

## **Gesetz vom ....., mit dem das Burgenländische Krankenanstaltengesetz 2000 - Bgld. KAG 2000 geändert wird (Burgenländische Krankenanstaltengesetz-Novelle 2011)**

Der Landtag hat - teilweise in Ausführung der Grundsatzbestimmungen des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten - KAKuG, BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 61/2010, - beschlossen:

Das Burgenländische Krankenanstaltengesetz 2000 - Bgld. KAG 2000, LGBl. Nr. 52, in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 70/2010, wird wie folgt geändert:

### *1. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:*

- a) Der Eintrag „2. Hauptstück Allgemeine Bestimmungen über die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten“ wird durch den Eintrag „2. Hauptstück Allgemeine Bestimmungen über die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten und selbstständigen Ambulatorien“ ersetzt.*
- b) Der Eintrag „§ 5 Errichtungsbewilligung“ wird durch den Eintrag „§ 5 Errichtungs- und Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten“ ersetzt.*
- c) Der Eintrag zu § 6 lautet „(entfällt)“.*
- d) Der Eintrag „§ 7 Betriebsbewilligung“ wird durch den Eintrag „§ 7 Zulassungsverfahren für selbstständige Ambulatorien“ ersetzt.*
- e) Nach dem Eintrag zu § 7 wird die Zeile „§ 7a Betriebsbewilligung für selbstständige Ambulatorien“ eingefügt.*
- f) Der Eintrag „§ 10 Sperre der Krankenanstalt“ wird durch den Eintrag „§ 10 Sperre einer Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums“ ersetzt.*
- g) Der Eintrag „§ 11 Verlegung der Krankenanstalt“ wird durch den Eintrag „§ 11 Verlegung einer Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums“ ersetzt.*
- h) Der Eintrag „§ 12 Veränderungen in der Krankenanstalt“ wird durch den Eintrag „§ 12 Veränderungen einer Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums“ ersetzt.*
- i) Der Eintrag „§ 13 Verpachtung und Übertragung einer Krankenanstalt“ wird durch den Eintrag „§ 13 Verpachtung und Übertragung einer Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums“ ersetzt.*
- j) Nach dem Eintrag „§ 23 Qualitätssicherung“ wird die Zeile „§ 23a Haftpflichtversicherung“ eingefügt.*
- k) Nach dem Eintrag „§ 25 Ärztlicher Leiter“ wird die Zeile „§ 25a Ärztlicher Dienst in Zahnambulatorien“ eingefügt.*

### *2. Im § 1 Abs. 2 entfallen die Z 3 und 5.*

*3. Im § 1 Abs. 2 Z 7 entfällt der Klammerausdruck „(Röntgeninstitute, Zahnambulatorien und ähnliche Einrichtungen)“ und wird folgender Satz angefügt:*

*„Die Durchführung von Hausbesuchen im jeweiligen Einzugsgebiet ist zulässig.“*

### *4. § 1 Abs. 3 lautet:*

*„(3) Einrichtungen, die eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglichen und durch die Anstellung insbesondere von Angehörigen von Gesundheitsberufen eine Organisationsdichte und -struktur aufweisen, die insbesondere im Hinblick auf das arbeitsteilige Zusammenwirken und das Leistungsvolumen eine Anstaltsordnung erfordern, sind nicht als Ordinationsstätten von Ärzten oder Zahnärzten anzusehen. Sie unterliegen den krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften.“*

*5. Im § 2 Z 4 wird das Zitat „BGBl. I Nr. 63/2002.“ durch das Zitat „BGBl. I Nr. 63/2002 in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 111/2010;“ ersetzt.*

### *6. Nach § 2 Z 4 wird folgende Z 5 angefügt:*

*„5. Gruppenpraxen.“*

7. Der Schlussteil des § 3 Abs. 1 Z 2 lautet:

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

8. § 3 Abs. 4 lautet:

„(4) Für Krankenanstalten können organisatorisch mit Genehmigung der Landesregierung Kooperationsformen vorgesehen werden. Demnach ist es zulässig, zwei oder mehrere Krankenanstalten insbesondere aus Gründen der Wirtschaftlichkeit oder Zweckmäßigkeit einer gemeinsamen Anstaltsleitung und Anstaltsordnung zu unterstellen. Voraussetzung ist, dass an allen bisherigen Krankenanstaltenstandorten die Grundversorgung der Patienten gesichert ist.“

9. § 4 lautet:

**„§ 4**

**Verweisungen auf Bundes- oder Landesgesetze**

Soweit in diesem Gesetz auf Bundes- und Landesgesetze verwiesen wird, sind diese, wenn nicht eine bestimmte Fassung angeführt ist, in folgender Fassung anzuwenden:

1. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 52/2011;
2. Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – AVG, BGBl. Nr. 51, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 111/2010;
3. Apothekengesetz, RGBl. Nr. 5/1907, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 135/2009;
4. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, BGBl. Nr. 450/1994, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 51/2011;
5. Ärztegesetz 1998 - ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 61/2010;
6. Asylgesetz 2005 - AsylG 2005, BGBl. I Nr. 100, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 38/2011;
7. Bauern-Sozialversicherungsgesetz - BSVG, BGBl. Nr. 559/1978, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 52/2011;
8. Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz - B-KUVG, BGBl. Nr. 200/1967, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 111/2010;
9. Burgenländisches Heilvorkommen- und Kurortgesetz 1963, LGBl. Nr. 15, in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 40/2011;
10. Bundesgesetz über die Ausübung des zahnärztlichen Berufs und des Dentistenberufs (Zahnärztegesetz – ZÄG), BGBl. I Nr. 126/2005, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 61/2010;
11. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 179/2004;
12. Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), BGBl. Nr. 1/1930, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 60/2011;
13. Eisenbahn-Enteignungsentschädigungsgesetz - EisbEG, BGBl. Nr. 71/1954, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 111/2010;
14. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 74/2011;
15. Gewebesicherheitsgesetz - GSG, BGBl. I Nr. 63/2009;
16. Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz - GSVG, BGBl. Nr. 560/1978, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 52/2011;
17. Heeresversorgungsgesetz - HVG, BGBl. Nr. 27/1964, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 4/2010;

18. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 61/2010;
19. Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. Nr. 460/1992, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 74/2011;
20. Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G), BGBl. Nr. 102/1961, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 61/2010;
21. Patientenverfügungs-Gesetz - PatVG, BGBl. I Nr. 55/2006;
22. Psychologengesetz, BGBl. Nr. 360/1990, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 98/2001;
23. Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 98/2001;
24. Strafgesetzbuch - StGB, BGBl. Nr. 60/1974, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 66/2011;
25. Strafprozessordnung 1975 - StPO, BGBl. Nr. 631, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 67/2011;
26. Strafvollzugsgesetz - StVG, BGBl. Nr. 144/1969, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 111/2010;
27. Strahlenschutzgesetz, BGBl. Nr. 227/1969, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 13/2006;
28. Unterbringungsgesetz - UbG, BGBl. Nr. 155/1990, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 18/2010;
29. Landeskrankenanstaltenplan 2008 – LAKAP 2008, LGBl. Nr. 2/2009.“

10. Die Überschrift des 2. Hauptstückes lautet:

„Allgemeine Bestimmungen über die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten und selbstständigen Ambulatorien“

11. § 5 lautet:

#### „§ 5

#### **Errichtungs- und Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten**

(1) Bettenführende Krankenanstalten bedürfen sowohl zu ihrer Errichtung wie auch zu ihrem Betrieb einer Bewilligung der Landesregierung. Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung haben den Anstaltszweck und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung) genau zu bezeichnen. Eine Vorabfeststellung zur Frage des Bedarfs ist zulässig.

(2) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 1 darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

1. nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger bettenführender Krankenanstalten mit Kassenverträgen zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit ein Bedarf gemäß Abs. 4 und 5 gegeben ist;
2. gegen den Bewerber keine Bedenken bestehen, die seine Verlässlichkeit und Eignung zum Betrieb der Krankenanstalt ausschließen; dies ist insbesondere dann der Fall, wenn er beim Betrieb einer Krankenanstalt bereits einmal wegen einer einschlägigen Verwaltungsübertretung rechtskräftig bestraft oder wenn er wegen einer Tat rechtskräftig gerichtlich verurteilt wurde, die ihrer Art nach annehmen lässt, dass vom Bewerber ein den gesetzlichen Erfordernissen entsprechender Betrieb nicht zu erwarten ist. Einer juristischen Person, die nicht Gebietskörperschaft ist, kann die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt bei Vorhandensein der sonstigen Voraussetzungen erteilt werden, wenn sie aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung oder ihrer Satzung zur Errichtung von Krankenanstalten berufen ist und wenn zu erwarten ist, dass ein den gesetzlichen Erfordernissen entsprechender Betrieb der Krankenanstalt gewährleistet ist;
3. das Eigentumsrecht oder ein sonstiges Recht zur Benützung der für die Krankenanstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachgewiesen ist, das die dauernde und ungehinderte Benützung der Betriebsanlage gestattet, und
4. die vorgesehene Betriebsanlage den bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht und nach ihrer Lage und Beschaffenheit für die Art der vorgesehenen Krankenanstalt geeignet ist.

