

## Textgegenüberstellung

### Alter Text

### Neuer Text

#### § 2b Abs. 2 Z 1 und Z 2

- |  |  |
|--|--|
| <p>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 § 17 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. 3 Z 1 eingerichtet werden.</p> <p>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. 3 Z 2. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Öffnungs- und Betriebszeiten aufweisen. Außerhalb der Öffnungszeiten aber während der Betriebszeiten ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Außerhalb der Betriebszeit des Fachschwerpunktes ist die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten durch die Partner- oder Mutterabteilung sicherzustellen. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. a in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. b auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen.</p> | <p>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. <u>Auf diese Mindestbettenanzahl können ambulante Betreuungsplätze maximal bis zur Hälfte angerechnet werden.</u> Departments müssen nach Maßgabe des § 19 Abs. 1 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei Fachärzte oder Ärzte für Allgemeinmedizin mit entsprechender Qualifikation verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 2a Abs. 4 Z 1 eingerichtet werden.</p> <p>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. <u>Auf diese Bettenanzahl können ambulante Betreuungsplätze maximal bis zur Hälfte angerechnet werden.</u> Fachschwerpunkte können eingeschränkte Öffnungs- und Betriebszeiten aufweisen. Außerhalb der Öffnungszeiten aber während der Betriebszeiten ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Außerhalb der Betriebszeit des Fachschwerpunktes ist die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten durch die Partner- oder Mutterabteilung sicherzustellen. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. a in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. b auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen.</p> |
|--|--|

## § 5 Abs. 4 und 5

(4) Hinsichtlich des Bedarfes ist eine Stellungnahme der gesetzlichen Interessensvertretung privater Krankenanstalten, des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, ausgenommen bei NÖ Fondskrankenanstalten, der Rechtsträger nächstgelegener öffentlicher Krankenanstalten und betroffener Sozialversicherungsträger, sofern sie für das Einzugsgebiet der beantragten Krankenanstalt (§ 4 Abs. 1 lit.a) nach den sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften zuständig sind, insbesondere des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger einzuholen. Ferner ist eine Stellungnahme der Gemeinde, in der die Krankenanstalt errichtet werden soll, einzuholen. Weiters ist bei privaten bettenführenden Krankenanstalten eine Stellungnahme des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger darüber einzuholen, ob ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist. Der Dachverband der Sozialversicherungsträger hat der Behörde mitzuteilen, ob ein entsprechendes Vertragsvergabeverfahren beabsichtigt bzw. bereits anhängig ist und sie über den Abschluss dieses Verfahrens zu informieren. Weiters ist ein Gutachten der Gesundheit Österreich GmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstitutes einzuholen. Bei NÖ Fondskrankenanstalten ist zur Frage des Bedarfes ein Gutachten des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds einzuholen, welches die eingelangten Stellungnahmen zu berücksichtigen hat.

(5) Die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und die betroffenen Sozialversicherungsträger haben hinsichtlich des zu prüfenden Bedarfes Parteistellung im Sinne des § 8 AVG, BGBl.Nr. 51/1991 in der Fassung BGBl. I Nr. 161/2013, und das Recht, Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht zu ergreifen sowie Revision an den Verwaltungsgerichtshof zu erheben.

