

Textgegenüberstellung zum Begutachtungsentwurf - Novelle
Oö. Krankenanstaltengesetz und Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz

Oö. Krankenanstaltengesetz 1997 (Oö. KAG 1997)

1. HAUPTSTÜCK
Begriffsbestimmungen

§ 3

Allgemeine Krankenanstalten

- (1) Allgemeine Krankenanstalten sind einzurichten als
1. Standardkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs. 7 mit zumindest zwei Abteilungen, davon eine für Innere Medizin. Weiters muss zumindest eine ambulante Basisversorgung für chirurgische bzw. unfallchirurgische Akutfälle im Sinn der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) gewährleistet werden. Ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein und durch Fachärzte des betreffenden Sonderfachs betreut werden. Auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein.
 2. Schwerpunktkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs. 7 mit Abteilungen zumindest für:
 - a) Augenheilkunde und Optometrie,
 - b) Chirurgie,
 - c) Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
 - d) Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde,
 - e) Innere Medizin,
 - f) Kinder- und Jugendheilkunde,
 - g) Neurologie,
 - h) Orthopädie und Traumatologie,
 - i) Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin und
 - j) Urologie;ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Hämodialyse, für Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin und für Intensivpflege (inklusive Intensivpflege für Neonatologie und Pädiatrie) vorhanden sein und durch Fachärzte des entsprechenden Sonderfachs betreut werden; entsprechend dem Bedarf hat die Betreuung auf dem Sonderfach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie durch eigene Einrichtungen oder durch Fachärzte als Konsiliarärzte zu erfolgen. Auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein; schließlich müssen eine

Anstaltsapotheke, ein Pathologisches Institut sowie ein Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik geführt werden.

3. Zentralkrankenanstellen mit grundsätzlich allen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen.

(2) Krankenanstellen, die neben den Aufgaben gemäß § 1 ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität oder einer Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, dienen, sind Zentralkrankenanstellen im Sinn des

(3) Die Voraussetzungen des Abs. 1 sind auch erfüllt, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern

1. diese Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind, wobei die örtlich getrennte Unterbringung auch in einem anderen Bundesland und unter den im § 6c geregelten Voraussetzungen auch auf dem Gebiet eines anderen Staates zulässig ist, und

2. die örtlich getrennt untergebrachten Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten die Versorgung in dem Umfang wahrnehmen, die der Versorgungsstufe des jeweiligen Krankenhauses oder Krankenhausstandorts gemäß § 5 Abs. 5a entspricht.

~~(3) Die Voraussetzungen des Abs. 1 sind auch erfüllt, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind. Dabei ist die örtlich getrennte Unterbringung auch in einem anderen Bundesland und unter den im § 6c geregelten Voraussetzungen auch auf dem Gebiet eines anderen Staates zulässig.~~

(3a) In Standardkrankenanstellen kann die ambulante Basisversorgung für chirurgische bzw. unfallchirurgische Akutfälle im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG auch durch eine Zentrale Ambulante Erstversorgungseinheit ~~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 Z 2 vorgesehenen Abteilungen und sonstigen Einrichtungen kann mit Bewilligung der Landesregierung 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) Unbeschadet der für die Errichtung und den Betrieb einer Krankenanstalt geltenden Bewilligungen hat die Landesregierung durch Bescheid festzustellen, welcher der im Abs. 1 angeführten Arten eine allgemeine Krankenanstalt zuzuordnen ist. In einen solchen Bescheid kann auch eine Entscheidung nach Abs. 3, 3a oder 4 aufgenommen werden.

(6) *Entfallen*

(7) In Krankenanstellen gemäß Abs. 1 Z 1 und 2 können nach Maßgabe des § 3a folgende reduzierte Organisationsformen eingerichtet werden:

1. Departments

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

2. Fachschwerpunkte:

- a) für die medizinischen Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, 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 Z 1;

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

3. dislozierte Wochenkliniken für jedes Sonderfach;

4. dislozierte Tageskliniken für jedes Sonderfach.

(8) Die Einrichtung reduzierter Organisationsformen ist mit Ausnahme von Departments für Psychosomatik (Abs. 7 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.

(9) Mit Bewilligung der Landesregierung können Teile einer Abteilung einer öffentlichen Krankenanstalt am Standort einer anderen öffentlichen Krankenanstalt, die sich in unmittelbarer räumlicher Nähe befindet, betrieben werden, wenn eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende fachspezifische Patientenversorgung gewährleistet ist. Zur Beurteilung dieser Frage haben die Rechtsträger der Krankenanstalten ein Gutachten des Landessanitätsrats einzuholen.

§ 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 § 15 Abs. 1 die jederzeitige Verfügbarkeit fachärztlicher Akutversorgung anstaltsbedürftiger Personen im jeweiligen Sonderfach sicherzustellen haben.

(2) Neben Abteilungen bzw. an Stelle von Abteilungen können nach Maßgabe des § 3 Abs. 7 und 8 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 § 15 Abs. 1 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei Fachärztinnen bzw. Fachärzte oder Ärztinnen bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin mit entsprechender Qualifikation verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des gemäß § 3 Abs. 7 Z 1 eingerichtet werden.
2. Fachschwerpunkte als bettenführende Einrichtungen mit 8 bis 14 Betten und eingeschränktem Leistungsangebot im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG einschließlich Akutfallversorgung während der Öffnungszeit für die medizinischen Sonderfächer gemäß § 3 Abs. 7 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 Fachschwerpunkts ist die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten durch die Partner- oder Mutterabteilung sicherzustellen. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärztinnen bzw. Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärztinnen bzw. Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 2 auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen.
3. Dislozierte Wochenkliniken als bettenführende Einrichtungen. Sie dienen zur Durchführung von Behandlungen mit kurzer Verweildauer, wobei das Leistungsangebot auf Basisversorgungsleistungen im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG eingeschränkt ist. Die Einrichtung dislozierter Wochenkliniken ist nur in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 2 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 Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.

4. Dislozierte Tageskliniken als bettenführende Einrichtungen an Standorten von Krankenanstalten ohne vollstationäre bettenführende Einrichtung (Abteilung, Department oder Fachschwerpunkt) desselben Sonderfachs mit einem auf tagesklinisch elektiv erbringbaren Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinn 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 Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen. Dislozierte Tageskliniken können in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 2 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen 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 angebonden 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 Krankenanstaltenstandort 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 definiert.

4. Für die jeweilige Versorgungsstufe des Krankenanstaltenstandorts und die nach Abs. 1 oder 2 eingerichteten Organisationseinheiten werden die einzuhaltenden Kriterien hinsichtlich Vorhaltung und Betrieb an allen Standorten erfüllt.

5. § 5 Abs. 5a wird analog angewendet.

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

(2) Neben Abteilungen bzw. an Stelle von Abteilungen können nach Maßgabe des § 3 Abs. 7 und 8 folgende fachrichtungsbezogene Organisationsformen als Organisationseinheiten vorgehalten werden:

1. ~~Departments als bettenführende Einrichtungen mit eingeschränktem Leistungsangebot im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG für Unfallchirurgie (Satellitendepartment) oder Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie oder Remobilisation und Nachsorge mit jeweils 15 bis 24 Betten, für Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 20 Betten sowie für Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens 12 Betten. Departments müssen mit Ausnahme von Satellitendepartments für Unfallchirurgie nach Maßgabe des § 15 Abs. 1 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 3 Abs. 7 Z 1 eingerichtet werden. Satellitendepartments für Unfallchirurgie sind organisatorisch Teil jener Krankenanstalt, in der sie betrieben werden. Die ärztliche Versorgung der Satellitendepartments ist von einer Abteilung für Unfallchirurgie einer anderen Krankenanstalt oder im Fall einer Krankenanstalt mit mehreren Standorten von einer Abteilung für Unfallchirurgie an einem anderen Krankenanstaltenstandort sicherzustellen;~~
2. ~~Fachschwerpunkte als bettenführende Einrichtungen mit 8 bis 14 Betten und mit auf elektive Eingriffe eingeschränktem Leistungsangebot im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG für die medizinischen Sonderfächer gemäß § 3 Abs. 7 Z 2. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Betriebszeiten aufweisen, wenn außerhalb dieser Betriebszeiten eine Rufbereitschaft sichergestellt ist. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden sein. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 2 auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen;~~
3. ~~dislozierte Wochenkliniken als bettenführende Einrichtungen, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie dienen zur Durchführung von Behandlungen mit kurzer Verweildauer, wobei das Leistungsangebot auf Basisversorgungsleistungen im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG eingeschränkt ist. Die Einrichtung dislozierter Wochenkliniken ist nur in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 2 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend zulässig. Dislozierte~~

~~Wochenkliniken müssen, sofern die Anstaltsordnung keine abweichenden Regelungen für Feiertage im Sinn des § 10 Abs. 2 Z 5 enthält, jedenfalls von Montag früh bis Freitag abends zeitlich uneingeschränkt betrieben werden. Im Bedarfsfall ist durch die Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen;~~

- ~~4. dislozierte Tageskliniken als bettenführende Einrichtungen an Standorten von Krankenanstalten ohne vollstationäre bettenführende Einrichtung (Abteilung, Department oder Fachschwerpunkt) desselben Sonderfachs mit einem auf tagesklinisch elektiv erbringbare konservative und operative Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG. Dislozierte Tageskliniken können in der betreffenden Krankenanstalt entweder eigenständig geführt und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden werden oder auch als bettenführende Einrichtungen eingerichtet werden, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie weisen eingeschränkte Betriebszeiten auf. Außerhalb der Betriebszeit ist jedenfalls die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sicherzustellen. Dislozierte Tageskliniken können in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 2 in Ergänzung zu den vorhandenen Abteilungen eingerichtet werden.~~

§ 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, Traumatologie, Geburtshilfe/Perinatalversorgung, Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie, Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie, Onkologische Versorgung, Stammzelltransplantation, Nuklearmedizinische stationäre Therapie und Nephrologie für Erwachsene einschließlich Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben~~Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben;~~
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.
- ~~2. Herzchirurgie, Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie, Onkologische Versorgung und Stammzelltransplantation für Kinder, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.~~

2. HAUPTSTÜCK

1. ABSCHNITT

Errichtung und Betrieb von Krankenanstalten

1. UNTERABSCHNITT

Errichtungs- und Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten

§ 4

Errichtungsbewilligung

(1) Die Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt bedarf, sofern § 91 nicht anderes bestimmt, einer Bewilligung der Landesregierung.

(2) Der Antrag auf Erteilung der Errichtungsbewilligung hat den Anstaltszweck, die Bezeichnung der Anstalt und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung) genau anzugeben. Dem Antrag sind folgende Unterlagen je in dreifacher Ausfertigung anzuschließen:

1. die zur Beurteilung des Vorhabens erforderlichen Planunterlagen, wie Lagepläne, Baupläne, Baubeschreibungen und dgl.; für Inhalt und Planunterlagen gilt die Oö. Bautechnikverordnung sinngemäß;
2. ein Verzeichnis, aus dem die Anzahl der Anstaltsräume, getrennt nach ihrem Verwendungszweck, sowie die Größe der Bodenfläche und des Luftraums dieser Räume ersichtlich ist;
3. Pläne und Beschreibungen für die medizinisch-technischen Apparate und technischen Einrichtungen;
4. ein Verzeichnis über den Bettenstand für die Schlafräume der Patienten und des Anstaltspersonals.

(3) Eine Vorabfeststellung zur Frage des Bedarfs ist zulässig. In diesem Verfahren ist die Vorlage von Unterlagen zum Nachweis der Voraussetzungen nach § 5 Abs. 1 Z 2, 3, 4 und 6 nicht erforderlich.

(4) Im Bewilligungsverfahren und im Vorabfeststellungsverfahren kann eine Stellungnahme des Landessanitätsrats eingeholt werden. Weiters kann ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstituts zum Vorliegen der Kriterien gemäß § 5 Abs. 5 eingeholt werden.

(5) Die Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt durch einen Krankenversicherungsträger bedarf keiner Bewilligung. Beabsichtigt ein Sozialversicherungsträger die Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt, so hat er dies der Landesregierung vor Baubeginn anzuzeigen.

(6) In Verfahren zur Erteilung einer Errichtungsbewilligung für eine Krankenanstalt und zur Vorabfeststellung des Bedarfs haben die Wirtschaftskammer Oberösterreich als gesetzliche Interessenvertretung der privaten Krankenanstalten sowie die betroffenen Sozialversicherungsträger hinsichtlich des nach § 5 Abs. 1 Z 1 in Verbindung mit Abs. 5 zu prüfenden Bedarfs Parteistellung im Sinn des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht gemäß Art. 132 Abs. 5 B-VG und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Landesverwaltungsgerichts das Recht auf Revision an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Art. 133 Abs. 1 B-VG.

§ 5

Bewilligungsvoraussetzungen

(1) Die Errichtungsbewilligung ist zu erteilen, wenn

1. ein Bedarf im Sinn des Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 4 oder 5 gegeben ist,
2. das Eigentum an der für die bettenführende Krankenanstalt vorgesehenen Betriebsanlage oder das sonstige Recht zu deren Benützung nachgewiesen wird,
3. das Gebäude, das als Betriebsanlage dienen soll, den für solche Gebäude geltenden bau-, feuer-, sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht,
4. die vorgesehene Ausstattung mit medizinisch-technischen Apparaten den nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft an eine bettenführende Krankenanstalt der vorgesehenen Art zu stellenden Anforderungen entspricht,
5. eine den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft entsprechende ärztliche Behandlung gewährleistet ist, und
6. gegen den Bewilligungswerber keine Bedenken bestehen; Bedenken sind dann gegeben, wenn er vorbestraft ist und nach der Art der Vorstrafe ein einwandfreier Betrieb nicht zu erwarten ist oder wenn sonstige Umstände, zB im Hinblick auf seine körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie sein Vorleben, vorliegen, die seine Eignung ausschließen.

