

1257 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XVIII. GP

Bericht des Gesundheitsausschusses

über die Regierungsvorlage (1080 der Beilagen): Bundesgesetz, mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert wird

Hauptpunkte der gegenständlichen Vorlage sind 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, Maßnahmen von Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle, 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 Arztegesetz, dem Psychologen- und dem Psychotherapiegesetz enthaltene gleichartige Bestimmung, Anpassung 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. Weiters werden die Vorschriften über die sanitäre Aufsicht durch die Bezirksverwaltungsbehörden effizienter gestaltet.

Darüber hinaus hat der Verfassungsgerichtshof mit Erkenntnis vom 7. März 1992 die Bedarfsregelung des § 3 Abs. 2 lit. a Krankenanstaltengesetz sowie eine mit dieser Bedarfsregelung im Zusammenhang stehende Wortfolge im § 3 Abs. 3 Krankenanstaltengesetz als verfassungswidrig aufgehoben. Der Entwurf trifft daher eine verfassungskonforme und den gesundheitspolitischen Notwendigkeiten entsprechende Ersatzregelung, 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 Gesundheitsvorsorge für die gesamte Bevölkerung sicherstellen, jedoch keinen Konkurrenzschutz mehr für private erwerbswirtschaftlich geführte Krankenanstalten enthält.

Der Gesundheitsausschuss hat die Regierungsvorlage erstmals in seiner Sitzung am 6. Juli 1993 in Verhandlung gezogen und nach einer Debatte, an der sich die Abgeordneten Dipl.-Kfm. Ilona Graenitz, Helmuth Stocker, Dr. Severin Renoldner, Harald Fischl, Dr. Günther Leiner, Edith Haller, Mag. Herbert Haupt, Dr. Walter Schwimmer, Arnold Grabner und der Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz Dr. Michael Ausserwinkler beteiligten, auf Antrag des Abgeordneten Helmuth Stocker einstimmig die Einsetzung eines Unterausschusses beschlossen.

Diesem Unterausschuss gehörten von der Sozialdemokratischen Parlamentsfraktion die Abgeordneten Arnold Grabner, Heidemaria Onodi, Hilde Seiler, Ernst Steinbach und Helmuth Stocker, vom Parlamentsklub der Österreichischen Volkspartei die Abgeordneten Dr. Günther Leiner, Hildegard Schorn, Johann Schuster und Dr. Walter Schwimmer, vom Klub der Freiheitlichen Partei Österreichs die Abgeordneten Harald Fischl und Mag. Herbert Haupt und vom Grünen Klub der Abgeordnete Dr. Severin Renoldner an. Zum Obmann wurde Abgeordneter Dr. Walter Schwimmer, zum Obmannstellvertreter Abgeordneter Helmuth Stocker und zum Schriftführer Abgeordneter Harald Fischl gewählt.

Der Unterausschuss hat die Regierungsvorlage nach einer konstituierenden Sitzung am 6. Juli 1993 in Sitzungen am 13. Juli, 5. und 6. Oktober 1993 unter Beiziehung von Experten der Vorbehandlung

unterzogen und konnte über die Regierungsvorlage unter Berücksichtigung von Abänderungsvorschlägen der Abgeordneten Helmuth Stocker und Dr. Günther Leiner teilweise Einvernehmen erzielen. Die Ziffern 7, 10, 11, 17, 21, 22 und 28 des Artikels I blieben jedoch offen.

Der Gesundheitsausschuß hat am 6. Oktober 1993 den Bericht des Unterausschusses, den der Abgeordnete Dr. Walter Schwimmer erstattete, entgegengenommen.

Von den Abgeordneten Helmuth Stocker und Dr. Günther Leiner wurde ein Abänderungsantrag gestellt. Weitere Abänderungsanträge stellte der Abgeordnete Dr. Severin Renoldner. Die Abgeordneten Helmuth Stocker, Dr. Walter Schwimmer und Harald Fischl stellten einen Entschließungsantrag.

