

1080 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XVIII. GP

Nachdruck vom 22. 6. 1993

Regierungsvorlage

Bundesgesetz, mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert wird

Der Nationalrat hat beschlossen:

Das Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. Nr. 27/1958, 281/1974, 659/1977, 456/1978, 106/1979, 273/1982, 122/1983, 218/1985, 565/1985, 282/1988, 745/1988, 157/1990, 45/1991, 70/1991, 233/1991 und 701/1991 sowie der Kundmachungen BGBl. Nr. 50/1973, 90/1976 und 186/1992, wird wie folgt geändert:

Artikel I

(Grundsatzbestimmungen)

1. § 1 Abs. 1 lautet:

„§ 1. (1) Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die

1. zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustands durch Untersuchung,
2. zur Vornahme operativer Eingriffe,
3. zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,
4. zur Entbindung oder
5. für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe

bestimmt sind.“

2. § 2 Abs. 2 lit. a lautet:

„a) Anstalten, die für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, sowie Krankenabteilungen in Justizanstalten;“

3. § 2 a Abs. 1 lit. a Schlußteil lautet:

„auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muß eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein;“

4. § 2 a Abs. 1 lit. b vorletzter Teilsatz lautet:

„auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren

medizinischen Sonderfächern muß eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein;“

5. § 2 a Abs. 2 lautet:

„(2) Krankenanstalten, die neben den Aufgaben gemäß § 1 ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, sind jedenfalls in diesem Umfang Zentralkrankenanstalten im Sinne des Abs. 1 lit. c.“

6. § 3 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt haben den Anstaltszweck (§ 2 Abs. 1) und das in Aussicht genommene Leistungsangebot genau zu bezeichnen.“

7. § 3 Abs. 2 lit. a lautet:

„a) 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 bei Errichtung einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch niedergelassene Kassenvertragsärzte, kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen, bei Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Dentisten mit Kassenvertrag, ein Bedarf gegeben ist;“

8. § 3 Abs. 3 lautet:

„(3) Im Bewilligungsverfahren nach Abs. 2 ist ein Gutachten des Landeshauptmannes einzuholen, das zu dem Antrag vom Standpunkt der sanitären Aufsicht Stellung nimmt.“

9. § 3 Abs. 4 lit. d lautet:

„d) ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes (§ 7 Abs. 1) und für die Leitung der einzelnen Abteilungen und

sonstigen Organisationseinheiten fachlich geeignete Personen als verantwortliche Ärztenamhaft gemacht worden sind (§ 7 Abs. 4) sowie glaubhaft gemacht wird, daß auch im übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird.“

10. § 3 Abs. 7 erhält die Absatzbezeichnung „(8)“, die Abs. 6 und 7 lauten:

„(6) Im behördlichen Verfahren wegen Genehmigung der Errichtung von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers haben die zuständige Ärztekammer und bei Zahnambulatorien auch die österreichische Dentistenkammer Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG, wenn

- a) über das Vorhaben des Krankenversicherungsträgers kein Einvernehmen im Sinne des § 339 ASVG zustande gekommen ist,
- b) der Antrag des Krankenversicherungsträgers nicht mit einem nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmen übereinstimmt oder
- c) die Entscheidung der Behörde über den Inhalt des nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmens hinausgeht.

(7) Weiters hat die Landesgesetzgebung vorzusehen, daß in Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt die zuständige Ärztekammer, bei Zahnambulatorien auch die Österreichische Dentistenkammer, die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und betroffene Sozialversicherungsträger hinsichtlich des nach § 3 Abs. 2 lit. a zu prüfenden Bedarfes Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG haben.“

11. Nach § 3 wird folgender § 3 a eingefügt:

„§ 3 a. (1) Bei der Errichtung und beim Betrieb von Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, sind die Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre im Sinne des Universitätsgesetzes (UOG) zu berücksichtigen.

(2) Die Landesgesetzgebung hat für Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, eine Organisationsform vorzusehen, die insbesondere in Führung und Gliederung sicherstellt, daß den Aufgaben der universitären Bildung und Forschung in gleicher Weise nachgekommen werden kann, wie dem nach dem Anstaltszweck einer Zentralkrankenanstalt entsprechenden Auftrag der Versorgung der Bevölkerung mit stationärer und ambulanter Krankenanstaltsleistung.

(3) Das Zusammenwirken der Träger von Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der

Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, mit dem Träger der medizinischen Fakultät ist durch Vereinbarung zu regeln.“

12. § 4 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

„Wesentliche Veränderungen, auch der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes, bedürfen der Bewilligung der Landesregierung.“

13. Nach § 5 werden folgende §§ 5 a und 5 b samt Überschriften eingefügt:

„Patientenrechte

§ 5 a. Durch die Landesgesetzgebung sind die Träger von Krankenanstalten unter Beachtung des Anstaltszwecks und des Leistungsangebotes zu verpflichten, daß

1. Pfleglinge Informationen über die ihnen zustehenden Rechte erhalten sowie ihr Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte ausüben können;
2. Pfleglinge ihr Recht auf Aufklärung und Information über die Behandlungsmöglichkeiten samt Risiken ausüben können;
3. auf Wunsch des Pfleglings ihm oder Vertrauenspersonen medizinische Informationen durch einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt in möglichst verständlicher und schonungsvoller Art gegeben werden;
4. ausreichend Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten mit der Außenwelt bestehen und Vertrauenspersonen des Pfleglings im Fall einer nachhaltigen Verschlechterung seines Gesundheitszustands auch außerhalb der Besuchszeiten Kontakt mit dem Pflegling aufnehmen können;
5. auf Wunsch des Pfleglings eine seelsorgerische Betreuung möglich ist;
6. auf Wunsch des Pfleglings eine psychologische Unterstützung möglich ist;
7. auch in Mehrbeträumen eine ausreichende Wahrung der Intimsphäre gewährleistet ist;
8. neben der Erbringung fachärztlicher Leistungen auch für allgemeine medizinische Anliegen des Pfleglings ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt zur Verfügung steht;
9. ein würdevolles Sterben sichergestellt ist und Vertrauenspersonen Kontakt mit dem Sterbenden pflegen können;
10. bei der Leistungserbringung möglichst auf den im allgemeinen üblichen Lebensrhythmus abgestellt wird;
11. bei der stationären Versorgung von Kindern eine möglichst kindergerechte Ausstattung der Krankenzimmer gegeben ist.

Qualitätssicherung

§ 5 b. (1) Die Landesgesetzgebung hat die Träger von Krankenanstalten zu verpflichten, im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätssiche-

zung vorzusehen und dabei auch ausreichend überregionale Belange zu wahren. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten, ermöglicht werden.

(2) Die Träger von Krankenanstalten haben die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung zu schaffen. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität zu umfassen.

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

(4) In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person steht. Dieser Kommission haben zumindest ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören. In Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, gehört der Kommission auch der Dekan oder ein von der Fakultät vorgeschlagener Universitätsprofessor der medizinischen Fakultät an.

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

14. § 6 Abs. 1 lit. c lautet:

„c) die Dienstoffliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;“

15. Nach § 6 Abs. 1 lit. d wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt, folgende lit. e wird angefügt:

„e) die Festlegung von Rauchverboten.“

16. Der bisherige Abs. 4 des § 6 erhält die Absatzbezeichnung „(5)“, Abs. 4 lautet:

„(4) Die Anstaltsordnung für eine Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dient, hat zusätzlich auch die Bedürfnisse der medizinischen Forschung und Lehre der medizinischen Fakultät zu berücksichtigen. Insbesondere darf sie nicht Bestimmungen enthalten, die im Widerspruch zu den Aufgaben in Forschung und Lehre stehen. Vor ihrer

Genehmigung hat der Träger der Krankenanstalt den Bundesminister für Wissenschaft und Forschung zu hören.“

17. Der bisherige § 6 a erhält die Absatzbezeichnung „(1)“, folgender Abs. 2 wird angefügt:

„(2) In einer Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dient und in der eine kollegiale Führung eingerichtet ist, gehört der kollegialen Führung auch der Dekan oder ein von der Fakultät vorgeschlagener Universitätsprofessor der medizinischen Fakultät an.“

18. § 7 Abs. 2 lautet:

„(2) Bei Verhinderung des ärztlichen Leiters muß dieser durch einen geeigneten Arzt vertreten werden. In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, ist die Leitung des ärztlichen Dienstes hauptberuflich auszuüben.“

19. § 7 Abs. 4 wird folgender Satz angefügt:

„Für den Fall der Verhinderung ist die Vertretung durch einen in gleicher Weise qualifizierten Arzt sicherzustellen.“

20. § 7 Abs. 6 lautet:

„(6) Von Abs. 5 sind jene Stellen ausgenommen, die auf Grund der einschlägigen Universitätsvorschriften besetzt werden.“

21. § 8 Abs. 1 lautet:

„§ 8. (1) Der ärztliche Dienst muß so eingerichtet sein, daß

1. ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar ist;
2. in Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien für physikalische Therapie, in denen keine Turnusärzte ausgebildet werden, kann anstelle einer dauernden ärztlichen Anwesenheit der ärztliche Dienst so organisiert sein, daß ärztliche Hilfe jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige tägliche Anwesenheiten die erforderliche Aufsicht über das in Betracht kommende Personal nach dem Krankenpflegegesetz, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 872/1992, sowie nach dem Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. Nr. 449/1992, gewährleistet ist;
3. die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte sich im erforderlichen Ausmaß fortbilden können;
4. in Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet ist.“

22. § 8 a lautet:

„§ 8 a. (1) Für jede Krankenanstalt ist ein Facharzt für Hygiene (Krankenhaushygieniker)

oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (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.

(2) In bettenführenden Krankenanstalten ist zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten mindestens eine qualifizierte Person des Krankenpflegefachdienstes als Hygienefachkraft zu bestellen. Diese hat ihre Tätigkeit in Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, hauptberuflich auszuüben.

(3) In bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygieneteam zu bilden, dem der Krankenhaushygieniker bzw. der Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft und weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und des nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören.

(4) Zu den Aufgaben des Hygieneteams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen in Krankenanstalten und der Gesunderhaltung dienen. Zur Durchführung dieser Aufgaben hat das Hygieneteam einen Hygieneplan zu erstellen. Das Hygieneteam ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr entstehen kann, beizuziehen. Das Hygieneteam hat darüberhinaus alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und Beschlüsse zu fassen. Diese sind schriftlich an den für die Umsetzung Verantwortlichen, wie ärztlicher Leiter der Krankenanstalt oder Verwalter, weiterzuleiten.

(5) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien ist für die im Abs. 4 genannten Aufgaben jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.“

23. § 8 c lautet:

„§ 8 c. (1) Die Träger von Krankenanstalten haben zur Beurteilung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie der Anwendung neuer medizinischer Methoden in der Krankenanstalt Ethikkommissionen einzurichten. Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, daß eine Ethikkommission auch für mehrere Krankenanstalten eingerichtet wird.

(2) Die Beurteilung hat sich insbesondere zu beziehen auf

1. mitwirkende Personen und vorhandene Einrichtungen (personelle und strukturelle Rahmenbedingungen),
2. den Prüfplan im Hinblick auf die Zielsetzung und die wissenschaftliche Aussagekraft sowie

die Beurteilung des Nutzen/Risiko-Verhältnisses,

3. die Art und Weise, in der die Auswahl der Versuchspersonen durchgeführt wird und in der Aufklärung und Zustimmung zur Teilnahme erfolgen,
4. die Vorkehrungen, die für den Eintritt eines Schadensfalls im Zusammenhang mit der klinischen Prüfung oder der Anwendung einer neuen medizinischen Methode getroffen werden.

(3) Neue medizinische Methoden im Sinne des Abs. 1 sind Methoden, die auf Grund der Ergebnisse der Grundlagenforschung und angewandten Forschung sowie unter Berücksichtigung der ärztlichen Erfahrung die Annahme rechtfertigen, daß eine Verbesserung der medizinischen Versorgung zu erwarten ist, die jedoch in Österreich noch nicht angewendet werden und einer methodischen Überprüfung bedürfen. Vor der Anwendung einer neuen medizinischen Methode hat die Befassung der Ethikkommission durch den Leiter der Organisationseinheit, in deren Bereich die neue medizinische Methode angewendet werden soll, zu erfolgen.

(4) Die Ethikkommission hat sich aus Frauen und Männern zusammensetzen und mindestens zu bestehen aus:

1. einem Arzt, der im Inland zur selbständigen Berufsausübung berechtigt ist, und weder ärztlicher Leiter der Krankenanstalt noch Prüfungsleiter ist,
2. einem Facharzt, in dessen Sonderfach die jeweilige klinische Prüfung oder neue medizinische Methode fällt,
3. einem Vertreter des Krankenpflegefachdienstes,
4. einem Juristen,
5. einem Pharmazeuten,
6. einem Patientenvertreter (§ 11 e) und
7. einer weiteren, nicht unter die Z 1 bis 6 fallenden Person, die mit der Wahrnehmung seelsorgerischer Angelegenheiten in der Krankenanstalt betraut ist oder sonst über die entsprechende ethische Kompetenz verfügt.

Für jedes Mitglied ist ein in gleicher Weise qualifizierter Vertreter zu bestellen.

(5) Bei der Beurteilung eines Medizinproduktes ist jedenfalls ein Technischer Sicherheitsbeauftragter beizuziehen. Erforderlichenfalls sind weitere Experten beizuziehen.

(6) Die Ethikkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, die von der Landesregierung zu genehmigen ist. Weiters hat die Landesgesetzgebung sicherzustellen, daß die Mitglieder der Ethikkommissionen keinen Weisungen unterliegen.

(7) Über jede Sitzung der Ethikkommissionen ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt, bei der

Beurteilung einer klinischen Prüfung auch dem Prüfungsleiter bzw. bei der Anwendung einer neuen medizinischen Methode auch dem Leiter der Organisationseinheit zur Kenntnis zu bringen. Die Protokolle sind gemeinsam mit allen für die Beurteilung wesentlichen Unterlagen gemäß § 10 Abs. 1 Z 3 aufzubewahren.

(8) Für Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, sind keine Ethikkommissionen nach Abs. 1 zu errichten, wenn an der medizinischen Fakultät nach universitätsrechtlichen Vorschriften gleichwertige Kommissionen eingerichtet sind, die die Aufgaben der Ethikkommission wahrnehmen.“

24. Nach § 8 c wird folgender § 8 d eingefügt:

„§ 8 d. (1) Die Landesgesetzgebung hat die Träger von Krankenanstalten zu verpflichten, auf der Grundlage anerkannter Methoden regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist hierfür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung ist durch die kollegiale Führung bzw. in Krankenanstalten, in denen keine kollegiale Führung besteht, durch die für den jeweiligen Bereich Verantwortlichen, jährlich der Landesregierung zu berichten.

(2) Die Landesgesetzgebung hat insbesondere vorzusehen, daß der Bericht nach den einzelnen Berufsgruppen und Fachgebieten sowie Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten untergliedert darzustellen hat, ob der Iststand vom Sollstand abweicht. Bei Unterschreitungen ist zusätzlich darzustellen, welche Maßnahmen dem Träger der Krankenanstalt empfohlen werden, um kurz- und mittelfristig eine dem Sollstand entsprechende personelle Ausstattung zu erhalten.“

25. § 10 Abs. 1 Z 1 und 2 lautet:

- „1. über die Aufnahme und die Entlassung der Pfléglinge Vormerke zu führen sowie, im Fall der Ablehnung der Aufnahme eines Patienten, die dafür maßgebenden Gründe zu dokumentieren;
2. Krankengeschichten anzulegen, in denen
 - a) die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese), der Zustand des Pfléglings zur Zeit der Aufnahme (status praesens), der Krankheitsverlauf (decursus morbi), die angeordneten Maßnahmen sowie die erbrachten ärztlichen Leistungen einschließlich Medikation (insbesondere hinsichtlich Name, Dosis und Darreichungsform) und Aufklärung des Pfléglings und
 - b) sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der

pfléggerischen, einer allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinisch-technischen Dienste, darzustellen sind;“

26. § 10 Abs. 1 Z 4 lautet:

„4. den Gerichten und Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, ferner den Sozialversicherungsträgern, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten oder Krankenanstalten kostenlos Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Pfléglingen zu übermitteln;“

27. Im § 10 Abs. 1 wird am Ende der Z 6 der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende Z 7 und 8 werden angefügt:

„7. bei der Führung der Krankengeschichte Verfügungen des Pfléglings, durch die dieser erst für den Fall des Verlustes seiner Handlungsfähigkeit das Unterbleiben bestimmter Behandlungsmethoden wünscht, zu dokumentieren, um darauf bei allfälligen künftigen medizinischen Entscheidungen Bedacht nehmen zu können;

8. im Rahmen der Krankengeschichte allfällige Widersprüche gemäß § 62 a Abs. 1 zu dokumentieren.“

28. Im § 10 wird der bisherige Abs. 3 mit „(5)“ bezeichnet, folgende Abs. 3 und 4 werden eingefügt:

„(3) Die Führung der Krankengeschichte obliegt hinsichtlich der Aufzeichnungen

1. gemäß Abs. 1 Z 2 lit. a dem für die ärztliche Behandlung verantwortlichen Arzt und
2. gemäß Abs. 1 Z 2 lit. b der jeweils für die erbrachten sonstigen Leistungen verantwortlichen Person.

(4) Aufzeichnungen, die Geheimnisse betreffen, die Angehörigen des klinisch psychologischen, gesundheitspsychologischen und psychotherapeutischen Berufes und ihren Hilfspersonen sowie Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste in Ausübung ihres Berufes anvertraut oder bekannt geworden sind, dürfen im Rahmen der Krankengeschichte oder der sonstigen Vormerke im Sinne des Abs. 1 Z 1 nicht geführt werden.“

29. § 11 a Abs. 2 lautet:

„(2) In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, ist die verantwortliche Leitung des Pflégdienstes hauptberuflich auszuüben.“

30. Nach § 11 a werden folgende §§ 11 b bis 11 e samt Überschriften eingefügt:

„Psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung

§ 11 b. Die Landesgesetzgebung hat sicherzustellen, daß in den auf Grund des Anstaltszwecks und des Leistungsangebots in Betracht kommenden Krankenanstalten eine ausreichende klinisch psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung und eine ausreichende Versorgung auf dem Gebiet der Psychotherapie durch hierzu berechnete Personen angeboten wird.

Supervision

§ 11 c. Die Landesgesetzgebung hat die Träger der nach Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Krankenanstalten zu verpflichten, durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, daß den in der Krankenanstalt beschäftigten und einer entsprechenden Belastung ausgesetzten Personen im Rahmen ihrer Dienstzeit im erforderlichen Ausmaß Gelegenheit zur Teilnahme an einer berufsbegleitenden Supervision geboten wird. Die Supervision ist durch fachlich qualifizierte Personen auszuüben.

Fortbildung des nichtärztlichen Personals

§ 11 d. Die Träger von Krankenanstalten haben sicherzustellen, daß eine regelmäßige Fortbildung des Krankenpflegepersonals, der Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste sowie des übrigen in Betracht kommenden nichtärztlichen Personals gewährleistet ist.