(3) Die Landesregierung hat von einer Prüfung des Bedarfs abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot in der Krankenanstalt ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die Burgenländische Gebietskrankenkasse ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören.

(4) Für Krankenanstalten, die über den Burgenländischen Gesundheitsfonds (BURGEF) abgerechnet werden (Fondskrankenanstalten), ist ein Bedarf gegeben, wenn die Errichtung nach dem Anstaltszweck und in Aussicht genommenen Leistungsangebot dem mit dem Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) abgestimmten Landeskrankenanstaltenplan (LAKAP) entspricht.

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

1. der örtlichen Verhältnisse (regionale rurale oder urbane Bevölkerungsstrukturen und Besiedlungsdichte),
2. der für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsbedingungen,
3. der Auslastung bestehender stationärer Einrichtungen, sowie
4. der Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots nachgewiesen werden kann.

(6) Die Vorlage von Unterlagen zum Nachweis der Voraussetzungen nach Abs. 2 Z 2 bis 4 ist nicht erforderlich, wenn eine Vorabfeststellung zur Frage des Bedarfs beantragt wird.

(7) Eine Bewilligung zum Betrieb einer Krankenanstalt darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

1. die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 4 oder 5 erteilt worden ist;
2. die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage und alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen sowie die Vorgaben des LAKAP erfüllt sind;
3. die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind;
4. die für den inneren Betrieb der Krankenanstalt vorgesehene Anstaltsordnung den Bestimmungen des § 15 nicht widerspricht;
5. ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes namhaft gemacht wurde und für die Leitung der einzelnen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten fachlich geeignete Personen als verantwortliche Ärzte namhaft gemacht worden sind, sowie glaubhaft gemacht wird, dass auch im Übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird, und
6. der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 23a erforderlich ist.

(8) Ist der Rechtsträger der Krankenanstalt ein Krankenversicherungsträger, so bedarf es zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt keiner Bewilligung. Die beabsichtigte Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger ist der Landesregierung anzuzeigen. Die Bewilligung zum Betrieb der bettenführenden Krankenanstalt eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 7 Z 2 bis 5 gegeben sind.

(9) In Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt und in Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfs haben die gesetzliche Interessensvertretung privater Krankenanstalten und betroffene Sozialversicherungsträger hinsichtlich des nach § 5 Abs. 2 Z 1 in Verbindung mit § 5 Abs. 5 zu prüfenden Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG.

(10) Der Erteilung der Errichtungs- und Betriebsbewilligung hat jeweils eine mündliche Verhandlung voranzugehen. Aus besonderem Grund kann die Errichtungs- und Betriebsbewillungsverhandlung auch unter einem abgeführt werden.“

12. § 6 entfällt.

13. § 7 lautet:

### „§ 7

#### **Zulassungsverfahren für selbstständige Ambulatorien**

(1) Selbstständige Ambulatorien bedürfen sowohl zu ihrer Errichtung wie auch zu ihrem Betrieb einer Bewilligung der Landesregierung. Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung haben den Anstaltszweck und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung, insbesondere vorgesehene Anzahl von Ärzten bzw. Zahnärzten) genau zu bezeichnen. Eine Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3 ist zulässig.

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

1. nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und kasseneigene Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, Gruppenpraxen und selbstständige Ambulatorien, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, bei selbstständigen Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Zahnärzte, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,
  - a) zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und
  - b) zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann,
2. das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachgewiesen sind,
3. das für die Unterbringung der Anstalt geplante oder bereits vorhandene Gebäude den hinsichtlich der Ausführung oder Verwendung solcher Gebäude vorgesehenen bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht, und
4. gegen den Bewerber keine Bedenken bestehen.

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

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

(4) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 2 Z 1 in Verbindung mit Abs. 3 abzu-sehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbstständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die Burgenländische Gebietskrankenkasse ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören.

(5) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung ist ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Planungsinstituts sowie eine begründete Stellungnahme der Gesundheitsplattform zum Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 3 einzuholen.

(6) Die Vorlage von Unterlagen zum Nachweis der Voraussetzungen nach Abs. 2 Z 2 bis 4 ist nicht erforderlich, wenn eine gesonderte Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen nach Abs. 3 beantragt wird.

(7) Die Errichtungsbewilligung hat - ausgenommen im Fall des Abs. 4 - im Rahmen des Antrags jedenfalls das Leistungsvolumen, das Leistungsspektrum und bedarfsgerechte Öffnungszeiten (Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten und von Sams-, Sonn- und Feiertagen) sowie erforderlichen-

falls Bereitschaftszeiten und - soweit sinnvoll - die Verpflichtung zur Durchführung von Hausbesuchen durch Auflagen festzulegen.

(8) In Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums - ausgenommen im Fall des Abs. 4 - haben betroffene Sozialversicherungsträger, die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und die Ärztekammer für Burgenland bzw. bei selbstständigen Zahnambulatorien die Österreichische Zahnärztekammer hinsichtlich des Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG. Dies gilt auch für Verfahren zur Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3.

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

(10) Der Erteilung der Errichtungs- und Betriebsbewilligung hat jeweils eine mündliche Verhandlung voranzugehen. Aus besonderem Grund kann die Errichtungs- und Betriebsbewilligungsverhandlung auch unter einem abgeführt werden.“

14. Nach § 7 wird folgender § 7a eingefügt:

#### **„§ 7a**

##### **Betriebsbewilligung für selbstständige Ambulatorien**

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

1. die Bewilligung zur Errichtung erteilt worden ist;
2. die für den unmittelbaren Betrieb der Anstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen;
3. gegen die für den inneren Betrieb der Anstalt vorgesehene Anstaltsordnung (§ 15) keine Bedenken bestehen;
4. ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen oder ein geeigneter Zahnarzt als verantwortlicher Leiter des zahnärztlichen Dienstes namhaft gemacht wurde sowie glaubhaft gemacht wird, dass auch im Übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird, und
5. der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 23a erforderlich ist.

(2) Die Bewilligung zum Betrieb des selbstständigen Ambulatoriums eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn eine Einigung gemäß § 339 ASVG oder eine Errichtungsbewilligung gemäß § 7 Abs. 9 zweiter Satz vorliegt und die Voraussetzungen des Abs. 1 Z 2 bis 4 gegeben sind.“

15. Im § 9 Abs. 1, 2 und 4 wird jeweils nach dem Wort „Organisationseinheiten“ die Wortfolge „sowie selbstständiger Ambulatorien“ eingefügt.

16. Im § 9 Abs. 3 wird nach dem Wort „Krankenanstalt“ die Wortfolge „oder eines selbstständigen Ambulatoriums“ eingefügt.

17. Im § 9 Abs. 5 wird nach dem Wort „derselben“ die Wortfolge „oder eines selbstständigen Ambulatoriums“ eingefügt.

18. Im § 10 lautet die Überschrift:

„Sperrung einer Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums“

19. Im § 10 Abs. 1 wird nach dem Wort „Betriebsbereiche“ die Wortfolge „sowie eines selbstständigen Ambulatoriums“ und nach dem Wort „Betriebsbereich“ die Wortfolge „oder das selbstständige Ambulatorium“ eingefügt.

20. Im § 11 lautet die Überschrift:

„Verlegung einer Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums“

21. Im § 11 Abs. 1 wird nach dem Wort „Krankenanstalt“ die Wortfolge „oder eines selbstständigen Ambulatoriums“ eingefügt.

22. Im § 11 Abs. 2 wird das Zitat „§§ 5 bis 7“ durch das Zitat „§§ 5 bis 7a“ ersetzt.

23. Im § 12 lautet die Überschrift:

„Veränderungen einer Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums“

24. Im § 12 Abs. 1 und 2 Z 2, 3 und 6 wird jeweils nach dem Wort „Krankenanstalt“ die Wortfolge „oder eines selbstständigen Ambulatoriums“ eingefügt.

25. Im § 12 Abs. 5 wird das Zitat „§§ 5 bis 7“ durch das Zitat „§§ 5 bis 7a“ ersetzt.

26. § 13 lautet:

### „§ 13

#### **Verpachtung und Übertragung einer Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums**

Die Verpachtung einer Krankenanstalt oder eines selbstständigen Ambulatoriums sowie die Übertragung – bei Krankenanstalten auch eines Teils - auf einen anderen Rechtsträger bedarf der Bewilligung der Landesregierung. Die Bewilligung ist zu erteilen, wenn gegen den Bewerber keine Bedenken im Sinne des § 5 Abs. 2 Z 2 bestehen oder, wenn der Bewerber eine juristische Person ist, die dort genannten Voraussetzungen vorliegen.“

27. § 14 lautet:

### „§ 14

#### **Landeskrankenanstaltenplan**

(1) Die Landesregierung hat im Rahmen des RSG für Fondskrankenanstalten mit Verordnung einen Landeskrankenanstaltenplan (LAKAP) zu erlassen, der sich im Rahmen des ÖSG befindet. Dabei sind, um eine verbindliche österreichweit auf einheitlichen Grundsätzen basierende Krankenanstalten- und Großgeräteplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die im ÖSG vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und -methoden zu berücksichtigen.

