

Regierungsvorlage
Juni 2019

zu Zl. 01-VD-LG-1878/26-2019

**Entwurf eines Gesetzes, mit dem
die Kärntner Krankenanstaltenordnung und das Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesetz
geändert werden**

Textgegenüberstellung

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

Artikel I

Änderung der Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999

Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999
StF: LGBl Nr 26/1999 (WV)

–

K-KAO

Die Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 – K-KAO, LGBl. Nr. 26/1999, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBl. Nr. 71/2018, wird wie folgt geändert:

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

LGBl Nr 82/2013

LGBl Nr 46/2015

LGBl Nr 24/2018

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
- § 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
- § 13a Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien
- § 14 Wirksamkeit der Errichtungsbewilligung
- § 15 Betriebsbewilligung
- § 15a Haftpflichtversicherung
- § 16 Parteistellung
- § 17 Zurücknahme der Errichtungs- und Betriebsbewilligung
- § 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
- § 30c Einrichtungen zum Sammeln und zur Abgabe von
Muttermilch
- § 31 Erste Hilfe und ärztliche Behandlung
- § 32 Verschwiegenheitspflicht
- § 33 Administrative Patientenerfassung
- § 34 Krankengeschichten und sonstige Vormerkungen
- § 34a Datenverarbeitung
- § 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

1. Im Inhaltsverzeichnis wird nach dem Eintrag „§ 21 Mitteilungspflicht an den Landeshauptmann“ der Eintrag „§ 21a Mitteilungspflicht an den Kärntner Gesundheitsfonds“ eingefügt.

- § 42 Öffentlichkeitsrecht
- § 43 Gemeinnützigkeit
- § 44 Verleihung
- § 45 Sicherstellung der Krankenanstaltspflege
- § 46 Blutabnahme zur Bestimmung des Alkohol- oder Suchtgiftgehaltes des Blutes
- § 47 Angliederungsverträge
- § 48 Anstaltsambulanzen, ambulante Untersuchungen und Behandlungen
- § 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

§ 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

§ 3

Allgemeine Krankenanstalten

(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 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.

(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) 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.

(5) Für Krankenanstalten gemäß Abs. 1 lit. a und b kann nach Maßgabe des § 3a 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,

2. § 3 Abs. 2 und 3 lauten:

(2) Die Voraussetzungen nach Abs. 1 sind auch erfüllt, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind, wobei die örtlich getrennte Unterbringung auch in einem anderen Bundesland und unter den in § 18a geregelten Voraussetzungen auch auf dem Gebiet eines anderen Staates zulässig ist, und die örtlich getrennt untergebrachten Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten die Versorgung in dem Umfang wahrnehmen, die der Versorgungsstufe des jeweiligen Krankenhauses oder Krankenhausstandortes gemäß § 9 Abs. 7 entspricht.

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

3. § 3 Abs. 5 Z 1 lit. a und d entfallen.

- c) für Remobilisation und Nachsorge im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin, Orthopädie und Traumatologie,
 - d) für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie,
 - e) für Psychosomatik für Erwachsene vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Psychiatrie oder für Innere Medizin und
 - f) für Kinder- und Jugendpsychosomatik vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie.
2. Fachschwerpunkte für die medizinischen Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie Urologie,
 3. dislozierte Wochenkliniken für jedes Sonderfach sowie
 4. dislozierte Tageskliniken für jedes Sonderfach.

(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.

4. In § 3 Abs. 5 Z 1 lit. c wird nach der Wortfolge „Orthopädie und“ die Wortfolge „orthopädischer Chirurgie sowie Unfallchirurgie bzw.“ eingefügt.

5. § 3 Abs. 5 Z 2 lautet:

2. Fachschwerpunkte

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

6. In § 3 Abs. 6 wird der Klammerausdruck „(Abs. 5 Z 1 lit. d und e)“ durch den Klammerausdruck „(Abs. 5 Z 1 lit. e und f)“ ersetzt.

§ 3a

Fachrichtungsbezogene Organisationsformen

(1) Abteilungen sind bettenführende Einrichtungen, die zeitlich uneingeschränkt zu betreiben sind und die im Rahmen der Abdeckung des fachrichtungsbezogenen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung in ihrem Einzugsbereich nach Maßgabe des § 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 für die speziellen Versorgungsbereiche Remobilisation und Nachsorge, Akutgeriatrie/Remobilisation sowie für Psychosomatik. 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

7. § 3a Abs. 2 wird durch folgenden § 3a Abs. 2 bis 4 ersetzt:

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

1. Departments als bettenführende Einrichtungen für Remobilisation und Nachsorge sowie für Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 15 Betten sowie für Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens 12 Betten. Departments müssen nach Maßgabe des § 31 Abs. 1 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei Fachärzte oder Ärzte für Allgemeinmedizin mit entsprechender Qualifikation verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 3 Abs. 5 Z 1 eingerichtet werden.
2. Fachschwerpunkte als bettenführende Einrichtungen mit acht bis vierzehn Betten und eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG einschließlich Akutfallversorgung während der Öffnungszeiten für die medizinischen Sonderfächer gemäß § 3 Abs. 5 Z 2. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Öffnungs- und Betriebszeiten aufweisen. Außerhalb der Öffnungszeiten, aber während der Betriebszeiten, ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Außerhalb der Betriebszeit des Fachschwerpunktes ist die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten durch die Partner- oder Mutterabteilung sicherzustellen. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. b auch als Ersatz von

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

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.

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

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

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

1. Am Krankenanstalten-Standort der höchsten Versorgungsstufe ist die Organisationseinheit jedenfalls nach den Kriterien gemäß Abs. 1 eingerichtet. An anderen Standorten können die Organisationseinheiten die Kriterien gemäß Abs. 1 oder 2 erfüllen.
2. Im jeweiligen RSG sind die standortübergreifenden Abteilungen an den entsprechenden Standorten mit ihren Organisationseinheiten nach den Kriterien gemäß Abs. 1 bis 3 explizit ausgewiesen.
3. Die Leistungsspektren der Organisationseinheiten an den jeweiligen Standorten sind analog zu jenen in der Leistungsmatrix des ÖSG für Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten vorgesehenen Leistungsspektren zu definieren.
4. Für die jeweilige Versorgungsstufe des Krankenanstalten-Standorts und die nach Abs. 1 oder 2 eingerichteten Organisationseinheiten sind die einzuhaltenden Kriterien hinsichtlich Vorhaltung und Betrieb an allen Standorten zu erfüllen.