(4) Hinsichtlich des Bedarfes ist eine Stellungnahme der gesetzlichen Interessensvertretung privater Krankenanstalten, des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, ausgenommen bei NÖ Fondskrankenanstalten, der Rechtsträger nächstgelegener öffentlicher Krankenanstalten und betroffener Sozialversicherungsträger, sofern sie für das Einzugsgebiet der beantragten Krankenanstalt (§ 4 Abs. 1 lit. a) nach den sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften zuständig sind, einzuholen. Die Stellungnahmen der betroffenen Sozialversicherungsträger haben im Wege des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger zu erfolgen. Ferner ist eine Stellungnahme der Gemeinde, in der die Krankenanstalt errichtet werden soll, einzuholen. Weiters ist bei privaten bettenführenden Krankenanstalten eine Stellungnahme des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger darüber einzuholen, ob ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist. Der Dachverband der Sozialversicherungsträger hat der Behörde mitzuteilen, ob ein entsprechendes Vertragsvergabeverfahren beabsichtigt bzw. bereits anhängig ist und sie über den Abschluss dieses Verfahrens zu informieren. Weiters ist ein Gutachten der Gesundheit Österreich GmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstitutes einzuholen. Bei NÖ Fondskrankenanstalten ist zur Frage des Bedarfes ein Gutachten des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds einzuholen, welches die eingelangten Stellungnahmen zu berücksichtigen hat.

(5) In Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt und in Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfs (§ 4 Abs. 5) haben die betroffenen Sozialversicherungsträger hinsichtlich des zu prüfenden Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG, BGBl. Nr. 51/1991 in der Fassung BGBl. I Nr. 88/2023, und das Recht der Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Landesverwaltungsgerichtes das Recht auf Revision an den Verwaltungsgerichtshof.

## § 10c Abs. 1 lit. a und Abs. 2 bis 6

a) nach dem angegeben Anstaltszweck und dem in Aussicht genommen 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

a) nach dem angegeben Anstaltszweck und dem in Aussicht genommen 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, zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann,

(2) Bei der Beurteilung, ob eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes im Einzugsgebiet erreicht werden kann, sind ausgehend von den Ergebnissen der Planungen des jeweiligen Regionalen Strukturplanes Gesundheit 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,
4. die durchschnittliche Belastung bestehender Leistungsanbieter und
5. die Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin.

(3) Wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, geregelt ist, ist hinsichtlich des Bedarfs die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist Abs. 1 lit. a in Verbindung mit Abs. 2 sinngemäß anzuwenden.

(4) Die Errichtungsbewilligung für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbstständigen Ambulatoriums ist abweichend von Abs. 1 lit. a in Verbindung mit Abs. 2 nur dann zu erteilen, wenn eine Primärversorgungseinheit im RSG abgebildet ist und – als Ergebnis eines Verfahrens nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes, BGBl. I Nr. 131/2017 in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2018 – eine vorvertragliche Zusage der Österreichischen Gesundheitskasse zum Abschluss eines

Ambulatorien, jeweils mit Kassenverträgen, bei selbstständigen Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Zahnärzte, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen jeweils mit Kassenverträgen, zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes im Einzugsgebiet erreicht werden kann,

(2) Bei der Beurteilung, ob eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes im Einzugsgebiet erreicht werden kann, sind ausgehend von den Ergebnissen der Planungen des jeweiligen 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,
4. die durchschnittliche Belastung bestehender Leistungsanbieter gemäß Z 3,
5. Öffnungszeiten bestehender Leistungsanbieter gemäß Z 3, insbesondere an Tagesrandzeiten und an Wochenenden und
6. die Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin.

(3) Die Errichtungsbewilligung für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbstständigen Ambulatoriums ist abweichend von Abs. 1 lit. a in Verbindung mit Abs. 2 nur dann zu erteilen, wenn eine Primärversorgungseinheit im RSG abgebildet ist und – als Ergebnis eines Verfahrens nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes, BGBl. I Nr. 131/2017 in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023 – eine vorvertragliche Zusage der Österreichischen Gesundheitskasse zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrages nach § 8 des Primärversorgungsgesetzes, BGBl. I Nr. 131/2017 in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023, vorliegt.

(4) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 1 lit.a in Verbindung mit Abs. 2 abzusehen, wenn

1. der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang sowie das Einzugsgebiet in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017 in der Fassung BGBl. I Nr. 3/2024 geregelt sind, oder

Primärversorgungsvertrages nach § 8 des Primärversorgungsgesetzes, BGBl. I Nr. 131/2017 in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2018, vorliegt.

