachtet oder auf einen anderen Rechtsträger überträgt,
4. einer Verpflichtung gemäß § 24, § 26, § 27, § 27a, § 28, § 29, § 30b oder § 31 oder gemäß § 74 Abs. 1 in Verbindung mit § 24, § 26, § 27, § 27a, § 28, § 29, § 30b oder § 31 nicht nachkommt,
5. entgegen § 69 Abs. 1 oder § 74 Abs. 1 den Betrieb der Krankenanstalt nicht aufrechterhält oder entgegen § 69 Abs. 2 oder § 74 Abs. 1 ohne Genehmigung auf das Öffentlichkeitsrecht verzichtet oder bei Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht (§ 36) unterliegen, eine freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung ohne Genehmigung vornimmt, oder
6. entgegen § 55 Abs. 2 oder § 74 Abs. 2 erster Satz eine Leichenöffnung vornimmt,

begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Geldstrafe bis zu 7.260 Euro zu bestrafen.

89. Im § 84 Abs. 1 Z 4 werden nach der Wortfolge „einer Verpflichtung gemäß“ der Verweis „§ 20a“ eingefügt und der abschließende Beistrich durch das Wort „oder“ ersetzt.

90. § 84 Abs. 1 Z 5 entfällt.

91. Nach § 84 Abs. 1 wird folgender Abs. 1a eingefügt:

(1a) Wer entgegen § 69 Abs. 1 oder § 74 Abs. 1 den Betrieb einer Krankenanstalt nicht aufrechterhält oder entgegen § 69 Abs. 2 oder § 74 Abs. 1 ohne Genehmigung auf das Öffentlichkeitsrecht verzichtet oder bei Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht unterliegen (§ 36), eine freiwillige Betriebsunterbrechung oder die Auflassung ohne Genehmigung vornimmt, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Geldstrafe bis 15.000 Euro zu bestrafen.

(2) Wer

1. entgegen § 22 Abs. 1 oder § 74 Abs. 1 nicht eine Anstaltsordnung erlässt,
2. entgegen § 22 Abs. 5 oder § 74 Abs. 1 eine Anstaltsordnung ohne Genehmigung erlässt oder ändert,
3. entgegen § 32 Abs. 1 oder § 74 Abs. 1 die Verschwiegenheitspflicht verletzt,
4. entgegen § 40 oder § 74 Abs. 1 unsachliche oder unwahre Informationen im Zusammenhang mit dem Betrieb und dem Leistungsanbot der Krankenanstalt gibt,
5. einer Verpflichtung gemäß § 15a Abs. 1 erster Satz, § 30, § 30a, § 35, § 37, § 38, § 39, § 47, § 49, § 49a und § 51 oder gemäß § 74 Abs. 1 in Verbindung mit § 15a Abs. 1 erster Satz, § 30, § 30a, § 35, § 37, § 38, § 39, § 47, § 49, § 49a und § 51 nicht nachkommt oder entgegen dem § 48a oder § 74 Abs. 1 die Führung einer Ordination erlaubt, oder
6. entgegen den Bestimmungen dieses Gesetzes eine Anzeige oder Meldung nicht oder nicht rechtzeitig erstattet oder Vormerkungen, Dokumentationen oder Niederschriften nicht vornimmt,

begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Geldstrafe bis zu 726 Euro zu bestrafen.

(3) Übertretungen gegen das Verbot unsachlichen Wettbewerbs (§ 40, § 74 Abs. 1) sind der Landesregierung anzuzeigen.

§ 86 Verweisungen

(1) Soweit in diesem Gesetz auf andere Landesgesetze verwiesen wird, bezieht sich die Verweisung auf die jeweils in Geltung stehende Fassung.

(2) Soweit in diesem Gesetz auf die nachstehend genannten Bundesgesetze verwiesen wird, sind diese in der angeführten Fassung anzuwenden:

1. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 187/2013;
2. Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – AVG, BGBl. Nr. 51/1991, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 161/2013;
3. Arbeitskräfteüberlassungsgesetz – AÜG, BGBl. Nr. 196/1988, zuletzt

92. Im § 84 Abs. 2 Z 3 wird nach dem Wort „verletzt,“ die Wortfolge „soweit nicht der Betrieb einer militärischen Krankenanstalt betroffen ist,“ angefügt.

