

Nr 28 der Beilagen zum stenographischen Protokoll des Salzburger Landtages
(3. Session der 16. Gesetzgebungsperiode)

Vorlage der Landesregierung

Gesetz vom, mit dem das Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 und das Salzburger Gesundheitsfondsgesetz geändert werden

Der Salzburger Landtag hat beschlossen:

Artikel I

Das Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000, LGBl Nr 24, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBl Nr 82/2018, wird geändert wie folgt:

1. Im Inhaltsverzeichnis werden die den 1. Abschnitt betreffenden Zeilen durch folgende Zeilen ersetzt:

„1. Abschnitt

Begriffsbestimmungen und grundlegende organisatorische Vorgaben

- § 1 Begriffsbestimmungen ‚Krankenanstalten‘ und ‚Universität‘
- § 2 Einteilung der Krankenanstalten
- § 2a Allgemeine Krankenanstalten
- § 2b Fachrichtungsbezogene Organisationsformen
- § 2c Referenzzentren
- § 2d Entnahmeeinheiten und Transplantationszentren
- § 3 Notkrankenanstalten
- § 4 Gesundheitsplanung auf Landesebene“

2. Die Überschrift des 1. Abschnittes lautet:

„1. Abschnitt

Begriffsbestimmungen und grundlegende organisatorische Vorgaben“

3. Die §§ 1 und 2 werden durch folgende Bestimmungen ersetzt:

„Begriffsbestimmungen ‚Krankenanstalten‘ und ‚Universität‘

§ 1

(1) Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die zu folgenden Zwecken bestimmt sind:

1. zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung,
2. zur Vornahme operativer Eingriffe,
3. zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,
4. zur Entbindung,
5. für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe,
6. zur Bereitstellung von Organen zum Zweck der Transplantation,
7. zur ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken.

(2) Als Krankenanstalten im Sinn des Abs 1 gelten nicht:

1. Anstalten, die für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, sowie Krankenabteilungen in Justizanstalten;
2. Einrichtungen, die von Betrieben für den Fall der Leistung Erster Hilfe bereitgehalten werden, sowie arbeitsmedizinische Zentren gemäß § 80 des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes;
3. Einrichtungen zur Anwendung von medizinischen Behandlungsarten, die sich aus einem ortsgewundenen Heilvorkommen oder dessen Produkten ergeben, einschließlich der Anwendung von solchen Zusatztherapien, die zur Ergänzung der Kurbehandlung nach ärztlicher Anordnung angewendet werden und bei denen nach dem Stand der Wissenschaft davon auszugehen ist, dass die ärztliche Aufsicht über den Betrieb ausreicht, um schädliche Wirkungen auf das Leben oder die Gesundheit von Menschen auszuschließen;

4. die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH;
5. Gruppenpraxen;
6. Ordinationsstätten von Ärzten oder Zahnärzten, soweit diese Einrichtungen nicht die gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglichen und durch die Anstellung insbesondere von Angehörigen von Gesundheitsberufen eine Organisationdichte und -struktur aufweisen, die insbesondere im Hinblick auf das arbeitsteilige Zusammenwirken und das Leistungsvolumen eine Anstaltsordnung erfordern;
7. medizinische Versorgungseinrichtungen in Betreuungseinrichtungen gemäß § 1 Z 5 des Grundversorgungsgesetzes-Bund 2005 für Asylwerber.

(3) Soweit in diesem Landesgesetz die Begriffe ‚Medizinische Universität‘ oder ‚Universität, an der eine medizinische Fakultät eingerichtet ist‘ verwendet werden, sind darunter die gemäß § 6 des Universitätsgesetzes 2002 errichteten Universitäten zu verstehen.

Einteilung der Krankenanstalten

§ 2

(1) Krankenanstalten im Sinn des § 1 Abs 1 sind:

1. Allgemeine Krankenanstalten, das sind Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechtes, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung;
2. Sonderkrankenanstalten, das sind Krankenanstalten
 - a) für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten (zB Anstalten für Lungenkrankheiten, für psychisch Kranke oder für Alkoholkrankte),
 - b) für die Untersuchung und Behandlung von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke;
3. Pflgeanstalten für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen;
4. Sanatorien, das sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen;
5. selbständige Ambulatorien, das sind organisatorisch selbständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer stationären Aufnahme nicht bedürfen. Der Verwendungszweck eines selbständigen Ambulatoriums erfährt dann keine Änderung, wenn dieses Ambulatorium über eine angemessene Zahl von Betten verfügt, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist, und die Entlassung noch am Tag der Aufnahme erfolgt. Die Durchführung von Hausbesuchen im jeweiligen Einzugsgebiet ist zulässig;
6. militärische Krankenanstalten, das sind vom Bund betriebene Krankenanstalten, die in unmittelbarem und überwiegendem Zusammenhang mit der Erfüllung der Aufgaben des Bundesheeres gemäß § 2 des Wehrgesetzes 2001 stehen.

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

1. dass die vom Rechtsträger geführte Krankenanstalt als Allgemeine Krankenanstalt, Sonderkrankenanstalt, Pflgeanstalt für chronisch Kranke, Sanatorium oder selbstständiges Ambulatorium gilt. Bei Allgemeinen Krankenanstalten kann weiters das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2a Abs 1 Z 1 bis 3 sowie § 2a Abs 4 festgestellt werden;
2. in welchem Umfang ein Leistungsangebot für eine bestimmte Krankenanstalt bewilligt worden ist;
3. welche Versorgungsstufe je Leistungsbereich gemäß § 2a Abs 1 bei Mehrstandortkrankenanstalten für jeden Standort maßgeblich ist.

Allgemeine Krankenanstalten

§ 2a

(1) Allgemeine Krankenanstalten sind in einer der folgenden Versorgungsstufen einzurichten:

1. Standardkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs 4 mit zumindest zwei Abteilungen, davon eine für Innere Medizin. Weiters muss zumindest eine ambulante Basisversorgung für chirurgische und/oder unfallchirurgische Akutfälle im Sinn der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) gewährleistet werden. Ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie und Intensivmedizin, für medizinische Radiologie-Diagnostik und für die Vornahme von Obduktionen (§ 57) vorhanden sein und durch Fachärzte des betreffenden Sonderfachs betreut werden. In den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden wei-

teren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein.

2. Schwerpunktkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs 4 mit bettenführenden 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 und Intensivmedizin, für Hämodialyse, für Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin und für Intensivpflege (inklusive Intensiv- bzw Überwachungspflege für Neonatologie und Pädiatrie) vorhanden sein und durch Fachärzte des entsprechenden Sonderfachs betreut werden; entsprechend dem Bedarf hat die Betreuung im Sonderfach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie durch eigene Einrichtungen oder durch Fachärzte als Konsiliarärzte zu erfolgen. In den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein. Schließlich müssen eine Anstaltsapotheke, ein Pathologisches Institut sowie ein Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik geführt werden.

3. Zentralkrankenanstalten mit grundsätzlich allen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen. Krankenanstalten, die neben den Aufgaben gemäß § 1 Abs 1 der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität bzw einer Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, gemäß § 6 des Universitätsgesetzes 2002 dienen (Universitätsklinik und klinische Institute), gelten in diesem Umfang als Zentralkrankenanstalten.

(2) Die Voraussetzungen des Abs 1 sind auch erfüllt,

1. wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern
 - a) diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind, wobei die örtlich getrennte Unterbringung auch in einem anderen Bundesland und unter den in § 49a geregelten Voraussetzungen auch auf dem Gebiet eines anderen Staates zulässig ist, und
 - b) die örtlich getrennt untergebrachten Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten die Versorgung in dem Umfang wahrnehmen, der der Versorgungsstufe des jeweiligen Krankenhauses oder Krankenhausstandortes gemäß Abs 3 entspricht;
2. wenn in Standardkrankenanstalten die ambulante Basisversorgung für chirurgische und/oder unfallchirurgische Akutfälle im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG durch eine Zentrale Ambulante Erstversorgungseinheit oder durch Kooperation mit anderen geeigneten Gesundheitsdiensteanbietern in vertretbarer Entfernung im selben Einzugsbereich sichergestellt werden kann.

Von der Errichtung einzelner im Abs 1 Z 2 vorgesehenen Abteilungen und sonstiger Einrichtungen kann überdies 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.

(3) 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 Abs 1 festzulegen. Am jeweiligen Standort sind die für die festgelegte Versorgungsstufe je Leistungsbereich geltenden Vorgaben einzuhalten.

(4) In Standardkrankenanstalten und Schwerpunktkrankenanstalten können nach Maßgabe des § 2b Abs 2 folgende reduzierte Organisationsformen eingerichtet werden:

1. Departments
 - a) für Akutgeriatrie/Remobilisation im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin oder Abteilungen für Neurologie,

- b) für Remobilisation und Nachsorge im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie bzw Orthopädie und Traumatologie sowie Unfallchirurgie bzw Orthopädie und Traumatologie,
 - c) für Psychosomatik für Erwachsene vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Psychiatrie oder für Innere Medizin und
 - d) für Kinder- und Jugendpsychosomatik vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie;
2. Fachschwerpunkte:
- a) für die medizinischen Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie bzw 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;
3. dislozierte Wochenkliniken für jedes Sonderfach;
4. dislozierte Tageskliniken für jedes Sonderfach.

Die Einrichtung reduzierter Organisationsformen ist mit Ausnahme von Departments für Psychosomatik (Z 1 lit c und d) 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.

Fachrichtungsbezogene Organisationsformen

§ 2b

(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 § 27 Abs 2 die jederzeitige Verfügbarkeit fachärztlicher Akutversorgung anstaltsbedürftiger Personen im jeweiligen Sonderfach sicherzustellen haben.

(2) Neben Abteilungen bzw an Stelle von Abteilungen können nach Maßgabe des § 2a Abs 4 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 § 27 Abs 2 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei Fachärzte oder Ärzte für Allgemeinmedizin mit entsprechender Qualifikation verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 2a Abs 4 Z 1 eingerichtet werden.
2. Fachschwerpunkte als bettenführende Einrichtungen mit acht bis vierzehn Betten und eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG einschließlich Akutfallversorgung während der Öffnungszeiten für die medizinischen Sonderfächer gemäß § 2a Abs 4 Z 2. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Öffnungs- und Betriebszeiten aufweisen. Außerhalb der Öffnungszeiten ist während der Betriebszeiten zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Außerhalb der Betriebszeit des Fachschwerpunktes ist die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten durch die Partner- oder Mutterabteilung sicherzustellen. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten 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 Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG eingeschränkt ist. Die Einrichtung dislozierter Wochenkliniken ist nur in Standardkrankenanstalten und in Schwerpunktkrankenanstalten in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten zulässig. Betriebszeiten dislozierter Wochenkliniken sind auf Wochenbetrieb und Öffnungszeiten tageszeitlich einschränkbar. Außerhalb der Öffnungszeiten ist während der Betriebszeiten 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 Sonderfaches mit einem auf tagesklinisch elektiv erbringbare Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG. Sie weisen eingeschränkte Öffnungs- und Betriebszeiten auf. Außerhalb der Öffnungszeit ist während der Betriebszeit zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen. Dislozierte Tageskliniken können in Standardkrankenanstalten und in Schwerpunktkrankenanstalten 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 angebunden sein (Partnerabteilung) oder
2. nicht eigenständig als Satellit eingerichtet werden. Die ärztliche Versorgung von als Satelliten eingerichteten Fachschwerpunkten sowie dislozierten Wochen- und Tageskliniken hat durch eine Abteilung derselben Fachrichtung zu erfolgen, die in einer anderen Krankenanstalt bzw an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung) oder
3. im Rahmen von standortübergreifenden Abteilungen gemäß Abs 4 geführt werden.

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

1. Am 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 bis 3 erfüllen.
2. Im jeweiligen RSG sind die standortübergreifenden Abteilungen an den entsprechenden Standorten mit ihren Organisationseinheiten nach den Kriterien gemäß Abs 1 bis 3 explizit ausgewiesen.
3. Die Leistungsspektren der Organisationseinheiten an den jeweiligen Standorten sind analog zu jenen in der Leistungsmatrix des ÖSG für Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten vorgesehenen Leistungsspektren zu definieren.
4. Für die jeweilige Versorgungsstufe des Krankenanstalten-Standorts und die nach Abs 1 bis 3 eingerichteten Organisationseinheiten sind die einzuhaltenden Kriterien hinsichtlich Vorhaltung und Betrieb an allen Standorten zu erfüllen.
5. § 2a Abs 3 ist sinngemäß anzuwenden.
6. Es muss sichergestellt sein, dass höheren Versorgungsstufen vorbehaltene Leistungsspektren ausnahmslos auch den Standorten mit der höheren Versorgungsstufe und der entsprechenden Infrastruktur vorbehalten bleiben.

Referenzzentren

§ 2c

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

1. Herzchirurgie, Traumatologie, Geburtshilfe/Perinatalversorgung, Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie, Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie, Onkologische Versorgung, Stammzelltransplantation, Nuklearmedizinische stationäre Therapie und Nephrologie für Erwachsene und Jugendliche, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, sowie
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.

Entnahmeeinheiten und Transplantationszentren

§ 2d

(1) Entnahmeeinheiten sind rechtskräftig bewilligte Krankenanstalten, die die Bereitstellung von Organen im Sinn des Organtransplantationsgesetzes durchführen oder koordinieren. Die Entnahmeeinheit

kann sich auch mobiler Teams bedienen, die die Entnahme von Organen in den Räumlichkeiten anderer Krankenanstalten durchführen oder koordinieren. Der Träger der Entnahmeeinheit hat sicherzustellen, dass im Rahmen des Qualitätssystems zumindest Standardarbeitsanweisungen (Standard Operating Procedures-SOPs), Leitlinien, Ausbildungs- oder Referenzhandbücher sowie Aufzeichnungen zur Sicherstellung der Rückverfolgbarkeit von Organen dokumentiert werden. Die Dokumentation hat eine nach dem Stand der Wissenschaft lückenlose Nachvollziehbarkeit der Transplantationskette von der Spende bis zur Transplantation oder Entsorgung, soweit dies in den Aufgabenbereich der Entnahmeeinheit fällt, sicherzustellen und ist für einen Zeitraum von mindestens 30 Jahren aufzubewahren.

(2) Transplantationszentren sind Krankenanstalten, die Transplantationen im Sinn des Organtransplantationsgesetzes vornehmen und deren Leistungsangebot gemäß der erteilten Bewilligung (§ 5 ff) dieses Leistungsangebot umfasst. Das Transplantationszentrum hat sich vor der Durchführung einer Transplantation zu vergewissern, dass hinsichtlich Organ- und Spendercharakterisierung sowie Konservierung und Transport der entnommenen Organe die Bestimmungen des Organtransplantationsgesetzes eingehalten wurden. Der Träger des Transplantationszentrums hat sicherzustellen, dass im Rahmen des Qualitätssystems zumindest Standardarbeitsanweisungen (Standard Operating Procedures-SOPs), Leitlinien, Ausbildungs- oder Referenzhandbücher sowie Aufzeichnungen zur Sicherstellung der Rückverfolgbarkeit von Organen geführt werden. Die Dokumentation hat eine nach dem Stand der Wissenschaft lückenlose Nachvollziehbarkeit der Transplantationskette von der Spende bis zur Transplantation oder Entsorgung, soweit dies in den Aufgabenbereich des Transplantationszentrums fällt, sicherzustellen und ist für einen Zeitraum von mindestens 30 Jahren aufzubewahren.“

4. Im § 7 werden folgende Änderungen vorgenommen:

4.1. Im Abs 1 lit d werden die Worte „Hauptverbandes der Österreichischen“ durch die Worte „Dachverbandes der“ und im Abs 4 die Worte „Hauptverband der Österreichischen“ durch die Worte „Dachverband der“ und das Wort „Gebietskrankenkasse“ durch die Worte „Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse“ ersetzt.

4.2. Im Abs 2 wird angefügt: „Im Bewilligungsverfahren kann ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstituts zum Vorliegen der Kriterien gemäß Z 1 bis 4 eingeholt werden.“

5. Es werden ersetzt:

5.1. in den §§ 9 Abs 1 lit b, 12a Abs 4, 12f Abs 1 Z 1, 51a Abs 2 Z 5, 56 Abs 2, 84 Abs 5 sowie 88 Abs 1 jeweils die Worte „Hauptverband der Österreichischen“ durch die Worte „Dachverband der“;

5.2. im § 12a Abs 1 lit d die Worte „Hauptverbandes der Österreichischen“ durch die Worte „Dachverbandes der“;

5.3. im § 51a Abs 7 die Wortfolge „das vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex“ durch die Wortfolge „der vom Dachverband der Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex“;

5.4. in den §§ 86 und 88 Abs 2 und 5 jeweils das Wort „Hauptverband“ durch das Wort „Dachverband“;

5.5. im § 87 Abs 2 die Wortfolge „Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (im Folgenden kurz Hauptverband genannt)“ durch die Wortfolge „Dachverband der Sozialversicherungsträger“;

5.6. in den §§ 12a Abs 4 und 12h Abs 1 Z 1 jeweils das Wort „Gebietskrankenkasse“ durch die Worte „Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse“.

6. Im § 10a Abs 1 wird vor dem letzten Satz eingefügt: „Im Verfahren zur Vorabfeststellung kann ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstituts zum Vorliegen der Kriterien gemäß § 7 Abs 2 Z 1 bis 4 eingeholt werden.“

7. Im § 12 werden folgende Änderungen vorgenommen:

7.1. Im Abs 1 lautet die lit c:

„c) die Vorgaben der jeweiligen Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, und die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind;“

7.2. Nach Abs 1 wird eingefügt:

„(1a) Der Träger der Krankenanstalt hat zum Nachweis der Voraussetzungen gemäß Abs 1 lit b der Behörde die allenfalls erforderliche Bauvollendungsanzeige (§ 17 des Baupolizeigesetzes 1997) samt aller Beilagen, eine Bestätigung des Technischen Sicherheitsbeauftragten über die vorschriftsmäßige Ausführung der technischen Einrichtungen und medizinischen Apparate sowie erforderlichenfalls auf Verlangen der Behörde ein sicherheitstechnisches Gutachten und ein krankenhaushygienisches Gutachten vorzulegen.“

7.3. Abs 5 entfällt.

8. Im § 12c werden folgende Änderungen vorgenommen:

8.1. Im Abs 1 werden in der Z 2 die Worte „Hauptverband der österreichischen“ durch die Worte „Dachverband der“ ersetzt.

8.2. Im Abs 2 wird das Wort „Planungsinstitutes“ durch das Wort „Gesundheitsplanungsinstitutes“ ersetzt.

9. Im § 12g werden folgende Änderungen vorgenommen:

9.1. Nach Abs 1 wird eingefügt:

„(1a) Der Träger der Krankenanstalt hat zum Nachweis der Voraussetzungen gemäß Abs 1 lit b der Behörde die Anzeige gemäß § 17 des Baupolizeigesetzes 1997 samt aller Beilagen, eine Bestätigung des Technischen Sicherheitsbeauftragten über die vorschriftsmäßige Ausführung der technischen Einrichtungen und medizinischen Apparate sowie erforderlichenfalls auf Verlangen der Behörde ein sicherheitstechnisches Gutachten und ein krankenhaushygienisches Gutachten vorzulegen.“

9.2. Abs 5 entfällt.

10. Im § 14 Abs 2 wird im vierten Satz die Wortfolge „mit dem Salzburger Krankenanstaltenplan“ durch die Wortfolge „mit den auf Grund der §§ 23 oder 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit erlassenen Verordnungen“ ersetzt.