(5) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 1 lit.a in Verbindung mit Abs. 2 abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbstständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören. Darüber hinaus ist von der Prüfung des Bedarfes abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt oder es sich um eine bloße Flächenerweiterung am bisherigen Standort handelt.

(6) Die Errichtungsbewilligung für ein selbstständiges Ambulatorium, dessen Rechtsträger ein Krankenversicherungsträger ist, ist zu erteilen, wenn neben dem Vorliegen der Erfordernisse des Abs. 1 lit.b bis d ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der Ärztekammer für NÖ bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer oder zwischen dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer vorliegt. Dies ist jedenfalls dann der Fall, wenn ein Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes, BGG.I Nr. 131/2017, zu keinem positiven Abschluss geführt hat. Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung nur zu erteilen, wenn durch die Landesregierung zusätzlich festgestellt wurde, dass eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes im Einzugsgebiet erreicht werden kann. Dies gilt auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb eines selbstständigen Ambulatoriums betraut.

(7) Die Bewilligung für die Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums hat eine genaue Beschreibung des Anstaltszweckes und -umfanges zu enthalten. Sie hat den Plan des zu errichtenden oder bestehenden Gebäudes und eine Baubeschreibung als Bestandteil des Bescheides zu erklären. In dem

2. nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbstständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen, wobei die Österreichische Gesundheitskasse zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören ist, oder  
3. bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt, oder es sich um eine bloße Flächenerweiterung am bisherigen Standort handelt.

(5) Die Bewilligung für die Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums hat eine genaue Beschreibung des Anstaltszweckes und -umfanges zu enthalten. Sie hat den Plan des zu errichtenden oder bestehenden Gebäudes und eine Baubeschreibung als Bestandteil des Bescheides zu erklären. In dem Bescheid können Änderungen des Projektes angeordnet werden, wenn die ursprünglich beabsichtigte Ausführung oder das vorhandene Gebäude eine einwandfreie Behandlung nach den Grundsätzen der medizinischen Wissenschaft nicht gewährleistet. Weiters sind bedarfsgerechte Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten und von Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten und die Verpflichtung zur Durchführung von Hausbesuchen durch Auflagen festzulegen. Für Primärversorgungseinheiten sind bedarfsgerechte Öffnungszeiten mit ärztlicher Anwesenheit jedenfalls von Montag bis Freitag, einschließlich der Tagesrandzeiten, festzulegen

(6) Die Bewilligung ist an die Bedingung zu knüpfen, dass mit der Errichtung des selbstständigen Ambulatoriums binnen Jahresfrist begonnen und in einem angemessenen Zeitraum nach Beendigung der Errichtung die Bewilligung zum Betrieb beantragt wird.

Bescheid können Änderungen des Projektes angeordnet werden, wenn die ursprünglich beabsichtigte Ausführung oder das vorhandene Gebäude eine einwandfreie Behandlung nach den Grundsätzen der medizinischen Wissenschaft nicht gewährleistet. Weiters sind bedarfsgerechte Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten und von Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten und die Verpflichtung zur Durchführung von Hausbesuchen durch Auflagen festzulegen. Für Primärversorgungseinheiten sind bedarfsgerechte Öffnungszeiten mit ärztlicher Anwesenheit jedenfalls von Montag bis Freitag, einschließlich der Tagesrandzeiten, festzulegen.

(8) Die Bewilligung ist an die Bedingung zu knüpfen, dass mit der Errichtung des selbstständigen Ambulatoriums binnen Jahresfrist begonnen und in einem angemessenen Zeitraum nach Beendigung der Errichtung die Bewilligung zum Betrieb beantragt wird.

## § 10d

(1) Im Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums sind die Bestimmungen der § 5 Abs. 1, 4 und 6 sowie § 6 sinngemäß anzuwenden. Weiters ist ein Gutachten der Gesundheit Österreich GmbH oder eines vergleichbaren Planungsinstituts sowie eine begründete Stellungnahme des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (§ 1 NÖGUS-G 2006, LGBl. 9450) zum Vorliegen des Bedarfes einzuholen. Das Erfordernis der Einholung eines Gutachtens der Gesundheit Österreich GmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstitutes entfällt bei Primärversorgungseinheiten.