Patientenvertretungen

§ 11 e. Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, daß zur Prüfung allfälliger Beschwerden und auf Wunsch zur Wahrnehmung der Patienteninteressen unabhängige Patientenvertretungen (Patientensprecher, Ombudseinrichtungen oder ähnliche Vertretungen) zur Verfügung stehen.“

31. Die Überschrift zu § 13 entfällt.

32. § 13 Abs. 1 lautet:

„§ 13. (1) Dem Träger einer Krankenanstalt ist es verboten, selbst oder durch andere physische oder juristische Personen unsachliche oder unwahre Informationen im Zusammenhang mit dem Betrieb einer Krankenanstalt zu geben.“

33. Im § 18 Abs. 1 wird nach dem ersten Satz folgender Satz eingefügt:

„Dabei sind auch der Bedarf auf dem Gebiet der Langzeitversorgung und die in diesem Zusammenhang zu erwartende künftige Entwicklung zu berücksichtigen.“

34. § 22 Abs. 3 lautet:

„(3) Anstaltsbedürftig im Sinne des Abs. 2 sind Personen, deren auf Grund ärztlicher Untersuchung festgestellter geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Krankenanstaltspflege erfordert, Personen, die ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zum Zweck einer Befundung oder einer Begutachtung in die Krankenanstalt einweist, gesunde Personen zur Vornahme einer klinischen Prüfung eines Arzneimittels oder eines Medizinproduktes sowie Personen, die der Aufnahme in die Krankenanstalt zur Vornahme von Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin bedürfen.“

35. § 23 Abs. 2 zweiter Satz lautet:

„Durch die Landesgesetzgebung ist unter Berücksichtigung der in der jeweiligen Krankenanstalt gegebenen räumlichen Verhältnisse die Zulässigkeit der Aufnahme sonstiger nicht anstaltsbedürftiger Begleitpersonen vorzusehen.“

36. § 26 Abs. 1 lautet:

„§ 26. (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

1. zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe,
2. 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,
3. 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,
4. über ärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege,
5. im Zusammenhang mit Organ- einschließlich Blutspenden,
6. zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten oder
7. für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin notwendig ist.“

37. § 27 a Abs. 1 Schlußsatz lautet:

„Von der Kostenbeitragspflicht sind jedenfalls Personen, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen sowie jene Personen ausgenommen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen sind.“

38. Im § 28 Abs. 4 Z 3 wird nach der Wortfolge „die auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen über Soziale Sicherheit“ folgende Wortfolge eingefügt:

„oder auf Grund der im Anhang VI nach Art. 29 des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum enthaltenen Verordnungen des Rates (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72“

39. § 29 Abs. 1 lautet:

„§ 29. (1) Durch die Landesgesetzgebung kann die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die die voraussichtlichen Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4) beschränkt werden.“

40. Im § 29 Abs. 2 Z 3 entfällt am Ende das Wort „und“, Z 4 lautet:

„4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund eines von der Republik Österreich geschlossenen zwischenstaatlichen Übereinkommens im Bereich der Sozialen Sicherheit oder auf Grund der im Anhang VI nach Art. 29 des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum enthaltenen Verordnungen des Rates (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind, und“

41. Dem § 29 Abs. 2 wird folgende Z 5 angefügt:

„5. Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind.“

42. Im § 38 d wird das Zitat „§ 10 Abs. 1“ durch das Zitat „§ 10“ ersetzt.

Artikel II

(unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

43. § 46 lautet:

„§ 46. (1) Den Vorständen von Universitätskliniken und den Leitern von Klinischen Abteilungen (§ 7 a) ist es gestattet, mit Pflinglingen der Sonderklasse und mit Personen, die auf eigene Kosten ambulant behandelt werden, unbeschadet der Verpflichtung dieser Personen zur Entrichtung der Pflege- und Sondergebühren ein besonderes Honorar zu vereinbaren, wenn diese Personen auf ihren Wunsch durch den Klinikvorstand oder Leiter der Klinischen Abteilung persönlich behandelt werden.

(2) Die mit den Klinikvorständen (Leitern von Klinischen Abteilungen) vereinbarten Honorare unterliegen nicht § 27 Abs. 4 und 5 sowie § 28.

(3) Werden anlässlich wissenschaftlicher Arbeiten im Auftrag Dritter Anstaltspersonal oder Anstaltseinrichtungen in Anspruch genommen, kann der Rechtsträger der Krankenanstalt oder im Falle einer derartigen Kostentragung im Rahmen der Kostenersätze für den klinischen Mehraufwand (§ 55) der Bund als Rechtsträger der medizinischen Fakultät eine Vergütung beanspruchen. Die Grundsätze für die Ermittlung dieser Vergütung sind vom Bundesminister für Wissenschaft und Forschung durch Verordnung festzulegen. Die Rechtsträger der in Betracht kommenden Krankenanstalten sind vor der Festsetzung dieser Grundsätze zu hören.“

44. Im § 50 wird die Wendung „öffentliche Krankenanstalten für Geisteskrankheiten“ durch die Wendung „öffentliche Krankenanstalten für Psychiatrie“ ersetzt.

45. Die §§ 55 und 56 lauten:

„§ 55. Der Bund ersetzt:

1. die Mehrkosten, die sich bei der Errichtung, Ausgestaltung und Erweiterung der zugleich der Forschung und Lehre von medizinischen Fakultäten dienenden öffentlichen Krankenanstalten über die Aufgaben einer Zentralkrankenanstalt (§ 2 a Abs. 1 lit. c) hinaus aus den Bedürfnissen der Forschung und Lehre ergeben;
2. die Mehrkosten, die sich bei der Errichtung, Ausgestaltung und Erweiterung der dem Unterricht an Bundes-Hebammenlehranstalten dienenden öffentlichen Krankenanstalten aus den Bedürfnissen des Unterrichts ergeben;
3. die Mehrkosten, die sich beim Betrieb der unter Z 1 genannten Krankenanstalten (Zentralkrankenanstalt gemäß § 2 a Abs. 1 lit. c) aus den Bedürfnissen der Forschung und Lehre sowie die Mehrkosten, die sich beim Betrieb der unter Z 2 genannten Krankenanstalten aus den Bedürfnissen des Unterrichts ergeben;
4. die Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse für zu Unterrichtszwecken im Sinne des § 43 herangezogene Personen.

§ 56. (1) Die Ermittlung der Mehrkosten im Sinne des § 55 hat auf Grund einer Kostenrechnung zu erfolgen. Die näheren Regelungen bezüglich der Kostenersätze sind zwischen dem Rechtsträger der Krankenanstalt, die zugleich der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dient, und dem Bundesminister für Wissenschaft und Forschung bzw. dem Rechtsträger der Krankenanstalt, die dem Unterricht an einer Bundes-Hebammenlehranstalt dient, und dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz zu vereinbaren.

(2) Die Kostenrechnung ist so zu gestalten, daß eine verursachungsgerechte Zuordnung der Kosten der Krankenanstalt auf die einzelnen Kostenstellen sowie eine Aufteilung der Kosten in Kosten der

Krankenbehandlung einerseits sowie in Kosten für Forschung und Lehre bzw. Unterricht andererseits möglich ist. Soweit eine solche Trennung nicht eindeutig möglich ist (gemischte Kostenstellen), sind die Kostenersätze des Bundes auf Grund von nachvollziehbaren Schlüsseln zu ermitteln.

(3) Soweit den Bund eine Kostenersatzpflicht trifft, steht ihm die Einsicht in sämtliche der Errechnung der Höhe der Kostenersätze dienenden Unterlagen der Krankenanstalt zu.“

46. § 60 lautet:

„§ 60. (1) Die Bezirksverwaltungsbehörden haben unter Beiziehung der ihnen als Gesundheitsbehörde beigegebenen oder zur Verfügung stehenden Amtsärzte in den Krankenanstalten ihres örtlichen Wirkungsbereiches die Einhaltung der sanitären Vorschriften, die auf Grund des Ersten Teiles dieses Bundesgesetzes erlassen werden, zu überwachen.

(2) Organen der örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde ist jederzeit — bei Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien während der Betriebszeit — auch unangemeldet zu allen Räumlichkeiten, Apparaten, sonstigen Anlagen und Einrichtungen der Krankenanstalten Zutritt zu gewähren. Auf ihr Verlangen ist diesen Organen in alle Unterlagen Einsicht zu gewähren, die den Betrieb der Anstalt betreffen. Die Einsicht nehmenden Organe sind auch berechtigt, von den eingesehenen Unterlagen kostenlos Abschriften und Kopien herzustellen.

(3) Erlangt eine Bezirksverwaltungsbehörde davon Kenntnis, daß in einer Krankenanstalt ihres örtlichen Wirkungsbereiches sanitäre Vorschriften im Sinne des Abs. 1 verletzt werden bzw. verletzt wurden, so hat sie hievon unverzüglich den Landeshauptmann zu benachrichtigen. Ist nach den der Bezirksverwaltungsbehörde bekanntgeworde-

nen Umständen damit zu rechnen, daß eine Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit von Pflinglingen einer Krankenanstalt gegeben ist, so hat sie unverzüglich eine Einschau in der Krankenanstalt gemäß Abs. 2 vorzunehmen und dem Landeshauptmann hievon zu berichten.“

47. § 62 d Abs. 1 lautet:

„§ 62 d. (1) Die Träger von Krankenanstalten haben nach der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), 9. Revision, in einer vom Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herauszugebenden Fassung, die Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Pflinglinge originär zu erfassen.“

Artikel III

(1) Die Länder haben die Ausführungsgesetze zu Art. I innerhalb eines Jahres zu erlassen.

(2) Hinsichtlich Art. I ist mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG der Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz betraut.

(3) Die Vollziehung des Art. II Z 43 (§ 46) obliegt dem Bundesminister für Wissenschaft und Forschung; des Art. II Z 44 (§ 50) dem Bundesminister für Justiz; des Art. II Z 45 (§§ 55 und 56) dem Bundesminister für Wissenschaft und Forschung, soweit jedoch Angelegenheiten der Bundes-Hebammenlehranstalten geregelt werden, dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz; und des Art. II Z 46 und 47 (§ 60 und § 62 d) dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz.

VORBLATT

Problem:

Das KAG ist in vielfacher Hinsicht zu novellieren. Neben der Angleichung an den EWR-Vertrag und der Schaffung einer Ersatzregelung nach dem Erkenntnis des VfGH vom 7. März 1992, GZ G 198, 200/90 ua., betreffend Bedarfsprüfung im Errichtungsbewilligungsverfahren sollen die Patientenrechte gestärkt, in den letzten Jahren erhobene Expertenforderungen umgesetzt und Sonderregelungen für Krankenanstalten, die zugleich der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, geschaffen werden.

Lösung:

Änderung des KAG durch Angleichung an den EWR-Vertrag, Schaffung einer verfassungskonformen Bedarfsregelung und Übernahme der Vorschläge zur Stärkung der Patientenrechte.

Wesentlicher Inhalt:

- Ersatzregelung für Bedarfsprüfung im Errichtungsbewilligungsverfahren
- Anpassung an den EWR-Vertrag
- Stärkung der Patientenrechte
- Verankerung der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung
- Supervision
- verstärkte sanitäre Aufsicht

Alternative:

Beibehaltung von Rechtsvorschriften, die den Erfordernissen aus heutiger Sicht nicht mehr entsprechen.

Kosten:

Die vorgeschlagenen Verbesserungen führen auf der Seite der betroffenen Spitalsträger zweifellos zu einem Mehraufwand, der im jeweiligen Einzelfall freilich davon abhängt, welcher konkrete Nachholbedarf besteht. Dieser Mehraufwand ist jedoch durch das Patientenwohl gerechtfertigt. Überdies werden zahlreiche Maßnahmen (zB die verbesserte psychologische und psychotherapeutische Versorgung, Ausbau der Bestimmungen über Hygienevorsorge, Qualitätssicherung) langfristig auch zu Einsparungen im Gesundheitsversorgungssystem führen.

Vor Aufnahme der parlamentarischen Beratungen über den vorliegenden Entwurf sollten im Hinblick auf die finanziellen Auswirkungen noch Gespräche mit den Finanzreferenten der Länder sowie Vertretern des Städtebundes und des Gemeindebundes geführt werden.

EG-Konformität:

Der Entwurf steht im Einklang mit den Rechtsvorschriften der EG und des EWR.

Erläuterungen

Allgemeiner Teil

Bereits im August 1990 wurde vom Bundeskanzleramt der Entwurf einer Novelle zum Krankenanstaltengesetz dem allgemeinen Begutachtungsverfahren zugeführt, der im wesentlichen bereits damals erhobene Expertenforderungen und vorliegende Verbesserungsvorschläge umsetzen sollte. Das Gesetzesvorhaben konnte aber in der abgelaufenen Gesetzgebungsperiode nicht mehr abgeschlossen werden.

Dessen ungeachtet ist es nach wie vor geboten, die nunmehr schon seit Jahren diskutierten Reformen zu verwirklichen. Diese Reformen betreffen beispielsweise die Verankerung der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung in Krankenanstalten, Supervision für die in Krankenanstalten beschäftigten Personen, die Errichtung von Patientenvertretungen, die rechtliche Verankerung regelmäßiger Dienstbesprechungen zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Personal sowie Maßnahmen von Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle. Weiters sind die Vorschriften über die sanitäre Aufsicht durch die Bezirksverwaltungsbehörden effizienter zu gestalten. Im einzelnen ist auf den Besonderen Teil der Erläuterungen zu verweisen.

Der nunmehr vorliegende Gesetzesentwurf stellt aber nicht nur eine überarbeitete Fassung der erwähnten Novelle dar, die im Jahr 1990 im Begutachtungsverfahren stand. In der Zwischenzeit ist vielmehr eine Reihe weiterer Reformpunkte angefallen, die durch die nun vorliegende Novelle gleichfalls verwirklicht werden soll.

Der Verfassungsgerichtshof hat mit seinem Erkenntnis vom 7. März 1992, G 198,200/90 ua., die Bedarfsregelung des § 3 Abs. 2 lit. a KAG sowie eine mit dieser Bedarfsregelung im Zusammenhang stehende Wortfolge im § 3 Abs. 3 KAG als verfassungswidrig aufgehoben.

Nunmehr gilt es, eine verfassungskonforme und den gesundheitspolitischen Notwendigkeiten entsprechende Ersatzregelung zu schaffen, die eine Beschränkung der Erwerbsausübungsfreiheit zugunsten öffentlicher und privater gemeinnütziger Heil- und Pflegeanstalten sowie solcher Einrichtungen vorsieht, die mit Mitteln der öffentlichen Hand

sowie aus den Krankenversicherungsbeiträgen die umfassende Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung sicherstellen, jedoch keinen Konkurrenzschutz mehr für private erwerbswirtschaftlich geführte Krankenanstalten enthält. Auch in diesem Zusammenhang darf auf die detaillierten Ausführungen im Besonderen Teil verwiesen werden.

Weitere wesentliche Anliegen des vorliegenden Entwurfes sind eine Absicherung der Patientenrechte im Spitalsbereich, eine dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Regelung der Hygienebelange, die Schaffung von Ethikkommissionen, die den internationalen Standards entsprechen, die Angleichung der die Werbung regelnden Bestimmung an die nunmehr im Ärztegesetz, dem Psychologen- und dem Psychotherapiegesetz enthaltene gleichartige Bestimmung, Anpassungen an die durch das Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum gebotene Rechtslage sowie Sonderregelungen für Krankenanstalten, die zugleich auch der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen.

Kompetenzmäßig findet der vorliegende Entwurf hinsichtlich des Art. I seine Grundlage im Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG („Heil- und Pflegeanstalten“), Art. II stützt sich auf Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG („sanitäre Aufsicht über Heil- und Pflegeanstalten“) sowie im Zusammenhang mit Art. II Z 43 und 44 auf Art. 10 Abs. 1 Z 16 und Art. 10 Abs. 1 Z 6 B-VG und im Zusammenhang mit Art. II Z 45 (§§ 55 und 56) auf Art. 14 Abs. 1 B-VG in Verbindung mit § 2 F-VG.

Zur Kostenfrage ist festzuhalten, daß der Gesetzesentwurf zwar auf Bundesseite zu keiner Kostenbelastung führen wird, daß sich aber Kosten für jene Träger von Krankenanstalten ergeben werden, die erst durch eine Verbesserung ihrer Organisation, insbesondere auch im Rahmen der personellen Ausstattung, den neuen Anforderungen gerecht werden können. Diesen Kosten, die im einzelnen nicht quantifiziert werden können — so wird ein allfälliger Anpassungsbedarf entsprechend der schon heute gegebenen unterschiedlichen Ausstattungen von Krankenanstalt zu Krankenanstalt variieren — stehen freilich die erheblich verbesserte medizinische Versorgung und das Patientenwohl gegenüber. Überdies werden zahlrei-

che Maßnahmen (zB die verbesserte psychologische und psychotherapeutische Versorgung, Ausbau der Bestimmungen über Hygienevorsorge, Qualitätssicherung) langfristig auch zu Einsparungen im Gesundheitsversorgungssystem führen. Wie im Vorblatt erwähnt, werden im Hinblick auf die finanziellen Auswirkungen noch Gespräche mit den Finanzreferenten der Länder sowie Vertretern des Städtebundes und des Gemeindebundes zu führen sein. Schließlich befindet sich der Entwurf im Einklang mit der Rechtsordnung des EWR und der EG.

Besonderer Teil

Zu Art. I Z 1 (§ 1 Abs. 1):

Einem Hinweis im Begutachtungsverfahren folgend, wurde die Umschreibung des Krankenanstaltenbegriffs in § 1 Abs. 1 durch Z 5 (Maßnahmen der medizinischen Fortpflanzungshilfe) erweitert, da die in § 1 Abs. 2 Z 2 des FortpflanzungsmedizinG, BGBl. Nr. 275/1992, angeführte Maßnahme keiner der in § 1 Abs. 1 KAG genannten Zweckbestimmungen entspricht, derartige Maßnahmen nach dem FortpflanzungsmedizinG aber nur in Krankenanstalten durchgeführt werden dürfen. Dementsprechend erfolgte auch eine Anpassung in § 22 (vgl. Z 34) und § 26 (vgl. Z 36).

Die Ergänzung in § 1 Abs. 1 Z 1 erfolgte insbesondere zur Klarstellung im Zusammenhang mit klinischen Prüfungen an gesunden Personen (vgl. auch Z 34).

Zu Art. I Z 2 (§ 2 Abs. 2 lit. a):

Entsprechend einer Anregung des Bundesministeriums für Justiz wurde § 2 Abs. 2 lit. a neu formuliert. Dies aus folgenden Überlegungen: Der Negativkatalog des § 2 Abs. 2 schließt in lit. a auch die (Justiz-)Anstalten, die für die Unterbringung geisteskranker, unzurechnungsfähiger, vermindert zurechnungsfähiger, trunksüchtiger oder drogensüchtiger Rechtsbrecher bestimmt sind, vom Krankenanstaltenbegriff des § 1 und damit vom Anwendungsbereich des Gesetzes aus. Die Neuformulierung soll zunächst eine terminologische Übereinstimmung mit den im Strafgesetzbuch und im Strafvollzugsgesetz verwendeten Begriffen herbeiführen. Zusätzlich sollen die Krankenabteilungen in allgemeinen Justizanstalten (gerichtlichen Gefängnishäusern, Strafvollzugsanstalten und Sonderanstalten) in diesen Negativkatalog Eingang finden. Solche Krankenabteilungen haben nämlich — vor allem auf Grund ihrer beschränkten apparativen und personellen Ausstattung — nicht den Charakter einer Krankenanstalt, sondern dienen lediglich einer Vereinfachung der Versorgung und der ärztlichen Betreuung bettlägeriger kranker Strafgefangener, die einer intensiveren Betreuung auf der Stufe, einer

Krankenanstalt nicht bedürfen. Man kann zwar auch bei der bisherigen Gesetzeslage gute Gründe für einen Größenschluß finden, nach dem solche Krankenabteilungen nicht unter den Krankenanstaltenbegriff fallen; eine Klarstellung ist jedoch von Vorteil.

