

**BUNDESMINISTERIUM FÜR
GESUNDHEIT UND FRAUEN**

Parlament
Dr. Karl Renner-Ring 3
1017 Wien

Organisationseinheit: BMGF - I/B/8 (Kranken- und Kuranstalten, Arzneimittel-, Apotheken- und Medizinproduktrecht; Amtshaftung, Volksanwaltschaft)
Sachbearbeiter/in: Dr. Sylvia Füzsl
E-Mail: sylvia.fueszl@bmgf.gv.at
Telefon: +43 (1) 71100-4885
Fax:
Geschäftszahl: BMGF-92601/0001-I/B/8/2006
Datum: 18.01.2006
Ihr Zeichen:

begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at

Betreff: KAKuG-Novelle, Allgemeines Begutachtungsverfahren

Sehr geehrte Damen und Herren!

In Entsprechung einer EntschlieÙung des Nationalrates zur gefälligen Kenntnisnahme sowie mit dem Ersuchen um Weiterleitung an die Parlamentsklubs.

Das Ende der Begutachtungsfrist wurde mit 16. Februar 2006 festgelegt.

Hochachtungsvoll
Für die Bundesministerin:
Hon.-Prof. Dr. Gerhard Aigner

Beilage: 2

Elektronisch gefertigt

Radetzkystraße 2, 1031 Wien
post@bmgf.gv.at
<http://www.bmgf.gv.at>
DVR: 2109254

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

Entwurf

Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten und das Ärztegesetz 1998 geändert werden

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel 1**Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten geändert wird**

Das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 155/2005, wird wie folgt geändert:

1. Titel**(Grundsatzbestimmungen)**

1. In § 2a Abs. 3 wird nach dem ersten Satz folgender Satz eingefügt:

„Dabei ist die örtlich getrennte Unterbringung auch in einem anderen Bundesland und unter den in § 2b geregelten Voraussetzungen auch auf dem Gebiet eines anderen Staates zulässig.“

2. Nach § 2a wird folgender § 2b samt Überschrift eingefügt:

„Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von Abteilungen oder sonstiger Organisationseinheiten

§ 2b. (1) Die örtlich getrennte Unterbringung der vorgesehenen Abteilungen oder sonstiger Organisationseinheiten auf dem Gebiet eines anderen Staates gemäß § 2a Abs. 3 bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung darf nur bei Vorliegen folgender Voraussetzungen erteilt werden:

1. Wenn nachgewiesen ist, dass durch die im jeweiligen ausländischen Staatsgebiet geltende Rechtslage sowie durch das zugrunde liegende Kooperationsübereinkommen der Standard von Behandlung und Pflege zumindest jenem Standard entspricht, der aufgrund der österreichischen Rechtsordnung gegeben ist,
2. das Vorhaben stimmt mit den Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes überein und
3. es ist sichergestellt, dass den österreichischen Finanzierungsregelungen Rechnung getragen wird.

(2) Die dislozierte Führung außerhalb Österreichs ist auch zulässig, wenn in den im Ausland disloziert geführten Abteilung oder sonstigen Organisationseinheiten nicht ausschließlich Personal des Trägers der in Österreich gelegenen Krankenanstalt herangezogen wird. Die Behandlung hat jedoch unter ärztlicher Aufsicht der in Österreich befindlichen Krankenanstalt zu erfolgen.

(3) Bei der dislozierten Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten einer im Ausland gelegenen Krankenanstalt in einer österreichischen Krankenanstalt ist, falls dies das entsprechende Kooperationsübereinkommen vorsieht, auch eine ärztliche Aufsicht durch die im Ausland gelegene Krankenanstalt zu ermöglichen.“

3. § 6 Abs. 1 lit. e lautet:

„e) die Festlegung von Räumen, in denen das Rauchen gestattet ist.“

4. § 8 Abs. 4 lautet:

„(4) Zu den Aufgaben des Hygieneteams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und der Gesunderhaltung dienen. Zur Durchführung dieser Aufgaben hat das Hygieneteam einen Hygieneplan zu erstellen. Es begleitet auch fachlich und inhaltlich die Maßnahmen zur Überwachung nosokomialer Infektionen. Die Überwachung/Surveillance hat nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen. Das Hygieneteam ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr entstehen kann, beizuziehen. Das Hygieneteam hat darüber hinaus alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und entsprechende Vorschläge zu beschließen. Diese sind schriftlich an die jeweils für die Umsetzung Verantwortlichen der Krankenanstalt weiterzuleiten.“

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

„(3) Erfolgt die Beschäftigung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und von Angehörigen der Pflegehilfe im Wege der Arbeitskräfteüberlassung nach den Bestimmungen des Arbeitskräfteüberlassungsgesetzes - AÜG, BGBl. Nr. 196/1988, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 104/2005, so ist das in § 35 Abs. 2 Z 1 und in § 90 Abs. 2 Z 1 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, BGBl. I Nr. 108/1997, in der Fassung BGBl. I Nr. 69/2005, festgelegte Verhältnis pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten.“

6. In § 19 Abs. 1 wird das Wort „Unterbringung“ durch die Worte „stationäre und/oder ambulante Behandlung“ ersetzt.

7. Der bisherige § 19a erhält die Bezeichnung § 19b, § 19a samt Überschrift lautet:

„Staatsgrenzen überschreitende Angliederungsverträge

§ 19a. (1) Durch die Landesgesetzgebung sind Vorschriften darüber zu erlassen, inwiefern Verträge, die zwischen den Rechtsträgern von öffentlichen oder einer nicht öffentlichen Krankenanstalt über die stationäre und/oder ambulante Behandlung von Pflinglingen der ersteren Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der letzteren (angegliederte Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt abgeschlossen werden (Angliederungsverträge), für den Fall, dass sich die angegliederte Krankenanstalt auf ausländischen Gebiet befindet, zulässig sind. Zur Rechtsgültigkeit solcher Verträge bedarf es der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist insbesondere dann zu versagen und eine erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan widersprechenden Zustand führen würde oder geführt hat.