§ 3b

Referenzzentren

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

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

§ 3c

Arten der Betriebsformen

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

1. Interdisziplinär geführte Bereiche zur Behandlung von Pflegelingen aus verschiedenen Sonderfächern, die in der Krankenanstalt in einer der fachrichtungsbezogenen Organisationsformen gemäß § 3a vorgehalten werden. Es ist sicherzustellen, dass die Pflegelinge jederzeit zweifelsfrei einem bestimmten Sonderfach zugeordnet werden können.
2. Als Wochenklinik geführte Bettenbereiche für stationäre Behandlungen

5. § 9 Abs. 7 ist analog anzuwenden.

6. Es muss sichergestellt sein, dass höheren Versorgungsstufen vorbehaltene Leistungsspektren ausnahmslos auch den Standorten mit der höheren Versorgungsstufe und der entsprechenden Infrastruktur vorbehalten bleiben.

8. *In § 3b Z 1 werden nach dem Wort „Herzchirurgie,“ die Wortfolge „Traumatologie, Geburtshilfe/Perinatalversorgung,“ eingefügt und die Wortfolge „Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben,“ durch „Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben,“ ersetzt.*

9. *§ 3b Z 2 lautet:*

2. Herzchirurgie, Traumaversorgung, Kinder- und Jugendheilkunde (inklusive Kinder- und Jugendchirurgie), Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie für Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Onkologische Versorgung und Stammzelltransplantation für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

10. *In § 3c Abs. 1 Z 1 wird das Wort „Pflegelingen“ durch das Wort „Patienten“ und das Wort „Pflegelinge“ durch das Wort „Patienten“ ersetzt.*

11. *In § 3c Abs. 1 Z 2 werden das Wort „Wochenklinik“ durch das Wort „Wochenstation“ und das Wort „Wochenkliniken“ durch das Wort*

von Fällen, in denen die Entlassung innerhalb der bewilligten Betriebszeit zu erwarten ist. Wochenkliniken können fachspezifisch oder interdisziplinär im Sinne der Z 1 betrieben werden.

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

„Wochenstationen“ ersetzt.

12. In § 3c Abs. 1 Z 3 werden das Wort „Tagesklinik“ durch das Wort „Tagesstation“ und das Wort „Tageskliniken“ durch das Wort „Tagesstationen“ ersetzt.

13. § 3c Abs. 1 Z 4 bis 6 lauten:

4. Als interdisziplinäre Aufnahme- bzw. Notfallstationen geführte Bettenbereiche für Erst- oder Kurzaufnahmen von Patienten für maximal 36 Stunden im Not- oder Akutfall mit festgestellter Anstaltsbedürftigkeit bis zur Übernahme in andere bettenführende Organisationseinheiten oder direkten Entlassung.
5. Anstaltsambulatorien gemäß § 48 können
 - a) als allgemeine Fachambulanz, als Spezialambulanz zur Diagnostik und/oder Therapie im Rahmen spezieller Aufgaben der Sonderfächer oder Zentrale Ambulante Erstversorgung gemäß Z 6 geführt werden,
 - b) als Akut-Ambulanzen mit uneingeschränkter oder eingeschränkter Öffnungszeiten oder als Termin-Ambulanzen mit eingeschränkter Öffnungszeiten betrieben werden,
 - c) für die Versorgung in einem Sonderfach, für das am Krankenanstaltenstandort keine bettenführende Organisationseinheit geführt wird, nur dann betrieben werden, wenn dies zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich und dies im RSG vorgesehen ist. Solche Anstaltsambulatorien sind als dislozierte Ambulanz einer Partner- oder Mutterabteilung an einem anderen Standort einzurichten. § 3a Abs. 3 ist sinngemäß anzuwenden.
6. Zentrale Ambulante Erstversorgung als Akut-Ambulanzen zur Erstversorgung von Akut- und Notfallpatienten einschließlich basaler Unfallchirurgie, deren Leistungsspektrum auf den Umfang der allgemeinmedizinischen Versorgung beschränkt ist. Für die Zentrale Ambulante Erstversorgung gilt Folgendes:
 - a) Die Organisation der Erstversorgung in den Bereichen Traumatologie bzw. Unfallchirurgie, Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin sowie Kinder-Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin hat in Abstimmung mit der betreffenden in der Krankenanstalt eingerichteten Abteilung bzw. in Kooperation mit einem anderen

betreiben. Ambulante Erstversorgungseinheiten, die örtlich in einer Krankenanstalt oder in unmittelbarer Nähe einer Krankenanstalt betrieben werden, können den Betrieb für maximal acht Stunden, die tageszeitlich in der Anstaltsordnung festzulegen sind, einstellen, wenn die Erfüllung der Aufgaben der ambulanten Erstversorgungseinheit durch die Krankenanstalt in anderer Form sichergestellt ist. Im Übrigen sind Z 4 und § 48 sinngemäß anzuwenden.

Krankenanstaltenstandort zu erfolgen.

- b) Patienten sind nach Feststellung der Dringlichkeit der Behandlung zunächst ambulant zu begutachten und erstzubehandeln oder abschließend zu behandeln.
- c) Akutfälle können bei Bedarf auch bis zu 24 Stunden beobachtet werden.
- d) Im Bedarfsfall sind Patienten in den stationären Bereich aufzunehmen bzw. an die nächste für die Erkrankung geeignete Krankenanstalt weiterzuleiten.
- e) Die Betriebszeit eigenständig geführter Einrichtungen zur Zentralen Ambulanten Erstversorgung ist tageszeitlich einschränkbar, wenn außerhalb der Betriebszeiten die Erstversorgung in der Krankenanstalt durch andere Organisationseinheiten sichergestellt ist.
- f) Der Zentralen Ambulanten Erstversorgung kann eine interdisziplinäre Aufnahmestation (Z 4) direkt angeschlossen werden.

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

(3) 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. 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 erfolgt.

14. § 9 Abs. 2 lit. c lautet:

„c) das für die Unterbringung der Krankenanstalt vorgesehene Gebäude muss den bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen sowie sofern erforderlich auch den sicherheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen.“

15. In § 9 wird nach Abs. 2 folgender Abs. 2a eingefügt:

(2a) 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.

(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.

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

§ 13

Errichtung selbständiger Ambulatorien

(1) Selbständige Ambulatorien bedürfen zu ihrer Errichtung einer Bewilligung der Landesregierung; § 6 Abs. 2a und Abs. 4 §§ 7, 8 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

16. In § 9 werden nach Abs. 3a folgende Abs. 3b und 3c eingefügt:

(3b) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung kann ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstituts zum Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 3 dritter Satz eingeholt werden.

(3c) Für Fondskrankenanstalten im Sinne des Kärntner Gesundheitsfondsgesetzes entfällt eine Bedarfsprüfung, wenn das Vorhaben im Einklang mit der Verordnung gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, steht.

von Tages- und Nachtzeiten, Samstagen, Sonn- und Feiertagen sowie Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung, insbesondere vorgesehene Anzahl von Ärzten bzw. Zahnärzten) genau zu bezeichnen. Eine Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3 ist zulässig.

