

Gesundheit

232/ME



BUNDESMINISTERIUM
für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz

A-1031 Wien, Radetzkystraße 2
Telefon: 0222/711 58
Teletex: 322 15 64 BMGSK
DVR: 0649856

Achtung: Neue Telefon-Nummer
711 72

GZ. 21.601/7-II/A/5/92
An das
Präsidium des Nationalrates
Parlament
Dr. Karl Renner Ring 1
1018 W i e n

Sachbearbeiter: AIGNER
Klappner, 4882

Gesetzesentwurf

Zl. 138 - GE/19 Pz

Datum 4. 11. 1992

Verteilt 05. Nov. 1992 Blau

Betreff: Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das
Krankenanstaltengesetz geändert wird;
allgemeines Begutachtungsverfahren

In juristische

Das Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumenten-
schutz übermittelt 30 Exemplare eines dem allgemeinen
Begutachtungsverfahren zugeleiteten Entwurfes einer Novelle
zum Krankenanstaltengesetz zur gefälligen Kenntnis und mit dem
Ersuchen, Exemplare dieses Entwurfes auch den Klubs der im
Nationalrat vertretenen Fraktionen zuzuleiten.

Das Ende der Begutachtungsfrist wurde mit 18. Dezember 1992
festgesetzt.

30. Oktober 1992
Für den Bundesminister:
L i e b e s w a r

Für die Richtigkeit
der Ausfertigung:

[Handwritten signature]

V e r t e i l e r

	Exemplare
1) BKA - Präsidium	1
2) BKA - Zentrale Personalverwaltung	1
3) BKA - Verfassungsdienst	3
4) BM für auswärtige Angelegenheiten	1
5) BM für wirtschaftliche Angelegenheiten	7
6) BM für Arbeit und Soziales	3
7) BM für Finanzen	1
8) BM für Inneres	1
9) BM für Justiz	3
10) BM für Landesverteidigung	1
11) BM für Land- und Forstwirtschaft	3
12) BM für Unterricht und Kunst	4
13) BM für öffentliche Wirtschaft und Verkehr	1
14) BM für Wissenschaft und Forschung	4
15) BM für Umwelt, Jugend und Familie	3
16) BM für Umwelt, Jugend und Familie (Geschäftsführung des Familienpolitischen Beirates) Himmelpfortgasse 9 Postfach 10 1015 W i e n	4
17) Rechnungshof Dampfschiffstraße 2 1033 W i e n	1
18) Datenschutzrat Ballhausplatz 1 1014 W i e n	5
19) alle Ämter der Landesregierungen:	
Burgenland	3
Kärnten	3
Niederösterreich	<u>10</u>
	63

-2-

Oberösterreich	5
Salzburg	5
Steiermark	5
Tirol	3
Vorarlberg	3
Wien	5
20) Verbindungsstelle der Bundesländer beim Amt der Niederösterreichischen Landesregierung Schenkenstraße 4 1014 W i e n	5
21) Österr. Apothekerkammer Spitalgasse 31 1094 W i e n	5
22) Österr. Ärztekammer Weihburggasse 10-12 1010 W i e n	10
23) Österr. Dentistenkammer Kohlmarkt 11 1010 W i e n	3
24) Bundeskammer der Tierärzte Österreichs Biberstraße 22 1010 W i e n	5
25) Österr. Gewerkschaftsbund Hohenstaufengasse 10-12 1010 W i e n	10
26) Österr. Landarbeiterkammertag Marco d'Avianogasse 1 1015 W i e n	10
27) Präsidentenkonferenz der Landwirtschafts- kammern Österreichs Löwelstraße 14-16 1014 W i e n	<u>12</u>
	86

28) Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft Wiedner Hauptstraße 63 1045 W i e n	10
29) Bundesarbeiterkammertag Prinz-Eugenstraße 20-22 1041 W i e n	10
30) Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger Kündmanngasse 21 1031 W i e n	10
31) Österr. Städtebund Rathaus 1082 W i e n	12
32) Österr. Gemeindebund Johannesgasse 15 1015 W i e n	12
33) Vereinigung österr. Industrieller Schwarzenbergplatz 14 1030 W i e n	1
34) Österr. Rotes Kreuz Wiedner Hauptstraße 32 1040 W i e n	1
35) Österr. Rechtsanwaltskammertag Rotenturmstraße 13 1010 W i e n	10
36) Bundes-Ingenieurkammer Karlsgasse 9 1040 W i e n	10
37) Bundeskonferenz der Kammern der Freien Berufe Österreichs Tuchlauben 15 1010 W i e n	5
38) Rektorenkonferenz Lichtensteinstraße 22 1090 W i e n	<u>20</u>
	101

-4-

39) Österr. Hochschülerschaft Zentralausschuß Liechtensteinstraße 13 1090 W i e n	5
40) Verein "Österr. Gesellschaft für Gesetzgebungslehre" Schottenbastei 1016 Juridikum 1010 W i e n	1
41) Österr. Bundesjugendring Am Modenapark 1-2 1030 W i e n	1
42) Österr. Verband der Elternvereine an den öffentlichen Pflichtschulen (Dachverband) Dr. Karl Renner-Ring 1 1010 W i e n	3
43) Verband der Akademikerinnen Österreichs Reitschulgasse 2 1010 W i e n	1
44) Fachgruppenvereinigung für Gesundheitswesen Maria-Theresia-Straße 11 1090 W i e n	10
45) Österr. Krankenpflegeverband Mollgasse 3a 1180 W i e n	5
46) Verband der diplomierten med.-techn. Assistentinnen Österreichs Postfach 32 1097 W i e n	5
47) Verband der med.-techn. Fachkräfte Österreichs Postfach 131 1021 W i e n	<u>5</u>
	36

- 48) Dachverband der gehobenen med.-techn.
Dienste Österreichs
p.A. I. HEHN
Arbesbachgasse 29/9
1190 W i e n 5
- 49) Verband der diplomierten radiol.-techn.
Assistentinnen und Assistenten Österreichs
Simmeringer Hauptstraße 34/1/1/VI
1110 W i e n 5
- 50) Verband der diplomierten Assistentinnen
für physikalische Medizin Österreichs
Gießergasse 6/7
1090 W i e n 5
- 51) Verband der diplomierten Diätassistentinnen
Österreichs
Waltergasse 12/2
1030 W i e n 5
- 52) Verband der diplomierten Beschäftigungs-
und Arbeitstherapeuten Österreichs
Sparrgasse 8-10
1150 W i e n 5
- 53) Berufsverband der diplomierten Logopäden
Österreichs
Satzberggasse 9/2/5
1140 W i e n 5
- 54) Orthoptistinnenverband Österreichs
Hanuschkrankehaus
Schielambulanz
Heinrich Collin-Straße 30
1140 W i e n 5
35

-6-

55) Österr. Bischofskonferenz Wollzeile 2 1010 W i e n	1
56) Evangelischer Oberkirchenrat A. und H.B. in Wien Severin Schreibergasse 3 1180 W i e n	1
57) Katholischer Familienverband Österreichs Spiegelgasse 3/9 1010 W i e n	1
58) Konsumentenberatung-Konsumenteninformation Mariahilfer Straße 81 1060 W i e n	3
59) Kuratorium für Verkehrssicherheit Ölzeltgasse 3 1030 W i e n	1
60) Berufsverband Österr. Psychologen Salzgrieß 10/8 1010 W i e n	10
61) Österr. Bundesinstitut für Gesundheitswesen Stubenring 6 1010 W i e n	3
62) Bundeskonferenz des wissenschaft- lichen und künstlerischen Personals der Österr. Universitäten und Kunsthochschulen Schottengasse 1 1010 W i e n	1
63) Österr. Normungsinstitut Leopoldsgasse 4 Postfach 130 1021 W i e n	<u>1</u>
	22

-7-

- 64) PHARMIG - Vereinigung
 pharm. Erzeuger
 Garnisongasse 4
 1090 W i e n 1
- 65) Bundeskonferenz der Verwaltungsdirektoren
 Österreichischer Krankenanstalten
 A.ö. Krankenhaus St. Pölten
 Probst-Führer-Straße 4
 3100 St. Pölten 1
- 66) Frau
 Bundesministerin
 Johanna DOHNAL
 Bundeskanzleramt
 Ballhausplatz 1
 1014 W i e n 1
- 67) Herrn
 Staatssekretär Dr. Johannes DITZ
 Bundesministerium für Finanzen
 Himmelpfortgasse 9
 1015 W i e n 1
- 68) Österreichische Arbeitsgemeinschaft
 für Rehabilitation
 Brigittenauer Lände 42
 1200 W i e n 20
- 69) Sektion I
 Geschäftsstelle des KRAZAF
 im H a u s e 1
-
- 25

-8-

- 70) Sektion I
Konsumentenschutz
im H a u s e 1
- 71) Wiener Krankenanstaltenverband
Schottenring 24
1010 W i e n 1
- 72) Dachverband "Selbsthilfe Kärnten"
Fromillerstraße 20
9020 K l a g e n f u r t 5
- 73) Dachverband der OÖ Selbsthilfegruppen
im Gesundheitsbereich
Figulystraße 4a
4020 Linz/Donau 5
- 74) Salzburger Patientenforum-Dachverband
Moostraße 18
5020 S a l z b u r g 5
- 75) Herrn
Bundesminister für
Föderalismus und Verwaltungsreform
Jürgen WEISS
Minoritenplatz 3
1014 W i e n 1
- 76) Österreichischen Bundesverband
für Psychotherapie
Maria-Theresien-Straße 32-34/2/25
1010 W i e n 1

19

-9-

77) ARGE-Rehabilitation Brigittenuer Lände 42 1200 W i e n	10
78) Pro Senectute Österreich Gentzgasse 9 1180 W i e n	1
79) Österr. Berufsverband der Dipl. SozialarbeiterInnen Arbeitergasse 26 1050 W i e n	1
80) Rechtskomitee Lambda Linke Wienzeile 102 1060 W i e n	1
81) Wiener Patienten-anwaltschaft z. Hdn. Herrn Prof. Dr. PICKL Schönbrunnerstraße 7 1040 W i e n	1
82) Kärntner Patienten-anwaltschaft z. Hdn. Fr. LACOMY St. Veiter Straße 47 9020 K l a g e n f u r t	1
83) OÖ Patienten-anwaltschaft Harrachstraße 16a 4020 L i n z	1

	6

An die
AIDS-Hilfe Wien 1

Wickenburggasse 14
1080 Wien

An die
AIDS-Hilfe Oberösterreich 1
Langgasse 12
4020 Linz

An die
AIDS-Hilfe Salzburg 1

Saint-Julien-Straße 31
5020 Salzburg

An die
AIDS-Hilfe Tirol 1

Bruneckerstraße 8
6020 Innsbruck

An die
AIDS-Hilfe Vorarlberg 1

Neugasse 5
6900 Bregenz

An die
AIDS-Hilfe Kärnten 1

Sponheimerstraße 5
9020 Klagenfurt

An die
AIDS-Hilfe Steiermark 1

Schmiedgasse 38
8010 Graz

Kuratorium: Medizinische Selbsthilfe
Verwaltungszentrum für Selbsthilfegruppen 1
z. Hdn. Fr. RR FRÜHWIRT
Obere Augartenstraße 26-28
1020 Wien

8

Frau
Hofrätin Dr. Helene KAPAUN
Landessanitätsdirektorin
Amt der Wiener Landesregierung

1

Gonzagagasse 23
1013 Wien

Herrn
Hofrat Dr. Gerhard OLEXINSKI
Landessanitätsdirektor
Amt der Kärntner Landesregierung

1

Kelag-Hochhaus
Arnulfplatz 2
9020 Klagenfurt

Frau
Hofrätin Dr. Vera FISTER
Landessanitätsdirektorin
Amt der Burgenländischen Landesregierung

1

Freiheitsplatz 3
7001 Eisenstadt

Herrn
Hofrat Dr. Werner HOFFER
Landessanitätsdirektor
Amt der Niederösterreichischen Landesregierung

1

Teinfaltstraße 8
1014 Wien

Herrn
Hofrat Dr. Gernot SÜSS
Landessanitätsdirektor
Amt der Oberösterreichischen Landesregierung

1

Harrachstraße 16
4020 Linz

Herrn
Hofrat Dr. Ulf POSTUVANSCHITZ
Landessanitätsdirektor
Amt der Salzburger Landesregierung

1

Pfeifergasse 7
5020 Salzburg

6

Herrn
Hofrat Dr. Gernot RAUTER
Landessanitätsdirektor
Amt der Steiermärkischen Landesregierung

1

Paulustorgasse 4
8010 Graz

Herrn
Hofrat Dr. Christoph NEUNER
Landessanitätsdirektor
Amt der Tiroler Landesregierung

1

Maria-Theresien-Straße 43
Landhaus
6020 Innsbruck

Herrn
Obersanitätsrat Dr. Elmar BECHTER
Landessanitätsdirektor
Amt der Vorarlberger Landesregierung

1

Landhaus
6901 Bregenz

3

Univ.-Prof. Dr. Karl FELLINGER

Rudolfinerhaus
Billrothstraße 78
1190 Wien

1

Univ.-Prof. Dr. Herbert BRAUNSTEINER
Vorstand der Medizinischen Klinik der
Universität Innsbruck
Anichstraße 35
6010 Innsbruck