11. Im § 20 Abs 1 lautet die Z 3:

- „3. die Festlegung, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen in eine der folgenden Betriebsformen aufgenommen werden:
- a) Tageskliniken oder Nachtkliniken, bei denen die Aufnahme nur über Tag oder über Nacht erfolgt;
 - b) interdisziplinär geführte Bereiche zur Behandlung von Patienten aus verschiedenen Sonderfächern, die in der Krankenanstalt in einer der fachrichtungsbezogenen Organisationsformen gemäß § 1 Abs 1 Z 2 bis 6 vorgehalten werden, wobei sicherzustellen ist, dass die Patienten jederzeit zweifelsfrei einem bestimmten Sonderfach zugeordnet werden können;
 - c) als Wochenstation geführte Bettenbereiche für stationäre Behandlungen von Fällen, in denen die Entlassung innerhalb der bewilligten Betriebszeit zu erwarten ist. Wochenstationen können fachspezifisch oder interdisziplinär betrieben werden;
 - d) als Tagesstation geführte Bettenbereiche zur tagesklinischen Behandlung (Aufnahme und Entlassung am selben Tag). Das Leistungsspektrum ist auf tagesklinisch erbringbare konservative und elektive operative Leistungen beschränkt. Tagesstation können fachspezifisch oder interdisziplinär betrieben werden;
 - e) als interdisziplinäre Aufnahme- bzw Notfallstationen geführte Bettenbereiche für Erst- oder Kurzaufnahmen von Patienten für maximal 36 Stunden im Not- oder Akutfall bei festgestellter Anstaltsbedürftigkeit bis zur Übernahme in andere bettenführende Organisationseinheiten oder direkten Entlassung;
 - f) Anstaltsambulatorien gemäß § 50, die in einer der folgenden Formen geführt werden:
 - aa) als allgemeine Fachambulanz, als Spezialambulanz zur Diagnostik und/oder Therapie im Rahmen spezieller Aufgaben der Sonderfächer oder Zentrale Ambulante Erstversorgung gemäß lit g,
 - bb) als Akut-Ambulanzen mit uneingeschränkter oder eingeschränkter Öffnungszeit oder als Termin-Ambulanzen mit eingeschränkter Öffnungszeit,

- cc) für die Versorgung in einem Sonderfach, für das am Krankenanstaltenstandort keine bettenführende Organisationseinheit geführt wird, jedoch nur dann, 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. § 2 Abs 2 ist sinngemäß anzuwenden.
- g) Zentrale Ambulante Erstversorgung als Akut-Ambulanzen zur Erstversorgung von Akut- und Notfallpatienten einschließlich basaler Unfallchirurgie, deren Leistungsspektrum auf den Umfang der allgemeinmedizinischen Versorgung beschränkt ist. Für die Zentrale Ambulante Erstversorgung gilt Folgendes:
 - aa) 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.
 - bb) Patienten sind nach Feststellung der Dringlichkeit der Behandlung zunächst ambulant zu begutachten und erstzubehandeln oder abschließend zu behandeln.
 - cc) Akutfälle können bei Bedarf auch bis zu 24 Stunden beobachtet werden.
 - dd) Im Bedarfsfall sind Patienten in den stationären Bereich aufzunehmen bzw an die nächste für die Erkrankung geeignete Krankenanstalt weiterzuleiten.
 - ee) 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.
 - ff) Der Zentralen Ambulanten Erstversorgung kann eine interdisziplinäre Aufnahmestation (Z 4) direkt angeschlossen werden.“

12. Im § 27 Abs 2 werden folgende Änderungen vorgenommen:

12.1. In der Z 3 wird die Wortfolge „Psychiatrie und Unfallchirurgie“ durch die Wortfolge „Psychiatrie, Neurologie und Unfallchirurgie“ ersetzt.

12.2. Die Z 5 bis 7 lauten:

- „5. In Fachschwerpunkten kann außerhalb der Öffnungszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn stattdessen eine Rufbereitschaft während der Betriebszeiten eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.
- 6. In dislozierten Wochenkliniken gelten die Bestimmungen zur Rufbereitschaft gemäß Z 3 und 4 während der Betriebszeiten sinngemäß; außerhalb der Öffnungszeiten kann jedoch von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn im Bedarfsfall die Weiterbetreuung der Patienten durch die Partner- oder Mutterabteilung außerhalb der Betriebszeiten sichergestellt ist.
- 7. In dislozierten Tageskliniken kann außerhalb der Öffnungszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn stattdessen während der Betriebszeiten eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.“

13. Im § 28 werden folgende Änderungen vorgenommen:

13.1. Im Abs 6 wird vor dem ersten Satz eingefügt: „In jeder Krankenanstalt sind in elektronischer Form laufend Aufzeichnungen über nosokomiale Infektionen zu führen.“

13.2. Die bisherigen Abs 7 bis 9 erhalten die Absatzbezeichnung „(9)“ bis „(11)“ und nach Abs 6 wird eingefügt:

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

(8) Die Träger der Krankenanstalten sind verpflichtet, an einer österreichweiten, regelmäßigen und systematischen Erfassung von nosokomialen Infektionen teilzunehmen und die dafür erforderlichen ano-

nymisierten Daten dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium jährlich in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen.“

14. Im § 30 Abs 2 lauten der vorletzte und letzte Satz: „Für jedes Mitglied ist die für die ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgaben erforderliche Anzahl an in gleicher Weise qualifizierter Ersatzmitglieder zu bestellen; die Ersatzmitglieder für den Salzburger Patientenvertreter sind von diesem namhaft zu machen. Die Mitglieder wählen aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden und die erforderliche Anzahl an Stellvertretern.“

15. Im § 30a Abs 3 wird der letzte Satz durch folgende Bestimmungen ersetzt: „Die Kinderschutzgruppe kann einen Vertreter des Trägers der Kinder- und Jugendhilfe mit beratender Funktion beiziehen. Wird ein Vorwurf erhoben oder besteht ein Verdacht, dass es gegenüber einem Patienten zu sexuellen Übergriffen oder körperlichen Misshandlungen oder zur Zufügung seelischer Qualen durch Anstaltspersonal gekommen sei, haben die Kinder- und die Opferschutzgruppe eine unabhängige externe Person aus dem Bereich der Salzburger Patientenvertretung (§ 22) als Mitglied beizuziehen.“

16. Im § 33 Abs 1 wird die Wortfolge „Maßnahmen der Qualitätssicherung“ durch die Wortfolge „Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Wahrung der Patientensicherheit“ ersetzt.

17. Im § 41 Abs 1 lautet die Z 1:

„1. sie den Vorgaben der jeweiligen Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit entspricht;“

18. Im § 46 lautet der erste Satz: „Soweit die Krankenanstaltenpflege für anstaltsbedürftige Personen (§ 54 Abs 2) unter Bedachtnahme auf die Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit nicht durch öffentliche Krankenanstalten sichergestellt ist oder durch Vereinbarungen der Landesregierung mit nicht öffentlichen Krankenanstalten sichergestellt werden kann, hat das Land dafür durch die Errichtung und den Betrieb öffentlicher Krankenanstalten vorzusorgen.“

19. Im § 49 werden folgende Änderungen vorgenommen:

19.1. Im Abs 1 wird die Wortfolge „einer öffentlichen“ durch die Wortfolge „von öffentlichen Krankenanstalten“ ersetzt.

19.2. Abs 3 lautet:

„(3) Die Genehmigung ist insbesondere dann zu versagen und eine erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem Zustand führen würde oder geführt hat, der der jeweiligen Verordnung gemäß § 23 oder § 24 des Gesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit widerspricht. Die Genehmigung ist darüber hinaus dann zu widerrufen, wenn eine der im Abs 2 genannten Genehmigungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegt.“

20. Im § 49a Abs 1 lautet die Z 2:

„2. Das Vorhaben ist in den jeweiligen Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Gesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit vorgesehen.“

21. Im § 54 Abs 8 wird im ersten Satz die Wortfolge „nach dem Salzburger Krankenanstaltenplan (§ 4)“ durch die Wortfolge „nach den jeweiligen Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit“ ersetzt.

22. Im § 56 wird angefügt:

„(6) Die Abschlussdokumentation einer Behandlung in einer Ambulanz gilt als Entlassungsbrief. Die Abs 2 und 3 sind sinngemäß anzuwenden.“

23. § 61 Abs 5 lautet:

„(5) Für die Inanspruchnahme eines Anstaltsambulatoriums (§ 50) kann eine Sondergebühr als Behandlungsgebühr eingehoben werden, wenn

1. die Krankenanstalt keine Fondskrankenanstalt ist;
2. die Behandlung des Patienten nicht vom SAGES abzugelten ist oder
3. der Patient auf eigenen Wunsch in eine Ambulanzeinrichtung aufgenommen wird, die durch besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich der Verpflegung und Unterbringung entspricht.“

24. Im § 75 erhält der bisherige Text die Absatzbezeichnung „(1)“ und wird angefügt:

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

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

Diese Dokumentation muss jedenfalls auch statistische Auswertungen ermöglichen.

(3) Soweit dies zur Sicherstellung des Kontrollzweckes unbedingt erforderlich ist, dürfen in die Dokumentation nach Abs 2 folgende Institutionen Einsicht nehmen:

1. die Volksanwaltschaft und die Mitglieder der von ihr eingesetzten Kommissionen (Art 148h Abs 3 B-VG);
2. das Europäische Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) und
3. der UN-Ausschuss gegen Folter (CAT).“

25. Im § 80 wird angefügt:

„(6) § 57 (Leichenöffnung) findet mit der Maßgabe Anwendung, dass Obduktionen durchzuführen sind, wenn diese wegen diagnostischer Unklarheiten des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffes erforderlich sind. Über jede Leichenöffnung ist eine Niederschrift aufzunehmen.“

26. § 90 Abs 1 und 2 lautet:

„(1) Versicherungsträger im Sinn dieses Abschnittes sind:

- a) die Österreichische Gesundheitskasse,
- b) die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau,
- c) die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt,
- d) die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen,
- e) die Pensionsversicherungsanstalt.

(2) Auf die Beziehung zwischen den öffentlichen Krankenanstalten und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau und der Sozialversicherung der Selbständigen als Träger der Krankenversicherung findet § 83 keine Anwendung.“

27. Im § 99 wird angefügt:

„(10) In der Fassung des Gesetzes LGBl Nr/2019 treten in Kraft:

1. das Inhaltsverzeichnis und die §§ 1 bis 2d, 7 Abs 2, 10a Abs 1, 12, 12c Abs 2, 12g, 14 Abs 2, 20 Abs 1, 27 Abs 2, 28 Abs 6 bis 11, 30 Abs 2, 30a Abs 3, 33 Abs 1, 41 Abs 1, 46, 49 Abs 1 und 3, 49a Abs 1, 54 Abs 8, 56 Abs 6, 61 Abs 5, 75 und 80 Abs 6 mit dem auf dessen Kundmachung folgenden Monatersten. Die vor dem 1. Jänner 2018 bestehenden Satellitendepartments für Unfallchirurgie sowie Departments für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie sind bis spätestens 1. Jänner 2021 in eine zulässige Organisationsform umzuwandeln;
2. die §§ 7 Abs 1 und 4, 9 Abs 1, 12a Abs 1 und 4, 12c Abs 1, 12f Abs 1, 12h Abs 1, 51a Abs 2 und Abs 7, 56 Abs 2, 84 Abs 5, 86, 87 Abs 2, 88 Abs 1, 2 und 5 sowie 90 Abs 1 und 2 mit 1. Jänner 2020.“

Artikel II

Das Salzburger Gesundheitsfondsgesetz, LGBl Nr 121/2015, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBl Nr 100/2018, wird geändert wie folgt:

1. In den §§ 7 Abs 2 Z 3, 12 Abs 3, 20 Abs 1, 22 Abs 1 Z 2 und 23 Abs 1 wird jeweils das Wort „Gebietskrankenkasse“ durch die Worte „Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse“ ersetzt.

2. Im § 19 Abs 1 Z 2 werden die Worte „Hauptverband der österreichischen“ durch die Worte „Dachverband der“ ersetzt.

3. Im § 36 erhält der zweite Abs 3 die Absatzbezeichnung „(4)“ und wird angefügt:

„(5) Die §§ 7 Abs 2, 12 Abs 3, 19 Abs 1, 20 Abs 1, 22 Abs 1 und 23 Abs 1 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr/2019 treten mit 1. Jänner 2020 in Kraft.“

Erläuterungen

1. Allgemeines:

Die Regierungsvorlage enthält im Art I Ausführungsbestimmungen zur KAKuG-Novelle 2018, BGBl I Nr 13/2019, sowie zu Art 16 des Sozialversicherungs-Organisationsgesetzes, BGBl I Nr 100/2018. Die organisatorischen Änderungen im Bereich der Sozialversicherungsträger, die mit dem zweitgenannten Bundesgesetz vorgenommen worden sind und mit 1. Jänner 2020 wirksam werden sollen, machen auch Anpassungen im SAGES-Gesetz 2016 erforderlich (Art II).

Mit der KAKuG-Novelle 2018 wurde vor allem das Organisationsrecht der Krankenanstalten geändert, um neue Entwicklungen insbesondere im Rahmen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG 2017), zu ermöglichen. Der ÖSG 2017 setzt die bereits begonnene Entwicklung fort, sowohl spitalsintern als auch an den Nahtstellen zwischen Spital und ambulantem Bereich flexible, patientenorientierte Lösungen zu ermöglichen, um die angebotenen Leistungen besser an den tatsächlichen Bedarf vor Ort anzupassen (vgl dazu auch die Erläuterungen zur Regierungsvorlage BlgNR 374 XXVI GP, im Internet abrufbar unter der Adresse <https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVI/II/00374/index.shtml>).

Dabei werden insbesondere die Bestimmungen über die sogenannten reduzierten Organisationsformen (Departments, Fachschwerpunkte usw) neustrukturiert und geändert, um die Transparenz und Rechtsklarheit zu verbessern. Mit den erweiterten Möglichkeiten für die modulare Zusammensetzung von Krankenanstalten und den daraus entstehenden Optionen kann eine höhere Flexibilität bei der Gestaltung einer auf den regionalen Bedarf abgestimmten Angebotsstruktur für die jeweiligen Krankenanstaltenstandorte erreicht werden. Damit soll die medizinische Akutversorgung patientenorientiert, wohnortnah und in hoher Versorgungsqualität langfristig sichergestellt werden.

Das Sozialversicherungs-Organisationsgesetz führt die derzeit bestehenden Sozialversicherungsträger auf nur mehr fünf Träger zusammen und ersetzt den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger durch einen Dachverband. Im Krankenanstaltenrecht und im SAGES-Gesetz 2016 sind die dort verwendeten Bezeichnungen an die neue Rechtslage anzupassen.

Die erforderlichen Anpassungen im Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 werden zum Anlass genommen, den mit „Begriffsbestimmungen und grundlegende organisatorische Vorgaben“ überschriebenen § 1 in echte Begriffsbestimmungen (§ 1 in der Fassung der Vorlage) und organisationsrechtliche Bestimmungen (§§ 2b bis 2d) zu unterteilen und auch aus dem bisherigen § 2 („Einteilung der Krankenanstalten“) jene Bestimmungen herauszulösen, die nur Allgemeine Krankenanstalten betreffen (§ 2a in der Fassung der Novelle), um die Lesbarkeit durch die erzielte bessere Gliederung zu optimieren.

2. Verfassungsrechtliche Grundlage:

Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG.

3. Übereinstimmung mit dem EU-Recht:

Die vorgesehenen Regelungen fallen nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

4. Kostenfolgen:

Geringe Mehrkosten für die Krankenanstalten werden die im Art I Z 13 vorgesehenen zusätzlichen Aufgaben im Zusammenhang mit der Vermeidung nosokomialer Infektionen und die im Art I Z 24 geregelten Aufzeichnungspflichten für untergebrachte Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Krankenanstalten oder Abteilungen zur Folge haben. Beide Bestimmungen sind grundsatzgesetzlich vorgegeben, ein Regelungsspielraum des Landesgesetzgebers besteht nicht.

Die Flexibilisierung der Organisationsformen in Akutkrankenanstalten (Art I Z 3, 11 und 12) sowie die Vereinfachung der Behördenverfahren und der Wegfall von Überprüfungspflichten (Art I Z 4, 6, 7 und 9) sollen kostendämpfend wirken.

Die weiteren Bestimmungen werden als kostenneutral beurteilt.

5. Ergebnis des Begutachtungsverfahrens:

Gegen das Vorhaben sind keine Einwände erhoben worden, die Ärztekammer für Salzburg nahm die Umsetzung der bundesgesetzlichen Vorgaben jedoch zum Anlass für kritische Ausführungen zur zunehmenden Komplexität der krankenanstaltenrechtlichen Organisationsbestimmungen. Redaktionelle Verbesserungsvorschläge des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz und des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger sind bei der Überarbeitung des Entwurfes berücksichtigt worden.

Das Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz hat gegen das neu vorgesehene Register über freiheitsbeschränkende Maßnahmen in psychiatrischen Krankenanstalten oder Abteilungen für Psychiatrie (Z 24) die bereits gegen die Grundsatzbestimmung im KAKuG geäußerten Bedenken wiederholt, die den Bundesgesetzgeber zur Konkretisierung der Einsichtsbefugnis im § 38d Abs 3 KAKuG veranlasst hat (vgl dazu die Dokumentation des Begutachtungsverfahrens der KAKuG-Novelle 2018 unter der Adresse https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVI/ME/ME_00080/index.shtml). Es wird davon ausgegangen, dass die grundsatzgesetzlichen Vorgaben den datenschutzrechtlichen Aspekten ausreichend Rechnung tragen, im Einleitungssatz des neuen § 75 Abs 3 SKAG wird jedoch deutlicher als im § 38d Abs 3 KAKuG zum Ausdruck gebracht, dass die Einsichtnahme nur zulässig ist, wenn ansonsten der Kontrollzweck der aufgezählten Institutionen nicht erfüllt werden kann.

6. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen:

Zu Artikel I (Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000):

Zu Z 1:

Die geänderte Struktur des 1. Abschnittes wird auch im Inhaltsverzeichnis dargestellt.

Zu den Z 2 und 3:

Wie im Pkt 1 der Erläuterungen bereits dargestellt worden ist, sollen die bisher in den §§ 1 und 2 SKAG zusammengefassten organisationsrechtlichen Bestimmungen stärker gegliedert werden. Inhaltlich werden nur jene Änderungen vorgenommen, die sich aus der Anpassung an grundsatzgesetzliche Vorgaben ergeben.

Zu § 1:

Diese Bestimmung fasst die bisher im § 1 Abs 1 Z 1 und 10 und Abs 2 SKAG enthaltenen „echten“ Begriffsdefinitionen zusammen. Inhaltliche Änderungen werden nicht vorgenommen. Jene Teile des geltenden § 1, die keine Begriffsdefinitionen, sondern vielmehr organisationsrechtliche Vorgaben beinhalten, werden unter der Überschrift „Fachrichtungsbezogene Organisationsformen“ als neuer § 2b vorgeschlagen.