(2) Die Genehmigung darf darüber hinaus nur bei Vorliegen folgender Voraussetzungen erteilt werden:

1. Wenn nachgewiesen wird, dass durch die im jeweiligen ausländischen Staatsgebiet geltende Rechtslage sowie durch das zugrunde liegende Kooperationsübereinkommen der Standard von Behandlung und Pflege zumindest jenem Standard entspricht, der aufgrund der österreichischen Rechtsordnung gegeben ist,
2. das Vorhaben stimmt mit den Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes überein und
3. es ist sichergestellt, dass den österreichischen Finanzierungsregelungen Rechnung getragen wird.

(3) Im Falle eines Angliederungsvertrages gelten die von der Hauptanstalt in der angegliederten Anstalt untergebrachten Pflinglinge als Pflinglinge der Hauptanstalt.“

8. § 38a Abs. 3 lautet:

„(3) Geschlossene Bereiche dienen ausschließlich der Anhaltung

1. von psychisch Kranken, auf die das Unterbringungsgesetz BGBl. Nr. 155/1990, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 12/1997, Anwendung findet und
2. von Personen, deren Anhaltung oder vorläufige Anhaltung gemäß § 21 Abs. 1 StGB und § 429 Abs. 4 StPO in einer Krankenanstalt oder Abteilung für Psychiatrie angeordnet wurde.“

9. In § 40 wird jeweils das Zitat „§ 19a“ durch „§ 19b“ ersetzt.

2. Titel

(Unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

10. § 59g wird folgender Abs. 9 angefügt:

„(9) Von der/Vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister werden in die Bundesgesundheitskommission überdies als kooptierte Mitglieder ohne Stimmrecht je eine/ein Vertreterin/Vertreter

1. des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur,
2. der Österreichischen Apothekerkammer,
3. der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und
4. der für die in § 149 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes genannten Krankenanstalten in Betracht kommenden gesetzlichen Interessenvertretung

jeweils auf deren Vorschlag entsendet.“

11. § 60 wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(5) Bei grenzüberschreitenden Kooperationen (§§ 2b und 19a) sind die Organe der sanitären Aufsicht auch auf Ersuchen der jeweiligen ausländischen Behörde zur Setzung von Maßnahmen der sanitären Aufsicht verpflichtet. Sofern dies aufgrund konkreter Umstände geboten ist, haben ebenso bei grenzüberschreitenden Kooperationen die zur sanitären Aufsicht verpflichteten Behörden an die zuständigen ausländischen Behörden Ersuchen zu richten, Maßnahmen zu setzen, die der sanitären Aufsicht entsprechen, sowie von deren Ergebnis informiert zu werden.“

12. Nach § 65 Abs. 4b wird folgender Abs. 4c eingefügt:

„(4c) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu § 2a Abs. 3, § 2b, § 6 Abs. 1 lit e, § 8 Abs. 4, § 11a Abs. 3, § 19 Abs. 1, § 19a, die Änderung der Bezeichnung des § 19b, § 38a Abs. 3 und § 40 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. .../2006 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.“

Artikel 2

Bundesgesetz, mit dem das Ärztegesetz 1998 geändert wird

Das Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998), BGBl. I Nr. 169/1998, zuletzt geändert durch Bundesgesetz BGBl. I Nr. 156/2005, wird wie folgt geändert:

1. Am Ende des § 36 Abs. 1 wird der Punkt durch einen Beistrich ersetzt und der Z 3 folgende Z 4 angefügt:

- „4. in österreichischen Krankenanstalten entweder im Rahmen einer staatsgrenzüberschreitenden dislozierten Führung von Abteilungen oder im Rahmen von staatsgrenzüberschreitenden Angliederungsverträgen.“

2. Vor § 81 wird die Überschrift „Kammervorstand“ eingefügt.

Vorblatt

Probleme:

- Fehlen von Regelungen für Staatsgrenzen überschreitende Kooperationen zwischen Krankenanstalten.
- Bestehende Rechtsunklarheit im Zusammenhang mit Aufgaben des Hygieneteams zur Überwachung von nosokomialen Infektionen..
- Fehlen einer Regelung betreffend den Einsatz von Leiharbeitskräften in Krankenanstalten.
- Bestehende Rechtsunklarheit im Zusammenhang mit der Unterbringung geistig abnormer Rechtsbrecher in geschlossenen Bereichen von Krankenanstalten oder Abteilungen für Psychiatrie.
- Bestehende Rechtsunklarheit im Zusammenhang mit der Kooptierung von Mitgliedern in die Bundesgesundheitskommission

Ziele:

Mit der vorliegenden Novelle sollen Regelungen betreffend Staatsgrenzen überschreitende Kooperationen zwischen Krankenanstalten, über die Überwachung nosokomialer Infektionen und den Einsatz von Leiharbeitskräften in Krankenanstalten ist das Krankenanstaltengesetz aufgenommen werden.