1

Univ.-Prof. Dr. J. Heinrich HOLZNER
Vorstand des Institutes für Pathologische
Anatomie
Spitalgasse 4
1090 Wien

1

Univ.-Prof. Dr. Peter DEETJEN
Vorstand des Institutes für Physiologie
und Balneologie der Universität Innsbruck
Schöpfstraße 41
6020 Innsbruck

1

Univ.-Prof. Dr. Manfred P. DIERICH
Vorstand des Institutes für Hygiene
der Univ.-Innsbruck
Fritz-Pregl-Straße 3
6010 Innsbruck

1

Univ.-Prof. Dr. Heinz DITTRICH
beratender Arzt des Hauptverbandes der
österreichischen Sozialversicherungsträger
Kundmanngasse 21
1030 Wien

1

Univ.-Prof. Dr. Arnulf FRITSCH
Vorstand der I. Chirurgischen
Universitätsklinik Wien
Alser Straße 4
1090 Wien

1

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang KOOS
Vorstand der Neurochirurgischen
Klinik der Universität Wien
Währinger Gürtel 18-20
1090 Wien

1

Univ.-Prof. Dr. Rainer KOTZ
Vorstand der Orthopädischen
Klinik der Universität Wien
Garnisongasse 13, 9. Hof
1090 Wien

1

9

Univ.-Prof. DDr. Otto KRAUPP 1
Vorstand des Pharmakologischen
Institutes der Universität Wien
Währinger Straße 13a
1090 Wien

Univ.-Prof. Dr. Reinhard KREPLER 1
Ärztlicher Direktor des Allgemeinen
Krankenhauses der Stadt Wien
Währinger Gürtel 18-20
1090 Wien

Univ.-Prof. Dr. Christian KUNZ 1
Vorstand des Institutes für Virologie
der Universität Wien
Kinderspitalgasse 15
1090 Wien

Univ.-Prof. Dr. Ronald KURZ 1
Vorstand der Kinderklinik der
Universität Graz
Auenbruggerplatz 30
8036 Graz

Primarius Dr. Michael NEUMANN 1
Präsident der Österreichischen Ärztekammer
Weihburggasse 10-12
1010 Wien

Dr. Erich OSWALD 1
Elisabethstraße 24/22
1010 Wien

Primarius Univ.-Prof. Dr. Erich SCHERZER 1
Ärztlicher Leiter des Rehabilitations-
zentrums Wien-Meidling
Kundratstraße 37
1120 Wien

Dr. Klaus SCHNEIDER 1
Chefarzt der Pensionsversicherungsanstalt
der Arbeiter
Rossauer Lände 3
1090 Wien

Univ.-Prof. Dr. Georg WICK 1
Vorstand des Institutes für Allgemeine
Experimentelle Pathologie der
Universität Innsbruck
Fritz-Pregl-Straße 3
6020 Innsbruck

9

Univ.-Prof. Dr. Gerhard WIEDERMANN
Vorstand des Institutes für Spezifische
Prophylaxe und Tropenmedizin der
Universität Wien
Kinderspitalgasse 15
1090 Wien

1

Univ.-Prof. Dr. Ernst WOLNER
Vorstand der II. Chirurgischen Klinik
der Universität Wien
Spitalgasse 23
1090 Wien

1

Univ.-Prof. Dr. Klaus WOLFF
Vorstand der I. Hautklinik der
Universität Wien
Alser Straße 4, Hof 2
1090 Wien

1

Obermedizinalrat
Doz. Dr. Egmont BAUMGARTNER
Präsident der Österreichischen Akademie
für Arbeitsmedizin
Aichheim 21
6060 Hall/Tirol

1

Univ.-Prof. Dipl.Ing. Dr. Ernst BRANDL
Veterinärmedizinische Universität Wien
Linke Bahngasse 11
1030 Wien

1

Univ.-Prof. Dr. Helmut DENK
Vorstand des Institutes für Pathologische
Anatomie der Universität Graz
Auenbruggerplatz 25
8036 Graz

1

Direktor Hofrat
Prim. Dr. Alfred HUBER
Ärztlicher Leiter der Krankenanstalt der
Stadt Wien-Rudolfstiftung
Juchgasse 25
1030 Wien

1

Univ.-Prof. Dr. Michael KUNZE
Vorstand des Institutes für Sozialmedizin
der Universität Wien
Alser Straße 21
1080 Wien

1

8

Univ.-Prof. Dr. Rolf SCHULTE-HERMANN
Vorstand des Institutes für
Tumorbologie-Krebsforschung
Abteilung für Experimentelle Toxikologie
Borschkegasse 8a
1090 Wien

1

Dr. Hans SEYFRIED
Chefarzt der Sozialversicherungsanstalt
der Bauern
Ghegastraße 1
1031 Wien

1

Mag.-pharm. Franz WINKLER
Präsident der Österreichischen
Apothekerkammer
Spitalgasse 31
1090 Wien

1

Univ.-Prof. Dr. Hans WINKLER
Vorstand des Institutes für Pharmakologie
der Universität Innsbruck
Peter-Mayr-Straße 1
6020 Innsbruck

1

Mag.-pharm. Dr.phil. Franz ZEIDLER
Generaldirektor der Herba AG
Michelbeuerngasse 9
1090 Wien

1

5

Bundesministerium für Gesundheit,
Sport und Konsumentenschutz
GZ. 21.601/7-II/A/5/92

Entwurf

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. § 2a 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;"

2. § 2a 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;"

3. § 3 lautet:

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

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

(3) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

1. nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits vorhandene Versorgungsangebot öffentlicher und privater gemeinnütziger Krankenanstalten sowie bei Errichtung einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch niedergelassene Kassenvertragsärzte und kasseneigene Einrichtungen, bei Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Dentisten mit Kassenvertrag, ein Bedarf gegeben ist;
2. das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachgewiesen sind;
3. das für die Unterbringung der Anstalt geplante oder bereits vorhandene Gebäude den bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht;

4. aus den Antragsunterlagen hervorgeht, daß die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche apparative Ausstattung dauerhaft sichergestellt und auch für die erforderliche personelle Ausstattung vorgesorgt sein wird;
5. gegen den Bewerber keine Bedenken bestehen.

(4) Im Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung ist ein Gutachten des Landeshauptmannes einzuholen, das zum Antrag vom Standpunkt der sanitären Aufsicht Stellung nimmt. Außerdem ist im Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung für ein selbständiges Ambulatorium (§ 2 Abs. 1 Z 7), sofern nicht die §§ 3b Abs. 1 und 3c Abs. 1 und 2 anzuwenden sind, auch die zuständige Ärztekammer und bei Bewilligung der Errichtung eines selbständigen Zahnambulatoriums auch die Österreichische Dentistenkammer zu hören."

4. Nach § 3 werden folgende §§ 3a bis 3d eingefügt:

"§ 3a. Die Bewilligung zum Betrieb einer Krankenanstalt darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

1. die Bewilligung zur Errichtung erteilt worden ist;
2. die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen;
3. gegen die für den inneren Betrieb der Krankenanstalt vorge-

-4-

sehene Anstaltsordnung (§ 6) keine Bedenken bestehen;

4. geeignete Personen für die Leitung des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des psychologischen Dienstes und des psychotherapeutischen Dienstes (§§ 7 Abs. 1, 11a Abs. 1, 11b Abs. 4, 11c Abs. 3), fachlich geeignete Personen für die Leitung der einzelnen Abteilungen oder Organisationseinheiten sowie für den Fall der Verhinderung jeweils in gleicher Weise qualifizierte Personen für die Stellvertretung namhaft gemacht worden sind;
5. für den Betrieb der Krankenanstalt im Hinblick auf deren Anstaltszweck sowie das in Aussicht genommene Leistungsangebot in ausreichender Zahl entsprechendes nichtärztliches Personal, das die jeweils erforderliche Qualifikation nach dem Bundesgesetz betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl. Nr. 102/1961, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 449/1990, und nach dem Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. Nr. 460/1992, aufweist, in Aussicht genommen ist und
6. nach Maßgabe des Anstaltszwecks und des Leistungsangebotes in ausreichender Zahl entsprechend qualifiziertes psychologisches und psychotherapeutisches Personal (§§ 11b, 11c) in Aussicht genommen ist.

§ 3b. (1) Ist der Träger der Krankenanstalt ein Krankenversicherungsträger, so bedarf er lediglich bei Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien einer Bewilligung zur Errichtung. Diese ist zu erteilen, wenn das Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der zuständigen öffentlich-rechtlichen Interessenvertretung der Ärzte bzw. Dentisten oder

zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Dentistenkammer vorliegt (§ 339 ASVG). Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung zu erteilen, wenn der Bedarf durch die Landesregierung festgestellt ist. Die beabsichtigte Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger ist der Landesregierung anzuzeigen.

(2) Die Bewilligung zum Betrieb der Krankenanstalt eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 3a Z 2 bis 6, bei selbständigen Ambulatorien auch § 3a Z 1, erfüllt sind.

§ 3c. (1) Im behördlichen Verfahren zur Bewilligung der Errichtung oder Inbetriebnahme von selbständigen 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

1. über das Vorhaben des Krankenversicherungsträgers kein Einvernehmen im Sinne des § 339 ASVG zustande gekommen ist,

2. der Antrag des Krankenversicherungsträgers nicht mit einem nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmen übereinstimmt oder

3. die Entscheidung der Behörde über den Inhalt des nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmens hinausgeht.

(2) 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. 3 Z 1 zu prüfenden Bedarfes Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG haben.

(3) Im übrigen haben die berührten gesetzlichen beruflichen Interessenvertretungen sowie die freiwilligen beruflichen Interessenvertretungen der klinischen Psychologen und der Psychotherapeuten, deren Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung gemäß § 349 Abs. 2 ASVG vom Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz festgestellt worden ist, die Stellung von Beteiligten.

§ 3d. Durch die Landesgesetzgebung sind nähere Vorschriften über die Erteilung von Bewilligungen zur Errichtung und Inbetriebnahme von Krankenanstalten, über die Zurücknahme solcher Bewilligungen, wenn eine Voraussetzung für ihre Erteilung nachträglich weggefallen ist oder hervorkommt, daß sie schon zum Zeitpunkt der Erteilung der Bewilligung nicht erfüllt war, sowie über die Sperre von Krankenanstalten, die entgegen krankenanstaltenrechtlichen Bestimmungen betrieben werden, zu erlassen."

5. § 4 lautet:

"§ 4. (1) Jede geplante Veränderung der Krankenanstalt, die die räumliche oder apparative Ausstattung oder das Leistungsangebot betrifft, ist der Landesregierung anzuzeigen.

(2) Wesentliche Veränderungen bedürfen einer Betriebsbewilligung der Landesregierung. Bei wesentlichen baulichen oder apparativen Änderungen, insbesondere im Zusammenhang mit medizinisch-technischen Großgeräten, ist überdies zuvor in sinnge-mäßer Anwendung des § 3 Abs. 2 bis 4 eine Bewilligung zur Vornahme dieser Änderung zu erteilen.

(3) Für die Erwerbung oder die Erweiterung von selbständigen Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers ist § 3b sinngemäß anzuwenden."

6. Im § 5 wird das Zitat "(§ 3 Abs. 2 lit. d)" durch das Zitat "(§ 3 Abs. 3 Z 5)" ersetzt.

7. Im § 6 werden die Abs. 3 und 4 mit "(4)" und "(5)" bezeichnet, die Abs. 1 bis 3 lauten:

"§ 6. (1) Der innere Betrieb einer Krankenanstalt wird einschließlich des von den Pflegerinnen und Besuchern zu beachtenden Verhaltens (Hausordnung) durch die Anstaltsordnung geregelt. Durch die Anstaltsordnung ist auch vorzusehen, daß die einzelnen Abteilungen und Pflegegruppen hinsichtlich ihrer Bettenanzahl unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin eine überschaubare Größe aufweisen.

(2) Die Landesgesetzgebung hat nähere Vorschriften über den Inhalt der Anstaltsordnung zu erlassen, die insbesondere zu enthalten hat:

1. die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in Abteilungen für Akutkranke und, neben diesen Abteilungen, auch in zusätzliche Abteilungen für Langzeitbehandlung, oder in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranker und für Langzeitbehandlung innerhalb von Abteilungen;
2. die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur über Tag oder

nur über Nacht aufgenommen werden;

3. die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen.

(3) Durch die Landesgesetzgebung ist weiters anzuordnen, daß die Anstaltsordnung

1. unter Bedachtnahme auf die Organisation und die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen im erforderlichen Ausmaß Dienstbesprechungen zwischen dem ärztlichen und dem nichtärztlichen Personal vorsieht;
2. für die in der Krankenanstalt beschäftigten Personen in ausreichendem Maß geeignete Personalräumlichkeiten sicherstellt;
3. Maßnahmen zu einer umfassenden Qualitätssicherung gewährleistet;
4. auf Wunsch der Pfleglinge eine seelsorgerische Betreuung ermöglicht;
5. sicherstellt, daß Pfleglinge ihr Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte ausüben können;
6. ausreichend Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten mit der Außenwelt ermöglicht und Vertrauenspersonen des Pfleglings im Fall einer nachhaltigen Verschlechterung des Gesundheitszustandes auch außerhalb der Besuchszeit Kontakt mit dem Pflegling aufnehmen können;
7. sicherstellt, daß dem Pflegling und Vertrauenspersonen medizinische Informationen durch einen Arzt in möglichst ver-

ständlicher und schonungsvoller Art gegeben werden, wobei erforderlichenfalls auch für eine psychologische oder seelsorgerische Unterstützung zu sorgen ist;

8. ein würdevolles Sterben ermöglicht und Vertrauenspersonen des Pfleglings - sofern dies nicht aus medizinischen Gründen ausgeschlossen ist - Kontakt mit dem Sterbenden pflegen können;
9. sicherstellt, daß auch in Mehrbetträumen eine ausreichende Wahrung der Intimsphäre gewährleistet ist;
10. bei der stationären Versorgung von Kindern insbesondere über längere Zeiträume eine kindergerechte Ausstattung der Krankenzimmer vorsieht."