(1a) Sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung der Landesregierung über den Bedarf eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens. Bis zum Feststehen des Ergebnisses eines allfälligen Vertragsvergabeverfahrens der Sozialversicherung über das verfahrensgegenständliche Leistungsspektrum ist das Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung zu unterbrechen.

(2) Der Bedarf nach einer bettenführenden Krankenanstalt mit dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot ist im Hinblick auf das in angemessener Entfernung bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger bettenführender Krankenanstalten mit Kassenverträgen zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit zu beurteilen. Ein Bedarf nach Sanatorien ist nicht gegeben, wenn das Verhältnis der Zahl der Sanatoriumsbetten einer Fachrichtung im Land zur Bettenzahl der Sonderklasse der entsprechenden Fachrichtung der öffentlichen Krankenanstalten der im § 2 Z 1 und 2 bezeichneten Art im Land einen von der Landesregierung durch Verordnung festzusetzenden Wert (Verhältniszahl) überschreitet. Bei der Festsetzung der Verhältniszahl ist unter Bedachtnahme auf die Verordnung gemäß § 39 Abs. 4 oder gemäß § 23 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes sicherzustellen, dass die eine wirtschaftliche Führung zulassende Belagstärke der Betten der Sonderklasse in den öffentlichen Krankenanstalten der erwähnten Art im Land gewährleistet bleibt.

(3) Die Landesregierung hat von einer Prüfung des Bedarfs abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht

erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse~~oberösterreichische Gebietskrankenkasse~~ ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören. Darüber hinaus ist von der Prüfung des Bedarfs abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standorts innerhalb desselben Einzugsgebiets erfolgt.

(4) Für Fondskrankenanstalten ist ein Bedarf gegeben, wenn die geplante Errichtung nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot einer gemäß § 39 Abs. 4 oder gemäß § 23 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes erlassenen Verordnung entspricht.

(4a) Für sonstige bettenführende Krankenanstalten ist, wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes geregelt ist, hinsichtlich des Bedarfs die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist Abs. 5 anzuwenden.

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

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

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots nachgewiesen werden kann.

(5a) 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.

(6) Die Errichtungsbewilligung ist mit Auflagen oder unter Bedingungen zu erteilen, soweit dies zur Erfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 1 und zur Gewährleistung einer den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft entsprechenden ärztlichen Behandlung oder aus anderen öffentlichen Interessen, insbesondere im Interesse der bestmöglichen gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung, erforderlich ist.

(7) Wenn nicht binnen drei Jahren ab Erteilung der Errichtungsbewilligung mit der Errichtung der bettenführenden Krankenanstalt begonnen wird, kann die Landesregierung die Errichtungsbewilligung zurücknehmen, sofern die Zurücknahme im Interesse der Sicherstellung einer dem Bedarf entsprechenden Krankenanstaltspflege geboten ist.

2. UNTERABSCHNITT
Errichtungs- und Betriebsbewilligung für selbständige Ambulatorien
§ 6a

Errichtungsbewilligung

(1) Die Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums bedarf, sofern § 91 nicht anderes bestimmt, einer Bewilligung der Landesregierung.

(2) Der Antrag auf Erteilung der Errichtungsbewilligung hat den Anstaltszweck, die Bezeichnung der Anstalt und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung, insbesondere vorgesehene Anzahl von Ärzten bzw. Zahnärzten) genau anzugeben. Dem Antrag sind folgende Unterlagen je in dreifacher Ausfertigung anzuschließen:

1. die zur Beurteilung des Vorhabens erforderlichen Planunterlagen, wie Lagepläne, Baupläne, Baubeschreibungen und dgl.; für Inhalt und Planunterlagen gilt die Oö. Bautechnikverordnung sinngemäß;
2. ein Verzeichnis, aus dem die Anzahl der Anstaltsräume, getrennt nach ihrem Verwendungszweck, sowie die Größe der Bodenfläche und des Luftraums dieser Räume ersichtlich ist;
3. Pläne und Beschreibungen für die medizinisch-technischen Apparate und technischen Einrichtungen.

(3) Eine Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 5 Z 1 ist zulässig. In diesem Verfahren ist die Vorlage von Unterlagen zum Nachweis der Voraussetzungen nach Abs. 5 Z 2, 3, 4 und 6 nicht erforderlich.

(4) In Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums und zur Vorabfeststellung des Bedarfs haben hinsichtlich des nach Abs. 5 in Verbindung mit Abs. 6 zu prüfenden Bedarfs - ausgenommen im Fall des Abs. 7 - Parteistellung im Sinn des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht gemäß Art. 132 Abs. 5 B-VG und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Landesverwaltungsgerichts das Recht auf Revision an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Art. 133 Abs. 1 B-VG:

1. die Wirtschaftskammer Oberösterreich als gesetzliche Interessenvertretung der privaten Krankenanstalten;
2. die betroffenen Sozialversicherungsträger;
3. die Ärztekammer für Oberösterreich und
4. bei Zahnambulatorien auch die Österreichische Zahnärztekammer.

(5) Die Errichtungsbewilligung darf nur erteilt werden, wenn

1. nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das in angemessener Entfernung bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und kasseneigene Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, Gruppenpraxen und 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,

- a) zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und
 - b) zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann,
2. das Eigentum an der für das selbständige Ambulatorium vorgesehenen Betriebsanlage oder das sonstige Recht zu deren Benützung nachgewiesen wird,
 3. das Gebäude, das als Betriebsanlage dienen soll, den für solche Gebäude geltenden bau-, feuer-, sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht,
 4. die vorgesehene Ausstattung mit medizinisch-technischen Apparaten den nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft an ein selbständiges Ambulatorium der vorgesehenen Art zu stellenden Anforderungen entspricht,
 5. eine den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft entsprechende ärztliche bzw. zahnärztliche Behandlung gewährleistet ist, und
 6. gegen den Bewilligungswerber keine Bedenken bestehen; Bedenken sind dann gegeben, wenn er vorbestraft ist und nach der Art der Vorstrafe ein einwandfreier Betrieb nicht zu erwarten ist oder wenn sonstige Umstände, zB im Hinblick auf seine körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie sein Vorleben, vorliegen, die seine Eignung ausschließen.

(5a) Sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung der Landesregierung über den Bedarf eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens. Bis zum Feststehen des Ergebnisses eines allfälligen Vertragsvergabeverfahrens der Sozialversicherung über das verfahrensgegenständliche Leistungsspektrum ist das Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung zu unterbrechen. (6) Bei der Beurteilung, ob eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann, sind ausgehend von den Ergebnissen der Planungen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. örtliche Verhältnisse (Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte);
2. die für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen;
3. das Inanspruchnahmeverhalten und die Auslastung von bestehenden Leistungsanbietern, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, durch Patienten;
4. die durchschnittliche Belastung bestehender Leistungsanbieter gemäß Z 3 und
5. die Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin.

(6a) Wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes 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. 6 anzuwenden.

(7) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 5 Z 1 in Verbindung mit Abs. 6 abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse~~Oberösterreichische Gebietskrankenkasse~~ ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören. Darüber hinaus ist von einer Prüfung nach Abs. 5 Z 1 in Verbindung mit Abs. 6 abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standorts innerhalb desselben Einzugsgebiets erfolgt.

(8) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung kann eine Stellungnahme des Landessanitätsrats eingeholt werden. Weiters ist ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstituts~~Planungsinstituts~~ sowie eine begründete Stellungnahme des Öö. Gesundheitsfonds zum Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 6 einzuholen.

(9) Die Errichtungsbewilligung ist mit Auflagen oder unter Bedingungen zu erteilen, soweit dies zur Erfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 5 und zur Gewährleistung einer den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft entsprechenden ärztlichen bzw. zahnärztlichen Behandlung oder aus anderen öffentlichen Interessen, insbesondere im Interesse der bestmöglichen gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung, erforderlich ist.

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

(11) Die Bewilligung zur Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums durch einen Krankenversicherungsträger ist zu erteilen, wenn ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der Ärztekammer für Oberösterreich bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer oder zwischen dem Dachverband der~~Hauptverband der österreichischen~~ Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer im Sinn des § 339 ASVG vorliegt. Dies ist jedenfalls dann der Fall, wenn ein Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes zu keinem positiven Abschluss geführt hat. Liegt ein Einvernehmen nicht vor, so ist die Errichtungsbewilligung zu erteilen, wenn die Landesregierung festgestellt hat, dass eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann. Die obigen Bestimmungen gelten auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb eines selbständigen Ambulatoriums betraut.

(11a) Einer Beschwerde der Ärztekammer für Oberösterreich an das Landesverwaltungsgericht und einer Revision der Ärztekammer für Oberösterreich an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Abs. 4 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.

(12) Wenn nicht binnen drei Jahren ab Erteilung der Errichtungsbewilligung mit der Errichtung des selbständigen Ambulatoriums begonnen wird, kann die Landesregierung die Errichtungsbewilligung zurücknehmen, sofern die Zurücknahme im Interesse der Sicherstellung einer dem Bedarf entsprechenden Krankenanstaltspflege geboten ist.

3. UNTERABSCHNITT

Gemeinsame Bestimmungen

2. ABSCHNITT

Regelung des inneren Betriebes von Krankenanstalten

§ 10

Anstaltsordnung

(1) Der innere Betrieb einer Krankenanstalt ist von ihrem Rechtsträger durch eine Anstaltsordnung zu regeln.

(2) Die Anstaltsordnung hat jedenfalls zu enthalten:

1. die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt einschließlich der Einrichtungen für ambulante Untersuchung und Behandlung, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in Abteilungen bzw. in andere fachrichtungsbezogene Organisationsformen für Akutkranke und, neben diesen, auch in zusätzliche Einrichtungen für Langzeitbehandlung, oder in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranker und für Langzeitbehandlung innerhalb von Abteilungen;
2. Angaben über die Organisation der Anstalt, die Person ihres Rechtsträgers und die wesentlichen, dem Betrieb der Anstalt zu Grunde liegenden Rechtsverhältnisse sowie über ihre Vertretung nach außen;
3. die Grundzüge der Verwaltung und der Betriebsform, insbesondere ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur einmal über Tag (Tagesklinik) oder über Nacht (Nachtklinik), ~~oder längerfristig im halbstationären Bereich, wo sie nur über Tag oder nur über Nacht verweilen,~~ oder in sonstigen Betriebsformen gemäß Abs. 9 aufgenommen werden;
4. die Regelung der Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen, insbesondere des verantwortlichen ärztlichen Leiters, der Leiter der Abteilungen, der Institute, der Laboratorien, der Departments, der Fachschwerpunkte und der Anstaltsapotheke, des Leiters des Pflegedienstes, des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten und des Hygieneteams, des Konsiliarapothekers, des Technischen Sicherheitsbeauftragten sowie des Verwalters und gruppenweise aller anderen beschäftigten Personen in dem durch die besonderen Verhältnisse der einzelnen Krankenanstalt gegebenen Umfang; insbesondere ist auch die Verschwiegenheitspflicht und die disziplinarische Ahndung ihrer Verletzung in die Anstaltsordnung aufzunehmen; es ist auch festzulegen, daß Personen, die mit medizinischen Apparaten und technischen Einrichtungen arbeiten, an solchen Apparaten und Einrichtungen festgestellte Mängel sofort dem Technischen Sicherheitsbeauftragten zu melden haben; durch diese Regelung der

Dienstobliegenheiten wird die Anwendung von Vorschriften dienstrechtlicher oder arbeitsvertragsrechtlicher Art auf die Tätigkeit der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen nicht berührt;

5. bei einer Gliederung in Organisationseinheiten und Pflegegruppen die jeweilige Bettenanzahl, wobei die unter Berücksichtigung des Fachs und des Fortschritts der Medizin jeweils überschaubare Größe nicht überschritten werden darf; bei standortübergreifenden Organisationsformen die Beschreibung der Kooperation, insbesondere des Leistungsspektrums und organisatorische Regelungen; Regelungen über die Verantwortlichkeiten, insbesondere die Leitung der standortübergreifenden und fachrichtungsbezogenen Organisationsformen sowie der im Abs. 9 genannten Betriebsformen und über den Betrieb von dislozierten Wochenkliniken an Feiertagen; Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationsformen (§ 3a) oder in dislozierten Betriebsformen (Abs. 9). Sofern Betten für Patienten von Organisationseinheiten verschiedener Sonderfächer zur Verfügung stehen (interdisziplinär geführte Bereiche), ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Patienten jederzeit zweifelsfrei einer bestimmten fachrichtungsspezifischen Organisationseinheit zugeordnet werden können;
6. Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;
7. Bestimmungen über Organisation und Durchführung der Supervision (§ 25);
8. Regelungen über die Fortbildung der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen.