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

- 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.

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

17. In § 13 Abs. 2 lit. c wird nach dem Wort „gesundheitspolizeilichen“ die Wortfolge „sowie sofern erforderlich auch den sicherheitspolizeilichen“ eingefügt.

Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens.

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

- 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.

(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.

(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 des Kärntner Gesundheitsfonds nach dem Kärntner Gesundheitsfondsgesetz zum Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 3 einzuholen.

18. Der bisherige Schlusssatz des § 13 Abs. 2 erhält die Absatzbezeichnung 2a.

19. In § 13 Abs. 4 entfällt der letzte Satz.

20. In § 13 Abs. 5 wird das Wort „Planungsinstituts“ durch das Wort „Gesundheitsplanungsinstituts“ ersetzt.

(6) Die Vorlage von Unterlagen zum Nachweis der Voraussetzungen nach Abs. 2 lit. b bis d ist nicht erforderlich, wenn nur eine gesonderte 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 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. 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). Dies ist jedenfalls dann der Fall, wenn ein Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes zu keinem positiven Abschluss geführt hat. Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung zu erteilen, wenn durch die Landesregierung festgestellt wurde, dass eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann. Der erste und zweite Satz gelten auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb eines selbständigen Ambulatoriums betraut.

(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.

§ 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; bei militärischen Krankenanstalten dürfen gegen die Anstaltsordnung keine Bedenken bestehen;
- 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)

21. In § 15 Abs. 1 lit. c wird die Wortfolge „des Landes-Krankenanstaltenplanes (§ 4)“ durch die Wortfolge „der jeweiligen Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017,“ ersetzt.

g) der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 15a Abs. 1 erforderlich ist.

(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.

(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;
- 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, sofern 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.

(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

22. § 15 Abs. 2a lautet:

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

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.

(3) Die Bewilligung zum Betrieb des selbständigen Ambulatoriums eines Krankenversicherungsträgers 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.

(3a) Die Bewilligung zum Betrieb einer bettenführenden Krankenanstalt eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 1 lit b bis e gegeben sind.

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

§ 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,

23. In § 18a Abs. 1 lit. b wird die Wortfolge „im Landeskrankenanstaltenplan“ durch die Wortfolge „in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017,“ ersetzt.

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.

(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 des Standorts 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 oder Änderung einer fachrichtungsbezogenen Organisationsform gemäß § 3a und von Instituten, auch wenn damit eine

räumliche Erweiterung der Krankenanstalt nicht verbunden ist;

- h) sonstige Veränderungen, die nach Art und Umfang eine wesentliche 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, 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 und 2 sind – ausgenommen in den Fällen des Abs. 2 lit. g – 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.

(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.

(4) Jede geplante Veränderung einer Krankenanstalt, die nicht unter Abs. 1, 2 oder 3a fällt, jedoch Auswirkungen auf die Patientenbehandlung oder Hygiene haben kann, sowie jede geplante räumliche Veränderung 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.

(5) Die Landesregierung kann durch Verordnung unter Bedachtnahme auf die Erkenntnisse der medizinischen und technischen Wissenschaften bestimmen,

24. § 19 Abs. 3 lautet:

(3) In Verfahren über die Erteilung einer Bewilligung nach Abs. 1 und 2 sind – ausgenommen in den Fällen des Abs. 2 lit. g – die Vorschriften des § 6 und der §§ 9 bis 16 sinngemäß mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Bedarfsprüfung entfällt, wenn mit der geplanten Maßnahme keine wesentliche Veränderung des Leistungsangebotes verbunden ist. Bei Änderung einer Krankenanstalt gemäß § 19 Abs. 2 lit. a entfällt dann das Bedarfsprüfungsverfahren, wenn sich neben dem Leistungsangebot auch das Einzugsgebiet nicht verändert.

unter welchen näheren Voraussetzungen eine wesentliche Veränderung im Sinne des Abs. 1 und 2 vorliegt.

§ 21

Mitteilungspflicht an den Landeshauptmann

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

25. Nach § 21 wird folgender § 21a eingefügt:

§ 21a

Mitteilungspflicht an den Kärntner Gesundheitsfonds

Sämtliche Bewilligungen, Kenntnisnahmen sowie Zurücknahmen von Bewilligungen, welche Fondskrankenanstalten betreffen, sind dem Kärntner Gesundheitsfonds zur Kenntnis zu bringen.

§ 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

26. § 22 Abs. 1 lit. b entfällt die Wortfolge „,oder längerfristig im halbstationären Bereich, wo sie nur über Tag oder nur über Nacht verweilen,“.

anstaatsbedürftige 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 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) die Festlegung von Bereichen, in denen die Mitnahme von Assistenzhunden (Blindenführhunde, Servicehunde und Signalthunde) und Therapiebegleithunden (§ 39a des Bundesbehindertengesetzes) aus hygienischen Gründen nicht zulässig ist;
- j) 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 Pflinglinge 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 Anstaatsordnung darf keine Bestimmungen enthalten, die die Durchführung eines straflosen Schwangerschaftsabbruches oder die Mitwirkung

27. In § 22 Abs. 2 wird das Wort „Pflinglinge“ durch das Wort „Patienten“ ersetzt.

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. Diese Bestimmungen gelten nicht für militärische Krankenanstalten.

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

(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.

§ 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.

(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

28. In § 24 Abs. 2 wird nach der Wortfolge „Maßnahmen zur fortlaufenden Qualitätssicherung“ die Wortfolge „und Maßnahmen zur Wahrung der Patientensicherheit“ eingefügt.

Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die kollegiale Führung, in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung, durch die jeweiligen Verantwortlichen zu schaffen. Die 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, ausgenommen von militärischen 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 dieser Krankenanstalten verpflichtet, an regelmäßigen sektorenübergreifenden Patientenbefragungen teilzunehmen.

§ 28

Krankenhaustygieniker

(1) Für jede Krankenanstalt ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaustygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Für jedes Zahnambulatorium ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaustygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Zahnarzt oder Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten, wobei auch für mehrere Anstalten gemeinsam ein Krankenhaustygieniker (Hygienebeauftragter) bestellt werden kann, wenn dies aufgrund der Größe, des Leistungsangebotes und der räumlichen Entfernung gleichzeitig bewältigbar ist. Die Bestellung ist der Landesregierung unter Anschluss von Nachweisen über die erforderliche Aus- und Weiterbildung, das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung und die Stellung des

Krankenhaushygienikers innerhalb der Krankenanstalt anzuzeigen. Die Bestellung ist zulässig, wenn sie die Landesregierung nicht binnen drei Monaten, gerechnet vom Eingang der Anzeige und der geforderten Nachweise, wegen Widerspruchs zu den gesetzlichen Anforderungen untersagt.