93. Im § 84 Abs. 2 Z 4 wird nach dem Wort „gibt,“ die Wortfolge „soweit nicht der Betrieb einer militärischen Krankenanstalt betroffen ist,“ angefügt.

94. Im § 84 Abs. 2 Z 5 wird nach dem Zitat „§ 15a Abs. 1 erster Satz,“ das Zitat „§ 22 Abs. 6,“ eingefügt.

95. § 86 Abs. 2 lautet:

(2) Soweit in diesem Gesetz auf die nachstehend genannten Bundesgesetze verwiesen wird, sind diese Verweisungen als solche in der nachstehend angeführten Fassung zu verstehen:

1. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 66/2017;
2. Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – AVG, BGBl. Nr. 51/1991, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 161/2013;

- geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 98/2012;
3. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG), BGBl. Nr. 450/1994, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 71/2013;
 5. Ärztegesetz 1998, BGBl. Nr. 169/1998, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 81/2013;
 6. Bauern-Sozialversicherungsgesetz – BSVG, BGBl. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 139/2013;
 7. Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz – B-KUVG, BGBl. Nr. 200/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 139/2013;
 8. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 81/2013;
 9. Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. I Nr. 460/1992, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 185/2013;
 10. Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfdienste (MTF-SHD-G), BGBl. Nr. 102/1961, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 89/2012;
 11. Bundesgesetz über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz – UbG), BGBl. Nr. 155/ 1990, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz, BGBl. I Nr. 18/2010;
 12. Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBl. I Nr. 81/2013;
 13. Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG), BGBl. I Nr. 179/2004, in der Fassung BGBl. I Nr. 81/2013;
 14. Finanzausgleichsgesetz 2008 – FAG 2008, BGBl. I Nr. 103/2007, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 165/2013;
 15. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 185/2013;
 16. Gewerbeordnung 1994 – GewO 1994, BGBl. Nr. 194/1994, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 125/2013;
 17. Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz – GSVG, BGBl. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 139/2013;
 3. Arbeitskräfteüberlassungsgesetz – AÜG, BGBl. Nr. 196/1988, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 38/2017;
 4. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG, BGBl. Nr. 450/1994, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 40/2017;
 5. Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998, BGBl. Nr. 169/1998, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 26/2017;
 6. Asylgesetz 2005 – AsylG 2005, BGBl. I Nr. 100/2005, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 84/2017;
 7. Bauern-Sozialversicherungsgesetz – BSVG, BGBl. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 53/2017;
 8. Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz – B-KUVG, BGBl. Nr. 200/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 53/2017;
 9. Bundes-Bedienstetenschutzgesetz – B-BSG, BGBl. I Nr. 70/1999, zuletzt geändert durch Bundesgesetz BGBl. I Nr. 164/2015;
 10. Bundesbehindertengesetz – BBG, BGBl. Nr. 283/1990, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 59/2017
 11. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 131/2017;
 12. Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. I Nr. 460/1992, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 54/2017;
 13. Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfdienste (MTF-SHD-G), BGBl. Nr. 102/1961, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 89/2012;
 14. Bundes-Seniorengesetz, BGBl. I Nr. 84/1998, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 94/2012.
 15. Finanzausgleichsgesetz 2017 – FAG 2017, BGBl. I Nr. 116/2016;
 16. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 54/2017;
 17. Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG, BGBl. I Nr. 179/2004, in der Fassung BGBl. I Nr. 81/2013;
 18. Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz – GESG, BGBl. I Nr. 63/2002, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 58/2017;