(2) Sofern § 10c Abs. 1 lit.a anwendbar ist, haben die betroffenen Sozialversicherungsträger, die gesetzlichen Interessenvertretung privater Krankenanstalten, die Ärztekammer für NÖ und bei selbstständigen Zahnambulatorien auch die Österreichische Zahnärztekammer hinsichtlich des Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG, BGBl.Nr. 151/1991 in der Fassung BGBl. I Nr. 135/2009, und das Recht, Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht zu ergreifen sowie Revision an den Verwaltungsgerichtshof zu erheben. Dies gilt auch für Verfahren zur Vorabfeststellung nach § 10b Abs. 5. Einer Beschwerde der Ärztekammer für NÖ an das Landesverwaltungsgericht und einer Revision der

(1) Im Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums bzw. in Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfs (§ 10b Abs. 5), ausgenommen in Fällen des § 10c Abs. 4, sind die Bestimmungen der § 5 Abs. 1, 4 und 6 sowie § 6 sinngemäß anzuwenden. Weiters ist ein Gutachten der Gesundheit Österreich GmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstituts sowie eine begründete Stellungnahme des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (§ 1 NÖGUS-G 2006, LGBl. 9450) zum Vorliegen des Bedarfes unter Zugrundelegung der Kriterien gemäß § 10c Abs. 2 einzuholen. Die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und die Landesärztekammer NÖ bzw. bei selbstständigen Zahnambulatorien die Österreichische Zahnärztekammer haben die Möglichkeit, eine Stellungnahme in angemessener Frist abzugeben.

(2) In Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums und in Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfs (§ 10b Abs. 5), ausgenommen in den Fällen des § 10c Abs. 4, haben die betroffenen Sozialversicherungsträger hinsichtlich des Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG, BGBl. Nr. 51/1991 in der Fassung BGBl. I Nr. 88/2023, und das Recht der Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Landesverwaltungsgerichtes das Recht auf Revision an den Verwaltungsgerichtshof.

Ärztchammer für NÖ an den Verwaltunqshof in Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung für eine eigene Einrichtung für Zwecke der Primärversorgung eines gesetzlichen Krankenversicherungsträqers gemäß § 339 ASVG kommt keine aufschiebende Wirkung zu.

## § 19 Abs. 1 Z 5

5. In Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger 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 jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige tägliche Anwesenheit die erforderlichen ärztlichen Anordnungen für das Personal nach dem MTD-Gesetz, BGBl. Nr. 460/1992 in der Fassung BGBl. I Nr. 8/2016, und für Heilmasseur nach dem MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002 in der Fassung BGBl. I Nr. 8/2016, sowie, neben ärztlichen Anordnungen, auch die erforderliche Aufsicht über medizinische Masseur nach dem MMHmG und Personal nach dem MABG, BGBl. I Nr. 89/2012 in der Fassung BGBl. I Nr. 8/2016, und MTF-SHD-G, BGBl. Nr. 102/1961 in der Fassung BGBl. I Nr. 89/2012, gewährleistet ist.

5. in Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien, deren Leistungsangebot neben nichtinvasiven vorbereitenden oder begleitenden ärztlichen Leistungen lediglich die Erbringung therapeutischer Leistungen durch freiberuflich ausübbare nichtärztliche Gesundheitsberufe umfasst und in denen keine Turnusärzte ausgebildet werden, kann an Stelle einer dauernden ärztlichen Anwesenheit der ärztliche Dienst so organisiert sein, dass ärztliche Hilfe jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige Anwesenheit die erforderlichen ärztlichen Anordnungen für das Personal nach dem MTD-Gesetz, BGBl. Nr. 460/1992 in der Fassung BGBl. I Nr. 82/2022, und für Heilmasseur nach dem MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002 in der Fassung BGBl. I Nr. 105/2019, sowie die erforderliche Aufsicht über medizinische Masseur nach dem MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002 in der Fassung BGBl. I Nr. 105/2019, und Personal nach dem MABG, BGBl. I Nr. 89/2012 in der Fassung BGBl. I Nr. 15/2022, und dem MTF-SHD-G, BGBl. Nr. 102/1961 in der Fassung BGBl. I Nr. 89/2012, gewährleistet ist.