Zu § 2:

Die Einteilung der Krankenanstalten und die Grundlage für entsprechende Feststellungsbescheide der Landesregierung ist wie bisher im § 2 (bisher: § 2 Abs 1 und 6) geregelt, jedoch werden jene Bestimmungen getrennt vorgeschlagen, die nur Allgemeine Krankenanstalten betreffen (neuer § 2a).

Zu § 2a:

Abs 1 entspricht inhaltlich unverändert dem bisherigen § 2 Abs 2.

Im Abs 2 erfolgt eine Klarstellung für örtlich getrennt eingerichtete Organisationsformen (bisher: § 2 Abs 3), die nur dann anzurechnen sind, wenn auch die dislozierte Abteilung oder sonstige Einheit hinsichtlich Versorgungsstufe und Leistungsangebot der festgelegten Versorgungsstufe entspricht. Auch muss sichergestellt sein, dass höheren Versorgungsstufen vorbehaltene Leistungsspektren (zB Leistungen von Referenzzentren) ausnahmslos auch den Standorten mit der höheren Versorgungsstufe und der entsprechenden Personalausstattung und Infrastruktur vorbehalten bleiben. Bei Standardkrankenanstalten (Abs 2 Z 2) werden die bisher bestehenden Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten sowie Ambulanten Erstversorgungseinheiten durch die neu zu schaffende Zentrale Ambulante Erstversorgung ersetzt.

Gemäß den Erläuternden Bemerkungen der Regierungsvorlage der KAKuG-Novelle 2018 (BlgNR 374 XXVI GP, https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVI/I/I_00374/fname_722325.pdf) sind die hier geregelten Versorgungsstufen im Sinne des Versorgungsstufenmodells (siehe auch ÖSG 2017, S 27 ff) als Stufen der abgestuften Gesundheitsversorgung zu verstehen. Die drei großen Stufen der professionell betreuten Gesundheitsversorgung sind die Primärversorgung, die ambulante Fachversorgung und die stationäre Versorgung. Innerhalb dieser großen Versorgungsstufen gibt es weitere Abstufungen, die sich aus der Art der Leistungserbringung und aus dem Leistungsspektrum in den einzelnen Anbieterstrukturen ergeben. Die Versorgungsstufen im akutstationären Bereich allgemeiner Krankenanstalten sind im § 2a Abs 1 SKAG geregelt und gliedern sich somit grob in Grundversorgung (grundsätzlich in Standardkrankenanstalten), Schwerpunktversorgung (grundsätzlich in Schwerpunktkrankenanstalten, in begründeten Ausnahmefällen können Teilbereiche der Schwerpunktversorgung auch in Standardkrankenanstalten vorgenommen werden) und in hochspezialisierte Versorgung (Referenzzentren und Spezialzentren in Zentralkrankenanstalten, wobei Referenzzentren in begründeten Ausnahmefällen auch in Schwerpunktkrankenanstalten vorgesehen werden können). Auf diesen unterschiedlichen Versorgungsstufen stehen unterschiedliche fachrichtungsbezogene Organisationsformen gemäß § 2b und Referenzzentren gemäß § 2c zur Verfügung, an die jeweils unterschiedliche Anforderungen hinsichtlich Ausstattung, Betrieb und Leistungsspektrum bestehen.

Abs 3 entspricht unverändert dem bisherigen § 3 Abs 4 SKAG.

Im Abs 4 werden verschiedene Anpassungen an die Vorgaben der KAKuG-Novelle 2018 vorgenommen:

- Anstatt der Möglichkeit der Einrichtung von Satellitendepartments für Unfallchirurgie sowie von Departments für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie sollen diese beiden Bereiche nunmehr in Form eines Fachschwerpunktes betrieben werden können.
- Die Einrichtung von Fachschwerpunkten in den dort angeführten Sonderfächern wird ausschließlich Standardkrankenanstalten vorbehalten und ist daher für Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten nicht mehr vorgesehen.

Zu § 2b:

§ 2b beruht auf den Inhalten von § 1 Z 2 bis 6 des geltenden Gesetzes, ergänzt um die in der KAKuG-Novelle 2018 neu vorgesehenen Inhalte.

Zu diesen Änderungen führen die Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage (374 BlgNr XXVI. GP, https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVI/I/I_00374/fname_722325.pdf) folgendes aus:

„Mit dieser Bestimmung soll im Bereich der reduzierten Organisationsformen eine, wie im ÖSG 2017 (S 64f) bereits vorgesehene, Harmonisierung stattfinden, als für Fachschwerpunkte sowie dislozierte Wochen- und Tageskliniken nunmehr einheitliche Regeln bezüglich der Versorgung der Patientinnen und Patienten und der organisatorischen Ausgestaltung (nicht eigenständig als Satellit einer Mutterabteilung bzw. eigenständig mit Anbindung an eine Partnerabteilung in den aufgezählten Bereichen) festgelegt werden. Weiters erfolgen Festlegungen hinsichtlich der Versorgung der Patientinnen und Patienten innerhalb der Öffnungszeiten, im Zeitraum außerhalb der Öffnungszeiten und innerhalb der Betriebszeiten sowie außerhalb der Betriebszeiten. „Betriebszeit“ ist die Zeit, in der (stationäre) Patientinnen und Patienten in der Krankenanstalt fachspezifisch versorgt werden. „Öffnungszeit“ ist die Zeit, in der Patientinnen und Patienten die Krankenanstalt (oder andere Angebote der Gesundheitsversorgung) zur Begutachtung und Behandlung aufsuchen können (siehe auch ÖSG 2017, S 184 und 187).

Die Details der Kooperation mit Mutter- bzw. Partnerabteilungen werden zweckmäßigerweise in schriftlichen Vereinbarungen festzulegen sein.

In Standardkrankenanstalten kann ergänzend zu den zwei jedenfalls vorzuhaltenden Abteilungen (darunter eine für Innere Medizin) die Einrichtung von Fachschwerpunkten in folgenden Sonderfächern erfolgen: Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Orthopädie und Traumatologie, Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie, für Chirurgie sowie Kinder- und Jugendheilkunde und in Ausnahmefällen auch für Gynäkologie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe (der Grundversorgung) bei unzulänglicher Erreichbarkeit der nächsten Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe.

In Schwerpunktkrankenanstalten kann ergänzend oder ersetzend zu den mindestens vorzuhaltenden Abteilungen die Einrichtung von Fachschwerpunkten in folgenden Sonderfächern erfolgen: Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Orthopädie und Traumatologie, Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie Urologie.

Des Weiteren werden in Abs 4 Voraussetzungen für die standortübergreifende Führung von Abteilungen geschaffen, um eine Versorgung der Patientinnen und Patienten an jedem Standort auf hohem Qualitätsniveau sicherstellen.“

Zu § 2c:

Referenzzentren waren bisher im § 1 Abs 1 Z 7 SKAG geregelt, aus systematischen Gründen wird eine gesonderte Regelung vorgeschlagen. Die Aufgabenbereiche dieser Zentren werden entsprechend den Vorgaben der KAKuG-Novelle 2018 bzw den Vorgaben des ÖSG erweitert.

Zu § 2d:

Die Bestimmungen über Entnahmeeinheiten und Transplantationszentren entsprechen inhaltlich unverändert den bisher im § 1 Abs 1 Z 8 und 9 SKAG enthaltenen Bestimmungen.

Zu den Z 4.1, 5 und 26:

Mit dem Sozialversicherungs-Organisationsgesetz, BGBl I Nr 100/2018, wird mit Wirkung ab dem 1. Jänner 2020 die bisher bestehende Struktur der Krankenversicherungsträger grundlegend neugestaltet. Damit sind auch Bezeichnungsänderungen verbunden, die im SKAG nachvollzogen werden müssen.

Zu den Z 4.2 und 6:

Sachverständige im Sinn des § 52 des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes – AVG können nach der ständigen Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes nur natürliche Personen sein, da die strafrechtlich sanktionierte Wahrheitspflicht nur natürliche Personen treffen kann (vgl VwGH 25.4.2003, 2001/12/0195) und nur diese ihre Befangenheit wahrnehmen und damit die unvoreingenommene Beurteilung sicherstellen können (vgl VwSlg 6681 A/1965). Anstaltsgutachten, dh fachkundige Stellungnahmen, die nicht einem oder mehreren bestimmten Menschen, sondern nur einer juristischen Person zugeordnet werden können, dürfen daher nicht gemäß § 52 AVG, sondern nur gemäß § 46 AVG als sonstiges Beweismittel herangezogen werden (vgl VwSlg 10.225 A/1980; VwGH 26.9.1980, 1344/79). Die Betrauung von Institutionen mit der Erstattung von Gutachten ist demnach nur dann zulässig, wenn dies in den Verwaltungsvorschriften vorgesehen ist. Eine solche gesetzliche Grundlage wird in dieser Bestimmung auch für das Verfahren zur Errichtung von Krankenanstalten geschaffen.

Zu den Z 7 und 9:

In der Z 7.1 wird lediglich ein Zitat aktualisiert.

Im Rahmen des Verfahrens zur Erteilung der Betriebsbewilligung bei bettenführenden Krankenanstalten und Ambulatorien ist ua auch zu prüfen, ob sowohl die Apparate und technischen Einrichtungen als auch die Betriebsanlage an sich den sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen. Zur Überprüfung dieser Voraussetzungen werden im neuen Abs 1a (Z 7.2 und Z 9.1) der Bewilligungswerberin oder dem Bewilligungswerber Mitwirkungspflichten auferlegt, die das Verfahren für die Behörde erleichtern und den Ablauf insgesamt beschleunigen sollen.

Derzeit sehen die §§ 12 Abs 5 und 12g Abs 5 SKAG jeweils eine Verpflichtung der Landesregierung vor, die Einhaltung der vorgeschriebenen Auflagen und Bedingungen binnen eines Jahres ab Erteilung der Betriebsbewilligung zu überprüfen. Diese Aufgaben führen zu einem unangemessen hohen Vollzugsaufwand der Behörde und sollen daher entfallen. Die gemäß § 60 KAKuG bestehende Verpflichtung der Bezirksverwaltungsbehörden zur Wahrnehmung der sanitären Aufsicht über Krankenanstalten gewährleistet eine ausreichend dichte Behördenkontrolle über die Träger von Krankenanstalten.

Zu Z 8:

Die redaktionelle Berichtigung soll klarstellen, dass die im Bewilligungsverfahren einzuholenden Gutachten jedenfalls von einem im Bereich des Gesundheitswesens spezialisierten Planungsinstitut stammen müssen.

Zu Z 10:

Die Verweisung wird an die im Pkt 1 der Erläuterungen dargestellten bundesrechtlichen Änderungen angepasst.

Zu Z 11:

Auch bei den gesetzlichen Vorgaben für die Anstaltsordnung wird auf die neuen Organisationsbestimmungen Bedacht genommen. Auf folgende Änderungen wird hingewiesen:

- Die Unterscheidung in Tageskliniken und Nachtkliniken einerseits und halbstationäre Bereiche andererseits entfällt, für beide Betriebsformen wird die Bezeichnung „Tagesklinik“ bzw „Nachtklinik“ vorgeschlagen (Z 3a).
- Zur besseren Unterscheidung zwischen Organisationsformen im Sinn des § 2b und Betriebsformen im Sinn des § 20 wird für wochen- bzw tagesklinisch betriebene Einheiten die Bezeichnung „Wochenstation“ bzw „Tagesstation“ eingeführt (Z 3 lit c und d).
- Die Betriebsformen „interdisziplinäre Aufnahmestationen“, „Anstaltsambulatorien“ und „Zentrale Ambulante Erstversorgung“ werden definiert und näher geregelt. Die Details der Kooperation mit Mutter- bzw Partnerabteilungen werden zweckmäßigerweise in schriftlichen Vereinbarungen festzulegen sein (Z 3 lit e bis g). Bei Anstaltsambulatorien werden allgemeine Fach- und Spezialambulanzen, Akut- und Terminambulanzen unterschieden. Während allgemeine Fachambulanzen im Wesentlichen das gesamte Spektrum eines Sonderfaches abdecken, nehmen Spezialambulanzen nur besondere Aufgaben aus dem Spektrum des Sonderfaches wahr. Weiters wird zwischen Akut- und Termin-Ambulanzen unterschieden, wobei in Terminambulanzen in der Regel keine Akutfälle behandelt werden und diese fixe Öffnungszeiten aufweisen.

Zu Z 12:

In der Z 12.1 wird die Bezeichnung der Sonderfächer an die Terminologie der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 (ÄAO 2015) angepasst.

In der Z 12.2 sind Änderungen vorgesehen, die sich aus der Angleichung an die neuen Anforderungen betreffend die Anwesenheit von Fachärztinnen bzw -ärzten im § 2b SKAG ergeben.

Zu Z 13:

Die ergänzenden Bestimmungen über die Bekämpfung von Infektionen mit Krankenhauskeimen (nosokomiale Infektionen) werden entsprechend den bundesgesetzlichen Vorgaben (§ 8a Abs 6 bis 7 KAKuG) vorgeschlagen. Die Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage der KAKuG-Novelle 2018 (RV 374 XXVI. GP) wiederholen dazu im Wesentlichen nur den Gesetzestext, so dass auf deren Wiedergabe verzichtet wird.

Zu Z 14:

Durch die Verordnung (EU) Nr 536/2014 des europäischen Parlaments und des Rates vom 16. April 2014 über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln soll die bestehende Richtlinie 2001/20/EG über klinische Prüfungen ersetzt und das Verfahren zur Durchführung solcher Prüfungen vereinheitlicht werden. Obwohl die Verordnung bereits seit 16. Juni 2014 in Kraft ist, hängt der Zeitpunkt ihrer erstmaligen Anwendung von der Bestätigung der vollen Funktionsfähigkeit der darin vorgesehenen Datenbank ab. Gültig wird die Verordnung sechs Monate nach Veröffentlichung der Bekanntmachung einer Bestätigung dieser vollen Funktionsfähigkeit durch die Europäische Kommission im Amtsblatt der Europäischen Union (Art 99 iVm Art 82 Abs 3 der Verordnung). Diese Mitteilung liegt bislang noch nicht vor.

Mit dem Wirksamwerden der Verordnung müssen Ethikkommissionen mit wesentlich kürzeren Entscheidungsfristen zurechtkommen, so dass die Zahl der Ersatzmitglieder und auch der Stellvertreterinnen und Stellvertreter der oder des Vorsitzenden erhöht werden soll. Die bisher vorgesehene Beschränkung auf eine Vertretungsperson soll daher entfallen.

Zu Z 15:

Kinder- und Opferschutzgruppen unterstützen die Krankenanstalt in jenen Fällen, in denen der Verdacht besteht, dass Verletzungen oder Krankheiten auf häusliche Gewalt oder auf die Vernachlässigung von Kindern beruhen könnten. Bisher ist mit Ausnahme der Möglichkeit, eine Vertreterin oder einen Vertreter der Kinder- und Jugendhilfe (zur Bezeichnung vgl das Salzburger Kinder- und Jugendhilfegesetz, LGBI Nr 32/2015 idgF) beizuziehen, eine ausschließliche Besetzung der Gruppen mit Klinikpersonal vorgesehen. Dies kann in jenen Fällen problematisch werden, in denen zumindest ein Verdacht auf sexuelle Übergriffe oder Misshandlungen durch das Anstaltspersonal selbst besteht.

Im Entwurf wird daher vorgeschlagen, in solchen Fällen sowohl der Kinder- als auch der Opferschutzgruppe eine Vertreterin oder einen Vertreter der Salzburger Patientenanzwaltschaft verpflichtend beizuziehen, um eine unabhängige, externe Beurteilung sicherzustellen. Im Unterschied zur bisher schon vorgesehenen Beiziehung der Kinder- und Jugendhilfe ist die Beiziehung der Patientenvertretung in den Verdachtsfällen gegen klinikinterne Personen verpflichtend und nicht in das Ermessen der Gruppenmitglieder gestellt. Die Vertreterin oder der Vertreter der Patientenvertretung ist darüber hinaus auch Vollmitglied der Gruppe mit Stimmrecht und dem Recht auf volle Information.

Zu Z 16:

Die von den Trägern der Krankenanstalten im Rahmen der Organisation zur Qualitätssicherung vorzusehenden Maßnahmen werden um Maßnahmen zur Wahrung der Patientensicherheit erweitert.

Zu Z 17, 18, 20 und 21:

Die Verweisungen werden an die im Pkt 1 der Erläuterungen dargestellten Änderungen der bundesrechtlichen Bestimmungen angepasst.

Zu Z 19:

Die Z 19.1 enthält eine redaktionelle Berichtigung.

In der Z 19.2 wird neben der Anpassung an die neuen Bestimmungen des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes auch klargestellt, dass die im § 49 Abs 2 normierten Voraussetzungen für die Genehmigung eines Angliederungsvertrages während der ganzen Vertragsdauer gegeben sein müssen, dh dass die Genehmigung auch widerrufen werden kann, wenn zB kein Bedarf mehr nach einer Angliederung besteht (Abs 2 Z 1) oder keine ausreichende ärztliche Aufsicht gewährleistet ist (Abs 2 Z 2).

Zu Z 22:

Für die Entlassung von Patientinnen und Patienten am Ende einer rein ambulanten Behandlung sollen dieselben Bestimmungen gelten, die für die Entlassung aus der stationären Betreuung vorgesehen sind. An die Stelle des Entlassungsbriefes tritt dabei die Abschlussdokumentation.

Zu Z 23:

Ab dem 1. Jänner 2019 ist das spitalsambulante Abrechnungsmodell als Teil der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung anzuwenden. § 27b Abs 3 KAKuG sieht dazu für Fondskrankenanstalten die Abgeltung durch den SAGES vor, wobei jedoch nach wie vor die Möglichkeit besteht, für bestimmte ambulatorische Leistungen zusätzliche Beiträge vorzusehen (§ 27 Abs 4 Z 3 KAKuG). Von dieser Möglichkeit kann nach den Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage der KAKuG-Novelle 2018 vor allem für jene Leistungen Gebrauch gemacht werden, „die bisher stationär erbracht und für die die Verrechnung von Sonderklassegebühren möglich war, die nunmehr auf Grund des spitalsambulanten Abrechnungsmodells ambulant zu erbringen sein werden“.

Daher ist vorgesehen, für diese in Zukunft ambulant (tagesklinisch) erbrachten Leistungen die Einhebung einer Sondergebühr in jenen Fällen zu ermöglichen, in denen Patientinnen oder Patienten auf eigenen Wunsch Ambulanzeinrichtungen in Anspruch nehmen, die hinsichtlich der sog „Hotelkomponente“ besondere Qualitätsmerkmale aufweisen. Ebenso wie bei der stationären Unterbringung in der Sonderklasse bleibt selbstverständlich das Niveau der medizinischen oder pflegerischen Leistung unverändert, es besteht jedoch insbesondere bei anstrengenden ambulanten Behandlungen wie zB Dialysen oder Chemotherapien häufig der Patientenwunsch nach abgetrennter Unterbringung oder verbessertem Komfort, dem Rechnung getragen werden soll.