8. § 6a lautet:

"§ 6a. Die Landesgesetzgebung kann Vorschriften über die kollegiale Führung der Krankenanstalten durch die mit der Leitung des ärztlichen Dienstes (§ 7 Abs. 1), der Verwaltung (§ 11 Abs. 1), des Pflegedienstes (§ 11a Abs. 1) sowie des psychologischen Dienstes (§ 11b Abs. 4) und des psychotherapeutischen Dienstes (§ 11c Abs. 3) betrauten Personen erlassen. Die diesen Führungskräften nach den §§ 7 Abs. 1, 11 Abs. 1, 11a Abs. 1, 11b Abs. 4 und 11c Abs. 3 jeweils zukommenden Aufgaben dürfen hiedurch nicht beeinträchtigt werden."

9. Im § 7 Abs. 2 wird das Wort "Behinderung" durch das Wort "Verhinderung" ersetzt.

10. § 7 Abs. 4 lautet:

"(4) Mit der Führung von Abteilungen oder Organisationseinheiten

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 oder Absolventen entsprechender naturwissenschaftlicher Studienrichtungen betraut werden. Für den Fall der Verhinderung ist für die Stellvertretung eine in gleicher Weise fachlich qualifizierte Person namhaft zu machen."

11. § 8 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

"Darüberhinaus hat die Organisation des ärztlichen Dienstes sicherzustellen, daß auch neben der unmittelbaren Erbringung ärztlicher Leistungen für medizinische Anliegen der Pfleglinge ein Arzt zur Verfügung steht und daß die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte ihrer Fortbildungspflicht regelmäßig nachkommen können."

12. § 8a lautet:

"§ 8a. (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 Krankenpflagedienstes als Hygienefachkraft zu bestellen. Diese hat ihre Tätigkeit 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 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. 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.

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

(6) In bettenführenden Krankenanstalten ist weiters eine Hygienekommission einzurichten, der zumindest die Mitglieder des Hygieneteams, der ärztliche Leiter der Krankenanstalt sowie ein Vertreter der Krankenhausverwaltung, des betriebsärztlichen Dienstes und des technischen Dienstes angehören. Die Hygienekommission hat alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und Beschlüsse zu fassen. Ihre Umsetzung hat durch den im jeweiligen Bereich bestehenden Verantwortungsträger zu erfolgen. Für die Beratungen der Hygienekommission ist eine Geschäftsordnung zu erlassen."

13. § 8c lautet:

"§ 8c. (1) In Krankenanstalten, an denen klinische Prüfungen von Arzneimitteln vorgenommen werden, sind zur Beurteilung dieser Prüfungen Ethikkommissionen einzurichten. Weiters haben diese Kommissionen die Anwendung neuer medizinischer Methoden und neuer Medizinprodukte zu beurteilen.

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

1. einem Arzt, der zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes im Inland berechtigt ist und der weder ärztlicher Leiter der Krankenanstalt noch Prüfungsleiter ist,
2. einem Vertreter des Krankenpflegefachdienstes,
3. einem Juristen,
4. einem Pharmazeuten,
5. einem Vertreter des Amtes der Landesregierung (Landes-sanitätsdirektion),
6. einer mit der Wahrnehmung psychologischer oder psychotherapeutischer Aufgaben in der Krankenanstalt betrauten Person,
7. einem Patientenvertreter und
8. einer Person mit ethischer Kompetenz.

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

(3) Bei der Beurteilung der klinischen Prüfung einer neuen medizinischen Methode ist überdies ein Facharzt, in dessen Sonderfach die klinische Prüfung fällt, beizuziehen. Bei der Beurteilung der klinischen Prüfung eines neuen Medizinproduktes sind überdies ein Technischer Sicherheitsbeauftragter einer Krankenanstalt und ein Facharzt, in dessen Sonderfach die klinische Prüfung fällt, beizuziehen.

(4) 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."

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

"§ 8d. (1) Die Träger von Krankenanstalten haben die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung zu schaffen. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität zu umfassen. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten ermöglicht werden.

(2) Die kollegiale Führung hat die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen.

(3) 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, des psychologischen oder des psychotherapeutischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören.

(4) 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 über alle hierfür erforderlichen Maßnahmen zu beraten."

15. § 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) sowie die erbrachten ärztlichen Leistungen einschließlich Medikation und Aufklärung des Pfleglings und
- b) sonstige wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen und allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung, darzustellen sind;"

16. § 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 dem Sozialversicherungsträger obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie anderen Krankenanstalten und einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten kostenlos Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Pfleglingen zu übermitteln;"

17. 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 zu dokumentieren, durch die er für den Fall des Verlustes seiner Handlungs- oder Willensbildungsfähigkeit die Zustimmung zu bestimmten Behandlungsmethoden ausschließt;
8. im Rahmen der Krankengeschichte allfällige Widersprüche gemäß § 62a Abs. 1 zu dokumentieren."

18. Im § 10 wird der bisherige Abs. 3 mit "(4)" bezeichnet, folgender Abs. 3 wird 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."

19. § 11a Abs. 2 lautet:

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

20. Nach § 11a Abs. 2 wird folgender Abs. 3 angefügt:

"(3) 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 jährlich der Landesregierung zu berichten."

21. Nach § 11a werden folgende §§ 11b bis 11f samt Überschriften eingefügt:

"Psychologischer Dienst

§ 11b. (1) Die Träger von bettenführenden Krankenanstalten sind verpflichtet, nach Maßgabe des Anstaltszweckes und des Leistungsangebotes die psychologische Betreuung der in Anstaltspflege aufgenommenen Personen durch Einrichtung eines psychologischen Dienstes sicherzustellen. Dieser hat nach Maßgabe der Aufgaben und Größe der Krankenanstalt entsprechende Organisationseinheiten, jedenfalls aber je eine Organisationseinheit für klinisch-psychologische Diagnostik sowie für psychologische Behandlung, zu umfassen.

(2) Im Rahmen jeder Organisationseinheit gemäß Abs. 1 müssen geeignete, nach dem Psychologengesetz, BGBl. Nr. 360/1990, zur Führung der Berufsbezeichnung "Psychologe" oder "Psychologin" berechnigte Personen in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Diese sind der Landesregierung bekanntzugeben.

(3) Nach Maßgabe des Anstaltszweckes und des Leistungsangebotes sowie der Größe der Krankenanstalt hat der psychologische Dienst eine gesundheitspsychologische Beratung durch mindestens eine geeignete, nach dem Psychologengesetz zur Führung der Berufsbezeichnung "Gesundheitspsychologe" oder "Gesundheitspsychologin" berechnigte Person als ständigen Konsiliarpsychologen oder ständige Konsiliarpsychologin sicherzustellen. Konsiliarpsychologen und Konsiliarpsychologinnen sind der Landesregierung bekanntzugeben.

(4) Für die Leitung des psychologischen Dienstes sowie der einzelnen Organisationseinheiten gemäß Abs. 1 ist jeweils eine nach dem Psychologengesetz zur Führung der Berufsbezeichnung "klinischer Psychologe" oder "klinische Psychologin" berechnigte Person zu bestellen. Die Bestellung ist der Landesregierung bekanntzugeben. Für den Fall der Verhinderung ist jeweils eine in gleicher Weise

qualifizierte Person vorzusehen und der Landesregierung bekanntzugeben.

(5) Der psychologische Dienst muß so organisiert sein, daß ein Psychologe oder eine Psychologin untertags jederzeit erreichbar ist.

(6) Eine klinisch-psychologische Diagnostik oder Behandlung sowie eine gesundheitspsychologische Beratung dürfen nur mit Zustimmung der betreffenden Person oder ihres gesetzlichen Vertreters durchgeführt werden.

Psychotherapeutischer Dienst

§ 11c. (1) Die Träger von Krankenanstalten sind verpflichtet, nach Maßgabe des Anstaltszweckes und des Leistungsangebotes die psychotherapeutische Behandlung der in Anstaltspflege aufgenommenen Personen durch Einrichtung eines psychotherapeutischen Dienstes sicherzustellen. Dieser hat nach Maßgabe des Anstaltszweckes und des Leistungsangebots der Krankenanstalt entsprechende Organisationseinheiten zu umfassen; entsprechende Räumlichkeiten sind bereitzustellen.

(2) Im Rahmen des psychotherapeutischen Dienstes müssen geeignete, nach dem Psychotherapiegesetz, BGBl.Nr. 361/1990, zur Führung der Berufsbezeichnung "Psychotherapeut" oder "Psychotherapeutin" berechnete Personen in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Diese sind der Landesregierung bekanntzugeben.

(3) Für die Leitung des psychotherapeutischen Dienstes ist eine nach dem Psychotherapiegesetz zur Führung der Berufsbezeichnung "Psychotherapeut" oder "Psychotherapeutin" berechnete Person zu bestellen. Die Bestellung ist der Landesregierung bekanntzugeben. Für den Fall der Verhinderung ist eine in gleicher Weise

qualifizierte Person vorzusehen und der Landesregierung bekanntzugeben.

(4) Der psychotherapeutische Dienst muß so organisiert sein, daß ein Psychotherapeut oder eine Psychotherapeutin untertags jederzeit erreichbar ist.

(5) Eine psychotherapeutische Behandlung darf nur mit Zustimmung der behandelten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters durchgeführt werden.

Fortbildung des nichtärztlichen Personals

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

Supervision

§ 11e. (1) Die Träger der Krankenanstalten sind verpflichtet, durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, daß den in der Krankenanstalt beschäftigten Personen im Rahmen ihrer Dienstzeit im erforderlichen Ausmaß Gelegenheit zur Teilnahme an einer berufsbegleitenden Supervision geboten wird.

(2) Für die Supervision müssen geeignete, zur Führung der Berufsbezeichnung "klinischer Psychologe" oder "klinische Psychologin", "Gesundheitspsychologe" oder "Gesundheitspsychologin" oder auch "Psychotherapeut" oder "Psychotherapeutin" berechnigte Personen, die über eine mindestens fünfjährige Berufserfahrung sowie eine entsprechende supervisorische Weiterbildung verfügen und nicht in den Betrieb der Krankenanstalt eingebunden sind, zur Verfügung stehen.

Patientenvertretungen

§ 11f. Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, daß zur Prüfung allfälliger Beschwerden von Pfleglingen und auf Wunsch zur Wahrnehmung ihrer Interessen unabhängige Patientenvertretungen (Patientenfürsprecher, Ombudseinrichtungen oder ähnliche Vertretungen) zur Verfügung stehen."

22. Im § 12 Abs. 1 entfällt der Klammerausdruck "(§ 3 Abs. 4)".

23. Die Überschrift zu § 13 entfällt.

24. § 13 Abs. 1 lautet:

"§ 13. (1) Es ist verboten, unsachliche oder unwahre Informationen im Zusammenhang mit dem Betrieb einer Krankenanstalt zu geben."

25. Im § 16 Abs. 1 lit. e werden das Zitat "(§ 6 Abs. 1 lit. a)" durch das Zitat "(§ 6 Abs. 2 Z 1)" und das Zitat "(§ 6 Abs. 1 lit. b)" durch das Zitat "(§ 6 Abs. 2 Z 2)" ersetzt."

26. § 16 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

"Weiters kann die Landesgesetzgebung vorsehen, daß Pfleglinge der Sonderklasse auf Wunsch durch einen bestimmten Facharzt der Krankenanstalt persönlich behandelt werden."

27. 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."

28. Im § 21 Abs. 1 wird nach dem ersten Satz folgender Satz eingefügt:

"Ebenso sind die Stellen jener Personen, die eine Einrichtung oder Organisationseinheit gemäß den §§ 11b Abs. 4 und 11c Abs. 3 leiten, öffentlich auszuschreiben."

29. § 27a 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."

30. 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"

31. § 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."

32. 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"

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

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

34. Im § 38a Abs. 2 wird der Klammerausdruck " (§ 4 Abs. 1)" durch den Klammerausdruck " (§ 4 Abs. 2)" ersetzt.

35. Im § 38d wird das Zitat "§ 10 Abs. 1" durch das Zitat "§ 10" ersetzt.

Artikel II

(unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

36. § 46 lautet:

"§ 46. (1) Den Vorständen von Universitätskliniken und den Leitern von Klinischen Abteilungen (§ 7a) ist es gestattet, mit Pflegerinnen der Sonderklasse und mit Personen, die auf eigene Kosten ambulant behandelt werden, unbeschadet der Verpflichtung dieser Perso-

nen 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. Nehmen im Zusammenhang mit einer derartigen Behandlung die Vorstände der Universitätskliniken oder die Leiter von Klinischen Abteilungen auch Universitäts- oder Anstaltspersonal in Anspruch, so ist dieses im Rahmen des besonderen Honorars angemessen zu beteiligen.