An der Debatte beteiligten sich die Abgeordneten Harald Fischl, Helmuth Stocker, Dr. Severin Renoldner, Gustav Vetter, Arnold Grabner sowie der Ausschußobmann Abgeordneter Dr. Walter Schwimmer und der Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz Dr. Michael Ausserwinkler.

Bei der Abstimmung wurde die Regierungsvorlage unter Berücksichtigung des Antrages der Abgeordneten Helmuth Stocker und Dr. Günther Leiner mit Mehrheit angenommen.

Die Abänderungsanträge des Abgeordneten Dr. Severin Renoldner fanden nicht die Mehrheit des Ausschusses.

Der Ausschuß beschloß auf Antrag der Abgeordneten Helmuth Stocker, Dr. Walter Schwimmer und Harald Fischl, dem Nationalrat einen Entschließungsantrag zu unterbreiten.

Der Ausschuß beschloß einstimmig folgende Feststellungen:

1. Zu Art. I Z 10 (§ 3 Abs. 6 und 7) der RV:

Die im Art. I Z 10 der RV vorgesehene Regelung des § 3 Abs. 7 geht ohne zwingende Gründe über die Bedarfsregelung des neugefaßten § 3 Abs. 2 lit. a hinaus. Es wird daher eine Angleichung der Regelung über die Parteistellung und VwGH-Beschwerdelegitimation der Interessenvertretungen an die Bedarfsbestimmungen vorgenommen.

Überdies stellen die im § 3 Abs. 7 in der Fassung der RV vorgesehenen Bestimmungen die generelle Regel dar, während § 3 Abs. 6 in der Fassung der RV die lex specialis für Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung für Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers ist. Aus systematischen Gründen sollte die grundsätzliche Bestimmung aber vor eine lex specialis gestellt werden,

weshalb eine Umreihung der Abs. 6 und 7 des § 3 gegenüber der Fassung der RV vorgenommen wird.

2. Zu Art. I Z 11 (§ 3 a) der RV:

Im Sinne eines Grundsatzgesetzes nach Art. 12 B-VG hat sich der Gesetzesbefehl auf Grundsätze zu beschränken. Diese sind in dem neuformulierten § 3 a enthalten, weitergehende Regelungen sollen der Ausführungsgesetzgebung vorbehalten bleiben. Dabei geht der Gesundheitsausschuß davon aus, daß eine analoge Regelung auch im Universitätsorganisationsgesetz erfolgen wird.

Überdies scheint es zur Vermeidung jeglicher verfassungsrechtlicher Problematik im Zusammenhang mit unzulässigen dynamischen Verweisungen angebracht, auch den Hinweis auf das Universitätsorganisationsgesetz zu streichen.

3. Zu Art. I Z 13 (§ 5 a Z 8 und § 5 b) der RV:

Zu § 5 a Z 8 hält der Gesundheitsausschuß fest, daß der dort für allgemeine medizinische Anliegen des Pflégelings vorgesehene zur selbständigen Berufsausübung berechtigte Arzt keinesfalls eine Verpflichtung des Trägers der Krankenanstalt bedeutet, eigens für diese Aufgabe einen weiteren Arzt (allenfalls sogar zusätzlich einen praktischen Arzt) zu beschäftigen. Der Gesetzesstelle sollte schon durch eine entsprechende Dienstenteilung Rechnung getragen werden können, nach der es in vertretbarer Zeit Patienten generell möglich ist, mit medizinischen Anliegen einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt zu kontaktieren.

Im Zusammenhang mit den neuen Bestimmungen über Qualitätssicherung (§ 5 b) ist aus der Sicht des Gesundheitsausschusses besonders auf die bedeutende Stellung der in den Krankenanstalten tätigen Pathologen hinzuweisen. Der Ausschuß geht davon aus, daß die Ausführungsgesetzgebung gerade diesem Umstand besonderes Augenmerk widmen wird.

Die Neuformulierung des Absatzes 5 des § 5 b soll schließlich festlegen, daß die Beratung durch die Kommission für Qualitätssicherung in Krankenanstalten mit kollegialer Führung gegenüber dieser erfolgen soll.