(2) Im LAKAP sind jedenfalls festzulegen:

1. die Standorte der Fondskrankenanstalten,
2. die maximalen Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege und Intensivbereich) je Standort,
3. die medizinischen Fachbereiche je Standort,
4. die für die Fachbereiche jeweils vorgesehenen Organisationseinheiten je Standort,
5. Art und Anzahl der medizinisch technischen Großgeräte je Standort,
6. die maximalen Bettenzahlen je Fachbereich bezogen auf das Land, die Versorgungsregion oder bezogen auf die Standorte, und
7. die Festlegung von Referenzzentren und speziellen Versorgungsbereichen je Standort.“

28. Im § 16 Abs. 3 wird jeweils nach dem Wort „ärztlichen“ die Wortfolge „und gegebenenfalls zahnärztlichen“ eingefügt.

29. Im § 16 Abs. 9 wird nach dem Wort „ärztliche“ die Wortfolge „bzw. zahnärztliche“ und nach dem Wort „Arzt“ die Wortfolge „ , gegebenenfalls dem für die zahnärztliche Behandlung Verantwortlichen.“ eingefügt.

30. Im § 16 Abs. 11 wird die Wortfolge „Ärztinnen oder Ärzte“ durch die Wortfolge „Ärzte oder Zahnärzte“ ersetzt; ferner entfällt die Wortfolge „die betroffene Patientin oder“.

31. Im § 17 Abs. 1 Z 1 wird nach dem Wort „Ärzten“ die Wortfolge „oder Zahnärzten“ eingefügt; ferner wird im Abs. 1 Z 1 und 2 die Wortfolge „ärztlichen Äußerungen“ durch die Wortfolge „ärztlichen oder zahnärztlichen Äußerungen“ ersetzt.

32. Im § 18 Abs. 1 erster Satz wird vor dem Wort „Krankenanstalten“ das Wort „bettenführenden“ eingefügt.

33. § 20 Abs. 2 lautet:

„(2) Der ärztliche bzw. der zahnärztliche Dienst in den Krankenanstalten darf nur von Personen versehen werden, die nach den Vorschriften des Ärztegesetzes 1998 oder des Zahnärztegesetzes zur Ausübung des ärztlichen Berufes bzw. zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes berechtigt sind.“

34. § 21 Abs. 1 Einleitungssatz lautet:

„Der ärztliche bzw. zahnärztliche Dienst muss so eingerichtet sein, dass“

35. Im § 21 Abs. 1 Z 6 wird nach dem Wort „Ärzte“ die Wortfolge „und Zahnärzte“ eingefügt.

36. Dem § 21 Abs. 2 wird folgender Abs. 3 angefügt:

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

37. Nach § 23 wird folgender § 23a eingefügt:

### „§ 23a

#### **Haftpflichtversicherung**

(1) Krankenanstalten, die nicht durch eine Gebietskörperschaft, eine sonstige Körperschaft öffentlichen Rechts oder durch eine juristische Person, die im Eigentum einer Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts stehen, betrieben werden, haben zur Deckung der aus ihrer Tätigkeit (§ 1) entstehenden Schadenersatzansprüche eine Haftpflichtversicherung bei einem zum Geschäftsbetrieb in Österreich berechtigten Versicherer abzuschließen und diese während der Dauer ihrer Betriebsbewilligung aufrecht zu erhalten. Bei Krankenanstalten, die durch eine juristische Person, die im Eigentum einer Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts stehen, betrieben werden, besteht ein haftungsrechtlicher Durchgriff zur Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts, sofern keine Haftpflichtversicherung nach Satz 1 und Abs. 2 besteht.

(2) Für den Versicherungsvertrag muss Folgendes gelten:

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

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

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

38. § 24 Abs. 1 erster Satz lautet:

„Die Träger von Krankenanstalten haben zur Beurteilung

1. klinischer Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten,
2. der Anwendung neuer medizinischer Methoden einschließlich nichtinterventioneller Studien,
3. angewandter medizinischer Forschung, und
4. der Durchführung von Pflegeforschungsprojekten (experimentellen oder Pflegeinterventionsstudien) sowie der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden

in der Krankenanstalt Ethikkommissionen einzurichten.“

39. § 24 Abs. 2 Einleitungssatz lautet:

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

40. Im § 24 Abs. 3 wird das Wort „ärztlichen“ durch das Wort „medizinischen“ ersetzt.

41. Nach § 24 Abs. 3 wird folgender Abs. 3a eingefügt:

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

42. § 24 Abs. 4 Einleitungssatz lautet:

„Die Ethikkommission hat sich in einem ausgewogenen Verhältnis aus Frauen und Männern zusammenzusetzen und mindestens zu bestehen aus:“

43. § 24 Abs. 4 Z 2 lautet:

„2. einer Fachärztin bzw. einem Facharzt, in deren bzw. dessen Sonderfach die jeweilige klinische Prüfung, neue medizinische Methode oder das angewandte medizinische Forschungsprojekt fällt, oder gegebenenfalls einer Zahnärztin bzw. einem Zahnarzt, und die nicht Prüferin bzw. Prüfer sind, und gegebenenfalls einer bzw. einem sonstigen entsprechenden Angehörigen eines Gesundheitsberufes;“

44. Nach § 24 Abs. 4 wird folgender Abs. 4a eingefügt:

„(4a) Bei der Beurteilung von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden hat der Ethikkommission überdies eine Person anzugehören, die über Expertise hinsichtlich Methoden der qualitativen Forschung verfügt.“

45. Nach § 24 Abs. 5 wird folgender Abs. 5a eingefügt:

„(5a) Die Mitglieder der Ethikkommission haben allfällige Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie oder Medizinprodukteindustrie gegenüber dem Träger vollständig offenzulegen. Sie haben sich ihrer Tätigkeit in der Ethikkommission - unbeschadet weiterer allfälliger Befangenheitsgründe - in allen Angelegenheiten zu enthalten, in denen eine Beziehung zur pharmazeutischen Industrie oder Medizinprodukteindustrie geeignet ist, ihre volle Unbefangenheit in Zweifel zu ziehen.“

46. Nach § 24 Abs. 6 wird folgender Abs. 6a eingefügt:

„(6a) Die Leiterin bzw. der Leiter jener Organisationseinheit, an der ein Pflegeforschungsprojekt oder die Anwendung neuer Pflegekonzepte oder -methoden durchgeführt werden soll, hat das Recht, im Rahmen der Sitzung der Ethikkommission zu dem geplanten Pflegeforschungsprojekt oder der Anwendung neuer Pflegekonzepte oder -methoden Stellung zu nehmen.“

47. § 24 Abs. 9 lautet:

„(9) Über jede Sitzung der Ethikkommission ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind der ärztlichen Leiterin bzw. dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt, bei der Beurteilung einer klinischen Prüfung auch der Prüfungsleiterin bzw. dem Prüfungsleiter bzw. bei der Anwendung einer neuen medizinischen Methode auch der Leiterin bzw. dem Leiter der Organisationseinheit zur Kenntnis zu bringen. Die Protokolle sind gemeinsam für alle für die Beurteilung wesentlichen Unterlagen gemäß § 16 Abs. 10 aufzubewahren. Die Protokolle sind der ärztlichen Leiterin bzw. dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt, bei der Beurteilung einer klinischen Prüfung auch der Prüferin bzw. dem Prüfer, bei der Anwendung einer neuen medizinischen Methode, einem angewandten medizinischen Forschungsprojekt oder neuem Behandlungskonzept oder einer neuen Behandlungsmethode auch der Leiterin bzw. dem Leiter der Organisationseinheit, bei der Beurteilung von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflegekonzepte und -methoden der Leiterin bzw. dem Leiter des Pflegedienstes und den ärztlichen Leiterinnen bzw. Leitern der betroffenen Organisationseinheiten zur Kenntnis zu bringen.“

48. § 24a Abs. 2 erster Satz lautet:

„Die Arzneimittelkommission setzt sich zusammen aus:

1. jeweils einem Facharzt jener Krankenanstalt(en), für welche die Arzneimittelkommission eingerichtet ist,
2. einem Pharmazeuten, und
3. einem Vertreter der Sozialversicherung.“

49. Im § 25 Abs. 3 wird die Wortfolge „Für Genesungsheime und Pflegeanstalten für chronisch Kranke“ durch die Wortfolge „Für Pflegeanstalten chronisch Kranker“ ersetzt.

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

#### **„§ 25a**

##### **Ärztlicher Dienst in Zahnambulatorien**

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

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

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

(4) Von Abs. 3 sind jene Stellen ausgenommen, die auf Grund der einschlägigen Universitätsvorschriften besetzt werden.