Zu Art. I Z 3 und 4 (§ 2 a Abs. 1 lit. a Schlußteil und lit. b vorletzter Teilsatz):

Die geltende Rechtslage unterscheidet in nicht nachvollziehbarer Weise zwischen fachärztlicher „Betreuung“ (§ 2 a Abs. 1 lit. a) und fachärztlicher „Behandlung“ (§ 2 a Abs. 1 lit. b) durch Fachärzte als Konsiliarärzte, wobei diese im § 2 a Abs. 1 lit. b KAG auch als „ständige“ Konsiliarärzte bezeichnet werden. Sowohl in den Krankenanstalten nach § 2 a Abs. 1 lit. a als auch in jenen nach § 2 a Abs. 1 lit. b hat diese Versorgung jeweils „gesichert“ zu sein.

Die vorgeschlagene Neufassung sieht eine Vereinheitlichung der Formulierungen vor, wobei der umfassenden Wendung „Betreuung“ der Vorzug vor dem engeren Ausdruck „Behandlung“ gegeben wird.

Weiters ist im Hinblick auf den geltenden Gesetzestext festzuhalten, daß die gegenwärtige Rechtslage auch dahin verstanden werden könnte, konsiliarfachärztliche Betreuung auf allen Gebieten sicherzustellen. Dies birgt — sofern es überhaupt möglich ist, in der notwendigen Zahl entsprechende Fachärzte als Konsiliarfachärzte zu verpflichten — die Gefahr in sich, daß schon aus personellen Gründen während der Zeiten der Abwesenheit des jeweiligen Konsiliarfacharztes kein geeigneter Facharzt zur Verfügung steht. Hinzu kommt die wohl nicht unbeträchtliche finanzielle Komponente, wenn der Anstaltszweck und das Leistungsangebot durch Einrichtungen auf diversen Sonderfachgebieten, die durch Konsiliarärzte betreut werden, wesentlich erweitert werden.

Unter den Gesichtspunkten der Qualitätssicherung sowie der gebotenen ökonomischen Betrachtung kann festgehalten werden, daß es sicher nicht der Systematik des Krankenanstaltenrechts entspricht, das Versorgungsgefüge von Standard-, Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten dadurch zu verschieben, daß durch die Errichtung diverser zusätzlicher, unter konsiliarfachärztlicher Betreuung stehender Einrichtungen das Leistungsangebot von Spitälern der einen Kategorie beträchtlich dem der nächsthöheren angenähert wird. Sofern eine intensive ärztliche Betreuung durch medizinische Einrichtungen geboten ist, die — einschließlich des fachärztlichen Personals — in einer Krankenanstalt nicht zur Verfügung stehen, ist eine Verlegung des Patienten in eine geeignete Krankenanstalt geboten.

Aus diesen Gründen soll § 2 a Abs. 1 lit. a und lit. b KAG in Hinkunft deutlicher zum Ausdruck bringen, daß die ärztliche Betreuung durch Konsiliarärzte auf jenen medizinischen Sonderfächern gesichert zu sein hat, die nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt in Betracht kommen. Andernfalls wird eine Verlegung des Patienten in eine geeignete Krankenanstalt zu erfolgen haben.

Zu Art. I Z 5 (§ 2 a Abs. 2):

Der geltende Text des § 2 a Abs. 2 schreibt fest, daß Universitätskliniken einschließlich der medizinischen Universitätsinstitute jedenfalls als Zentralkrankenanstalten gelten. Die Neuformulierung soll neben diesem Gedanken zum Ausdruck bringen, daß diese Krankenanstalten neben der Zweckbestimmung des § 1 auch der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen.

Zu Art. I Z 6 (§ 3 Abs. 1):

Die Neufassung des § 3 Abs. 1 steht im Zusammenhang mit der Neuregelung der Bedarfsprüfung im § 3 Abs. 2 lit. a (vgl. Z 7). Um Grundrechtsverletzungen durch ungerechtfertigte Abweisungen von Anträgen auf Erteilung einer Errichtungsbewilligung auszuschließen, muß die Behörde konkrete Informationen über das beabsichtigte Spitalsprojekt erhalten. Aus diesem Grund sieht die Neufassung des § 3 Abs. 1 vor, über die bisherige Regelung hinaus nicht nur den Anstaltszweck (dh. die Art der Krankenanstalt im Sinne der Einteilung nach § 2 Abs. 1 KAG), sondern auch das in Aussicht genommene Leistungsangebot genau zu bezeichnen. Damit in Zusammenhang steht auch der neuformulierte § 3 Abs. 4 lit. d (vgl. Z 9).

Zu Art. I Z 7 und 8 (§ 3 Abs. 2 lit. a und § 3 Abs. 3):

Der Verfassungsgerichtshof hat mit seinem Erkenntnis vom 7. März 1992, GZ G 198, 200/90 ua., § 3 Abs. 2 lit. a und die Wortfolge „die gesetzliche Interessensvertretung der privaten Krankenanstalten, bei Bewilligung der Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums (§ 2 Abs. 1 Z 7), sofern nicht Abs. 6 anzuwenden ist, auch die zuständige Ärztekammer und“ im § 3 Abs. 3 zweiter Satz des KAG wegen Verletzung des Grundrechts auf Erwerbsfreiheit (Art. 6 StGG) als verfassungswidrig aufgehoben.

Die aufgehobenen Bestimmungen haben eine Bedarfsprüfung für Ambulatorien und Sanatorien vorgesehen. Zwar sind nach Ansicht des Verfassungsgerichtshofes gesetzliche Regelungen, die die Erwerbsausübungsfreiheit beschränken, zulässig, wenn sie das öffentliche Interesse gebietet und sie zur Zielerreichung geeignet und adäquat (verhält-

nismäßig) sind, und sie auch sonst sachlich gerechtfertigt werden können. In diesem Sinne anerkannte der Verfassungsgerichtshof, daß an einer flächendeckenden, bestmöglichen und erschwinglichen medizinischen Versorgung der gesamten Bevölkerung ein öffentliches Interesse besteht und daß dieses Ziel auch von derart überragender Bedeutung angesehen werden muß, daß das vom Gesetzgeber zur Zweckverwirklichung eingesetzte (taugliche) Mittel der Bedarfsprüfung bzw. des Konkurrenzschutzes nicht als unverhältnismäßig zu qualifizieren ist.

Weiters räumte der Verfassungsgerichtshof ein, daß der medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch gemeinnützige Einrichtungen, unabhängig davon, ob sie von einer Gebietskörperschaft oder einem sonstigen Rechtsträger betrieben werden, vorrangige Bedeutung zukommt.

Dessen ungeachtet gelangte der Verfassungsgerichtshof zum Ergebnis, daß die genannten Bestimmungen des KAG im Hinblick auf das Grundrecht der Erwerbsfreiheit verfassungswidrig sind:

Die genannten geltenden Bestimmungen des KAG bringen nach Ansicht des Höchstgerichtes nicht zum Ausdruck, daß privaten, nach erwerbswirtschaftlichen Kriterien geführten Krankenanstalten bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung nur subsidiäre Bedeutung zukommt. Deshalb mußte die gesamte Regelung aufgehoben werden, obgleich der Verfassungsgerichtshof den Konkurrenzschutz nur für bestehende erwerbswirtschaftlich geführte Krankenanstalten für verfassungswidrig hält.

Bei der Ausarbeitung einer Ersatzregelung gilt es daher, private, auf Gewinn gerichtete Einrichtungen der medizinischen Versorgung der Bevölkerung vom Konkurrenzschutz durch Feststellung eines Bedarfes als Voraussetzung für die Erteilung einer Errichtungsbewilligung auszunehmen, während gegenüber öffentlichen und gemeinnützigen Einrichtungen der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, die letztlich auch nur durch die Finanzierung mit beträchtlichen Mitteln der öffentlichen Hand (einschließlich der Mittel der sozialen Krankenversicherung) betrieben werden können, auch in Hinkunft ein Konkurrenzschutz normiert werden kann.

Die Neufassung des § 3 Abs. 2 lit. a schlägt daher für die Ersatzregelung auch in Hinkunft eine Bedarfsprüfung im Zusammenhang mit öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten vor.

Der Auftrag einer flächendeckenden und erschwinglichen medizinischen Versorgung der gesamten Bevölkerung wird aber nicht nur durch öffentliche und private gemeinnützige Krankenanstalten erfüllt. Im Rahmen des bestehenden Systems der Gesundheitsversorgung kommen daneben auch

niedergelassene Kassenvertragsärzte und Dentisten, kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen in Betracht.

Ist nun bei der Prüfung einer allfälligen Verletzung des Grundrechts auf Erwerbsfreiheit ein Konkurrenzschutz für Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitsversorgung, die jedermann flächendeckend und erschwinglich die erforderliche medizinische Betreuung ermöglichen, als sachlich gerechtfertigter und adäquater Eingriff in das Grundrecht anzuerkennen, so müssen in diese Überlegung auch die im vorigen Absatz erwähnten Einrichtungen, die das medizinische Versorgungsangebot sicherstellen, miteinbezogen werden. Auch diesem Gedanken trägt die Fassung des § 3 Abs. 2 lit. a Rechnung.

Die Neufassung des § 3 Abs. 3 ist redaktioneller Art, da die Bestimmungen über die verfahrensrechtliche Stellung von Interessenvertretungen im Zusammenhang mit der Bedarfsprüfung nunmehr in § 3 Abs. 7 (neu) enthalten sind.

Zu Art. I Z 9 (§ 3 Abs. 4 lit. d):

Wie in den Erläuterungen zu Art. I Z 6 ausgeführt, steht die Neufassung des § 3 Abs. 4 lit. d in Zusammenhang mit § 3 Abs. 1. Auf Grund des § 3 Abs. 4 lit. d (der hiezu zu treffenden Ausführungsregelung) werden die Antragsunterlagen darzustellen haben, daß dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot entsprechend auch für die erforderliche apparative und personelle Ausstattung vorgesorgt ist. In dieser Phase des Vorhabens der Errichtung einer Krankenanstalt werden naturgemäß keine Garantien für tatsächliche Ausstattung in apparativer und personeller Hinsicht gegeben werden können. Durch die Vorlage entsprechender Organisationskonzepte und anderer Unterlagen, wie etwa auch Vorverträgen, wird aber der Behörde glaubhaft zu machen sein, daß die geplante apparative und personelle Ausstattung den Erfordernissen — gemessen an Anstaltszweck und Leistungsangebot — Rechnung tragen wird.

Zu Art. I Z 10 (§ 3 Abs. 6 und 7 neu):

Im behördlichen Verfahren betreffend die Genehmigung von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers soll die zuständige Ärztekammer nur mehr im Verfahren betreffend die Errichtungsbewilligung Parteistellung und Beschwerdelegitimation haben, da lediglich im Verfahren betreffend die Erteilung der Errichtungsbewilligung für ein selbständiges Ambulatorium eines Krankenversicherungsträgers die Interessen der zuständigen Ärztekammer berührt werden.

§ 3 Abs. 7 (neu) folgt den zur neuen Bedarfsprüfungsregelung angestellten Überlegungen, wonach

im Sinne der Judikatur des Verfassungsgerichtshofes jenen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, die flächendeckend eine erschwingliche medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung auf der finanziellen Basis öffentlicher Mittel sicherstellen, auch vor dem Hintergrund des Grundrechts auf Freiheit des Erwerbs ein Konkurrenzschutz zukommen kann. Flankierend zur Regelung des § 3 Abs. 2 lit. a ist es geboten, den in Betracht kommenden Interessenvertretungen bzw. dem jeweiligen Sozialversicherungsträger Parteistellung zur Bedarfsfrage im Verwaltungsverfahren und in diesem Zusammenhang auch Beschwerdelegitimation vor dem Verwaltungsgerichtshof zuzuerkennen.

Zu Art. I Z 11 (§ 3 a):

Im Sinne des durch die Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes entwickelten „Berücksichtigungsprinzips“ soll die Landesausführungsgesetzgebung im Zusammenhang mit den Bestimmungen über die Errichtung und den Betrieb von Krankenanstalten für jene Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, auch auf die Zwecke der medizinischen Forschung und Lehre im Sinne des UOG Rücksicht nehmen.

Dabei hat die Landesgesetzgebung eine Organisationsform der Krankenanstalt vorzusehen, die es ermöglicht, daß den Lehr- und Forschungsaufgaben im klinischen Bereich der medizinischen Fakultät in gleicher Weise entsprochen werden kann, wie dem Auftrag zur Sicherstellung von Krankenanstaltspflege. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, daß — worauf auch § 22 Abs. 2 zweiter Satz KAG, wonach bei der Aufnahme von Pflinglingen auch auf den Zweck der Krankenanstalt Bedacht zu nehmen ist, hindeutet — sich der Versorgungsauftrag, Zentralkrankenanstalten einzurichten, darauf bezieht, über die sonstige Versorgung mit Standard- und Schwerpunktkrankenanstalten hinaus Einrichtungen der Spitzenmedizin anzubieten.

Korrespondierend zu den Bestimmungen des UOG (§ 54 Abs. 4 und 5) soll auch im Krankenanstaltenrecht die Verpflichtung verankert werden, daß die Träger von Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, über das Zusammenwirken mit dem Träger der medizinischen Fakultät eine Vereinbarung abzuschließen haben.

Zu Art. I Z 12 (§ 4 Abs. 1 zweiter Satz):

Die präzisere Fassung schon der grundsatzgesetzlichen Bestimmungen soll es in Hinkunft erleichtern, seitens der Landesregierungen auf eine vorausschauende Planung achten zu können. Es

wird bereits grundsatzgesetzlich klargestellt, daß auch entscheidende Veränderungen der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes als wesentliche Veränderungen der Bewilligung der Landesregierung bedürfen.

Zu Art. I Z 13 (§§ 5 a und 5 b):

Zu § 5 a:

Der Begutachtungsentwurf hat vorgesehen, die Regelungen über die Anstaltsordnung um Bestimmungen über Patientenrechte zu erweitern und auf diese Weise für den Bereich der Krankenanstalten eine Absicherung der Patientenrechte zu erreichen. Dieser Vorschlag wurde im Zuge des Begutachtungsverfahrens problematisiert, weil eine Regelung der Patientenrechte durch den Träger der Krankenanstalt in den einzelnen Anstaltsordnungen zu unterschiedlichen Ausgestaltungen dieses Bereichs durch die einzelnen Träger führen würde.

Diesem zu Recht geäußerten Unbehagen an der im Begutachtungsentwurf vorgeschlagenen Lösung kann auf dem Boden der Kompetenzlage dadurch Rechnung getragen werden, daß die Träger der Krankenanstalten verpflichtet werden, durch ihre Organisation sicherzustellen, daß Patienten die im Gesetz angeführten Patientenrechte in Anspruch nehmen können bzw. ihnen diese Rechte gewährt werden. Diese auf die Organisation der Krankenanstalt zielende Regelung läßt unbenommen, daß Patientenrechte in einer Vielzahl von Materien ihre Grundlage haben. An dieser kompetenzmäßigen Zuordnung wird durch den vorliegenden Entwurf nichts geändert.

Der Begriff der „Vertrauensperson“ ist bewußt in den Gesetzestext aufgenommen, während in diesem Zusammenhang der Begriff „Angehöriger“ keine Erwähnung findet (siehe § 6 Abs. 3 Z 6). Dadurch soll zum Ausdruck gebracht werden, daß nicht jede Person, die im familienrechtlichen Sinn als Angehöriger zu verstehen ist, auch von der vorliegenden Regelung erfaßt wird, während umgekehrt eine Reihe von Personen, die nicht Angehörige sind, unter den Begriff der „Vertrauensperson“ fallen.

Zu Z 1: Patienten können nur dann ihre Rechte auch wahrnehmen, wenn sie über die ihnen zustehenden Rechte informiert sind. Diese Information ist daher die Grundvoraussetzung für die Ausübung aller anderen Patientenrechte. Die organisationsrechtliche Verpflichtung, sicherzustellen, daß sich Patienten über ihre Rechte informieren können, steht daher an der Spitze der Patientenrechte.

Nach einhelliger Lehre und Judikatur fällt das Recht des Patienten auf Einsicht in die Krankengeschichte als Recht des Patienten aus dem Behandlungsvertrag in den Bereich des Zivilrechts (vgl. zB OGH. 25. Mai 1984, 1 Ob 550/84, JBl.

1985/159 ff.). Diesbezügliche Regelungen können daher nicht im Rahmen des Art. 12 B-VG getroffen werden. Sehr wohl kann aber im Sinne einer krankenanstalten-rechtlichen Organisationsnorm vorgesehen sein, daß der Betrieb einer Krankenanstalt sicherzustellen hat, daß das Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte auch tatsächlich ausgeübt werden kann.

Ein weiteres grundlegendes Patientenrecht ist das Recht auf Aufklärung, da eine rechtsgültige Einwilligung in die zu setzenden medizinischen Maßnahmen eine vorhergehende umfassende Aufklärung voraussetzen.

Zu Z 3 ist anzumerken, daß durch die Weitergabe von Informationen an Vertrauenspersonen keine Verletzung der umfassend geregelten ärztlichen Verschwiegenheit (vgl. zB § 121 StGB und § 26 Ärztegesetz 1984) erfolgen darf. Die Weitergabe von Informationen an andere Personen als den Patienten wird daher davon abhängen, daß der Patient eine bestimmte Person als Person seines Vertrauens bezeichnet, was beispielsweise schon im Rahmen der Aufnahmeformalitäten erfolgen kann. Dies wird wohl auch konkludent durch die Angabe von Vertrauenspersonen, mit denen die Krankenanstalt in Bedarfsfall Kontakt aufnehmen kann, geschehen können. Auch die Angabe solcher Personen wird als Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht gewertet werden können (vgl. auch § 26 Abs. 2 Z 1 Ärztegesetz 1984). Umgekehrt wird auch besonders zu respektieren sein, wenn ein Patient bestimmte Personen, selbst wenn es nächste Angehörige sind, von einer Weitergabe bestimmter Auskünfte ausdrücklich ausnimmt.

Der Vorschlag der Z 7, eine ausreichende Wahrung der Intimsphäre vorzusehen, muß keinesfalls mit einer nennenswerten finanziellen Belastung der Spitalsträger verbunden sein. Es darf darauf hingewiesen werden, daß schon einfachste Mittel, wie zB Paravents oder Vorhangschienen zwischen den Betten von Mehrbetträumen sicherstellen können, daß sich in bestimmten Situationen ein Patient den Blicken der mit ihm gemeinsam in einem Raum befindlichen anderen Patienten entziehen kann.

Als Forderung der schon mehrfach erwähnten Expertengremien wurde auch darauf hingewiesen, daß auch für allgemeine medizinische Anliegen der Patienten ständig ein Arzt zur Verfügung zu stehen hat. Dieses Anliegen kann im Rahmen der Regelungen über Patientenrechte umgesetzt werden.