4. Zu Art. I Z 16 (§ 6 Abs. 4) der RV:

Auch der neue Absatz 4 des § 6 soll im Sinne eines Grundsatzgesetzes gemäß Art. 12 B-VG neu formuliert werden.

5. Zu Art. I Z 17 (§ 6 a Abs. 2) der RV:

Für den Dekan oder einen von der Fakultät vorgeschlagenen Vertreter ist es außerordentlich

wichtig, in die Beratungen der kollegialen Führung die Gesichtspunkte der Forschung und Lehre einzubringen. Den Sitzungen der kollegialen Führung einer Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dient, soll daher ein Fakultätsvertreter (Dekan oder anderer vorgeschlagener Vertreter) mit beratender Stimme — ohne damit der kollegialen Führung anzugehören — beigezogen werden.

6. Zu Art. I Z 21 (§ 8 Z 2) der RV:

Der Gesundheitsausschuß geht davon aus, daß in absehbarer Zeit Regelungen im Bereich des Berufsrechts des medizinisch-technischen Fachdienstes und des Sanitätshilfsdienstes vorbereitet werden, nach denen anstelle einer permanenten ärztlichen Aufsicht auch die Aufsicht durch Angehörige des physiotherapeutischen Dienstes alternativ an die Stelle einer ärztlichen Aufsicht treten kann.

Hinsichtlich der Diplomierten Physiotherapeutinnen und -therapeuten geht der Gesundheitsausschuß davon aus, daß die geforderte ärztliche Aufsicht nach § 8 Z 2 KAG der Pflicht, den Beruf nach ärztlicher Anordnung auszuüben, gerecht wird.

Im übrigen hat jedenfalls die geforderte regelmäßige tägliche ärztliche Anwesenheit in einem solchen Ausmaß zu erfolgen, daß den Kriterien einer Qualitätssicherung voll entsprochen wird.

7. Zu Art. I Z 24 (§ 8 d) der RV:

§ 8 d in der Fassung der Regierungsvorlage geht über den Inhalt einer Grundsatzbestimmung des Art. 12 B-VG hinaus, insbesondere nimmt der vorgeschlagene Abs. 2 den gebotenen Ausführungsspielraum. Um den Landesausführungsgesetzen den Ausführungsfreiraum zu geben, soll Abs. 2 entfallen, wobei davon ausgegangen wird, daß auf der Ebene des Landesrechts eine modernen Gesichtspunkten entsprechende Methode der Personalplanung und -bedarfsermittlung gewählt wird. Im Hinblick auf europaweit laufende Diskussionen scheint es aber im gegebenen Zusammenhang nicht zweckmäßig, den Begriff einer anerkannten Methode gesetzlich vorzugeben.

8. Zu Art. I Z 30 (§ 11 b) der RV:

Die Wortfolge „durch hiezu berechnete Personen“ kann entfallen, da im Rahmen der Rechtsordnung stets nur berechnete Personen herangezogen werden dürfen.

Im übrigen geben die Erläuterungen der Regierungsvorlage (letzter Absatz zu § 11 b, Seite 20

linke Spalte unten) dem Ausschuß Anlaß zu folgenden Feststellungen:

Mit der vorliegenden Novelle sollen im Rahmen der Krankenanstaltenorganisation auf Wunsch des Patienten (arg.: „angeboten“) eine psychologische Betreuung und eine psychotherapeutische Versorgung angeboten werden. Es soll jedoch nicht eine neue Aufgabe der Krankenanstalten werden, in den Fachabteilungen von Akutspitälern neben der spitalsmäßigen fachärztlichen Behandlung zusätzlich auch als eigenständige Leistung eine psychologische oder psychotherapeutische Behandlung durchzuführen. Es ist auch nicht die Absicht des Gesetzgebers, die berufsrechtlichen Bestimmungen des Psychologen- und des Psychotherapiegesetzes sowie des Ärztegesetzes auszuhöhlen.