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

51. § 26 Abs. 1 lautet:

„(1) Für jede Krankenanstalt ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbstständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Für jedes Zahnambulatorium ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbstständigen Berufsausübung berechtigter Zahnarzt oder Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten. Die Bestellung eines Krankenhaushygienikers oder eines Hygienebeauftragten für mehrere Krankenanstalten ist zulässig.“

52. § 26 Abs. 6 lautet:

„(6) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien kann die Funktion des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten bei Vorliegen der entsprechenden fachlichen Eignung auch der ärztliche Leiter ausüben. Für die im Abs. 5 genannten Aufgaben ist jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.“

53. Im § 48 Abs. 1 Z 2 wird nach dem Wort „Konsiliarärzte“ die Wortfolge „oder als Konsiliarzahnärzte“ eingefügt.

54. § 52 Abs. 2 lautet:

„(2) Bei der Entlassung eines Patienten ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Entlassungsbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere ärztliche, psychologische, psychotherapeutische und pflegerische Betreuung oder Betreuung durch Hebammen notwendigen Angaben und Empfehlungen sowie allfällige notwendige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste oder Heilmasseure zur

unerlässlich gebotenen Betreuungskontinuität zu enthalten hat. In diesem sind die Angaben und Empfehlungen bzw. Anordnungen übersichtlich und zusammengefasst darzustellen. Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Medikation haben den vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen zu berücksichtigen. Ausnahmen sind ausschließlich aus medizinischer Notwendigkeit zulässig, erforderlichenfalls ist eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einzuholen. Auf noch im Zeitpunkt der Entlassung ausstehende Befunde ist im Entlassungsbrief gesondert hinzuweisen. Dieser Entlassungsbrief ist nach Entscheidung des Patienten diesem oder

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

zu übermitteln. 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 hievon in Kenntnis zu setzen und über sein Verlangen zu einer Befundbesprechung einzuladen. Auf diese Möglichkeit ist von der Krankenanstalt ausdrücklich hinzuweisen.“

55. Im § 52 Abs. 4 wird jeweils nach dem Wort „Arzt“ die Wortfolge „bzw. Zahnarzt“ eingefügt.

56. Im § 53 Abs. 1 wird die Wortfolge „durch die Staatsanwaltschaft“ durch das Wort „strafprozessual“ ersetzt.

57. § 54 Abs. 1 Z 4 lautet:

„4. über ärztliche oder zahnärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege,“

58. Dem § 57 Abs. 1, 3 und 6 wird jeweils folgender Satz angefügt:

„Im Falle einer Transferierung ist der Kostenbeitrag für den Tag der Transferierung nur von jener Krankenanstalt einzuheben, in welche der Patient transferiert wird.“

59. Dem § 57 Abs. 7 wird folgender Satz angefügt:

„Die Entschädigung gebührt auch für jene Fälle, bei denen eine Haftung des Rechtsträgers nicht gegeben ist, wenn es sich um eine seltene, schwerwiegende Komplikation handelt, die zu einer erheblichen Schädigung geführt hat.“

60. Dem § 63 Abs. 6 wird folgender Abs. 7 angefügt:

„(7) Die Fondskrankenanstalten sind verpflichtet, die e-card und die e-card-Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit zu verwenden. Im Zweifelsfall sind die Identität des Patienten und die rechtmäßige Verwendung der e-card zu überprüfen.“

61. § 71 Abs. 4 lautet:

„(4) Neben Abteilungen gemäß § 20 Abs. 1 haben auch Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie, in denen ein geschlossener Bereich errichtet ist oder psychisch Kranke sonst Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit unterworfen werden, unter der ärztlichen Leitung eines Facharztes für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Neurologie und Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie zu stehen.“

62. Dem § 71 Abs. 5 wird folgender Satz angefügt:

„Psychiatrische Organisationseinheiten, die für die Behandlung von Kindern bestimmt sind, haben unter der Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu stehen.“

63. Nach § 75 Abs. 1 erster Satz wird folgender Satz eingefügt:

„§ 47 gilt mit der Maßgabe, dass Konsiliarapotheker den Arzneimittelvorrat von selbstständigen Ambulatorien entsprechend deren Anstaltszweck regelmäßig mindestens aber einmal jährlich zu kontrollieren haben.“

64. Dem § 78 Abs. 2 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die e-card und die e-card-Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit zu verwenden. Im Zweifelsfall sind die Identität des Patienten und die rechtmäßige Verwendung der e-card zu überprüfen.“

65. Dem § 86 werden folgende Abs. 8 bis 10 angefügt:

„(8) § 5, § 7 und § 7a in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. xx/20xx treten rückwirkend mit 1. März 2011 in Kraft. Im Übrigen tritt das Inhaltsverzeichnis, § 1 Abs. 2 Z 3, 5 und 7, § 1 Abs. 3, § 2 Z 4 und 5, § 3 Abs. 1 Z 2, § 3 Abs. 4, § 4, die Überschrift des 2. Hauptstückes, § 6, § 9, die Überschrift zu § 10 und § 10 Abs. 1, § 11, die Überschrift zu § 12 sowie § 12 Abs. 1 und Abs. 2 Z 2, 3 und 6 und Abs. 5, § 13, § 14, § 16 Abs. 3, 9 und 11, § 17 Abs. 1 Z 1 und 2, § 18 Abs. 1, § 20 Abs. 2, § 21 Abs. 1 Einleitungssatz sowie Z 6 und Abs. 3, § 23a, § 24 Abs. 1, 2 Einleitungssatz, 3, 3a, 4 Einleitungssatz und Z 2, Abs. 4a, 5a, 6a und 9, § 24a Abs. 2 erster Satz, § 25 Abs. 3, § 25a, § 26 Abs. 1 und 6, § 48 Abs. 1 Z 2, § 52 Abs. 2 und 4, § 53 Abs. 1, § 54 Abs. 1 Z 4, § 57 Abs. 1, 3 und 6, § 57 Abs. 7 letzter Satz, § 63 Abs. 7, § 71 Abs. 4, § 71 Abs. 5 letzter Satz, § 75 Abs. 1 und § 78 Abs. 3 mit dem auf die Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(9) Abs. 8 erster Satz ist auf Verfahren zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt bzw. eines selbstständigen Ambulatoriums, die ab dem 1. März 2011 anhängig werden, anzuwenden, ferner sind anhängige Verfahren auf Grund der neuen Rechtslage fortzusetzen.

(10) Rechtsträger von Krankenanstalten, für die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes eine rechtskräftige Betriebsbewilligung vorliegt und die nach § 25a zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung verpflichtet sind, haben dieser Verpflichtung innerhalb von einem Jahr nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes nachzukommen und dies der Landesregierung nachzuweisen.“

## Vorblatt

### Gegenstand:

Mit dem vorliegenden Entwurf werden die grundsatzgesetzlichen Vorgaben der Novelle BGBl. I Nr. 124/2009 sowie die Änderungen des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten, die sich aufgrund des Bundesgesetzes zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung, BGBl. I Nr. 61/2010, ergeben, ferner Änderungen des 4. Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2009 – 4. SRÄG 2009, BGBl. I Nr. 147, in das Burgenländische Krankenanstaltengesetz 2000 - Bgld. KAG 2000, LGBl. Nr. 52, in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 70/2010, eingebaut und zweckmäßige formelle und sachliche Änderungen des Bgld. KAG 2000 vorgenommen.

### Ziel:

Herbeiführung einer grundsatzkonformen Rechtslage sowie Durchführung der zweckmäßigen formellen und sachlichen Änderungen des Bgld. KAG 2000. Durch letztere soll mehr Rechtsklarheit sowie eine Vereinfachung von Verfahrensabläufen erreicht werden (zB Verbundlösung).

Die wesentlichen Inhalte des Entwurfs umfassen insbesondere

- eine Klarstellung, dass auch die Beurteilung von Pflegestudien und neuen Pflegekonzepten - und methoden und angewandter Forschung am Menschen eine Aufgabe der Ethikkommission ist;
- Anpassungen im Zusammenhang mit dem derzeitigen „Arztbrief“ und mit der berufsrechtlichen Trennung der Ärzte und Zahnärzte;
- die Berücksichtigung einer Anregung der Volksanwaltschaft, dass bei Transferierungen der Kostenbeitrag für den Tag der Transferierung nur von der übernehmenden Krankenanstalt eingehoben werden darf;
- die Berücksichtigung des neuen Sonderfaches Kinder- und Jugendpsychiatrie;
- die Schaffung der dringlich gebotenen Ersatzregelung für die Bedarfsprüfung für selbstständige Ambulatorien;
- die Modernisierung der Regelungen für die Bedarfsprüfung von bettenführenden Krankenanstalten mit dem Ziel der Verbesserung der Harmonisierung der Planungsarbeiten von Bund und Ländern (ÖSG-RSG);
- die Schaffung von Erleichterungen (wo sachgerecht) für selbstständige Ambulatorien gegenüber bettenführenden Krankenanstalten und
- die Verpflichtung der Krankenanstalten, in Zweifelsfällen eine Identitätsfeststellung von Patienten und eine Rechtmäßigkeitskontrolle hinsichtlich der Verwendung der e-card durchzuführen.

### Lösung:

Erlassung einer entsprechenden Novelle zum Bgld. KAG 2000.

### Alternative:

Soweit es sich um die Ausführung von bundesgesetzlichen Vorgaben des KAKuG handelt, keine. Im Übrigen würde die als unbefriedigend erachtete Rechtslage beibehalten werden.

### Finanzielle Auswirkung:

Durch den Vollzug des Gesetzesentwurfes entstehen weder dem Land noch den burgenländischen Gemeinden Mehrkosten.

### EU-Konformität:

Die vorgesehenen Regelungen dienen partiell dazu, den Anforderungen im Urteil des EuGH vom 10. März 2009, Rechtssache C-169/07, Fall „Hartlauer Handels GesmbH“, nachzukommen. Im Übrigen berührt der Entwurf keine gemeinschaftsrechtlichen Normen.