Die Z 9 soll sicherstellen, daß für Patienten, deren Ableben erwartet werden muß, ein möglichst humanes Umfeld einschließlich der Gelegenheit zur Kontaktnahme mit Vertrauenspersonen gewährt wird.

Ein Faktor, der im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes zusätzlich belastend wirkt, ist die grundlegende Umgestaltung des Lebensrhythmus, der sich oft auch aus der Organisation des Dienstes der Leistungserbringer im Krankenhaus ergibt. Es soll daher bei der Leistungserbringung, soweit dies möglich ist, auf den allgemein üblichen Lebensrhythmus Rücksicht genommen werden.

Schließlich kann auch die von der in Rede stehenden Gesetzesstelle in Z 11 geforderte „kindergerechte Ausstattung“ schon mit verhältnismäßig geringem Aufwand vorgenommen werden. Dabei wird nicht übersehen, daß ohnehin schon eine Reihe von Krankenanstalten in Bereichen, die der Versorgung von Kindern dienen, bemüht sind, ihren jungen Patienten den Spitalsaufenthalt altersgemäß möglichst freundlich zu gestalten. Die grundsatzgesetzliche Vorgabe soll aber sicherstellen, daß dieses Prinzip in jeder Krankenanstalt zu beachten ist.

Zu § 5 b:

Die Weltgesundheitsorganisation hat in ihrem Programm „Gesundheit 2000“ unter Ziel 31 die Empfehlung ausgesprochen, daß jeder Mitgliedsstaat in seinem Gesundheitsversorgungssystem effektive Verfahren der Qualitätssicherung in der Patientenversorgung realisiert. Von großer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang natürlich die Einführung von qualitätssichernden Strukturen, Verfahren und Maßnahmen in den Krankenanstalten. Ziel dabei ist in jedem Fall eine verbesserte Versorgung der Patienten durch eine fortlaufende Optimierung möglichst aller Krankenhausleistungen.

Es gibt keine Qualität zB ärztlich/pflegerischer Handlungen an sich, sondern immer nur im Hinblick auf bestimmte Ziele, die im einzelnen erreicht werden sollen. Qualität ist abhängig von den Zielvorstellungen, die mit ärztlich/pflegerischen Handlungen in Verbindung gebracht werden. Die Ziele einer umfassenden Qualitätssicherung können grob unterteilt werden in

- wissenschaftlich/technische, die sich am wissenschaftlichen Kenntnisstand von Medizin und Krankenpflege (unter Einschluß der medizinisch-technischen Dienste) und an den derzeit möglichen Technologien orientieren,
- interpersonale Ziele, die sich vor allem an der Übereinstimmung ärztlicher und pflegerischer Handlungen (unter Einschluß der medizinisch-technischen Dienste) mit den gültigen Wertvorstellungen und den Rechten und Bedürfnissen der Patienten orientieren und
- ökonomische Ziele, die sich daran orientieren, ob die vorgegebenen medizinischen Ziele mit dem rationellsten Mitteleinsatz erreicht werden (eine Senkung der Kosten ist nur dann wirtschaftlich und medizinisch vertretbar, wenn sie nicht zu Lasten der Leistung und damit der Qualität geht).

Die Qualitätssicherung bzw. Qualitätsverbesserung ist ein dynamischer Prozeß, der nur von den verantwortlichen Berufsgruppen selbst ausgehen kann (interne Qualitätssicherung). Davon zu unterscheiden ist die Qualitätskontrolle, die als nachprüfende kontrollierende Aufsicht vorzunehmen wäre.

Abs. 1 und 2 verpflichten nun die Träger von Krankenanstalten zu umfassenden Aktivitäten, die zur Sicherung der Qualität der Krankenhausleistungen gesetzt werden müssen. Eine der Voraussetzungen für Qualitätssicherung liegt mit Sicherheit in einer Mindestanzahl von qualifiziertem ärztlichen und nichtärztlichen Personal, doch ist zu betonen, daß mehr Personal nicht in jedem Fall gleichbedeutend mit Qualität sein muß. Die personelle Ausstattung kann aber ein Indikator für Qualität sein. Ähnlich verhält es sich mit den medizinisch-technischen Geräten und den infrastrukturellen Einrichtungen. Auch sind für Qualitätssicherung bestimmte bauliche und organisatorische Voraussetzungen notwendig.

Voraussetzungen zu schaffen bedeutet weiters, daß bei Bedarf externe Fachleute, die sich mit Qualitätssicherung in Krankenanstalten befassen, beigezogen werden können. Auch die Aus- und Weiterbildung des Personals in der Qualitätssicherung ist zu gewährleisten.

Der Vergleich der Leistungen soll es der einzelnen Krankenanstalt ermöglichen, zu beurteilen, inwieweit die gesteckten Ziele im Zeitablauf erreicht werden können. Weiters kann der Träger der Krankenanstalt die Leistungen mit denen anderer Krankenanstalten vergleichen. Diese Vergleiche ermöglichen den in der Krankenanstalt Tätigen und dem Rechtsträger ein wertvolles Feedback über die Effizienz des Qualitätssicherungssystems. Die Ergebnisse der begleitenden Qualitätssicherungsmaßnahmen sollen den betroffenen und mitwirkenden Mitarbeitern nicht zuletzt aus Motivationsgründen offengelegt werden.

Die in Abs. 4 des § 5 b vorgesehene Kommission hat die Aufgabe, für fortlaufende Qualitätssicherung zu sorgen (vgl. auch Abs. 5). Wesentlich wird dabei auch die Förderung von berufsgruppenübergreifenden Teamarbeiten sein. Eine Verbesserung der Qualität der erbrachten Leistungen wird nämlich nach den vorliegenden Erfahrungen insbesondere aus interdisziplinärer Teamarbeit erwachsen. Nur im Zusammenwirken aller beteiligten Berufsgruppen können verbindliche Kriterien für die Erstellung von Qualitätsstandards (Soll-Werten) gefunden und die entsprechenden Maßnahmen eingeleitet werden. Als methodischer Ansatz hat sich eine Vorgangsweise nach praxisorientiertem Arbeiten am besten bewährt.

So könnten zB von den betroffenen Mitarbeitern in interdisziplinärer Teamarbeit konkrete, beson-

ders verbesserungswürdige Anliegen und Probleme eines Krankenanstaltenbereiches angesprochen, allenfalls mit Hilfe eines ihnen zur Verfügung gestellten Fachmannes Lösungsvorschläge erarbeitet und daraus resultierend rückwirkend Qualitätskriterien bzw. -standards aufgestellt werden. Diese (heuristische) Vorgangsweise ermöglicht sodann ein zielorientiertes Handeln in Richtung Qualitätsverbesserung.

Es bleibt noch zu erwähnen, daß das Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz ein Handbuch mit Anleitungen zur Ein- und Durchführung von Qualitätssicherung anhand von konkreten Beispielen aus allen relevanten Bereichen (ärztliche, pflegerische, organisatorische Qualitätssicherung usw.) herausgeben wird, um den Anwendern den Zugang zur Thematik zu erleichtern.

In Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, soll wegen des in der täglichen Praxis nicht trennbaren Zusammenhanges der Krankenversorgung und des Forschungs- und Lehrbereiches ein Vertreter der medizinischen Fakultät der Kommission angehören.

Zu Art. I Z 14 (§ 6 Abs. 1 lit. c):

Diese Erweiterung der Regelung über die Anstaltsordnung über regelmäßige Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen dient der Umsetzung von Expertenvorschlägen zur Verbesserung der inneren Betriebsstruktur in Krankenanstalten.

Zu Art. I Z 15 (§ 6 Abs. 1 lit. e):

Der Kampf gegen das Rauchen ist ein besonderes gesundheitspolitisches Anliegen. Der Schutz der Passivraucher vor Belästigungen und Gefährdungen durch Tabakrauch ist dabei besonders zu berücksichtigen. Gerade in Krankenanstalten ist im Sinne des WHO-Projektes „Gesundheit und Krankenhaus“ der Gesundheitsförderung verstärktes Augenmerk zuzuwenden.

Es wird daher bei der Umsetzung des § 6 Abs. 1 lit. e durch die Träger der Krankenanstalt in der Anstaltsordnung davon auszugehen sein, daß in allen allgemein zugänglichen Bereichen Rauchverbot herrscht und den Bedürfnissen der Raucher — soweit dies erforderlich erscheint — durch die Einrichtung eigener „Raucherzimmer“ Rechnung getragen wird.

Zu Art. I Z 16 (§ 6 Abs. 4 neu):

Diese Neuregelung verpflichtet die Träger von Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät

dienen, den inneren Betrieb der Krankenanstalt auch auf die Bedürfnisse der medizinischen Forschung und Lehre abzustimmen. Vor der Genehmigung der Anstaltsordnung durch die Landesregierung ist der Bundesminister für Wissenschaft und Forschung zu hören.

Zu Art. I Z 17 (§ 6 a Abs. 2):

Bei Krankenanstalten, die gleichzeitig universitären Zwecken dienen, soll auch ein Vertreter der medizinischen Fakultät in der kollegialen Führung vertreten sein. Dieser wird die Interessen der Forschung und Lehre in der kollegialen Führung zu vertreten haben.

Zu Art. I Z 18 (§ 7 Abs. 2):

Der bisherige Ausdruck „Behinderung“ wird wohl schon bisher richtigerweise im Sinne von „Verhinderung“ des ärztlichen Leiters zu verstehen gewesen sein. Diesem richtigen Verständnis sollte auch im Gesetzeswortlaut Rechnung getragen werden. Krankenanstalten ab einer gewissen Größe erfordern es, daß der Leiter des ärztlichen Dienstes den überwiegenden Teil seiner Beschäftigung den Aufgaben der ärztlichen Leitung der Krankenanstalt widmet. Es bleibt dem Landesausführungsgesetzgeber überlassen, nähere Angaben über die Größe der Krankenanstalt zu treffen, die tatsächlich eine hauptberufliche ärztliche Leitung erfordern.

Zu Art. I Z 19 (§ 7 Abs. 4):

Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß die Krankenbehandlung in Krankenanstalten auf fachärztlichem Niveau zu erfolgen hat. Aus diesem Grund und um für den Fall der Verhinderung des Abteilungsleiters bzw. des Leiters eines Laboratoriums, Ambulatoriums oder einer Prosektur einen entsprechend qualifizierten Arzt als verantwortlichen Leiter im Sinne einer bestmöglichen Patientenversorgung zur Verfügung zu haben, legt diese Bestimmung fest, daß im Fall der Verhinderung die Vertretung durch einen in gleicher Weise qualifizierten Arzt sicherzustellen ist.

Zu Art. I Z 20 (§ 7 Abs. 6):

Es handelt sich um eine sprachliche Anpassung.

Zu Art. I Z 21 (§ 8 Abs. 1):

Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, daß in Krankenanstalten allen Ärzten Gelegenheit geboten werden muß, sich ihrer aus dem Ärztegesetz ergebenden Fortbildungsverpflichtung nachkommen zu können.

Korrespondierend zu den Bestimmungen des Ärztesgesetzes über die Ausbildung der Turnusärzte sollen die Träger von Krankenanstalten durch krankenanstaltenrechtliche Vorgaben verpflichtet werden, durch die Organisation des ärztlichen Dienstes sicherzustellen, daß in anerkannten Ausbildungsstätten die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet ist.

Zu Art. I Z 22 (§ 8 a):

Schon bisher hatten die Träger von Krankenanstalten durch die Bestellung eines zur Wahrung der Belange der Hygiene verantwortlichen fachlich geeigneten Arztes Sorge zu tragen, daß die Aufgaben der Krankenhaushygiene erfüllt werden können. Aus Hygienefachkreisen wurde in den letzten Jahren wiederholt Kritik geübt, daß der im bisherigen § 8 a KAG allein vorgesehene Krankenhaushygieniker nicht allen Anforderungen gerecht werden kann. Dies sei schon aus der Fülle der mit dieser Stellung verbundenen Aufgaben unmöglich.

Es wird daher vorgeschlagen, § 8 a KAG im fachlich gebotenen Ausmaß zu erweitern, wobei der Entwurf den aus Fachkreisen der Hygiene geäußerten Vorstellungen über eine Regelung dieses Bereiches entspricht.

Da es nicht möglich sein wird, für jede Krankenanstalt einen Facharzt für Hygiene als Krankenhaushygieniker bestellen zu können, soll alternativ auch — dem bisherigen § 8 a KAG folgend — ein sonst fachlich geeigneter Arzt für die Wahrung der Belange der Hygiene bestellt werden können. Die Bezeichnung „Krankenhaushygieniker“ sollte aber dem Facharzt für Hygiene vorbehalten sein, während der sonst fachlich geeignete Arzt die Bezeichnung „Hygienebeauftragter“ erhalten soll.

Die geforderte fachliche Eignung des „Hygienebeauftragten“ wird durch spezielle postpromotionelle Fort- und Weiterbildung erzielt und nachgewiesen werden können.

In bettenführenden Krankenanstalten sind die Aufgaben der Hygiene so mannigfach und umfassend, daß mit der Bestellung eines Arztes iS des § 8 a Abs. 1 aber keinesfalls das Auslangen gefunden werden kann.

In diesem Sinn schlägt daher § 8 a Abs. 2 vor, dem Krankenhaushygieniker oder dem Hygienebeauftragten aus dem Kreis des diplomierten Krankenpflegedienstes eine die Hygienebelange hauptberuflich wahrnehmende Person als Hygienefachkraft zur Seite zu stellen. Die notwendige Wissensvermittlung wird insbesondere durch die im sog. Krankenpflegegesetz für Spezialaufgaben vorgesehene Abhaltung spezieller Kurse erfolgen können (vgl. § 57 b Krankenpflegegesetz).

Der grundsatzgesetzliche Auftrag, mindestens eine Hygienefachkraft zu bestellen, wird durch die Ausführungsgesetzgebung näher zu präzisieren sein. Die Anzahl der Hygienefachkräfte in einer Krankenanstalt hängt von deren Umfang oder Aufgabenbereich ab. So wird beispielsweise eine Hygienefachkraft für je 300 Betten in bestimmten, besonders infektionsrelevanten Bereichen zu bestellen sein. Hierzu gehören beispielsweise Pflegeeinheiten für Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Infektionskrankheiten, Intensivmedizin, Dialyse und Maximalversorgung in der Inneren Medizin. Für die übrigen Fachbereiche der Krankenanstalt für Akutranke (einschließlich Neurologie) wird eine Hygienefachkraft für 600 Betten und für Sonderkrankenanstalten (einschließlich Krankenanstalten für Psychiatrie) eine Hygienefachkraft für 1000 Betten als angemessen erachtet.

Weiters wird es als unumgänglich angesehen, in bettenführenden Krankenanstalten auch Hygieneteams zu bilden, denen neben dem Krankenhaushygieniker bzw. dem Hygienebeauftragten und der Hygienefachkraft weitere Mitarbeiter des ärztlichen und nichtärztlichen Dienstes anzugehören haben. Dem Aufgabenbereich des Hygieneteams (wie zB Infektionsüberwachung, Ausarbeitung von Richtlinien für infektionsrelevante Tätigkeiten, Ausarbeitung eines Hygiene- und Abfallplanes, Stellungnahme zu Planungsunterlagen für Neu-, Zu- und Umbauten sowie bei der Anschaffung infektionsrelevanter Geräte und Güter) sollte ein eigener Abschnitt in der Anstaltsordnung gewidmet sein. Dies hätte durch die Ausführungsgesetzgebung über die grundsatzgesetzlichen Vorgaben des § 6 KAG hinaus angeordnet zu werden.

Überdies erscheint es sinnvoll, dem Hygieneteam auch eine qualifizierte Person des medizinisch-technischen Dienstes beizustellen (mikrobiologisches Labor).

Da die Bestimmungen über die Bildung eines Hygieneteams jedenfalls nach dem Grundsatzgesetz für Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien nicht vorgesehen sind, gilt es in einem eigenen Abs. 5 sicherzustellen, daß zu den demonstrativ im Abs. 4 genannten Aufgaben des Hygieneteams in Ambulatorien jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen ist.

Zu Art. I Z 23 (§ 8 c):

Die schon seit der KAG-Novelle BGBl. Nr. 282/1988 vorgesehene Kommission zur Beurteilung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln in Krankenanstalten soll nunmehr auch grundsatzgesetzlich ausdrücklich als Ethikkommission bezeichnet und in ihrer personellen Zusammensetzung internationalen Standards angeglichen werden.

Die vorgesehene Zusammensetzung der Ethikkommission garantiert eine hohe ethische und fachliche Kompetenz beim Schutz der Versuchspersonen. Durch die damit gegebene Leistungsfähigkeit bei der Beurteilung klinischer Prüfungen auch im Hinblick auf die Einhaltung internationaler Standards (zB Deklaration von Helsinki) bleibt Österreich für die internationale medizinische Forschung auf diesem Gebiet attraktiv. Das bedeutet auch, daß österreichische Patienten einen sehr frühen Zugang zu verbesserten medizinischen Behandlungsverfahren gewinnen können. In Zukunft werden nur mehr derart durchgeführte und bewertete klinische Prüfungen für die im EWR vorgesehenen Konformitätsbewertungsverfahren (dh. Zulassungsverfahren) anerkannt werden können. Die vorgesehene Zusammensetzung stellt eine Mindestanforderung dar, bei der allfälligen Erweiterung werden sich für die Landesgesetzgebung auch die Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste anbieten.

Medizinprodukte (medizinische Geräte und Bedarfsartikel sowie Labordiagnostikprodukte) werden in Zukunft im EWR auch hinsichtlich der Vorgangsweise bei der klinischen Prüfung einheitlichen Regeln unterliegen. Demgemäß wird die Befassung einer Ethikkommission vor der klinischen Prüfung bestimmter Medizinprodukte obligatorisch sein. Für eine entsprechende Infrastruktur, dh. der Errichtung von Ethikkommissionen auch für diese Aufgaben, ist daher ebenfalls vorzuzorgen. Auf Grund der ähnlichen Aufgabenstellung kann die Zusammensetzung weitgehend der Ethikkommission für die Beurteilung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln entsprechen. Im Hinblick auf die erforderliche technische Sicherheit und die starke fachliche Heterogenität dieses Produktbereiches müssen aber zusätzlich ein technischer Sicherheitsbeauftragter und erforderlichenfalls weitere Experten kooptiert werden.

Schließlich soll die Ethikkommission auch die Anwendung neuer medizinischer Methoden in der Krankenanstalt beurteilen. Vor dem Hintergrund des § 8 Abs. 2 KAG, wonach eine ärztliche Behandlung nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft erfolgen darf, muß es sich dabei um Methoden handeln, deren Anwendung nach vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen und praktischen Erfahrungen eine verbesserte medizinische Behandlung erwarten läßt (vgl. dazu auch schon Loebenstein, Die strafrechtliche Haftung des Arztes bei operativen Eingriffen, ÖJZ 1978/313). Nach diesen vorliegenden Ergebnissen muß es sich dabei insgesamt auch um eine Methode handeln, deren Anwendung und Evaluierung nach den anerkannten Verfahren der Schulmedizin vorgenommen wurde und die an Patienten Anwendung finden soll, bei denen traditionelle medizinische Routineverfahren versagen oder einen geringeren Behandlungserfolg erwarten lassen.