(3) Ferner hat die Anstaltsordnung zu enthalten:

1. Angaben über den für die Aufnahme als Patienten der Anstalt in Betracht kommenden Personenkreis, über die Bedingungen der Aufnahme und der Entlassung der Patienten, besonders auch die Regelung ihrer Entlassung aus disziplinarischen Gründen, und über den Vorgang bei der Aufnahme und Entlassung sowie über die Führung eines Vormerkes über die Ablehnung der Aufnahme von Patienten und deren Gründe; ferner die Maßnahmen beim Ableben eines Patienten;
2. Bestimmungen über das von Patienten und Besuchern in der Krankenanstalt zu beobachtende Verhalten und disziplinäre Vorschriften zur Einhaltung dieser Bestimmungen;
3. die Möglichkeit für eine seelsorgerische Betreuung aller Patienten, die eine solche wünschen;
4. Regelungen über den Vorgang bei der Geltendmachung des dem Patienten gemäß § 20 Abs. 5 zustehenden Untersagungsrechtes;
5. die Festlegung von Räumen, in denen das Rauchen gestattet ist;
6. die Verpflichtung des Prüfungsleiters bzw. des Leiters der Organisationseinheit nach § 18 Abs. 9, der kollegialen Führung der Krankenanstalt jenes Ausmaß bekanntzugeben, in dem die Teilnahme an Prüfungen oder Anwendungen, die der Beurteilung durch die Ethikkommission unterliegen, entgolten wird;

7. die Festlegung von Bereichen, in denen die Mitnahme von Assistenzhunden (Blindenführhunde, Servicehunde und Signalthunde) und Therapiehunden (§ 39a des Bundesbehindertengesetzes) aus hygienischen Gründen nicht zulässig ist.

(4) In der Anstaltsordnung sind ferner die mit der Aufnahme von Patienten befaßten Organe anzuweisen, unverzüglich die Verbindung mit einer anderen Krankenanstalt aufzunehmen und die Weiterverlegung einzuleiten, wenn die Aufnahme eines anstaltsbedürftigen Patienten (§ 46 Abs. 3) in der eigenen Krankenanstalt wegen Vollbelags ausgeschlossen ist.

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

(6) Die Anstaltsordnung für eine Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität oder einer Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, dient, hat die Bedürfnisse der Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Vor ihrer Genehmigung hat der Rechtsträger der Krankenanstalt das Rektorat der Universität zu hören.

(7) Die Anstaltsordnung und ihre Änderung bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu versagen, wenn die Anstaltsordnung über einen der in den Abs. 1 bis 4 aufgezählten Punkte keinen Aufschluß gibt, diesen oder dem Abs. 5 widerspricht oder gesetzwidrige bzw. solche Bestimmungen enthält, die eine ärztliche Behandlung der Patienten in der Anstalt nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft nicht gewährleisten.

(8) Im Bescheid über die Genehmigung der Anstaltsordnung ist dem Rechtsträger der Krankenanstalt vorzuschreiben,

1. dass die Anstaltsordnung an geeigneter, für das Personal leicht zugänglicher Stelle aufzulegen ist,
2. dass er den in der Krankenanstalt beschäftigten Personen die Bestimmungen des Abs. 2 Z 4 und 8 nachweisbar zur Kenntnis zu bringen und sie auf die Strafbarkeit von Verletzungen der Verschwiegenheitspflicht aufmerksam zu machen hat,
3. dass die Teile der Anstaltsordnung mit dem Inhalt gemäß Abs. 2 Z 1 bis 3 und Abs. 3 Z 1 bis 5 den Patienten in geeigneter Weise zur Kenntnis zu bringen sind.

(9) Folgende Arten der Betriebsformen sind in Krankenanstalten neben der herkömmlichen Art der fachrichtungsspezifischen bzw. zeitlich durchgängigen Betriebsform möglich:

1. Interdisziplinär geführte Bereiche zur Behandlung von Patienten aus verschiedenen Sonderfächern, die in der Krankenanstalt in einer der fachrichtungsbezogenen Organisationsformen gemäß § 3a vorgehalten werden. Es ist sicherzustellen, dass die Patienten jederzeit zweifelsfrei einem bestimmten Sonderfach zugeordnet werden können;
2. als Wochenstation ~~Wochenklinik~~ geführte Bettenbereiche für stationäre Behandlungen von Fällen, in denen die Entlassung innerhalb der bewilligten Betriebszeit zu erwarten

- ist. Wochenstationen~~Wochenkliniken~~ können fachspezifisch oder interdisziplinär im Sinn der Z 1 betrieben werden;
3. als Tagesstation~~Tagesklinik~~ geführte Bettenbereiche zur tagesklinischen Behandlung (Aufnahme und Entlassung am selben Tag). Das Leistungsspektrum ist auf tagesklinisch erbringbare konservative und elektive operative Leistungen beschränkt. Tagesstationen~~Tageskliniken~~ können fachspezifisch oder interdisziplinär im Sinn der Z 1 betrieben werden;
4. als interdisziplinäre Aufnahme- bzw. Notfallstationen geführte Bettenbereiche für Erst- oder Kurzaufnahmen von Patientinnen und 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 § 50 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 Öffnungszeit oder als Termin-Ambulanzen mit eingeschränkter Öffnungszeit 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.
- ~~4. zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten als Einrichtungen mit uneingeschränkter Betriebszeit, die aus einer Erstversorgungsambulanz und einem Aufnahmebereich mit bewilligungspflichtigen (systemisierten) Betten zur stationären Beobachtung von Patienten für längstens 24 Stunden bestehen. Das zulässige Leistungsspektrum umfasst die Durchführung ambulanter Erstversorgung von Akut- und Notfällen inklusive basaler Unfallversorgung sowie Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung sonstiger ungeplanter Zugänge samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfs 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 Routinebetriebszeiten (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 Behandlungsbedarfs und erforderlichenfalls Weiterleitung der Patienten in die erforderliche ambulante oder stationäre Versorgungsstruktur. Die ambulante Erstversorgungseinheit kann über eine angemessene Zahl von nicht bewilligungspflichtigen Betten (Funktionsbetten) verfügen, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist. Disloziert geführte ambulante Erstversorgungseinheiten sind zeitlich uneingeschränkt zu betreiben. Ambulante Erstversorgungseinheiten, die örtlich in einer Krankenanstalt oder in unmittelbarer Nähe einer Krankenanstalt betrieben werden, können den Betrieb für maximal 8 Stunden, die tageszeitlich in der Anstaltsordnung festzulegen sind, einstellen, wenn die Erfüllung der Aufgaben der ambulanten Erstversorgungseinheit durch die Krankenanstalt in anderer Form sichergestellt ist. Im Übrigen sind Z 4 und § 50 sinngemäß anzuwenden.~~

(10) Für die Zentrale Ambulante Erstversorgung gemäß Abs. 9 gilt Folgendes:

1. 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 Krankenanstaltenstandort zu erfolgen.
2. Patientinnen und Patienten sind nach Feststellung der Dringlichkeit der Behandlung zunächst ambulant zu begutachten und erstzubehandeln oder abschließend zu behandeln.
3. Akutfälle können bei Bedarf auch bis zu 24 Stunden beobachtet werden.
4. Im Bedarfsfall sind Patientinnen und Patienten in den stationären Bereich aufzunehmen bzw. an die nächste für die Erkrankung geeignete Krankenanstalt weiterzuleiten.
5. 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.
6. Der Zentralen Ambulanten Erstversorgung kann eine interdisziplinäre Aufnahmestation (Z 4) direkt angeschlossen werden.

§ 11

Informations- und Beschwerdestelle

(1) In jeder Krankenanstalt gemäß § 2 Z 1 bis 7 ist eine Informations- und Beschwerdestelle einzurichten, bei der Patienten der Anstalt oder diesen nahestehende Personen sich über Mißstände bzw. Mängel, die mit dem Aufenthalt des Patienten in der Krankenanstalt zusammenhängen, mündlich oder schriftlich beschweren oder Auskünfte begehren können.

(2) Die Informations- und Beschwerdestelle ist so einzurichten, daß sie für Patienten oder diesen nahestehende Personen leicht erkennbar und leicht erreichbar ist. Sie ist an mindestens zwei Tagen pro Woche in der Gesamtdauer von mindestens zehn Stunden offen zu halten und während dieser Zeit mit einem zur Auskunftserteilung bzw. zur Entgegennahme von Beschwerden geeigneten Personal zu besetzen. Die näheren Bestimmungen dazu, insbesondere über Ort, Personal und Öffnungszeiten, sind in der Anstaltsordnung (§ 10) festzulegen.

(3) Eingelangte Beschwerden oder Anfragen sind unverzüglich, längstens jedoch binnen zwei Wochen, zu erledigen. Wenn ein Begehren nicht oder nicht innerhalb dieses Zeitraums erledigt werden kann, ist es bei gleichzeitiger Verständigung des Einschreiters und des Rechtsträgers der betroffenen Krankenanstalt der Patientenvertretung zur weiteren Behandlung vorzulegen. Dabei ist zu begründen, warum eine Erledigung nicht erfolgen konnte.

(4) Die Leiterin bzw. der Leiter der Informations- und Beschwerdestelle hat der Landesregierung auf Verlangen, der Patientenvertretung und dem Rechtsträger der betroffenen Krankenanstalt mindestens jedoch vierteljährlich einen vollständigen Tätigkeitsbericht, der auch die Art der erfolgten Erledigung der Begehren zu umfassen hat, vorzulegen.

~~(4) Der Leiter der Informations- und Beschwerdestelle hat auf Verlangen, mindestens jedoch vierteljährlich, der Patientenvertretung, dem Rechtsträger der betroffenen Krankenanstalt und der Landesregierung einen vollständigen Tätigkeitsbericht, der auch die Art der erfolgten Erledigung der Begehren zu umfassen hat, vorzulegen.~~

§ 15

Ärztlicher Dienst; Einrichtung

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

1. Ärztliche Hilfe muß in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar sein.
2. In Zentralkrankenanstalten muss uneingeschränkt eine Anwesenheit von Fachärzten aller in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben sein. In Betracht kommende Sonderfächer sind über die in Z 3 genannten hinaus jene, in denen im Hinblick auf ein akutes Komplikationsmanagement eine fachärztliche Anwesenheit erforderlich ist. Dabei ist die gebotene Anzahl anwesender Fachärzte sicherzustellen. 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.
3. In Schwerpunktkrankenanstalten muss jedenfalls in Abteilungen und Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie, Neurologie ~~(bei Vorhandensein einer neurologischen Intensivbehandlungseinheit)~~, Psychiatrie (bei Führung eines geschlossenen Bereichs) und Unfallchirurgie bzw. Orthopädie und Traumatologie ~~Unfallchirurgie~~ ein Facharzt des betreffenden Sonderfachs in der Anstalt dauernd anwesend sein. In den Abteilungen und Organisationseinheiten der genannten Sonderfächer kann im Nacht- sowie

vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer dauernden Facharztanwesenheit abgesehen werden, wenn zumindest ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in einer Abteilung oder Organisationseinheit anwesend ist, eine Rufbereitschaft eines Facharztes an den anderen Abteilungen und Organisationseinheiten des selben Sonderfaches eingerichtet ist und eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende fachspezifische Patientenbetreuung in der jeweiligen Abteilung und Organisationseinheit des betreffenden Sonderfaches gewährleistet ist. Zur Beurteilung dieser Frage hat der Träger der Krankenanstalt ein Gutachten des Landessanitätsrates einzuholen. In dem Gutachten ist auf die spezifischen Gegebenheiten, insbesondere die Größe, die Überschaubarkeit und die räumliche Situation der Abteilung und Organisationseinheit einzugehen. In den jeweils nicht mit einem Facharzt besetzten Abteilungen und Organisationseinheiten der genannten Sonderfächer 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. In den übrigen Abteilungen und Organisationseinheiten kann im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn stattdessen eine Rufbereitschaft eines Facharztes eingerichtet ist; in der übrigen Zeit müssen Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer dauernd anwesend sein.

- 3a. Betreibt eine Schwerpunktkrankenanstalt Abteilungen oder Teile von Abteilungen am Standort einer Standardkrankenanstalt oder an einem eigenen Standort, an dem das Leistungsangebot einer Standardkrankenanstalt erbracht wird, kann bei der Einrichtung des ärztlichen Dienstes an diesen Standorten im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer dauernden Facharztanwesenheit in den in Z 3 erster Satz genannten Sonderfächern abgesehen werden, wenn die für Standardkrankenanstalten geltenden Anwesenheitserfordernisse eingehalten werden, eine Rufbereitschaft eingerichtet und eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende fachspezifische Patientenversorgung gewährleistet ist. Zur Beurteilung der Frage, ob eine entsprechende Patientenversorgung gewährleistet ist, hat der Träger der Krankenanstalt ein Gutachten des Landessanitätsrats einzuholen. In dem Gutachten ist auf die spezifischen Gegebenheiten, insbesondere die Größe, die Überschaubarkeit und die räumliche Entfernung der Abteilungen bzw. Teile der Abteilungen einzugehen.
4. In Standardkrankenanstalten muss im Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst jederzeit eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch mindestens einen in der Krankenanstalt anwesenden Facharzt aus dem Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin oder aus dem Sonderfach Innere Medizin oder aus dem Sonderfach Chirurgie oder aus dem Sonderfach Unfallchirurgie gewährleistet sein. Überdies muss eine Rufbereitschaft von Fachärzten der genannten Sonderfächer sowie der jeweiligen

sonst in Betracht kommenden Sonderfächer eingerichtet sein. In der übrigen Zeit müssen Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer dauernd anwesend sein.