(2) Die fachliche Eignung des Hygienebeauftragten ist durch eine mehrjährige Tätigkeit in einem Hygieneinstitut oder in einer bundesstaatlichen bakteriologisch-serologischen Untersuchungsanstalt oder durch eine einschlägige postpromotionelle Aus- und Weiterbildung nachzuweisen.

(3) In bettenführenden Krankenanstalten ist zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers (Hygienebeauftragten), mindestens eine qualifizierte Person des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Hygienefachkraft zu bestellen. Diese hat ihre Tätigkeit jedenfalls in Schwerpunktkrankenanstalten hauptberuflich auszuüben. Die Bestellung ist der Landesregierung anzuzeigen.

(4) In bettenführenden Krankenanstalten bilden der Krankenhaushygieniker (Hygienebeauftragter), die Hygienefachkraft und allfällige weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und des nicht ärztlichen Dienstes der Krankenanstalt das Hygieneteam. Aufgabe des Hygieneteams ist insbesondere die Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und die Obsorge für sich daraus ergebende Maßnahmen, die der Gesunderhaltung der Patienten und der Anstaltsbediensteten dienen. Zur Durchführung dieser Aufgaben hat das Hygieneteam einen Hygieneplan zu erstellen. Es begleitet auch fachlich und inhaltlich die Maßnahmen zur Überwachung nosokomialer Infektionen. Die Überwachung/Surveillance hat nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen. Das Hygieneteam ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr entstehen kann, beizuziehen. Das Hygieneteam hat darüber hinaus alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und entsprechende Vorschläge zu beschließen. Diese sind schriftlich an die jeweils für die Umsetzung konkret Verantwortlichen der Krankenanstalt weiterzuleiten. Werden die erforderlichen Maßnahmen nicht innerhalb angemessener Zeit umgesetzt, hat das Hygieneteam diesen Umstand der Landesregierung anzuzeigen, die erforderlichenfalls dem Rechtsträger der Krankenanstalt die Beseitigung hygienischer Missstände aufzutragen hat.

(4a) Die Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen berechtigt, personenbezogene Daten der Patienten in

pseudonymisierter Form zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten.

(5) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien kann die Funktion des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten bei Vorliegen der entsprechenden fachlichen Eignung auch der ärztliche Leiter ausüben.

29. § 28 werden folgende Abs. 6 bis 8 angefügt:

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

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

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

§ 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, ausgenommen bei militärischen Krankenanstalten, 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 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. In § 29 Abs. 4 erster Satz wird die Wortfolge „und den Verwalter“ durch die Wortfolge „, den Verwalter und den Leiter des Pflegedienstes“ ersetzt.

§ 30a

Kinder- und Opferschutzgruppen

(1) Die Träger von Krankenanstalten, die über eine Organisationseinheit zur Versorgung von Kindern verfügen, haben in diesen Krankenanstalten eine Kinderschutzgruppe einzurichten. Ihr obliegen insbesondere die Früherkennung

von Gewalt an oder der Vernachlässigung von Kindern und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für Gewalt an Kindern sowie die Früherkennung von häuslicher Gewalt an Opfern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Soweit eine Wahrnehmung der Aufgaben dadurch nicht beeinträchtigt wird, können auch Kinderschutzgruppen für mehrere Krankenanstalten eingerichtet werden.

(2) Der Kinderschutzgruppe haben jedenfalls als Vertreter des ärztlichen Dienstes ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder ein Facharzt für Kinderchirurgie, Vertreter des Pflegedienstes und Personen, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig sind, anzugehören. Die Kinderschutzgruppe kann gegebenenfalls auch im Einzelfall beschließen, einen Vertreter des zuständigen Jugendwohlfahrtsträgers beizuziehen, der insoweit den Verschwiegenheitspflichten nach § 32 unterliegt.

(3) Die Träger der nach ihrem Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Krankenanstalten sind verpflichtet Opferschutzgruppen für volljährige Betroffene häuslicher Gewalt einzurichten. Soweit eine Wahrnehmung der Aufgaben dadurch nicht beeinträchtigt wird, können auch Opferschutzgruppen für mehrere Krankenanstalten gemeinsam eingerichtet werden. Den Opferschutzgruppen obliegen insbesondere die Früherkennung von häuslicher Gewalt und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für häusliche Gewalt.

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

(5) Von der Einrichtung einer Opferschutzgruppe kann abgesehen werden, wenn die Kinderschutzgruppe unter Beachtung der personellen Vorgaben von Abs. 4 auch die Aufgaben der Opferschutzgruppe nach Abs. 3 erfüllen kann. Anstelle einer Opferschutzgruppe und einer Kinderschutzgruppe kann auch eine Gewaltschutzgruppe eingerichtet werden, die unter Beachtung der personellen Vorgaben der Abs. 2 und 4 sowohl die Aufgaben nach Abs. 1 als auch nach Abs. 3 wahrnimmt.

31. § 30a Abs. 3 erster Satz lautet:

(3) Träger von Krankenanstalten mit dem Leistungsangebot der Akut- und Erstversorgung im ambulanten und stationären Bereich sind verpflichtet, Opferschutzgruppen für volljährige Betroffene häuslicher Gewalt einzurichten.

§ 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

32. § 30a wird folgender Abs. 6 angefügt:

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

33. In § 31 Abs. 2 lit. c wird das Wort „Unfallchirurgie“ durch die Wortfolge „Neurologie und Unfallchirurgie bzw. Orthopädie und Traumatologie“ ersetzt.

- 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 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;
- 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 Heilmasseur nach dem MMHmG sowie, neben ärztlichen Anordnungen, auch die erforderliche Aufsicht über medizinische Masseur nach dem MMHmG und Personal nach dem MABG und MTF-SHD-G 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

34. § 31 Abs. 2 lit. h lautet:

- h) in Fachschwerpunkten kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von

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 Betriebszeiten kann von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn im Bedarfsfall die Weiterbetreuung der Pflinglinge 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.

(2a) Befinden sich am gleichen Standort zwei Krankenanstalten, 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

Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn stattdessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen;

35. In § 31 Abs. 2 lit. i wird das Wort „Betriebszeiten“ durch die Wortfolge „Öffnungszeiten während der Betriebszeiten“ und die Wortfolge „Pflinglinge durch die Mutterabteilung“ durch die Wortfolge „Patienten durch die Partner- oder Mutterabteilung“ ersetzt.

36. § 31 Abs. 2 lit. j lautet:

- j) in dislozierten Tageskliniken kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn stattdessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen;

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 hat während dieser Zeiten zumindest ein in Ausbildung 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.

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

(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.