Damit wird am Prinzip des § 8 Abs. 2 KAG nichts geändert. Es soll bloß in jenem Bereich, in dem zur Rettung oder sonst bestmöglichen Behandlung eines Patienten eine neue Methode, wie zB eine neue Operationstechnik, aus ärztlicher Sicht geboten ist, zur Unterstützung der Güterabwägung zwischen § 8 Abs. 2 KAG einerseits und der Anwendung einer neuen, für einen konkreten Patienten oder eine Patientengruppe erfolversprechenderen Methode andererseits eine Befassung der Ethikkommission erfolgen.

Weiters könnte die Landesausführungsregelung Mindestverhältniszahlen zwischen den männlichen und weiblichen Mitgliedern der Kommission festlegen.

Die Änderungen gegenüber dem Begutachtungsentwurf ergeben sich aus der Notwendigkeit, die Bestimmungen über die Ethikkommission nach § 8 c an die entsprechenden Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes, deren Änderung noch in dieser Gesetzgebungsperiode zu erwarten ist, anzugleichen. In diesem Zusammenhang ist insbesondere auch auf die Weisungsfreiheit der Mitglieder der Ethikkommission hinzuweisen. Überdies wurde als Reaktion auf Probleme in der bisherigen Praxis auch der Aufgabenbereich der Ethikkommission bereits grundsatzgesetzlich festgelegt.

Um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden, sieht Abs. 8 vor, daß in Krankenanstalten dann keine Ethikkommission nach Abs. 1 einzurichten ist, wenn an der medizinischen Fakultät nach universitätsrechtlichen Vorschriften eine gleichwertige Kommission eingerichtet ist.

Zu Art. I Z 24 (§ 8 d):

Es wurde bereits im Zusammenhang mit den Erläuterungen zur Qualitätssicherung darauf hingewiesen, daß auch der ausreichenden personellen Ausstattung ein besonders hoher Stellenwert zukommt. Aus diesem Grund ist es geboten, die Träger von Krankenanstalten ausdrücklich zu verpflichten, in ihrer Krankenanstalt regelmäßig Bedarfsplanung, insbesondere Bedarfsermittlung, Personaleinsatz und Gestaltung des Stellenplanes zu betreiben.

Im Zusammenhang mit den dafür erwähnten anerkannten Methoden ist beispielsweise auf das bereits in der BRD in Umsetzung stehende analytische Konzept der deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zu verweisen. Daneben ist auch auf das in der Schweiz für Personalplanung in Krankenanstalten in Verwendung stehende Modell zu verweisen.

Es ist keinesfalls Absicht des Grundsatzgesetzgebers, die Landesausführungsgesetzgebung bzw. die einzelnen Krankenanstalten Träger dazu zu zwingen, bestimmte im Ausland entwickelte Methoden auch in Österreich unverändert zu übernehmen. In

diesem Zusammenhang ist auch auf den im Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz eingerichteten Arbeitskreis für Personalplanung zu verweisen, in dem auf Expertenebene unter Einbindung von Ländervertretern österreichspezifische Konzepte ausgearbeitet werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz beabsichtigt die Herausgabe eines Leitfadens, in dem neben den angeführten Verfahren noch weitere dargestellt werden sollen. In übersichtlicher Form werden darin einzelne Berechnungsmodelle unter Darstellung der Vor- und Nachteile sowie deren spezifische Anwendbarkeit einander gegenübergestellt werden.

Zu Art. I Z 25 (§ 10 Abs. 1 Z 1 und 2):

Der Krankengeschichte kommt eine besondere Bedeutung zur Dokumentation medizinischer Handlungsabläufe zu, insbesondere um auch im nachhinein jederzeit die vorgenommenen Maßnahmen feststellen zu können, woraus Rückschlüsse auf fortzusetzende oder neu einzuleitende Therapien zu ziehen sind. Zur Absicherung sowohl der Anordnenden als auch der Ausführenden sollen auch die angeordneten Maßnahmen dokumentiert werden. Weiters soll schon grundsatzgesetzlich vorgesehen werden, in der Krankengeschichte auch die verabreichte Medikation sowie wesentliche Leistungen wie pflegerische, psychologische und psychotherapeutische Betreuung zu dokumentieren.

Der Krankengeschichte kommt aber auch erhebliche Bedeutung als Beweismittel im rechtlichen Sinn zu. Aus diesem Grund soll in der Krankengeschichte auch die Aufklärung, die einem Patienten gegeben wird, festgehalten werden.

Ebenso soll aus Beweisgründen in Hinkunft dokumentiert werden, aus welchen Gründen eine Aufnahme eines Patienten durch die Krankenanstalt abgelehnt wird (§ 10 Abs. 1 Z 1).

Zu Art. I Z 26 (§ 10 Abs. 1 Z 4):

Im Zusammenhang mit der Übermittlung von Abschriften der Krankengeschichte an Sozialversicherungsträger wird eine Einschränkung der Übermittlungspflicht auf jenen Rahmen vorgeschlagen, als dies zur Wahrnehmung der dem Sozialversicherungsträger obliegenden Aufgaben erforderlich ist. Dabei kann zum Vergleich auch auf die Regelung des § 26 Abs. 4 des Ärztegesetzes 1984 idF BGBl. Nr. 314/1987 verwiesen werden.

Zu Art. I Z 27 (§ 10 Abs. 1 Z 7 und 8):

In der Diskussion über Patientenrechte wird verschiedentlich mit Nachdruck die Forderung

erhoben, Patienten die Möglichkeit zu geben, für Phasen eines Fortschreitens ihrer Erkrankung, in dem sie möglicherweise nicht mehr in der Lage sind, einen Willen zu bilden oder zu artikulieren, die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden auszuschließen („Patiententestament“).

Durch den Vorschlag des Begutachtungsentwurfes wurde diese Forderung zur Diskussion gestellt.

Gegen die zunächst vorgeschlagene Formulierung wurden ua. vom Bundesministerium für Justiz im Hinblick auf die geltende Rechtslage Bedenken vorgebracht. Äußerungen einer Person, die diese vor Eintritt des Verlustes ihrer Handlungsfähigkeit abgibt, sind nicht zeitlich unbeschränkt verbindlich, weil sie unter der *clausula rebus sic stantibus* stehen und zu ihrer Wirksamkeit vom permanenten und verständigen Willen des Erklärenden getragen sein müssen.

Die nunmehr gewählte Formulierung soll zum Ausdruck bringen, daß der Wunsch eines Patienten über künftige Behandlungsmethoden zu dem Zweck zu dokumentieren ist, um ihn für den Fall seiner späteren Handlungsunfähigkeit so weit wie möglich berücksichtigen zu können, ohne daß damit eine Bindungswirkung für die behandelnden Ärzte verbunden wäre.

Schließlich bietet sich die Krankengeschichte auch an, allfällige Widersprüche zu Organentnahmen zu dokumentieren. Die vorgeschlagene Z 8 zu § 10 Abs. 1 soll in diesem Sinne die Regelung des § 62 a Abs. 1 KAG unterstützen.

Zu Art. I Z 28 (§ 10 Abs. 3 und 4):

Die Erweiterung der Dokumentationspflichten in der Krankengeschichte auf nichtärztliche Bereiche erfordert auch eine Festlegung, wer für die Dokumentation der nichtärztlichen Bereiche die Verantwortung trägt.

Nach den Bestimmungen des Psychologengesetzes, des Psychotherapiegesetzes und des MTD-Gesetzes gilt für die Angehörigen der entsprechenden Berufsgruppen und ihre Hilfspersonen eine absolute Verschwiegenheitspflicht. Daher dürfen Geheimnisse, die den angeführten Personen in Ausübung ihres Berufes anvertraut oder bekannt geworden sind, im Rahmen der in der Krankenanstalt zu führenden Dokumentation nicht aufgezeichnet werden, da § 10 KAG eine Reihe von Personen bzw. Stellen nennt, denen unter bestimmten Voraussetzungen Abschriften der Krankengeschichte zu übermitteln sind.

Zu Art. I Z 29 (§ 11 a Abs. 2):

Aus Fachkreisen wird wiederholt die Forderung erhoben, in entsprechend großen Krankenanstalten

eine hauptberufliche Leitung des Pflegedienstes vorzusehen.

Es bleibt dem Landesausführungsgesetzgeber überlassen, nähere Angaben über die Größe von Krankenanstalten zu treffen, die tatsächlich eine hauptberufliche Leitung des Pflegedienstes vorzusehen haben.

Zu Art. I Z 30 (§§ 11 a bis 11 e):

Ein weiterer Regelungsschwerpunkt der vorliegenden Novelle soll die Verankerung der klinisch-psychologischen, gesundheitspsychologischen und psychotherapeutischen Versorgung von Patienten sein. Dies trägt der Erkenntnis Rechnung, daß Erkrankungen im Kontext mit arbeits-, lebensgeschichtlich-, psychosozial- und umweltbedingten Faktoren entstehen. Im Fall psychosomatischer Erkrankungen ist die ärztliche Hilfe gemeinsam mit der psychotherapeutischen und klinisch-psychologischen die notwendige, angemessene, indizierte und damit einzig effektive zur Verfügung stehende Behandlungsform. Darüber hinaus soll die Tatsache Berücksichtigung finden, daß körperliche Krankheiten und Behinderungen sowie daraus resultierende Spitalsaufenthalte nicht nur eine physische Beeinträchtigung darstellen, sondern in der Regel auch mit psychischen Belastungen verbunden sind, die den Krankheitsverlauf entsprechend mitbeeinflussen.

Die gegenüber dem Begutachtungsentwurf wesentliche Straffung der Bestimmungen über die psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung trägt dem Einwand des Bundeskanzleramtes-Verfassungsdienst Rechnung, daß die zunächst vorgeschlagene Fassung keine Grundsatzbestimmungen im Sinne des Art. 12 B-VG darstellten, und daher wegen Überdeterminiertheit verfassungswidrig wären.

Dem Anliegen einer bestmöglichen Patientenversorgung wird auch durch die Verpflichtung der Krankenanstaltenträger entsprochen, ausreichende klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung und ausreichende Versorgung auf dem Gebiet der Psychotherapie anzubieten. Im übrigen wird es an der Ausführungsgesetzgebung liegen, die näheren Regelungen über die Ausgestaltung der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung zu treffen.

Als berechnigte Personen werden nach dem Psychologen- und Psychotherapiegesetz berechnigte Personen in Betracht kommen, daneben auch Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie bzw. Neurologie und Psychiatrie sowie sonstige Ärzte, die eine von der Österreichischen Ärztekammer angebotene und anerkannte Zusatzausbildung absolviert haben.

§ 11 c soll die Krankenanstaltenträger verpflichten, dem Krankenhauspersonal im Rahmen ihrer Dienstzeit eine den konkreten Bedürfnissen entsprechende Supervisionsmöglichkeit zur Verfügung zu stellen.

Nähere Anordnungen betreffend die Organisation und Durchführung der Supervision sollen zweckmäßigerweise der Anstaltsordnung, die auf die konkreten Umstände der Krankenanstalt Bedacht zu nehmen hat, vorbehalten bleiben. Dadurch soll sichergestellt werden, daß das Supervisionsangebot den Bedürfnissen des Krankenhauspersonals Rechnung trägt und auf die jeweilige Anstaltsorganisation entsprechend Bedacht nimmt.

Die erforderliche fachliche Qualifikation wird durch eine umfassende Ausbildung in Supervision erlangt werden, wobei die nunmehrige Fassung des § 11 c keine Vorgaben hinsichtlich der Vorbildung des Supervisors macht.

§ 11 d übernimmt den bisher im § 11 a Abs. 2 bloß für das Krankenpflegepersonal enthaltenen Grundsatz, daß für eine regelmäßige Fortbildung Vorsorge zu treffen ist. Diese Fortbildungspflicht gilt jedoch nicht nur für das Krankenpflegepersonal, sondern vielmehr für sämtliche in Betracht kommenden nichtärztlichen Berufsgruppen (vgl. zur ärztlichen Fortbildungspflicht den neu gefaßten § 8 Abs. 1).

Die Pflicht der Träger von Krankenanstalten zur Fortbildung ist nach der vorgeschlagenen Regelung nicht mehr darauf beschränkt, „anstaltsmäßig Vorsorge zu treffen“. Dies bedeutet, daß selbstverständlich anstaltsintern Fortbildungsveranstaltungen organisiert werden können, andererseits können Anstaltsträger ihrer Fortbildungspflicht aber auch dadurch nachkommen, daß der Besuch externer Veranstaltungen ermöglicht wird. Allenfalls könnte es sich auch als zweckmäßig erweisen, daß Krankenanstalten einer Region gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen durchführen.

Zu § 11 e:

Im Zuge der Diskussion über einen Ausbau und eine Verstärkung der Patientenrechte hat sich gezeigt, daß unabhängigen Einrichtungen zur Prüfung und allfälligen weiteren Verfolgung von Beschwerden große Bedeutung zukommt.

Der Entwurf sieht daher vor, daß für die Prüfung von allfälligen Beschwerden von Pfläglingen der Krankenanstalt unabhängige Patientenvertretungen zu schaffen sind. Es bleibt der Landesgesetzgebung überlassen, diesen auf das wesentlichste beschränkten Grundsatz einer detaillierten Ausführung zuzuführen. Diese Ausführungsgesetzgebung könnte zB auch vorsehen, daß neben Beschwerden von Pfläglingen auch Beschwerden von Angehörigen

gen oder anderen Personen einer Prüfung unterzogen werden können. Darüber hinaus bleibt es der Landesausführungsgesetzgebung überlassen, die Patientenvertretung pro Krankenanstalt oder krankenanstaltenübergreifend vorzusehen.

Zu Art. I Z 31 und 32 (§ 13):

Gleich der jüngsten Novelle zum Ärztegesetz 1984 durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 461/1992, die das bisherige Werbeverbot des § 25 leg. cit. auf das Verbot unsachlicher, unwahrer oder das Standesansehen beeinträchtigender Information reduziert hat, sollte auch die entsprechende Regelung des Krankenanstaltengesetzes modifiziert werden. Im Bereich des Krankenanstaltenrechtes kann diese Neuregelung der Werbung auch im Zusammenhang mit der Entschließung des Nationalrates vom 5. Dezember 1985 gesehen werden, durch die der Gesundheitsminister aufgefordert wurde, dafür zu sorgen, daß im Interesse einer optimalen Versorgung der Patienten und im Interesse einer Chancengleichheit im Wettbewerbsbereich eine Bereinigung des Zusammenwirkens zwischen öffentlichen Krankenanstalten und privaten, auf die Erzielung eines wirtschaftlichen Gewinnes gerichteten Krankenanstalten erreicht wird.

Durch die Ergänzung gegenüber dem Begutachtungsentwurf soll verhindert werden, daß sich der Träger der Krankenanstalt anderer Personen bedienen kann, um verbotene Werbung zu betreiben.

Zu Art. I Z 33 (§ 18 Abs. 1):

Die demographische Entwicklung der Bevölkerung gebietet es, bei der langfristigen Planung der Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege auch das Gebiet der Langzeitversorgung miteinzubeziehen.

Zu Art. I Z 34 (§ 22 Abs. 3):

In § 22 Abs. 3 erfolgt eine Anpassung der Definition der Anstaltsbedürftigkeit an die Erweiterung des Anstaltszweckes in § 1 KAG (Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin), sowie eine Erweiterung auf gesunde Personen zur Vornahme einer klinischen Prüfung eines Arzneimittels oder eines Medizinproduktes.

Zu Art. I Z 35 (§ 23 Abs. 2 zweiter Satz):

Nach der bisherigen Formulierung des § 23 Abs. 2 zweiter Satz war es der Landesgesetzgebung freigestellt, die Zulässigkeit der Aufnahme nicht anstaltsbedürftiger Begleitpersonen (sofern es sich nicht um die Begleitung von Säuglingen handelt)

vorzusehen. Nunmehr wird die Landesgesetzgebung — entsprechend der Erkenntnis, daß ein Spitalsaufenthalt besonders für Kinder durch eine Trennung von den gewohnten Bezugspersonen doppelt belastend wirkt — verpflichtet, die Zulässigkeit der Mitaufnahme von sonstigen Begleitpersonen vorzusehen.

Zu Art. I Z 36 (§ 26 Abs. 1):

Der Katalog jener Leistungen, die in einer Krankenanstalt ambulant zu erbringen sind, wurde durch die Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten und um Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin ergänzt.

Zu Art. I Z 37 (§ 27 a Abs. 1):

Die Republik Österreich hat sich durch die Ratifikation der Teile II und VIII des Übereinkommens (Nr. 102) der Internationalen Arbeitsorganisation über die Mindestnormen der Sozialen Sicherheit (BGBl. Nr. 33/1970) verpflichtet, den in diesem Übereinkommen festgelegten Mindestnormen in den Bereichen ärztliche Betreuung und Leistungen bei Mutterschaft Rechnung zu tragen.

Nach Art. 10 Abs. 1 lit. b dieses Übereinkommens hat die ärztliche Betreuung im Falle der Schwangerschaft und der Niederkunft sowie deren Folgen ua. erforderlichenfalls Krankenhauspflege zu umfassen. Aus Art. 10 Abs. 2 ergibt sich, daß diese Anstaltspflege in diesem Fall ohne Kostenbeteiligung des Betroffenen zu erfolgen hat.

Auch nach Teil VIII haben die Leistungen bei Mutterschaft erforderlichenfalls Krankenhauspflege zu umfassen (Art. 49 Abs. 2 lit. b).

Auf Grund dieser Verpflichtungen wurde auch § 148 Z 2 ASVG dahin gehend geändert, daß die für Angehörige eines Versicherten vorgesehen gewesene Kostenbeteiligung in der Höhe von 10% der Pflegegebührensätze bei einer aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft gewährten Anstaltspflege entfällt.

Dieser von Österreich eingegangenen Verpflichtung, bei Mutterschaft Anstaltspflege ohne Kostenbeteiligung der Betroffenen zu gewähren, steht die geltende Fassung des § 27 a KAG entgegen, da nach dieser Regelung auch bei Anstaltspflege im Falle der Mutterschaft der Kostenbeitrag zu entrichten ist. Zur Einhaltung der völkerrechtsverbindlichen Pflicht ist eine entsprechende Ergänzung des § 27 a Abs. 1 vorzunehmen.

Zu Art. I Z 38 (§ 28 Abs. 4 Z 3):

Im Zuge der Anpassung des österreichischen Bundesrechts an die im EWR-Abkommen über-

nommenen EG-rechtlichen Bestimmungen ergibt sich die Notwendigkeit, die Verweisung des § 28 Abs. 4 Z 3 erster Halbsatz KAG um einen Hinweis auf einschlägige EG-Normierungen zu ergänzen. Dabei handelt es sich um die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates „zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständiger sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern“, und die entsprechende Durchführungs-Verordnung (EWG) Nr. 574/72. In Anhang VI nach Art. 29 EWR-Abkommen enthalten schaffen sie — gemäß der Vorgabe des Art. 51 EWGV — ein harmonisierendes System zwischen grundsätzlich selbständig bleibenden, nationalen Versicherungssystemen.

Bei den betreffenden EG-Rechtsetzungsakten handelt es sich um „Verordnungen“; sie werden daher unmittelbar — ohne Umsetzung durch den nationalen Gesetzgeber — als solche in innerstaatliches Recht übernommen (vgl. Art. 7 lit. a. EWR-Abkommen).

Das durch die beiden Verordnungen geschaffene Koordinierungssystem ersetzt im Rahmen seines persönlichen und sachlichen Geltungsbereiches die von Österreich mit EG- und EFTA-Staaten bisher geschlossenen bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit.