4a. Entfallen

4b. Befindet sich eine Schwerpunkt- oder Standardkrankenanstalt in unmittelbarer räumlicher Nähe einer anderen Krankenanstalt, kann bei der Einrichtung des ärztlichen Dienstes in den Abteilungen und Organisationseinheiten dieser Krankenanstalten im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer dauernden Facharztanwesenheit in den in Z 3 oder 4 genannten Sonderfächern 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 ein Gutachten des Landessanitätsrates einzuholen. In dem Gutachten ist auf die spezifischen Gegebenheiten, insbesondere die räumliche Nähe der Krankenanstalten und die Größe und Überschaubarkeit der betreffenden Abteilungen und Organisationseinheiten einzugehen. In den jeweils nicht mit einem Facharzt besetzten Abteilungen und Organisationseinheiten der in Z 3 oder 4 genannten Sonderfächer 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.

4c. In Fachschwerpunkten kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärztinnen bzw. Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.

4d. In dislozierten Wochenkliniken gelten die Bestimmungen zur Rufbereitschaft gemäß Z 3, 3a, 4 und 4b sinngemäß und kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärztinnen bzw. Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn im Bedarfsfall die Weiterbetreuung der Patientinnen und Patienten durch die Partner - oder Mutterabteilung außerhalb der Betriebszeiten sichergestellt ist.

4e. In dislozierten Tageskliniken kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärztinnen bzw. Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder

Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.

- ~~4c. In Fachschwerpunkten kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist.~~
- ~~4d. In dislozierten Wochenkliniken gelten die Bestimmungen zur Rufbereitschaft gemäß Z 3, 3a, 4 und 4b sinngemäß und kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn im Bedarfsfall die Weiterbetreuung der Patienten durch die Mutterabteilung außerhalb der Betriebszeit sichergestellt ist.~~
- ~~4e. 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.~~
5. In Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien für physikalische Therapie, Logopädie und Ergotherapie, 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 Anwesenheiten die erforderlichen ärztlichen Anordnungen für das Personal nach dem Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) und für Heilmasseure nach dem Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz (MMHmG) sowie, neben ärztlichen Anordnungen, auch die erforderliche Aufsicht über medizinische Masseure nach dem MMHmG und über das Personal nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) und nach dem Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G) sowie nach dem MABG gewährleistet ist.
6. Die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte und Zahnärzte müssen die Möglichkeit haben, sich im erforderlichen Ausmaß fortbilden zu können.
7. In Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, muß die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet sein.

(1a) Die Landesregierung kann nach Anhörung der Ärztekammer für Oberösterreich durch Verordnung nähere Regelungen über die Rufbereitschaft festlegen. Dabei ist insbesondere Bedacht zu nehmen auf

1. die Sicherstellung der für die Patienten nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen ärztlichen Hilfe,
2. den Versorgungsauftrag der Krankenanstalten,
3. die in den Krankenanstalten eingerichteten Abteilungen und Organisationseinheiten.

(2) Die Landesregierung hat auf Vorschlag der Ärztekammer für Oberösterreich durch Bescheid dem Rechtsträger einer Krankenanstalt eine über die Erfordernisse des Abs. 1 hinausgehende Anwesenheit von Fachärzten oder Ärzten in Ausbildung zum Facharzt aufzutragen, soweit dies auf Grund der speziellen Gegebenheiten und Erfordernisse, insbesondere aus medizinischer Sicht, notwendig ist.

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

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

(5) Den Mitgliedern der Ausbildungskommission der Ärztekammer für Oberösterreich ist zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben der Zutritt zu Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, zu gestatten und in alle Unterlagen Einsicht zu gewähren, die zur Überprüfung der Ausbildung der Turnusärzte und der organisatorischen und personellen Rahmenbedingungen für diese Ausbildung erforderlich sind (wie Rasterzeugnisse, Personalaufzeichnungen, Dienstpläne und dgl.). Ein Recht auf Einsicht in Krankengeschichten in personenbezogener Form besteht nur aus Anlass der Überprüfung bestimmter Einzelfälle zum Zweck der Beurteilung der Ausbildung konkreter Turnusärzte und nur insoweit, als das öffentliche Interesse der Gewährleistung der Qualität der Ausbildung und der fachlichen Befähigung von Turnusärzten das schutzwürdige Geheimhaltungsinteresse des Betroffenen überwiegt. Weiters sind den Mitgliedern alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Tätigkeit der Ausbildungskommission darf den ordnungsgemäßen Anstaltsbetrieb nicht beeinträchtigen und hat im Einvernehmen mit dem ärztlichen Leiter zu erfolgen.

§ 16

Krankenhaushygiene

(1) Der Rechtsträger hat für jede Krankenanstalt einen Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder einen sonst fachlich geeigneten, zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt (Hygienebeauftragten), der in bettenführenden Krankenanstalten nicht der ärztliche Leiter der Krankenanstalt sein darf, zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Für jedes Zahnambulatorium ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur 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. Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die Bestellung des Krankenhaushygienikers (Hygienebeauftragten) der Landesregierung anzuzeigen.

(2) In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten mindestens eine Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit zusätzlicher Qualifikation als Hygienefachkraft zu bestellen. In Krankenanstalten mit über 300 Betten ist die Tätigkeit der Hygienefachkraft hauptberuflich auszuüben. Die Zahl der weiteren Hygienefachkräfte sowie das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Zahl der Betten und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten.

(3) In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist ein Hygieneteam zu bilden, dem der Krankenhaushygieniker bzw. der Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft (Hygienefachkräfte) und weitere für Belange der Hygiene erforderliche Angehörige des

ärztlichen und des nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören. Die Leitung des Hygieneteams obliegt dem Krankenhaushygieniker bzw. dem Hygienebeauftragten.

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

(4a) Die Rechtsträger der Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen berechtigt, Daten der Patienten in pseudonymisierter Form indirekt personenbezogen zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten.

(5) Für die Erfüllung seiner Aufgaben sind dem Hygieneteam die erforderlichen räumlichen, technischen und personellen Voraussetzungen zur Verfügung zu stellen.

(6) 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. Für die im Abs. 4 genannten Aufgaben ist jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.

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

(8) 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.

(9) Die Rechtsträger 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.

§ 18a

Kinder- und Opferschutzgruppen

(1) Die Rechtsträger der Sonderkrankenanstalten für Kinder- und Jugendheilkunde und der allgemeinen Krankenanstalten, die über eine Abteilung oder sonstige Organisationseinheit für Kinder- und Jugendheilkunde verfügen, sind verpflichtet, Kinderschutzgruppen einzurichten. Für Krankenanstalten mit Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten für Kinder- und Jugendheilkunde mit nicht mehr als 25 Betten können Kinderschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.

(2) Der Kinderschutzgruppe obliegen insbesondere die Früherkennung von Gewalt an oder Vernachlässigung von Kindern und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden

Berufsgruppen für Gewalt an Kindern sowie die Früherkennung von häuslicher Gewalt an Opfern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(3) Der Kinderschutzgruppe haben jedenfalls anzugehören:

1. als Vertreter des ärztlichen Dienstes ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder ein Facharzt für Kinderchirurgie;
2. als Vertreter des Pflegedienstes eine diplomierte Kinderkrankenschwester oder ein diplomierter Kinderkrankenpfleger;
3. Personen, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig sind.

(4) Die Kinderschutzgruppe kann, gegebenenfalls auch im Einzelfall, beschließen, einen Vertreter des zuständigen Jugendwohlfahrtsträgers beizuziehen. Die Tätigkeit der Kinderschutzgruppe ist schriftlich zu dokumentieren.

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

(6) Der Opferschutzgruppe obliegen insbesondere die Früherkennung von häuslicher Gewalt und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für häusliche Gewalt.

(7) Der Opferschutzgruppe haben jedenfalls anzugehören:

1. zwei Vertreter des ärztlichen Dienstes, die bei einem entsprechenden Leistungsangebot Vertreter der Sonderfächer Unfallchirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu sein haben;
2. als Vertreter des Pflegedienstes eine diplomierte Krankenschwester oder ein diplomierter Krankenpfleger;
3. Personen, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig sind.

(7a) Wird ein Vorwurf erhoben oder besteht ein Verdacht, dass es zu sexuellen Übergriffen oder körperlichen Misshandlungen oder zur Zufügung seelischer Qualen einer Patientin oder eines Patienten durch Anstaltspersonal gekommen sei, so hat die Opferschutzgruppe eine unabhängige externe Person, etwa aus dem Bereich der Patientenvertretung (§ 12), beizuziehen.

(8) Von der Einrichtung einer Opferschutzgruppe kann abgesehen werden, wenn die Kinderschutzgruppe unter Beachtung der personellen Vorgaben des Abs. 7 auch die Aufgaben der Opferschutzgruppe nach Abs. 6 erfüllen kann. Anstelle einer Opferschutzgruppe und einer Kinderschutzgruppe kann auch eine Gewaltschutzgruppe eingerichtet werden, die unter Beachtung der personellen Vorgaben der Abs. 3 und 7 sowohl die Aufgaben nach Abs. 2 als auch nach Abs. 6 wahrnimmt.

§ 21

Krankengeschichten und sonstige Vormerke

(1) In Krankenanstalten sind

1. Vormerke über die Aufnahme und Entlassung der Patienten (Aufnahmebuch oder -kartei) zu führen, in denen die Patienten jedenfalls unter fortlaufenden Nummern mit

vollständigem Namen (unter Angabe eines allfälligen Geburtsnamens), den Geburtsdaten und bei nicht eigenberechtigten Patienten auch unter Angabe des vollständigen Namens, Berufes und Wohnortes ihres gesetzlichen Vertreters, ferner unter Bezeichnung der Krankheit, durch die die Aufnahme verursacht wurde, sowie des Aufnahme- und des Entlassungstages bzw. des Todestages und der Todesursache einzutragen sind; ferner Vormerke über die maßgebenden Gründe für die Ablehnung der Aufnahme oder die tagesklinische Aufnahme nach § 46 Abs. 1 letzter Satz; die Eintragung des Vor- und Familiennamens, der Geburtsdaten und der Daten des gesetzlichen Vertreters kann unterbleiben, wenn Frauen, die zur Entbindung aufgenommen werden, dies verlangen;

2. Krankengeschichten anzulegen, in denen

a) unter Übernahme der in Z 1 bezeichneten Angaben die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese), der Zustand des Patienten zur Zeit der Aufnahme (status praesens), der Krankheitsverlauf (decursus morbi), die angeordneten Maßnahmen sowie die erbrachten ärztlichen und gegebenenfalls zahnärztlichen Leistungen einschließlich Medikation (insbesondere hinsichtlich Name, Dosis, Darreichungsform und Chargen im Sinn des § 26 Abs. 7 des Arzneimittelgesetzes) und Aufklärung des Patienten und

b) sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen, einer allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinisch-technischen Dienste und

c) der Zustand des Patienten zur Zeit seiner Entlassung aus der Krankenanstalt, gegebenenfalls mit einer Abschrift der Obduktionsniederschrift (§ 49 Abs. 3), und

d) Patientenverfügungen (§ 2 Abs. 1 PatVG) und

e) allfällige Widersprüche des Patienten gemäß § 44 KAKuG und § 5 Abs. 1 Organtransplantationsgesetz darzustellen sind;

3. über Operationen eigene Operationsniederschriften zu führen und der Krankengeschichte beizulegen;

4. über Entnahmen nach § 5 Organtransplantationsgesetz und § 4 Abs. 5 Gewebesicherheitsgesetz eigene Niederschriften zu führen und der Krankengeschichte beizulegen; die Niederschriften über Entnahmen nach § 5 Organtransplantationsgesetz haben insbesondere Angaben darüber zu enthalten, wie der Tod des Spenders festgestellt wurde und wann dieser eingetreten ist, weiters Angaben über die Entnahme selbst, insbesondere über die entnommenen Organe oder Organteile und den Zeitpunkt der Durchführung.

(2) Die Führung der Krankengeschichte obliegt hinsichtlich der Aufzeichnungen

1. gemäß Abs. 1 Z 2 lit. a, c, d und e dem für die ärztliche Behandlung verantwortlichen Arzt gegebenenfalls dem für die zahnärztliche Behandlung Verantwortlichen, und

2. gemäß Abs. 1 Z 2 lit. b der jeweils für die erbrachten sonstigen Leistungen verantwortlichen Person.

(3) Die Operationsniederschriften sind vom behandelnden Arzt zu führen, Niederschriften gemäß Abs. 1 Z 4 sind hinsichtlich der Feststellungen über den Eintritt des Todes von dem

den Tod feststellenden Arzt, hinsichtlich der Angaben über die Entnahme von dem die Entnahme durchführenden Arzt zu unterfertigen.

(4) Aufzeichnungen, die Geheimnisse betreffen, die den in einer Krankenanstalt beschäftigten Personen anvertraut oder bekannt geworden sind, dürfen im Rahmen der Krankengeschichte oder der sonstigen Vormerke nicht geführt werden. Ausgenommen davon sind jene Geheimnisse, für die eine Verschwiegenheitspflicht gemäß § 20 Abs. 2 nicht besteht.