Zu Z 24:

Das Europäische Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT), das im Rahmen des Europaratsübereinkommens zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe eingerichtet ist, hat über sein im Herbst 2014 in Österreich durchgeführtes Audit einen auch im Internet nachlesbaren Bericht erstattet (<https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680653ec4>). Im Pkt 124 dieses Berichts wird neuerlich auf das Erfordernis eines Registers über freiheitsberaubende Maßnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern bzw Abteilungen hingewiesen. Die Volksanwaltschaft hat sich dieser Empfehlung im Rahmen ihrer Aufgabe der präventiven Menschenrechtskontrolle angeschlossen (vgl den 39. Bericht der Volksanwaltschaft, Teil II Präventive Menschenrechtskontrolle, S 53f; abrufbar unter https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/BR/III-BR/III-BR_00588/imfname_529927.pdf). Dieser Forderung soll durch die Ergänzung im § 75 SKAG über die in psychiatrischen Krankenanstalten oder Abteilungen für Psychiatrie zu führenden besonderen Aufzeichnungen Rechnung getragen werden.

Abs 3 stellt klar, dass das Einsichtsrecht in diese Dokumentation, die zur Erfüllung menschenrechtlicher Standards eingeführt wird, auf extramuraler Ebene nur den einschlägigen Kontrollmechanismen zukommt. Dies ist auf nationaler Ebene die Volksanwaltschaft und die von ihr eingerichteten Besuchskommissionen, auf völkerrechtlicher Ebene das Europäische Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) nach dem genannten Europaratsübereinkommen und der UN-Ausschuss gegen Folter (CAT), eingerichtet auf Basis der Konvention gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung der UNO. Die Frage, wer krankenanstaltenintern in diese Dokumentation Einsicht nehmen darf, richtet sich nach § 35 und folgt den allgemein geltenden Bestimmungen über die Einsichtnahme in Krankengeschichten und sonstige Vormerkungen.

Zu Z 25:

In der Auflistung jener Bestimmungen, die auch bei der Errichtung und im Betrieb privater Krankenanstalten anzuwenden sind, wird § 57 über die Durchführung von Obduktionen ergänzt. Damit soll sichergestellt werden, dass Obduktionen in allen Krankenanstalten unter denselben Voraussetzungen und unter Einhaltung derselben Formalvorschriften durchgeführt werden, unabhängig davon, ob diese Maßnahme in einer privaten oder öffentlichen Krankenanstalt erfolgt.

Dies bedeuten nicht, dass Obduktionen zwingend von der betroffenen Krankenanstalt selbst durchgeführt werden müssen. Krankenanstalten, die nicht über geeignetes Personal und/oder entsprechende Räumlichkeiten verfügen, können etwa durch Vereinbarungen mit anderen Krankenanstalten sicherstellen, dass die Obduktionen in geeigneter Form erfolgen.

Zu Z 27:

Die Bestimmungen über das Inkrafttreten und das Übergangsrecht für Satellitendepartments für Unfallchirurgie sowie Departments für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie entsprechen den Vorgaben des § 65b KAKuG zu den Novellen BGBl I Nr 100/2018 und Nr 13/2019, die der Bestimmung zweimal jeweils als Abs 10 und 11 angefügt wurden.

Zu Artikel II:

Im SAGES-Gesetz 2016 werden lediglich die mit dem Sozialversicherungs-Organisationsgesetz, BGBl I Nr 100/2018, vorgenommenen Bezeichnungsänderungen nachvollzogen.

Die Landesregierung stellt sohin den

Antrag,

der Salzburger Landtag wolle beschließen:

1. Das vorstehende Gesetz wird zum Beschluss erhoben.
2. Die Gesetzesvorlage wird dem Verfassungs- und Verwaltungsausschuss zur Beratung, Berichterstattung und Antragstellung zugewiesen.

Textgegenüberstellung

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

Gesetz, mit dem das Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 und das Salzburger Gesundheitsfondsgesetz geändert werden

Artikel I

Änderung des Salzburger Krankenanstaltengesetzes 2000

Inhaltsverzeichnis

1. Abschnitt

Allgemeines

- § 1 Begriffsbestimmungen und grundlegende organisatorische Vorgaben
- § 2 Einteilung der Krankenanstalten
- § 3 Notkrankenanstalten
- § 4 Gesundheitsplanung auf Landesebene

2. Abschnitt bis 7. Abschnitt

1. Abschnitt

Allgemeines

Begriffsbestimmungen und grundlegende organisatorische Vorgaben

§ 1

(1) Im Sinn dieses Gesetzes gelten als:

1. Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten): Einrichtungen, die folgenden Zwecken dienen:
 - a) der Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung,

Inhaltsverzeichnis

1. Abschnitt

Begriffsbestimmungen und grundlegende organisatorische Vorgaben

- § 1 Begriffsbestimmungen „Krankenanstalten“ und „Universität“
- § 2 Einteilung der Krankenanstalten
- § 2a Allgemeinde Krankenanstalten
- § 2 b Fachrichtungsbezogene Organisationsformen
- § 2c Referenzzentren
- § 2d Entnahmeeinheiten und Transplantationszentren
- § 3 Notkrankenanstalten
- § 4 Gesundheitsplanung auf Landesebene

2. Abschnitt bis 7. Abschnitt

1. Abschnitt

Begriffsbestimmungen und grundlegende organisatorische Vorgaben

Begriffsbestimmungen „Krankenanstalten“ und „Universität“

§ 1

(1) Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die zu folgenden Zwecken bestimmt sind:

1. zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung,
2. zur Vornahme operativer Eingriffe,
3. zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,

- b) der Vornahme operativer Eingriffe,
 - c) der Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,
 - d) der Entbindung,
 - e) der Durchführung von Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe,
 - f) der ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken,
 - g) der Bereitstellung von Organen zum Zweck der Transplantation.
2. Abteilungen: bettenführende Einrichtungen, die zeitlich uneingeschränkt zu betreiben sind und die im Rahmen der Abdeckung des fachrichtungsbezogenen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung in ihrem Einzugsbereich nach Maßgabe des § 27 Abs 2 die jederzeitige Verfügbarkeit fachärztlicher Akutversorgung anstaltsbedürftiger Personen im jeweiligen Sonderfach sicherzustellen haben.
3. Departments: bettenführende Einrichtungen mit eingeschränktem Leistungsangebot im Sinn der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) für:
- a) Unfallchirurgie bzw Orthopädie und Traumatologie (Satellitendepartment), Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie oder Remobilisation und Nachsorge mit jeweils 15 bis 24 Betten,
 - b) Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 20 Betten und
 - c) Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens 12 Betten.

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

- 4. zur Entbindung,
- 5. für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe,
- 6. zur Bereitstellung von Organen zum Zweck der Transplantation,
- 7. zur ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken.

(2) Als Krankenanstalten im Sinn des Abs 1 gelten nicht:

- 1. Anstalten, die für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, sowie Krankenabteilungen in Justizanstalten;
- 2. Einrichtungen, die von Betrieben für den Fall der Leistung Erster Hilfe bereitgehalten werden, sowie arbeitsmedizinische Zentren gemäß § 80 des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes;
- 3. Einrichtungen zur Anwendung von medizinischen Behandlungsarten, die sich aus einem ortsgebundenen Heilvorkommen oder dessen Produkten ergeben, einschließlich der Anwendung von solchen Zusatztherapien, die zur Ergänzung der Kurbehandlung nach ärztlicher Anordnung angewendet werden und bei denen nach dem Stand der Wissenschaft davon auszugehen ist, dass die ärztliche Aufsicht über den Betrieb ausreicht, um schädliche Wirkungen auf das Leben oder die Gesundheit von Menschen auszuschließen;
- 4. die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH;
- 5. Gruppenpraxen;
- 6. Ordinationsstätten von Ärzten oder Zahnärzten, soweit diese Einrichtungen nicht die gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglichen und durch die Anstellung insbesondere von Angehörigen von Gesundheitsberufen eine Organisationdichte und -struktur aufweisen, die insbesondere im Hinblick auf das arbeitsteilige Zusammenwirken und das Leistungsvolumen eine Anstaltsordnung erfordern;
- 7. medizinische Versorgungseinrichtungen in Betreuungseinrichtungen gemäß § 1 Z 5 des Grundversorgungsgesetzes-Bund 2005 für Asylwerber.

(3) Soweit in diesem Landesgesetz die Begriffe „Medizinische Universität“ oder „Universität, an der eine medizinische Fakultät eingerichtet ist“ verwendet werden, sind darunter die gemäß § 6 des Universitätsgesetzes 2002 errichteten Universitäten zu verstehen.

Ausnahme von Satellitendepartments für Unfallchirurgie bzw Orthopädie und Traumatologie müssen nach Maßgabe des § 27 Abs 2 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden.

4. Fachschwerpunkte: bettenführende Einrichtungen mit acht bis vierzehn Betten und mit auf elektive Eingriffe eingeschränktem Leistungsangebot im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG für die medizinischen Sonderfächer gemäß § 2 Abs 5 Z 2. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebundnen sein. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten gemäß § 2 Abs 2 lit a und § 2 Abs 4 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 2 Abs 2 lit b auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Betriebszeiten aufweisen, wenn außerhalb dieser Betriebszeiten eine Rufbereitschaft sichergestellt ist.
5. Dislozierte Wochenkliniken: bettenführende Einrichtungen, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt oder an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie dienen zur Durchführung von Behandlungen mit kurzer Verweildauer, wobei das Leistungsangebot auf Basisversorgungsleistungen im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG eingeschränkt ist. Die Einrichtung dislozierter Wochenkliniken ist nur in Standardkrankenanstalten gemäß § 2 Abs 2 lit a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 2 Abs 2 lit b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten sowie in Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 2 Abs 4 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend zulässig. Dislozierte Wochenkliniken müssen, wenn die Anstaltsordnung keine abweichenden Regelungen für Feiertage gemäß § 20 Abs 1 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 Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.
6. Dislozierte Tageskliniken: bettenführende Einrichtungen an Standorten von Krankenanstalten ohne vollstationäre bettenführende Einrichtung (Abteilung, Department oder Fachschwerpunkt) desselben Sonderfaches

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

7. Referenzzentren: spezialisierte Strukturen im Rahmen der bettenführenden Organisationsstrukturen, die grundsätzlich in Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalten zur Bündelung der Erbringung komplexer Leistungen für folgende Bereiche eingerichtet werden können:
 - a) Herzchirurgie, Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie, Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie, Onkologische Versorgung, Stammzelltransplantation, Nuklearmedizinische stationäre Therapie und Nephrologie für Erwachsene und Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, sowie
 - b) Herzchirurgie, Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie, Onkologische Versorgung und Stammzelltransplantation für Kinder, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
8. Entnahmeeinheiten: rechtskräftig bewilligte Krankenanstalten, die die Bereitstellung von Organen im Sinn des Organtransplantationsgesetzes (OTPG) durchführen oder koordinieren. Die Entnahmeeinheit kann sich auch mobiler Teams bedienen, die die Entnahme von Organen in den Räumlichkeiten anderer Krankenanstalten durchführen oder koordinieren.
9. Transplantationszentren: Krankenanstalten, deren Leistungsangebot nach der gemäß den §§ 5 ff erteilten Bewilligung die Vornahme von

Transplantationen im Sinn des Organtransplantationsgesetz umfasst. Das Transplantationszentrum hat sich vor der Durchführung einer Transplantation zu vergewissern, dass hinsichtlich der Organ- und Spendercharakterisierung sowie der Konservierung und des Transportes der entnommenen Organe die Bestimmungen des OTPG eingehalten worden sind;

10. Medizinische Universität oder Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist: gemäß § 6 des Universitätsgesetzes 2002 errichtete Universitäten.

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

1. Anstalten, die nur für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, sowie Krankenabteilungen in Justizanstalten;
2. Einrichtungen, die von Betrieben für die Leistung erster Hilfe bereitgehalten werden, und arbeitsmedizinische Zentren gemäß § 80 des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes;
3. Einrichtungen zur Anwendung von medizinischen Behandlungsarten, die sich aus einem ortsgebundenen Heilvorkommen oder dessen Produkten ergeben, einschließlich der Anwendung von solchen Zusatztherapien, die zur Ergänzung der Kurbehandlung nach ärztlicher Anordnung angewendet werden und bei denen nach dem Stand der Wissenschaft davon auszugehen ist, dass die ärztliche Aufsicht über den Betrieb ausreicht, um schädliche Wirkungen auf das Leben oder die Gesundheit von Menschen auszuschließen;
4. Krankenanstalten, die dem Bundesheer organisatorisch eingegliedert und der Erfüllung seiner Aufgaben zu dienen bestimmt sind;
5. Ordinationsstätten von Ärzten oder Zahnärzten und Betriebsstätten von Dentisten; als solche gelten jedoch nicht Einrichtungen, die eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglichen und durch die Anstellung insbesondere von Angehörigen von Gesundheitsberufen eine Organisationsdichte und -struktur aufweisen, die insbesondere im Hinblick auf das arbeitsteilige Zusammenwirken und das Leistungsvolumen eine Anstaltsordnung erfordern;
6. die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH;
7. Gruppenpraxen;

8. medizinische Versorgungseinrichtungen in Betreuungseinrichtungen gemäß § 1 Z 5 des Grundversorgungsgesetzes – Bund 2005 für Asylwerber.

Einteilung der Krankenanstalten

§ 2

(1) Die Krankenanstalten werden eingeteilt in:

1. Allgemeine Krankenanstalten, das sind Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung (§ 1 Abs 1 Z 1);
2. Sonderkrankenanstalten, das sind Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten (zB Anstalten für Lungenkrankheiten, für psychisch Kranke oder für Alkoholabhängige), oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke;
3. Pflegeanstalten für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen;
4. Sanatorien, das sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen;
5. selbstständige Ambulatorien, das sind organisatorisch selbstständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer stationären Aufnahme nicht bedürfen. Der Verwendungszweck eines selbstständigen Ambulatoriums erfährt dann keine Änderung, wenn es über eine angemessene Zahl von Betten verfügt, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist, und die Entlassung noch am Tag der Aufnahme erfolgt. Die Durchführung von Hausbesuchen im jeweiligen Einzugsgebiet ist zulässig;
6. militärische Krankenanstalten, das sind vom Bund betriebene Krankenanstalten, die in unmittelbarem und überwiegendem Zusammenhang mit der Erfüllung der Aufgaben des Bundesheeres gemäß § 2 des Wehrgesetzes 2001 stehen.

(2) Allgemeine Krankenanstalten sind einzurichten als

- a) Standardkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs 5 mit zumindest zwei Abteilungen, davon eine für Innere Medizin. Weiters muss zu-

Einteilung der Krankenanstalten

§ 2

(1) Krankenanstalten im Sinn des § 1 Abs 1 sind:

1. Allgemeine Krankenanstalten, das sind Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechtes, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung;
2. Sonderkrankenanstalten, das sind Krankenanstalten
 - a) für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten (z. B. Anstalten für Lungenkrankheiten, für psychisch Kranke oder für Alkoholranke),
 - b) für die Untersuchung und Behandlung von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke;
3. Pflegeanstalten für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen;
4. Sanatorien, das sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen;
5. selbständige Ambulatorien, das sind organisatorisch selbstständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer stationären Aufnahme nicht bedürfen. Der Verwendungszweck eines selbstständigen Ambulatoriums erfährt dann keine Änderung, wenn es über eine angemessene Zahl von Betten verfügt, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist, und die Entlassung noch am Tag der Aufnahme erfolgt. Die Durchführung von Hausbesuchen im jeweiligen Einzugsgebiet ist zulässig;
6. militärische Krankenanstalten, das sind vom Bund betriebene Krankenanstalten, die in unmittelbarem und überwiegendem Zusammenhang mit der Erfüllung der Aufgaben des Bundesheeres gemäß § 2 des Wehrgesetzes 2001 stehen.

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

mindest eine ambulante Basisversorgung für chirurgische und/oder unfallchirurgische Akutfälle im Sinn der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) gewährleistet werden.

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

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

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

Ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie und Intensivmedizin, für Hämodialyse, für Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin und für Intensivpflege (inklusive Intensiv- bzw Überwachungspflege 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. In den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein. Schließlich müssen eine Anstaltsapotheke, ein Pathologisches Institut sowie ein Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik geführt werden;

c) Zentralkrankenanstalten mit grundsätzlich allen dem jeweiligen

1. dass die vom Rechtsträger geführte Krankenanstalt als Allgemeine Krankenanstalt, Sonderkrankenanstalt, Pflegeanstalt für chronisch Kranke, Sanatorium oder selbstständiges Ambulatorium gilt. Bei Allgemeinen Krankenanstalten kann weiters das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2a Abs 1 Z 1 bis 3 sowie § 2a Abs 4 festgestellt werden;
2. in welchem Umfang ein Leistungsangebot für eine bestimmte Krankenanstalt bewilligt worden ist;
3. welche Versorgungsstufe je Leistungsbereich gemäß § 2a Abs 1 bei Mehrstandortkrankenanstalten für jeden Standort maßgeblich ist.

Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen. Krankenanstalten, die neben den Aufgaben gemäß § 1 Abs 1 Z 1 der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität bzw einer Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, gemäß § 6 des Universitätsgesetzes 2002 dienen (Universitätsklinik und klinische Institute), gelten in diesem Umfang als Zentralkrankenanstalten.

(3) Die Voraussetzungen des Abs 2 sind auch erfüllt, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind. Dies gilt auch bei der örtlich getrennten Unterbringung in einem anderen Bundesland und unter den im § 49a geregelten Voraussetzungen auf dem Gebiet eines anderen Staates. In Standardkrankenanstalten kann die ambulante Basisversorgung für chirurgische und/oder unfallchirurgische Akutfälle im Sinn der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) auch durch eine Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit bzw eine Ambulante Erstversorgungseinheit oder durch Kooperation mit anderen geeigneten Gesundheitsdiensteanbietern in vertretbarer Entfernung im selben Einzugsbereich sichergestellt werden. Von der Errichtung einzelner im Abs 2 lit b vorgesehenen Abteilungen und sonstiger Einrichtungen kann mit Bewilligung der Landesregierung abgesehen werden. Die Bewilligung ist zu erteilen, 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.

(4) 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 § 2 Abs 2 festzulegen. Am jeweiligen Standort sind die für die festgelegte Versorgungsstufe je Leistungsbereich geltenden Vorgaben einzuhalten.

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

1. Departments

- a) für Unfallchirurgie bzw Orthopädie und Traumatologie in Form von Satellitendepartments (§ 1 Abs 1 Z 3),
 - b) für Akutgeriatrie/Remobilisation im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin oder Abteilungen für Neurologie,
 - c) für Remobilisation und Nachsorge im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie bzw Orthopädie und Traumatologie sowie Unfallchirurgie bzw Orthopädie und Traumatologie,
 - d) für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie,
 - e) für Psychosomatik für Erwachsene vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Psychiatrie oder für Innere Medizin und
 - f) für Kinder- und Jugendpsychosomatik vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie;
2. Fachschwerpunkte für die medizinischen Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie bzw Orthopädie und Traumatologie sowie Urologie;
 3. dislozierte Wochenkliniken für jedes Sonderfach;
 4. dislozierte Tageskliniken für jedes Sonderfach.