Inhalt:

- Schaffung von Regelungen für Staatsgrenzen überschreitende Kooperationen zwischen Krankenanstalten (Führung dislozierter Abteilungen, Angliederungsverträge) einschließlich Festlegungen hinsichtlich der sanitären Aufsicht. Im Ärztegesetz 1998 soll verankert werden, dass ausländische Ärztinnen/Ärzte, die im Rahmen von Staatsgrenzen überschreitende Kooperationen zwischen Krankenanstalten in einer österreichischen Krankanstalt ihren Dienst versehen, keine Mitglieder der Ärztekammer sind.
- Ausdrückliche Normierung, dass in der Krankenanstaltenordnung Räume festzulegen sind, in denen das Rauchen gestattet ist.
- Ausdrückliche Regelung über die Aufgaben des Hygieneteams im Zusammenhang mit der Überwachung nosokomialer Infektionen.
- Klarstellung, dass das in den einschlägigen Berufsgruppengesetzen festgelegte Verhältnis für die Beschäftigung von Leiharbeitskräften in Krankenanstalten pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten ist.
- Klarstellung, dass geschlossene Bereiche von Abteilungen oder Krankenanstalten für Psychiatrie auch der Aufnahme von Personen dienen, deren Anhaltung dort gemäß § 21 StGB und § 429 StPO angeordnet wurden.
- Beseitigung der Rechtsunsicherheit im Zusammenhang mit der Kooptierung von Mitgliedern in die Bundesgesundheitskommission durch die ausdrückliche Berechtigung der/des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesministers, Vertreterinnen/Vertreter taxativ aufgezählter Institutionen als kooptierte Mitglieder zu entsenden.

Alternative:

Beibehaltung der Rechtsunsicherheiten und der Unzulässigkeit von Staatsgrenzen überschreitenden Kooperationen zwischen Krankenanstalten.

Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:

Keine.

Finanzielle Auswirkungen:

Dem Bund, den Ländern, Städten und Gemeinden entsteht kein finanzieller Mehraufwand.

EU-Konformität:

Der Entwurf sieht nur Regelungen vor, die nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union fallen.

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:

Keine.

ERLÄUTERUNGEN

I. Allgemeiner Teil

Novelle zum Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz

Im Lichte der zunehmenden Zusammenarbeit der europäischen Staaten auch im Bereich des Gesundheitswesens wurde seitens des Bundeslandes Oberösterreich zwecks Kooperation Braunau/Simbach an den Bund wiederholt der Wunsch herangetragen, eine entsprechende Rechtsgrundlage für Staatsgrenzen überschreitende Kooperationen zwischen Krankenanstalten (Führung dislozierter Abteilungen, Angliederungsverträge) zu schaffen. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass der Standard von Behandlung und Pflege im Rahmen dieser Kooperationen zumindest jenem Standard entspricht, der aufgrund der österreichischen Rechtsordnung gegeben ist, und die geltenden Vorgaben hinsichtlich Planung und Finanzierung eingehalten werden.

Im Rahmen der Gesundheitsförderung ist im Zusammenhang mit dem Rauchen den geltenden Tabakgesetz Rechnung zu tragen und im Interesse der Pfléglinge aber auch der in der Krankenanstalt Beschäftigten vorzusehen, dass in der Krankenanstaltenordnung Räume festzulegen sind, in denen das Rauchen gestattet ist. Die derzeitige Regelung in der Anstaltsordnung, wonach diese bloß Rauchverbote festzulegen hat, ist zu großzügig und nicht im Einklang mit dem Tabakgesetz.

Die Infektions-Surveillance soll vom Hygieneteam initiiert und begleitet werden. Die Überwachung/Surveillance von nosokomialen Infektionen soll den Krankenanstalten einen Vergleich der eigenen Ergebnisse über die Zeit und ein nationales oder internationales Benchmarking ermöglichen. Das Setzen daraus folgender Schritte liegt in der Verantwortung der Abteilungen und der Führung der Krankenanstalt.

Hinsichtlich des in den einschlägigen Berufsgesetzen festgelegten Verhältnisses für die Beschäftigung von Leiharbeitskräften in Krankenanstalten ist klarzustellen, dass dieses Verhältnis pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten ist.

Geschlossene Bereiche von Abteilungen oder Krankenanstalten für Psychiatrie dienen auch der Aufnahme von Personen, deren Anhaltung dort gemäß § 21 StGB und § 429 StPO angeordnet wurde.

Im Zuge der Beschlussfassung der Geschäftsordnung der Bundesgesundheitskommission wurden im Zusammenhang mit der Kooptierung von Mitgliedern ohne Stimmrecht in die Bundesgesundheitskommission verschieden Rechtsstandpunkte vertreten. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll diese Rechtsunsicherheit durch die ausdrückliche Regelung einer Entsendung von Vertreterinnen/Vertretern taxativ aufgezählter Institutionen durch den/die für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister als kooptierte Mitglieder in die Bundesgesundheitskommission beseitigt werden.

Novelle zum Ärztegesetz 1998

Im Ärztegesetz 1998 soll verankert werden, dass ausländische Ärztinnen/Ärzte, die im Rahmen von Staatsgrenzen überschreitenden Kooperationen zwischen Krankenanstalten in einer österreichischen Krankenanstalt ihren Dienst versehen, keine Mitglieder der Ärztekammer sind. Weiters wird ein Redaktionsversehen beseitigt.