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

(3) Werden anlässlich wissenschaftlicher Arbeiten im Auftrag Dritter (§ 15 Forschungsorganisationsgesetz, BGBl. Nr. 341/1981, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 689/1991) 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."

37. Im § 50 wird die Wendung "öffentliche Krankenanstalten für Geisteskrankheiten" durch die Wendung "öffentliche Krankenanstalten für Psychiatrie" ersetzt.

38. § 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 aufgrund des Ersten Teiles dieses Bundesgesetzes erlassen werden, zu überwachen.

(2) Organen der örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde ist jederzeit 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 Pflegelingen einer Krankenanstalt gegeben ist, so hat sie unverzüglich eine Einschau in der Krankenanstalt gemäß Abs. 2 vorzunehmen und dem Landeshauptmann hievon zu berichten."

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 obliegt dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz; hinsichtlich Z 36 (§ 46) jedoch dem Bundesminister für Wissenschaft und Forschung.

Bundesministerium für Gesundheit,
Sport und Konsumentenschutz

GZ. 21.601/7-II/A/5/92

V o r b l a t t

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 u.a., betreffend Bedarfsprüfung im Errichtungsbewilligungsverfahren sollen die Patientenrechte gestärkt und Expertenforderungen im Zusammenhang mit den Vorfällen im Krankenhaus Lainz umgesetzt 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
- Schaffung eines psychologischen und psychotherapeutischen

Dienstes

- 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 (z.B. die verbesserte psychologische und psychotherapeutische Versorgung) langfristig auch zu Einsparungen im Gesundheitsversorgungssystem führen.

EG-Konformität:

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

E r l ä u t e r u n g e n

Allgemeiner Teil

Bereits im August 1990 wurde vom Bundeskanzleramt der Entwurf einer Novelle zum Krankenanstaltengesetz dem allgemeinen Begutachtungsverfahren zugeführt, der im wesentlichen im Bereich des Krankenanstaltenrechts die grundsatzgesetzliche Umsetzung der Expertenforderungen im Zusammenhang mit den Vorfällen im Krankenhaus Lainz bringen sollte. Das Gesetzesvorhaben konnte aber in der abgelaufenen Gesetzgebungsperiode nicht mehr abgeschlossen werden.

Dessen ungeachtet ist es nach wie vor geboten, die wesentlichen Punkte der aus Anlaß der erwähnten Vorkommnisse erstellten Expertenberichte im Krankenanstaltenrecht umzusetzen. Diese Reformen betreffen beispielsweise die Einführung eines psychologischen und eines psychotherapeutischen Dienstes, 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 u.a., 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 Ersatzregelung zu schaffen, die eine Beschränkung der Erwerbsausübungsfreiheit zugunsten öffentlicher und privater gemeinnütziger Heil- und Pflegeanstalten vorsieht, 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 eine Erweiterung der Honorarregelung im Bereich der Universitätskliniken (§ 46 KAG).

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 36 und 37 auf Art. 10 Abs. 1 Z 6 B-VG ("Zivilrechtswesen" und "Strafrechtswesen").

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 erheblich variieren - steht freilich das Patientenwohl gegenüber. Überdies werden zahlreiche Maßnahmen (z.B. die verbesserte psychologische und psychotherapeutische Versorgung) langfristig auch zu Einsparungen im Gesundheitsversorgungssystem führen.

Schließlich befindet sich der Entwurf im Einklang mit der Rechtsordnung des EWR und der EG.

Besonderer Teil

Zu Art. I Z 1 und 2 (§ 2a Abs. 1 lit. a. und b):

Die geltende Rechtslage unterscheidet in nicht nachvollziehbarer Weise zwischen fachärztlicher "Betreuung" (§ 2a Abs. 1 lit. a) und fachärztlicher "Behandlung" (§ 2a Abs. 1 lit. b) durch Fachärzte als Konsiliarärzte, wobei diese im § 2a Abs. 1 lit. b KAG auch als "ständige" Konsiliarärzte bezeichnet werden. Sowohl in den Krankenanstalten nach § 2a Abs. 1 lit. a als auch in jenen nach § 2a 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 § 2a 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 3 (§ 3):

Der Verfassungsgerichtshof hat mit seinem Erkenntnis vom 7. März 1992, GZ G 198, 200/90 u.a., § 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 (verhältnismäßig) sind, und sie auch sonst sachlich gerechtfertigt 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, einem sonstigen Rechtsträger oder von Privatpersonen 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.

§ 3 Abs. 3 Z 1 des Entwurfes 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 sowie kasseneigene Einrichtungen 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 neben den Krankenanstalten das medizinische Versorgungsangebot sicherstellen, miteinbezogen werden. Auch diesem Gedanken trägt die Fassung des § 3 Abs. 3 Z 1 Rechnung.

Um Grundrechtsverletzungen durch - ungerechtfertigte - Abweisungen von Anträgen auf Erteilung einer Errichtungsbewilligung auszuschließen, muß die Behörde aber auch konkrete Informationen

über das beabsichtigte Spitalsprojekt erhalten. Aus diesem Grund sieht die Neufassung des § 3 Abs. 2 vor, über die bisherige Regelung hinaus nicht nur den Anstaltszweck (d.h. Art der Krankenanstalt im Sinne der Einteilung nach § 2 Abs. 1 KAG), sondern auch das in Aussicht genommene Leistungsangebot genau anzugeben.

Damit in Zusammenhang steht auch die neu formulierte Z 4 des § 3 Abs. 3. Auf Grund dieser Gesetzesstelle (der hiezu zu treffenden Ausführungsregelungen) 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 4 (§§ 3a bis 3d):

§ 3a folgt zunächst der bisherigen Regelung des § 3 Abs. 4 KAG, wobei allerdings die nunmehrige Z 4 des § 3a gegenüber der bisherigen Regelung des § 3 Abs. 4 lit. d KAG nicht unwesentlich erweitert wurde. Diese erweiterte Fassung, die über den ärztlichen Dienst hinaus auf alle für den Spitalsbetrieb maßgeblichen Berufsgruppen abstellt, entspricht dem Umstand, daß für den reibungslosen Spitalsbetrieb nicht nur der ärztliche Dienst, sondern auch alle übrigen Berufsgruppen von maßgeblicher Bedeutung sind. Aus diesem Grund sollen für alle in Betracht kommenden

Gruppen von Leistungserbringern qualifizierte Leiterpersonen samt Stellvertretern als Voraussetzung für die Erteilung der Betriebsbewilligung zu nominieren sein.

Die neue Z 5 des § 3a soll - nicht zuletzt in Übereinstimmung mit sämtlichen Expertengremien, die nach dem Bekanntwerden der Ereignisse im Krankenhaus Lainz die Situation in den österreichischen Spitälern untersucht haben - die Erteilung der Betriebsbewilligung auch daran knüpfen, daß ausreichend Pflegepersonal und Personal aus dem Bereich der medizinisch-technischen Dienste in Aussicht genommen ist. Die zuvor im Zusammenhang mit Art. I Z 3 getroffenen Aussagen über Glaubhaftmachung gelten auch in diesem Zusammenhang.

§ 3b entspricht im wesentlichen dem bisherigen § 3 Abs. 5 KAG.

§ 3c entspricht in seinem Abs. 1 dem bisherigen § 3 Abs. 6 KAG.

§ 3c Abs. 2 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. 3 Z 1 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.

§ 3c Abs. 3 entspricht dem bisherigen Schlußsatz des § 3 Abs. 6

KAG; zusätzlich wird vorgeschlagen, auch den freiwilligen beruflichen Interessenvertretungen der klinischen Psychologen und Psychotherapeuten Beteiligtenstellung im Bewilligungsverfahren einzuräumen.

Im Sinne des § 3d KAG könnte die Landesausführungsgesetzgebung beispielsweise auch Rücknahmen der Betriebsbewilligungen vorsehen, wenn die apparative und/oder personelle Ausstattung hinter den Erfordernissen zurückbleibt. Dies kann z.B. auch dann der Fall sein, wenn von den Unterlagen, die für die Erteilung der Errichtungsbewilligung maßgeblich waren, inakzeptable Abweichungen festgestellt werden.

Zu Art. I Z 5 (§ 4):

Die präzisere Fassung schon der grundsatzgesetzlichen Bestimmungen soll es in Hinkunft erleichtern, seitens der Landesregierungen auf eine vorausschauende Planung achten zu können. Insbesondere wird auch die Landesausführungsgesetzgebung schon im Sinne des Art. 18 B-VG zu präzisieren haben, welche Vorhaben tatsächlich "wesentliche Veränderungen" iS des § 4 Abs. 2 sind.

Zu Art. I Z 6 (§ 5):

Bloße Zitat Anpassung.

Zu Art. I Z 7 (§ 6):

Die wesentlichen Erweiterungen der Regelung über die Anstaltsordnung dienen zunächst schon dem Anliegen der vorliegenden Novelle, im Bereich des Krankenanstaltenrechtes die legislatischen Konsequenzen aus den Beratungen und Expertenberichten zu den Vorfällen im Krankenhaus Lainz zu ziehen. In diesem

Zusammenhang ist auf die rechtliche Verankerung von Dienstbesprechungen zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Personal und ausreichende Personalräumlichkeiten zu verweisen. Überdies soll für Patienten, deren Ableben erwartet werden muß, ein möglichst humanes Umfeld einschließlich der Gelegenheit zur Kontaktnahme mit Vertrauenspersonen gewährt werden.

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.

Mit den erweiterten Regelungen der Anstaltsordnung soll auch unvorgreiflich einer allfälligen Zusammenfassung der Patientenrechte in einer sog. "Patientencharta" für den Bereich der Krankenanstalten eine beträchtliche Absicherung der Patientenrechte erfolgen (vgl. § 6 Abs. 3 Z 4, 5, 6, 7, 9 und 10).

Festzuhalten ist, daß nach einhelliger Lehre und Judikatur das Recht des Patienten auf Einsicht in die Krankengeschichte als Recht des Patienten aus dem Behandlungsvertrag in den Bereich des Zivilrechts fällt (vgl. z.B. 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 krankenanstaltenrechtlichen Organisationsnorm vorgesehen sein, daß der Betrieb einer Krankenanstalt sicherzustellen hat, daß das Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte auch tatsächlich ausgeübt werden kann.

Zu § 6 Abs. 3 Z 7 ist anzumerken, daß durch die Weitergabe von

Informationen an Vertrauenspersonen keine Verletzung der umfassend geregelten ärztlichen Verschwiegenheit (vgl. z.B. § 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.

Weiters ist im Zusammenhang mit § 6 Abs. 3 Z 7 festzuhalten, daß die im Schlußteil vorgesehene psychologische oder seelsorgerische Unterstützung keinesfalls so zu verstehen ist, daß entweder nur die eine oder die andere Unterstützung in Anspruch genommen werden kann. Das Wort "oder" ist vielmehr als juristische Ausdrucksweise in dem Sinn zu verstehen, daß auch psychologische und seelsorgerische Unterstützung in Anspruch genommen werden können, es selbstredend aber auch möglich sein soll, auch nur das eine oder das andere Angebot zu nutzen.

Der Vorschlag, durch die Z 9 des § 6 Abs. 3 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 z.B. 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.

Schließlich kann auch die von der in Rede stehenden Gesetzesstelle in Z 10 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 Art. I Z 8 (§ 6a):

Im Hinblick auf die Einrichtung eines psychologischen und eines psychotherapeutischen Dienstes (siehe in der Folge Art. I Z 21) ist es geboten, die Leiter dieser Dienste auch in die kollegiale Führung zu integrieren.

Zu Art. I Z 9 (§ 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.

Zu Art. I Z 10 (§ 7 Abs. 4):

Im Zuge der mit Bundesgesetz BGBl. Nr. 461/1992 erfolgten Novellierung des Ärztegesetzes 1984 wurde u.a. auch die Möglichkeit gesetzlich verankert, durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz unter Bedachtnahme auf die Besonderheit einzelner Sonderfächer die Leitung einer Abteilung oder einer Organisationseinheit als

Ausbildungsstätte durch Absolventen entsprechender naturwissenschaftlicher Studienrichtungen mit der Maßgabe zuzulassen, daß mit der unmittelbaren Anleitung und Aufsicht der auszubildenden Ärzte ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches betraut worden ist (§ 6a Abs. 2 Z 2 und § 6b Abs. 2 Z 2 Ärztegesetz 1984 idgF).

Dieser ärztegesetzlichen Regelung sollte auch im § 7 Abs. 4 KAG Rechnung getragen werden, indem die Möglichkeit der Führung einer Abteilung oder Organisationseinheit durch Absolventen entsprechender naturwissenschaftlicher Studienrichtungen vorgesehen wird.

Zu Art. I Z 11 (§ 8 Abs. 1):

Als Forderung der schon mehrfach erwähnten Expertengremien nach den Vorfällen im Krankenhaus Lainz wurde auch darauf hingewiesen, daß auch für allgemeine medizinische Anliegen der Patienten ständig ein Arzt zur Verfügung zu stehen hat. Überdies wurde die Notwendigkeit betont, daß auch in Krankenanstalten allen Ärzten die Gelegenheit zu regelmäßiger Fortbildung eingeräumt werden muß.