Der persönliche Geltungsbereich umfaßt EWR-Staatsangehörige, die Arbeitnehmer, Selbständige oder Hinterbliebene eines Arbeitnehmers oder Selbständigen sind; ohne Rücksicht auf die Staatsangehörigkeit Familienangehörige und Hinterbliebene eines EWR-Staatsangehörigen, der Arbeitnehmer oder Selbständiger ist oder war, sowie Staatenlose und Flüchtlinge mit Wohnsitz im Gebiet eines Mitgliedstaates.

Der sachliche Geltungsbereich erstreckt sich grundsätzlich auf alle Zweige der Sozialversicherung, er umfaßt also die Kranken-, Unfall-, Pensions- und Arbeitslosenversicherung, wobei aber gemäß Art. 4 Abs. 4 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 die Sondersysteme für Beamte, die Sozialhilfe sowie die Kriegsopferversorgung nicht erfaßt sind.

Der Anwendungsbereich der im § 28 Abs. 4 Z 3 erster Halbsatz KAG weiterhin zu nennenden zwischenstaatlichen Übereinkommen über soziale Sicherheit wird folglich in Hinkunft im wesentlichen auf zwei Personengruppen beschränkt sein:

1. Staatsangehörige jener Staaten, die nicht dem EWR angehören und
2. Personen, die weder erwerbstätig noch als Angehörige mitversichert sind.

Auf der Grundlage der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 gibt es erstmalig umfassenden Schutz auch für die — in den für

Erwerbstätige geschaffenen Systemen der sozialen Sicherheit versicherten — Angehörigen jener Staaten, mit denen Österreich bisher keine Abkommen über alle Zweige der sozialen Sicherheit abgeschlossen hat (zB die nordischen Länder und Großbritannien).

Zu Art. I Z 39 (§ 29 Abs. 1):

Das im Art. 4 EWR-Abkommen enthaltene Diskriminierungsverbot gebietet eine Neufassung des § 29 Abs. 1 KAG. Art. 4 EWR-Abkommen verbietet eine Benachteiligung aus Gründen der Staatszugehörigkeit, sodaß ihm ein Abstellen auf ein von der Staatsangehörigkeit verschiedenes Differenzierungsmerkmal nicht entgegensteht. Aus einer Bindung an den inländischen Wohnsitz erwachsen somit keine Probleme hinsichtlich des Grundsatzes der Inländergleichbehandlung, bietet sie doch in Verbindung mit dem Ausdruck „Personen“ die Gewähr, daß sich die Regelung des § 29 Abs. 1 KAG auch auf (nicht erwerbstätige und nicht mitversicherte) Österreicher bezieht, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen.

Zu Art. I Z 40 (§ 29 Abs. 2 Z 4):

Das Erfordernis einer Ergänzung der Z 4 des § 29 Abs. 2 KAG ergibt sich im Hinblick auf das in Anhang VI zu Art. 29 des EWR-Abkommens enthaltene einschlägige EG-Recht. Vgl. im übrigen die Anmerkungen zu Art. I Z 30 (§ 28 Abs. 4 Z 3 KAG).

Zu Art. I Z 41 (§ 29 Abs. 2 Z 5):

Angesichts des im Art. 4 des EWR-Abkommens enthaltenen Diskriminierungsverbotes sind Staatsangehörige von Vertragsparteien des EWR-Abkommens ausdrücklich vom persönlichen Geltungsbereich des § 29 Abs. 2 KAG auszunehmen. Die in Z 4 (neuer Fassung) angeführten in den EWR-Abkommen übernommenen Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 des Rates der Europäischen Gemeinschaften erfassen nämlich nicht die Gesamtheit aller EG- und EFTA-Bürger (nicht einbezogen ist vor allem die Gruppe der nicht mitversicherten Nichterwerbstätigen). Aus diesem Grund ist es im Sinne des Gebots der Inländergleichbehandlung erforderlich, die EWR-Bürger explicit vom Anwendungsbereich einer fremde Staatsangehörige betreffenden Regelung auszuschließen.

Zu Art. I Z 42 (§ 38 d):

Zitatanpassung

Zu Art. II Z 43 (§ 46):

Art. II der UOG-Novelle BGBl. Nr. 745/1988 änderte durch die Einfügung eines § 7 a auch das

KAG dahin ab, daß in Universitätskliniken und in klinischen Instituten, die in klinische Abteilungen gegliedert sind, in Durchbrechung des Grundsatzes des § 7 Abs. 4 KAG die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben dem Leiter der klinischen Abteilung zukommt.

Demgegenüber blieb die Fassung des § 46 KAG durch die genannte Novelle unberührt, § 46 KAG sieht vielmehr weiterhin die Vereinbarung eines besonderen Honorars nur durch die Klinikvorstände vor.

Den eingangs erwähnten geänderten Verantwortungsstrukturen soll nunmehr auch im Rahmen des § 46 KAG Rechnung getragen werden. Das Recht zur Vereinbarung eines besonderen Honorars wird daher auch den Leitern von klinischen Abteilungen eingeräumt.

Weiters soll bei dieser Gelegenheit klargestellt werden, daß die maßgebliche Tatbestandsvoraussetzung für die Verrechnung eines besonderen Honorars nicht der Wunsch des Patienten nach persönlicher Behandlung ist (vgl. derzeit den Schlußteil des § 46 Abs. 1 KAG), sondern daß auch tatsächlich eine solche Behandlung zu erfolgen hat.

Durch die Neufassung des § 46 Abs. 3 sollen sowohl (wie bisher) die „Erstattung wissenschaftlicher Gutachten“ von Vorständen von Universitätskliniken sowie Leitern von klinischen Abteilungen als persönliche Leistung dieser als auch wissenschaftliche Arbeiten im Auftrag Dritter gemäß § 15 Forschungsorganisationsgesetz idGF als Leistung einer Universitätsklinik bzw. eines klinischen Institutes (dh. der drittmittelfähigen Universitäts-einrichtung im Rahmen ihrer Rechtspersönlichkeit) erfaßt werden.

Zu Art. II Z 44 (§ 50):

In den letzten Jahren wurde sowohl im Ärzterecht als auch im Krankenanstaltenrecht (vgl. § 2 a Abs. 1 lit. b Z 8 KAG) der zum Teil als diskriminierend empfundene Ausdruck „Geisteskrankheiten“ durch die Fachbezeichnung „Psychiatrie“ ersetzt. Die gleiche Diktion wurde vom Gesetzgeber auch im Unterbringungsgesetz, BGBl. Nr. 155/1990, gewählt.

In dem auch weiterhin dem Rechtsbestand angehörenden § 50 KAG (vgl. Art. I Z 5 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 157/1990) wurde es bisher jedoch verabsäumt, den Ausdruck „öffentliche Krankenanstalten für Psychiatrie“ zu verankern. Dies soll nunmehr geschehen.

Zu Art. II Z 45 (§§ 55 und 56):

Die Neufassung der §§ 55 und 56 dient einer präziseren Umschreibung jener Kosten, die der

Bund den Rechtsträgern einer Krankenanstalt zu ersetzen hat, die auch der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät bzw. dem Unterricht an Hebammenlehranstalten dient.

Dabei wird davon ausgegangen, daß der Träger einer Zentralkrankenanstalt verpflichtet ist, alle dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaften entsprechenden spezialisierten Einrichtungen an der Zentralkrankenanstalt einzurichten und nur die darüber hinaus sich aus den Bedürfnissen der Forschung und Lehre ergebenden Mehrkosten vom Bund zu ersetzen sind.

§ 56 idGF sieht vor, daß die näheren Bestimmungen über die im § 55 vorgesehenen Kostenersätze durch Verordnungen bestimmt werden.

Entsprechende Verordnungen wurden allerdings bisher nicht erlassen. Die Neufassung überläßt die näheren Regelungen über die Kostenersätze einer Vereinbarung zwischen dem Träger der Krankenanstalt und dem Bundesminister für Wissenschaft und Forschung bzw. dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz, wobei die Ermittlung der Mehrkosten auf Grund einer Kostenrechnung zu erfolgen hat, die eine verursachungsgerechte Zuordnung und Aufteilung in Kosten der Krankenbehandlung und in Kosten für Forschung und Lehre ermöglicht.

Dem Bund soll Einsicht in sämtliche der Errechnung der Höhe der Kostenersätze dienenden Unterlagen der Krankenanstalt zustehen, um die Kostenersatzpflicht auch entsprechend nachvollziehen zu können.

Zu Art. II Z 46 (§ 60):

Die strengere Fassung der Regelung der Sanitären Aufsicht trägt den Erfahrungen auf diesem Gebiet Rechnung. Vor dem Hintergrund, daß häufig Gebietskörperschaften selbst Träger von Krankenanstalten sind, ist es schon zur Klarstellung und zur Vermeidung auch nur geringster Zweifel in Richtung Befangenheit geboten, ausdrücklich zu normieren, daß die im Rahmen der Sanitären Aufsicht einschreitenden medizinischen Amtssachverständigen die Amtsärzte der Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde zu sein haben. Andernfalls wäre es nach dem Gesetzeswortlaut nicht ausgeschlossen, ärztliches Personal einer mit Anstaltsträgeraufgaben betrauten Abteilung auch im Rahmen der Sanitären Aufsicht heranzuziehen.

Da Maßnahmen der Sanitären Aufsicht allenfalls in kürzester Zeit gesetzt werden müssen, soll das bisher im § 60 Abs. 2 KAG enthaltene Gebot eines schriftlichen Auftrages des Leiters der Bezirksverwaltungsbehörde entfallen.

Schließlich soll die Regelung des § 60 Abs. 3 KAG, die bisher in einer bloßen Benachrichtigung

des Landeshauptmannes bestand, um die Möglichkeit erweitert werden, unverzüglich eine Einschau in der Krankenanstalt vornehmen zu können.

Zu Art. II Z 47 (§ 62 d Abs. 1):

§ 62 d Abs. 1 idgF verpflichtet die Träger von Krankenanstalten, die Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Pfléglinge nach der von der WHO veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), 9. Revision, in der Fassung der Vereinigung Schweizer Krankenhäuser (VESKA), zu erfassen.

Nunmehr wurde von der Geschäftsstelle des KRAZAF eine eigenständige ICD-9 KRAZAF-Version 1993 des ICD-Codes ausgearbeitet, die den Krankenanstalten bereits für die Diagnosenerfassung zur Verfügung gestellt wurde. § 62 d Abs. 1 ist daher entsprechend anzupassen.

Weiters sollen die Träger von Krankenanstalten zu einer originären Diagnosenerfassung auf der Grundlage des Diagnosenschlüssels ICD-9 KRAZAF-Version verpflichtet werden, um eine fehlerhafte bzw. nicht zweckentsprechende Umschlüsselung aus anderen Codierungsgrundlagen zu vermeiden. Die bisherigen Erfahrungen haben nämlich gezeigt, daß insbesondere im Bereich jener Krankenanstalten, die mit ICD-fremden Schlüsseln arbeiten, auf Grund der dadurch erforderlichen und in der Praxis kaum zufriedenstellend lösbaren

Umschlüsselungen ein hoher Anteil undifferenzierter Diagnosenverschlüsselungen festzustellen sind.

Diese Codierungspraxis kann jedoch im Hinblick auf die beabsichtigte Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung nicht mehr akzeptiert werden.

Zu Art. III:

Diese Gesetzesstelle enthält die erforderliche Fristsetzung für die Ausführungsgesetzgebung. Die Landesausführungsgesetzgebung wird freilich in ihrem Verantwortungsbereich darauf zu achten haben, durch den EWR-Vertrag erforderliche Anpassungen mit dem Inkrafttreten des EWR-Vertrages abzustimmen.

Weiters wird der Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG betraut. Die Vollzugszuständigkeit des unmittelbar anwendbaren Bundesrecht darstellenden Teiles der Novelle ist in Art. III Abs. 3 im einzelnen festgelegt.

Mangels eines genau bezeichneten Zeitpunktes des Inkrafttretens soll der Entwurf bei einem entsprechenden Gesetzesbeschluß mit dem Tag nach seiner Kundmachung im Bundesgesetzblatt in Kraft treten.

Textgegenüberstellung

Geltende Fassung

§ 1. (1) Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die

- a) zur Feststellung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung,
 - b) zur Vornahme operativer Eingriffe,
 - c) zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung oder
 - d) zur Entbindung
- bestimmt sind.

(2) Als Krankenanstalten im Sinne des § 1 gelten nicht:

- a) Anstalten, die nur für die Unterbringung geisteskranker, unzurechnungsfähiger, vermindert zurechnungsfähiger, trunksüchtiger oder suchtgiftsüchtiger Rechtsbrecher bestimmt sind;

§ 2 a. (1) Allgemeine Krankenanstalten sind einzurichten als

- a) Standardkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:

1. Chirurgie,
2. Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
3. Innere Medizin und
4. Kinderheilkunde;

wenn ein Facharzt für Kinderheilkunde als ständiger Konsiliararzt für die Betreuung von Neugeborenen und für die Behandlung von Krankheiten des Kindesalters verpflichtet wird, kann eine bettenführende Abteilung für Kinderheilkunde entfallen;

ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein und durch Fachärzte des betreffenden Sonderfaches betreut werden; andere fachärztliche Betreuung muß durch Fachärzte der betreffenden medizinischen Sonderfächer als Konsiliarärzte gesichert sein,

Fassung des Entwurfes

1. § 1 Abs. 1 lautet:

„§ 1. (1) Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die

1. zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung,
 2. zur Vornahme operativer Eingriffe,
 3. zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,
 4. zur Entbindung oder
 5. für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe
- bestimmt sind.“

2. § 2 Abs. 2 lit. a lautet:

„a) Anstalten, die für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, sowie Krankenabteilungen in Justizanstalten;“

3. § 2 a Abs. 1 lit. a Schlußteil lautet:

„auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muß eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein;“

Geltende Fassung

b) Schwerpunktkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:

1. Augenheilkunde,
2. Chirurgie,
3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe einschließlich Perinatologie,
4. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten,
5. Haut- und Geschlechtskrankheiten,
6. Innere Medizin,
7. Kinderheilkunde einschließlich Neonatologie,
8. Neurologie und Psychiatrie,
9. Orthopädie,
10. Unfallchirurgie und
11. Urologie;

ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Hämodialyse, für Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin, für Intensivpflege und für Zahnheilkunde vorhanden sein und durch Fachärzte des entsprechenden Sonderfaches betreut werden; andere fachärztliche Behandlung muß durch Fachärzte der betreffenden medizinischen Sonderfächer als ständige Konsiliarärzte gesichert sein; schließlich müssen eine Anstaltsapotheke, ein Pathologisches Institut sowie ein Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik geführt werden;

(2) Universitätskliniken einschließlich der medizinischen Universitätsinstitute gelten jedenfalls als Zentralkrankenanstalten im Sinne des Abs. 1 lit. c.

§ 3. (1) Krankenanstalten bedürfen sowohl zu ihrer Errichtung wie auch zu ihrem Betriebe einer Bewilligung der Landesregierung.

dzt. nicht enthalten; aufgehoben durch VfGH-Erk. G 198, 200/90 ua. vom 7. 3. 1992

Fassung des Entwurfes

4. § 2 a Abs. 1 lit. b vorletzter Teilsatz lautet:

„auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muß eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein;“

5. § 2 a Abs. 2 lautet:

„(2) Krankenanstalten, die neben den Aufgaben gemäß § 1 ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, sind jedenfalls in diesem Umfang Zentralkrankenanstalten im Sinne des Abs. 1 lit. c.“

6. § 3 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt haben den Anstaltszweck (§ 2 Abs. 1) und das in Aussicht genommene Leistungsangebot genau zu bezeichnen.“

7. § 3 Abs. 2 lit. a lautet:

„a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten

Geltende Fassung

(3) Im Bewilligungsverfahren nach Abs. 2 ist ein Gutachten des Landeshauptmannes einzuholen, das zu dem Antrag vom Standpunkt der sanitären Aufsicht Stellung nimmt. Außerdem ist im Bewilligungsverfahren bei Prüfung des Bedarfes nach Abs. 2 lit. a bei Bewilligung der Errichtung eines selbständigen Zahnambulatoriums auch die Österreichische Dentistenkammer zu hören.

- d) eine geeignete Persönlichkeit als verantwortlicher Arzt (§ 7 Abs. 1) und für die Leitung der einzelnen Spitalsabteilungen fachlich geeignete Personen als verantwortliche Ärzte namhaft gemacht worden sind (§ 7 Abs. 3).

(6) Im behördlichen Verfahren wegen Genehmigung der Errichtung oder Inbetriebnahme von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers haben die zuständige Ärztekammer und bei Zahnambulatorien auch die Österreichische Dentistenkammer Parteistellung im Sinne des § 8 AVG 1950 und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG, wenn

- a) über das Vorhaben des Krankenversicherungsträgers kein Einvernehmen im Sinne des § 339 ASVG zustande gekommen ist,
- b) der Antrag des Krankenversicherungsträgers nicht mit einem nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmen übereinstimmt oder
- c) die Entscheidung der Behörde über den Inhalt des nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmens hinausgeht.

Im übrigen haben die berührten gesetzlichen beruflichen Interessenvertretungen die Stellung eines Beteiligten.

Fassung des Entwurfes

mit Kassenverträgen sowie bei Errichtung einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch niedergelassene Kassenvertragsärzte, kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen, bei Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Dentisten mit Kassenvertrag, ein Bedarf gegeben ist;“

8. § 3 Abs. 3 lautet:

„(3) Im Bewilligungsverfahren nach Abs. 2 ist ein Gutachten des Landeshauptmannes einzuholen, das zu dem Antrag vom Standpunkt der sanitären Aufsicht Stellung nimmt.“

9. § 3 Abs. 4 lit. d lautet:

„d) ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes (§ 7 Abs. 1) und für die Leitung der einzelnen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten fachlich geeignete Personen als verantwortliche Ärzte namhaft gemacht worden sind (§ 7 Abs. 4) sowie glaubhaft gemacht wird, daß auch im übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird.“

10. § 3 Abs. 7 erhält die Absatzbezeichnung „(8)“, die Abs. 6 und 7 lauten:

„(6) Im behördlichen Verfahren wegen Genehmigung der Errichtung von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers haben die zuständige Ärztekammer und bei Zahnambulatorien auch die österreichische Dentistenkammer Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG, wenn

- a) über das Vorhaben des Krankenversicherungsträgers kein Einvernehmen im Sinne des § 339 ASVG zustande gekommen ist,
- b) der Antrag des Krankenversicherungsträgers nicht mit einem nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmen übereinstimmt oder
- c) die Entscheidung der Behörde über den Inhalt des nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmens hinausgeht.

Geltende Fassung

(7) Durch die Landesgesetzgebung sind nähere Vorschriften über die Voraussetzungen zur Bewilligung der Errichtung und des Betriebes sowie die Sperre einer Krankenanstalt, die entgegen den Bestimmungen der Abs. 2 bis 4 betrieben wird, zu erlassen.

derzeit nicht enthalten

§ 4. (1) Jede geplante räumliche Veränderung ist der Landesregierung anzuzeigen. Wesentliche Veränderungen bedürfen der Bewilligung der Landesregierung.

derzeit nicht enthalten

Fassung des Entwurfes

(7) Weiters hat die Landesgesetzgebung vorzusehen, daß in Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt die zuständige Ärztekammer, bei Zahnambulatorien auch die Österreichische Dentistenkammer, die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und betroffene Sozialversicherungsträger hinsichtlich des nach § 3 Abs. 2 lit. a zu prüfenden Bedarfes Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG haben.“

11. Nach § 3 wird folgender § 3 a eingefügt:

„§ 3 a. (1) Bei der Errichtung und beim Betrieb von Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, sind die Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre im Sinne des Universitätsorganisationsgesetzes (UOG) zu berücksichtigen.

