

Der Landtag von Niederösterreich hat am in Ausführung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957 in der Fassung BGBl. I Nr. 24/2024, beschlossen:

Änderung des NÖ Krankenanstaltengesetzes (NÖ KAG)

Das NÖ Krankenanstaltengesetz, LGBl. 9440, wird wie folgt geändert:

1. In § 2a Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Dies gilt nicht für Medizinische Privatuniversitäten.“

2. § 2a Abs. 4 Z 1 lit. b lautet:

„b) für Remobilisation und Nachsorge im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin sowie Orthopädie und Traumatologie,“

3. § 2b Abs. 2 Z 1 und Z 2 lauten:

„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. Auf diese Mindestbettenanzahl können ambulante Betreuungsplätze maximal bis zur Hälfte angerechnet werden. 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.

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. Auf diese Bettenanzahl

können ambulante Betreuungsplätze maximal bis zur Hälfte angerechnet werden. 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.“

4. § 5 Abs. 4 erster Satz lautet:

„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.“

5. In § 5 Abs. 4 wird nach dem ersten Satz folgender Satz eingefügt:

„Die Stellungnahmen der betroffenen Sozialversicherungsträger haben im Wege des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger zu erfolgen.“

6. § 5 Abs. 5 lautet:

„(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.“

7. § 10c Abs. 1 lit. a lautet:

„a) nach dem angegebenen 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 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 Einzugsbereich erreicht werden kann;“

8. § 10c Abs. 2 bis 4 lauten:

„(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; Besiedlungsdichte),
2. die für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,
3. das Inanspruchnahmeverhalten durch Patienten 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
 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.“
9. § 10c Abs. 5 und 6 entfallen. Im § 10c erhalten die (bisherigen) Absätze 7 und 8 die Bezeichnung Abs. 5 und 6.

10. § 10d lautet:

„§ 10d

- (1) In 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 Gesundheitsplanungsinstitutes 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.“

11. § 19 Abs. 1 Z 5 lautet:

- „5. in Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien, deren Leistungsangebot neben nichtinvasiven vorbereitenden oder begleitenden ärztlichen Leistungen lediglich die Erbringung therapeutischer Leistungen durch freiberuflich ausübende 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 2024, BGBl. I Nr. 100/2024, und für Heilmasseure nach dem MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002 in der Fassung BGBl. I Nr. 105/2019, sowie die erforderliche Aufsicht über medizinische Masseure 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. 100/2024, und dem MTF-SHD-G, BGBl. Nr. 102/1961 in der Fassung BGBl. I Nr. 89/2012, gewährleistet ist.“

12. § 19d Abs. 5 lautet:

„(5) Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben hat die Arzneimittelkommission unter Anwendung der Empfehlungen des Bewertungsboards gemäß § 62d des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten, 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 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.“

13. § 19d Abs. 7 lautet:

„(7) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben dafür Sorge zu tragen, dass ausschließlich die in der Arzneimittelliste enthaltenen Arzneimittel

Anwendung finden und dass bei Abweichungen von der Arzneimittelliste im Einzelfall die medizinische Notwendigkeit dieser Abweichung der Arzneimittelkommission nachträglich zur Kenntnis zu bringen und zu begründen ist.“

14. § 21 Abs. 1 lit. a lautet:

„a) Vormerke über die Aufnahme und die Entlassung der Patienten (Aufnahmebuch) zu führen, in denen die Patienten jedenfalls unter fortlaufenden Nummern mit Vor- und Zuname (gegebenenfalls auch mit dem Geburtsnamen), Geburtsdatum und bei minderjährigen oder nicht entscheidungsfähigen Patienten auch unter Angabe des Vor- und Zunamens und Wohnortes ihres gesetzlichen Vertreters, ferner unter Bezeichnung der Krankheit, zu deren Behandlung die Aufnahme erfolgt ist, sowie des Aufnahme- und Entlassungstages bzw. des Todestages und der Todesursache einzutragen sind. Im Fall der Ablehnung der Aufnahme eines Patienten sind in der Aufnahmedokumentation die dafür maßgebenden Gründe festzuhalten. In Fällen, in denen sich Schwangere oder Gebärende in einer psychosozialen Notsituation befinden und daher das Leben oder die gedeihliche Entwicklung des Neugeborenen gefährdet erscheinen, kann über Wunsch der Frau von der Aufnahme der personenbezogenen Daten Abstand genommen werden (anonyme Geburt). Über die Folgen einer anonymen Geburt ist sie in Anwesenheit und unter Mitwirkung eines Mitarbeiters der örtlich zuständigen Jugendabteilung (Bezirksverwaltungsbehörde) in Kenntnis zu setzen. Dies ist in der Krankengeschichte zu dokumentieren. Die Identifikation erfolgt ausschließlich über die Aufnahmezahl. Für eine allfällig später erforderliche Identifikation aus der Sicht der Mutter ist ihr die Aufnahmezahl bekanntzugeben. Dieser Umstand ist ebenfalls zu dokumentieren.“