## **Erläuterungen**

### **Allgemeiner Teil**

Mit dem vorliegenden Entwurf werden die grundsatzgesetzlichen Vorgaben der Novelle BGBl. I Nr. 124/2009 sowie die Änderungen des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), die sich aufgrund des Bundesgesetzes zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung, BGBl. I Nr. 61/2010, ergeben, ferner Änderungen des 4. Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2009 – 4. SRÄG 2009, BGBl. I Nr. 147, in das Burgenländische Krankenanstaltengesetz 2000 - Bgld. KAG 2000, LGBl. Nr. 52, in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 70/2010, eingebaut und zweckmäßige formelle und sachliche Änderungen des Bgld. KAG 2000 vorgenommen.

Die wesentlichen Inhalte des Entwurfs umfassen insbesondere

- eine Klarstellung, dass auch die Beurteilung von Pflegestudien und neuen Pflegekonzepten - und methoden und angewandter Forschung am Menschen eine Aufgabe der Ethikkommission ist;
- Anpassungen im Zusammenhang mit dem derzeitigen „Arztbrief“ und mit der berufsrechtlichen Trennung der Ärzte und Zahnärzte;
- die Berücksichtigung einer Anregung der Volksanwaltschaft, dass bei Transferierungen der Kostenbeitrag für den Tag der Transferierung nur von der übernehmenden Krankenanstalt eingehoben werden darf;
- die Berücksichtigung des neuen Sonderfaches Kinder- und Jugendpsychiatrie;
- die Schaffung der dringlich gebotenen Ersatzregelung für die Bedarfsprüfung für selbstständige Ambulatorien;
- die Modernisierung der Regelungen für die Bedarfsprüfung von bettenführenden Krankenanstalten mit dem Ziel der Verbesserung der Harmonisierung der Planungsarbeiten von Bund und Ländern (ÖSG-RSG) ;
- die Schaffung von Erleichterungen (wo sachgerecht) für selbstständige Ambulatorien gegenüber bettenführenden Krankenanstalten und
- die Verpflichtung der Krankenanstalten, in Zweifelsfällen eine Identitätsfeststellung von Patienten und eine Rechtmäßigkeitskontrolle hinsichtlich der Verwendung der e-card durchzuführen.

Die überwiegende Anzahl der vorgenommenen Änderungen erfolgt in der Ausführung entsprechender Bestimmungen der obgenannten Novellen zum KAKuG.

Eingehend auf die geltenden Bedarfsprüfungsregelungen ist festzuhalten, dass dieses System der Bedarfsprüfung von selbstständigen Ambulatorien im Jahr 2009 vom EuGH (Urteil des EuGH vom 10. März 2009 in der Rechtssache C-169/07, Fall „Hartlauer HandelsgesmbH“) als europarechtswidrig erkannt wurde, da bei gleichem oder ähnlichem Leistungsangebot zahnärztliche Gruppenpraxen ohne weitere Schwelle ihre Tätigkeit aufnehmen können und damit den Status einer Wahlarztseinrichtung erreichen, hingegen selbstständige Ambulatorien einer strengen Bedarfsprüfung unterliegen (EuGH 10.3.2009, C-169/07, RdM 2009/85). Wenngleich diese Entscheidung den Bereich der Zahnheilkunde betraf, so kommt den Aussagen des EuGH auch für den Sektor der ambulanten ärztlichen Versorgung gleiches Gewicht zu.

Der EuGH brachte zwar zum Ausdruck, dass es in einem System öffentlicher Daseinsvorsorge (durch die öffentliche Hand gewährleistet System medizinischer Versorgung für jeden) zum Schutz dieses Systems in angemessener Weise Marktregulierung auf Anbieterseite geben dürfe, doch müsse dies in gleicher Weise für alle gelten, die gleiche Leistungen anbieten (wollen). Daraus folgt, dass eine Planung des Marktzugangs europarechtskonform insgesamt für die Infrastrukturen ambulanter Versorgung (sowohl Ordinationsstätten von Ärzten bzw. Angehörigen des zahnärztlichen Berufs als auch selbstständige Ambulatorien) zu gelten hat. Dies ist mit der österreichischen Bedarfsprüfung nur für selbstständige Ambulatorien gegenüber Gruppenpraxen allerdings nicht der Fall.

Eine Ersatzregelung ist daher dringend geboten, da andernfalls auf Grund des Anwendungsvorrangs des EU-Rechts Antragsteller für selbstständige Ambulatorien aus dem EU-Ausland ohne Bedarfsprüfung ungehindert selbstständige Ambulatorien in Österreich verwirklichen könnten und damit bei angebots-induzierter Nachfrage die Ausgaben im Rahmen der Kostenerstattung der gesetzlichen Krankenversicherung steigern. Überdies stellt diese Situation eine Diskriminierung von Inländern dar. Von diesem zu schaffenden Mechanismus einer Regelung des Marktzugangs sind jedoch jene Bereiche auszu-

schließen, in denen ärztliche und zahnärztliche Leistungen außerhalb des Erstattungsbereichs der gesetzlichen Krankenversicherung liegen (zB plastische Schönheitschirurgie).

Festzuhalten ist somit, dass

- ein unregulierter Zugang von Anbietern ärztlicher (zahnärztlicher) Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung im Kostenerstattungsbereich zu nicht abschätzbaren Mehrausgaben führen würde, und
- die Rechtsprechung von EuGH und VfGH es gebietet, vergleichbare Anbieter einem gleichen Regime des Marktzugangs zu unterwerfen.

**Finanzielle Auswirkungen:**

Im Bereich der Vollziehung des Landes ist durch die Neuregelung der Bedarfsprüfung mit keinem nennenswerten Anstieg von Verwaltungsverfahren zu rechnen. Die Verfahren an sich werden allerdings aufwändigere und umfangreichere Erhebungen erfordern. Ein Beibehalten der bisherigen Rechtslage durch die Bevorzugung nichtösterreichischer Antragsteller aus der EU würde zu zahlreichen weiteren krankenanstaltenrechtlichen Bewilligungsverfahren für selbständige Ambulatorien führen. Damit verbunden wären auch negative Auswirkungen in der Balance der Versorgung im ambulanten Leistungsbereich.

## **Besonderer Teil**

### **Zu Z 1 (Änderung des Inhaltsverzeichnisses):**

Auf Grund der Einfügung von Paragraphen (§ 7a, § 23a sowie § 25a) sowie der Änderung von Überschriften (§ 5, § 7, §§ 10 bis 13) und des Entfallens des § 6 ist eine Anpassung des Inhaltsverzeichnisses vorzunehmen.

### **Zu Z 2 (§ 1 Abs. 2):**

Die in der ursprünglichen Z 3 definierten Heime für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen, sowie die in der ursprünglichen Z 5 festgelegten Gebäranstalten und Entbindungsheime kommen in dieser Form nicht mehr vor und unterscheiden sich - angesichts der de facto gegebenen Organisation und Leistungsspektren dieser Einrichtungen - nicht mehr von Sonderkrankenanstalten gemäß Z 2.

### **Zu Z 3 (§ 1 Abs. 2 Z 7):**

Im Zusammenhang mit der Definition des selbstständigen Ambulatoriums soll einerseits die beispielhafte Aufzählung im Klammerausdruck entfallen, da diese im Hinblick auf den Fortschritt in der Medizin nicht mehr repräsentativ ist. Andererseits soll durch Klarstellung in der Definition ermöglicht werden, dass im Zusammenhang mit der Leistungserbringung durch selbstständige Ambulatorien - im Gegensatz zu bettenführenden Krankenanstalten - auch die Durchführung von Hausbesuchen möglich ist. Diese Klarstellung ist erforderlich, da Krankenanstalten grundsätzlich standortgebundene Einrichtungen sind, die an diesem Standort der Erbringung medizinischer Leistungen dienen. Die Möglichkeit der Durchführung von Hausbesuchen soll allerdings auf das Einzugsgebiet beschränkt sein.

### **Zu Z 4 und 6 (§ 1 Abs. 3 und § 2 Z 5):**

Im Hinblick auf die verfassungsrechtlich gebotene Abgrenzung zwischen den unter Art. 10 B-VG fallende Gruppenpraxen und selbstständige Ambulatorien nach Art. 12 B-VG wird in § 1 Abs. 3 versucht, nähere Abgrenzungskriterien aufzuzeigen. Sind Ärzte in einer Organisationseinheit angestellt und unterliegen damit den Weisungen des ärztlichen Leiters, liegt jedenfalls eine Krankenanstalt im Sinne des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG vor. Kommen andere medizinische Gesundheitsberufe zum Einsatz, liegt dann eine Krankenanstalt vor, wenn im Hinblick auf die entsprechende Leitungsspanne eine alleinige Oberaufsicht durch einen Arzt nicht mehr möglich ist. In beiden Konstellationen muss das Zusammenwirken der Ärzte bzw. der Ärzte mit sonstigen Angehörigen von Gesundheitsberufen durch eine Anstaltsordnung geregelt werden, um eine klare Festlegung von Verantwortlichkeiten und der Spielregeln des Zusammenwirkens vorzunehmen. Diesfalls liegt daher auch die nach der Judikatur geforderte anstaltsmäßige Organisation vor, da gerade im ambulanten Sektor nicht unbedingt ein Unterscheidungskriterium in der gerätetmäßigen Ausstattung liegt.