Diese Anliegen können im Rahmen des § 8 Abs. 1 umgesetzt werden.

Zu Art. I Z 12 (§ 8a):

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 § 8a 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, § 8a 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 § 8a 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 § 8a Abs. 1 aber keinesfalls das Auslangen gefunden werden kann.

In diesem Sinn schlägt daher § 8a 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. § 57b 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 Akutkranke (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 z.B. 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.

Schließlich gebieten es die mannigfachen und umfassenden Aufgaben der Krankenhaushygiene, für jede bettenführende Krankenanstalt eine Hygienekommission einzurichten, deren vorgeschlagene personelle Zusammensetzung dem Entwurf des § 8a Abs. 6 zu entnehmen ist. Bei den Aufgaben der Hygienekommission wird es sich um besonders schwerwiegende Anliegen mit großer Tragweite oder grundsätzlicher Bedeutung handeln, wie beispielsweise die Fragestellung, ob aus hygienischen Gründen eine Abteilung oder sonstige Organisationseinheit geschlossen werden sollte.

Schließlich sieht der Schlußsatz des § 8a Abs. 6 vor, daß für die Beratungen der Hygienekommission eine Geschäftsordnung zu erlassen ist, wobei es völlig dem Ausführungsspielraum überlassen bleibt, festzulegen, von wem diese Geschäftsordnung tatsächlich erlassen wird.

Zu Art. I Z 13 (§ 8c):

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 (z.B. 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 Hinkunft werden nur mehr derart durchgeführte und bewertete klinische Prüfungen für die im EWR vorgesehenen Konformitätsbewertungsverfahren (d.h. Zulassungsverfahren) anerkannt werden können.

Medizinprodukte (medizinische Geräte und Bedarfsartikel sowie Labordiagnostikprodukte) werden in Hinkunft 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, d.h. der Errichtung von Ethikkommissionen auch für diese Aufgaben, ist daher ebenfalls vorzusorgen. Aufgrund 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 ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches 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 z.B. 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. Auch dabei ist die Beiziehung eines Facharztes des betroffenen Sonderfaches geboten.

Die Formulierung des Abs. 1, daß "in Krankenanstalten Ethikkommissionen einzurichten sind" schließt es bei einem Verständnis dieser Bestimmung als Grundsatznorm nicht aus, daß aufgrund entsprechender Landesausführungsregelungen - sofern sich dies im jeweiligen Land als zweckmäßig erweist - auch eine Kommission für mehrere Krankenanstalten eingerichtet werden kann. In diesem Fall wäre eben in jeder Krankenanstalt eine Kommission eingerichtet, die ident mit der in einer oder mehreren anderen bestehenden Kommission ist.

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

Kommission festlegen. Überdies könnte die Landesgesetzgebung sinnvollerweise den im Abs. 3 vorgesehenen Grundsatz der Beiziehung eines Facharztes des betroffenen Sonderfaches auch zum Regelfall der Zusammensetzung der Ethikkommission iS des Abs. 2 machen. Dies würde bedeuten, daß in jedem Fall auch bei der Beurteilung der klinischen Prüfung eines Arzneimittels ein Facharzt des betroffenen Sonderfaches in der Ethikkommission mitzuwirken hat.

Schließlich ist festzuhalten, daß die Landesausführungsgesetzgebung regeln könnte, ob die Mitglieder der Ethikkommission gemäß Abs. 2 Z 3 und 5 auch in einer Person, nämlich einem rechtskundigen Vertreter der Landessanitätsdirektion, zusammenfallen könnten.

Zu Art. 1 Z 14 (§ 8d):

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 z.B. 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 rationellesten 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.

§ 8d Abs. 1 verpflichtet 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 im Abs. 3 des § 8d vorgesehene Kommission hat die Aufgabe, für fortlaufende Qualitätssicherung zu sorgen (vgl. auch Abs. 4). Wesentlich wird dabei auch die Förderung von berufsgruppenübergreifender Teamarbeit 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.

So könnten z.B. von den betroffenen Mitarbeitern in interdisziplinärer Teamarbeit konkrete, besonders 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.

Zu Art. I Z 15 (§ 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. Aus diesem Grund 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 16 (§ 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 17 (§ 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 einer neuen Z 7 des § 10 Abs. 1 wird diese Forderung hiemit zur Diskussion gestellt.

Es darf aber nicht übersehen werden, daß diese Forderung bzw. eine ihr folgende rechtliche Regelung ausschließt, daß sich auch der Wille eines nicht mehr handlungsfähigen Patienten (eines Patienten, der krankheitsbedingt sich nicht mehr ausdrücken kann) ändern könnte. In diesem Fall würde seine Verfügung, bestimmte Behandlungsmethoden ausschließen zu wollen, weiter zu beachten sein, obwohl der zugrundeliegende Wille nicht mehr aufrecht ist.

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

Zu Art. I Z 18 (§ 10 Abs. 3):

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

Zu Art. I Z 19 (§ 11a Abs. 2):

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der schon mehrfach erwähnten Expertendiskussionen nach Bekanntwerden der Vorfälle im Krankenhaus Lainz ist der Grundsatz geboten, 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 20 (§ 11a Abs. 3):

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 Krankenanstaltenträger 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.

Zu Art. I Z 21 (§§ 11b bis 11e):

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. Darüberhinaus 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.

Krankenanstalten stellten schon bisher ein wesentliches Tätigkeitsfeld vor allem für klinische Psychologen, die sich vorwiegend mit der psychologischen Behandlung von Kranken und psychisch leidenden Personen sowie mit den psychischen Aspekten somatischer Erkrankungen befassen, dar. Im Hinblick auf diesen umfassenden Tätigkeitsbereich sowie auf die Tatsache, daß der Tätigkeitsbereich nicht auf bestimmte Organisationseinheiten eingeschränkt werden kann, scheint es zweckmäßig, einen funktionell-strukturierten Rahmen in Form eines psychologischen

Dienstes vorzusehen. Nach Maßgabe des Anstaltszwecks sowie des Leistungsangebotes, darüberhinaus wohl auch entsprechend der Größe der Anstalt, soll der psychologische Dienst die erforderlichen Organisationseinheiten umfassen, wobei jedenfalls eine Organisationseinheit für klinisch-psychologische Diagnostik, etwa ein klinisch-psychologisches Labor, und eine Organisationseinheit für psychologische Behandlung, etwa ein psychologisches Institut, einzurichten sind. Dies entspricht sowohl fachlich-inhaltlich als auch systematisch § 3 Abs. 2 Z 1 und 2 des Psychologengesetzes, der auf den klinisch-psychologischen Beruf abstellt und als dessen wesentlichen Aufgabengebiete insbesondere die klinisch-psychologische Diagnostik und die Anwendung psychologischer Anwendungsmethoden anführt.

Wichtige Aufgabenstellung im Bereich der klinisch-psychologischen Diagnostik sind Ergänzungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Diagnostik sowie der psychologischen Indikationsstellung. Weiters stellen die Begleitung, Unterstützung und Evaluation von behandelnden und rehabilitativen Maßnahmen, wenn diese teilweise oder wesentlich auf die Verbesserung der psychologischen Leistungsfähigkeit, von Verhaltens-, Persönlichkeits- und Gemütsstörungen oder anderen seelischen Leidenszuständen abgestellt sind, wichtige Aufgabenschwerpunkte der klinisch-psychologischen Diagnostik dar.

§ 11b Abs. 3 regelt die gesundheitspsychologische Beratung. So umfaßt die Ausübung des gesundheitspsychologischen Berufes gemäß § 3 Abs. 2 Z 3 des Psychologengesetzes auch die Entwicklung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Projekte. Als patientenbezogene Aufgabenstellungen in Krankenanstalten sind etwa die Erstellung von Programmen zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen und Einstellungen der Patienten (insbesondere compliance-Verhalten, Konsumverhalten, Streßbewältigung) zu nennen.

Darüberhinaus stellen auch systemorientierte Maßnahmen, wie etwa die Beratung in allen Angelegenheiten der Verbesserung der Ablauf-, Arbeits- und Aufenthaltsbedingungen in der Krankenanstalt und ihren Organisationseinheiten, wichtige Aufgaben in Krankenanstalten dar, die dem gesundheitspsychologischen Bereich zuzuordnen sind. Der Gesundheitspsychologe (-psychologin) muß in diesem Zusammenhang aus einer relativ unabhängigen Position agieren können, ohne routinemäßig in den Spitalsalltag eingebunden zu sein. Dementsprechend soll die gesundheitspsychologische Beratung durch einen Konsiliarpsychologen (-psychologin) mit entsprechender gesundheitspsychologischer Berufsberechtigung abgedeckt werden.

§ 11c soll die rechtliche Grundlage für die psychotherapeutische Behandlung in Krankenanstalten schaffen. Entstehung, Verlauf und Aufrechterhaltung von Erkrankungen werden durch das Zusammenwirken von biologischen, psychologischen und soziokulturellen Faktoren beeinflusst. Bei einem Teil der Erkrankungen spielen seelische Faktoren eine dominierende, bei einem anderen Teil eine mitgestaltende Rolle und sind bei den jeweiligen Erkrankungen und einzelnen Patienten unterschiedlich. Diese von der Psychotherapieforschung vielfach belegten Zusammenhänge (vgl. v. Uexküll, 1990) verlangen sinnvollerweise einen qualitativen Wandel, d.h. die Integration eines psychotherapeutischen Versorgungsansatzes in die Krankenbehandlung und die Ergänzung des traditionell medizinischen Heilansatzes durch psychotherapeutische Heilbehandlung.

Im gegebenen Zusammenhang ist auch auf die finanzielle Komponente zu verweisen, die mit einem rechtzeitigen Erkennen psychogener Komorbidität verbunden ist. Statistiken belegen (Zielke, 1989), daß rein medizinisch behandelte Patienten mit neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen nicht nur das medizinische

Versorgungssystem stärker in Anspruch nehmen, als es ihr Krankheitszustand rechtfertigt, sondern auch weit häufiger, als Patienten mit organischen Erkrankungen.

Weiters nimmt die Motivation der Patienten, psychosoziale Aspekte ihrer Erkrankung zu reflektieren, mit der Länge der Erkrankung ab. Patienten, die länger als 5 Jahre krank sind, sind signifikant weniger bereit, die psychosozialen Probleme ihrer Erkrankung zu bearbeiten. Daraus folgt, daß die Prognose schlechter wird und weitere somatische Behandlungsversuche bei persistierenden Leiden mit langen Arbeitsunfähigkeitsraten erhebliche Kosten verursachen. Somit ist der Zeitpunkt der psychotherapeutischen Diagnose und Intervention auch von erheblicher ökonomischer Bedeutung. Eine Reihe von Studien hat ergeben, daß das Defizit an psychotherapeutischer Intervention aufgrund einer krassen Unterversorgung im stationären Bereich für den Patienten eine Kette oft unnötiger und belastender Maßnahmen nach sich zieht, die Chronifizierung fördert und, abgesehen von persönlichen Einzelschicksal, mit erheblichen Kosten für die öffentliche Hand verbunden ist (vgl. Haag und Stuhr, 1991).

Der psychotherapeutische Dienst umfaßt die Erstellung der psychotherapeutischen Diagnose und Indikation, das Angebot von stationärer Kurz-Psychotherapie, weiters stationäre Einzel- und Gruppentherapie sowie die oft erstmalige Motivationsarbeit an Patienten zur Reflexion der psychosozialen Aspekte seines Krankseins und zur Inanspruchnahme von weiterführender ambulanter Psychotherapie.

Neben der direkten Arbeit an Patienten besteht die Aufgabe des Psychotherapeuten darin, die psychotherapeutische Haltung dem Krankenhauspersonal zu vermitteln, um zur Humanisierung des Krankenhauses durch Verbesserungen der gesundheitsfördernden Beziehung zum Patienten beizutragen.

Die psychotherapeutische Intervention zielt darauf ab, dem Patienten die ihm verborgenen seelischen und psychosozialen Mitursachen seiner Erkrankung bewußt zu machen. Dies befähigt ihn, durch einen Reifungsprozeß seinen Lebensstil (Konfliktverhalten, Beziehungsmuster, Lösungsmuster, Streßmuster) zu verändern, krankmachende Einstellungen und Verhaltensweisen zu überwinden und eigenverantwortlich an seinem Gesundungsprozeß mitzuarbeiten. Damit wird der Heilungsprozeß gefördert und Rückfälle können vermieden oder zumindest hinausgezögert werden (Lamprecht und Schmidt, 1990).

Die Einrichtung eines psychotherapeutischen Dienstes ist schon nach dem Grundsatzgesetz obligatorisch, sofern hiezu nach Anstaltszweck und Leistungsangebot ein entsprechender Bedarf besteht. Zu denken ist etwa an allgemeine Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten sowie an Pflegeanstalten für chronisch Kranke und Genesungsheime, wobei insbesondere im Hinblick auf Anstalten, in denen internistische, urologische, gynäkologische, dermatologische, geriatrische oder auch pädiatrische Behandlungen durchgeführt werden, von einem entsprechenden Bedarf auszugehen ist.

Besondere Beachtung verdient weiters die Tatsache, daß klinische Psychologen, Gesundheitspsychologen und Psychotherapeuten zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet sind (§ 14 Psychologengesetz, § 15 Psychotherapiegesetz).