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

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

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

anstalt bewilligt worden ist;

3. welche Versorgungsstufe je Leistungsbereich gemäß Abs 2 bei Mehrstandortkrankenanstalten für jeden Standort maßgeblich ist.

Allgemeine Krankenanstalten

§ 2a

(1) Allgemeine Krankenanstalten sind in einer der folgenden Versorgungsstufen einzurichten:

1. Standardkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs 2 mit zumindest zwei Abteilungen, davon eine für Innere Medizin. Weiters muss zumindest eine ambulante Basisversorgung für chirurgische und/oder unfallchirurgische Akutfälle im Sinn der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) gewährleistet werden. Ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie und Intensivmedizin, für medizinische Radiologie-Diagnostik und für die Vornahme von Obduktionen (§ 57) vorhanden sein und durch Fachärzte des betreffenden Sonderfachs betreut werden. In den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein.
2. Schwerpunktkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs 2 mit bettenführenden 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 und Intensivmedizin, für Hämodialyse, für Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin und für Intensivpflege (inklusive Intensiv- bzw Überwachungspflege für Neonatologie und Pädiatrie) vorhanden sein und durch Fachärzte des entsprechenden Sonderfachs betreut werden; entsprechend dem Bedarf

hat die Betreuung im Sonderfach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie durch eigene Einrichtungen oder durch Fachärzte als Konsiliarärzte zu erfolgen. In den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein. Schließlich müssen eine Anstaltsapotheke, ein Pathologisches Institut sowie ein Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik geführt werden.

3. Zentralkrankenanstalten mit grundsätzlich allen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen. Krankenanstalten, die neben den Aufgaben gemäß § 1 Abs 1 der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität bzw einer Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, gemäß § 6 des Universitätsgesetzes 2002 dienen (Universitätsklinik und klinische Institute), gelten in diesem Umfang als Zentralkrankenanstalten.

(2) Die Voraussetzungen des Abs 1 sind auch erfüllt,

1. wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern

a) diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind, wobei die örtlich getrennte Unterbringung auch in einem anderen Bundesland und unter den in § 49a geregelten Voraussetzungen auch auf dem Gebiet eines anderen Staates zulässig ist, und

b) die örtlich getrennt untergebrachten Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten die Versorgung in dem Umfang wahrnehmen, der der Versorgungsstufe des jeweiligen Krankenhauses oder Krankenhausstandortes gemäß Abs. 3 entspricht;

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

Von der Errichtung einzelner im Abs 1 Z 2 vorgesehenen Abteilungen und sonstiger Einrichtungen kann überdies 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.

(3) 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 Abs 1 festzulegen. Am jeweiligen Standort sind die für die festgelegte Versorgungsstufe je Leistungsbereich geltenden Vorgaben einzuhalten.

(4) In Standardkrankenanstalten und Schwerpunktkrankenanstalten können nach Maßgabe des § 2b Abs 1 Z 3 bis 6 folgende reduzierte Organisationsformen eingerichtet werden:

1. Departments

- a) für Akutgeriatrie/Remobilisation im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin oder Abteilungen für Neurologie,
- b) für Remobilisation und Nachsorge im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie bzw Orthopädie und Traumatologie sowie Unfallchirurgie bzw Orthopädie und Traumatologie,
- c) für Psychosomatik für Erwachsene vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Psychiatrie oder für Innere Medizin und
- d) für Kinder- und Jugendpsychosomatik vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie;

2. Fachschwerpunkte:

- a) für die medizinischen Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie bzw. 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,

3. dislozierte Wochenkliniken für jedes Sonderfach;

4. dislozierte Tageskliniken für jedes Sonderfach.

Die Einrichtung reduzierter Organisationsformen ist mit Ausnahme von Departments für Psychosomatik (Z 1 lit c und d) 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.

Fachrichtungsbezogene Organisationsformen

§ 2b

(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 § 27 Abs 2 die jederzeitige Verfügbarkeit fachärztlicher Akutversorgung anstaltsbedürftiger Personen im jeweiligen Sonderfach sicherzustellen haben.

(2) Neben Abteilungen bzw an Stelle von Abteilungen können nach Maßgabe des § 2a Abs 4 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 § 27 Abs 2 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei Fachärzte oder Ärzte für Allgemeinmedizin mit entsprechender Qualifikation verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 2a Abs 4 Z 1 eingerichtet werden.
2. Fachschwerpunkte als bettenführende Einrichtungen mit acht bis vierzehn Betten und eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG einschließlich Akutfallversorgung während der Öffnungszeiten für die medizinischen Sonderfächer gemäß § 2a Abs 4 Z 2. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Öffnungs- und Betriebszeiten aufweisen. Außerhalb der Öffnungszeiten ist während der Betriebszeiten zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Außerhalb der Betriebszeit des Fachschwerpunktes ist die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten durch die Partner- oder Mutterabteilung sicherzustellen. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärzte der

vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten 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 Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG eingeschränkt ist. Die Einrichtung dislozierter Wochenkliniken ist nur in Standardkrankenanstalten und in Schwerpunktkrankenanstalten in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten zulässig. Betriebszeiten dislozierter Wochenkliniken sind auf Wochenbetrieb und Öffnungszeiten tageszeitlich einschränkbar. Außerhalb der Öffnungszeiten ist während der Betriebszeiten 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 Sonderfaches mit einem auf tagesklinisch elektiv erbringbare Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG. Sie weisen eingeschränkte Öffnungs- und Betriebszeiten auf. Außerhalb der Öffnungszeit ist während der Betriebszeit zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen. Dislozierte Tageskliniken können in Standardkrankenanstalten und in Schwerpunktkrankenanstalten 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 Kran-

kenanstalt angebunden sein (Partnerabteilung) oder

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

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

1. Am 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 bis 3 erfüllen.
2. Im jeweiligen RSG sind die standortübergreifenden Abteilungen an den entsprechenden Standorten mit ihren Organisationseinheiten nach den Kriterien gemäß Abs 1 bis 3 explizit ausgewiesen.
3. Die Leistungsspektren der Organisationseinheiten an den jeweiligen Standorten sind analog zu jenen in der Leistungsmatrix des ÖSG für Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten vorgesehenen Leistungsspektren zu definieren.
4. Für die jeweilige Versorgungsstufe des Krankenanstalten-Standorts und die nach Abs 1 bis 3 eingerichteten Organisationseinheiten sind die einzuhaltenden Kriterien hinsichtlich Vorhaltung und Betrieb an allen Standorten zu erfüllen.
5. § 2a Abs 3 ist sinngemäß anzuwenden.
6. Es muss sichergestellt sein, dass höheren Versorgungsstufen vorbehalten Leistungsspektren ausnahmslos auch den Standorten mit der höheren Versorgungsstufe und der entsprechenden Infrastruktur vorbehalten bleiben.

Referenzzentren

§ 2c

Als Referenzzentren werden spezialisierte Strukturen im Rahmen der betriebl. führenden Organisationsstrukturen bezeichnet, die grundsätzlich in Schwer-

punkt- 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 und Jugendliche, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, sowie
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.

Entnahmeeinheiten und Transplantationszentren

§ 2d

(1) Entnahmeeinheiten sind rechtskräftig bewilligte Krankenanstalten, die die Bereitstellung von Organen im Sinn des Organtransplantationsgesetzes durchführen oder koordinieren. Die Entnahmeeinheit kann sich auch mobiler Teams bedienen, die die Entnahme von Organen in den Räumlichkeiten anderer Krankenanstalten durchführen oder koordinieren. Der Träger der Entnahmeeinheit hat sicherzustellen, dass im Rahmen des Qualitätssystems zumindest Standardarbeitsanweisungen (Standard Operating Procedures-SOPs), Leitlinien, Ausbildungs- oder Referenzhandbücher sowie Aufzeichnungen zur Sicherstellung der Rückverfolgbarkeit von Organen dokumentiert werden. Die Dokumentation hat eine nach dem Stand der Wissenschaft lückenlose Nachvollziehbarkeit der Transplantationskette von der Spende bis zur Transplantation oder Entsorgung, soweit dies in den Aufgabenbereich der Entnahmeeinheit fällt, sicherzustellen und ist für einen Zeitraum von mindestens 30 Jahren aufzubewahren.

(2) Transplantationszentren sind Krankenanstalten, die Transplantationen im Sinn des Organtransplantationsgesetzes vornehmen und deren Leistungsangebot gemäß der erteilten Bewilligung (§ 5 ff) dieses Leistungsangebot umfasst. Das Transplantationszentrum hat sich vor der Durchführung einer Transplantation zu vergewissern, dass hinsichtlich Organ- und Spendercharakterisierung sowie Konservierung und Transport der entnommenen Organe die Bestimmungen des Organtransplantationsgesetzes eingehalten wurden. Der Träger des Transplantationszentrums hat sicherzustellen, dass im Rahmen des Qualitätssystems zumindest Standardarbeitsanweisungen (Standard Operating Procedures-SOPs), Leitli-

Sachliche Voraussetzungen

§ 7

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

- a) bis c)
- d) Sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung über den Bedarf im Rahmen eines Verfahrens gemäß § 10a (Vorabfeststellung des Bedarfs) eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens. Eine Vertragszusage der Sozialversicherung ist der Landesregierung im Wege des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger unverzüglich bekanntzugeben.

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

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

nien, Ausbildungs- oder Referenzhandbücher sowie Aufzeichnungen zur Sicherstellung der Rückverfolgbarkeit von Organen geführt werden. Die Dokumentation hat eine nach dem Stand der Wissenschaft lückenlose Nachvollziehbarkeit der Transplantationskette von der Spende bis zur Transplantation oder Entsorgung, soweit dies in den Aufgabenbereich des Transplantationszentrums fällt, sicherzustellen und ist für einen Zeitraum von mindestens 30 Jahren aufzubewahren.

Sachliche Voraussetzungen

§ 7

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

- a) bis c).
- d) Sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung über den Bedarf im Rahmen eines Verfahrens gemäß § 10a (Vorabfeststellung des Bedarfs) eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens. Eine Vertragszusage der Sozialversicherung ist der Landesregierung im Wege des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger unverzüglich bekanntzugeben.

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

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

- 3. die Auslastung bestehender stationärer Einrichtungen sowie
- 4. die Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw Zahnmedizin nachgewiesen werden kann.

(3)

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

(5) bis (7)

Parteien im Verfahren, Einholung von Stellungnahmen

§ 9

(1) In Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt haben neben dem Antragsteller folgende Körperschaften hinsichtlich des nach § 7 Abs 1 lit a zu prüfenden Bedarfes Parteistellung (§ 8 AVG) und das Recht der Beschwerde gemäß Art 132 Abs 5 B-VG sowie das Recht der Revision gemäß Art 133 Abs 8 B-VG:

- a) die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten;
- b) der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

(2)

Vorabfeststellung des Bedarfs

§ 10a

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

(2) und (3)

- 3. die Auslastung bestehender stationärer Einrichtungen sowie
- 4. die Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw Zahnmedizin nachgewiesen werden kann.

Im Bewilligungsverfahren kann ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstituts zum Vorliegen der Kriterien gemäß Z 1 bis 4 eingeholt werden.

(3)

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

(5) bis (7)

Parteien im Verfahren, Einholung von Stellungnahmen

§ 9

(1) In Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt haben neben dem Antragsteller folgende Körperschaften hinsichtlich des nach § 7 Abs 1 lit a zu prüfenden Bedarfes Parteistellung (§ 8 AVG) und das Recht der Beschwerde gemäß Art 132 Abs 5 B-VG sowie das Recht der Revision gemäß Art 133 Abs 8 B-VG:

- a) die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten;
- b) der Dachverband der Sozialversicherungsträger.

(2)

Vorabfeststellung des Bedarfs

§ 10a

(1) Auf Antrag kann das Bestehen eines Bedarfs nach einer bettenführenden Krankenanstalt (§ 7 Abs 1 lit a) vor der Beantragung der Errichtungsbewilligung festgestellt werden. Der Antrag hat die im § 8 Z 1 bis 3 vorgesehenen Angaben zu enthalten. Im Verfahren zur Vorabfeststellung kann ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstituts zum Vorliegen der Kriterien gemäß § 7 Abs. 2 Z 1 bis 4 eingeholt werden.

Für die Parteistellung gilt § 9 Abs 1 sinngemäß.

(2) und (3)

Betriebsbewilligung

§ 12

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

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

(2) bis (4)

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

Betriebsbewilligung

§ 12

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

- a) die Bewilligung der Errichtung (§ 5 Abs 2) erteilt wurde;
- b) festgestellt ist, dass die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und dass diese und die Betriebsanlage den sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften sowie bei Krankenanstalten, deren Rechtsträger gemäß § 7 Abs 2 Mittel in Anspruch nehmen wollen, und bei Fondskrankenanstalten den Vorgaben des Salzburger Landeskrankenanstaltenplanes entsprechen;
- c) die Vorgaben der jeweiligen Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, und die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind;
- d) die Bedingungen der Bewilligung der Errichtung (§ 10) erfüllt sind;
- e) die für den inneren Betrieb der Krankenanstalten vorgesehene Anstaltsordnung (§ 20) gleichzeitig genehmigt werden kann;
- f) die Bestellung des verantwortlichen Leiters (Stellvertreters) des ärztlichen Dienstes oder eines geeigneten Zahnarztes als verantwortlicher Leiter des zahnärztlichen Dienstes und gegebenenfalls des Leiters der Prosektur der Krankenanstalt gleichzeitig genehmigt werden kann (§ 24 Abs 6) und für die Leitung der einzelnen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten fachlich geeignete Personen (§ 24 Abs 5) als verantwortliche Ärzte namhaft gemacht worden sind;
- g) glaubhaft gemacht wird, dass auch im Übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem beabsichtigten Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird; und
- h) der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, wenn eine solche gemäß § 20a erforderlich ist.

(1a) Der Träger der Krankenanstalt hat zum Nachweis der Voraussetzungen gemäß Abs 1 lit b der Behörde die allenfalls erforderliche Bauvollendungsanzeige (§ 17 des Baupolizeigesetzes 1997) samt aller Beilagen, eine Bestätigung des

Sachliche Voraussetzungen

§ 12a

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

- a) bis c)
- d) Sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung der Landesregierung im Rahmen eines Verfahrens gemäß § 12e (Vorabfeststellung der wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes) eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens. Eine Vertragszusage der Sozialversicherung ist der Landesregierung im Wege des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger unverzüglich bekanntzugeben.

(2) und (3)

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

(5)

Parteien im Verfahren, Einholung von Stellungnahmen

§ 12c

(1) .

(2) Im Bewilligungsverfahren ist auf Kosten des Antragstellers ein Gutach-

Technischen Sicherheitsbeauftragten über die vorschriftsmäßige Ausführung der technischen Einrichtungen und medizinischen Apparate sowie erforderlichenfalls auf Verlangen der Behörde ein sicherheitstechnisches Gutachten und ein krankenhaushygienisches Gutachten vorzulegen.

(2) bis (4)

Sachliche Voraussetzungen

§ 12a

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

- a) bis c)
- d) Sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung der Landesregierung im Rahmen eines Verfahrens gemäß § 12e (Vorabfeststellung der wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes) eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens. Eine Vertragszusage der Sozialversicherung ist der Landesregierung im Wege des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger unverzüglich bekanntzugeben.

(2) und (3)

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

(5)

Parteien im Verfahren, Einholung von Stellungnahmen

§ 12c

(1)

(2) Im Bewilligungsverfahren ist auf Kosten des Antragstellers ein Gutach-

ten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Planungsinstitutes zum Vorliegen der Kriterien gemäß § 12a Abs 1 lit a und eine begründete Stellungnahme des Salzburger Gesundheitsfonds (§ 1 SAGES-Gesetz 2016) zum Vorliegen dieser Kriterien einzuholen

Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums durch einen Krankenversicherungsträger

§ 12f

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

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

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

(2)

Betriebsbewilligung

§ 12g

(1)

(2) bis (4)

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

Besondere Bestimmungen für Primärversorgungseinheiten

§ 12h

(1) Für Primärversorgungseinheiten in Form von selbstständigen Ambulato-

ten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstitutes zum Vorliegen der Kriterien gemäß § 12a Abs 1 lit a und eine begründete Stellungnahme des Salzburger Gesundheitsfonds (§ 1 SAGES-Gesetz 2016) zum Vorliegen dieser Kriterien einzuholen

Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums durch einen Krankenversicherungsträger

§ 12f

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

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

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

(2)

Betriebsbewilligung

§ 12g

(1)

(1a) Der Träger der Krankenanstalt hat zum Nachweis der Voraussetzungen gemäß Abs 1 lit b der Behörde die Anzeige gemäß § 17 des Baupolizeigesetzes 1997 samt aller Beilagen, eine Bestätigung des Technischen Sicherheitsbeauftragten über die vorschriftsmäßige Ausführung der technischen Einrichtungen und medizinischen Apparate sowie erforderlichenfalls auf Verlangen der Behörde ein sicherheitstechnisches Gutachten und ein krankenhaushygienisches Gutachten vorzulegen.

(2) bis (4)

Besondere Bestimmungen für Primärversorgungseinheiten

§ 12h

(1) Für Primärversorgungseinheiten in Form von selbstständigen Ambulato-

rien gilt Folgendes:

1. Abweichend von § 12a Abs 1 lit a, Abs 2 und Abs 3, § 12c Abs 2 und § 12d zweiter Satz ist die Errichtungsbewilligung für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbstständigen Ambulatoriums nur dann zu erteilen, wenn eine Primärversorgungseinheit im RSG abgebildet ist und – als Ergebnis eines Verfahrens nach § 14 PrimVG – eine vorvertragliche Zusage der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrags (§ 8 PrimVG) vorliegt.
2. Eine Bewilligung zum Betrieb einer Primärversorgungseinheit in Form eines selbstständigen Ambulatoriums ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 12g Abs 1 lit a bis c und e bis g und Abs 2 erfüllt sind. § 20 ist nicht anzuwenden.
3. Für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbstständigen Ambulatoriums entfällt die Verpflichtung zur Einrichtung einer Arzneimittelkommission nach § 51a.
4. In einer Primärversorgungseinheit ist der ärztliche Leiter nach § 24 hauptberuflich zur persönlichen Berufsausübung verpflichtet. Gesellschafter von Primärversorgungseinheiten in Form von selbstständigen Ambulatorien dürfen nur gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste, gesetzliche Krankenversicherungsträger, Gebietskörperschaften oder von Gebietskörperschaften eingerichtete Körperschaften und Fonds sein.