### **Zu Z 5 (§ 2 Z 4):**

Es handelt sich um die Aktualisierung eines Zitats.

### **Zu Z 7, 28 bis 31, 33 bis 36, 51, 53, 55 und 57 (§ 3 Abs. 1 Z 2, § 16 Abs. 3, § 16 Abs. 9, § 16 Abs. 11, § 17 Abs. 1, § 20 Abs. 2, § 21 Abs. 1 und 2, § 26 Abs. 1, § 48 Abs. 1 Z 2, § 52 Abs. 4 und § 54 Abs. 1 Z 4):**

In diesen Bestimmungen wird die berufsrechtliche Trennung zwischen Ärzten und Zahnärzten berücksichtigt.

Die Neuformulierung in § 3 Abs. 1 Z 2 ersetzt die veraltete Diktion „Zahnheilkunde“ und stellt klar, dass in Schwerpunktkrankenanstalten je nach Bedarf entweder eine Einrichtung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie oder eine Betreuung durch Konsiliarärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sichergestellt sein muss.

### **Zu Z 8 (§ 3 Abs. 4):**

Die geltende Regelung wird dahingehend präzisiert, dass im Interesse einer bestmöglichen Ausnutzung von Synergieeffekten und Einsparungsmaßnahmen eine Zusammenführung mehrerer eigenständiger Krankenanstalten eines Rechtsträgers unter einer Krankenanstaltennummer möglich sein soll. Voraussetzung muss jedoch sein, dass an den Standorten der ursprünglich eigenständigen Krankenanstalten die Grundversorgung der Bevölkerung des Einzugsgebietes gewahrt bleibt.

### **Zu Z 9 (§ 4):**

Zum Zweck der Vermeidung verfassungsrechtlich nicht zulässiger Verweisungen auf Rechtsvorschriften einer anderen normsetzenden Autorität, werden in Anbetracht der Zitierung der § 8 AVG und des Art.

131 B-VG in § 5 Abs. 9 sowie der Bezugnahme des § 20 Abs. 2 auf das Zahnärztegesetz auch diese Bundesgesetze in die Verweisungsnorm des § 4 aufgenommen.

Ferner wird § 4 auf Grund der Bezugnahme des § 5 Abs. 4 und § 5 Abs. 7 auf den Landeskrankenanstaltenplan auch um diese Verordnung ergänzt.

Darüber hinaus werden sämtliche übrige in § 4 enthaltenen Rechtsvorschriften in der geltenden Fassung zitiert.

#### **Zu Z 10 (Überschrift 2. Hauptstück):**

Da die Bestimmungen des 2. Hauptstückes durch den gegenständlichen Begutachtungsentwurf um explizite Regelungen hinsichtlich selbstständiger Ambulatorien erweitert werden, wird eine Anpassung der Überschrift des 2. Hauptstückes vorgenommen.

#### **Zu Z 11 (§ 5):**

In der Überschrift wird im Hinblick auf die Differenzierung der Regelungen hinsichtlich der Errichtungs- und Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten und selbstständige Ambulatorien eine Anpassung vorgenommen.

Zu Abs. 1 und 6: Vergleichbar anderen Landesausführungsgesetzen wird explizit klargestellt, dass vor Initiierung eines Verfahrens zur Errichtung einer Krankenanstalt mit allen dafür vorgesehenen Anforderungen ein Verfahren über die Feststellung des Bedarfs möglich ist. Gleiches gilt für selbstständige Ambulatorien. Antragsberechtigt ist jeder, der eine Krankenanstalt zu errichten beabsichtigt. Das Projekt muss jedenfalls so weit konkretisiert sein, dass der in Aussicht genommene Standort und das in Aussicht genommene Leistungsangebot beschrieben werden können, um ein Bedarfsprüfungsverfahren überhaupt durchführen zu können.

Zu Abs. 2 Z 1: Es erfolgt eine ausdrückliche Regelung zu den Motiven und Gründen für eine Bedarfsprüfung, nämlich die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und die Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit.

Zu Abs. 2 Z 2 bis 4: Es werden die Regelungen des geltenden § 5 Abs. 3 Z 2 bis 4 und § 5 Abs. 5 im Rahmen der Neustrukturierung des § 5 berücksichtigt.

Zu Abs. 3: Eine Regelung des Marktzugangs für Bereiche, in denen ausschließlich Leistungen erbracht werden, die außerhalb des Erstattungsbereichs der gesetzlichen Krankenversicherung liegen, wäre überschießend und damit verfassungswidrig. Die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse ist in einem solchen Errichtungsbewilligungsverfahren zur Frage, ob es sich um ausschließlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören.

Zu Abs. 4: Die Abführung eines gesonderten Bedarfsprüfungsverfahrens für Fondskrankenanstalten, für die im Landeskrankenanstaltenplan detaillierte Vorgaben enthalten sein müssen (vgl. § 14), erübrigt sich bzw. hat durch Vergleich des vorgesehenen Anstaltszwecks und Leistungsangebots mit den Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplans zu erfolgen.

Zu Abs. 5: Der Europäische Gerichtshof hat in der Rechtssache „Hartlauer“ auch auf seine ständige Rechtsprechung hingewiesen, wonach ein System der vorherigen behördlichen Genehmigung, das in Grundfreiheiten eingreift, nur dann gerechtfertigt ist, wenn es auf objektiven, nicht diskriminierenden im Voraus bekannten Kriterien beruht, damit der Ermessensausübung durch die nationalen Behörden hinreichend Grenzen gesetzt werden. Er hat die bestehende Regelung, die bloß auf das Vorliegen eines Bedarfs abstellt, ohne näher Kriterien festzulegen, wann ein solcher besteht, als nicht ausreichend determiniert beurteilt. Dies im Hinblick darauf, dass in den Ausgangsverfahren die Frage des Bedarfs in den betreffenden Bundesländern nach völlig unterschiedlichen Kriterien geprüft worden sei (Zahl pro Patient pro Zahnarzt im Einzugsgebiet versus Wartezeiten).

Es war daher erforderlich, im Rahmen der Neuregelung der Bedarfsprüfung die Kriterien festzulegen, die im Rahmen der Bedarfsprüfung zu berücksichtigen sind. Es handelt sich dabei um jene Kriterien (Planungsmethoden und soweit vorhanden Ergebnisse), auf die sich Bund und Länder im Rahmen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) verständigt haben. Diese Planungsmethoden und -ergebnisse sind für potentielle Bewerber auch transparent, da sie dem ÖSG, der auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlicht ist, entnommen werden können.

Nach der bisherigen ständigen Judikatur des VwGH zur Bedarfsprüfung ist ein Bedarf schon dann zu bejahen, wenn durch die Errichtung der Krankenanstalt die ärztliche Betreuung der Bevölkerung wesentlich erleichtert, beschleunigt, intensiviert oder in anderer Weise wesentlich gefördert wird. Somit sei kein allzu strenger Maßstab anzulegen und erscheine nicht notwendig, einen krassen Mangel an

einschlägigen Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten festzustellen. Im Hinblick darauf, dass Österreich mit bettenführenden Krankenanstalten im Akutbereich durchaus ausreichend versorgt - bzw. im internationalen Durchschnitt sogar übertersorgt - ist, soll der Prüfungsmaßstab für das Vorliegen eines Bedarfs im bettenführenden Sektor nunmehr allerdings strenger gefasst werden und nur mehr dann gegeben sein, wenn eine wesentliche Verbesserung der Versorgung im Einzugsgebiet nachgewiesen werden kann. Dem Kriterium der Wartezeit, dem nach der Judikatur des VfGH im Rahmen der Bedarfsprüfung derzeit eine entscheidende Bedeutung zukommt, darf im Hinblick auf die Aussagen des EuGH im „Hartlauer“ Urteil (RZl 69) wegen seiner mangelnden Objektivität (Methode der Befragung von Einrichtungen im Einzugsgebiet) hingegen keine maßgebliche Bedeutung mehr zukommen. Der EuGH hat nämlich festgestellt, dass die Prüfung der Wartezeit anhand von Antworten der Zahnärzte im Einzugsgebiet erfolgt, obwohl diese unmittelbare potentielle Konkurrenten des Antragstellers sind. Eine solche Vorgehensweise ist jedoch geeignet, die Objektivität und Unparteilichkeit der Behandlung des betreffenden Bewilligungsantrages zu beeinträchtigen.

Zu Abs. 7: Es werden die derzeit geltenden Betriebsbewilligungsvoraussetzungen in die Neuregelung übernommen. Hinsichtlich Z 6 wird auf die Ausführungen zu § 23a (Z 37) verwiesen.

Zu Abs. 8 und 9: Es handelt sich um notwendige Zitanpassungen bzw. Anpassungen, die auf Grund der Trennung der Bestimmungen für bettenführende Krankenanstalten und selbstständige Ambulatorien erforderlich geworden sind.

Abs. 10 normiert, dass vor jeweiliger Bescheiderlassung eine mündliche Verhandlung vor Ort statt zu finden hat. Diese kann aus besonderen Gründen zusammengelegt werden. Als besonderer Grund ist zB zu qualifizieren, wenn die Räumlichkeiten in entsprechender Ausstattung bereits vorhanden waren.