(5) Die Verwahrung der Krankengeschichten und sonstigen Vormerke hat derart zu erfolgen, daß eine mißbräuchliche Kenntnisnahme ihres Inhaltes verläßlich ausgeschlossen ist. Nach ihrem Abschluß sind Vormerke gemäß Abs. 1 Z 2, 3 und 4 mindestens 30 Jahre, allenfalls in Form von Mikrofilmen oder auf einem zur Speicherung geeigneten Medium der elektronischen Datenverarbeitung (Magnetband, Diskette, Bildplatte usw.) in doppelter Ausfertigung, getrennt aufzubewahren; Hilfsmittel zur Erstellung von Befunden (wie Röntgenbilder, Videoaufnahmen, Präparate, EEG- und EKG-Aufzeichnungen und dgl.) sowie Vormerke gemäß Abs. 1 Z 2 und 3 bei ambulanter Untersuchung oder Behandlung sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren, falls nicht der jeweilige Abteilungsleiter (Leiter der Krankenanstalt) eine längere Aufbewahrung anordnet. Wird eine Krankenanstalt aufgelassen, so sind Vormerke gemäß Abs. 1 Z 2, 3 und 4, deren Verwahrungsdauer noch nicht abgelaufen ist, der Landesregierung zu übermitteln. Nach Ablauf der Verwahrungsdauer können solche Vormerke vernichtet werden. Verwahrung und Vernichtung haben so zu erfolgen, daß eine mißbräuchliche Kenntnisnahme des Inhaltes verläßlich ausgeschlossen ist.

(6) Kopien von Krankengeschichten und von ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patienten sind von den Krankenanstalten

1. den Gerichten und Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, auf Grund eines Ersuchens, in dem das öffentliche Interesse begründet wird,
2. den Sozialversicherungsträgern, den Kranken- und Unfallfürsorgeeinrichtungen öffentlichen Rechts, den Organen des Oö. Gesundheitsfonds sowie von diesen beauftragten Sachverständigen, der Patientenvertretung (§ 12) und dem Oö. Patientenentschädigungsfonds (§ 86a), soweit dies zur Wahrnehmung der ihnen obliegenden Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung bildet, und
3. den einweisenden oder behandelnden Ärzten oder Zahnärzten und den Krankenanstalten, in deren Behandlung der Betroffene steht,

auf Grund eines entsprechenden Ersuchens ohne Verzug kostenlos auszufolgen. Anderen Versicherungsträgern sind Kopien der Krankengeschichten ihrer Versicherten gegen Kostenersatz auszufolgen, wenn der Versicherte dem Rechtsträger gegenüber ausdrücklich schriftlich zugestimmt hat oder soweit dies zur Wahrung überwiegender berechtigter Interessen des Versicherungsträgers notwendig ist.

(7) Personen, auf die sich die Krankengeschichte bezieht sowie ihre Vertreter mit einer besonderen Vollmacht, die sich auf die Einsicht oder Ausfolgung bezieht, haben das Recht auf Einsicht sowie nach Maßgabe des Art. 15 Abs. 3 der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung) ~~gegen Kostenersatz~~ auf Ausfolgung von Kopien der Krankengeschichte. Dieses Recht besteht jedoch nicht, wenn wichtige medizinische oder

therapeutische Gründe dagegen sprechen und dies auf Grund der besonderen Umstände des Einzelfalles zum Wohl des Patienten unvermeidlich ist.

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

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

(10) Die Rechtsträger der Krankenanstalten dürfen die Speicherung, Verarbeitung und Aufbewahrung von Krankengeschichten, auch mittels automationsunterstützter Datenverarbeitung, durch Vertrag solchen Rechtsträgern übertragen, die den Kriterien des Abs. 5 entsprechen. Für die bei diesen Rechtsträgern beschäftigten Personen besteht die Verschwiegenheitspflicht gemäß § 20 sinngemäß. Diese Personen sind vom Rechtsträger, bei dem sie beschäftigt sind, auf die Einhaltung dieser Verpflichtung vor Aufnahme dieser Tätigkeit ausdrücklich hinzuweisen. Die Übermittlungen von personenbezogenen Daten im Weg eines Auftragsverarbeiters, dem die Verarbeitung übertragen wurde, durch den Rechtsträger einer Krankenanstalt ist nur an Ärztinnen, Ärzte, Zahnärztinnen, Zahnärzte oder Krankenanstalten zulässig, in deren Behandlung die Betroffene bzw. der Betroffene steht.~~Weitergaben von personenbezogenen Daten durch Rechtsträger, denen die Speicherung, Verarbeitung und Aufbewahrung übertragen wurde, sind nur an Ärzte oder Zahnärzte oder Krankenanstalten, in deren Behandlung der Betroffene steht, und nur, sofern ein Auftrag jener Krankenanstalt vorliegt, die die Krankengeschichte angelegt hat, zulässig.~~

§ 27

Qualitätssicherung

(1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben die Qualität (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) der Leistungen der Krankenanstalten sowie die Patientensicherheit zu gewährleisten.~~Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben die Qualität (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) der Leistungen der Krankenanstalten sicherzustellen.~~ Dazu sind interne organisatorische Einrichtungen zu schaffen, die regelmäßig vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten unter Bedachtnahme auf überregionale Belange ermöglichen. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfaches einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden.

(2) Die kollegiale Führung der Krankenanstalt hat die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen. In Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Träger der Krankenanstalt für jeden Bereich dafür zu sorgen, daß die jeweiligen Verantwortlichen die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherstellen.

(3) In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person steht. Dieser Kommission haben zumindest ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und ein Vertreter des Verwaltungsdienstes anzugehören. Erforderlichenfalls sind ein Vertreter des Hygieneteams, ein Facharzt für Pathologie, der

Technische Sicherheitsbeauftragte sowie weitere Experten als stimmberechtigte Mitglieder beizuziehen.

(4) Die Mitglieder der Kommission sind von der kollegialen Führung der Krankenanstalt zu bestellen. Für jedes Mitglied ist ein in gleicher Weise qualifizierter Vertreter zu bestellen. Die Bestellung ist der Landesregierung anzuzeigen.

(4a) In Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, gehört der Kommission auch das Rektorat oder ein von der Universität vorgeschlagener Universitätsprofessor an. Ist an einer Universität eine Medizinische Fakultät eingerichtet, so gehört der Kommission der Vizerektor für den medizinischen Bereich oder ein vom Vizerektor für den medizinischen Bereich vorgeschlagener Universitätsprofessor an.

(5) Aufgabe der Kommission ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die kollegiale Führung der Krankenanstalt bzw. in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung den jeweiligen Verantwortlichen über alle dafür erforderlichen Maßnahmen zu beraten.

(5a) Nimmt die Kommission im Rahmen ihrer Tätigkeit Mängel in der Qualität der Leistungen der Krankenanstalt wahr, hat sie die kollegiale Führung nachweislich zu informieren. Können diese Mängel von der kollegialen Führung nicht behoben werden, hat die kollegiale Führung den Rechtsträger der Krankenanstalt und gleichzeitig die für die sanitäre Aufsicht zuständige Behörde zu informieren, die nach § 60 KAKuG vorzugehen hat. In Krankenanstalten ohne kollegiale Führung gilt diese Bestimmung sinngemäß für den jeweiligen Verantwortlichen.

(5b) Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen und die dafür gemäß § 6 des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen erforderlichen nicht personenbezogenen Daten dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung zu stellen, soweit diese nicht ohnehin auf Grund anderer Dokumentationsverpflichtungen zu melden sind. Weiters sind die Rechtsträger der Krankenanstalten verpflichtet, an regelmäßigen sektorenübergreifenden Patientenbefragungen teilzunehmen.

(6) Die Landesregierung kann durch Verordnung nähere Bestimmungen über die Maßnahmen der Qualitätssicherung im Hinblick auf die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität und deren Kontrolle erlassen. Dabei sind überregionale Belange zu berücksichtigen und ist darauf Bedacht zu nehmen, daß eine vergleichende Prüfung mit anderen Krankenanstalten ermöglicht wird.

(7) Die Kommission für Qualitätssicherung hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, die der Landesregierung anzuzeigen ist. Die Geschäftsordnung ist innerhalb von drei Monaten ab Einlangen der Anzeige zu untersagen, wenn sie den Aufgaben und Zielsetzungen der Kommission für Qualitätssicherung nicht entspricht; andernfalls gilt die Geschäftsordnung als genehmigt.

§ 28a

Transparentes Wartelistenregime

(1) Die Rechtsträger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten sind verpflichtet, in den Sonderfächern Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie für elektive Operationen sowie für Fälle invasiver Diagnostik ein transparentes Wartelistenregime in ~~pseudonymisierter~~ ~~anonymisierter~~ Form einzurichten, sofern die jeweilige Wartezeit vier Wochen überschreitet.

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

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

1. die Wartezeit der einzelnen Personen, das ist die Zeit, die zwischen der Aufnahme in die Warteliste und dem Eingriffstermin liegt;
2. die Anzahl der pro Abteilung für den jeweiligen Eingriff vorgemerkten Personen auf der Warteliste und davon die Anzahl der Sonderklassepatienten.

(4) Für den Eingriff vorgemerkte Personen sind auf ihr Verlangen über die gegebene Wartezeit zu informieren. Dabei ist nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten tunlichst eine Auskunftseinholung auf elektronischem Weg zu ermöglichen.

3. HAUPTSTÜCK

1. ABSCHNITT

Besondere Bestimmungen für öffentliche Krankenanstalten

§ 41

Notkrankenanstalten

(1) Die Landesregierung kann im Fall eines Notstandes geeignete Liegenschaften samt Einrichtung zur Verwendung als Krankenanstalten im unbedingt notwendigen Umfang zugunsten des Landes oder eines anderen Rechtsträgers beschlagnahmen, wenn die Anstaltsbehandlung anstaltsbedürftiger Menschen sonst nicht sichergestellt ist und nicht andere überwiegende Interessen entgegenstehen. Die Beschlagnahme hat die Wirkung, daß die von ihr erfaßten Gegenstände der Verfügung der bisher Berechtigten entzogen sind.

(2) Ein Notstand im Sinn des Abs. 1 liegt insbesondere vor

1. in Fällen des Einsatzes des Bundesheeres im Rahmen der militärischen Landesverteidigung, zum Schutz der verfassungsmäßigen Einrichtungen und ihrer Handlungsfähigkeit sowie der demokratischen Freiheiten der Bewohner und zur Aufrechterhaltung der Ordnung und Sicherheit im Inneren überhaupt,
2. in Fällen von Elementarereignissen und Unglücksfällen außergewöhnlichen Umfangs, in Fällen von Seuchen, Massenvergiftungen oder radioaktiven Verstrahlungen.

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

(4) Der Inhaber einer beschlagnahmten Liegenschaft ist vom Land, oder wenn zugunsten eines anderen Rechtsträgers beschlagnahmt wurde, von diesem für alle dadurch verursachten vermögensrechtlichen Nachteile angemessen schadlos zu halten. Die Entschädigung ist,

wenn keine gütliche Übereinkunft zustande kommt, von der Landesregierung unter sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen der §§ 4 bis 9 des Eisenbahn-Enteignungsentschädigungsgesetzes mit Bescheid festzusetzen. ~~Innerhalb von sechs Monaten nach Zustellung des Bescheides kann jede der beiden Parteien die Festsetzung des Entschädigungsbetrages bei dem nach der örtlichen Lage der Liegenschaft zuständigen Landesgericht beantragen. Mit dem Einlangen des Antrages beim Landesgericht tritt der Bescheid außer Kraft. Der Antrag an das Gericht auf Festsetzung des Entschädigungsbetrages kann nur mit Zustimmung des Antragsgegners zurückgezogen werden; in diesem Fall gilt, sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde, der im Bescheid festgesetzte Entschädigungsbetrag als vereinbart.~~

(5) Für Krankenanstalten, die im Fall eines Notstandes eingerichtet werden, kann die Landesregierung von den Bestimmungen dieses Landesgesetzes und der auf Grund dieses Landesgesetzes erlassenen Verordnungen Ausnahmen zulassen, soweit die Einhaltung dieser Bestimmungen wegen der räumlichen oder sonst durch den Notstand bedingten Verhältnisse unmöglich ist.

§ 41a

Arzneimittelkommission

(1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben für bettenführende Krankenanstalten hinsichtlich der Auswahl und des Einsatzes von Arzneimitteln Arzneimittelkommissionen einzurichten. Eine Arzneimittelkommission kann auch für mehrere Krankenanstalten eingerichtet werden.

(2) Die Arzneimittelkommission hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Erstellung einer Liste der Arzneimittel, die in der Krankenanstalt Anwendung finden (Arzneimittelliste), unter Kennzeichnung jener Arzneimittel, die der Dokumentationspflicht nach dem Ärztegesetz 1998 unterliegen;
2. Adaptierung der Arzneimittelliste;
3. Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung von und den Umgang mit Arzneimitteln.

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

1. Für die Anwendung der Arzneimittel ist ausschließlich der Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten maßgeblich.
2. Die Auswahl und Anwendung der Arzneimittel darf nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft erfolgen.
3. Die Erstellung und Adaptierung der Arzneimittelliste hat unter Bedachtnahme auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot so zu erfolgen, dass die gebotene Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln sichergestellt ist.
4. Bei Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität bzw. einer Universität, an der eine Medizinische Fakultät

eingerichtet ist, dienen, ist darüber hinaus zu gewährleisten, dass diese ihre Aufgaben auf dem Gebiet der universitären Forschung und Lehre uneingeschränkt erfüllen können.

(4) Bei der Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung von und den Umgang mit Arzneimitteln ist neben den Grundsätzen gemäß Abs. 3 auch auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht zu nehmen, insbesondere, dass

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

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

(6) Der Arzneimittelkommission gehören jedenfalls folgende in der Krankenanstalt tätige Personen an:

1. eine Ärztin oder ein Arzt mit fachlicher Eignung und der Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung als Vorsitzende oder Vorsitzender;
2. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Verwaltungsdienstes;
3. a) eine Krankenhaushygienikerin oder ein Krankenhaushygieniker oder
b) eine Hygienebeauftragte oder ein Hygienebeauftragter oder
c) eine Antibiotikabeauftragte oder ein Antibiotikabeauftragter;
4. a) eine Anstaltsapothekerin oder ein Anstaltsapotheker oder
b) eine Konsiliarapothekerin oder ein Konsiliarapotheker.