(2)

Veränderung der Krankenanstalt

§ 14

(1)

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

- a) eine Veränderung der Art der Krankenanstalt (§ 2 Abs 1 Z 1 bis 5);
- b) eine Veränderung der Form einer Allgemeinen Krankenanstalt (§ 2 Abs 2 lit a bis c);

rien gilt Folgendes:

1. Abweichend von § 12a Abs 1 lit a, Abs 2 und Abs 3, § 12c Abs 2 und § 12d zweiter Satz ist die Errichtungsbewilligung für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbstständigen Ambulatoriums nur dann zu erteilen, wenn eine Primärversorgungseinheit im RSG abgebildet ist und – als Ergebnis eines Verfahrens nach § 14 PrimVG – eine vorvertragliche Zusage der örtlich zuständigen Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrags (§ 8 PrimVG) vorliegt.
2. Eine Bewilligung zum Betrieb einer Primärversorgungseinheit in Form eines selbstständigen Ambulatoriums ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 12g Abs 1 lit a bis c und e bis g und Abs 2 erfüllt sind. § 20 ist nicht anzuwenden.
3. Für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbstständigen Ambulatoriums entfällt die Verpflichtung zur Einrichtung einer Arzneimittelkommission nach § 51a.
4. In einer Primärversorgungseinheit ist der ärztliche Leiter nach § 24 hauptberuflich zur persönlichen Berufsausübung verpflichtet. Gesellschafter von Primärversorgungseinheiten in Form von selbstständigen Ambulatorien dürfen nur gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste, gesetzliche Krankenversicherungsträger, Gebietskörperschaften oder von Gebietskörperschaften eingerichtete Körperschaften und Fonds sein.

(2)

Veränderung der Krankenanstalt

§ 14

(1)

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

- a) eine Veränderung der Art der Krankenanstalt (§ 2 Abs 1 Z 1 bis 5);
- b) eine Veränderung der Form einer Allgemeinen Krankenanstalt (§ 2 Abs 2 lit a bis c);

- c) eine Änderung des Leistungsangebotes der Krankenanstalt;
- d) eine Errichtung neuer Abteilungen, Departments, Stationen oder anderer Einrichtungen wie Ambulatorien, Laboratorien oder Institute, wenn diese vom Errichtungsbewilligungsbescheid nicht umfasst waren;
- e) eine Verlegung der Betriebsstätte;
- f) eine Erweiterung der Krankenanstalt durch Neu-, Zu- oder Umbauten;
- g) die Neuanschaffung medizinisch-technischer Großgeräte, ohne dass damit eine bauliche Maßnahme verbunden wäre.

Im Bewilligungsverfahren sind die Vorschriften der §§ 8 bis 12 bzw §§ 12b bis 12g und bei Änderungen gemäß lit a bis e und g auch § 7 bzw § 12a sinngemäß anzuwenden. Von einer Prüfung des Bedarfes ist bei einer Verlegung der Betriebsstätte (lit e) jedoch abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt. Bei Fondskrankenanstalten ist an Stelle der Bedarfsprüfung (§ 7 Abs 1 lit a) zu prüfen, ob die Änderung mit dem Salzburger Krankenanstaltenplan übereinstimmt. Die Bewilligung kann nur bei gegebener Übereinstimmung erteilt werden. Bei Fondskrankenanstalten ist die Bewilligung weiters nur dann zu erteilen, wenn die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.

(3)

Anstaltsordnung

§ 20

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

1. die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in Abteilungen und/oder in andere fachrichtungsbezogene Organisationsformen für Akutkranke und auch in zusätzliche Einrichtungen für Langzeitbehandlung oder in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranker und für Langzeitbehandlung innerhalb von Abteilungen;
2. die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, einschließlich des Verhältnisses der Aufgabenbereiche des ärztlichen Leiters, des Verwaltungsleiters und des Leiters des Pflegedienstes zueinander. Dabei

- c) eine Änderung des Leistungsangebotes der Krankenanstalt;
- d) eine Errichtung neuer Abteilungen, Departments, Stationen oder anderer Einrichtungen wie Ambulatorien, Laboratorien oder Institute, wenn diese vom Errichtungsbewilligungsbescheid nicht umfasst waren;
- e) eine Verlegung der Betriebsstätte;
- f) eine Erweiterung der Krankenanstalt durch Neu-, Zu- oder Umbauten;
- g) die Neuanschaffung medizinisch-technischer Großgeräte, ohne dass damit eine bauliche Maßnahme verbunden wäre.

Im Bewilligungsverfahren sind die Vorschriften der §§ 8 bis 12 bzw §§ 12b bis 12g und bei Änderungen gemäß lit a bis e und g auch § 7 bzw § 12a sinngemäß anzuwenden. Von einer Prüfung des Bedarfes ist bei einer Verlegung der Betriebsstätte (lit e) jedoch abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt. Bei Fondskrankenanstalten ist an Stelle der Bedarfsprüfung (§ 7 Abs 1 lit a) zu prüfen, ob die Änderung mit den auf Grund der § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit erlassenen Verordnungen übereinstimmt. Die Bewilligung kann nur bei gegebener Übereinstimmung erteilt werden. Bei Fondskrankenanstalten ist die Bewilligung weiters nur dann zu erteilen, wenn die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.

(3)

Anstaltsordnung

§ 20

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

1. die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in Abteilungen und/oder in andere fachrichtungsbezogene Organisationsformen für Akutkranke und auch in zusätzliche Einrichtungen für Langzeitbehandlung oder in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranker und für Langzeitbehandlung innerhalb von Abteilungen;
2. die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, einschließlich des Verhältnisses der Aufgabenbereiche des ärztlichen Leiters, des Verwaltungsleiters und des Leiters des Pflegedienstes zueinander. Dabei

sind Formen der gemeinschaftlichen Leitung vorzusehen; dadurch dürfen jedoch die diesen Führungskräften nach § 24 Abs 2, § 36 Abs 1 bzw § 25 Abs 1 jeweils zukommenden Aufgaben nicht beeinträchtigt werden. Insbesondere ist auch sicherzustellen, dass bei gemeinschaftlicher Leitung diese ihre Aufgaben in Bezug auf Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 33 Abs 2) erfüllen kann. In einer Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dient und in der eine gemeinschaftliche Leitung eingerichtet ist, ist der Rektor oder ein von der Medizinischen Universität vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Universität den Sitzungen der gemeinschaftlichen Leitung mit beratender Stimme beizuziehen. Ist an einer Universität eine Medizinische Fakultät eingerichtet, so ist der Vizerektor für den medizinischen Bereich oder ein vom Vizerektor der Medizinischen Fakultät vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Fakultät den Sitzungen der gemeinschaftlichen Leitung mit beratender Stimme beizuziehen;

3. die Festlegung, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen in eine der folgenden Betriebsformen aufgenommen werden:
 - a) Tageskliniken oder Nachtkliniken, bei denen die Aufnahme nur einmalig über Tag oder über Nacht erfolgt;
 - b) halbstationäre Bereiche, bei denen Patienten längerfristig nur über Tag oder nur über Nacht bleiben;
 - c) interdisziplinär geführte Bereiche zur Behandlung von Patienten aus verschiedenen Sonderfächern, die in der Krankenanstalt in einer der fachrichtungsbezogenen Organisationsformen gemäß § 1 Abs 1 Z 2 bis 6 vorgehalten werden, wobei sicherzustellen ist, dass die Patienten jederzeit zweifelsfrei einem bestimmten Sonderfach zugeordnet werden können;
 - d) als Wochenklinik geführte Bettenbereiche für stationäre Behandlungen von Fällen, in denen die Entlassung innerhalb der bewilligten Betriebszeit zu erwarten ist. Wochenkliniken können fachspezifisch oder interdisziplinär betrieben werden;
 - e) als Tagesklinik geführte Bettenbereiche zur tagesklinischen Behandlung (Aufnahme und Entlassung am selben Tag). Das Leistungsspektrum ist auf tagesklinisch erbringbare konservative und elektive operative Leistungen beschränkt. Tageskliniken können fachspezi-

sind Formen der gemeinschaftlichen Leitung vorzusehen; dadurch dürfen jedoch die diesen Führungskräften nach § 24 Abs 2, § 36 Abs 1 bzw § 25 Abs 1 jeweils zukommenden Aufgaben nicht beeinträchtigt werden. Insbesondere ist auch sicherzustellen, dass bei gemeinschaftlicher Leitung diese ihre Aufgaben in Bezug auf Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 33 Abs 2) erfüllen kann. In einer Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dient und in der eine gemeinschaftliche Leitung eingerichtet ist, ist der Rektor oder ein von der Medizinischen Universität vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Universität den Sitzungen der gemeinschaftlichen Leitung mit beratender Stimme beizuziehen. Ist an einer Universität eine Medizinische Fakultät eingerichtet, so ist der Vizerektor für den medizinischen Bereich oder ein vom Vizerektor der Medizinischen Fakultät vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Fakultät den Sitzungen der gemeinschaftlichen Leitung mit beratender Stimme beizuziehen;

3. die Festlegung, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen in eine der folgenden Betriebsformen aufgenommen werden:
 - a) Tageskliniken oder Nachtkliniken, bei denen die Aufnahme nur über Tag oder über Nacht erfolgt;
 - b) interdisziplinär geführte Bereiche zur Behandlung von Patienten aus verschiedenen Sonderfächern, die in der Krankenanstalt in einer der fachrichtungsbezogenen Organisationsformen gemäß § 1 Abs 1 Z 2 bis 6 vorgehalten werden, wobei sicherzustellen ist, dass die Patienten jederzeit zweifelsfrei einem bestimmten Sonderfach zugeordnet werden können;
 - c) als Wochenstation geführte Bettenbereiche für stationäre Behandlungen von Fällen, in denen die Entlassung innerhalb der bewilligten Betriebszeit zu erwarten ist. Wochenstationen können fachspezifisch oder interdisziplinär betrieben werden;
 - d) als Tagesstation geführte Bettenbereiche zur tagesklinischen Behandlung (Aufnahme und Entlassung am selben Tag). Das Leistungsspektrum ist auf tagesklinisch erbringbare konservative und elektive operative Leistungen beschränkt. Tagesstation können fachspezifisch oder interdisziplinär betrieben werden;
 - e) als interdisziplinäre Aufnahme- bzw. Notfallstationen geführte Bet-

- fisch oder interdisziplinär betrieben werden;
- f) zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten als Einrichtungen mit uneingeschränkter Betriebszeit, die aus einer Erstversorgungsambulanz und einem Aufnahmebereich mit bewilligungspflichtigen (systemisierten) Betten zur stationären Beobachtung von Patienten für längstens 24 Stunden bestehen. Das zulässige Leistungsspektrum umfasst die Durchführung ambulanter Erstversorgung von Akut- und Notfällen inklusive basaler Unfallversorgung sowie Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung sonstiger ungeplanter Zugänge samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Fachstruktur innerhalb oder außerhalb der jeweiligen erstversorgenden Krankenanstalt im stationären oder ambulanten Bereich, die kurze stationäre Behandlung oder Beobachtung bis zu 24 Stunden sowie die organisatorische Übernahme ungeplanter stationärer Aufnahmen außerhalb der Routine-Betriebszeiten (Nachtaufnahmen) mit Verlegung auf geeignete Normalpflegebereiche bei Beginn der Routinedienste (Tagdienst). Eine dislozierte Führung dieser Einrichtungen ist nur in begründeten Ausnahmefällen etwa zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen oder zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig;
- g) ambulante Erstversorgungseinheiten als interdisziplinäre Strukturen zur Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und erforderlichenfalls Weiterleitung der Patienten in die erforderliche ambulante oder stationäre Versorgungsstruktur. Die ambulante Erstversorgungseinheit kann über eine angemessene Zahl von nicht bewilligungspflichtigen Betten (Funktionsbetten) verfügen, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist. Disloziert geführte ambulante Erstversorgungseinheiten sind zeitlich uneingeschränkt zu betreiben. Ambulante Erstversorgungseinheiten, die örtlich in einer Krankenanstalt oder in unmittelbarer Nähe einer Krankenanstalt betrieben werden, können den Betrieb für maximal 8 Stunden, die tageszeitlich in der Anstaltsordnung festzulegen sind, einstellen, wenn die Erfüllung der Aufgaben der ambulanten Erstversorgungseinheit durch die Krankenanstalt in anderer Form sichergestellt ist. Im Übrigen sind die Bestimmungen über die zentralen Aufnahme- und Erstversorgungsambulanzen für Erst- oder Kurzaufnahmen von Patienten für maximal 36 Stunden im Not- oder Akutfall bei festgestellter Anstaltsbedürftigkeit bis zur Übernahme in andere bettenführende Organisationseinheiten oder direkten Entlassung;
- f) Anstaltsambulatorien gemäß § 50, die in einer der folgenden Formen geführt werden:
- aa). als allgemeine Fachambulanz, als Spezialambulanz zur Diagnostik und/oder Therapie im Rahmen spezieller Aufgaben der Sonderfächer oder Zentrale Ambulante Erstversorgung gemäß lit g,
- bb). als Akut-Ambulanzen mit uneingeschränkter oder eingeschränkter Öffnungszeit oder als Termin-Ambulanzen mit eingeschränkter Öffnungszeit,
- cc). für die Versorgung in einem Sonderfach, für das am Krankenanstaltenstandort keine bettenführende Organisationseinheit geführt wird, jedoch nur dann, 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. § 2 Abs 2 ist sinngemäß anzuwenden.
- g) Zentrale Ambulante Erstversorgung als Akut-Ambulanzen zur Erstversorgung von Akut- und Notfallpatienten einschließlich basaler Unfallchirurgie, deren Leistungsspektrum auf den Umfang der allgemeinmedizinischen Versorgung beschränkt ist. Für die Zentrale Ambulante Erstversorgung gilt Folgendes:
- aa) 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.
- bb) Patienten sind nach Feststellung der Dringlichkeit der Behandlung zunächst ambulant zu begutachten und erstzubehandeln oder abschließend zu behandeln.
- cc) Akutfälle können bei Bedarf auch bis zu 24 Stunden beobachtet werden.
- dd) Im Bedarfsfall sind Patienten in den stationären Bereich aufzu-

- versorgungseinheiten und § 50 sinngemäß anzuwenden;
4. Regelungen betreffend die Leitung der in § 1 Abs 1 Z 2 bis 6 genannten fachrichtungsbezogenen Organisationsformen sowie der in der Z 3 genannten Betriebsformen;
 5. Regelungen über den Betrieb von dislozierten Wochenkliniken an Feiertagen;
 6. bei einer Gliederung in Organisationseinheiten und Pflegegruppen die jeweilige Bettenzahl. Dabei darf die unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin jeweils überschaubare Größe nicht überschritten werden; eine Obergrenze von 120 Betten soll keinesfalls überschritten werden. Wenn Betten für Patienten von Organisationseinheiten verschiedener Sonderfächer zur Verfügung stehen (interdisziplinär geführte Bereiche), ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Patienten jederzeit zweifelsfrei einer bestimmten fachrichtungsspezifischen Organisationseinheit zugeordnet werden können;
 7. die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen, getrennt nach leitenden und verantwortlichen Ärzten, dem übrigen ärztlichen Personal, den Pflegepersonen, dem Verwaltungsleiter und allen anderen in der Krankenanstalt beschäftigten Personen, in dem durch die besonderen Verhältnisse der einzelnen Krankenanstalten gegebenen Umfang sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;
 8. Angaben über den für die Aufnahme als Patient der Anstalt in Betracht kommenden Personenkreis sowie Regelungen über die Aufnahme und die Entlassung der Patienten;
 9. Bestimmungen über das von Patienten und Besuchern in der Krankenanstalt zu beobachtende Verhalten und die Regelung der Besuchszeiten;
 10. Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 1 Abs 1 Z 2 bis 6) oder in dislozierten Betriebsformen (Z 3);
 11. die Festlegung jener Räume, in denen das Rauchen gestattet ist;
 12. die Festlegung von Bereichen, in denen die Mitnahme von Assistenzhunden (Blindenhunde, Servicehunde und Signalthunde) und Therapiehunden (§ 39a des Bundesbehindertengesetzes) aus hygienischen Gründen nicht zulässig ist.
- nehmen bzw. an die nächste für die Erkrankung geeignete Krankenanstalt weiterzuleiten.
- ee) 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.
 - ff) Der Zentralen Ambulanten Erstversorgung kann eine interdisziplinäre Aufnahmestation (Z 4) direkt angeschlossen werden.
 4. Regelungen betreffend die Leitung der in § 1 Abs 1 Z 2 bis 6 genannten fachrichtungsbezogenen Organisationsformen sowie der in der Z 3 genannten Betriebsformen;
 5. Regelungen über den Betrieb von dislozierten Wochenkliniken an Feiertagen;
 6. bei einer Gliederung in Organisationseinheiten und Pflegegruppen die jeweilige Bettenzahl. Dabei darf die unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin jeweils überschaubare Größe nicht überschritten werden; eine Obergrenze von 120 Betten soll keinesfalls überschritten werden. Wenn Betten für Patienten von Organisationseinheiten verschiedener Sonderfächer zur Verfügung stehen (interdisziplinär geführte Bereiche), ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Patienten jederzeit zweifelsfrei einer bestimmten fachrichtungsspezifischen Organisationseinheit zugeordnet werden können;
 7. die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen, getrennt nach leitenden und verantwortlichen Ärzten, dem übrigen ärztlichen Personal, den Pflegepersonen, dem Verwaltungsleiter und allen anderen in der Krankenanstalt beschäftigten Personen, in dem durch die besonderen Verhältnisse der einzelnen Krankenanstalten gegebenen Umfang sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;
 8. Angaben über den für die Aufnahme als Patient der Anstalt in Betracht kommenden Personenkreis sowie Regelungen über die Aufnahme und die Entlassung der Patienten;
 9. Bestimmungen über das von Patienten und Besuchern in der Krankenanstalt zu beobachtende Verhalten und die Regelung der Besuchszeiten;
 10. Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fach-

(2) und (3)

Erste Hilfe und ärztliche Behandlung der Patienten

§ 27

(1)

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

1. Ärztliche Hilfe in der Anstalt muss jederzeit sofort erreichbar sein.
2. In Zentralkrankenanstalten muss 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 in 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 müssen jedenfalls in Abteilungen und Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie, Psychiatrie und Unfallchirurgie bzw Orthopädie und Traumatologie ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in der Anstalt dauernd anwesend sein; im Übrigen kann im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist.
4. In Standardkrankenanstalten muss im Nacht-, Wochenend- und Feier-

richtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 1 Abs 1 Z 2 bis 6) oder in dislozierten Betriebsformen (Z 3);

11. die Festlegung jener Räume, in denen das Rauchen gestattet ist;
12. die Festlegung von Bereichen, in denen die Mitnahme von Assistenzhunden (Blindhunde, Servicehunde und Signalthunde) und Therapiehunden (§ 39a des Bundesbehindertengesetzes) aus hygienischen Gründen nicht zulässig ist.