Finanzielle Auswirkungen:

Bund, Ländern, Städten und Gemeinden entstehen keine zusätzlichen Kosten. Die Überwachung nosokomialer Infektionen gehört schon jetzt zu den Aufgaben der Krankenhaushygiene, die Teilnahme an einem anerkannten Surveillancesystem ist grundsätzlich mit keinen Kosten verbunden, in der Phase der Implementierung kann es allerdings krankenhaushintern – abhängig vom Stand der Surveillance in den einzelnen Krankenanstalten - zu nicht quantifizierbaren Mehrbelastungen des betroffenen Personals kommen.

Zuständigkeit:

Die Zuständigkeit des Bundes zur Erlassung dieser Gesetzesnovelle ergibt sich für das Bundesgesetz über Krankenanstalten- und Kuranstalten aus Art. 12 Abs. 1 Z 1 (Grundsatzbestimmungen) sowie aus Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG (unmittelbar anwendbares Bundesrecht) und für das Ärztegesetz 1998 aus Art. 10 Abs. 1 Z 8 und Z 12 B-VG.

II. Besonderer Teil

Zu Art. I Z 1 (§ 2a Abs. 3 KAKuG):

Anpassung des Zitates.

Zu Art. I Titel 1 Z 2 (§ 2b KAKuG):

Abs. 1 ermöglicht – sofern dies von der Landesregierung genehmigt wird - die örtlich getrennte Unterbringung der vorgesehenen Abteilungen oder sonstiger Organisationseinheiten auf dem Gebiet eines anderen Staates gemäß § 2a Abs. 3 (dislozierte Abteilungen).

Die Genehmigung darf von der Landesregierung nur bei Vorliegen folgender Voraussetzungen erteilt werden:

1. Wenn nachgewiesen ist, dass durch die im jeweiligen ausländischen Staatsgebiet geltende Rechtslage sowie durch das zugrunde liegende Kooperationsübereinkommen der Standard von Behandlung und Pflege zumindest jenem Standard entspricht, der aufgrund der österreichischen Rechtsordnung gegeben ist,
2. das Vorhaben mit den Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes überein stimmt und
3. sichergestellt ist, dass den österreichischen Finanzierungsregelungen Rechnung getragen wird.

Zu Art. I Titel 1 Z 3 (§ 6 Abs. 1 lit. e KAKuG):

Im Rahmen der Gesundheitsförderung ist im Zusammenhang mit dem Rauchen den geltenden Tabakgesetz Rechnung zu tragen und im Interesse der Pfleglinge aber auch der in der Krankenanstalt Beschäftigten vorzusehen, dass in der Krankenanstaltenordnung Räume festzulegen sind, in denen das Rauchen gestattet ist.

Zu Art I Titel 1 Z 4 (§ 8a Abs. 4 KAKuG):

Die Überwachung nosokomialer Infektionen (NI) wurde in den letzten Jahren zu einer essentiellen Aufgabe der Krankenhaushygiene. Da besonders die schwerwiegenden NI auf Intensivstationen und in chirurgischen Bereichen auftreten, liegen in diesen Fachdisziplinen wichtige Schwerpunkte der Infektions-Surveillance.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen vertritt die Auffassung, dass Krankenanstalten bereits nach geltender Rechtslage zur Überwachung nosokomialer Infektionen – jedenfalls krankenanstaltenintern – verpflichtet sind. Insofern ist die Einführung des Wortes „Überwachung“ bei den Aufgaben des Hygieneteams lediglich als Klarstellung zu verstehen. Erfassen und Vergleichen der eigenen Ergebnisse über die Zeit ist ein Grundelement der Surveillance und eine wichtige Basis für qualitätsbewusste Prozess-Steuerung. Zu einer effizienten Überwachung gehört allerdings – neben einer anerkannten Methodik – auch ein Vergleich der eignen Ergebnissen mit denen anderer, vergleichbarer Institutionen. Aus diesen Gründen ist vorgesehen, dass die Teilnahme an einem international anerkannten, dem Stand der Wissenschaften entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen hat.

Den Krankenanstalten stehen bereits derartige Systeme zur Verfügung:

- das ANISS Projekt (Austrian Nosocomial Infection Surveillance System), das auf den EU-weit akkordierten HELICS-Protokollen basiert und von der nationalen Referenzzentrale betrieben wird,
- das deutsche Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System KISS, das ab 1996 als gemeinsames Projekt vom Nationalen Referenzzentrum für Krankenhaushygiene und dem Robert-Koch-Institut aufgebaut wurde, sowie
- das Quality Indicator Project® -QIP der Maryland Hospital Association, innerhalb dessen ein System zur Messung klinischer Versorgungsleistung (Performance Measurement System) angeboten wird, das sowohl das Hygienemanagement als auch das Risk- und Behandlungsmanagement sowie die Organisation unterstützt.

Österreichischen Krankenanstalten soll kein bestimmtes Überwachungssystem vorgeschrieben werden. Die Wahl bleibt den Krankenanstalten oder ihren Trägern überlassen. Im Rahmen der sanitären Aufsicht soll in weiterer Folge lediglich überprüft werden, ob die Krankenanstalten an einem anerkannten Überwachungssystem teilnehmen und welche relevanten Maßnahmen zur Reduzierung der Infektionsraten sie gesetzt haben bzw. zu setzen beabsichtigen.

Die Infektions-Surveillance soll vom Hygieneteam initiiert und begleitet werden. Die Datenerfassung liegt jedoch im Verantwortungsbereich der betroffenen Abteilung oder Krankenanstalt. Die Bewertung der Ergebnisse erfolgt gemeinsam mit dem Hygieneteam und den Abteilungen.