Der Arzneimittelkommission hat weiters eine Vertreterin oder ein Vertreter der Sozialversicherung anzugehören.

(7) Die Mitglieder der Arzneimittelkommission sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt zu bestellen, wobei die Vertreterin oder der Vertreter der Sozialversicherung vom Dachverband der ~~Hauptverband der österreichischen~~ Sozialversicherungsträger namhaft zu machen ist. Bei der Bestellung ist darauf zu achten, dass Frauen und Männer möglichst ausgewogen vertreten sind. Für jedes Mitglied ist ein in gleicher Weise qualifiziertes Ersatzmitglied zu bestellen. Die Bestellung ist der Landesregierung anzuzeigen.

(8) (Verfassungsbestimmung) Die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Arzneimittelkommission sind in Ausübung ihrer Tätigkeit in der Arzneimittelkommission weisungsfrei.

(9) Die Arzneimittelkommission ist beschlussfähig, wenn die oder der Vorsitzende oder ein für diese Person bestelltes Ersatzmitglied und zwei weitere Mitglieder oder deren Ersatzmitglieder anwesend sind. Die Arzneimittelkommission fasst ihre Beschlüsse mit Stimmenmehrheit, bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme der oder des Vorsitzenden. Eine Stimmenthaltung ist unzulässig.

(10) Die Arzneimittelkommission hat das Nähere, insbesondere über die Einberufung und den Ablauf der Sitzungen, in einer Geschäftsordnung festzulegen. In der Geschäftsordnung ist weiters festzulegen, dass die Vorgangsweise gemäß Abs. 4 Z 3 mit der Vertreterin oder dem Vertreter der Sozialversicherung abzustimmen ist und wie dabei vorzugehen ist. Die Geschäftsordnung ist der Landesregierung anzuzeigen.

(11) Die Geschäftsordnung ist innerhalb von drei Monaten ab Einlangen der Anzeige zu untersagen, wenn sie den Aufgaben und Zielsetzungen der Arzneimittelkommission nicht entspricht; andernfalls gilt die Geschäftsordnung als genehmigt.

(12) Über jede Sitzung der Arzneimittelkommission ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind dem Rechtsträger und der kollegialen Führung der Krankenanstalt zur Kenntnis zu bringen.

§ 48

Entlassung von Patienten

(1) Patienten, die auf Grund des durch anstaltsärztliche Untersuchung festgestellten Behandlungserfolges der Anstaltspflege nicht mehr bedürfen, sind aus der Anstaltspflege ohne Verzug zu entlassen. Anstaltsbedürftige Patienten sind zu entlassen, wenn ihre Überstellung in eine andere Krankenanstalt notwendig und sichergestellt ist. Die von der Anstaltsleitung bestimmten Anstaltsärzte haben vor jeder Entlassung durch Untersuchung festzustellen, ob der Patient geheilt, gebessert oder ungeheilt entlassen wird.

(2) Bei der Entlassung eines Patienten ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Entlassungsbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere ärztliche, psychologische, psychotherapeutische und pflegerische Betreuung oder Betreuung durch Hebammen notwendigen Angaben und Empfehlungen sowie allfällige notwendige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste oder Heilmasseure zur unerlässlich gebotenen Betreuungskontinuität zu enthalten hat. In diesem sind die Angaben und Empfehlungen bzw. Anordnungen übersichtlich und zusammengefasst darzustellen. Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Medikation haben den vom [Dachverband der 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 zu übermitteln oder

1. dem einweisenden oder weiterbehandelnden Arzt bzw. Zahnarzt und
2. bei Bedarf den für die weitere Betreuung in Aussicht genommenen Angehörigen eines Gesundheitsberufs und

3. bei Bedarf der für die weitere Pflege und Betreuung in Aussicht genommenen Einrichtung.

Konnte bei der Entlassung des Patienten nur eine Kurzinformation angefertigt werden, so muss ein ergänzender ausführlicher Entlassungsbrief so rasch wie möglich nachgesandt werden.

(3) Kann ein Patient nicht sich selbst überlassen werden und steht nicht die Übernahme des Patienten durch Angehörige oder sonst ihm nahestehende Personen fest, ist der Sozialhilfeträger rechtzeitig vor der Entlassung zu verständigen.

(4) 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.

(5) Die Abschlussdokumentation einer Behandlung in einer Ambulanz gilt als Entlassungsbrief. Die Abs. 2 und 4 sind sinngemäß anzuwenden.

§ 51

Pflegegebühren

(1) Die Pflegegebühren sind, soweit Abs. 2 und § 52 nichts anderes bestimmen, das tägliche Entgelt für alle Leistungen der Krankenanstalt in der allgemeinen Gebührenklasse. Mit den Pflegegebühren werden die Leistungen der Fondskrankenanstalten für jene stationären Patienten abgegolten, die nicht über den Oö. Gesundheitsfonds durch LKF-Gebührenersätze abgerechnet werden.

(2) Die Kosten der Beförderung des Patienten in eine Krankenanstalt und aus einer Krankenanstalt sowie von einer in eine andere Krankenanstalt, die Beistellung eines Zahnersatzes - sofern diese nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeführten Behandlung zusammenhängt -, die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körperersatzstücke) - soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen -, ferner die Kosten der Bestattung eines in der Krankenanstalt Verstorbenen sind in der Pflegegebühr nicht inbegriffen. Gleiches gilt für Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Patienten erbracht werden. Die Landesregierung kann unter Bedachtnahme auf die Erkenntnisse der Wissenschaft und die Erfahrungen der Praxis durch Verordnung feststellen, daß bestimmte orthopädische Hilfsmittel (Körperersatzstücke) nicht therapeutische Behelfe sind. Vor Erlassung einer solchen Verordnung ist dem Dachverband der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Rechtsträgern der Krankenanstalten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(3) Bei Entbindungen ist das Entbindungspauschale das Entgelt für alle Leistungen der Krankenanstalt in der allgemeinen Gebührenklasse einschließlich des Beistandes durch eine in der Anstalt angestellte Hebamme und der anschließenden Wochenbettpflege bis zu insgesamt zehn Tagen. Abs. 2 gilt sinngemäß.

(3a) Für tagesklinische Leistungen, die während einer stationären Unterbringung in der Krankenanstalt nur bis zur Dauer eines Tages erbracht werden, ist die Tagesklinik-Pflegegebühr das Entgelt für alle Leistungen der Krankenanstalt in der allgemeinen Gebührenklasse. Abs. 2 gilt sinngemäß.

(4) In den Fällen des § 46 Abs. 6 werden die Pflegegebühren nur für eine Person in Rechnung gestellt. Für Begleitpersonen in den Fällen des § 46 Abs. 7 sind jedoch Pflegegebühren zu entrichten; die Höhe dieser Pflegegebühren ist von der Landesregierung durch Verordnung festzusetzen und darf die für die Unterbringung (einschließlich der Verpflegung) der Begleitperson entstehenden Kosten nicht überschreiten.

(5) Für den Aufnahme- und den Entlassungstag sind die Pflegegebühren in voller Höhe zu entrichten. Bei Überstellung eines Patienten in eine andere Krankenanstalt in Oberösterreich hat nur die übernehmende Krankenanstalt Anspruch auf die Pflegegebühren für diesen Tag.

§ 59

Oö. Gesundheitsfonds

(1) Die an im Inland sozialversicherten Patienten in Fondskrankenanstalten erbrachten stationären und ambulanten Leistungen sind über den Oö. Gesundheitsfonds durch LKF-Gebührenersätze (§ 60) bzw. Ambulanz-Gebührenersätze (§ 61) abzurechnen, soweit für diese Patienten Leistungsansprüche aus der Sozialversicherung bestehen. Davon ausgenommen sind

1. Leistungen gemäß § 66 Abs. 2,
2. allfällige Sondergebühren gemäß § 53 Abs. 1 Z 1 bis 3 und
3. Leistungen, die an ambulanten Patienten, für die die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt leistungspflichtig ist, erbracht werden.

(2) Der Oö. Gesundheitsfonds hat gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten das Recht, in alle im § 67 Z 4 angeführten Unterlagen Einsicht zu nehmen.

(3) Voraussetzung für die Leistung der LKF-Gebührenersätze und Ambulanz-Gebührenersätze ist die Übereinstimmung der jeweiligen Krankenanstalt mit einer Verordnung gemäß § 39 Abs. 4 oder gemäß § 23 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes sowie die Erfüllung der Verpflichtung zur Dokumentation auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen sowie der Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität, insbesondere auf Grund des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen und des § 27, durch die Krankenanstalt.

(4) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ist gemäß § 4 Abs. 3 Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz (SV-EG) Verbindungsstelle für den Oö. Gesundheitsfonds. Er besorgt diese Aufgabe im übertragenen Wirkungsbereich und ist dabei an die Weisungen der Landesregierung gebunden.

(5) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger betreibt gemäß § 5 Abs. 3 SV-EG die Zugangsstelle für den Oö. Gesundheitsfonds hinsichtlich des europarechtlich vorgesehenen Datenaustauschs. Er besorgt diese Aufgabe im übertragenen Wirkungsbereich und ist dabei an die Weisungen der Landesregierung gebunden.

(Anmerkung: Bei Abs. 4 und 5 wird ab 1. Jänner 2020 die Wortfolge „Hauptverband der österreichischen“ durch die Wortfolge „Dachverband der“ ersetzt.)

~~(4) Die Fondskrankenanstalten haben in der im Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, vorgesehenen Form Diagnosen und Leistungsberichte an den Oö. Gesundheitsfonds spätestens zu folgenden Terminen zu übermitteln:~~

- ~~1. Bericht über das 1. Quartal bis 30. April des laufenden Jahres;~~

- ~~2. Bericht über das 1. Halbjahr bis 31. August des laufenden Jahres;~~
- ~~3. vorläufiger Jahresbericht bis 28. Februar des Folgejahres;~~
- ~~4. endgültiger Jahresbericht bis 30. September des Folgejahres.~~

§ 60

LKF-Gebührenersätze

(1) Leistungen der Fondskrankenanstalten, die an anstaltsbedürftigen (stationären) sozialversicherten Personen erbracht werden, sind über den Oö. Gesundheitsfonds leistungsorientiert durch LKF-Gebührenersätze abzurechnen, die wie folgt zu ermitteln sind: Im LKF-Kernbereich werden auf der Grundlage des österreichweit einheitlichen Systems der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in der jeweils aktuellen Fassung die LKF-Punkte für den einzelnen Patienten ermittelt. Änderungen im LKF-Kernbereich treten jeweils nur mit Jänner eines jeden Jahres in Kraft.

(2) Die Höhe des LKF-Gebührenersatzes ermittelt sich als Produkt der für den einzelnen Patienten ermittelten LKF-Punkte mit dem vom Oö. Gesundheitsfonds errechneten Eurowert je LKF-Punkt. Die Höhe dieses Eurowertes richtet sich nach der Dotation des Oö. Gesundheitsfonds, nach den für den LKF-Bereich vorgesehenen Mitteln sowie nach den von allen Fondskrankenanstalten erbrachten LKF-Punkten. ~~Der Oö. Gesundheitsfonds kann Richtlinien über die monatliche und jährliche (vorläufige und endgültige) Ermittlung des Eurowertes je LKF-Punkt und die Auszahlung der LKF-Gebührenersätze erlassen.~~

(3) Die Fondskrankenanstalten haben bis spätestens 20. eines jeden Monats die Diagnosen- und Leistungsberichte an den Oö. Gesundheitsfonds zu übermitteln. Diese monatliche Datenmeldung hat alle Abrechnungsdatensätze bis zum Monatsletzten des Vormonats des abzurechnenden Jahres zu umfassen. Dabei darf nur ein vom Oö. Gesundheitsfonds genehmigtes Bepunktungsprogramm verwendet werden. Die Berichte haben in maschinenlesbarer Form zu erfolgen und dem durch das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen vorgegebenen Inhalt zu entsprechen. Der Oö. Gesundheitsfonds hat die LKF-Gebührenersätze bis spätestens zum 21.7. des der Datenmeldung folgenden Monats auszubezahlen. ~~Abweichend davon sind im Jahr 1997 die LKF-Gebührenersätze für die Monate Jänner, Februar und März am 30. April 1997 auszubezahlen.~~

(4) Mit den Zahlungen gemäß Abs. 1 sind sämtliche Ansprüche der Fondskrankenanstalten für erbrachte stationäre Leistungen gegenüber dem Oö. Gesundheitsfonds abgegolten.

§ 61

Ambulanz-Gebührenersätze

(1) Leistungen der Fondskrankenanstalten, die an sozialversicherten Patienten ambulant erbracht werden, sind über den Oö. Gesundheitsfonds nach den dort für diesen Zweck dotierten Mitteln nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen abzurechnen.

(2) Die Auszahlung der Mittel für Ambulanzleistungen erfolgt ab 1. Jänner 2019 nach dem bundesweit einheitlichen Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich (LKF-ambulant). Für die Valorisierung der Ambulanz-Gebührenersätze gilt § 447f Abs. 1 ASVG.

(3) Die Fondskrankenanstalten haben quartalsweise eine Diagnosen- und Leistungsdokumentation im ambulanten Bereich gemäß § 6 des Bundesgesetzes über die

Dokumentation im Gesundheitswesen zu erstellen und dem Oö. Gesundheitsfonds zu übermitteln. Die Anweisung der Mittel durch den Oö. Gesundheitsfonds an die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten erfolgt zu den Terminen 21. April, 21. Juli, 21. Oktober und 21. Jänner des Folgejahres.