(2) Die Landesgesetzgebung hat für Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, eine Organisationsform vorzusehen, die insbesondere in Führung und Gliederung sicherstellt, daß den Aufgaben der universitären Bildung und Forschung in gleicher Weise nachgekommen werden kann, wie dem nach dem Anstaltszweck einer Zentralkrankenanstalt entsprechenden Auftrag der Versorgung der Bevölkerung mit stationärer und ambulanter Krankenanstaltsleistung.

(3) Das Zusammenwirken der Träger von Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, mit dem Träger der medizinischen Fakultät ist durch Vereinbarung zu regeln.“

12. § 4 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

„Wesentliche Veränderungen, auch der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes, bedürfen der Bewilligung der Landesregierung.“

13. Nach § 5 werden folgende §§ 5 a und 5 b samt Überschriften eingefügt:

„Patientenrechte

§ 5 a. Durch die Landesgesetzgebung sind die Träger von Krankenanstalten unter Beachtung des Anstaltszwecks und des Leistungsangebotes zu verpflichten, daß

1. Pfleglinge Informationen über die ihnen zustehenden Rechte erhalten sowie ihr Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte ausüben können;

Geltende Fassung

Fassung des Entwurfes

2. Pfleglinge ihr Recht auf Aufklärung und Information über die Behandlungsmöglichkeiten samt Risiken ausüben können;
3. auf Wunsch des Pfleglings ihm oder Vertrauenspersonen medizinische Informationen durch einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt in möglichst verständlicher und schonungsvoller Art gegeben werden;
4. ausreichend Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten mit der Außenwelt bestehen und Vertrauenspersonen des Pfleglings im Fall einer nachhaltigen Verschlechterung seines Gesundheitszustands auch außerhalb der Besuchszeiten Kontakt mit dem Pflegling aufnehmen können;
5. auf Wunsch des Pfleglings eine seelsorgerische Betreuung möglich ist;
6. auf Wunsch des Pfleglings eine psychologische Unterstützung möglich ist;
7. auch in Mehrbeträumen eine ausreichende Wahrung der Intimsphäre gewährleistet ist;
8. neben der Erbringung fachärztlicher Leistungen auch für allgemeine medizinische Anliegen des Pfleglings ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt zur Verfügung steht;
9. ein würdevolles Sterben sichergestellt ist und Vertrauenspersonen Kontakt mit dem Sterbenden pflegen können;
10. bei der Leistungserbringung möglichst auf den im allgemeinen üblichen Lebensrhythmus abgestellt wird;
11. bei der stationären Versorgung von Kindern eine möglichst kindergerechte Ausstattung der Krankenzimmer gegeben ist.

Qualitätssicherung

§ 5 b. (1) Die Landesgesetzgebung hat die Träger von Krankenanstalten zu verpflichten, im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und dabei auch ausreichend überregionale Belange zu wahren. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten, ermöglicht werden.

(2) Die Träger von Krankenanstalten haben die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung zu schaffen. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität zu umfassen.

(3) Die kollegiale Führung hat die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen. In Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Träger der Krankenanstalt für jeden Bereich dafür zu sorgen, daß die

derzeit nicht enthalten

Geltende Fassung

- c) die Dienstesobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen;
- d) das von Pflegenden und Besuchern in der Krankenanstalt zu beobachtende Verhalten.

derzeit nicht enthalten

(4) Die Anstaltsordnungen und jede Änderung derselben bedürfen der Genehmigung durch die Landesregierung.

Fassung des Entwurfes

jeweiligen Verantwortlichen die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherstellen.

(4) In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person steht. Dieser Kommission haben zumindest ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören. In Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, gehört der Kommission auch der Dekan oder ein von der Fakultät vorgeschlagener Universitätsprofessor der medizinischen Fakultät an.

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

14. § 6 Abs. 1 lit. c lautet:

„c) die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;“

15. Nach § 6 Abs. 1 lit. d wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt, folgende lit. e wird angefügt:

„e) die Festlegung von Rauchverboten.“

16. Der bisherige Abs. 4 des § 6 erhält die Absatzbezeichnung „(5)“, Abs. 4 lautet:

„(4) Die Anstaltsordnung für eine Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dient, hat zusätzlich auch die Bedürfnisse der medizinischen Forschung und Lehre der medizinischen Fakultät zu berücksichtigen. Insbesondere darf sie nicht Bestimmungen enthalten, die im Widerspruch zu den Aufgaben in Forschung und Lehre stehen. Vor ihrer Genehmigung hat der Träger der Krankenanstalt den Bundesminister für Wissenschaft und Forschung zu hören.“

Geltende Fassung

§ 6 a. Die Landesgesetzgebung kann Vorschriften über die kollegiale Führung der Krankenanstalten durch den ärztlichen Leiter (§ 7 Abs. 1), den Verwalter (§ 11 Abs. 1) und den Leiter des Pflegedienstes (§ 11 a Abs. 1) erlassen. Die diesen Führungskräften nach den §§ 7 Abs. 1, 11 Abs. 1 und 11 a Abs. 1 jeweils zukommenden Aufgaben dürfen hiedurch nicht beeinträchtigt werden.

derzeit nicht enthalten

(2) Bei Behinderung des ärztlichen Leiters muß dieser durch einen geeigneten Arzt vertreten werden.

(4) Mit der Führung von Abteilungen für die Behandlung bestimmter Krankheiten, von Laboratorien, Ambulatorien oder Prosekturen von Krankenanstalten dürfen nur Fachärzte des einschlägigen medizinischen Sonderfaches, wenn aber ein Sonderfach nicht besteht, fachlich qualifizierte Ärzte betraut werden.

(6) Von den Bestimmungen des Abs. 5 sind jene Stellen ausgenommen, die auf Grund der einschlägigen Hochschulvorschriften besetzt werden.

§ 8. (1) Der ärztliche Dienst muß so eingerichtet sein, daß ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar ist.

Fassung des Entwurfes

17. Der bisherige § 6 a erhält die Absatzbezeichnung „(1)“, folgender Abs. 2 wird angefügt:

„(2) In einer Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dient und in der eine kollegiale Führung eingerichtet ist, gehört der kollegialen Führung auch der Dekan oder ein von der Fakultät vorgeschlagener Universitätsprofessor der medizinischen Fakultät an.“

18. § 7 Abs. 2 lautet:

„(2) Bei Verhinderung des ärztlichen Leiters muß dieser durch einen geeigneten Arzt vertreten werden. In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, ist die Leitung des ärztlichen Dienstes hauptberuflich auszuüben.“

19. § 7 Abs. 4 wird folgender Satz angefügt:

„Für den Fall der Verhinderung ist die Vertretung durch einen in gleicher Weise qualifizierten Arzt sicherzustellen.“

20. § 7 Abs. 6 lautet:

„(6) Von Abs. 5 sind jene Stellen ausgenommen, die auf Grund der einschlägigen Universitätsvorschriften besetzt werden.“

21. § 8 Abs. 1 lautet:

„§ 8. (1) Der ärztliche Dienst muß so eingerichtet sein, daß

1. ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar ist;
2. in Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien für physikalische Therapie, in denen keine Turnusärzte ausgebildet werden, kann anstelle einer dauernden ärztlichen Anwesenheit der ärztliche Dienst so organisiert sein, daß ärztliche Hilfe jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige tägliche Anwesenheiten die erforderliche Aufsicht über das in Betracht kommende Personal nach dem Krankenpflegegesetz, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 872/1992, sowie nach dem Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. Nr. 449/1992, gewährleistet ist;

Geltende Fassung

§ 8 a. Für jede Krankenanstalt ist ein fachlich geeigneter Arzt zur Wahrung der Belange der Hygiene (Krankenhaustygieniker) zu bestellen. Er ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten der Krankenanstalten zuzuziehen.

Fassung des Entwurfes

3. die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte sich im erforderlichen Ausmaß fortbilden können;
4. in Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet ist.“

22. § 8 a lautet:

„§ 8 a. (1) Für jede Krankenanstalt ist ein Facharzt für Hygiene (Krankenhaustygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (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.

(2) In bettenführenden Krankenanstalten ist zur Unterstützung des Krankenhaustygienikers oder Hygienebeauftragten mindestens eine qualifizierte Person des Krankenpflegefachdienstes als Hygienefachkraft zu bestellen. Diese hat ihre Tätigkeit in Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, hauptberuflich auszuüben.

(3) In bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygieneteam zu bilden, dem der Krankenhaustygieniker bzw. der Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft und weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und des nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören.

(4) Zu den Aufgaben des Hygieneteams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen in Krankenanstalten und der Gesunderhaltung dienen. Zur Durchführung dieser Aufgaben hat das Hygieneteam einen Hygieneplan zu erstellen. Das Hygieneteam ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr entstehen kann, beizuziehen. Das Hygieneteam hat darüberhinaus alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und Beschlüsse zu fassen. Diese sind schriftlich an den für die Umsetzung Verantwortlichen, wie ärztlicher Leiter der Krankenanstalt oder Verwalter, weiterzuleiten.

(5) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien ist für die im Abs. 4 genannten Aufgaben jedenfalls der Krankenhaustygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.“

Geltende Fassung

§ 8 c. (1) In Krankenanstalten, an denen klinische Prüfungen von Arzneimitteln durchgeführt werden (§§ 28 bis 48 des Arzneimittelgesetzes, BGBl. Nr. 185/1983), sind Kommissionen einzurichten, die die Durchführung dieser Prüfungen in der Krankenanstalt beurteilen.

(2) Die Kommission hat mindestens zu bestehen aus

1. einem Vertreter des ärztlichen Dienstes, der weder ärztlicher Leiter der Krankenanstalt (§ 7 Abs. 1) noch Prüfungsleiter (§ 32 Abs. 1 Arzneimittelgesetz) ist,
2. einem Vertreter des Pflegedienstes,
3. einem Vertreter des Trägers der Krankenanstalt und
4. einer mit der Wahrnehmung seelsorgerischer Angelegenheiten in Krankenanstalten betrauten Person.

(3) Über jede Sitzung ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt und dem Prüfungsleiter zur Kenntnis zu bringen und gemeinsam mit allen für die Beurteilung wesentlichen Unterlagen gemäß § 10 Abs. 1 Z 3 aufzubewahren.

Fassung des Entwurfes

23. § 8 c lautet:

„§ 8 c. (1) Die Träger von Krankenanstalten haben zur Beurteilung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie der Anwendung neuer medizinischer Methoden in der Krankenanstalt Ethikkommissionen einzurichten. Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, daß eine Ethikkommission auch für mehrere Krankenanstalten eingerichtet wird.

(2) Die Beurteilung hat sich insbesondere zu beziehen auf

1. mitwirkende Personen und vorhandene Einrichtungen (personelle und strukturelle Rahmenbedingungen),
2. den Prüfplan im Hinblick auf die Zielsetzung und die wissenschaftliche Aussagekraft sowie die Beurteilung des Nutzen/Risiko-Verhältnisses,
3. die Art und Weise, in der die Auswahl der Versuchspersonen durchgeführt wird und in der Aufklärung und Zustimmung zur Teilnahme erfolgen,
4. die Vorkehrungen, die für den Eintritt eines Schadensfalls im Zusammenhang mit der klinischen Prüfung oder der Anwendung einer neuen medizinischen Methode getroffen werden.

(3) Neue medizinische Methoden im Sinne des Abs. 1 sind Methoden, die auf Grund der Ergebnisse der Grundlagenforschung und angewandten Forschung sowie unter Berücksichtigung der ärztlichen Erfahrung die Annahme rechtfertigen, daß eine Verbesserung der medizinischen Versorgung zu erwarten ist, die jedoch in Österreich noch nicht angewendet werden und einer methodischen Überprüfung bedürfen. Vor der Anwendung einer neuen medizinischen Methode hat die Befassung der Ethikkommission durch den Leiter der Organisationseinheit, in deren Bereich die neue medizinische Methode angewendet werden soll, zu erfolgen.

(4) Die Ethikkommission hat sich aus Frauen und Männern zusammenzusetzen und mindestens zu bestehen aus:

1. einem Arzt, der im Inland zur selbständigen Berufsausübung berechtigt ist, und weder ärztlicher Leiter der Krankenanstalt noch Prüfungsleiter ist,
2. einem Facharzt, in dessen Sonderfach die jeweilige klinische Prüfung oder neue medizinische Methode fällt,
3. einem Vertreter des Krankenpflegefachdienstes,
4. einem Juristen,
5. einem Pharmazeuten,
6. einem Patientenvertreter (§ 11 e) und

Geltende Fassung

Fassung des Entwurfes

34

7. einer weiteren, nicht unter die Z 1 bis 6 fallenden Person, die mit der Wahrnehmung seelsorgerischer Angelegenheiten in der Krankenanstalt betraut ist oder sonst über die entsprechende ethische Kompetenz verfügt. Für jedes Mitglied ist ein in gleicher Weise qualifizierter Vertreter zu bestellen.

(5) Bei der Beurteilung eines Medizinproduktes ist jedenfalls ein Technischer Sicherheitsbeauftragter beizuziehen. Erforderlichenfalls sind weitere Experten beizuziehen.

(6) Die Ethikkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, die von der Landesregierung zu genehmigen ist. Weiters hat die Landesgesetzgebung sicherzustellen, daß die Mitglieder der Ethikkommissionen keinen Weisungen unterliegen.

(7) Über jede Sitzung der Ethikkommissionen ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt, bei der Beurteilung einer klinischen Prüfung auch dem Prüfungsleiter bzw. bei der Anwendung einer neuen medizinischen Methode auch dem Leiter der Organisationseinheit zur Kenntnis zu bringen. Die Protokolle sind gemeinsam mit allen für die Beurteilung wesentlichen Unterlagen gemäß § 10 Abs. 1 Z 3 aufzubewahren.

(8) Für Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, sind keine Ethikkommissionen nach Abs. 1 zu errichten, wenn an der medizinischen Fakultät nach universitätsrechtlichen Vorschriften gleichwertige Kommissionen eingerichtet sind, die die Aufgaben der Ethikkommission wahrnehmen.“

24. Nach § 8 c wird folgender § 8 d eingefügt:

„§ 8 d. (1) Die Landesgesetzgebung hat die Träger von Krankenanstalten zu verpflichten, auf der Grundlage anerkannter Methoden regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist hierfür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung ist durch die kollegiale Führung bzw. in Krankenanstalten, in denen keine kollegiale Führung besteht, durch die für den jeweiligen Bereich Verantwortlichen, jährlich der Landesregierung zu berichten.

(2) Die Landesgesetzgebung hat insbesondere vorzusehen, daß der Bericht nach den einzelnen Berufsgruppen und Fachgebieten sowie Abteilungen und

derzeit nicht enthalten

1080 der Beilagen

Geltende Fassung

§ 10. (1) Durch die Landesgesetzgebung sind die Krankenanstalten zu verpflichten

1. über die Aufnahme und die Entlassung der Pfleglinge Vormerke zu führen;
2. Krankengeschichten anzulegen, in denen die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese), der Zustand des Pfleglings zur Zeit der Aufnahme (status praesens) und der Krankheitsverlauf (decursus morbi) darzustellen ist;

4. den Gerichten sowie den Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, ferner den Sozialversicherungsträgern sowie den einweisenden oder behandelnden Ärzten kostenlos Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Anstaltspfleglingen zu übermitteln;

derzeit nicht enthalten

Fassung des Entwurfes

sonstigen Organisationseinheiten untergliedert darzustellen hat, ob der Iststand vom Sollstand abweicht. Bei Unterschreitungen ist zusätzlich darzustellen, welche Maßnahmen dem Träger der Krankenanstalt empfohlen werden, um kurz- und mittelfristig eine dem Sollstand entsprechende personelle Ausstattung zu erhalten.“

25. § 10 Abs. 1 Z 1 und 2 lautet:

- „1. über die Aufnahme und die Entlassung der Pfleglinge Vormerke zu führen sowie, im Fall der Ablehnung der Aufnahme eines Patienten, die dafür maßgebenden Gründe zu dokumentieren;
2. Krankengeschichten anzulegen, in denen
 - a) die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese), der Zustand des Pfleglings zur Zeit der Aufnahme (status praesens), der Krankheitsverlauf (decursus morbi), die angeordneten Maßnahmen sowie die erbrachten ärztlichen Leistungen einschließlich Medikation (insbesondere hinsichtlich Name, Dosis und Darreichungsform) und Aufklärung des Pfleglings und
 - b) sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen, einer allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinisch-technischen Dienste, darzustellen sind;“

26. § 10 Abs. 1 Z 4 lautet:

- „4. den Gerichten und Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, ferner den Sozialversicherungsträgern, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten oder Krankenanstalten kostenlos Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Pfleglingen zu übermitteln;“

27. Im § 10 Abs. 1 wird am Ende der Z 6 der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende Z 7 und 8 werden angefügt:

- „7. bei der Führung der Krankengeschichte Verfügungen des Pfleglings, durch die dieser erst für den Fall des Verlustes seiner Handlungsfähigkeit das Unterbleiben bestimmter Behandlungsmethoden wünscht, zu dokumentie-

Geltende Fassung

derzeit nicht enthalten

(2) Für die Fortbildung des Krankenpflegepersonals ist anstaltsmäßig Vorsorge zu treffen.

derzeit nicht enthalten

Fassung des Entwurfes

ren, um darauf bei allfälligen künftigen medizinischen Entscheidungen Bedacht nehmen zu können;
8. im Rahmen der Krankengeschichte allfällige Widersprüche gemäß § 62 a Abs. 1 zu dokumentieren.“

28. Im § 10 wird der bisherige Abs. 3 mit „(5)“ bezeichnet, folgende Abs. 3 und 4 werden eingefügt:

„(3) Die Führung der Krankengeschichte obliegt hinsichtlich der Aufzeichnungen

1. gemäß Abs. 1 Z 2 lit. a dem für die ärztliche Behandlung verantwortlichen Arzt und
2. gemäß Abs. 1 Z 2 lit. b der jeweils für die erbrachten sonstigen Leistungen verantwortlichen Person.

(4) Aufzeichnungen, die Geheimnisse betreffen, die Angehörigen des klinisch psychologischen, gesundheitspsychologischen und psychotherapeutischen Berufes und ihren Hilfspersonen sowie Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste in Ausübung ihres Berufes anvertraut oder bekannt geworden sind, dürfen im Rahmen der Krankengeschichte oder der sonstigen Vormerke im Sinne des Abs. 1 Z 1 nicht geführt werden.“

29. § 11 a Abs. 2 lautet:

„(2) In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, ist die verantwortliche Leitung des Pflegedienstes hauptberuflich auszuüben.“

30. Nach § 11 a werden folgende §§ 11 b bis 11 e samt Überschriften eingefügt:

„Psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung

§ 11 b. Die Landesgesetzgebung hat sicherzustellen, daß in den auf Grund des Anstaltszwecks und des Leistungsangebots in Betracht kommenden Krankenanstalten eine ausreichende klinisch psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung und eine ausreichende Versorgung auf dem Gebiet der Psychotherapie durch hiezu berechnete Personen angeboten wird.