Diese Berufspflicht gilt uneingeschränkt und wird durch keine Ausnahmeregelung durchbrochen. Insbesondere ist die Offenbarung eines Geheimnisses im Gegensatz zu § 9 Abs. 2 KAG und zu § 26 Abs. 2 Ärztegesetz 1984 auch nicht durch Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege

gerechtfertigt.

In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, daß bei der Beurteilung der Frage, ob eine Information als Geheimnis anzusehen ist, von der Sicht des betroffenen Patienten auszugehen ist. Bereits die Tatsache einer klinisch-psychologischen oder psychotherapeutischen Behandlung kann somit ein Geheimnis darstellen.

Eine ausdrückliche Normierung dieser strengen Verschwiegenheitspflicht auch im Rahmen des KAG erübrigt sich im Hinblick auf § 9 Abs. 1 erster Satz KAG, wonach die Regelung des KAG über die Verschwiegenheitspflicht ausschließlich für jene Berufsgruppen, für die keine entsprechenden sondergesetzlichen oder dienstrechtlichen Spezialnormen bestehen, gilt.

§ 11d übernimmt den bisher im § 11a 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 neuen Schlußsatz des § 8 Abs. 1).

Die Fortbildungspflicht des nichtärztlichen Personals soll daher an zentraler Stelle verankert werden. Sie gilt insbesondere auch für die Angehörigen der in den §§ 11b und 11c geregelten Dienste.

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.

§ 11e soll die Krankenanstaltenträger verpflichten, dem Krankenhauspersonal im Rahmen ihrer Dienstzeit eine den konkreten Bedürfnissen entsprechende Supervisionsmöglichkeiten 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.

Wesentlich ist der Umstand, daß für die Supervision Personen zur Verfügung stehen müssen, die nicht in den Betrieb der Krankenanstalt eingebunden sind und somit die notwendige Unabhängigkeit besitzen.

Als Qualifikationserfordernisse (Abs. 2) sind eine entsprechende, Berufsberechtigung auf den Gebieten der klinischen Psychologie, Gesundheitspsychologie oder Psychotherapie, eine mindestens fünfjährige Berufserfahrung sowie eine entsprechende supervisorische Weiterbildung vorgesehen.

Als Supervisoren werden somit je nach den konkreten Bedürfnissen des Krankenanstaltenpersonals Angehörige des klinisch-psychologischen, des gesundheitspsychologischen oder des psychotherapeutischen Berufes in Betracht kommen, wobei hinsichtlich der geforderten supervisorischen Weiterbildung vom Erfordernis eines entsprechenden Nachweises über Theorie, Selbsterfahrung und supervidierter Supervisionstätigkeit im Umgang

von zumindest 200 Stunden auszugehen wäre.

Zu Art I Z 21 (§ 11f):

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 Pfleglingen 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 z.B. auch vorsehen, daß neben Beschwerden von Pfleglingen auch Beschwerden von Angehörigen 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 22 (§ 12 Abs. 1):

Entsprechend der Neufassung der Bestimmungen über die Betriebsbewilligung ist das bisher im § 12 Abs. 1 enthaltene Zitat "§ 3 Abs. 4" nicht mehr zutreffend. Da zur Verständlichkeit des Textes dieses Zitat nicht erforderlich ist, wird einem ersatzlosen Entfall der Vorzug vor einer Anpassung des Zitates an die geänderten Bestimmungen gegeben.

Zu Art. I Z 23 und 24 (§ 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 Interessen einer Chancengleichheit im Wettbewerbsbereich eine Bereinigung des Zusammenwirkens zwischen öffentlichen Krankenanstalten und privaten, auch die Erzielung eines wirtschaftlichen Gewinnes gerichteten Krankenanstalten erreicht wird.

Zu Art. I Z 25 (§ 16 Abs. 1):

Zitatanpassungen aufgrund der Änderung des § 6 KAG.

Zu Art. I Z 26 (§ 16 Abs. 2):

An das Gesundheitsressort wurde wiederholt der Wunsch herangetragen, auch außerhalb des § 46 KAG generell die rechtliche Möglichkeit zu eröffnen, daß Patienten der Sonderklasse die Behandlung durch einen bestimmten Facharzt wünschen können. Überdies soll diese Möglichkeit ohnehin bereits in weiten Bereichen der faktischen Realität entsprechen.

Durch die vorgeschlagene Ergänzung des § 16 Abs. 2 soll diesem Anliegen Rechnung getragen werden. Die vorgesehene wunschgemäße "persönliche Behandlung" wird sich auf die Vornahme des wesentlichen Eingriffes beziehen (z.B. Durchführung einer Operation). Nach dem Dienstplan der Krankenanstalt wird die ärztliche Versorgung des Patienten im Rahmen der Nachversorgung selbstverständlich auch (zusätzlich) durch jene Ärzte vorgenommen

werden können bzw. sogar müssen, die jeweils den ärztlichen Dienst versehen.

Schließlich könnte die Landesgesetzgebung auch in Erwägung ziehen, von jenen Patienten, die auf Wunsch durch einen bestimmten Facharzt behandelt werden, eine weitere Sondergebühr vorzusehen.

Zu Art. I Z 27 (§ 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 28 (§ 21 Abs. 1):

Den neu vorgesehenen Organisationseinheiten auf den Gebieten des psychologischen und des psychotherapeutischen Dienstes entsprechend ist die Regelung über die Ausschreibung von Stellen mit Leitungsfunktionen um die Stellen der Leiter gemäß § 11b Abs. 4 und § 11c Abs. 3 zu erweitern. Der Ausführungsgesetzgebung steht es frei, in diesem Zusammenhang weitere auszuschreibende Stellen, z.B. des Konsiliarpsychologen, vorzusehen.

Zu Art. I Z 29 (§ 27a 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 u.a. 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).

Aufgrund dieser Verpflichtungen wurde auch § 148 Z 2 ASVG dahingehend geändert, daß die für Angehörige eines Versicherten vorgesehen gewesene Kostenbeteiligung in der Höhe von 10 % der Pflegegebührenersätze 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 § 27a 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 § 27a Abs. 1 vorzunehmen.

Zu Art. I Z 30 (§ 28 Abs. 4 Z 3):

Im Zuge der Anpassung des österreichischen Bundesrechts an die im EWR-Abkommen übernommenen 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 (z.B. die nordischen Länder und Großbritannien).

Zu Art. I Z 31 (§ 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 32 (§ 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 33 (§ 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 Nicht-Erwerbstätigen). Aus diesem Grund ist es im Sinne des Gebots der Inländergleichbehandlung erforderlich, die EWR-Bürger explicit vom Anwendungsbereich einer fremde Staatsangehörige betreffenden Regelung auszunehmen.

Zu Art. I Z 34 (§ 38a Abs. 2):

Zitatanpassung

Zu Art. I Z 35 (§ 38d):

Zitatanpassung

Zu Art. II Z 36 (§ 46):

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

Überdies soll die Berechtigung der im § 46 Abs. 1 erster Satz genannten Universitätslehrer zur Vereinbarung eines besonderen Honorars mit der Verpflichtung verbunden werden, allenfalls eine Beteiligung des in Anspruch genommenen Universitäts- und Anstaltspersonals vorzunehmen.

Die Neufassung des § 46 Abs. 3 trägt den geltenden Bestimmungen des Forschungsorganisationsgesetzes Rechnung.

Zu Art. II Z 37 (§ 50):

In den letzten Jahren wurde sowohl im Ärzterecht als auch im Krankenanstaltenrecht (vgl. § 2a 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, BGGl.

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 38 (§ 60):

Die strengere Fassung der Regelung der Sanitären Aufsicht entspricht den Ergebnissen diverser Expertenberatungen im Anschluß an die Vorfälle im Krankenhaus Lainz. 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. 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 hiefür zeitgerecht vorzunehmen.

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 anwendbares Bundesrecht darstellenden Teiles der Novelle liegt beim Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz, hinsichtlich § 46 KAG (Art. II Z 36) jedoch beim Bundesminister für Wissenschaft und Forschung.

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.

Getrennte Fassung

Fassung des Entwurfes

§ 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;

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;

1. § 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;"

2. § 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;"

Geltende Fassung!

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

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

- a) der Bedarf im Hinblick auf den angegebenen Anstaltszweck (§ 2 Abs. 1) unter Beachtung der Höchstzahl an systemisierten Betten nach dem jeweiligen Landes-Krankenanstaltenplan (§ 10 a) gegeben ist;
- b) das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsumlage nachgewiesen sind;
- c) das für die Unterbringung der Anstalt geplante oder bereits vorhandene Gebäude den hinsichtlich der Ausführung oder Verwendung solcher Gebäude vorgesehenen bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht und
- d) gegen den Bewerber keine Bedenken bestehen.

(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 die gesetzliche Interessenvertretung 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 bei Bewilligung der Errichtung eines selbständigen Zahnambulatoriums auch die Osterreichische Dentistenkammer zu hören.

(4) Eine Bewilligung zum Betriebe einer Krankenanstalt darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

- a) die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des Abs. 2 erteilt worden ist;
- b) die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen;
- c) gegen die für den inneren Betrieb der Krankenanstalt vorgesehene Anstaltsordnung (§ 6) keine Bedenken bestehen;
- 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).

(5) Ist der Rechtsträger der Krankenanstalt ein Krankenversicherungsträger, so bedarf er lediglich bei Ambulatorien einer Bewilligung zur Errichtung; diese ist zu erteilen, wenn ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der zuständigen öffentlich-rechtlichen Interessenvertretung der Ärzte bzw. Dentisten oder zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Osterreichischen Ärztekammer bzw. der Osterreichischen Dentistenkammer vorliegt (§ 339 ASVG). Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung zu erteilen, wenn der Bedarf durch die Landesregierung festgestellt ist. Die beabsichtigte Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger ist der Landesregierung anzuzeigen. Die Bewilligung zum Betriebe der Krankenanstalt eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 4 lit. b, c und d gegeben sind.

(6) Im behördlichen Verfahren wegen Genehmigung der Errichtung oder Inbetriebnahme von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers haben die zuständige Ärztekammer und bei Zahnambulatorien auch die Osterreichische Dentistenkammer Parteistellung im Sinne des § 9

Fassung des Entwurfes

3. § 3 lautet:

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

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

(3) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

1. nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits vorhandene Versorgungsangebot öffentlicher und privater gemeinnütziger Krankenanstalten sowie bei Errichtung einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch niedergelassene Kassenvertragsärzte und kasseneigene Einrichtungen, bei Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Dentisten mit Kassenvertrag, ein Bedarf gegeben ist;
2. das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachgewiesen sind;
3. das für die Unterbringung der Anstalt geplante oder bereits vorhandene Gebäude den bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht;
4. aus den Antragsunterlagen hervorgeht, daß die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche apparative Ausstattung dauerhaft sichergestellt und auch für die erforderliche personelle Ausstattung vorgesorgt sein wird;
5. gegen den Bewerber keine Bedenken bestehen.

Geltende Fassung:

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.

(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.

Fassung des Entwurfes:

(4) Im Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung ist ein Gutachten des Landeshauptmannes einzuholen, das zum Antrag vom Standpunkt der sanitären Aufsicht Stellung nimmt. Außerdem ist im Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung für ein selbständiges Ambulatorium (§ 2 Abs. 1 Z 7), sofern nicht die §§ 3b Abs. 1 und 3c Abs. 1 und 2 anzuwenden sind, auch die zuständige Ärztekammer und bei Bewilligung der Errichtung eines selbständigen Zahnambulatoriums auch die Österreichische Dentistenkammer zu hören."

4. Nach § 3 werden folgende §§ 3a bis 3d eingefügt:

"§ 3a. Die Bewilligung zum Betrieb einer Krankenanstalt darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

1. die Bewilligung zur Errichtung erteilt worden ist;
2. die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen;
3. gegen die für den inneren Betrieb der Krankenanstalt vorge-

Geltende Fassung:

Fassung des Entwurfs:

sehene Anstaltsordnung (§ 6) keine Bedenken bestehen:

4. geeignete Personen für die Leitung des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des psychologischen Dienstes und des psychotherapeutischen Dienstes (§§ 7 Abs. 1, 11a Abs. 1, 11b Abs. 4, 11c Abs. 3), fachlich geeignete Personen für die Leitung der einzelnen Abteilungen oder Organisationseinheiten sowie für den Fall der Verhinderung jeweils in gleicher Weise qualifizierte Personen für die Stellvertretung namhaft gemacht worden sind;
5. für den Betrieb der Krankenanstalt im Hinblick auf deren Anstaltszweck sowie das in Aussicht genommene Leistungsangebot in ausreichender Zahl entsprechendes nichtärztliches Personal, das die jeweils erforderliche Qualifikation nach dem Bundesgesetz betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl. Nr. 102/1961, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 449/1990, und nach dem Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. Nr. 460/1992, aufweist, in Aussicht genommen ist und
6. nach Maßgabe des Anstaltszwecks und des Leistungsangebotes in ausreichender Zahl entsprechend qualifiziertes psychologisches und psychotherapeutisches Personal (§§ 11b, 11c) in Aussicht genommen ist.