(4) Mit den Zahlungen gemäß Abs. 1 bis 3 sind sämtliche Ansprüche der Fondskrankenanstalten für erbrachte ambulante Leistungen gegenüber dem Oö. Gesundheitsfonds abgegolten.

~~(2) Die Mittel für Ambulanzleistungen (Ambulanz-Gebührenersätze) werden im Jahr 1997 auf die einzelnen Rechtsträger der Krankenanstalten im Verhältnis der für das Jahr 1994 von den Sozialversicherungsträgern geleisteten Ambulanzgebühren aufgeteilt (Jahrespauschale). Für die Valorisierung der Ambulanz-Gebührenersätze gilt § 447f Abs. 1 ASVG.~~

~~(3) Die Fondskrankenanstalten haben innerhalb von drei Monaten nach Ablauf eines Quartals Ambulanzleistungsberichte für das Quartal dem Oö. Gesundheitsfonds zu übermitteln. Der Inhalt der Ambulanzleistungsberichte ist durch Richtlinien des Oö. Gesundheitsfonds festzulegen.~~

~~(4) Der Oö. Gesundheitsfonds hat dem Rechtsträger der Krankenanstalt innerhalb von vier Wochen nach Ende eines Quartals ein Viertel des Jahrespauschales gemäß Abs. 2 erst dann zu leisten, wenn die Fondskrankenanstalt die im Abs. 3 angeführten Ambulanzleistungsberichte für das zweitvorangegangene Quartal vorgelegt hat. Abweichend davon hat der Oö. Gesundheitsfonds das erste Viertel der Jahrespauschale im Jahr 1997 vier Wochen nach Ablauf des ersten Quartals zu leisten.~~

~~(5) Änderungen des Leistungsaufkommens und des Leistungsspektrums, die ab 1997 eintreten, sind in den Folgejahren bei der Ermittlung der Jahrespauschale pro Krankenanstalt zu berücksichtigen, wobei insgesamt die Mittel für Ambulanzleistungen gemäß Abs. 2 nicht überschritten werden dürfen. Die Ermittlung hat durch den Oö. Gesundheitsfonds zu erfolgen.~~

~~(6) Mit den Zahlungen gemäß Abs. 1 bis 5 sind sämtliche Ansprüche der Fondskrankenanstalten für erbrachte ambulante Leistungen gegenüber dem Oö. Gesundheitsfonds abgegolten.~~

2. ABSCHNITT

Beziehungen der Rechtsträger der Fondskrankenanstalten zu den Trägern der Sozialversicherung

§ 66

Leistungen

(1) Alle Leistungen der Fondskrankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, für die ein Anspruch aus der Sozialversicherung besteht, sind mit den folgenden Zahlungen abgegolten:

1. LKF-Gebührenersätze des Oö. Gesundheitsfonds,
2. Ambulanz-Gebührenersätze des Oö. Gesundheitsfonds,
3. Kostenbeiträge nach § 64 Abs. 2 (§ 447f Abs. 7 ASVG),
4. Kostenbeiträge nach § 52.

(2) Nicht damit abgegolten sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen, im Einvernehmen zwischen dem Dachverband der ~~Hauptverband der~~

~~österreichischen~~ Sozialversicherungsträger und dem Land Oberösterreich ausgenommene Leistungen (Art. 25 der im § 1 angeführten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG) und die im § 51 Abs. 2, § 53 Abs. 1 und § 59 Abs. 1 Z 3 angeführten Leistungen.

(3) Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten und in Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden, welche die Verrechnung von Gebührenersätzen gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten betreffen, gilt der Oö. Gesundheitsfonds als Versicherungsträger. Der Oö. Gesundheitsfonds kann jedoch Handlungen, welche den Aufwand der Versicherungsträger erhöhen würden, rechtsgültig nur im Einvernehmen mit dem Dachverband der ~~Hauptverband der österreichischen~~ Sozialversicherungsträger vornehmen. Dieses Einvernehmen kann rechtsgültig nur schriftlich hergestellt werden.

§ 69

Verträge mit Versicherungsträgern

(1) Soweit in diesem Landesgesetz nicht besonderes bestimmt ist, sind die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Rechtsträgern der Fondskrankenanstalten durch privatrechtliche Verträge zu regeln. Durch diese Verträge können Ansprüche auf Zahlungen nicht rechtsgültig begründet werden, sofern es sich nicht um Leistungen nach § 66 Abs. 2 und § 59 Abs. 1 Z 3 handelt. Die Verträge sind zwischen dem Dachverband der ~~Hauptverband der österreichischen~~ Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Versicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits im Einvernehmen mit dem Oö. Gesundheitsfonds abzuschließen. Diese Verträge sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen wurden.

(2) Wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Aufkündigung eines Vertrages ein neuer Vertrag zwischen dem Rechtsträger der Krankenanstalt und dem Dachverband der ~~Hauptverband der österreichischen~~ Sozialversicherungsträger nicht zustandekommt, hat auf Antrag die Schiedskommission (§ 70) mit Wirksamkeit ab der ansonsten bewirkten Vertragsauflösung über die gemäß Abs. 1 zu regelnden Angelegenheiten zu entscheiden. Das gleiche gilt für den Fall, daß der Rechtsträger der Krankenanstalt oder der Dachverband der Sozialversicherungsträger ~~Hauptverband~~ zum Abschluß eines Vertrages aufgefordert hat, jedoch innerhalb von zwei Monaten ein solcher Vertrag nicht zustandegekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom Rechtsträger der Krankenanstalt oder vom Dachverband der ~~Hauptverband der österreichischen~~ Sozialversicherungsträger gestellt werden. Der Dachverband der ~~Hauptverband der österreichischen~~ Sozialversicherungsträger hat in den Fällen dieses Absatzes im Einvernehmen mit dem in Betracht kommenden Sozialversicherungsträger vorzugehen.

(3) Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter ist abweichend vom Abs. 1 dritter Satz berechtigt, mit den Rechtsträgern der Krankenanstalten vertragliche Vereinbarungen im Sinn des § 59 Abs. 1 zweiter Satz B-KUVG zu treffen.

§ 70

Schiedskommission

(1) Die Schiedskommission wird beim Amt der Landesregierung errichtet und besteht aus einer bzw. einem Vorsitzenden und vier weiteren Mitgliedern, die von der Landesregierung wie folgt bestellt werden:

1. eine Richterin bzw. ein Richter aus dem Aktivstand der zum Sprengel des Oberlandesgerichts Linz gehörenden Gerichte, auf Vorschlag der Präsidentin bzw. des Präsidenten des Oberlandesgerichts, als Vorsitzende bzw. Vorsitzender;
2. ein Mitglied auf Vorschlag des Dachverbands der Hauptverbände der österreichischen Sozialversicherungsträger;
3. ein Mitglied aus dem Kreis der Bediensteten des Aktivstands des Amtes der Landesregierung;
4. ein Mitglied der Kammer der Wirtschaftstreuhande auf Vorschlag des Dachverbands der Hauptverbände der österreichischen Sozialversicherungsträger;
5. ein Mitglied der Kammer der Wirtschaftstreuhande auf Vorschlag des Oö. Gesundheitsfonds.

Für jedes Mitglied ist für den Fall seiner Verhinderung in gleicher Weise ein Ersatzmitglied zu bestellen.

(2) Wird innerhalb einer von der Landesregierung zu bestimmenden angemessenen Frist von mindestens sechs Wochen kein Vorschlag erstattet, der den im Abs. 1 Z 2 bis 5 angeführten Voraussetzungen entspricht, entscheidet die Landesregierung ohne Vorschlag.

(3) Die Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Schiedskommission sind für eine Amtsdauer von vier Jahren zu bestellen. Wiederbestellungen sind zulässig.

(4) Das Amt als Mitglied (Ersatzmitglied) endet nur mit dem Ablauf der Amtsdauer, dem Wegfall von für die Bestellung erforderlichen Voraussetzungen oder der rechtskräftigen Verhängung einer Disziplinarstrafe nach einem gesetzlich geregelten Disziplinarrecht.

(5) Ein Mitglied (Ersatzmitglied) kann aus wichtigen gesundheitlichen oder beruflichen Gründen, durch die eine ordnungsgemäße Ausübung des Amtes nicht gewährleistet erscheint, über eigenes Ansuchen vom Amt enthoben werden.

(6) Scheidet ein Mitglied (Ersatzmitglied) vor dem Ablauf der Amtsdauer, für die es bestellt wurde, aus, so ist für den Rest dieser Amtsdauer ein Mitglied (Ersatzmitglied) nach den Bestimmungen der Abs. 1 und 2 nachzubestellen.

(7) Wird ein Mitglied (Ersatzmitglied) nach einem gesetzlich geregelten Disziplinarrecht mit einem Beschluß der zuständigen Disziplinarkommission von seinem Dienst bzw. von seiner Tätigkeit suspendiert, so ruht sein Amt für die Dauer der Suspendierung.

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

(9) Die Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Schiedskommission haben Anspruch auf eine angemessene Entschädigung und Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten. Die Höhe der Entschädigung wird durch Verordnung der Landesregierung festgesetzt. Die Höhe der Reise- und Aufenthaltskosten richtet sich nach den für Landesbeamte der Dienstklasse VIII geltenden Vorschriften.

(10) Auf das Verfahren vor der Schiedskommission ist das AVG anzuwenden. Unbeschadet des § 73 Abs. 1 AVG hat die Schiedskommission ohne Verzug möglichst innerhalb von drei Monaten nach Einlangen des Antrages zu entscheiden.

(11) *Entfallen*

(12) Der Ablauf der Amtsdauer von Mitgliedern (Ersatzmitgliedern) und ein sonstiger im Gesetz begründeter Wechsel in der Person von Mitgliedern (Ersatzmitgliedern) stehen der Weiterführung eines anhängigen Verfahrens nicht entgegen.

(13) Die Sitzungen der Schiedskommission sind von der bzw. dem Vorsitzenden rechtzeitig einzuberufen. Die Mitglieder sind nachweislich unter Bekanntgabe einer Tagesordnung zu verständigen.

(14) Eine Entscheidung der Schiedskommission kommt rechtsgültig zustande, wenn sämtliche Mitglieder (Ersatzmitglieder) anwesend sind und sich die Mehrheit für diese Entscheidung ausgesprochen hat. Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig.

(15) Die Landesregierung ist berechtigt, sich über alle Gegenstände der Geschäftsführung der Schiedskommission zu unterrichten.

(16) Nähere Bestimmungen über die Geschäftsordnung der Schiedskommission hat die Landesregierung durch Verordnung zu erlassen.

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

§ 71

Aufgaben der Schiedskommission

Die Schiedskommission hat folgende Aufgaben:

1. Entscheidung über Streitigkeiten aus zwischen den Rechtsträgern der Fondskrankenanstalten und dem Dachverband der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Träger der Sozialversicherung abgeschlossenen Verträgen einschließlich der Entscheidung über die aus diesen Verträgen erwachsenden Ansprüche gegenüber Trägern der Sozialversicherung oder gegenüber dem Oö. Gesundheitsfonds;
2. Entscheidung über Streitigkeiten zwischen dem Dachverband der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Träger der Sozialversicherung und dem Oö. Gesundheitsfonds über die wechselseitigen Verpflichtungen und Ansprüche aus der im § 1 genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG;
3. Entscheidung über Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus gemäß der im § 1 genannten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG gründen;
4. Entscheidung über die im § 69 Abs. 1 und 2 genannten Angelegenheiten.

7. ABSCHNITT

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

§ 84

Führung von Aufzeichnungen

(1) Für die Dokumentation und Aufbewahrung der nach dem Unterbringungsgesetz zu führenden Aufzeichnungen gilt § 21 sinngemäß.

(2) Psychiatrische Krankenanstalten und Abteilungen für Psychiatrie haben eine elektronische Dokumentation zu führen, die jedenfalls auch statistische Auswertungen ermöglicht und 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 der weitergehenden Beschränkungen,

4. anordnende Ärztin bzw. anordnender Arzt,

5. allfällige Verletzungen, die die untergebrachte Person oder das Personal im Zusammenhang mit weitergehenden Beschränkungen erlitten haben.

(3) Zur Sicherstellung des Kontrollzwecks 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.

4. HAUPTSTÜCK

Bestimmungen für private und militärische Krankenanstalten

§ 88

Anwendung anderer Bestimmungen

(1) Für die Errichtung und den Betrieb privater Krankenanstalten gelten die Bestimmungen des 1. und 2. Hauptstückes zur Gänze. Das 3. Hauptstück gilt wie folgt:

1. § 49 (Leichenöffnungen) mit der Maßgabe, dass Obduktionen durchzuführen sind, wenn diese wegen diagnostischer Unklarheiten des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffs erforderlich sind. Über jede Leichenöffnung ist eine Niederschrift aufzunehmen;

~~1. Leichenöffnungen (§ 49), die nicht sanitätspolizeilich oder gerichtlich angeordnet wurden, dürfen nur mit Zustimmung der nächsten Angehörigen des Verstorbenen vorgenommen werden;~~

~~Leichenöffnungen dürfen nur vorgenommen werden, wenn ein geeigneter Raum vorhanden ist; über jede Leichenöffnung ist eine Niederschrift aufzunehmen;~~

2. ferner gelten § 37, § 41a, ausgenommen Abs. 4, § 47, § 48 Abs. 1 zweiter und dritter Satz, § 48 Abs. 2 mit der Maßgabe, dass der Erstattungskodex und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise bei Empfehlungen über die weitere Medikation nur dann zu berücksichtigen sind, wenn der Patient die Heilmittel auf Kosten eines Trägers der Krankenversicherung beziehen wird, § 48 Abs. 4, § 50 und § 54;

2a. für gemeinnützige Krankenanstalten gelten zusätzlich zu den in Z 2 genannten Bestimmungen § 41a Abs. 4, §§ 51 bis 53, § 56 Abs. 1 zweiter und dritter Satz sowie § 62;

3. § 42 gilt mit der Maßgabe, dass Konsiliarapotheker den Arzneimittelvorrat von selbständigen Ambulatorien entsprechend deren Anstaltszweck regelmäßig, mindestens aber einmal jährlich, zu kontrollieren haben.