Die Überwachung/Surveillance von NI soll den Krankenanstalten einen Vergleich der eigenen Ergebnisse über die Zeit und ein nationales oder internationales Benchmarking ermöglichen. Das Setzen daraus folgender Schritte liegt ebenfalls in der Verantwortung der Abteilungen und der Führung der Krankenanstalt.

Das Hygieneteam wird nur in dem Maße aktiv werden können, als klare Willensäußerungen für Surveillance und eine substantielle Mitwirkung der Abteilung oder Krankenanstalt vorliegen.

Bezug zur europäischen Dimension:

Die Komplexität der Krankenhaushygiene wurde auch auf EU-Ebene erkannt. Innerhalb der letzten fünf Jahre wurden einige wichtige Netzwerke und Projekte initiiert und finanziert, die zur Reduktion der Infektionsrate in Krankenanstalten in der Europäischen Gemeinschaft wesentlich beitragen, den kritischen Umgang mit Antibiotika fördern und darüber hinaus innereuropäische Vergleiche ermöglichen sollen. Dazu gehören insbesondere die Projekte HELICS (**H**ospital in Europe **L**ink for **I**nfection **C**ontrol through **S**urveillance) und IPSE (**I**mproving **P**atient **S**afety in **E**urope) bzw. EARSS (**E**uropean **A**ntimicrobial **R**esistance **S**urveillance **S**ystem).

Das HELICS-Projekt stützt sich als Initiative der Europäischen Kommission auf die Entscheidung Nr. 2119/98/EG bezüglich der Schaffung eines Netzes zur epidemiologischen Überwachung und Kontrolle übertragbarer Krankheiten innerhalb der Gemeinschaft.

Grundlage des Projektes ist – analog anderen Netzwerken der EU – die Kommunikation über die Nationalen Referenzzentren (NRZ). Daher wurden die europäischen Mitgliedstaaten im Rahmen dieses Projektes zur Einrichtung von NRZ für die Überwachung von NI aufgefordert, sofern derartige nicht bereits existierten. Das HELICS-Netzwerk soll als Netzwerk aller *nationalen* Netzwerke fungieren (European Network on Nosocomial infections).

In verschiedenen HELICS-Arbeitsgruppen wurden von Experten aus allen Mitgliedstaaten Kriterien, Standards und Manuals für die Datenerfassung von NI entwickelt. Diese wurden allen Mitgliedstaaten zur Verfügung gestellt mit dem Ziel, eine Erfassung von NI sowohl auf nationaler Ebene als auch EU-weit nach einheitlichen Kriterien zu erreichen. Pilotprojekte zur Überwachung von NI auf Intensivstationen und im chirurgischen Bereich sowie ein Pilotprojekt zur Praevalenzstudie wurden durchgeführt. HELICS wurde als eigenständiges Projekt mit Ende 2004, mit der Phase HELICS IV, abgeschlossen und findet ab 2005 im Folgeprojekt IPSE (insbesondere im Work Package 4: Technical support for implementation and control of Healthcare Associated Infections- HAI and Antimicrobial Resistance- AMR), seine Fortsetzung. Das IPSE-Projekt wird von der Europäischen Kommission, zunächst für die Jahre 2005-2008, finanziert und betreut. Als österreichischer Projektpartner fungiert das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenz am Klinischen Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie der Medizinischen Universität Wien (Schwerpunkt HELICS/IPSE) bzw. am Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Tropenmedizin am KH der Elisabethinen Linz (Schwerpunkt EARSS).

Zu Art. I Titel 1 Z 5 (§ 11a Abs. 3 KAKuG):

Mit dieser Bestimmung wird hinsichtlich des in den einschlägigen Berufsgesetzen (dzt. GuKG) festgelegten Verhältnisses für die Beschäftigung von Leiharbeitskräften in Krankenanstalten klargestellt, dass dieses Verhältnis pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten ist. Eine Berechnung auf die Krankenanstalt insgesamt könnte nämlich zum Ergebnis führen, dass einzelne Organisationseinheiten – im Sinne der Qualität völlig unverantwortbar – größtenteils oder ausschließlich mit Leiharbeitskräften betrieben werden.

Zu Art. I Titel 1 Z 6 (§ 19 Abs. 1 KAKuG):

Mit dem Ersatz des Wortes „Unterbringung“ durch die Wendung „stationäre und/oder ambulante Behandlung“ sind Angliederungsverträge auch hinsichtlich ambulanter Organisationseinheiten zulässig.

Zu Art. I Titel 1 Z 7 (§§ 19a, 19b KAKuG):

Der neue § 19a sieht Regelungen für Staatsgrenzen überschreitende Angliederungsverträge vor, wobei die Voraussetzungen für solche Angliederungen den in § 2b (Z 2 der Novelle) entsprechen.

Aus Gründen der Systematik erhält der bisherige § 19a (Arzneimittelkommissionen) die Bezeichnung § 19b.

Zu Art. 1 Titel 1 Z 8 (§ 38a Abs. 3):

Im Hinblick auf in der Praxis aufgetretene Probleme soll – neben den ohnehin bestehenden Regelungen in der StPO und im StVG - auch im KAKuG klargestellt werden, dass geschlossene Bereiche von Krankenanstalten und Abteilungen für Psychiatrie auch der Aufnahme von geistig abnormen Rechtsbrechern bzw. Tatverdächtigen nach § 429 Abs. 4 StPO dienen.

Zu Art. I Titel 1 Z 9 (§ 40 KAKuG):

Hier erfolgt eine Zitat Anpassung

Zu Art. I Titel 2 Z 9 (§ 59g Abs. 9 KAKuG):

Aufgrund Art. 12 Abs. 2 Z 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 73/2005, gehören der Bundesgesundheitskommission unter anderem Vertreterinnen/Vertreter des Bundes an.