§ 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 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 Auftragsverarbeitern zu überlassen, die die Kriterien der Abs. 4 und 5 erfüllen. Für die Auftragsverarbeiter, denen die Verarbeitung übertragen wurde, und die bei ihnen beschäftigten Personen besteht Verschwiegenheitspflicht im Umfang des § 32. Diese Auftragsverarbeiter haben die bei ihnen Beschäftigten vor Aufnahme ihrer Tätigkeit ausdrücklich auf diese Verpflichtung hinzuweisen. Übermittlungen von personenbezogenen Daten durch diese sind nur an Ärzte oder Krankenanstalten zulässig, in deren Behandlung die betroffene Person 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, Videoaufnahmen, EEG-Kurven, Polysomnogramme 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 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 Einwilligung des Patienten sind Abschriften (Kopien) von Krankengeschichten auch dem Patientenanwalt kostenlos zur Verfügung zu stellen. Krankheitsspezifische nicht anonymisierte Angaben und personenbezogene Daten dürfen nur mit Einwilligung 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.

37. § 34 werden folgende Abs. 13 und 14 angefügt:

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

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

Diese Dokumentation muss jedenfalls auch statistische Auswertungen ermöglichen.

§ 34a**Datenverarbeitung**

(1) Die Rechtsträger der Krankenanstalten sind ermächtigt, zum Zweck der Erfüllung der Aufgaben der Krankenanstalt, insbesondere zur Erfüllung der §§ 33 und 34, die dafür erforderlichen personenbezogenen Daten von Patienten, die in Anstaltspflege genommen oder ambulant untersucht oder behandelt werden, einschließlich der notwendigen Gesundheitsdaten zu verarbeiten. Die Verarbeitung darf auch mittels automatisierter Verfahren erfolgen.

(2) Soweit es sich um Daten handelt, die sich unmittelbar auf die Krankheit (Krankheitsbehandlung) beziehen, kann die Beauskunftung auf Anordnung des ärztlichen Leiters der Krankenanstalt oder eines von ihm beauftragten Arztes zum Schutz des Patienten im unbedingt erforderlichen Ausmaß verweigert oder eingeschränkt werden, wenn und soweit durch die Beauskunftung der Fortgang des Behandlungsprozesses nachteilig beeinflusst werden kann.

(3) Den betroffenen Personen ist auf ihr Verlangen von der Krankenanstalt darüber Auskunft zu geben, welche Daten über sie ermittelt, verarbeitet und gespeichert werden und an wen welche Daten weitergegeben wurden. Soweit es sich um Daten handelt, die sich unmittelbar auf die Krankheit (Krankheitsbehandlung) beziehen, kann die Übermittlung von Daten auf Anordnung des ärztlichen Leiters der Krankenanstalt oder eines von ihm beauftragten Arztes verweigert oder eingeschränkt werden, wenn durch diese Übermittlung der Fortgang des Behandlungsprozesses nachteilig beeinflusst werden kann. Der Patient hat einen Rechtsanspruch auf Berichtigung falscher Daten.

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

38. § 34a lautet:

„§ 34a**Datenverarbeitung**

(1) Die Rechtsträger der Krankenanstalten sind ermächtigt, zum Zweck der Erfüllung der Aufgaben der Krankenanstalt, insbesondere zur Erfüllung der §§ 33 und 34, die dafür erforderlichen personenbezogenen Daten von Patienten, die in Anstaltspflege genommen oder ambulant untersucht oder behandelt werden, einschließlich der notwendigen Gesundheitsdaten zu verarbeiten. Die Verarbeitung darf auch mittels automatisierter Verfahren erfolgen.

(2) Soweit es sich um Daten handelt, die sich unmittelbar auf die Krankheit (Krankheitsbehandlung) beziehen, kann die Beauskunftung auf Anordnung des ärztlichen Leiters der Krankenanstalt oder eines von ihm beauftragten Arztes zum Schutz des Patienten im unbedingt erforderlichen Ausmaß verweigert oder eingeschränkt werden, wenn und soweit durch die Beauskunftung der Fortgang des Behandlungsprozesses nachteilig beeinflusst werden kann.

(3) Das medizinische Personal und das Verwaltungspersonal der Krankenanstalten und der Rechtsträger der Krankenanstalten dürfen auf Patientendaten insoweit zugreifen, als dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist. Im Übrigen sind der Zugriff auf solche Daten und deren Weitergabe, sofern dadurch die betreffenden Personen identifiziert werden können, nur mit deren Einwilligung und nur dann gestattet, wenn kein öffentliches Interesse entgegensteht.

(4) Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind ermächtigt, personenbezogene Daten von Patienten zu Zwecken der Ausbildung an Ausbildungseinrichtungen für Gesundheitsberufe zu übermitteln. Die Übermittlung darf nur im erforderlichen Ausmaß und mit den gelindesten zur Verfügung stehenden Mitteln erfolgen.“

§ 42

Öffentlichkeitsrecht

Das Öffentlichkeitsrecht kann einer dem Landes-Krankenanstaltenplan entsprechenden Krankenanstalt verliehen werden, wenn:

- a) sie gemeinnützig ist,
- b) die Erfüllung der ihr in diesem Gesetz auferlegten Pflichten sowie ihr gesicherter Bestand und zweckmäßiger Betrieb gewährleistet sind,
- c) sie von einer juristischen Person oder einer Vereinigung juristischer Personen verwaltet und betrieben wird und
- d) der Rechtsträger der Krankenanstalt – sofern es sich nicht um eine Gebietskörperschaft handelt – nachweist, daß er über die für den gesicherten Betrieb der Krankenanstalt nötigen Mittel verfügt.

§ 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. Hierbei 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) (entfällt)

39. In § 42 Einleitungsteil wird die Wortfolge „dem Landes-Krankenanstaltenplan“ durch die Wortfolge „der jeweiligen Verordnung gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017,“ ersetzt.

40. In § 45 Abs. 1 erster Satz wird die Wortfolge „den Landes-Krankenanstaltenplan (§ 4)“ durch die Wortfolge „die Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017,“ ersetzt.

§ 47

Angliederungsverträge

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

(2) Eine Genehmigung nach Abs. 1 ist zu erteilen, wenn

1. ein Bedarf nach Abschluß eines solchen Vertrages vorliegt,
2. die ärztliche Aufsicht der Hauptanstalt über ihre Patienten in der angegliederten Krankenanstalt gewährleistet ist,
3. die Beobachtung der für die Hauptanstalt hinsichtlich Aufnahme, ärztliche Behandlung, Pflege, Unterbringung, Verpflegung und Entlassung der Patienten geltenden Vorschriften auch in der angegliederten Krankenanstalt gesichert ist,
4. eine angemessene, dem voraussichtlichen Bedarf entsprechende Gültigkeitsdauer oder bei Abschluß auf unbestimmte Zeit die jederzeit mögliche Kündigung unter Einhaltung einer angemessenen Kündigungsfrist vorgesehen ist,
5. die Höhe der Pflegegebühren festgesetzt ist, die von der Hauptanstalt für jeden auf ihre Rechnung aufgenommenen Patienten an die angegliederte Anstalt zu leisten ist.