(2) Das 6. Hauptstück gilt soweit, als seine Bestimmungen nicht ausdrücklich auf öffentliche Krankenanstalten beschränkt sind.

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

(4) Die private Krankenanstalt hat, sofern die Leistungen nicht über den Oö. Gesundheitsfonds abgerechnet oder durch einen inländischen Träger der Sozialversicherung oder der Krankenfürsorge übernommen werden, nach erbrachter Leistung eine Rechnung über diese auszustellen.

§ 88a

Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien

(1) Für Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien gilt Folgendes:

1. Abweichend von § 6a Abs. 5 Z 1 und Abs. 6, 8 und 10 ist die Errichtungsbewilligung nur dann zu erteilen, wenn eine Primärversorgungseinheit im RSG abgebildet ist und - als Ergebnis eines Verfahrens nach § 14 Primärversorgungsgesetz - eine vorvertragliche Zusage der Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrags gemäß § 8 Primärversorgungsgesetz vorliegt.
2. § 6b Abs. 2 Z 3 und § 10 sind nicht anzuwenden.
3. Die Verpflichtung zur Einrichtung einer Arzneimittelkommission nach § 88 Abs. 1 Z 2 in Verbindung mit § 41a entfällt.
4. Die ärztliche Leiterin bzw. der ärztliche Leiter nach § 14 ist hauptberuflich zur persönlichen Berufsausübung verpflichtet. Gesellschafterinnen und Gesellschafter von Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien dürfen nur gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste, gesetzliche Krankenversicherungsträger, Gebietskörperschaften bzw. von Gebietskörperschaften eingerichtete Körperschaften und Fonds sein.

6. HAUPTSTÜCK

Allgemeine Bestimmungen

§ 94

Verarbeitung personenbezogener Daten

(1) Die Rechtsträger der Krankenanstalten sind ermächtigt, zum Zweck der Wahrnehmung der den Krankenanstalten gesetzlich übertragenen Aufgaben die dafür erforderlichen personenbezogenen Daten zum Zweck der Dokumentation und Auskunftserteilung (§ 21) und der Abrechnung (§§ 59 bis 62 und § 88 Abs. 3) unter Einhaltung der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung) zu verarbeiten.

~~(1) Die Rechtsträger der Krankenanstalten sind ermächtigt, zum Zweck der Wahrnehmung der den Krankenanstalten gesetzlich übertragenen Aufgaben die dafür erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten.~~

(2) Die Ermächtigung nach Abs. 1 umfasst unter den Voraussetzungen des Art. 9 der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung) auch die zur Wahrnehmung der übertragenen Aufgaben erforderlichen besonderen Kategorien personenbezogener Daten, insbesondere von Gesundheitsdaten. Zur Wahrung der Grundrechte und Interessen der betroffenen Personen sind die nach den datenschutzrechtlichen Bestimmungen vorgeschriebenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Zweck der Sicherheit der Verarbeitung zu treffen.

(3) Hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Abs. 1 sind die Pflichten und Rechte gemäß Art. 13, 14, 18 und 21 der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung) ausgeschlossen. Personenbezogene Daten gemäß Abs. 1, die der Geltendmachung, Ausübung und Verteidigung von Rechtsansprüchen dienen, dürfen jedenfalls bis zu 30 Jahre gespeichert und gegebenenfalls sonst verarbeitet werden.

**2. ABSCHNITT
ORGANISATION DES LANDESGESUNDHEITSFONDS**

1. UNTERABSCHNITT

ALLGEMEINES

§ 5

Organe und Gremien

(1) Organe des Fonds sind:

1. die Gesundheitsplattform,
2. die Landes-Zielsteuerungskommission.

(2) Zur Vorbereitung der Sitzungen der Organe des Fonds und zu deren Beratung ist ein Präsidium einzurichten, das sich aus je zwei Vertreterinnen bzw. Vertretern des intra- und extramuralen Bereichs zusammensetzt. Die Vertreterinnen bzw. Vertreter des intramuralen Bereichs werden von der Landesregierung, die Vertreterinnen bzw. Vertreter des extramuralen Bereichs von den Trägern der Sozialversicherung bestellt.

(3) Zur Wahrnehmung der Aufgaben der Landes-Zielsteuerungskommission in allen Angelegenheiten gemäß Art. 9 der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit sowie in den Angelegenheiten der Gesundheitsplattform gemäß § 8 Abs. 3 und 7 ist je eine gleichberechtigte Koordinatorin oder ein gleichberechtigter Koordinator aus dem intra- und extramuralen Bereich zu bestellen. Weiters obliegt den Koordinatoren die Vorbereitung der Sitzung und Beratung des Präsidiums. Die Koordinatorin oder der Koordinator aus dem intramuralen Bereich wird von der Landesregierung auf Vorschlag des für das Krankenanstaltenrecht zuständigen Mitglieds der Landesregierung bestellt und ist diesem Mitglied verantwortlich. Die Koordinatorin oder der Koordinator aus dem extramuralen Bereich wird von den Trägern der Sozialversicherung bestellt und ist der bzw. dem Vorsitzenden des Landesstellenausschusses der ÖGK ~~der Obfrau bzw. dem Obmann der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse~~ verantwortlich.

(4) Die Gesundheitsplattform kann beschließen, dass zur Beratung des Fonds eine Gesundheitskonferenz eingerichtet wird, in der die wesentlichen Verantwortungsträger des Gesundheitswesens vertreten sind.

(5) Die Gesundheitsplattform hat zur Beschlussfassung mit Angelegenheiten gemäß § 52b Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169/1998, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 26/2017, und § 26a Zahnärztegesetz, BGBl. I Nr. 126/2005, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 8/2016, Ausschüsse einzurichten. Die Gesundheitsplattform kann darüber hinaus zur Abgabe der Stellungnahmen gemäß § 6a Abs. 8 Oö. KAG 1997 sowie zur Vorberatung von bestimmten Angelegenheiten weitere Ausschüsse einrichten. Die Ausschüsse können Experten beiziehen, wenn dies zur Behandlung einzelner Angelegenheiten erforderlich ist.

(6) Die Gesundheitsplattform bestellt die Mitglieder der Ausschüsse gemäß Abs. 5 sowie deren Vorsitzende bzw. Vorsitzenden. Die Mitglieder der Ausschüsse müssen nicht

gleichzeitig Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Gesundheitsplattform sein. Für diese Mitglieder gilt § 6 Abs. 3, 6 und 7 sinngemäß.

(7) Die Führung der Geschäfte des Fonds, insbesondere die Erstellung des Voranschlags und des Rechnungsabschlusses für die Mittel gemäß § 3 sowie die Besorgung aller administrativen Angelegenheiten in diesem Zusammenhang obliegt der beim Amt der Landesregierung eingerichteten Geschäftsstelle des Fonds. Der Fonds hat dem Land die dafür anfallenden Kosten zu ersetzen.

(8) Soweit dies erforderlich ist, können die Organe des Fonds zur Abwicklung einzelner Projekte auch zusätzlich Dienst- oder Werkverträge abschließen.

(9) Auf einen Regressanspruch des Fonds gegen Personen, die eine Organfunktion gemäß Abs. 1 ausüben, ist das Dienstnehmerhaftpflichtgesetz, BGBl. Nr. 80/1965, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 169/1983, sinngemäß anzuwenden.

2. UNTERABSCHNITT GESUNDHEITSPLATTFORM

§ 6

Mitglieder der Gesundheitsplattform

(1) Der Gesundheitsplattform gehören an:

1. fünf Mitglieder für das Land;
2. fünf Mitglieder, die von den Sozialversicherungsträgern gemäß § 84a ASVG bestellt werden;
3. ein Mitglied, das vom Bund bestellt wird;
4. drei Mitglieder, die von der Ärztekammer für Oberösterreich bestellt werden;
5. ein Mitglied, das von der Österreichischen Apothekerkammer, Landesgeschäftsstelle Oberösterreich, bestellt wird;
6. ein Mitglied, das vom Österreichischen Städtebund, Landesgruppe Oberösterreich, bestellt wird;
7. ein Mitglied, das vom Oberösterreichischen Gemeindebund bestellt wird;
8. ein Mitglied, das von der Patientenvertretung gemäß § 12 Oö. KAG 1997 bestellt wird;
9. je ein Mitglied, das vom Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Landesverband OÖ, vom Pflegebeirat und von der ARGE Pflegedirektoren bestellt wird;
10. je ein Mitglied, das von der Oö. Gesundheits- und Spitals-AG (gespag), der Oö. Ordensspitäler Koordinations GmbH und der Kepler Universitätsklinikum GmbH bestellt wird;
11. ein Mitglied, das vom Dachverband der ~~Hauptverband der österreichischen~~ Sozialversicherungsträger bestellt wird;
12. ein Mitglied, das vom Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs bestellt wird.

(2) Für das Land sind folgende Mitglieder vertreten:

1. das für das Krankenanstaltenrecht zuständige Mitglied der Landesregierung;
2. vier von der Landesregierung bestellte Mitglieder.

(3) Für die Mitglieder gemäß Abs. 1 Z 1 sind von der Landesregierung fünf ständige Ersatzmitglieder zu bestellen. Für die Mitglieder gemäß Abs. 1 Z 2 können bis zu fünf ständige

Ersatzmitglieder bestellt werden. Für jedes gemäß Abs. 1 Z 4 bis 12 bestellte Mitglied kann ein ständiges Ersatzmitglied bestellt werden. Im Verhinderungsfall kann sich jedes Mitglied durch ein anderes Mitglied oder durch ein Ersatzmitglied für eine bestimmte Sitzung vertreten lassen. Das vom Bund bestellte Mitglied kann sich mittels Vollmacht durch eine andere Person vertreten lassen.

(4) Ist die Bestellung von Mitgliedern (Ersatzmitgliedern) der Gesundheitsplattform erforderlich, so hat die beim Amt der Landesregierung eingerichtete Geschäftsstelle des Fonds die gemäß Abs. 1 in Betracht kommende Stelle schriftlich unter Setzung einer angemessenen Frist dazu aufzufordern. Machen die zur Bestellung von Mitgliedern der Gesundheitsplattform Berechtigten von diesem Recht keinen Gebrauch und bestellen keine Mitglieder, bleiben die nichtbestellten Mitglieder bei der Feststellung der Beschlussfähigkeit außer Betracht.

(5) Den Vorsitz in der Gesundheitsplattform führt das für das Krankenanstaltenrecht zuständige Mitglied der Landesregierung. Die erste Stellvertreterin oder der erste Stellvertreter der oder des Vorsitzenden ist die oder der Vorsitzende des Landesstellenausschusses der ÖGK~~die Obfrau oder der Obmann der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse~~. Die Landesregierung kann aus dem Kreis der Mitglieder gemäß Abs. 1 Z 1 und 2 weitere Stellvertreterinnen und Stellvertreter der oder des Vorsitzenden bestellen. Der Vorsitzenden oder dem Vorsitzenden obliegt die Vertretung des Fonds nach außen. Soweit im Rahmen des genehmigten Budgets Verträge abzuschließen sind, werden solche Verträge von der Vorsitzenden oder dem Vorsitzenden im Namen und auf Rechnung des Fonds abgeschlossen.

(6) Das Amt als Mitglied (Ersatzmitglied) ist ein unbesoldetes Ehrenamt.

(7) Die Mitglieder (Ersatzmitglieder) sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen aus ihrer Tätigkeit in der Gesundheitsplattform bekannt gewordenen personenbezogenen Daten von Krankengeschichten verpflichtet. Die Verschwiegenheitspflicht besteht auch nach dem Ende der Mitgliedschaft weiter. Die Bestimmungen über die Amtsverschwiegenheit bleiben unberührt.

3. UNTERABSCHNITT LANDES-ZIELSTEUERUNGSKOMMISSION

§ 10

Mitglieder der Landes-Zielsteuerungskommission

(1) Der Landes-Zielsteuerungskommission gehören an:

1. die Kurie des Landes mit fünf Vertreterinnen bzw. Vertretern, für deren Zusammensetzung die Bestimmung des § 6 Abs. 2 gilt;
2. die Kurie der Träger der Sozialversicherung mit fünf Vertreterinnen bzw. Vertretern, die gemäß § 84a ASVG bestellt werden;
3. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Bundes.

(2) Den Vorsitz in der Landes-Zielsteuerungskommission führt das für das Krankenanstaltenrecht zuständige Mitglied der Landesregierung gleichberechtigt mit der bzw. dem Vorsitzenden des Landesstellenausschusses der ÖGK~~der Obfrau oder dem Obmann der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse~~ (Co-Vorsitz).

(3) § 6 Abs. 3, 4, 6 und 7 und § 7 gelten sinngemäß.