18. Heeresversorgungsgesetz – HVG, BGBl. Nr. 27/1964, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 81/2013;
19. Medizinischer Masseur- Heilmasseurgesetz – MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 80/2013;
- 19a. Organtransplantationsgesetz, BGBl. I Nr. 108/2012;
20. Patientenverfügungs-Gesetz, BGBl. I Nr. 55/2006;
21. Psychologengesetz, BGBl. Nr. 360/1990, geändert durch Bundesgesetz BGBl. I Nr. 98/2001;
22. Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 182/2013;
23. Strahlenschutzgesetz – StrSchG, BGBl.Nr. 227/1969, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 106/2013;
24. Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO 1960, BGBl. Nr. 159/1960, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 39/2013;
25. Strafvollzugsgesetz – StVG, BGBl. I Nr. 144/1999, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 2/2013;
26. Bundes-Seniorengesetz, BGBl. I Nr. 84/1998, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 94/2012.
19. Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG, BGBl. I Nr. 26/2017;
20. Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz – GSVG, BGBl. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 53/2017;
21. Grundversorgungsgesetz-Bund 2005 – GVG-B 2005, BGBl. Nr. 408/1991, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 84/2017
22. Heeresentschädigungsgesetz – HEG, BGBl. I Nr. 162/2015, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 18/2017;
23. Medizinische Assistenzberufe-Gesetz – MABG, BGBl. I Nr. 89/2012, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 120/2016;
24. Medizinischer Masseur- Heilmasseurgesetz – MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 8/2016;
25. Organtransplantationsgesetz – OTPG, BGBl. I Nr. 108/2012;
26. Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG, BGBl. I Nr. 55/2006;
27. Primärversorgungsgesetz, BGBl. I Nr. 131/2017;
28. Psychologengesetz 2013, BGBl. I Nr. 182/2013, geändert durch Bundesgesetz BGBl. I Nr. 120/2016;
29. Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 9/2016;
30. Strahlenschutzgesetz – StrSchG, BGBl. Nr. 227/1969, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 133/2015;
31. Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO 1960, BGBl. Nr. 159/1960, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 68/2017;
32. Strafvollzugsgesetz – StVG, BGBl. I Nr. 144/1999, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 26/2016;
33. Universitätsgesetz 2002 – UG, BGBl. I Nr. 120/2002, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 11/2017;
34. Unterbringungsgesetz – UbG, BGBl. Nr. 155/ 1990, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz, BGBl. I Nr. 59/2017;
35. Wehrgesetz 2001 – WG 2001, BGBl. I Nr. 146/2001, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 65/2015.

Artikel II
Änderung des Kärntner Landessanitätsratsgesetzes

Gesetz über den Landessanitätsrat (Kärntner Landessanitätsratsgesetz – K-LSRG)
StF: LGBl Nr 36/1985
Änderung
LGBl Nr 58/1993
LGBl Nr 74/2010
LGBl Nr 65/2011

Das Kärntner Landessanitätsratsgesetz – K-LSRG, LGBl. Nr. 36/1995, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBl. Nr. 65/2011, wird wie folgt geändert:

§ 1

Einrichtung, Aufgabenbereich des Landessanitätsrates

(1) Zur Beratung der Landesregierung und des Landeshauptmannes in den ihnen obliegenden Aufgaben des Gesundheitswesens wird beim Amt der Kärntner Landesregierung ein Landessanitätsrat eingerichtet.

(2) Die Beratung der Landesregierung bezieht sich auf alle wichtigen Fragen des Gesundheitswesens im Lande. Dem Landessanitätsrat obliegt insbesondere

- a) die Beratung in Angelegenheiten der Errichtung und des Betriebes von Krankenanstalten im Lande;
- b) die Begutachtung und Reihung von Bewerbern um leitende Stellen von Ärzten oder Apothekern sowie von Bewerbern als ständige Konsiliarärzte in öffentlichen Krankenanstalten, soweit es sich dabei nicht um Landeskrankenanstalten handelt (§ 51 Abs. 4 K-KAO);
- c) die Abgabe von Stellungnahmen zu Anträgen auf Erklärung natürlicher Vorkommen zu Heilvorkommen und zu deren Nutzung;
- d) die Abgabe von Stellungnahmen zu Anträgen auf Erteilung einer Bewilligung zum Betrieb von Kuranstalten oder Kureinrichtungen;
- e) die Abgabe von Stellungnahmen zu Anträgen auf Erklärung von Gebieten zu Kurorten;
- f) die Mitwirkung bei der Erstellung des Landessanitätsberichtes.

(3) Die Beratung des Landeshauptmannes erstreckt sich auf Angelegenheiten des Gesundheitswesens, die in mittelbarer Bundesverwaltung zu vollziehen sind, insoweit die bundesgesetzlichen Regelungen eine solche Beratung vorsehen.

Im § 1 Abs. 2 werden in der lit. f der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende lit. g angefügt:

- g) die Beratung in gesundheitspolitischen Angelegenheiten auf Ersuchen des zuständigen Mitglieds der Landesregierung.