Supervision

§ 11 c. Die Landesgesetzgebung hat die Träger der nach Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Krankenanstalten zu verpflichten,

durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, daß den in der Krankenanstalt beschäftigten und einer entsprechenden Belastung ausgesetzten Personen im Rahmen ihrer Dienstzeit im erforderlichen Ausmaß Gelegenheit zur Teilnahme an einer berufsbegleitenden Supervision geboten wird. Die Supervision ist durch fachlich qualifizierte Personen auszuüben.

Fortbildung des nichtärztlichen Personals

§ 11 d. Die Träger von Krankenanstalten haben sicherzustellen, daß eine regelmäßige Fortbildung des Krankenpflegepersonals, der Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste sowie des übrigen in Betracht kommenden nichtärztlichen Personals gewährleistet ist.

Patientenvertretungen

§ 11 e. Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, daß zur Prüfung allfälliger Beschwerden und auf Wunsch zur Wahrnehmung der Patienteninteressen unabhängige Patientenvertretungen (Patientensprecher, Ombudseinrichtungen oder ähnliche Vertretungen) zur Verfügung stehen.“

31. Die Überschrift zu § 13 entfällt.

32. § 13 Abs. 1 lautet:

„§ 13. (1) Dem Träger einer Krankenanstalt ist es verboten, selbst oder durch andere physische oder juristische Personen unsachliche oder unwahre Informationen im Zusammenhang mit dem Betrieb einer Krankenanstalt zu geben.“

33. Im § 18 Abs. 1 wird nach dem ersten Satz folgender Satz eingefügt:

„Dabei sind auch der Bedarf auf dem Gebiet der Langzeitversorgung und die in diesem Zusammenhang zu erwartende künftige Entwicklung zu berücksichtigen.“

Werbeverbot

§ 13. (1) Jede Art der Werbung für bestimmte medizinische Behandlungsmethoden sowie für die Anwendung bestimmter Arzneimittel oder bestimmter Heilbehelfe in Krankenanstalten ist verboten.

§ 18. (1) Jedes Land ist verpflichtet, unter Bedachtnahme auf den Landes-Krankenanstaltenplan (§ 10 a) Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen (§ 22 Abs. 3) im eigenen Land entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen. Für Personen, die im Grenzgebiet zweier oder mehrerer Länder wohnen, kann die Anstaltspflege auch dadurch sichergestellt werden, daß diese Personen im Falle der Anstaltsbedürftigkeit in Krankenanstalten eines benachbarten Landes eingewiesen werden.

Geltende Fassung

(3) Als anstaltsbedürftig im Sinne des Abs. 2 gelten Personen, deren auf Grund ärztlicher Untersuchung festgestellter geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Krankenanstaltspflege erfordert, sowie Personen, die ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zum Zweck einer Befundung oder einer Begutachtung in die Krankenanstalt einweist.

(2) Kann ein Säugling nur gemeinsam mit der nicht anstaltsbedürftigen Mutter oder einer anderen Begleitperson oder eine anstaltsbedürftige Mutter nur gemeinsam mit ihrem Säugling aufgenommen werden, so sind Mutter (Begleitperson) und Säugling gemeinsam in Krankenanstaltspflege zu nehmen. Die Zulässigkeit der Aufnahme sonstiger nicht anstaltsbedürftiger Begleitpersonen kann durch die Landesgesetzgebung geregelt werden.

§ 26. (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) über ärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege oder
- e) im Zusammenhang mit Organ- oder Blutspenden notwendig ist.

Fassung des Entwurfes

34. § 22 Abs. 3 lautet:

„(3) Anstaltsbedürftig im Sinne des Abs. 2 sind Personen, deren auf Grund ärztlicher Untersuchung festgestellter geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Krankenanstaltspflege erfordert, Personen, die ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zum Zweck einer Befundung oder einer Begutachtung in die Krankenanstalt einweist, gesunde Personen zur Vornahme einer klinischen Prüfung eines Arzneimittels oder eines Medizinproduktes sowie Personen, die der Aufnahme in die Krankenanstalt zur Vornahme von Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin bedürfen.“

35. § 23 Abs. 2 zweiter Satz lautet:

„Durch die Landesgesetzgebung ist unter Berücksichtigung der in der jeweiligen Krankenanstalt gegebenen räumlichen Verhältnisse die Zulässigkeit der Aufnahme sonstiger nicht anstaltsbedürftiger Begleitpersonen vorzusehen.“

36. § 26 Abs. 1 lautet:

„§ 26. (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

1. zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe,
2. 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,
3. 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,
4. über ärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege,
5. im Zusammenhang mit Organ- einschließlich Blutspenden,
6. zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten oder
7. für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin notwendig ist.“

§ 27 a. (1) Von Pfleglingen der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, ist durch den Träger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 50 S pro Verpflegstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Pflegling für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Kostenbeitragspflicht sind jedenfalls jene Personen ausgenommen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen sind.

(4) Die von den Trägern der Sozialversicherung an die Träger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren

3. nach Z 2 erhöhen sich für Personen, die auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen über Soziale Sicherheit einer Gebietskrankenkasse zur Betreuung zugewiesen werden und die in einer Krankenanstalt betreut werden, deren Rechtsträger im Sinne des § 1 des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 700/1991, zuschlußberechtigt ist, im selben Verhältnis, das sich für einen Verpflegstag eines Versicherten bei Berücksichtigung aller zusätzlichen Kosten der Gebietskrankenkasse für Anstaltspflege ergibt, die aus der gesetzlichen Verpflichtung über die finanzielle Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds entstehen. Der Hauptverband hat den Hundertsatz dieser Erhöhung für jede Gebietskrankenkasse und für jedes Geschäftsjahr auf Grund der Verpflegstage in zuschlußberechtigten Krankenanstalten zu errechnen. Bei der Berechnung der erhöhten Pflegegebühren sind für ein Jahr zunächst die Hundertsätze der Erhöhung des zweitvorangegangenen Geschäftsjahres als vorläufige Hundertsätze heranzuziehen. Die endgültige Berechnung und Abrechnung ist im zweitfolgenden Jahr auf Grund der für das Geschäftsjahr festgestellten Hundertsätze der Erhöhung vorzunehmen.

§ 29. (1) Durch die Landesgesetzgebung kann die Aufnahme fremder Staatsangehöriger die sich nicht seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen im Bundesgebiet aufgehalten haben und die die voraussichtlichen Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4) beschränkt werden.

37. § 27 a Abs. 1 Schlußsatz lautet:

„Von der Kostenbeitragspflicht sind jedenfalls Personen, die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen sowie jene Personen ausgenommen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen sind.“

38. Im § 28 Abs. 4 Z 3 wird nach der Wortfolge „die auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen über Soziale Sicherheit“ folgende Wortfolge eingefügt:

„oder auf Grund der im Anhang VI nach Art. 29 des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum enthaltenen Verordnungen des Rates (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72“

39. § 29 Abs. 1 lautet:

„§ 29. (1) Durch die Landesgesetzgebung kann die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die die voraussichtlichen Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4) beschränkt werden.“

Geltende Fassung

§ 29. (1) Durch die Landesgesetzgebung kann die Aufnahme fremder Staatsangehöriger, die sich nicht seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen im Bundesgebiet aufgehalten haben und die die voraussichtlichen Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4) beschränkt werden.

(2) Weiters kann die Landesgesetzgebung bestimmen, daß die Landesregierung bei der Aufnahme fremder Staatsangehöriger statt der Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge die Bezahlung der tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten vorsehen kann. Dies gilt nicht für

1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4), sofern sie im Inland eingetreten sind,
2. Flüchtlinge im Sinne des § 1 des Bundesgesetzes, BGBl. Nr. 126/1968, idF BGBl. Nr. 796/1974 über die Aufenthaltsberechtigung von Flüchtlingen im Sinne der Konvention über die Rechtsstellung der Flüchtlinge, BGBl. Nr. 55/1955,
3. Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten, und
4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund eines von der Republik Österreich geschlossenen zwischenstaatlichen Übereinkommens im Bereich der sozialen Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind.

§ 38 d. Für die Dokumentation und Aufbewahrung der nach dem Unterbringungsgesetz zu führenden Aufzeichnungen gilt § 10 Abs. 1 sinngemäß.

§ 46. (1) Den Vorständen von Universitätskliniken ist es gestattet, von Pflöglingen der Sonderklasse und von Personen, die auf eigene Kosten ambulatorisch behandelt werden, unbeschadet der Verpflichtung dieser Personen zur Entrichtung der Pflege- und Sondergebühren ein besonderes Honorar zu fordern, wenn diese Personen die persönliche Behandlung durch den Klinikvorstand wünschen.

Fassung des Entwurfes

40. Im § 29 Abs. 2 Z 3 entfällt am Ende das Wort „und“, Z 4 lautet:

„4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund eines von der Republik Österreich geschlossenen zwischenstaatlichen Übereinkommens im Bereich der Sozialen Sicherheit oder auf Grund der im Anhang VI nach Art. 29 des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum enthaltenen Verordnungen des Rates (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind, und“

41. Dem § 29 Abs. 2 wird folgende Z 5 angefügt:

„5. Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind.“

42. Im § 38 d wird das Zitat „§ 10 Abs. 1“ durch das Zitat „§ 10“ ersetzt.

43. § 46 lautet:

„§ 46. (1) Den Vorständen von Universitätskliniken und den Leitern von Klinischen Abteilungen (§ 7 a) ist es gestattet, mit Pflöglingen der Sonderklasse und mit Personen, die auf eigene Kosten ambulant behandelt werden, unbeschadet der Verpflichtung dieser Personen zur Entrichtung der Pflege- und Sondergebühren ein besonderes Honorar zu vereinbaren, wenn diese Personen auf ihren Wunsch durch den Klinikvorstand oder Leiter der Klinischen Abteilung persönlich behandelt werden.“

Geltende Fassung

(2) Die von den Klinikvorständen berechneten Honorare unterliegen nicht den Bestimmungen des § 27 Abs. 4 und des § 28.

(3) Wenn anlässlich der Erstattung eines wissenschaftlich begründeten Gutachtens von den Vorständen der Universitätskliniken Anstaltspersonal oder Anstaltseinrichtungen in Anspruch genommen werden, kann der Rechtsträger der Krankenanstalt eine Vergütung beanspruchen. Die Grundsätze für die Ermittlung dieser Vergütung sind vom Bundesministerium für Unterricht durch Verordnung festzulegen. Die Rechtsträger der in Betracht kommenden Krankenanstalten sind vor der Festsetzung dieser Grundsätze zu hören.

§ 50. Die Strafgerichte sind berechtigt, Personen, die sich in Untersuchungshaft befinden, zum Zwecke der Untersuchung und Beobachtung ihres Geisteszustandes in öffentliche Krankenanstalten für Geisteskrankheiten höchstens für die Dauer der Untersuchungshaft, aber in keinem Falle für mehr als drei Monate einzuweisen. Die Rechtsträger dieser Krankenanstalten sind verpflichtet, die eingewiesenen Personen in die Krankenanstalt aufzunehmen, die erforderlichen Untersuchungen und Beobachtungen durchzuführen und dem Gerichte das Ergebnis unverzüglich zur Kenntnis zu bringen. Die von Strafgerichten eingewiesenen Personen müssen in jedem Falle wieder zum Strafgericht überstellt werden.

§ 55. Der Bund ersetzt:

1. die Mehrkosten, die sich bei der Errichtung, Ausgestaltung und Erweiterung der zugleich dem Unterricht an medizinischen Fakultäten oder an Bundes-Hebammenlehranstalten dienenden öffentlichen Krankenanstalten aus den Bedürfnissen des Unterrichtes ergeben;
2. die Mehrkosten, die sich beim Betriebe der unter Z 1 genannten Krankenanstalten aus den Bedürfnissen des Unterrichtes ergeben;
3. die Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse für zu Unterrichtszwecken im Sinne des § 43 herangezogene Personen.

Fassung des Entwurfes

(2) Die mit den Klinikvorständen (Leitern von Klinischen Abteilungen) vereinbarten Honorare unterliegen nicht § 27 Abs. 4 und 5 sowie § 28.

(3) Werden anlässlich wissenschaftlicher Arbeiten im Auftrag Dritter Anstaltspersonal oder Anstaltseinrichtungen in Anspruch genommen, kann der Rechtsträger der Krankenanstalt oder im Falle einer derartigen Kostentragung im Rahmen der Kostenersätze für den klinischen Mehraufwand (§ 55) der Bund als Rechtsträger der medizinischen Fakultät eine Vergütung beanspruchen. Die Grundsätze für die Ermittlung dieser Vergütung sind vom Bundesminister für Wissenschaft und Forschung durch Verordnung festzulegen. Die Rechtsträger der in Betracht kommenden Krankenanstalten sind vor der Festsetzung dieser Grundsätze zu hören.“

44. Im § 50 wird die Wendung „öffentliche Krankenanstalten für Geisteskrankheiten“ durch die Wendung „öffentliche Krankenanstalten für Psychiatrie“ ersetzt.

45. Die §§ 55 und 56 lauten:

„§ 55. Der Bund ersetzt:

1. die Mehrkosten, die sich bei der Errichtung, Ausgestaltung und Erweiterung der zugleich der Forschung und Lehre von medizinischen Fakultäten dienenden öffentlichen Krankenanstalten über die Aufgaben einer Zentralkrankenanstalt (§ 2 a Abs. 1 lit. c) hinaus aus den Bedürfnissen der Forschung und Lehre ergeben;
2. die Mehrkosten, die sich bei der Errichtung, Ausgestaltung und Erweiterung der dem Unterricht an Bundes-Hebammenlehranstalten dienenden öffentlichen Krankenanstalten aus den Bedürfnissen des Unterrichtes ergeben;
3. die Mehrkosten, die sich beim Betrieb der unter Z 1 genannten Krankenanstalten (Zentralkrankenanstalt gemäß § 2 a Abs. 1 lit. c) aus den Bedürfnissen der Forschung und Lehre sowie die Mehrkosten, die sich beim

Geltende Fassung

§ 56. Die näheren Vorschriften über die im § 55 vorgesehenen Kostenersätze des Bundes werden bei Universitätskliniken vom Bundesminister für Wissenschaft und Forschung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen nach Anhörung der in Betracht kommenden Landesregierungen, bei Bundes-Hebammenlehranstalten vom Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen nach Anhörung der in Betracht kommenden Landesregierungen durch Verordnung bestimmt.

§ 60. (1) Die Bezirksverwaltungsbehörden haben in den Krankenanstalten ihres örtlichen Wirkungsbereiches die Beobachtung der sanitären Vorschriften, die auf Grund des Ersten Teiles dieses Bundesgesetzes erlassen werden, zu überwachen.

(2) Organen der örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde, die einen schriftlichen Auftrag des Leiters dieser Behörde vorweisen, ist jederzeit zu allen Räumen, Anlagen und Einrichtungen der Krankenanstalten Zutritt zu gewähren. Auf ihr Verlangen ist diesen Organen in alle Unterlagen Einsicht zu gewähren, die den Betrieb der Anstalt betreffen. Die Einsicht nehmenden Organe sind auch berechtigt, von den eingesehenen Unterlagen Abschriften und Kopien herzustellen.

Fassung des Entwurfes

Betrieb der unter Z 2 genannten Krankenanstalten aus den Bedürfnissen des Unterrichts ergeben;

4. die Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse für zu Unterrichtszwecken im Sinne des § 43 herangezogene Personen.

§ 56. (1) Die Ermittlung der Mehrkosten im Sinne des § 55 hat auf Grund einer Kostenrechnung zu erfolgen. Die näheren Regelungen bezüglich der Kostenersätze sind zwischen dem Rechtsträger der Krankenanstalt, die zugleich der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dient, und dem Bundesminister für Wissenschaft und Forschung bzw. dem Rechtsträger der Krankenanstalt, die dem Unterricht an einer Bundes-Hebammenlehranstalt dient, und dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz zu vereinbaren.

(2) Die Kostenrechnung ist so zu gestalten, daß eine verursachungsgerechte Zuordnung der Kosten der Krankenanstalt auf die einzelnen Kostenstellen sowie eine Aufteilung der Kosten in Kosten der Krankenbehandlung einerseits sowie in Kosten für Forschung und Lehre bzw. Unterricht andererseits möglich ist. Soweit eine solche Trennung nicht eindeutig möglich ist (gemischte Kostenstellen), sind die Kostenersätze des Bundes auf Grund von nachvollziehbaren Schlüsseln zu ermitteln.

(3) Soweit den Bund eine Kostenersatzpflicht trifft, steht ihm die Einsicht in sämtliche der Errechnung der Höhe der Kostenersätze dienenden Unterlagen der Krankenanstalt zu.“

46. § 60 lautet:

„§ 60. (1) Die Bezirksverwaltungsbehörden haben unter Beiziehung der ihnen als Gesundheitsbehörde beigegebenen oder zur Verfügung stehenden Amtsärzte in den Krankenanstalten ihres örtlichen Wirkungsbereiches die Einhaltung der sanitären Vorschriften, die auf Grund des Ersten Teiles dieses Bundesgesetzes erlassen werden, zu überwachen.

(2) Organen der örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde ist jederzeit — bei Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien während der Betriebszeit — auch unangemeldet zu allen Räumlichkeiten, Apparaten, sonstigen Anlagen und Einrichtungen der Krankenanstalten Zutritt zu gewähren. Auf ihr Verlangen ist diesen Organen in alle Unterlagen Einsicht zu gewähren, die den Betrieb der Anstalt betreffen. Die Einsicht nehmenden Organe sind auch berechtigt, von den eingesehenen Unterlagen kostenlos Abschriften und Kopien herzustellen.

Geltende Fassung

(3) Erlangt eine Bezirksverwaltungsbehörde davon Kenntnis, daß in einer Krankenanstalt ihres örtlichen Wirkungsbereiches sanitäre Vorschriften im Sinne des Abs. 1 verletzt werden beziehungsweise verletzt wurden, so hat sie hievon unverzüglich den Landeshauptmann zu benachrichtigen.

§ 62 d. (1) Die Träger der Krankenanstalten haben nach der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), 9. Revision, in der Fassung der Vereinigung Schweizer Krankenhäuser (VESKA), die Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Pflinglinge zu erfassen; die Klassifikation ist vom Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herauszugeben.

Fassung des Entwurfes

(3) Erlangt eine Bezirksverwaltungsbehörde davon Kenntnis, daß in einer Krankenanstalt ihres örtlichen Wirkungsbereiches sanitäre Vorschriften im Sinne des Abs. 1 verletzt werden bzw. verletzt wurden, so hat sie hievon unverzüglich den Landeshauptmann zu benachrichtigen. Ist nach den der Bezirksverwaltungsbehörde bekanntgewordenen Umständen damit zu rechnen, daß eine Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit von Pflinglingen einer Krankenanstalt gegeben ist, so hat sie unverzüglich eine Einschau in der Krankenanstalt gemäß Abs. 2 vorzunehmen und dem Landeshauptmann hievon zu berichten.“

47. § 62 d Abs. 1 lautet:

„§ 62 d. (1) Die Träger von Krankenanstalten haben nach der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), 9. Revision, in einer vom Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herauszugebenden Fassung, die Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Pflinglinge originär zu erfassen.“