

LT 16.12.1994

zu PrZ 4028/94
Beilage Nr. 28/94

G e s e t z e n t w u r f

Gesetz, mit dem das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 geändert wird

Der Wiener Landtag hat in Ausführung der grundsätzlichen Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 801/1993, beschlossen:

Das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987, LGBL für Wien Nr. 23/1987, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBL für Wien Nr. 26/1993, wird wie folgt geändert:

Artikel I

1. § 1 Abs. 1 lautet:

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

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

2. § 1 a lautet:

"§ 1 a. Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter."

3. § 2 lit. a lautet:

"a) Anstalten, die für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, sowie Krankenabteilungen in Justizanstalten;"

4. § 3 Abs. 1 lit. a letzter Halbsatz lautet:

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

5. § 3 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 der betreffenden medizinischen Sonderfächer als Konsiliarärzte gesichert sein;"

6. § 3 Abs. 2 lautet:

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

7. § 4 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

"Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt haben den Anstaltszweck (§ 1 Abs. 3) und das vorgesehene Leistungsangebot genau zu bezeichnen."

8. § 4 Abs. 2 lit. a lautet:

"a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem vorgesehenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonsti-

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

9. § 4 Abs. 4 lautet:

"(4) Im Bewilligungsverfahren nach Abs. 2 ist ein Gutachten des Landeshauptmannes einzuholen, das zu dem Antrag vom Standpunkt der sanitären Aufsicht Stellung nimmt. Handelt es sich um die Errichtung einer Krankenanstalt von besonderer sanitärer Wichtigkeit, so ist auch das Gutachten des Landessanitätsrates einzuholen."

10. § 4 Abs. 6 lautet:

"(6) Im Bewilligungsverfahren nach Abs. 2 haben die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und betroffene Sozialversicherungsträger, bei selbständigen Ambulatorien auch die Ärztekammer für Wien sowie bei Zahnmobulatorien auch die Österreichische Dentistenkammer hinsichtlich des nach Abs. 2 lit. a zu prüfenden Bedarfs Parteistellung nach § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG."

11. § 5 Abs. 2 lautet:

"(2) Im Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers haben die Ärztekammer für Wien und bei Zahnmobulatorien auch die Österreichische Dentistenkammer Parteistellung nach § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG, wenn

- a) über das Vorhaben des Krankenversicherungsträgers kein Einvernehmen im Sinne des § 339 ASVG zustande gekommen ist,
- b) der Antrag des Krankenversicherungsträgers nicht mit einem nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmen übereinstimmt oder

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

12. In den §§ 5 a Abs. 4, 30¹ Abs. 1, 36 Abs. 2 und 6, 51 a Abs. 1, 56 Abs. 1 und 3, wird der Begriff "ordentlicher Wohnsitz" durch "Hauptwohnsitz" ersetzt.

13. § 6 Abs. 1 lit. d lautet:

"d) ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes (§ 12 Abs. 3) und für die Leitung der einzelnen Abteilungen, Departments (Unterabteilungen) und sonstigen Organisationseinheiten fachlich geeignete Personen als verantwortliche Ärzte namhaft gemacht worden sind (§ 12 Abs. 2) sowie glaubhaft gemacht wird, daß auch im übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird."

14. Nach § 6 wird folgender § 6 a eingefügt:

"§ 6 a. Bei der Errichtung und beim Betrieb von Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, sind die Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Das Zusammenwirken beim Betrieb der Krankenanstalt ist in einer Vereinbarung zwischen dem Rechtsträger der Krankenanstalt und dem Rechtsträger der medizinischen Fakultät näher zu regeln."

15. § 7 Abs. 2 erster Satz lautet:

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

16. § 10 Abs. 1 lit. d lautet:

"d) die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung

von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;"

17. Nach § 10 Abs. 1 lit. g wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt, folgende lit. h wird angefügt:

"h) die Festlegung eines grundsätzlichen Rauchverbots in der Krankenanstalt, wobei Zonen für Raucher eingeräumt und besonders bezeichnet werden können."