## § 19d Abs. 5

Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben hat die Arzneimittelkommission die Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission in Angelegenheiten der gemeinsamen Medikamentenkommission gemäß § 13 Abs. 2 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 81/2013, zu beachten und insbesondere nachstehende Grundsätze zu berücksichtigen:

1. Für die Anwendung der Arzneimittel ist ausschließlich der Gesundheitszustand der Patienten maßgeblich.

2. Die Auswahl und Anwendung der Arzneimittel darf nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft erfolgen.

3. Die Erstellung der Arzneimittelliste hat unter Bedachtnahme auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot so zu erfolgen, dass die gebotene

Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben hat die Arzneimittelkommission unter Anwendung der Empfehlungen des Bewertungsboards gemäß § 62a des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957 in der Fassung BGBl. I Nr. 24/2024, insbesondere nachstehende Grundsätze zu berücksichtigen:

1. Für die Anwendung der Arzneimittel ist ausschließlich der Gesundheitszustand der Patienten maßgeblich.

2. Die Auswahl und Anwendung der Arzneimittel darf nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft erfolgen.

3. Die Erstellung der Arzneimittelliste hat unter Bedachtnahme auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot so zu erfolgen, dass die gebotene Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln sicher

Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln sicher gestellt ist.

gestellt ist.

4. Bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung sind von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das im Falle einer entgeltlichen Beschaffung ökonomisch günstigste zu wählen und, wenn medizinisch vertretbar, der vom Dachverband der Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex und die Richtlinien für die ökonomische Verschreibweise zu berücksichtigen.

### § 19d Abs. 7

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

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

### § 21a Abs. 3

Im Landeskrankenanstaltenplan 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 fachrichtungsbezogenen Organisationsformen je Standort,
5. Art und Anzahl der medizinisch-technischen Großgeräte je Standort,
6. die maximale Bettenzahl je Fachbereich bezogen auf das Land und Versorgungsregionen oder bezogen auf die Standorte,
7. Festlegung von Referenzzentren und speziellen Versorgungsbereichen je Standort.

Im Landeskrankenanstaltenplan 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 fachrichtungsbezogenen Organisationsformen je Standort,
5. Art und Anzahl der medizinisch-technischen Großgeräte je Standort,
6. die maximale Bettenzahl je Fachbereich bezogen auf das Land und Versorgungsregionen oder bezogen auf die Standorte,
7. Referenzzentren und spezielle Versorgungsbereichen je Standort sowie
8. die minimale Anzahl an Tagesklinikplätzen und ambulanten Betreuungsplätzen je Fachrichtung und Standort.

### § 21b Abs. 5

Die Landesregierung und der Landesärztesrat für Niederösterreich sind als Verantwortliche gemäß Art. 4 Z 7 DSGVO ermächtigt, zur Beurteilung von Forschungsprojekten die erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten. Die Rechtsträger von Krankenanstalten, in denen

Forschungsprojekte durchgeführt werden, sind verpflichtet, der Landesregierung auf deren ausdrückliche Aufforderung die für die Beurteilung der Forschungsprojekte erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen. Soweit es dem Zweck eines Forschungsprojektes nicht entgegensteht, sind personenbezogene Daten zu anonymisieren, insbesondere Daten der besonderen Kategorie nach Art. 9 DSGVO. Die betreffenden personenbezogenen Daten sind spätestens nach einem Jahr nach der Übermittlung zu löschen.