§ 3b. (1) Ist der Träger der Krankenanstalt ein Krankenversicherungsträger, so bedarf er lediglich bei Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien einer Bewilligung zur Errichtung. Diese ist zu erteilen, wenn das Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der zuständigen öffentlich-rechtlichen Interessenvertretung der Ärzte bzw. Dentisten oder

Geltende Fassung:

Fassung des Entwurfes:

zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Dentistenkammer vorliegt (§ 339 ASVG). Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung zu erteilen, wenn der Bedarf durch die Landesregierung festgestellt ist. Die beabsichtigte Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger ist der Landesregierung anzuzeigen.

(2) Die Bewilligung zum Betrieb der Krankenanstalt eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 3a Z 2 bis 6, bei selbständigen Ambulatorien auch § 3a Z 1, erfüllt sind.

§ 3c. (1) Im behördlichen Verfahren zur Bewilligung der Errichtung oder Inbetriebnahme von selbständigen 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

1. über das Vorhaben des Krankenversicherungsträgers kein Einvernehmen im Sinne des § 339 ASVG zustande gekommen ist,

2. der Antrag des Krankenversicherungsträgers nicht mit einem nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmen übereinstimmt oder

3. die Entscheidung der Behörde über den Inhalt des nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmens hinausgeht.

(2) 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

- 6 -

Geltende Fassung:

Fassung des Entwurfes:

Interessenvertretung privater Krankenanstalten und betroffene Sozialversicherungsträger hinsichtlich des nach § 3 Abs. 3 Z 1 zu prüfenden Bedarfes Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG haben.

(3) Im übrigen haben die berührten gesetzlichen beruflichen Interessenvertretungen sowie die freiwilligen beruflichen Interessenvertretungen der klinischen Psychologen und der Psychotherapeuten, deren Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung gemäß § 349 Abs. 2 ASVG vom Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz festgestellt worden ist, die Stellung von Beteiligten.

§ 3d. Durch die Landesgesetzgebung sind nähere Vorschriften über die Erteilung von Bewilligungen zur Errichtung und Inbetriebnahme von Krankenanstalten, über die Zurücknahme solcher Bewilligungen, wenn eine Voraussetzung für ihre Erteilung nachträglich weggefallen ist oder hervorkommt, daß sie schon zum Zeitpunkt der Erteilung der Bewilligung nicht erfüllt war, sowie über die Sperrung von Krankenanstalten, die entgegen krankenanstaltenrechtlichen Bestimmungen betrieben werden, zu erlassen."

5. § 4 lautet:

"§ 4. (1) Jede geplante Veränderung der Krankenanstalt, die die räumliche oder apparative Ausstattung oder das Leistungsangebot betrifft, ist der Landesregierung anzuzeigen.

(2) Wesentliche Veränderungen bedürfen einer Betriebsbewilligung der Landesregierung. Bei wesentlichen baulichen oder apparativen Änderungen, insbesondere im Zusammenhang mit medizinisch-technischen Großgeräten, ist überdies zuvor in sinnvoller Anwendung des § 3 Abs. 2 bis 4 eine Bewilligung zur Vornahme dieser Änderung zu erteilen.

(3) Für die Erwerbung oder die Erweiterung von selbständigen Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers ist § 3b sinngemäß anzuwenden."

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

(2) Für die Erwerbung oder die Erweiterung von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers sind die Bestimmungen des § 3 entsprechend anzuwenden.

Geltende Fassung:

§ 5. Die Verpachtung einer Krankenanstalt, ihre Übertragung auf einen anderen Rechtsträger und jede Änderung ihrer Bezeichnung bedarf gleichfalls der Bewilligung der Landesregierung (§ 3 Abs. 2 lit. d).

§ 6. (1) Der innere Betrieb der Krankenanstalt wird durch die Anstaltsordnung geregelt. Die Landesgesetzgebung hat nähere Vorschriften über den Inhalt der Anstaltsordnung zu erlassen, die insbesondere zu enthalten hat:

- a) die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in Abteilungen für Akutranke und, neben diesen Abteilungen, auch in zusätzliche Abteilungen für Langzeitbehandlung, oder in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranker und für die Langzeitbehandlung innerhalb von Abteilungen;
- b) die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur über Tag oder nur über Nacht aufgenommen werden;
- c) die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen;
- d) das von Pflegelingen und Besuchern in der Krankenanstalt zu beobachtende Verhalten.

(2) Die einzelnen Abteilungen und Pflegegruppen sind hinsichtlich ihrer Bettenanzahl unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin in einer überschaubaren Größe zu halten.

(3) Die Anstaltsordnung darf keine Bestimmungen enthalten, die die Durchführung eines straflosen Schwangerschaftsabbruches oder die Mitwirkung daran verbieten oder die Weigerung, einen solchen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen oder daran mitzuwirken, mit nachteiligen Folgen verbinden.

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

Fassung des Entwurfes:

6. Im § 5 wird das Zitat "(§ 3 Abs. 2 lit. d)" durch das Zitat "(§ 3 Abs. 3 Z 5)" ersetzt.

7. Im § 6 werden die Abs. 3 und 4 mit "(4)" und "(5)" bezeichnet, die Abs. 1 bis 3 lauten:

"§ 6. (1) Der innere Betrieb einer Krankenanstalt wird einschließlich des von den Pflegelingen und Besuchern zu beachtenden Verhaltens (Hausordnung) durch die Anstaltsordnung geregelt. Durch die Anstaltsordnung ist auch vorzusehen, daß die einzelnen Abteilungen und Pflegegruppen hinsichtlich ihrer Bettenanzahl unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin eine überschaubare Größe aufweisen.

(2) Die Landesgesetzgebung hat nähere Vorschriften über den Inhalt der Anstaltsordnung zu erlassen, die insbesondere zu enthalten hat:

- 1. die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in Abteilungen für Akutranke und, neben diesen Abteilungen, auch in zusätzliche Abteilungen für Langzeitbehandlung, oder in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranker und für Langzeitbehandlung innerhalb von Abteilungen;
- 2. die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur über Tag oder nur über Nacht aufgenommen werden;
- 3. die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen.

Geltende Fassung:Fassung des Entwurfes:

(3) Durch die Landesgesetzgebung ist weiters anzuordnen, daß die Anstaltsordnung

1. unter Bedachtnahme auf die Organisation und die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen im erforderlichen Ausmaß Dienstbesprechungen zwischen dem ärztlichen und dem nichtärztlichen Personal vorsieht;
2. für die in der Krankenanstalt beschäftigten Personen in ausreichendem Maß geeignete Personalräumlichkeiten sicherstellt;
3. Maßnahmen zu einer umfassenden Qualitätssicherung gewährleistet;
4. auf Wunsch der Pfleglinge eine seelsorgerische Betreuung ermöglicht;
5. sicherstellt, daß Pfleglinge ihr Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte ausüben können;
6. ausreichend Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten mit der Außenwelt ermöglicht und Vertrauenspersonen des Pfleglings im Fall einer nachhaltigen Verschlechterung des Gesundheitszustandes auch außerhalb der Besuchszeit Kontakt mit dem Pflegling aufnehmen können;
7. sicherstellt, daß dem Pflegling und Vertrauenspersonen medizinische Informationen durch einen Arzt in möglichst verständlicher und schonungsvoller Art gegeben werden, wobei erforderlichenfalls auch für eine psychologische oder seelsorgerische Unterstützung zu sorgen ist;
8. ein würdevolles Sterben ermöglicht und Vertrauenspersonen des Pfleglings - sofern dies nicht aus medizinischen Gründen ausgeschlossen ist - Kontakt mit dem Sterbenden pflegen können;

Geltende Fassung:

§ 6 a. Die Landesgesetzgebung kann Vorschriften über die kollektive 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 hierdurch nicht beeinträchtigt werden.

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

Fassung des Entwurfes:

9. sicherstellt, daß auch in Mehrbetträumen eine ausreichende Wahrung der Intimsphäre gewährleistet ist;
10. bei der stationären Versorgung von Kindern insbesondere über längere Zeiträume eine kindergerechte Ausstattung der Krankenzimmer vorsieht."

8. § 6 a lautet:

"§ 6 a. Die Landesgesetzgebung kann Vorschriften über die kollektive Führung der Krankenanstalten durch die mit der Leitung des ärztlichen Dienstes (§ 7 Abs. 1), der Verwaltung (§ 11 Abs. 1), des Pflegedienstes (§ 11 a Abs. 1) sowie des psychologischen Dienstes (§ 11 b Abs. 4) und des psychotherapeutischen Dienstes (§ 11 c Abs. 3) betrauten Personen erlassen. Die diesen Führungskräften nach den §§ 7 Abs. 1, 11 Abs. 1, 11 a Abs. 1, 11 b Abs. 4 und 11 c Abs. 3 jeweils zukommenden Aufgaben dürfen hierdurch nicht beeinträchtigt werden."

9. Im § 7 Abs. 2 wird das Wort "Behinderung" durch das Wort "Verhinderung" ersetzt.

Geltende Fassung:

(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.

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

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

Fassung des Entwurfes:

10. § 7 Abs. 4 lautet:

"(4) Mit der Führung von Abteilungen oder Organisationseinheiten 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 oder Absolventen entsprechender naturwissenschaftlicher Studienrichtungen betraut werden. Für den Fall der Verhinderung ist für die Stellvertretung eine in gleicher Weise fachlich qualifizierte Person namhaft zu machen."

11. § 8 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

"Darüberhinaus hat die Organisation des ärztlichen Dienstes sicherzustellen, daß auch neben der unmittelbaren Erbringung ärztlicher Leistungen für medizinische Anliegen der Pflinglinge ein Arzt zur Verfügung steht und daß die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte ihrer Fortbildungspflicht regelmäßig nachkommen können."

12. § 8a lautet:

"§ 8a. (1) Für jede Krankenanstalt ist ein Facharzt für Hygiene (Krankenhaustygiener) 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 Krankenhaustygieners oder Hygienebeauftragten mindestens eine qualifizierte Person des Krankenpflegedienstes als Hygienefachkraft zu bestellen. Diese hat ihre Tätigkeit hauptberuflich auszuüben.

(3) In bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygieneteam zu bilden, dem der Krankenhaustygiener bzw. der Hygienebeauftragte,

Geltende Fassung:

Fassung des Entwurfes:

die Hygienefachkraft und weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und 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. 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.

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

(6) In bettenführenden Krankenanstalten ist weiters eine Hygienekommission einzurichten, der zumindest die Mitglieder des Hygieneteams, der ärztliche Leiter der Krankenanstalt sowie ein Vertreter der Krankenhausverwaltung, des betriebsärztlichen Dienstes und des technischen Dienstes angehören. Die Hygienekommission hat alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und Beschlüsse zu fassen. Ihre Umsetzung hat durch den im jeweiligen Bereich bestehenden Verantwortungsträger zu erfolgen. Für die Beratungen der Hygienekommission ist eine Geschäftsordnung zu erlassen."

§ 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,

13. § 8 c lautet:

"§ 8 c. (1) In Krankenanstalten, an denen klinische Prüfungen von Arzneimitteln vorgenommen werden, sind zur Beurteilung dieser Prüfungen Ethikkommissionen einzurichten. Weiters haben diese Kommissionen die Anwendung neuer medizinischer Methoden und neuer Medizinprodukte zu beurteilen.

Geltende Fassung:

- 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:

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

- 1. einem Arzt, der zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes im Inland berechtigt ist und der weder ärztlicher Leiter der Krankenanstalt noch Prüfungsleiter ist,
- 2. einem Vertreter des Krankenpflegefachdienstes,
- 3. einem Juristen,
- 4. einem Pharmazeuten,
- 5. einem Vertreter des Amtes der Landesregierung (Landes-sanitätsdirektion),
- 6. einer mit der Wahrnehmung psychologischer oder psychotherapeutischer Aufgaben in der Krankenanstalt betrauten Person,
- 7. einem Patientenvertreter und
- 8. einer Person mit ethischer Kompetenz.

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

(3) Bei der Beurteilung der klinischen Prüfung einer neuen medizinischen Methode ist überdies ein Facharzt, in dessen Sonderfach die klinische Prüfung fällt, beizuziehen. Bei der Beurteilung der klinischen Prüfung eines neuen Medizinproduktes sind überdies ein Technischer Sicherheitsbeauftragter einer Krankenanstalt und ein Facharzt, in dessen Sonderfach die klinische Prüfung fällt, beizuziehen.

(4) 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."

Geltende Fassung:

Fassung des Entwurfes:

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

"§ 8d. (1) Die Träger von Krankenanstalten haben die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung zu schaffen. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität zu umfassen. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten ermöglicht werden.

(2) Die kollegiale Führung hat die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen.

(3) 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, des psychologischen oder des psychotherapeutischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören.

(4) 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 über alle hierfür erforderlichen Maßnahmen zu beraten."