Im Einklang mit der zitierten Vereinbarung regelt diese Bestimmung künftig, dass die/der für das Gesundheitswesen zuständige/zuständigen Bundesminister in die Bundesgesundheitskommission als kooperative Mitglieder des Bundes ohne Stimmrecht je eine/einen Vertreterin/Vertreter aus folgenden Bereichen auf deren Vorschlag entsendet: Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Österreichische Apothekerkammer, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt und Wirtschaftskammer Österreich.

Zu Art. I Titel 2 Z 10 (§ 60 Abs. 5 KAKuG):

Mit dieser Bestimmung soll sichergestellt werden, dass die Durchführung der sanitären Aufsicht im Rahmen von Staatsgrenzen überschreitenden Kooperationen von Krankenanstalten durch die im jeweiligen Staat zuständigen Organe erfolgt.

Zu Art I Titel 2 Z 11 (§ 65 Abs. 4c):

Enthält die Umsetzungsfrist für die Landesausführungsgesetzgeber.

Zu Art. II Z 1 (§ 36 Abs. 1 Ärztegesetz 1998):

Mit der Änderung des § 36 Abs. 1 wird klargestellt, dass ausländische Ärztinnen/Ärzte, die im Rahmen von Staatsgrenzen überschreitende Kooperationen zwischen Krankenanstalten in einer österreichischen Krankanstalt ihren Dienst versehen, keine Mitglieder der österreichischen Ärztekammer sind.

Zu Art. II Z 2 (Überschrift vor § 81):

Bei der 7. Ärztegesetz-Novelle BGBl. I Nr. 156/2005 ist durch ein Redaktionsversehen die Überschrift (Kammervorstand) vor § 81 Ärztegesetz unterblieben. Dies soll hiermit nachgeholt werden.

Textgegenüberstellung

Geltende Fassung

Artikel 1 (KAKuG)

§ 2a. (1) und (2)

(3) Die Landesgesetzgebung kann bestimmen, dass die Voraussetzungen des Abs. 1 lit. b und c auch erfüllt sind, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind. Ferner kann die Landesgesetzgebung bestimmen, dass von der Errichtung einzelner im Abs. 1 lit. b vorgesehenen Abteilungen abgesehen werden kann, wenn in jenem Einzugsbereich, in dem die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkte in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.

(4)

Vorgeschlagene Fassung

Artikel 1 (KAKuG)

§ 2a. (1) und (2)

(3) Die Landesgesetzgebung kann bestimmen, dass die Voraussetzungen des Abs. 1 lit. b und c auch erfüllt sind, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind. Dabei ist die örtlich getrennte Unterbringung auch in einem anderen Bundesland und unter den in § 2b geregelten Voraussetzungen auch auf dem Gebiet eines anderen Staates zulässig. Ferner kann die Landesgesetzgebung bestimmen, dass von der Errichtung einzelner im Abs. 1 lit. b vorgesehenen Abteilungen abgesehen werden kann, wenn in jenem Einzugsbereich, in dem die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkte in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.

(4)

Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von Abteilungen oder sonstiger Organisationseinheiten

§ 2b. (1) Die örtlich getrennte Unterbringung der vorgesehenen Abteilungen oder sonstiger Organisationseinheiten auf dem Gebiet eines anderen Staates gemäß § 2a Abs. 3 bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung darf nur bei Vorliegen folgender Voraussetzungen erteilt werden:

1. Wenn nachgewiesen ist, dass durch die im jeweiligen ausländischen Staatsgebiet geltende Rechtslage sowie durch das zugrunde liegende Kooperationsübereinkommen der Standard von Behandlung und Pflege zumindest jenem Standard entspricht, der aufgrund der österreichischen Rechtsordnung gegeben ist,
2. das Vorhaben stimmt mit den Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes überein und
3. es ist sichergestellt, dass den österreichischen Finanzierungsregelungen Rechnung getragen wird.

(2) Die dislozierte Führung außerhalb Österreichs ist auch zulässig, wenn in

§ 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) bis d)
- e) die Festlegung von Rauchverboten.

(2) bis (6)

§ 8a. (1) bis (3)

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

den im Ausland disloziert geführten Abteilung oder sonstigen Organisationseinheiten nicht ausschließlich Personal des Trägers der in Österreich gelegenen Krankenanstalt herangezogen wird. Die Behandlung hat jedoch unter ärztlicher Aufsicht der in Österreich befindlichen Krankenanstalt zu erfolgen.

(3) Bei der dislozierten Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten einer im Ausland gelegenen Krankenanstalt in einer österreichischen Krankenanstalt ist, falls dies das entsprechende Kooperationsübereinkommen vorsieht, auch eine ärztliche Aufsicht durch die im Ausland gelegene Krankenanstalt zu ermöglichen.

§ 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) bis d)
- e) die Festlegung von Räumen, in denen das Rauchen gestattet ist.