#### **Zu Z 12 (§ 6 entfällt):**

Die Verpflichtung zur Durchführung einer mündlichen Verhandlung wurde aus redaktionellen Erwägungen in die jeweiligen Neufassungen eingebaut.

#### **Zu Z 13 und 14 (§§ 7 und 7a):**

Die genannten §§ enthalten die Regelungen für die Errichtungs- und Betriebsbewilligung für selbstständige Ambulatorien, die hinsichtlich der Bedarfsprüfung in Symmetrie zu den entsprechenden Bestimmungen des Ärztegesetzes 1998 betreffend Gruppenpraxen gestaltet sind.

Der VfGH hat in seinem Erkenntnis Slg. Nr. 13023 ausgesprochen, dass der medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch gemeinnützige Einrichtungen vorrangige Bedeutung zukomme, dies insbesondere auch deshalb, weil hier durch öffentliche Mittel eine für den einzelnen finanziell tragbare medizinische Behandlung sichergestellt wird. Diese Betrachtungsweise greift jedoch insofern zu kurz, als durch das System der Wahlarztkostenerstattung auch medizinische Leistungen in privaten selbstständigen Ambulatorien zu einem nicht unwesentlichen Teil aus Mitteln der öffentlichen Hand getragen werden. Daher soll im Rahmen der Bedarfsprüfung die bestehende Versorgungslage auch unter Einbeziehung von Nichtkassenvertragspartnern, die jedoch im Wahlarzterstattungssystem eine Rolle spielen, beurteilt werden. Dabei sind allerdings sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen der Wahlärzte bzw. -einrichtungen nicht zu berücksichtigen, da ansonsten ein unzulässiger Konkurrenzschutz bestehender privatwirtschaftlich tätiger Organisationsformen vorliegen würde.

Die Kriterien, die im Rahmen der Feststellung des Bedarfs heranzuziehen sind (Abs. 3), sind jene, auf die sich Bund und Länder im Rahmen des ÖSG für die ambulante Planung geeinigt haben. Im Gegensatz zum bettenführenden Bereich bezieht sich diese Einigung lediglich auf die Planungsmethodik, Ergebnisse liegen hier mangels einheitlicher Datenbasis noch nicht generell vor.

Festgehalten sei ausdrücklich, dass eine bloße räumliche Verlegung einer bewilligten Krankenanstalt (ohne Änderung von Leistungsangebot und -umfang) im Einzugsgebiet gleich einer bloß anzeigepflichtigen räumlichen Veränderung kein erneutes Bedarfsprüfungsverfahren erfordert.

Zu § 7 Abs. 5: Im Sinne der nach der Judikatur des EuGH erforderlichen Vereinheitlichung der Vollziehung in Bezug auf die Kriterien der Bedarfsprüfung ist es im Rahmen des ambulanten Bereichs mangels bislang vorliegender einheitlicher Datenbasis und Planungsergebnisse erforderlich, im Rahmen des Verfahrens ein wissenschaftliches Planungsinstitut mit der Erstellung eines Gutachtens zur Bedarfsfrage an Hand der Kriterien des Abs. 3 zu beauftragen.

Die Gesundheitsplattform, die den Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) zu beschließen hat, soll aus diesem Grund im Verfahren eine Stellungnahme abgeben können.

Zu § 7 Abs. 7: Von besonderer Bedeutung ist die rechtlich verbindliche Vorgabe von Leistungsspektrum und Versorgungsangebot. Dies deshalb, da Sinn der Schaffung neuer ambulanter Strukturen die Entlastung des Spitalsambulanzsektors ist, der vor allem an Wochenenden, an Feiertagen und in den sog.

Randzeiten (Abendstunden, Nachmittage vor Wochenenden oder Feiertagen) die wesentliche Versorgungsfunktion trägt. Es bedarf daher einer der Rechtswirksamkeit zugänglichen Festlegung von Leistungsangebot, Öffnungszeiten, um dieses Ziel zu erreichen. Aus diesem Grund wurde auch für selbstständige Ambulatorien die Möglichkeit der Leistungserbringung im Rahmen von Hausbesuchen eröffnet. Wo dies versorgungspolitisch sinnvoll ist, soll auch die Verpflichtung zu deren Durchführung mittels Auflagen vorgeschrieben werden können.

§ 7 Abs. 8 und 9 entsprechen der geltenden Rechtslage.

Der § 7 Abs. 10 normiert, dass vor jeweiliger Bescheiderlassung eine mündliche Verhandlung vor Ort statt zu finden hat. Diese kann aus besonderen Gründen zusammengelegt werden. Als besonderer Grund ist zB zu qualifizieren, wenn die Räumlichkeiten in entsprechender Ausstattung bereits vorhanden waren.

Auch in § 7a sind - abgesehen von Abs. 1 Z 5 (Haftpflichtversicherung) - keine inhaltlichen Änderungen erfolgt.

**Zu Z 15 bis 25 (§ 9, § 10 Überschrift und Abs. 1, § 11, § 12 Überschrift und Abs. 1, 2 Z 2, 3 und 6, Abs. 5):**

Es handelt sich um notwendige Anpassungen, die aufgrund der Trennung der Bestimmungen für bettenführende Krankenanstalten und selbstständige Ambulatorien erforderlich geworden sind.

**Zu Z 26 (§ 13):**

Es erfolgt eine Klarstellung, dass sich auch bei einer Splittung einer bestehenden Krankenanstalt und Übertragung eines Teils der Krankenanstalt auf einen anderen Rechtsträger die Bewilligung der Landesregierung nur auf die Vertrauenswürdigkeit des Trägers bezieht.

**Zu Z 27 (§ 14):**

Bund und Länder kamen in Art. 48 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens überein, im Zusammenhang mit der Transformation dieser Vereinbarung - insbesondere im Hinblick auf die Umsetzung des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) und Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) - krankenanstaltenrechtliche Regelungen unter anderem zur Umsetzung des ÖSG in RSG und hinsichtlich der Festlegung der Mindestinhalte des RSG (ua. Bettenzahl je Fachrichtung und Versorgungsregion) mit entsprechendem Spielraum zur landes- bzw. regionsspezifischen Umsetzung vorzusehen.

Die vorgeschlagenen Änderungen decken sich mit § 10a KAKuG. Sie wurden im Rahmen einer Arbeitsgruppe mit den Ländern und der Sozialversicherung akkordiert und stellen die entsprechende krankenanstaltenrechtliche Umsetzung dar.

**Zu Z 32 (§ 18 Abs. 1 erster Satz):**

Die Verpflichtung, über die jährliche Personalplanung der Landesregierung einen jährlichen Bericht vorzulegen, wird auf bettenführende (Fonds)Krankenanstalten beschränkt.

**Zu Z 37 (§ 23a):**

Um die Parallelität zu den Regelungen im Ärzte- und Zahnärztegesetz auch diesbezüglich zu gewährleisten, sollen auch Träger von Krankenanstalten verpflichtet werden, für ihre medizinische Tätigkeit eine Haftpflichtversicherung abzuschließen. Eine Ausnahme von dieser Verpflichtung ist allerdings in jenen Fällen sachlich gerechtfertigt, in denen eine ausreichende Absicherung betroffener Patienten im Hinblick auf den dahinter stehenden Träger gewährleistet erscheint. Wegen der vielfach erfolgten Ausgliederungen insbesondere von früheren Landeskrankenanstalten soll in solchen Fällen ein haftungsrechtlicher Durchgriff auf die entsprechende Gebietskörperschaft bzw. Körperschaft öffentlichen Rechts bestehen, sofern keine oder keine ausreichende Haftpflichtversicherung abgeschlossen wurde.

Es wird davon ausgegangen, dass schon bisher für den weitaus überwiegenden Teil der Krankenanstalten eine entsprechende versicherungsrechtliche Absicherung besteht, sodass insgesamt nur geringe finanzielle Auswirkungen für die Betriebe entstehen, was im Sinne der Fortentwicklung des Patientenschutzes in Kauf zu nehmen ist.

Da das versicherte Risiko typischerweise nicht den Versicherungsnehmer, sondern einen Dritten (den Patienten) trifft, soll die Möglichkeit einer Direktklage durch den Geschädigten gegen den Versicherer verankert werden, um dem Geschädigten die Durchsetzung seiner Ansprüche zu erleichtern.

**Zu Z 38 bis 47 (Änderungen in § 24):**

Es soll eine ausdrückliche Rechtsgrundlage für die Beurteilung von angewandter medizinischer Forschung, von Pflegestudien und neuen Pflege- und Behandlungskonzepten und -methoden als Aufgabe der Ethikkommissionen in Krankenanstalten geschaffen werden, weil auch derartige Studien nicht ohne

ethische Beurteilung durchgeführt werden sollen. Zu betonen ist, dass durch das Wort „kann“ im § 24 Abs. 3a zum Ausdruck gebracht wird, dass nicht zwingend jede Neuerung der Beurteilung durch die Ethikkommission zuzuführen ist, vielmehr wird im Sinne des „kann“ dies nur dann der Fall sein, wenn die Innovation aus der Sicht der Interessenlage des Patienten tatsächlich einer Beurteilung durch die Ethikkommission bedarf. Klargestellt sei weiters, dass Pflegestudien und neue Pflegekonzepte und -methoden nur im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich in Betracht kommen. Durch den Gebrauch des Terminus „Pflege- und Behandlungskonzepte“ und „Pflege- und Behandlungsmethoden“ sollen neben den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege auch die gehobenen medizinisch-technischen Dienste und die Hebammen, die nunmehr über einen Ausbildungsabschluss auf tertiärem Niveau verfügen und im Rahmen ihres Berufsbildes auch vermehrt Tätigkeiten der Forschung wahrnehmen, unter den Aufgaben der Ethikkommission berücksichtigt werden.