Geltende Fassung:

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

1. über die Aufnahme und die Entlassung der Pfléglinge Vormerke zu führen;
2. Krankengeschichten anzulegen, in denen die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese), der Zustand des Pfléglings 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 Anstaltspfléglingen zu übermitteln;

Fassung des Entwurfes:

15. § 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) sowie die erbrachten ärztlichen Leistungen einschließlich Medikation und Aufklärung des Pfléglings und

b) sonstige wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen und allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung, darzustellen sind;"

16. § 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 dem Sozialversicherungsträger obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie anderen Krankenanstalten und einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten kostenlos Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Pfléglingen zu übermitteln;"

17. 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 zu dokumentieren, durch die er für den Fall des Verlustes seiner Handlungs- oder Willensbildungsfähigkeit die Zustimmung zu bestimmten Behandlungsmethoden ausschließt;

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

Geltende Fassung:

(3) Die Landesgesetzgebung kann die Rechtsträger von Krankenanstalten ermächtigen, die Speicherung, Verarbeitung und Aufbewahrung von Krankengeschichten anderen Rechtsträgern zu übertragen, wenn für diese Rechtsträger und die in ihnen beschäftigten Personen eine gesetzliche Verschwiegenheitspflicht besteht oder durch die Landesgesetzgebung auferlegt wird. Die Ermächtigung kann auch die Speicherung, Verarbeitung und Aufbewahrung mittels automationsunterstützter Datenverarbeitung beinhalten. Weitergaben von personenbezogenen Daten durch Rechtsträger, denen die Speicherung, Verarbeitung und Aufbewahrung übertragen wurde, sind nur an Ärzte oder Krankenanstalten zulässig, in deren Behandlung der Betroffene steht.

Pflegedienst

§ 11 a (1) Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist eine geeignete diplomierte Krankenpflegeperson als verantwortlicher Leiter (Oberin) des Pflegedienstes zu bestellen. Bei Verhinderung des verantwortlichen Leiters (der Oberin) muß dieser (diese) von einer geeigneten diplomierten Krankenpflegeperson vertreten werden.

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

Fassung des Entwurfes:

18. Im § 10 wird der bisherige Abs. 3 mit "(4)" bezeichnet, folgender Abs. 3 wird 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."

19. § 11a Abs. 2 lautet:

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

20. Nach § 11a Abs. 2 wird folgender Abs. 3 angefügt:

"(3) 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 jährlich der Landesregierung zu berichten."

Geltende Fassung:

Fassung des Entwurfes:

21. Nach § 11a werden folgende §§ 11b bis 11f samt Überschriften eingefügt:

"Psychologischer Dienst

§ 11b. (1) Die Träger von bettenführenden Krankenanstalten sind verpflichtet, nach Maßgabe des Anstaltszweckes und des Leistungsangebotes die psychologische Betreuung der in Anstaltspflege aufgenommenen Personen durch Einrichtung eines psychologischen Dienstes sicherzustellen. Dieser hat nach Maßgabe der Aufgaben und Größe der Krankenanstalt entsprechende Organisationseinheiten, jedenfalls aber je eine Organisationseinheit für klinisch-psychologische Diagnostik sowie für psychologische Behandlung, zu umfassen.

(2) Im Rahmen jeder Organisationseinheit gemäß Abs. 1 müssen geeignete, nach dem Psychologengesetz, BGBl. Nr. 360/1990, zur Führung der Berufsbezeichnung "Psychologe" oder "Psychologin" berechnete Personen in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Diese sind der Landesregierung bekanntzugeben.

(3) Nach Maßgabe des Anstaltszweckes und des Leistungsangebotes sowie der Größe der Krankenanstalt hat der psychologische Dienst eine gesundheitspsychologische Beratung durch mindestens eine geeignete, nach dem Psychologengesetz zur Führung der Berufsbezeichnung "Gesundheitspsychologe" oder "Gesundheitspsychologin" berechnete Person als ständigen Konsiliarpsychologen oder ständige Konsiliarpsychologin sicherzustellen. Konsiliarpsychologen und Konsiliarpsychologinnen sind der Landesregierung bekanntzugeben.

(4) Für die Leitung des psychologischen Dienstes sowie der einzelnen Organisationseinheiten gemäß Abs. 1 ist jeweils eine nach dem Psychologengesetz zur Führung der Berufsbezeichnung "klinischer Psychologe" oder "klinische Psychologin" berechnete Person zu bestellen. Die Bestellung ist der Landesregierung bekanntzugeben. Für den Fall der Verhinderung ist jeweils eine in gleicher Weise

Geltende Fassung:

Fassung des Entwurfes:

qualifizierte Person vorzusehen und der Landesregierung bekanntzugeben.

(5) Der psychologische Dienst muß so organisiert sein, daß ein Psychologe oder eine Psychologin untertags jederzeit erreichbar ist.

(6) Eine klinisch-psychologische Diagnostik oder Behandlung sowie eine gesundheitspsychologische Beratung dürfen nur mit Zustimmung der betreffenden Person oder ihres gesetzlichen Vertreters durchgeführt werden.

Psychotherapeutischer Dienst

§ 11c. (1) Die Träger von Krankenanstalten sind verpflichtet, nach Maßgabe des Anstaltszweckes und des Leistungsangebotes die psychotherapeutische Behandlung der in Anstaltspflege aufgenommenen Personen durch Einrichtung eines psychotherapeutischen Dienstes sicherzustellen. Dieser hat nach Maßgabe des Anstaltszweckes und des Leistungsangebots der Krankenanstalt entsprechende Organisationseinheiten zu umfassen; entsprechende Räumlichkeiten sind bereitzustellen.

(2) Im Rahmen des psychotherapeutischen Dienstes müssen geeignete, nach dem Psychotherapiegesetz, BGBl.Nr. 361/1990, zur Führung der Berufsbezeichnung "Psychotherapeut" oder "Psychotherapeutin" berechnigte Personen in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Diese sind der Landesregierung bekanntzugeben.

(3) Für die Leitung des psychotherapeutischen Dienstes ist eine nach dem Psychotherapiegesetz zur Führung der Berufsbezeichnung "Psychotherapeut" oder "Psychotherapeutin" berechnigte Person zu bestellen. Die Bestellung ist der Landesregierung bekanntzugeben. Für den Fall der Verhinderung ist eine in gleicher Weise

Geltende Fassung:

Fassung des Entwurfes:

qualifizierte Person vorzusehen und der Landesregierung bekanntzugeben.

(4) Der psychotherapeutische Dienst muß so organisiert sein, daß ein Psychotherapeut oder eine Psychotherapeutin untertags jederzeit erreichbar ist.

(5) Eine psychotherapeutische Behandlung darf nur mit Zustimmung der behandelten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters durchgeführt werden.

Fortbildung des nichtärztlichen Personals

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

Supervision

§ 11e. (1) Die Träger der Krankenanstalten sind verpflichtet, durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, daß den in der Krankenanstalt beschäftigten Personen im Rahmen ihrer Dienstzeit im erforderlichen Ausmaß Gelegenheit zur Teilnahme an einer berufsbegleitenden Supervision geboten wird.

(2) Für die Supervision müssen geeignete, zur Führung der Berufsbezeichnung "klinischer Psychologe" oder "klinische Psychologin", "Gesundheitspsychologe" oder "Gesundheitspsychologin" oder auch "Psychotherapeut" oder "Psychotherapeutin" berechnete Personen, die über eine mindestens fünfjährige Berufserfahrung sowie eine entsprechende supervisorische Weiterbildung verfügen und nicht in den Betrieb der Krankenanstalt eingebunden sind, zur Verfügung stehen.

Patientenvertretungen

§ 11f. Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, daß zur Prüfung allfälliger Beschwerden von Pflinglingen und auf Wunsch zur Wahrnehmung ihrer Interessen unabhängige Patientenvertretungen (Patientenfürsprecher, Ombudseinrichtungen oder ähnliche Vertretungen) zur Verfügung stehen."

Geltende Fassung:

Zurücknahme der Betriebsbewilligung

§ 12. (1) Die Bewilligung zum Betriebe einer Krankenanstalt (§ 3 Abs. 4) ist zurückzunehmen, wenn

- a) eine für die Erteilung der Bewilligung zum Betriebe vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt;
- b) der Betrieb der Krankenanstalt entgegen den Vorschriften des § 35 unterbrochen oder die Krankenanstalt aufgelassen worden ist.

Werbeverbot

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

(2) Die näheren Bestimmungen über die bei Zuwiderhandlungen gegen die Vorschriften des Abs. 1 zu verhängenden Strafen sind durch die Landesgesetzgebung zu erlassen.

§ 16. (1) Als gemeinnützig ist eine Krankenanstalt zu betrachten, wenn

- c) das Entgelt für die Leistungen der Krankenanstalt (Pflegebühren) für alle Pfléglinge derselben Gebührenklasse, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen oder Pflegegruppen für Akutkranke und für Langzeitbehandlung (§ 6 Abs. 1 lit. a) und auf Tag- oder Nachtbetrieb (§ 6 Abs. 1 lit. b) in gleicher Höhe (§ 28) festgesetzt ist;

(2) Durch die Landesgesetzgebung wird bestimmt, unter welchen Voraussetzungen neben der allgemeinen Gebührenklasse eine Sonderklasse eingerichtet werden darf und unter welchen Bedingungen ein Pflégling in die Sonderklasse aufzunehmen ist. Die Sonderklasse hat durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung zu entsprechen.

Fassung des Entwurfes:

22. Im § 12 Abs. 1 entfällt der Klammerausdruck "(§ 3 Abs. 4)".

23. Die Überschrift zu § 13 entfällt.

24. § 13 Abs. 1 lautet:

"§ 13. (1) Es ist verboten, unsachliche oder unwahre Informationen im Zusammenhang mit dem Betrieb einer Krankenanstalt zu geben."

25. Im § 16 Abs. 1 lit. e werden das Zitat "(§ 6 Abs. 1 lit. a)" durch das Zitat "(§ 6 Abs. 2 Z 1)" und das Zitat "(§ 6 Abs. 1 lit. b)" durch das Zitat "(§ 6 Abs. 2 Z 2)" ersetzt."

26. § 16 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

"Weiters kann die Landesgesetzgebung vorsehen, daß Pfléglinge der Sonderklasse auf Wunsch durch einen bestimmten Facharzt der Krankenanstalt persönlich behandelt werden."

Geltende Fassung:

§ 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.

§ 21. (1) Die Stellen jener Ärzte, die eine öffentliche Krankenanstalt oder eine Abteilung, eine Prosektur oder ein Ambulatorium in einer öffentlichen Krankenanstalt leiten oder als ständige Konsiliarärzte bestellt werden sollen, sowie die Stellen jener Apotheker, die mit der Leitung einer Anstaltsapothek betraut werden sollen, sind öffentlich auszusprechen. Für die Bewerbung ist eine angemessene Frist einzuräumen.

§ 27 a. (1) Von Pflöglingen der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung Gebührensätze 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 Pflögling 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.

Fassung des Entwurfes:

27. 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."

28. Im § 21 Abs. 1 wird nach dem ersten Satz folgender Satz eingefügt:

"Ebenso sind die Stellen jener Personen, die eine Einrichtung oder Organisationseinheit gemäß den §§ 11b Abs. 4 und 11c Abs. 3 leiten, öffentlich auszuschreiben."

29. § 27a 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."

Geltende Fassung:

(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-Zusammenarbeitssonds, BGBl. Nr. 700/1991, zuschlußberechtigt ist, im selben Verhältnis, das sich für einen Verpflegungstag 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-Zusammenarbeitssonds entstehen. Der Hauptverband hat den Hundertsatz dieser Erhöhung für jede Gebietskrankenkasse und für jedes Geschäftsjahr auf Grund der Verpflegungstage 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.

Fassung des Entwurfes:

30. 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"

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, i. d. F. 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 a. (1) In Abteilungen und Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie dürfen geschlossene Bereiche geführt werden. Diese müssen von den übrigen Bereichen unterscheidbar sein.

(2) Die Errichtung eines geschlossenen Bereiches gilt als wesentliche Veränderung im Sinne des § 4 Abs. 1.

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

Fassung des Entwurfes:

32. 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"

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

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

34. Im § 38a Abs. 2 wird der Klammerausdruck " (§ 4 Abs. 1) " durch den Klammerausdruck " (§ 4 Abs. 2) " ersetzt.

35. Im § 38d wird das Zitat " § 10 Abs. 1 " durch das Zitat " § 10 " ersetzt.

Geltende Fassung:

§ 46. (1) Den Vorständen von Universitätskliniken ist es gestattet, von Pflegenden 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.

(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.

Fassung des Entwurfes:

36. § 46 lautet:

"§ 46. (1) Den Vorständen von Universitätskliniken und den Leitern von Klinischen Abteilungen (§ 7a) ist es gestattet, mit Pflegenden 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. Nehmen im Zusammenhang mit einer derartigen Behandlung die Vorstände der Universitätskliniken oder die Leiter von Klinischen Abteilungen auch Universitäts- oder Anstaltspersonal in Anspruch, so ist dieses im Rahmen des besonderen Honorars angemessen zu beteiligen.

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

(3) Werden anlässlich wissenschaftlicher Arbeiten im Auftrag Dritter (§ 15 Forschungsorganisationsgesetz, BGBl. Nr. 341/1981, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 689/1991) 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."

Geltende Fassung:

§ 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.

§ 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.

(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.

Fassung des Entwurfes:

37. Im § 50 wird die Wendung "öffentliche Krankenanstalten für Geisteskrankheiten" durch die Wendung "öffentliche Krankenanstalten für Psychiatrie" ersetzt.

38. § 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 aufgrund des Ersten Teiles dieses Bundesgesetzes erlassen werden, zu überwachen.

(2) Organen der örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde ist jederzeit 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 Pfléglingen einer Krankenanstalt gegeben ist, so hat sie unverzüglich eine Einschau in der Krankenanstalt gemäß Abs. 2 vorzunehmen und dem Landeshauptmann hievon zu berichten."