### § 37 Abs. 1

In öffentlichen Krankenanstalten, in denen Anstaltsapotheken nicht bestehen, muß ein hinlänglicher Vorrat an Arzneimitteln, die nach der Eigenart der Krankenanstalt gewöhnlich erforderlich sind, angelegt sein. Für die Bezeichnung und Verwahrung sind die für die ärztlichen Hausapotheken geltenden Vorschriften sinngemäß anzuwenden. Eine Anfertigung oder sonstige Zubereitung von Arzneien ist nicht zulässig. Arzneien dürfen an die Patienten nur unter der Verantwortung eines Arztes verabreicht werden.

In öffentlichen Krankenanstalten, in denen Anstaltsapotheken nicht bestehen, muss ein hinlänglicher Vorrat an Arzneimitteln, die nach der Eigenart der Krankenanstalt gewöhnlich erforderlich sind und entsprechend der von der Arzneimittelkommission gemäß § 19d erstellten Arzneimittelliste, angelegt sein. Für die Bezeichnung und Verwahrung sind die für die ärztlichen Hausapotheken geltenden Vorschriften sinngemäß anzuwenden. Eine Anfertigung oder sonstige Zubereitung von Arzneien ist nicht zulässig. Arzneien dürfen an die Patienten nur unter der Verantwortung eines Arztes verabreicht werden.

### § 43 Abs. 1

In öffentlichen Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 angeführten Arten sind Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen, ambulant zu untersuchen oder zu behandeln, wenn es

- a) zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe,
- b) zur Behandlung nach Erster ärztlicher Hilfe oder in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege, die im Interesse des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muß,
- c) zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen,
- d) zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege oder
- e) im Zusammenhang mit Organ-, Gewebe- und Blutspenden,
- f) zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten oder
- g) für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin

In öffentlichen Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 angeführten Arten sind Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen, ambulant zu untersuchen oder zu behandeln, wenn es

- a) zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe,
- b) zur Behandlung nach Erster ärztlicher Hilfe oder in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege, die im Interesse des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muß,
- c) zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen,
- d) zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege oder
- e) im Zusammenhang mit Organ-, Gewebe- und Blutspenden,
- f) zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten,
- g) für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin

notwendig ist.

oder

h) für die Erfüllung allenfalls darüber hinausgehender in den Verordnungen gemäß § 23 bzw. § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, festgelegten Aufgaben und Leistungen

notwendig ist.

## § 44 Abs. 3 bis 6

(3) Im Falle der Aufnahme eines Säuglings mit der nicht anstaltsbedürftigen Mutter oder einer anderen Begleitperson oder einer anstaltsbedürftigen Mutter mit ihrem Säugling (§ 40 Abs. 2) sind mit der Entrichtung der LKF-Gebührensätze oder Pflegegebühr für eine Person die von der öffentlichen Krankenanstalt für beide Personen gemäß Abs. 1 erbrachten Leistungen abgegolten. Als Säugling gelten Kinder bis zum vollendeten ersten Lebensjahr.

(4) Bei Aufnahme eines anstaltsbedürftigen Kindes mit seinem nicht anstaltsbedürftigen Elternteil oder einer anderen Begleitperson ist unter den Voraussetzungen des § 40 Abs. 3, sofern § 44 Abs. 3 nicht anzuwenden ist, bis zum vollendeten 14. Lebensjahr des Kindes für den begleitenden Elternteil oder die andere Begleitperson pro Belegtag ein Beitrag von € 30,- zu leisten. Mit diesem Beitrag sind für den begleitenden Elternteil oder die andere Begleitperson die mit der Aufnahme in die Krankenanstalt verbundenen Kosten beglichen. Dies gilt auch für die Begleitung eines behinderten Kindes nach Vollendung des 14. Lebensjahres, solange die erhöhte Familienbeihilfe gewährt wird.