(2) bis (6)

§ 8a. (1) bis (3)

„(4) Zu den Aufgaben des Hygieneteams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und der Gesunderhaltung dienen. Zur Durchführung dieser Aufgaben hat das Hygieneteam einen Hygieneplan zu erstellen. Es begleitet auch fachlich und inhaltlich die Maßnahmen zur Überwachung nosokomialer Infektionen. Die Überwachung/Surveillance hat nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen. Das Hygieneteam ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr entstehen kann, beizuziehen. Das Hygieneteam hat darüber hinaus alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und entsprechende Vorschläge zu beschließen. Diese sind schriftlich an die jeweils für die Umsetzung Verantwortlichen der Krankenanstalt weiterzuleiten.“

Pflegedienst

§ 11a. (1) Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist ein geeigneter Angehöriger der gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege als verantwortlicher Leiter des Pflegedienstes zu bestellen. Bei Verhinderung des verantwortlichen Leiters muss dieser von einem geeigneten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege vertreten werden.

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

Angliederungsverträge.

§ 19. (1) Durch die Landesgesetzgebung sind Vorschriften darüber zu erlassen, inwiefern Verträge, die zwischen den Rechtsträgern von öffentlichen oder einer öffentlichen und einer nicht öffentlichen Krankenanstalt über die Unterbringung von Pfleglingen der ersteren Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der letzteren (angegliederte Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt abgeschlossen werden (Angliederungsverträge), zulässig sind. Zur Rechtsgültigkeit solcher Verträge bedarf es der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist insbesondere dann zu versagen und eine erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan widersprechenden Zustand führen würde oder geführt hat.

(2) und (3)

Pflegedienst

§ 11a. (1) Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist ein geeigneter Angehöriger der gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege als verantwortlicher Leiter des Pflegedienstes zu bestellen. Bei Verhinderung des verantwortlichen Leiters muss dieser von einem geeigneten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege vertreten werden.

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

(3) Erfolgt die Beschäftigung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und von Angehörigen der Pflegehilfe im Wege der Arbeitskräfteüberlassung nach den Bestimmungen des Arbeitskräfteüberlassungsgesetzes - AÜG, BGBl. Nr. 196/1988, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 104/2005, so ist das in § 35 Abs. 2 Z 1 und in § 90 Abs. 2 Z 1 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, BGBl. I Nr. 108/1997, in der Fassung BGBl. I Nr. 69/2005, festgelegte Verhältnis pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten.

Angliederungsverträge.

§ 19. (1) Durch die Landesgesetzgebung sind Vorschriften darüber zu erlassen, inwiefern Verträge, die zwischen den Rechtsträgern von öffentlichen oder einer öffentlichen und einer nicht öffentlichen Krankenanstalt über die stationäre und/oder ambulante Behandlung von Pfleglingen der ersteren Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der letzteren (angegliederte Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt abgeschlossen werden (Angliederungsverträge), zulässig sind. Zur Rechtsgültigkeit solcher Verträge bedarf es der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist insbesondere dann zu versagen und eine erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan widersprechenden Zustand führen würde oder geführt hat.

(2) und (3)

Staatsgrenzen überschreitende Angliederungsverträge

§ 19a. (1) Durch die Landesgesetzgebung sind Vorschriften darüber zu erlassen, inwiefern Verträge, die zwischen den Rechtsträgern von öffentlichen oder einer öffentlichen und einer nicht öffentlichen Krankenanstalt über die stationäre und/oder ambulante Behandlung von Pfleglingen der ersteren Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der letzteren (angegliederte Krankenanstalt) unter ärztlicher

Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt abgeschlossen werden (Angliederungsverträge), für den Fall, dass sich die angegliederte Krankenanstalt auf ausländischen Gebiet befindet, zulässig sind. Zur Rechtsgültigkeit solcher Verträge bedarf es der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist insbesondere dann zu versagen und eine erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan widersprechenden Zustand führen würde oder geführt hat.

(2) Die Genehmigung darf darüber hinaus nur bei Vorliegen folgender Voraussetzungen erteilt werden:

1. Wenn nachgewiesen wird, dass durch die im jeweiligen ausländischen Staatsgebiet geltende Rechtslage sowie durch das zugrunde liegende Kooperationsübereinkommen der Standard von Behandlung und Pflege zumindest jenem Standard entspricht, der aufgrund der österreichischen Rechtsordnung gegeben ist,
2. das Vorhaben stimmt mit den Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes überein und
3. es ist sichergestellt, dass den österreichischen Finanzierungsregelungen Rechnung getragen wird.

(3) Im Falle eines Angliederungsvertrages gelten die von der Hauptanstalt in der angegliederten Anstalt untergebrachten Pfleglinge als Pfleglinge der Hauptanstalt.

Arzneimittelkommission

§ 19a. (1) bis (7)

§ 38a (1) und (2):

(3) Geschlossene Bereiche dienen ausschließlich der Anhaltung von psychisch Kranken, auf die das Unterbringungsgesetz BGBl. Nr. 155/1990 Anwendung findet.

§ 40. (1) Für die Errichtung und den Betrieb privater Krankenanstalten gelten die Bestimmungen der Hauptstücke A und B zur Gänze und die des Hauptstückes C wie folgt:

a) und b)

Arzneimittelkommission

§ 19b. (1) bis (7)

§ 38a (1) und (2):

(3) Geschlossene Bereiche dienen ausschließlich der Anhaltung

1. von psychisch Kranken, auf die das Unterbringungsgesetz BGBl. Nr. 155/1990, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 12/1997, Anwendung findet und
2. von Personen, deren Anhaltung oder vorläufige Anhaltung gemäß § 21 Abs. 1 StGB und § 429 Abs. 4 StPO in einer Krankenanstalt oder Abteilung für Psychiatrie angeordnet wurde.