(3) Eine Genehmigung nach Abs. 1 ist zu versagen und eine erteilte Genehmigung zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem Landes-Krankenanstaltenplan widersprechenden Zustand führen würde oder geführt hat.

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

41. In § 47 Abs. 3 wird die Wortfolge „dem Landes-Krankenanstaltenplan“ durch die Wortfolge „der jeweiligen Verordnung gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017,“ ersetzt.

§ 54

Entlassung von Patienten

(1) Patienten, die nach anstaltsärztlicher Feststellung der Anstaltspflege nicht mehr bedürfen, sind unverzüglich aus der Anstaltspflege zu entlassen. Anstaltsbedürftige Patienten sind zu entlassen, wenn ihre Überstellung in eine andere Krankenanstalt notwendig wird und sichergestellt ist.

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

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

(4) Kann der Patient nicht sich selbst überlassen werden, ist der Träger der Sozialhilfe vor der Entlassung rechtzeitig zu verständigen.

(5) Bei der Entlassung eines Patienten ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Entlassungsbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere ärztliche, psychologische, psychotherapeutische und pflegerische Betreuung oder Betreuung durch Hebammen notwendigen Angaben und Empfehlungen sowie allfällige notwendige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Angehörige der gehobenen medizinischtechnischen Dienste oder Heilmasseure zur unerlässlich gebotenen Betreuungskontinuität zu enthalten hat. In diesem sind die Angaben und Empfehlungen bzw. Anordnungen übersichtlich und zusammengefasst darzustellen. Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Medikation haben den vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen zu berücksichtigen. Ausnahmen sind ausschließlich aus medizinischer Notwendigkeit zulässig, erforderlichenfalls ist eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einzuholen. Dieser Entlassungsbrief ist nach Entscheidung des Patienten diesem oder

- a) dem einweisenden oder weiterbehandelnden Arzt bzw. Zahnarzt und
- b) bei Bedarf den für die weitere Betreuung in Aussicht genommenen Angehörigen eines Gesundheitsberufes und
- c) bei Bedarf der für die weitere Pflege und Betreuung in Aussicht

genommenen Einrichtung zu übermitteln.

42. § 54 wird folgender Abs. 6 angefügt:

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

§ 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 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

43. In § 65 Abs. 1a wird die Wortfolge „dem Landes-Krankenanstaltenplan (§ 4)“ durch die Wortfolge „den jeweiligen Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017,“ ersetzt.

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 2005 – AsylG 2005 Asyl gewährt wurde und Asylwerbern, denen im Sinne des AsylG 2005 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 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.

§ 74

Errichtung und Betrieb

(1) Für die Errichtung und den Betrieb von privaten Krankenanstalten gelten die Bestimmungen des I. und II. Abschnittes und im Übrigen die Bestimmungen der §§ 43, 48, 48a, 49a, ausgenommen Abs. 7, 54 Abs. 1 zweiter Satz, Abs. 2, 3 und 5, 56 Abs. 2 und 3, 58 Abs. 2 und 3 und 69 Abs. 2 bis 4 sinngemäß, wobei § 54 Abs. 5 mit der Maßgabe gilt, dass der Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise bei Empfehlungen über die weitere Medikation nur dann zu berücksichtigen sind, wenn der Pflegling die Heilmittel auf Kosten eines Trägers der Krankenversicherung beziehen wird. Für Krankenanstalten, deren Betrieb die Erreichung eines Gewinns bezweckt, gilt § 49 mit der Maßgabe, dass Konsiliarapotheker den Arzneimittelvorrat von selbständigen Ambulatorien entsprechend deren

44. In § 74 Abs. 1 wird das Wort „Pflegerling“ durch das Wort „Patient“ ersetzt.

Anstaltszweck regelmäßig, mindestens aber einmal jährlich zu kontrollieren haben.

(2) Leichenöffnungen (§ 55) dürfen in privaten Krankenanstalten nur mit Zustimmung der nächsten Angehörigen des Verstorbenen und nur dann, wenn ein geeigneter Raum vorhanden ist, vorgenommen werden. Über jede Leichenöffnung ist eine Niederschrift (§ 55 Abs. 3) aufzunehmen.

(3) Die Bestimmungen des § 49 gelten für private Krankenanstalten, deren Betrieb die Erzielung eines Gewinnes bezweckt, mit der Maßgabe, daß diese die Arzneimittel aus einer inländischen öffentlichen Apotheke zu beziehen haben.

(4) Für die Führung von Abteilungen für Psychiatrie in privaten Krankenanstalten und von privaten Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie gelten die Bestimmungen der §§ 71 und 72.

§ 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 Verweisungen als solche in der nachstehend angeführten Fassung zu verstehen:

1. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt in der Fassung BGBl. I Nr. 2/2018;
2. Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – AVG, BGBl. Nr. 51/1991, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 161/2013;
3. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG, BGBl. Nr. 450/1994, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 126/2017;
4. Arbeitskräfteüberlassungsgesetz – AÜG, BGBl. Nr. 196/1988, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 38/2017;
5. Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998, BGBl. I 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. 145/2017;
7. Bauern-Sozialversicherungsgesetz – BSVG, BGBl. Nr. 559/1978,

45. § 74 Abs. 2 lautet:

(2) Leichenöffnungen (§ 55) dürfen in privaten Krankenanstalten mit der Maßgabe vorgenommen werden, dass Obduktionen durchzuführen sind, wenn diese wegen diagnostischer Unklarheiten des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffes erforderlich sind. Über jede Leichenöffnung ist eine Niederschrift (§ 55 Abs. 3) aufzunehmen.

46. § 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 in der Fassung BGBl. I Nr. 2/2018;
2. Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – AVG, BGBl. Nr. 51/1991, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 161/2013;
3. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG, BGBl. Nr. 450/1994, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 126/2017;
4. Arbeitskräfteüberlassungsgesetz – AÜG, BGBl. Nr. 196/1988, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 38/2017;
5. Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998, BGBl. I 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. 145/2017;
7. Bauern-Sozialversicherungsgesetz – BSVG, BGBl. Nr. 559/1978,

- zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 151/2017;
8. Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz – B-KUVG, BGBl. Nr. 200/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 151/2017;
 9. Bundes-Bedienstetenschutzgesetz – B-BSG, BGBl. I Nr. 70/1999, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 164/2015;
 10. Bundesbehindertengesetz – BBG, BGBl. Nr. 283/1990, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 155/2017;
 11. Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. Nr. 460/1992, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 54/2017;
 12. 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;
 13. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 131/2017;
 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, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 144/2017;
 16. Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG, BGBl. I Nr. 179/2004, in der Fassung BGBl. I Nr. 81/2013;
 17. Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz – GESG, BGBl. I Nr. 63/2002, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 58/2017;
 18. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 131/2017;
 19. Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG, BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 131/2017;
 20. Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz – GSVG, BGBl. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 151/2017;
 21. Grundversorgungsgesetz-Bund 2005 – GVG-B 2005, BGBl. Nr. 408/1991, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 145/2017;

- zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 151/2017;
8. Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz – B-KUVG, BGBl. Nr. 200/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 151/2017;
 9. Bundes-Bedienstetenschutzgesetz – B-BSG, BGBl. I Nr. 70/1999, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 164/2015;
 10. Bundesbehindertengesetz – BBG, BGBl. Nr. 283/1990, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 155/2017;
 11. Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. Nr. 460/1992, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 54/2017;
 12. 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;
 13. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 131/2017;
 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, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 144/2017;
 16. Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG, BGBl. I Nr. 179/2004, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 81/2013;
 17. Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz – GESG, BGBl. I Nr. 63/2002, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 58/2017;
 18. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 131/2017;
 19. Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG, BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 131/2017;
 20. Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz – GSVG, BGBl. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 151/2017;
 21. Grundversorgungsgesetz-Bund 2005 – GVG-B 2005, BGBl. Nr. 408/1991, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 56/2018;

22. Heeresversorgungsgesetz – HVG, BGBl. Nr. 27/1964, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 81/2013;
 23. Medizinische Assistenzberufe-Gesetz – MABG, BGBl. I Nr. 89/2012, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 131/2017;
 24. Medizinischer Masseur- Heilmasseurgesetz – MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 131/2017;
 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 das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 120/2016;
 29. Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 9/2016;
 30. Strafvollzugsgesetz – StVG, BGBl. I Nr. 144/1999, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 26/2016;
 31. Strahlenschutzgesetz – StrSchG, BGBl. Nr. 227/1969, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 133/2015;
 32. Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO 1960, BGBl. Nr. 159/1960, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 68/2017;
 33. Universitätsgesetz 2002 – UG, BGBl. I Nr. 120/2002, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 129/2017;
 34. Unterbringungsgesetz – UbG, BGBl. Nr. 155/1990, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz, BGBl. I Nr. 131/2017;
 35. Wehrgesetz 2001 – WG 2001, BGBl. I Nr. 146/2001, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 65/2015.
22. Heeresversorgungsgesetz – HVG, BGBl. Nr. 27/1964, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 81/2013;
 23. Medizinische Assistenzberufe-Gesetz – MABG, BGBl. I Nr. 89/2012, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 131/2017;
 24. Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz – MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 59/2018;
 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 das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 120/2016;
 29. Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 9/2016;
 30. Strafvollzugsgesetz – StVG, BGBl. I Nr. 144/1999, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 26/2016;
 31. Strahlenschutzgesetz – StrSchG, BGBl. Nr. 227/1969, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 133/2015;
 32. Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO 1960, BGBl. Nr. 159/1960, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 68/2017;
 33. Universitätsgesetz 2002 – UG, BGBl. I Nr. 120/2002, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 129/2017;
 34. Unterbringungsgesetz – UbG, BGBl. Nr. 155/1990, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz, BGBl. I Nr. 131/2017;
 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 Landeskrankenanstalten-Betriebsgesetzes**

Gesetz vom 25. Februar 1993 über die Organisation und die Betriebsführung der Landeskrankenanstalten (Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesetz – K-LKABG)
StF: LGBl Nr 44/1993

Das Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesetz – K-LKABG, LGBl. Nr. 44/1993, zuletzt geändert durch LGBl. Nr. 71/2018, wird wie folgt geändert:

Änderung

LGBl Nr 86/1996
LGBl Nr 3/2001 (VfGH)
LGBl Nr 18/2001
LGBl Nr 66/2001
LGBl Nr 16/2002
LGBl Nr 4/2003 (VfGH)
LGBl Nr 73/2005
LGBl Nr 100/2005
LGBl Nr 77/2008
LGBl Nr 74/2010
LGBl Nr 65/2012
LGBl Nr 78/2012
LGBl Nr 93/2012 (VfGH)
LGBl Nr 71/2018

§ 3

Aufgaben der KABEG

(1) Der KABEG obliegt im Rahmen dieses Gesetzes die Betriebsführung der Landeskrankenanstalten als öffentliche Krankenanstalten des Landes im Sinne der Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 – K-KAO, LGBl Nr 26, in der jeweils geltenden Fassung. Die einzelnen Landeskrankenanstalten haben keine eigene Rechtspersönlichkeit.

(1a) Der KABEG obliegen auch die Fort- und Weiterbildung aller Bediensteten sowie die Sonderausbildungen, nicht jedoch die Ausbildung an den nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, BGBl I Nr 108/1997, zuletzt in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl I Nr 74/2011, nach dem Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinischtechnischen Dienste

– MTD-Gesetz, BGBl Nr 460/1992, zuletzt in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl I Nr 70/2005, sowie nach dem Hebammengesetz – HebG, BGBl Nr 310/1994, zuletzt in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl I Nr 74/2011, eingerichteten Schulen und Akademien.

(1b) Weiters obliegen der KABEG die Errichtung und der Betrieb von selbständigen und unselbständigen Einrichtungen der ergänzenden Gesundheitsversorgung sowie von

Nebenbetrieben.

(2) Die Errichtung sowie die Erweiterung durch Um- oder Zubau von Krankenanstalten auf Liegenschaften des Landes oder der Erwerb von Krankenanstalten als öffentliche Krankenanstalten des Landes erfolgt – unbeschadet des Abs. 2a – durch die Landesregierung, die sich dabei der KABEG zu bedienen hat. Die Errichtung, die Erweiterung durch Um- oder Zubau oder der Erwerb von Landeskrankenanstalten nach dem ersten Satz erfolgt hinsichtlich des unbeweglichen Vermögens – sofern Eigentum erworben werden soll – im Namen des Landes und auf Rechnung der KABEG, im Übrigen aber im Namen und auf Rechnung der KABEG.

(2a) Die Landesregierung darf das der KABEG und den Landeskrankenanstalten vom Land zur Verfügung gestellte unbewegliche Vermögen einschließlich des gemäß Abs. 2 im Namen des Landes und auf Rechnung der KABEG erworbenen unbeweglichen Vermögens mit zivilrechtlichem Vertrag entgeltlich an die KABEG veräußern. Veräußerungen nach dem ersten Satz bedürfen einer gesonderten Zustimmung oder Ermächtigung des Landtages im Sinne des Art. 64 Abs. 1 K-LVG. Soweit die KABEG zur Finanzierung des Erwerbes von unbeweglichem Landesvermögen Fremdmittel aufnimmt, sind die damit zusammenhängenden Kosten nicht dem Nettogebärungsabgang zuzurechnen; § 41 Abs. 4b bis 4e gilt jedoch sinngemäß.