(5) Die Festsetzung des Beitragssatzes nach Abs. 4 erfolgt jeweils für ein Kalenderjahr durch Verordnung der Landesregierung. Diese Festsetzung hat so zu erfolgen, dass sich der Beitragssatz im Ausmaß des Index der Verbraucherpreise der "Statistik Österreich" vermindert oder erhöht, wobei Indexänderungen erst ab einer Erhöhung oder Verminderung von mindestens 5 % zu berücksichtigen sind und der Beitragssatz auf volle 10 Cent aufzurunden ist. Bis zur Neufestsetzung gilt der für das vorangegangene Kalenderjahr festgesetzte Wert. Die Verordnung ist bis 31.12. des Vorjahres, spätestens jedoch bis zum 31.3. des betroffenen Kalenderjahres von der Landesregierung zu erlassen.

(6) Im Falle der Aufnahme einer nicht anstaltsbedürftigen Begleitperson nach § 40 Abs. 3 ist das Entgelt für Begleitpersonen in der Höhe der durch ihre Unterbringung in der Krankenanstalt entstehenden Kosten, pro Tag jedoch höchstens die Hälfte der Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse zu leisten. Bei der Festsetzung ist auf das Lebensalter des Patienten Rücksicht zu nehmen. Richtsätze über die Höhe der Gebühren sind von der

(3) Im Falle der Aufnahme eines Kindes, das das 3. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, mit einem nicht anstaltsbedürftigen Elternteil oder einer anderen Begleitperson bzw. einem anstaltsbedürftigen Elternteil mit einem Kind, das das 3. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, sind mit der Entrichtung der LKF-Gebührensätze oder Pflegegebühren für eine Person die von der öffentlichen Krankenanstalt für beide Personen erbrachten Leistungen abgegolten.

(4) Bei der Aufnahme eines anstaltsbedürftigen Kindes mit seinem nicht anstaltsbedürftigen Elternteil oder einer anderen Begleitperson ist, sofern Abs. 3 nicht anwendbar ist, bis zum vollendeten 14. Lebensjahr des Kindes für den begleitenden Elternteil oder eine andere Begleitperson pro Belegtag ein Entgelt (Begleitpersonenentgelt) zu leisten. Das Gleiche gilt für die Aufnahme einer nicht anstaltsbedürftigen Begleitperson mit einem Patienten, der das 14. Lebensjahr bereits vollendet hat. Mit der Leistung dieses Entgelts sind für einen begleitenden Elternteil oder sonstige Begleitpersonen die mit der Aufnahme in die Krankenanstalt verbundenen Kosten beglichen.

(5) Das Begleitpersonenentgelt nach Abs. 4 ist nicht im Falle des Bezuges einer erhöhten Familienbeihilfe (§§ 2, 5 und 8 Familienlastenausgleichsgesetz, BGBl. Nr. 376/1967 in der Fassung BGBl. I Nr. 200/2023) oder einer lebensbedrohlichen chronischen Erkrankung des Patienten zu leisten. Mit Verordnung können weitere Ausnahmen von der Verpflichtung zur Leistung des Begleitpersonenentgelts bei medizinischen Härtefällen vorgesehen werden. Das Begleitpersonenentgelt ist im Falle des Abs. 4 erster Satz für eine maximale Anzahl von 14 Belegtagen pro Kalenderjahr zu leisten.

(6) Das Begleitpersonenentgelt ist der Höhe nach durch Verordnung der Landesregierung jeweils für ein Kalenderjahr festzusetzen, wobei die Entgelthöhe für einen begleitenden Elternteil oder eine andere Begleitperson eines Patienten bis zum vollendeten 10. Lebensjahr höchstens ein Drittel und für einen begleitenden Elternteil oder eine andere Begleitperson eines Patienten bis zum vollendeten 14.

Landesregierung festzusetzen und sodann im Landesgesetzblatt kundzumachen. Hinsichtlich der Einbringung des Entgeltes für Begleitpersonen sind die §§ 46 bis 48 sinngemäß anzuwenden.