§ 40. (1) Für die Errichtung und den Betrieb privater Krankenanstalten gelten die Bestimmungen der Hauptstücke A und B zur Gänze und die des Hauptstückes C wie folgt:

a) und b)

- c) Die §§ 16, 19a, ausgenommen Abs. 4, 23 Abs. 1, 24 Abs. 1 weiter und dritter Satz, 24 Abs. 2 mit der Maßgabe, dass der Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise bei Empfehlungen über die weitere Medikation nur dann zu berücksichtigen sind, wenn der Pflegling die Heilmittel auf Kosten eines Trägers der Krankenversicherung beziehen wird, 24 Abs. 4, 26, 27, 32 und 35 Abs. 3.
- d) Für gemeinnützige Krankenanstalten (§ 16) finden darüber hinaus auch die §§ 19a Abs. 4, 27a und 28 Abs. 3 Anwendung.
- e)
- (2)

§ 59g. (1) bis (8)

Hauptstück E. Sanitäre Aufsicht.

§ 60. (1) bis (4)

§ 65 (1) bis (4b)

- c) Die §§ 16, 19b, ausgenommen Abs. 4, 23 Abs. 1, 24 Abs. 1 weiter und dritter Satz, 24 Abs. 2 mit der Maßgabe, dass der Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise bei Empfehlungen über die weitere Medikation nur dann zu berücksichtigen sind, wenn der Pflegling die Heilmittel auf Kosten eines Trägers der Krankenversicherung beziehen wird, 24 Abs. 4, 26, 27, 32 und 35 Abs. 3.
- d) Für gemeinnützige Krankenanstalten (§ 16) finden darüber hinaus auch die §§ 19b Abs. 4, 27a und 28 Abs. 3 Anwendung.
- e)
- (2)

§ 59g. (1) bis (8)

(9) Von der/Vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister werden in die Bundesgesundheitskommission überdies als kooptierte Mitglieder ohne Stimmrecht je eine/ein Vertreterin/Vertreter

1. des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur,
2. der Österreichischen Apothekerkammer,
3. der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und
4. der für die in § 149 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes genannten Krankenanstalten in Betracht kommenden gesetzlichen Interessenvertretung

jeweils auf deren Vorschlag entsendet.

Hauptstück E. Sanitäre Aufsicht.

§ 60. (1) bis (4)

(5) Bei grenzüberschreitenden Kooperationen (§§ 2b und 19a) sind die Organe der sanitären Aufsicht auch auf Ersuchen der jeweiligen ausländischen Behörde zur Setzung von Maßnahmen der sanitären Aufsicht verpflichtet. Sofern dies aufgrund konkreter Umstände geboten ist, haben ebenso bei grenzüberschreitenden Kooperationen die zur sanitären Aufsicht verpflichteten Behörden an die zuständigen ausländischen Behörden Ersuchen zu richten, Maßnahmen zu setzen, die der sanitären Aufsicht entsprechen, sowie von deren Ergebnis informiert zu werden.

§ 65 (1) bis (4b):

(4c) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu § 2a Abs. 3, § 2b, § 6 Abs. 1 lit e, § 8 Abs. 4, § 11a Abs. 3, § 19 Abs. 1, § 19a, die Änderung der Bezeichnung des § 19b, § 38a Abs. 3 und § 40 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr./2006 innerhalb von sechs Monaten zu erlas

Artikel 2 (Ärztegesetz 1998)

Ärzte mit ausländischem Berufssitz oder Dienstort

§ 36. (1) Ärzte für Allgemeinmedizin, approbierte Ärzte, Fachärzte und Zahnärzte, deren Berufssitz oder Dienstort im Ausland gelegen ist, dürfen, sofern nicht § 37 anzuwenden ist, ungeachtet des Mangels der in den §§ 4, 5, 18 oder 19 angegebenen Erfordernisse, den ärztlichen Beruf im Inland nur ausüben

1. im Einzelfall zu ärztlichen Konsilien oder zu einer mit einem solchen im Zusammenhang stehenden Behandlung einzelner Krankheitsfälle, jedoch nur in Zusammenarbeit mit einem im Inland zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt,
2. nach Maßgabe zwischenstaatlicher Übereinkommen,
3. vorübergehend zu Zwecken der fachlichen Fortbildung in Österreich tätiger Ärzte oder der medizinischen bzw. zahnmedizinischen Lehre und Forschung.

(2) und (3)

§ 81.

Artikel 2 (Ärztegesetz 1998)

Ärzte mit ausländischem Berufssitz oder Dienstort

§ 36. (1) Ärzte für Allgemeinmedizin, approbierte Ärzte, Fachärzte und Zahnärzte, deren Berufssitz oder Dienstort im Ausland gelegen ist, dürfen, sofern nicht § 37 anzuwenden ist, ungeachtet des Mangels der in den §§ 4, 5, 18 oder 19 angegebenen Erfordernisse, den ärztlichen Beruf im Inland nur ausüben

1. im Einzelfall zu ärztlichen Konsilien oder zu einer mit einem solchen im Zusammenhang stehenden Behandlung einzelner Krankheitsfälle, jedoch nur in Zusammenarbeit mit einem im Inland zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt,
2. nach Maßgabe zwischenstaatlicher Übereinkommen,
3. vorübergehend zu Zwecken der fachlichen Fortbildung in Österreich tätiger Ärzte oder der medizinischen bzw. zahnmedizinischen Lehre und Forschung.
4. in österreichischen Krankenanstalten entweder im Rahmen einer Staatsgrenzen überschreitenden dislozierten Führung von Abteilungen oder im Rahmen von Staatsgrenzen überschreitenden Angliederungsverträgen.

(2) und (3)

Kammervorstand

§ 81.