(2) und (3)

Erste Hilfe und ärztliche Behandlung der Patienten

§ 27

(1)

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

1. Ärztliche Hilfe in der Anstalt muss jederzeit sofort erreichbar sein.
2. In Zentralkrankenanstalten muss 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 in 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 müssen jedenfalls in Abteilungen und Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie, Psychiatrie, Neurologie und Unfallchirurgie bzw Orthopädie und Traumatologie ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in der Anstalt dauernd anwesend sein; im Übrigen kann im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist.
4. In Standardkrankenanstalten muss im Nacht-, Wochenend- und Feier-

- tagsdienst jederzeit eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen in der Krankenanstalt anwesenden Facharzt aus den Sonderfächern Anästhesiologie und Intensivmedizin oder Chirurgie oder Innere Medizin oder Unfallchirurgie bzw Orthopädie und Traumatologie gewährleistet sowie eine Rufbereitschaft von Fachärzten der jeweiligen sonst in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben sein; im Übrigen müssen auch in Standardkrankenanstalten Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer in der Anstalt dauernd anwesend sein.
5. In Fachschwerpunkten kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist.
 6. In dislozierten Wochenkliniken gelten die Bestimmungen zur Rufbereitschaft gemäß Z 3 und 4 sinngemäß und kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn im Bedarfsfall die Weiterbetreuung der Patienten durch die Mutterabteilung außerhalb der Betriebszeit sichergestellt ist.
 7. In dislozierten Tageskliniken kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sichergestellt ist.
 8. In Sanatorien muss jederzeit eine sofortige medizinische Versorgung durch einen in der Krankenanstalt anwesenden Facharzt oder Arzt für Allgemeinmedizin (notfallmedizinische Versorgung gemäß § 40 Abs 1 Ärztegesetz 1998) gewährleistet sowie eine Rufbereitschaft von Fachärzten der jeweils in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben sein, sofern verbindliche Qualitätskriterien nicht zwingend eine andere ärztliche Anwesenheit erfordern.
 9. In Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien für physikalische Therapie, in denen keine Turnusärzte ausgebildet werden, kann an Stelle einer dauernden ärztlichen Anwesenheit der ärztliche Dienst so organisiert sein, dass ärztliche Hilfe (notfallmedizinische Versorgung gemäß § 40 Abs 1 Ärztegesetz 1998) jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige tägliche Anwesenheit die Erteilung der erforderlichen Anordnungen für das Personal nach dem MTD-Gesetz und für Heilmasseurinnen nach dem MMHmG sowie, neben den ärztlichen Anord-
- tagsdienst jederzeit eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen in der Krankenanstalt anwesenden Facharzt aus den Sonderfächern Anästhesiologie und Intensivmedizin oder Chirurgie oder Innere Medizin oder Unfallchirurgie bzw Orthopädie und Traumatologie gewährleistet sowie eine Rufbereitschaft von Fachärzten der jeweiligen sonst in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben sein; im Übrigen müssen auch in Standardkrankenanstalten Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer in der Anstalt dauernd anwesend sein.
5. In Fachschwerpunkten kann außerhalb der Öffnungszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn stattdessen eine Rufbereitschaft während der Betriebszeiten eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.
 6. In dislozierten Wochenkliniken gelten die Bestimmungen zur Rufbereitschaft gemäß Z 3 und 4 während der Betriebszeiten sinngemäß; außerhalb der Öffnungszeiten kann jedoch von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn im Bedarfsfall die Weiterbetreuung der Patienten durch die Partner- oder Mutterabteilung außerhalb der Betriebszeiten sichergestellt ist.
 7. In dislozierten Tageskliniken kann außerhalb der Öffnungszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn stattdessen während der Betriebszeiten eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.
 8. In Sanatorien muss jederzeit eine sofortige medizinische Versorgung durch einen in der Krankenanstalt anwesenden Facharzt oder Arzt für Allgemeinmedizin (notfallmedizinische Versorgung gemäß § 40 Abs 1 Ärztegesetz 1998) gewährleistet sowie eine Rufbereitschaft von Fachärzten der jeweils in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben sein, sofern verbindliche Qualitätskriterien nicht zwingend eine andere ärztliche Anwesenheit erfordern.
 9. In Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien

nungen, auch die erforderliche Aufsicht über die medizinischen Masseur nach dem MMHmG und das Personal nach dem MABG und MTF-SHD-G gewährleistet ist.

10. Die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte und Zahnärzte müssen sich im erforderlichen Ausmaß fortbilden können.

11. In Krankenanstalten bzw Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, muss die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet sein.

(3) und (4)

**Krankenhaustygieniker, Hygienebeauftragter,
Hygienefachkraft und Hygieneteam**

§ 28

(1) bis (5)

(6) Die Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen berechtigt, personenbezogene Daten der Patienten durch Pseudonymisierung im Sinn des Art 4 Z 5 Datenschutz-Grundverordnung zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten.

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

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

für physikalische Therapie, in denen keine Turnusärzte ausgebildet werden, kann an Stelle einer dauernden ärztlichen Anwesenheit der ärztliche Dienst so organisiert sein, dass ärztliche Hilfe (notfallmedizinische Versorgung gemäß § 40 Abs 1 Ärztegesetz 1998) jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige tägliche Anwesenheit die Erteilung der erforderlichen Anordnungen für das Personal nach dem MTD-Gesetz und für Heilmasseur nach dem MMHmG sowie, neben den ärztlichen Anordnungen, auch die erforderliche Aufsicht über die medizinischen Masseur nach dem MMHmG und das Personal nach dem MABG und MTF-SHD-G gewährleistet ist.

10. Die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte und Zahnärzte müssen sich im erforderlichen Ausmaß fortbilden können.

11. In Krankenanstalten bzw Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, muss die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet sein.

(3) und (4)

**Krankenhaustygieniker, Hygienebeauftragter,
Hygienefachkraft und Hygieneteam**

§ 28

(1) bis (5)

(6) In jeder Krankenanstalt sind in elektronischer Form laufend Aufzeichnungen über nosokomiale Infektionen zu führen. Die Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen berechtigt, personenbezogene Daten der Patienten durch Pseudonymisierung im Sinn des Art 4 Z 5 Datenschutz-Grundverordnung zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten.

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

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

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

Ethikkommission

§ 30

(1) bis (1b)

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

1. einem fachlich geeigneten Juristen;
2. einem Arzt, der im Inland zur selbstständigen Berufsausübung berechtigt und weder ärztlicher Leiter der Krankenanstalt noch Prüfer bzw. Klinischer Prüfer ist;
3. einem Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege;
4. einem Vertreter des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes;
5. einem Pharmazeuten mit klinischer Erfahrung;
6. dem Salzburger Patientenvertreter;
7. einem Vertreter einer repräsentativen Behindertenorganisation;
8. einem Vertreter der Senioren aus einer Seniorenorganisation, deren

Form zur Verfügung zu stellen.

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

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

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

Ethikkommission

§ 30

(1) bis (1b)

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

1. einem fachlich geeigneten Juristen;
2. einem Arzt, der im Inland zur selbstständigen Berufsausübung berechtigt und weder ärztlicher Leiter der Krankenanstalt noch Prüfer bzw. Klinischer Prüfer ist;
3. einem Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege;
4. einem Vertreter des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes;
5. einem Pharmazeuten mit klinischer Erfahrung;
6. dem Salzburger Patientenvertreter;
7. einem Vertreter einer repräsentativen Behindertenorganisation;
8. einem Vertreter der Senioren aus einer Seniorenorganisation, deren

Einrichtung dem Bundes-Seniorengesetz entspricht;

9. einer Person, die über eine biometrische Expertise verfügt;
10. einer mit der Wahrnehmung seelsorgerischer Angelegenheiten in einer Krankenanstalt betrauten Person oder dem Inhaber des Lehrstuhls für Ethik an der Theologischen Fakultät der Universität Salzburg;
11. einem Psychologen oder Psychotherapeuten;
12. einem Facharzt oder Zahnarzt, in dessen Sonderfach die jeweilige klinische Prüfung, die neue medizinische Methode oder das angewandte medizinische Forschungsprojekt fällt. Dieses Mitglied ist für das jeweilige Projekt von der Ethikkommission in der Zusammensetzung gemäß Z 1 bis 11 beizuziehen; es darf nicht Prüfer bzw Klinischer Prüfer sein;
13. einem Vertreter der Selbsthilfe Salzburg;
14. einem Vertreter der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität.

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

(3) bis (9)

Kinder- und Opferschutzgruppen

§ 30a

(1) und (2)

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

1. als Vertreter des ärztlichen Dienstes
 - a) der Kinderschutzgruppe ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder ein Facharzt für Kinderchirurgie,
 - b) der Opferschutzgruppe entsprechend dem Leistungsangebot der Krankenanstalt ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und/oder ein Facharzt für Unfallchirurgie bzw Orthopädie und Traumatologie;
2. ein Vertreter des Pflegedienstes und

Einrichtung dem Bundes-Seniorengesetz entspricht;

9. einer Person, die über eine biometrische Expertise verfügt;
10. einer mit der Wahrnehmung seelsorgerischer Angelegenheiten in einer Krankenanstalt betrauten Person oder dem Inhaber des Lehrstuhls für Ethik an der Theologischen Fakultät der Universität Salzburg;
11. einem Psychologen oder Psychotherapeuten;
12. einem Facharzt oder Zahnarzt, in dessen Sonderfach die jeweilige klinische Prüfung, die neue medizinische Methode oder das angewandte medizinische Forschungsprojekt fällt. Dieses Mitglied ist für das jeweilige Projekt von der Ethikkommission in der Zusammensetzung gemäß Z 1 bis 11 beizuziehen; es darf nicht Prüfer bzw Klinischer Prüfer sein;
13. einem Vertreter der Selbsthilfe Salzburg;
14. einem Vertreter der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität.

Weitere Mitglieder können von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Aufgaben der Ethikkommission (Abs 1) bestellt werden. Für jedes Mitglied ist die für die ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgaben erforderliche Anzahl an in gleicher Weise qualifizierter Ersatzmitglieder zu bestellen; die Ersatzmitglieder für den Salzburger Patientenvertreter sind von diesem namhaft zu machen. Die Mitglieder wählen aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden und die erforderliche Anzahl an Stellvertretern.

(3) bis (9)

Kinder- und Opferschutzgruppen

§ 30a

(1) und (2)

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

1. als Vertreter des ärztlichen Dienstes
 - a) der Kinderschutzgruppe ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder ein Facharzt für Kinderchirurgie,
 - b) der Opferschutzgruppe entsprechend dem Leistungsangebot der Krankenanstalt ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und/oder ein Facharzt für Unfallchirurgie bzw Orthopädie und Traumatologie;
2. ein Vertreter des Pflegedienstes und

3. eine Person, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig ist.

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

Qualitätssicherung, Qualitätssicherungskommission

§ 33

(1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind verpflichtet, interne Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und die dafür erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen. Dabei sind überregionale Belange zu berücksichtigen und ist darauf Bedacht zu nehmen, dass eine vergleichende Prüfung mit anderen Krankenanstalten ermöglicht wird. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfachs einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden.

(2) bis (6)

Voraussetzungen für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes

§ 41

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

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

(2)

3. eine Person, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig ist.

Die Kinderschutzgruppe kann einen Vertreter des Trägers der Kinder- und Jugendhilfe mit beratender Funktion beizuziehen. Wird ein Vorwurf erhoben oder besteht ein Verdacht, dass es gegenüber einem Patienten zu sexuellen Übergriffen oder körperlichen Misshandlungen oder zur Zufügung seelischer Qualen durch Anstaltspersonal gekommen sei, haben die Kinder – und die Opferchutzgruppe eine unabhängige externe Person aus dem Bereich der Salzburger Patientenvertretung (§ 22) als Mitglied beizuziehen.

Qualitätssicherung, Qualitätssicherungskommission

§ 33

(1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind verpflichtet, interne Maßnahmen der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Wahrung der Patientensicherheit vorzusehen und die dafür erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen. Dabei sind überregionale Belange zu berücksichtigen und ist darauf Bedacht zu nehmen, dass eine vergleichende Prüfung mit anderen Krankenanstalten ermöglicht wird. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfachs einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden.

(2) bis (6)

Voraussetzungen für die Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes

§ 41

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

1. sie den Vorgaben der jeweiligen Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit entspricht;
2. sie gemeinnützig ist;
3. die Erfüllung der ihr in diesem Gesetz auferlegten Pflichten sowie ihr gesicherter Bestand und zweckmäßiger Betrieb gewährleistet sind;
4. sie von einer juristischen Person oder einer Vereinigung juristischer Personen verwaltet und betrieben wird; und
5. der Rechtsträger der Krankenanstalt – außer er wäre eine Gebietskörperschaft – nachweist, dass er über die für den gesicherten Betrieb der

Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege

§ 46

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

Angliederungsverträge

§ 49

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

(2)

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

Krankenanstalt nötigen Mittel verfügt.

(2)

Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege

§ 46

Soweit die Krankenanstaltenpflege für anstaltsbedürftige Personen (§ 54 Abs 2) unter Bedachtnahme auf die Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit nicht durch öffentliche Krankenanstalten sichergestellt ist oder durch Vereinbarungen der Landesregierung mit nicht öffentlichen Krankenanstalten sichergestellt werden kann, hat das Land dafür durch die Errichtung und den Betrieb öffentlicher Krankenanstalten vorzusorgen. Dabei sind auch der Bedarf auf dem Gebiet der Langzeitversorgung und die in diesem Zusammenhang zu erwartende künftige Entwicklung zu berücksichtigen, soweit diese Aufgaben den Krankenanstalten zukommen. Dabei ist für anstaltsbedürftige Personen (§ 54 Abs 3), insbesondere für unabweisbare Kranke (§ 54 Abs 4), das Vorhandensein einer zureichenden Zahl an Betten der allgemeinen Gebührenklasse zu gewährleisten. Für Personen, die im Grenzgebiet zwischen dem Land Salzburg und einem benachbarten Bundesland wohnen, kann die Anstaltspflege auch dadurch sichergestellt werden, dass diese Personen im Fall ihrer Anstaltsbedürftigkeit in Krankenanstalten eines benachbarten Landes aufgenommen werden.

Angliederungsverträge

§ 49

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

(2).

(3) Die Genehmigung ist insbesondere dann zu versagen und eine erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem Zustand führen würde oder geführt hat, der der jeweiligen Verordnung gemäß § 23 oder § 24 des Gesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit widerspricht. Die Genehmigung ist darüber hinaus dann zu widerrufen, wenn eine der

(4) und (5)

**Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von
Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten**

§ 49a

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

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

(2) und (3)

Arzneimittelkommission

§ 51a

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

im Abs 2 genannten Genehmigungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegt.

(4) und (5)

**Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von
Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten**

§ 49a

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

1. Durch die im ausländischen Staatsgebiet geltende Rechtslage sowie durch das zugrunde liegende Kooperationsübereinkommen entspricht der Standard von Behandlung und Pflege zumindest jenem Standard, der auf Grund der österreichischen Rechtsordnung gegeben ist.
2. Das Vorhaben ist in den jeweiligen Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Gesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung–Gesundheit vorgesehen.
3. Den österreichischen Finanzierungsregelungen wird Rechnung getragen.
4. Auf den Behandlungsvertrag ist österreichisches Recht anzuwenden. Ein österreichischer Gerichtsstand ist gegeben.
5. Die Behandlung und Pflege von Patienten erfolgt ausschließlich durch Personal der in Österreich gelegenen Krankenanstalt und unter deren Leitung.

(2) und (3)

Arzneimittelkommission

§ 51a

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

(2) Jeder Arzneimittelkommission gehören folgende Personen an:

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

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

(3) bis (6)

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

1. von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das ökonomisch günstigste gewählt wird;
2. gegebenenfalls statt der Verordnung von Arzneimitteln überhaupt andere, therapeutisch gleichwertige Maßnahmen, die zweckmäßiger und wirtschaftlicher wären, ergriffen werden;
3. bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das im Fall einer entgeltlichen Beschaffung ökonomisch günstigste gewählt wird und dass, wenn dies medizinisch vertretbar ist, das vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden.

(8) bis (11)

(2) Jeder Arzneimittelkommission gehören folgende Personen an:

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

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

(3) bis (6)

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

1. von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das ökonomisch günstigste gewählt wird;
2. gegebenenfalls statt der Verordnung von Arzneimitteln überhaupt andere, therapeutisch gleichwertige Maßnahmen, die zweckmäßiger und wirtschaftlicher wären, ergriffen werden;
3. bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das im Fall einer entgeltlichen Beschaffung ökonomisch günstigste gewählt wird und dass, wenn dies medizinisch vertretbar ist, der vom Dachverband der Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden.

(8) bis (11)

Aufnahme der Patienten

§ 54

(1) bis (7)

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

(9)

Entlassung von Patienten

§ 56

(1)

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

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

Aufnahme der Patienten

§ 54

(1) bis (7)

(8) Die Aufnahme von Personen ohne Wohnsitz in Österreich, bei denen keine Unabweisbarkeit gegeben ist, kann vom Rechtsträger der Krankenanstalt abgelehnt werden, wenn die Krankenanstalt durch die Aufnahme ihrem Versorgungsauftrag nach den jeweiligen Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit für Personen mit Wohnsitz in Österreich nicht mehr in einem angemessenen Zeitraum nachkommen könnte. Solche Beschränkungen der Aufnahme sind auf das notwendige und angemessene Maß zu begrenzen und in geeigneter Weise vorab bekannt zu machen.

(9)

Entlassung von Patienten

§ 56

(1)

(2) Bei der Entlassung eines Patienten ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Entlassungsbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere ärztliche, psychologische, psychotherapeutische und pflegerische Betreuung oder eine Betreuung durch Hebammen notwendigen Angaben und Empfehlungen sowie allfällige notwendige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste oder Heilmasseur 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 Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen zu berücksichtigen. Ausnahmen sind ausschließlich aus medizinischer Notwendigkeit zulässig, erforderlichenfalls ist eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einzuholen. Dieser Entlassungsbrief ist nach Entscheidung des Patienten

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

Angehörigen eines Gesundheitsberufes und

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

zu übermitteln.

Ausstehende Befunde sind ehestens in gleicher Weise zu übermitteln. Weisen die nach der Entlassung nachgereichten Befunde auf bösartige oder sonstige schwere Erkrankungen hin, ist der Patient von der den Entlassungsbrief ausstellenden Krankenanstalt nachweislich davon in Kenntnis zu setzen und über sein Verlangen zu einer Befundbesprechung einzuladen. Auf diese Möglichkeit ist von der Krankenanstalt ausdrücklich hinzuweisen.

(3) bis (5)

Sonderentgelte und Sondergebühren

§ 61

(1) bis (4)

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

(6)

Aufzeichnungen

§ 75

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

Angehörigen eines Gesundheitsberufes und

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

zu übermitteln.

Ausstehende Befunde sind ehestens in gleicher Weise zu übermitteln. Weisen die nach der Entlassung nachgereichten Befunde auf bösartige oder sonstige schwere Erkrankungen hin, ist der Patient von der den Entlassungsbrief ausstellenden Krankenanstalt nachweislich davon in Kenntnis zu setzen und über sein Verlangen zu einer Befundbesprechung einzuladen. Auf diese Möglichkeit ist von der Krankenanstalt ausdrücklich hinzuweisen.

(3) bis (5)

(6) Die Abschlussdokumentation einer Behandlung in einer Ambulanz gilt als Entlassungsbrief. Die Abs 2 und 3 sind sinngemäß anzuwenden.

Sonderentgelte und Sondergebühren

§ 61

(1) bis (4)

(5) Für die Inanspruchnahme eines Anstaltsambulatoriums (§ 50) kann eine Sondergebühr als Behandlungsgebühr eingehoben werden, wenn

1. die Krankenanstalt keine Fondskrankenanstalt ist;
2. die Behandlung des Patienten nicht vom SAGES abzugelten ist oder
3. der Patient auf eigenen Wunsch in eine Ambulanzeinrichtung aufgenommen wird, die durch besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich der Verpflegung und Unterbringung entspricht.