9. Zu Art. I Z 41 (§ 29 Abs. 2 Z 5) der RV:

Die generelle Ausnahme für Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des EWR-Abkommens sind, birgt nach Ansicht des Ausschusses die Gefahr eines „Gesundheitstourismus“ in die österreichischen Krankenanstalten in sich. Die Ausnahme sollte daher nur für solche EWR-Bürger gelten, die auch über einen Wohnsitz in Österreich verfügen.

10. Zu Art. I Z 45 (§§ 55 und 56) der RV:

Vor dem Hintergrund der einhelligen Ablehnung der durch die RV vorgeschlagenen Neuregelung der §§ 55 und 56 KAG durch die Länder ist der Gesundheitsausschuß in seinen Beratungen zu dem Ergebnis gekommen, daß an der bisherigen Rechtslage keine Änderung vorgenommen werden sollte. Hinzu kommt, daß der Gesundheitsausschuß zur Ansicht gelangt ist, daß die geltende Rechtslage mit der im § 56 KAG gegebenen Möglichkeit, den Kostenersatz für klinischen Mehraufwand mit einer im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen nach Anhörung der Landesregierungen zu erlassenden Verordnung zu regeln, durchaus ausreicht. Schließlich hat auch der vom Unterausschuß den Beratungen beigezogene Bundesminister für Wissenschaft und Forschung erklärt, für den Fall, daß die derzeit geltende Rechtslage keine Änderung erfährt, das Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen zu suchen und die im § 56 KAG vorgesehene Verordnung zu erlassen.

11. Zu Art. III Abs. 3 der RV:

Die Vollzugsbestimmung ist dem Entfall des Art. II Z 45 der RV anzupassen.

Als Ergebnis seiner Beratungen stellt der Gesundheitsausschuß somit den Antrag, der Nationalrat wolle

4

1257 der Beilagen

/₁ 1. dem angeschlossenen Gesetzentwurf die verfassungsmäßige Zustimmung erteilen,

2. die beigedruckte EntschlieÙung /₂ annehmen.
Wien, 1993 10 06

Annemarie Reitsamer
Berichterstatterin

Dr. Walter Schwimmer
Obmann

/ 1

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 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) Weiters hat die Landesgesetzgebung vorzusehen, daß in Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und betroffene Sozialversicherungsträger, bei selbständigen Ambulatorien auch die zuständige Ärztekammer, sowie bei Zahnambulatorien auch die Österreichische Dentistenkammer, 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.

(7) 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.“

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

„§ 3 a. 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 zu berücksichtigen. Das Zusammenwirken beim Betrieb der Krankenanstalt kann in einer Vereinbarung zwischen dem Träger der Krankenanstalt und dem Träger der medizinischen Fakultät näher geregelt werden.“

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 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 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 die kollegiale Führung 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 die Bedürfnisse der Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Vor ihrer Genehmigung hat der Träger der Krankenanstalten 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, ist der Dekan oder ein von der Fakultät vorgeschlagener Universitätsprofessor der medizinischen Fakultät den Sitzungen der kollegialen Führung mit beratender Stimme beizuziehen.“

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 Hygiene-fachkraft 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 For-

schung 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
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. Die Landesgesetzgebung hat die Träger von Krankenanstalten zu verpflichten, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist hiefür 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.“

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 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 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 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 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 und die in Österreich einen Wohnsitz haben.“

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. § 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 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.“

46. § 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 und des Art. II Z 45 und 46 (§ 60 und § 62 d) dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz.

$\frac{1}{2}$

EntschlieÙung

Der Bundesminister für Wissenschaft und Forschung und der Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz werden ersucht, sich bei den zuständigen Stellen des Bundes und der Länder zu bemühen, daß im Rahmen des Besoldungsrechtes der öffentlich Bediensteten eine gerechte Beteiligung des nachgeordneten ärztlichen und nichtärztlichen Personals an besonderen Honoraren, die leitenden Ärzten zufließen, sichergestellt wird.