15. § 21 Abs. 2 lautet:

„(2) Die Führung der Krankengeschichte obliegt hinsichtlich der ärztlichen und gegebenenfalls zahnärztlichen Leistungen dem für die Behandlung verantwortlichen Arzt bzw. Zahnarzt, hinsichtlich der sonstigen im Abs. 1 lit. b

genannten Leistungen der für sie verantwortlichen Person. Während der Behandlungsdauer und nach ihrem Abschluss sind die Krankengeschichten so zu verwahren, dass eine missbräuchliche Kenntnisnahme ihres Inhaltes ausgeschlossen wird. Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die Krankengeschichten, Operations- und Obduktionsprotokolle nach Abschluss des Behandlungsfalles mindestens 30 Jahre in einer Form, deren Lesbarkeit für den Aufbewahrungszeitraum gesichert sein muss, in doppelter Ausfertigung, aufzubewahren. Bei Auflassung der Krankenanstalt und nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist sind die Krankengeschichten, Operations- und Obduktionsprotokolle zu vernichten, wenn der Leiter der Anstaltsabteilung keine längere Aufbewahrung anordnet.“

16. § 21a Abs. 3 lautet:

„(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. Referenzzentren und spezielle Versorgungsbereiche je Standort sowie
8. die minimale Anzahl an Tagesklinikplätzen und ambulanten Betreuungsplätzen je Fachrichtung und Standort.“

17. In § 21b wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(5) Die Rechtsträger von Krankenanstalten, in denen Forschungsprojekte durchgeführt werden, sind verpflichtet, der Landesregierung auf deren ausdrückliche Anforderung die für die Beurteilung der Forschungsprojekte erforderlichen Daten anonymisiert zur Verfügung zu stellen. Die betreffenden Daten sind spätestens nach einem Jahr nach der Übermittlung

zu löschen.“

18. § 37 Abs. 1 lautet:

„(1) 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.“

19. § 43 Abs. 1 lautet:

„(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,
- g) für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin 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 in der

Fassung BGBl. I Nr. 3/2024, festgelegten Aufgaben und Leistungen notwendig ist.“

20. § 43 Abs. 3 lautet:

„(3) Für die Durchführung der im Abs. 1 lit. b – lit. h sowie der im Abs. 2 vorgesehenen ambulanten Untersuchungen haben die Rechtsträger der Krankenanstalten jedenfalls ein interdisziplinäres Anstaltsambulatorium in Abstimmung mit dem niedergelassenen Bereich einzurichten, das der Genehmigung der Landesregierung bedarf. Die Genehmigung ist in sinngemäßer Anwendung der §§ 4 – 12 zu erteilen. In den Anstaltsambulatorien dürfen Untersuchungen und Behandlungen gemäß Abs. 1 lit. c und d nur durchgeführt werden, wenn die Zuweisung eines niedergelassenen Arztes vorliegt.“

21. § 44 Abs. 3 bis 6 lauten:

„(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. 97/2024) 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. Lebensjahr höchstens die Hälfte der Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse betragen darf. Für Begleitpersonen von Patienten, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, ist ein 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.“

22. In § 47 wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(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.“

23. In § 66a Abs. 5 wird folgender Satz angefügt:

„Die Verordnung kann rückwirkend in Kraft gesetzt werden.“

24. In § 70 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Verordnung kann rückwirkend in Kraft gesetzt werden.“

25. In § 79 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(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. Diese sechsmonatige Frist kann auf Antrag des Rechtsträgers aus wichtigem Grund verlängert werden.“

26. In § 89c werden folgende Abs. 14 und 15 angefügt:

„(14) §§ 2b Abs. 2, 5 Abs. 4 und 5, 10c Abs. 1 bis 6, 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. Gleichzeitig treten § 10c Abs. 5 und 6 in der Fassung des Landesgesetzes LGBl. Nr. 4/2023 außer 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 treten 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.“