Für diese Aufgabe werden auch die entsprechenden organisatorischen Festlegungen getroffen.

Entsprechend dem Vorbild im Arzneimittelgesetz und Medizinproduktegesetz soll - dies auch im Hinblick auf den Beschluss der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt vom 15. November 2008 betreffend Empfehlungen mit Genderbezug für Ethikkommissionen und klinische Studien - klargestellt werden, dass bei der Zusammensetzung der Ethikkommission auch auf ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis zu achten ist.

Internationalen Vorbildern folgend, soll bei Mitgliedern von Ethikkommissionen schon der Anschein einer Befangenheit vermieden werden. Mögliche Interessenkonflikte sollen schon präventiv aufgearbeitet werden können. Deshalb haben die Mitglieder der Ethikkommission gegenüber dem Träger ihre Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie bzw. zur Medizinprodukteindustrie offen zulegen. Dies gilt sowohl für die erstmalige Offenlegung als auch für jede weitere Veränderung in den Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie bzw. zur Medizinprodukteindustrie. In weiterer Folge haben sich die Mitglieder der Ethikkommission in sämtlichen Angelegenheiten, in denen eine solche Beziehung zur pharmazeutischen Industrie bzw. der Medizinprodukteindustrie geeignet ist, ihre Unabhängigkeit und Unbefangenheit zu beeinflussen, zu enthalten.

**Zu Z 48 (§ 24a Abs. 2 erster Satz):**

Die derzeitige Zusammensetzung der Arzneimittelkommission ist personell zu aufgebläht und steht einem effizienten Funktionieren entgegen. Durch die Beziehung von je einem Facharzt jener Krankenanstalt(en), für die die Arzneimittelkommission eingerichtet ist, erscheint eine qualitätsorientierte Arbeit ausreichend gewährleistet.

**Zu Z 49 (§ 25 Abs. 3):**

Es erfolgt eine sprachliche Anpassung aufgrund des Wegfalls der Krankenanstaltenkategorie „Geneungsheime“ im § 1 Abs. 2 Z 3.

**Zu Z 50 (§ 25a):**

§ 25a enthält Sonderregelungen über den zahnärztlichen Dienst in selbstständigen Ambulatorien für Zahnheilkunde.

Das geltende Recht sieht vor, dass Krankenanstalten durch fachlich geeignete Ärzte zu leiten sind. Im Hinblick auf die berufsrechtliche Trennung zwischen Ärzten und Zahnärzten ist vorzusehen, dass selbstständige Ambulatorien für Zahnheilkunde je nach dem vorgesehenen Leistungsspektrum durch einen Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie oder einen fachlich geeigneten Zahnarzt zu leiten sind. Umfasst das Leistungsspektrum Tätigkeiten beider Gruppen, so kommen Angehörige beider Gruppen als Leiter in Betracht. In diesem Fall hat auch die Personalausstattung sicherzustellen, dass beide Berufsgruppen ausreichend vertreten sind.

**Zu Z 52 (§ 26 Abs. 6):**

Die Änderung ist durch die Vorgabe des Bundes-Grundsatzgesetzes bedingt. Die Zulässigkeit der Bestellung einer Krankenhaushygienikerin oder eines Hygienebeauftragten für mehrere Krankenanstalten ist bereits geltendes Recht und orientiert sich an der Größe und am Leistungsangebot der Krankenanstalt.

**Zu Z 54 (§ 52 Abs. 2):**

Der bisherige sog. „Arztbrief“ konzentriert sich derzeit auf die medizinischen und pflegerischen Belange (bereits dieser Umstand ist im Wort „Arztbrief“ nicht berücksichtigt), die für eine weitere Betreuung nach der Entlassung von Bedeutung sein können. Da aber auch gegebenenfalls eine weiterführende zahnmedizinische, psychologische oder psychotherapeutische Betreuung erforderlich sein kann oder schon absehbar ist, dass eine Betreuung durch Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (zB Physiotherapie) oder Heilmasseurin angezeigt ist, soll der Arztbrief in Entlassungsbrief umbenannt und

klargestellt werden, dass dieser auch in diesen Bereichen notwendige Empfehlungen und Anordnungen für die weitere Betreuung zu enthalten hat. Um überbordende Bürokratie zu vermeiden wird klargestellt, dass nur die für die unerlässlich gebotene Betreuungskontinuität erforderlichen Angaben aufzunehmen sind. Weiters ist darauf hinzuweisen, dass der Entlassungsbrief ein konsistentes Dokument sein muss, der alle in den jeweiligen Bereichen erforderlichen Angaben zu enthalten hat.

**Zu Z 56 (§ 53 Abs. 1):**

Es kann erforderlich sein, dass sich die Notwendigkeit einer Obduktion erst im Hauptverfahren stellt. In diesem Fall obliegt es dem Gericht, die Anordnung der Obduktion vorzunehmen. Es wird daher die Wortfolge „durch die Staatsanwaltschaft“ durch den Begriff „strafprozessual“ ersetzt.

**Zu Z 58 (§ 57 Abs. 1, 3 und 6):**

Aus Anlass konkreter Beschwerden hat die Volksanwaltschaft die legistische Anregung gegeben, bereits im Bundes-Grundsatzgesetz eine Klarstellung dahingehend zu treffen, dass bei Überstellung von Patienten die Beträge nach § 27a KAKuG für den Tag der Überstellung nur durch eine Krankenanstalt - und zwar im Sinne einer Vereinheitlichung - durch die „übernehmende“ Krankenanstalt einzuheben sind.

Die Ausführungsbestimmungen in § 57 Bgld. KAG 2000 werden daher entsprechend angepasst.

**Zu Z 59 (§ 57 Abs. 7 letzter Satz):**

Es werden die Regelungen des Bundes-Grundsatzgesetzes übernommen. Im Sinne einer Klarstellung soll im Interesse der Patienten nunmehr ausdrücklich der Entschädigungstatbestand auf Fälle ausgedehnt werden, bei denen eine Haftung des Rechtsträgers offenkundig nicht gegeben ist, weil es sich um schicksalshafte Verläufe handelt. Um keine Uferlosigkeit der Entschädigungsfälle herbeizuführen, bleibt die Entschädigungsmöglichkeit auf Fälle beschränkt, in denen eine seltene und schwerwiegende Komplikation zu einer erheblichen Schädigung geführt hat.

**Zu Z 60 und 64 (§§ 63 Abs. 7 und 78 Abs. 3):**

Das 4. Sozialrechts-Änderungsgesetz 2009 sieht in Artikel 1, Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (71. Novelle zum ASVG), Teil 1 Z 3 bis 5 vor, dass Krankenanstalten neben der möglichst zu verwendenden e-card und e-card-Infrastruktur auch die Verpflichtung haben, in Zweifelsfällen eine Identitätsfeststellung von Patienten und eine Rechtmäßigkeitskontrolle hinsichtlich der Verwendung der e-card durchzuführen. Diese als Grundsatzbestimmungen bezeichneten Normen sind daher im Krankenanstalten-Ausführungsgesetz des Landes umzusetzen.

**Zu Z 61 und 62 (§ 71 Abs. 4 und 5):**

In § 71 Abs. 4 und 5 wird dem Umstand Rechnung getragen, dass mit der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 ein eigenes Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie geschaffen wurde.

**Zu Z 63 (§ 75 Abs. 1):**

Es wird die Regelung des Bundes-Grundsatzgesetzes übernommen. Da der Arzneimittelvorrat von selbständigen Ambulatorien - je nach Anstaltszweck - umfangmäßig sehr gering sein kann, soll die Verpflichtung, diesen vierteljährlich durch den Konsiliarapotheker überprüfen zu lassen, auf eine jährliche Überprüfung gelockert werden. Ergibt sich aus dem Anstaltszweck hingegen ein größerer Arzneimittelvorrat oder beinhaltet dieser besonders sensible Produkte, werden öftere Inspektionsintervalle angezeigt sein.

**Zu Z 65 (§ 86 Abs. 8 bis 10):**

Abs. 8 regelt das Inkrafttreten der einzelnen Bestimmungen.

Abs. 9 legt zweifelsfrei fest, dass die im Abs. 1 erster Satz genannten Bestimmungen betreffend die Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt bzw. eines selbstständigen Ambulatoriums auf alle Verfahren, die ab dem 1. März 2011 anhängig werden, anzuwenden sind bzw. dass anhängige Verfahren aufgrund der neuen Rechtslage fortzusetzen sind.

Abs. 10 normiert, dass Rechtsträger von Krankenanstalten, die zum Inkrafttretenszeitpunkt dieses Gesetzes bereits über eine rechtskräftige Betriebsbewilligung verfügen, binnen Jahresfrist den Abschluss einer entsprechenden Haftpflichtversicherung (§ 23a) der Landesregierung nachweisen müssen.