Lebensjahr höchstens die Hälfte der Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse betragen darf. Für Begleitpersonen von Patienten, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, ist eine kostendeckendes Begleitpersonenentgelt festzusetzen. Die Verordnung ist bis spätestens 31. März des betroffenen Kalenderjahres von der Landesregierung zu erlassen, bis zur Neufestsetzung gilt der für das vorangegangene Kalenderjahr festgesetzte Wert. Hinsichtlich der Einbringung des Begleitpersonenentgelts sind die §§ 46 bis 48 sinngemäß anzuwenden.

#### § 47 Abs. 5

In Verfahren nach Abs. 4 hat die NÖ Landesgesundheitsagentur Parteistellung im Sinne des § 8 AVG, BGBl. Nr. 51/1991 in der Fassung BGBl. I Nr. 88/2023, und das Recht der Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Landesverwaltungsgerichtes das Recht auf Revision an den Verwaltungsgerichtshof

#### § 66a Abs. 5

Ab dem Jahr 2024 hat die Landesregierung mit Verordnung das Verteilungsverhältnis nach Maßgabe der Kriterien in Abs. 3 auf Basis der aktuellen Zahlen festzulegen.

Ab dem Jahr 2024 hat die Landesregierung mit Verordnung das Verteilungsverhältnis nach Maßgabe der Kriterien in Abs. 3 auf Basis der aktuellen Zahlen festzulegen. Die Verordnung kann rückwirkend in Kraft gesetzt werden.

#### § 70 Abs. 3

Der Faktor, um den der Beitrag des Landes gemäß § 70 Abs. 1 erhöht wird, beträgt für die Jahre 2006 bis 2008 jeweils 5 %. Die Landesregierung hat für die Jahre ab 2009 durch Verordnung den Faktor entsprechend der Maßgabe des Landesvoranschlages festzulegen, um den der Betrag gemäß § 70 Abs. 1 erhöht wird.

Der Faktor, um den der Beitrag des Landes gemäß § 70 Abs. 1 erhöht wird, beträgt für die Jahre 2006 bis 2008 jeweils 5 %. Die Landesregierung hat für die Jahre ab 2009 durch Verordnung den Faktor entsprechend der Maßgabe des Landesvoranschlages festzulegen, um den der Betrag gemäß § 70 Abs. 1 erhöht wird. Die Verordnung kann rückwirkend in Kraft gesetzt werden.

#### § 79 Abs. 3

Rechtsträger privater Krankenanstalten, die der Wirtschaftsaufsicht nicht unterliegen, haben eine freiwillige Betriebseinschränkung einen Monat vorher der Landesregierung anzuzeigen. Sofern die Betriebseinschränkung über 6 Monate aufrecht

erhalten wird, gilt eine derartige Meldung als Zurücklegung der Betriebsbewilligung im Umfang der Betriebseinschränkung.

#### § 89c Abs. 14 und 15

(14) §§ 2b Abs. 2, 5 Abs. 4 und 5, 10c, 10d, 19d Abs. 5, 19d Abs. 7, 21a Abs. 3, 37 Abs. 1, 43 Abs. 1, 66a Abs. 5, 70 Abs. 3 in der Fassung des Landesgesetzes LGBl. Nr. XX/XXXX treten am 1. Jänner 2024 in Kraft.

Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Gesetzesnovelle anhängige Verfahren sind nach den bisher geltenden Bestimmungen zu Ende zu führen.

(15) § 44 Abs. 3 bis 6 in der Fassung des Landesgesetzes LGBl. XX/XXXX tritt am 1. Jänner 2025 in Kraft. Verordnungen aufgrund § 44 Abs. 5 und 6 in der Fassung des Landesgesetzes LGBl. XX/XXXX können bereits ab dem auf seine Kundmachung folgenden Tag erlassen werden. Sie treten jedoch frühestens am 1. Jänner 2025 in Kraft.