(3) Die Landeskrankenanstalten sind von der KABEG nach den Zielvorgaben des Landes (§ 45) unter Bedachtnahme auf die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenanstaltenleistungen sowie unter Beachtung der medizinischen Notwendigkeiten unter Bedachtnahme auf gesundheitspolitische und volkswirtschaftliche Gesichtspunkte nach kaufmännischen Grundsätzen zu führen und durch Maßnahmen der ergänzenden Gesundheitsversorgung zu vervollständigen.

(4) Die KABEG ist nicht auf Gewinn ausgerichtet. Sie hat ihre Aufgaben gemeinnützig zu erfüllen. Allfällige Überschüsse der Gebärung hat die KABEG

1. § 3 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

Um den Betrieb einer öffentlichen Krankenanstalt durch einen anderen Rechtsträger im Rahmen eines Public-Private-Partnership-Modells mit dem Land sicherzustellen, kann die Landesregierung der KABEG die Weisung erteilen, Liegenschaften sowie Beteiligungen an Unternehmen zu erwerben, zu halten und zu verwalten; die Landesregierung hat dem Landtag über die Durchführung eines solchen Vorhabens zu berichten.

zur Verwirklichung der Ziele dieses Gesetzes zu verwenden.

(5) (entfällt)

(6) Zur Erfüllung ihrer Aufgaben darf die KABEG Unternehmen errichten, Beteiligungen an anderen Unternehmen eingehen, diese erwerben und veräußern.

§ 41 Gebarung

(1) Der Vorstand der KABEG hat bis zum 31. Mai eines jeden Jahres für das folgende Kalenderjahr den Entwurf eines Voranschlages zu erstellen und nach Einholung einer Stellungnahme des Aufsichtsrates der Landesregierung mit der Stellungnahme des Aufsichtsrates vorzulegen. Bei der Veranschlagung der Ausgaben ist der Personalaufwand vom Sachaufwand getrennt auszuweisen.

(1a) Die Landesregierung hat nach Maßgabe des nach krankenanstaltenrechtlichen Bestimmungen bestehenden Auftrages der Sicherstellung der öffentlichen Krankenanstaltspflege den gesamten Nettogebahrungsabgang der KABEG dem Landtag gleichzeitig mit dem Landesvoranschlag zur Beschlussfassung vorzulegen.

(2) Der Entwurf des Voranschlages der KABEG ist mit der Stellungnahme des Aufsichtsrates dem Entwurf des Landesvoranschlages als Beilage anzuschließen.

(3) Die KABEG hat unter Berücksichtigung des vom Landtag beschlossenen Nettogebahrungsabganges bis zum Ende des Kalenderjahres einen Voranschlag für das folgende Jahr zu erstellen.

(4) Die Grundlage für die Gebarung der KABEG ist der von der KABEG erstellte Voranschlag. Die Aufnahme von Anleihen, Darlehen und Krediten ist in dem Ausmaß zulässig, in dem sie im Voranschlag ausgewiesen ist.

(4a) Die KABEG hat zur Abdeckung des vom Landtag beschlossenen Nettogebahrungsabganges Fremdmittel zu bestmöglichen Konditionen aufzunehmen.

(4b) Das Land kann der KABEG zur Abdeckung des vom Landtag beschlossenen Nettogebahrungsabganges ein Darlehen oder Zuschüsse gewähren.

(4c) Das Land hat der KABEG sämtliche aus der Aufnahme von Fremdmitteln zur Abdeckung des vom Landtag beschlossenen Nettogebahrungsabganges nach Abs. 4a oder 4b entstehenden Kosten

(Annuitäten, Zwischenfinanzierung und allfällige Gebühren) zu ersetzen.

(4d) Das Land haftet für die von der KABEG zur Abdeckung des vom Landtag beschlossenen Nettogebärungsabganges am Kapitalmarkt aufgenommenen Fremdmittel. Das jährliche Haftungsvolumen wird aufgrund von Beschlüssen des Landtages nach Art. 64 Abs. 1 K-LVG festgelegt.

(4e) Die KABEG darf in ihren Rechenwerken Forderungen gegenüber dem Land in der Höhe ausweisen, in der Verpflichtungen des Landes im Zusammenhang mit den gemäß Abs. 4a oder 4b von der KABEG zur Abdeckung des vom Landtag beschlossenen Nettogebärungsabganges aufgenommenen Fremdmitteln bestehen.

(5) Änderungen des Voranschlages, die den gesamten Nettogebärungsabgang der KABEG erhöhen, sind nur zulässig, wenn der Landtag auf Vorschlag der Landesregierung den Nettogebärungsabgang neu festgesetzt hat.

(6) Ergibt eine Gebarungsvorschau der KABEG ab dem 30. September eines Kalenderjahres, daß die im Voranschlag der KABEG ausgewiesene Ausgabenermächtigung für Personalaufwand voraussichtlich bis zum Ende des Kalenderjahres nicht ausgeschöpft wird, darf die KABEG den Voranschlag ändern und die voraussichtlich verbleibende Ausgabenermächtigung des Personalaufwandes zur Bedeckung des Sachaufwandes heranziehen.

(7) Die KABEG hat bis zum 31. Mai des Folgejahres für das abgelaufene Kalenderjahr den von einem Wirtschaftsprüfer geprüften Rechnungsabschluss sowie den Lagebericht der Landesregierung vorzulegen.

(8) Stellt der Aufsichtsrat der KABEG den Voranschlag bis zum Ende des Kalenderjahres nicht fest, hat sich die Gebarung der KABEG für das folgende Kalenderjahr bis zur Feststellung eines Voranschlages nach dem Voranschlag der KABEG des abgelaufenen Kalenderjahres zu richten, wobei die Ausgaben im Monat ein Zwölftel der Ausgabenermächtigungen nicht übersteigen dürfen.

(9) Bei ordnungsgemäßer Geschäftsführung und wenn sich aus dem Prüfungsbericht des Wirtschaftsprüfers im Hinblick auf den genehmigten Jahresabschluss kein Anlass zur Beanstandung ergibt, hat die Landesregierung den Vorstand und den Aufsichtsrat der KABEG zu entlasten.

2. Nach § 41 Abs. 4e wird folgender Abs. 4f eingefügt:

(4f) Aufwendungen der KABEG für die Erfüllung von Aufgaben gemäß § 3 Abs. 2 letzter Satz sind in den Rechenwerken der KABEG auszuweisen und ihr vom Land zu ersetzen. Die Absätze 4 bis 4e sind auf Fremdmittel sinngemäß anzuwenden, die von der KABEG zur Finanzierung des Erwerbs von Liegenschaften oder Beteiligungen an Unternehmen gemäß § 3 Abs. 2 letzter Satz aufgenommen werden.