(6)

Aufzeichnungen

§ 75

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

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

1. Name der untergebrachten Personen,
2. weitergehende Beschränkungen (§ 33 Abs 3 UbG) bei Personen nach

Errichtung und Betrieb privater Krankenanstalten

§ 80

(1) bis (5)

Informationsrechte

§ 84

(1) bis (4)

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

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

Z 1,

3. Beginn und Ende der Unterbringung und weitergehender Beschränkungen,
4. anordnender Arzt,
5. allfällige Verletzungen, die der Kranke oder das Personal im Zusammenhang mit weitergehenden Beschränkungen erlitten haben.

Diese Dokumentation muss jedenfalls auch statistische Auswertungen ermöglichen.

(3) Soweit dies zur Sicherstellung des Kontrollzweckes unbedingt erforderlich ist, dürfen in die Dokumentation nach Abs 2 folgende Institutionen Einsicht nehmen:

1. die Volksanwaltschaft und die Mitglieder der von ihr eingesetzten Kommissionen (Art. 148h Abs 3 B-VG);
2. das Europäische Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) und
3. der UN-Ausschuss gegen Folter (CAT).

Errichtung und Betrieb privater Krankenanstalten

§ 80

(1) bis (5)

(6) § 57 (Leichenöffnung) findet mit der Maßgabe Anwendung, dass Obduktionen durchzuführen sind, wenn diese wegen diagnostischer Unklarheiten des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffes erforderlich sind. Über jede Leichenöffnung ist eine Niederschrift aufzunehmen.

Informationsrechte

§ 84

(1) bis (4)

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

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

(6)

Stellung des SAGES als Versicherungsträger**§ 86**

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

Pflegegebühren für Befundaufnahme oder Begutachtung; Verträge zwischen Krankenanstaltenträger und Sozialversicherungsträger**§ 87**

(1)

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

Schiedskommission**§ 88**

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

1. Entscheidung über den Abschluss von Verträgen zwischen jenen Trägern öffentlicher Krankenanstalten, die zum Zeitpunkt 31. Dezember 1996 bereits bestanden haben, aber keine Fondskrankenanstalten sind, und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
2. Entscheidung über Streitigkeiten aus Verträgen, die zwischen den Trägern der Fondskrankenanstalten und dem Hauptverband der österreichi-

(6)

Stellung des SAGES als Versicherungsträger**§ 86**

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

Pflegegebühren für Befundaufnahme oder Begutachtung; Verträge zwischen Krankenanstaltenträger und Sozialversicherungsträger**§ 87**

(1)

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

Schiedskommission**§ 88**

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

1. Entscheidung über den Abschluss von Verträgen zwischen jenen Trägern öffentlicher Krankenanstalten, die zum Zeitpunkt 31. Dezember 1996 bereits bestanden haben, aber keine Fondskrankenanstalten sind, und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
2. Entscheidung über Streitigkeiten aus Verträgen, die zwischen den Trägern der Fondskrankenanstalten und dem Dachverband der Sozialversi-

schen Sozialversicherungsträger oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung abgeschlossen worden sind, einschließlich der Entscheidung über die aus diesen Verträgen erwachsenden Ansprüche gegenüber Trägern der Sozialversicherung oder gegenüber dem SAGES;

3. Entscheidung über Streitigkeiten zwischen den Trägern der Fondskrankenanstalten und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, einem Träger der sozialen Krankenversicherung oder dem SAGES einschließlich der Entscheidung über Ansprüche der Fondskrankenanstalten gegenüber Trägern der sozialen Krankenversicherung oder gegenüber dem SAGES;
4. Entscheidung über Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus gemäß § 25 SAGES-Gesetz gründen.

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

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

(3) und (4)

(5) Der Antrag auf Entscheidung kann gestellt werden:

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

(6)

cherungsträger oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung abgeschlossen worden sind, einschließlich der Entscheidung über die aus diesen Verträgen erwachsenden Ansprüche gegenüber Trägern der Sozialversicherung oder gegenüber dem SAGES;

3. Entscheidung über Streitigkeiten zwischen den Trägern der Fondskrankenanstalten und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger, einem Träger der sozialen Krankenversicherung oder dem SAGES einschließlich der Entscheidung über Ansprüche der Fondskrankenanstalten gegenüber Trägern der sozialen Krankenversicherung oder gegenüber dem SAGES;
4. Entscheidung über Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus gemäß § 25 SAGES-Gesetz gründen.

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

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

(3) und (4)

(5) Der Antrag auf Entscheidung kann gestellt werden:

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

(6)

Versicherungsträger**§ 90**

- (1) Versicherungsträger im Sinn dieses Abschnittes sind:
- a) die Gebietskrankenkassen,
 - b) die Betriebskrankenkassen,
 - c) die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau,
 - d) die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt,
 - e) die Sozialversicherungsanstalt der Bauern,
 - f) die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter,
 - g) die Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten,
 - h) die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter,
 - i) die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft.

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

(3)

§ 99

(1) bis (9)

Versicherungsträger**§ 90**

- (1) Versicherungsträger im Sinn dieses Abschnittes sind:
- a) die Österreichische Gesundheitskasse,
 - b) die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau,
 - c) die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt,
 - d) die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen,
 - e) die Pensionsversicherungsanstalt.

(2) Auf die Beziehung zwischen den öffentlichen Krankenanstalten und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau und der Sozialversicherung der Selbständigen als Träger der Krankenversicherung findet § 83 keine Anwendung.

(3)

§ 99

(1) bis (9)

(10) In der Fassung des Gesetzes LGBl Nr /2019 treten in Kraft:

1. das Inhaltsverzeichnis und die §§ 1 bis 2d, 7 Abs 2, 10a Abs 1, 12, 12c Abs 2, 12g, 14 Abs 2, 20 Abs 1, 27 Abs 2, 28 Abs 6 bis 11, 30 Abs 2, 30a Abs 3, 33 Abs 1, 41 Abs 1, 46, 49 Abs 1 und 3, 49a Abs 1, 54 Abs 8, 56 Abs 6, 61 Abs 5, 75 und 80 Abs 6 mit dem auf dessen Kundmachung folgenden Monatsersten in Kraft. Die vor dem 1. Jänner 2018 bestehenden Satellitendepartments für Unfallchirurgie sowie Departments für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie sind bis spätestens 1. Jänner 2021 in eine zulässige Organisationsform umzuwandeln.
2. die §§ 7 Abs 1 und 4, 9 Abs 1, 12a Abs 1 und 4, 12c Abs 1, 12f Abs 1, 12h Abs 1, 51a Abs 2 und Abs 7, 56 Abs 2, 84 Abs 5, 86, 87 Abs 2, 88 Abs 1, Abs 2 und Abs 5 sowie 90 Abs 1 und 2 mit 1. Jänner 2020.

Artikel II

Änderung des Salzburger Gesundheitsfondsgesetzes

Mittel des Fonds

§ 7

(1)

(2) Die Fondskrankenanstalten sind verpflichtet, folgende Mittel gemeinsam mit den laufenden Diagnosemeldungen dem Fonds zu melden, soweit diese Mittel kassenmäßig nicht über den Fonds abgewickelt werden:

1. die Kostenbeiträge oder Kostenanteile gemäß der Vereinbarung;
2. Kostenbeiträge nach § 62 Abs 1 bis 3 SKAG;
3. die Mittel, die von der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse gemäß Art 44 Abs 1 der Vereinbarung als Abgeltung der Versorgung ausländischer Anspruchsberechtigter an den Fonds weitergeleitet oder an diesen unmittelbar entrichtet werden;
4. Kostenbeiträge oder Kostenanteile, die in Analogie zu inländischen Sozialversicherungsgesetzen für die Versorgung ausländischer Anspruchsberechtigter eingehoben werden.

Diese Einnahmen sind trotz ihrer kassenmäßigen Abwicklung außerhalb des Fonds im Jahresabschluss des Fonds rechnungsmäßig als Fondsmittel darzustellen. Dies gilt für diese Mittel mit Ausnahme der Kostenbeiträge gemäß § 62 Abs 1 bis 3 SKAG auch dann, wenn sie ohne zwingenden Grund von der Fondskrankenanstalt nicht eingehoben worden sind.

(3) und (4)

Sonstige Abgeltungen

§ 12

(1) und (2)

(3) Die Mittel gemäß § 7 Abs 2 Z 3 und 4 stehen nach Vornahme allfälliger gesetzlich gebotener Abzüge jeweils jener Fondskrankenanstalt zu, die den ausländischen Anspruchsberechtigten versorgt hat. Die über die Gebietskrankenkasse einbringlich gemachten Mittel gelten auch dann als an den Fonds weitergeleitet oder unmittelbar entrichtet, wenn aus Gründen einfacherer Abwicklung der Zahlungsfluss direkt zwischen der Gebietskrankenkasse und der Fondskrankenanstalt erfolgt. Die im § 7 Abs 2 Z 4 genannten Kostenbeiträge (Kostenanteile)

Mittel des Fonds

§ 7

(1)

(2) Die Fondskrankenanstalten sind verpflichtet, folgende Mittel gemeinsam mit den laufenden Diagnosemeldungen dem Fonds zu melden, soweit diese Mittel kassenmäßig nicht über den Fonds abgewickelt werden:

1. die Kostenbeiträge oder Kostenanteile gemäß der Vereinbarung;
2. Kostenbeiträge nach § 62 Abs 1 bis 3 SKAG;
3. die Mittel, die von der örtlich zuständigen Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse gemäß Art 44 Abs 1 der Vereinbarung als Abgeltung der Versorgung ausländischer Anspruchsberechtigter an den Fonds weitergeleitet oder an diesen unmittelbar entrichtet werden;
4. Kostenbeiträge oder Kostenanteile, die in Analogie zu inländischen Sozialversicherungsgesetzen für die Versorgung ausländischer Anspruchsberechtigter eingehoben werden.

Diese Einnahmen sind trotz ihrer kassenmäßigen Abwicklung außerhalb des Fonds im Jahresabschluss des Fonds rechnungsmäßig als Fondsmittel darzustellen. Dies gilt für diese Mittel mit Ausnahme der Kostenbeiträge gemäß § 62 Abs 1 bis 3 SKAG auch dann, wenn sie ohne zwingenden Grund von der Fondskrankenanstalt nicht eingehoben worden sind.

(3) und (4)

Sonstige Abgeltungen

§ 12

(1) und (2)

(3) Die Mittel gemäß § 7 Abs 2 Z 3 und 4 stehen nach Vornahme allfälliger gesetzlich gebotener Abzüge jeweils jener Fondskrankenanstalt zu, die den ausländischen Anspruchsberechtigten versorgt hat. Die über die Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse einbringlich gemachten Mittel gelten auch dann als an den Fonds weitergeleitet oder unmittelbar entrichtet, wenn aus Gründen einfacherer Abwicklung der Zahlungsfluss direkt zwischen der Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse und der Fondskrankenanstalt er-

verbleiben unbeschadet ihrer Rechtsnatur als Fondsmittel bei der vereinnahmenden Fondskrankenanstalt.

(4) bis (6)

Gesundheitsplattform, Zusammensetzung

§ 19

(1) Die Gesundheitsplattform besteht aus folgenden Mitgliedern:

1. 20 stimmberechtigte Mitglieder, und zwar
 - a) fünf Mitglieder, die von der Landesregierung entsendet werden, darunter zumindest ein Mitglied der Landesregierung;
 - b) fünf Mitglieder, die von den Trägern der Sozialversicherung entsendet werden;
 - c) ein Mitglied, das vom Bund entsendet wird;
 - d) ein Mitglied, das von der Ärztekammer für Salzburg entsendet wird;
 - e) je ein Mitglied, das vom Salzburger Gemeindeverband und von der Landesgruppe Salzburg des Österreichischen Städtebundes entsendet wird;
 - f) ein Mitglied, das von der Salzburger Patientenvertretung entsendet wird;
 - g) ein Mitglied, das von der Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH (SALK) entsendet wird;
 - h) ein Mitglied, das von allen Gemeinden, die selbst Rechtsträger einer Fondskrankenanstalt sind, und allen Rechtsträgern solcher Fondskrankenanstalten, an welchen eine oder mehrere Gemeinden eine Beteiligung von mehr als 50 % hält bzw halten, einvernehmlich entsendet wird;
 - i) ein Mitglied, das von den Rechtsträgern der nicht von den lit g und h umfassten Fondskrankenanstalten einvernehmlich entsendet wird;
 - j) ein Mitglied, das vom Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband entsendet wird;
 - k) ein Mitglied, das von der Landesgeschäftsstelle Salzburg der Österreichischen Apothekerkammer entsendet wird;
2. zwei nicht stimmberechtigte Mitglieder, von denen je eines vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und von der

folgt. Die im § 7 Abs 2 Z 4 genannten Kostenbeiträge (Kostenanteile) verbleiben unbeschadet ihrer Rechtsnatur als Fondsmittel bei der vereinnahmenden Fondskrankenanstalt.

(4) bis (6)

Gesundheitsplattform, Zusammensetzung

§ 19

(1) Die Gesundheitsplattform besteht aus folgenden Mitgliedern:

1. 20 stimmberechtigte Mitglieder, und zwar
 - a) fünf Mitglieder, die von der Landesregierung entsendet werden, darunter zumindest ein Mitglied der Landesregierung;
 - b) fünf Mitglieder, die von den Trägern der Sozialversicherung entsendet werden;
 - c) ein Mitglied, das vom Bund entsendet wird;
 - d) ein Mitglied, das von der Ärztekammer für Salzburg entsendet wird;
 - e) je ein Mitglied, das vom Salzburger Gemeindeverband und von der Landesgruppe Salzburg des Österreichischen Städtebundes entsendet wird;
 - f) ein Mitglied, das von der Salzburger Patientenvertretung entsendet wird;
 - g) ein Mitglied, das von der Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH (SALK) entsendet wird;
 - h) ein Mitglied, das von allen Gemeinden, die selbst Rechtsträger einer Fondskrankenanstalt sind, und allen Rechtsträgern solcher Fondskrankenanstalten, an welchen eine oder mehrere Gemeinden eine Beteiligung von mehr als 50 % hält bzw halten, einvernehmlich entsendet wird;
 - i) ein Mitglied, das von den Rechtsträgern der nicht von den lit g und h umfassten Fondskrankenanstalten einvernehmlich entsendet wird;
 - j) ein Mitglied, das vom Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband entsendet wird;
 - k) ein Mitglied, das von der Landesgeschäftsstelle Salzburg der Österreichischen Apothekerkammer entsendet wird;
2. zwei nicht stimmberechtigte Mitglieder, von denen je eines vom Dachverband der Sozialversicherungsträger und von der MTD-Austria,

MTD-Austria, Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs, entsendet wird.

(2) bis (5)

Gesundheitsplattform, Geschäftsordnung

§ 20

(1) Der bzw die Vorsitzende ist von der Landesregierung aus dem Kreis der gemäß § 19 Abs 1 Z 1 lit a entsendeten Mitglieder der Landesregierung zu bestellen. Der erste Stellvertreter bzw die erste Stellvertreterin des bzw der Vorsitzenden ist der Obmann bzw die Obfrau der Salzburger Gebietskrankenkasse. Weitere Stellvertreter bzw Stellvertreterinnen des bzw der Vorsitzenden sind bei Bedarf von der Gesundheitsplattform aus dem Kreis ihrer Mitglieder zu wählen.

(2) bis (8)

Landes-Zielsteuerungskommission, Zusammensetzung

§ 22

(1) Die Landes-Zielsteuerungskommission besteht aus folgenden Mitgliedern:

1. fünf Mitglieder als Landeskurie, die von der Landesregierung entsendet werden, darunter zumindest ein Mitglied der Landesregierung,
2. fünf Mitglieder als Sozialversicherungskurie, darunter der Obmann bzw die Obfrau der Salzburger Gebietskrankenkasse, die von den Trägern der Sozialversicherung entsendet werden, und
3. ein Mitglied, das vom Bund entsendet wird.

(2) § 19 Abs 2 bis 5 gilt sinngemäß.

Landes-Zielsteuerungskommission, Geschäftsordnung

§ 23

(1) Den Vorsitz führen gleichberechtigt ein von der Landesregierung bestimmtes Mitglied derselben aus dem Kreis der Mitglieder in der Landeskurie und der Obmann bzw die Obfrau der Salzburger Gebietskrankenkasse.

(2) bis (6)

Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs, entsendet wird.

(2) bis (5)

Gesundheitsplattform, Geschäftsordnung

§ 20

(1) Der bzw die Vorsitzende ist von der Landesregierung aus dem Kreis der gemäß § 19 Abs 1 Z 1 lit a entsendeten Mitglieder der Landesregierung zu bestellen. Der erste Stellvertreter bzw die erste Stellvertreterin des bzw der Vorsitzenden ist der Obmann bzw die Obfrau der Salzburger Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse. Weitere Stellvertreter bzw Stellvertreterinnen des bzw der Vorsitzenden sind bei Bedarf von der Gesundheitsplattform aus dem Kreis ihrer Mitglieder zu wählen.

(2) bis (8)

Landes-Zielsteuerungskommission, Zusammensetzung

§ 22

(1) Die Landes-Zielsteuerungskommission besteht aus folgenden Mitgliedern:

1. fünf Mitglieder als Landeskurie, die von der Landesregierung entsendet werden, darunter zumindest ein Mitglied der Landesregierung,
2. fünf Mitglieder als Sozialversicherungskurie, darunter der Obmann bzw die Obfrau der Salzburger Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse, die von den Trägern der Sozialversicherung entsendet werden, und
3. ein Mitglied, das vom Bund entsendet wird.

(2) § 19 Abs 2 bis 5 gilt sinngemäß.

Landes-Zielsteuerungskommission, Geschäftsordnung

§ 23

(1) Den Vorsitz führen gleichberechtigt ein von der Landesregierung bestimmtes Mitglied derselben aus dem Kreis der Mitglieder in der Landeskurie und der Obmann bzw die Obfrau der Salzburger Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse.

(2) bis (6)

Inkrafttreten novellierter Bestimmungen**§ 36**

(1) und (2)

(3) § 29 Abs 1 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 82/2018 tritt mit dem auf die Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(3) Die §§ 1 Abs 1, 6, 7 Abs 1 und 4, 10 Abs 5, 16a, 21 Abs 1, 24 Abs 1 und 34 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 100/2018 treten am 1. Jänner 2019 mit Wirkung für Haushaltsjahre ab 2019 in Kraft. Das Land hat dem Fonds die vom Bund und der Sozialversicherung erhaltenen Mittel gemäß § 7 Abs 1 Z 7 umgehend zu überweisen.

Inkrafttreten novellierter Bestimmungen**§ 36**

(1) und (2)

(3) § 29 Abs 1 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 82/2018 tritt mit dem auf die Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(4) Die §§ 1 Abs 1, 6, 7 Abs 1 und 4, 10 Abs 5, 16a, 21 Abs 1, 24 Abs 1 und 34 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr 100/2018 treten am 1. Jänner 2019 mit Wirkung für Haushaltsjahre ab 2019 in Kraft. Das Land hat dem Fonds die vom Bund und der Sozialversicherung erhaltenen Mittel gemäß § 7 Abs 1 Z 7 umgehend zu überweisen.

(5) Die §§ 7 Abs 2, 12 Abs 3, 19 Abs 1, 20 Abs 1, 22 Abs 1 und 23 Abs 1 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr /2019 treten mit 1. Jänner 2020 in Kraft.