18. Die bisherigen Abs. 5 und 6 des § 10 erhalten die Absatzbezeichnungen "(6)" und "(7)", Abs. 5 lautet:

"(5) Die Anstaltsordnung für eine Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dient, hat die Bedürfnisse der Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Vor ihrer Genehmigung hat der Rechtsträger der Krankenanstalt den Bundesminister für Wissenschaft und Forschung zu hören."

19. § 11 wird folgender Abs. 4 angefügt:

"(4) In einer Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dient, ist der Dekan oder ein von der Fakultät vorgeschlagener Universitätsprofessor der medizinischen Fakultät den Sitzungen der kollegialen Führung mit beratender Stimme beizuziehen."

20. § 11 a Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

"Den gewählten Vertretern hat jedenfalls ein Vertreter des ärztlichen Mittelbaus anzugehören."

21. § 12 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

"In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, ist die Leitung des ärztlichen Dienstes hauptberuflich auszuüben."

22. § 12 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

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

23. § 12 Abs. 4 erster Satz lautet:

"Die Bestellung des ärztlichen Leiters und des Leiters der Prosektur ist außer bei Stellen, die auf Grund der einschlägigen Universitätsvorschriften besetzt werden, von der Landesregierung zu genehmigen."

24. § 13 lautet:

"§ 13. (1) Der ärztliche Dienst muß so eingerichtet sein, daß

1. ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar ist;
2. in Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet ist.

(2) Die Patienten dürfen nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich behandelt werden.

(3) Besondere Heilbehandlungen einschließlich operativer Eingriffe dürfen an einem Patienten nur mit seiner Zustimmung, wenn er aber das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder er mangels geistiger Reife oder Gesundheit die Notwendigkeit oder Zweckmäßigkeit der Behandlung nicht beurteilen kann, nur mit Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters durchgeführt werden. Die Zustimmung ist nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, daß der mit der Einholung der Zustimmung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters oder mit der Bestellung eines gesetzlichen Vertreters verbundene Aufschub das Leben des Patienten gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung seiner Gesundheit verbunden wäre. Über die

Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Behandlung entscheidet der ärztliche Leiter der Krankenanstalt oder der für die Leitung der betreffenden Anstaltsabteilung verantwortliche Arzt."

25. § 14 lautet:

"Krankenhaushygiene

§ 14. (1) Für jede Krankenanstalt ist ein Facharzt für Hygiene (Krankenhaushygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten. In Schwerpunktkrankenanstalten (§ 3 Abs. 1 lit. b) ist diese Tätigkeit jedenfalls ab 1. Jänner 1998 hauptberuflich auszuüben.

(2) Für jede bettenführende Krankenanstalt ist zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten mindestens eine qualifizierte Person des Krankenpflegefachdienstes als Hygienefachkraft zu bestellen. Diese hat ihre Tätigkeit in Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, hauptberuflich auszuüben. In Schwerpunktkrankenanstalten (§ 3 Abs. 1 lit. b) ist diese Tätigkeit jedenfalls ab 1. Jänner 1998 hauptberuflich auszuüben.

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

(4) Zu den Aufgaben des Hygieneteams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen 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 beizuziehen, durch die eine

Gefahr von Infektionen bestehen kann. Das Hygieneteam hat alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und Beschlüsse zu fassen. Diese sind schriftlich an den jeweils für die Umsetzung Verantwortlichen weiterzuleiten.

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

26. §§ 15 a bis 15 c lauten:

"Ethikkommission

§ 15 a. (1) In einer Krankenanstalt, an der klinische Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten durchgeführt werden oder neue medizinische Methoden angewendet werden, ist eine Ethikkommission einzurichten. Eine Ethikkommission kann auch für mehrere Krankenanstalten eingerichtet werden.

(2) Die Ethikkommission hat insbesondere folgende Umstände vor allem ethisch zu beurteilen:

1. beteiligte Personen und Einrichtungen (personelle und strukturelle Rahmenbedingungen),
2. Prüfplan unter Berücksichtigung der Zielsetzung und der wissenschaftlichen Aussagekraft,
3. Beurteilung des Nutzen/Risiko-Verhältnisses,
4. Vorgangsweise bei der Auswahl der Versuchspersonen sowie bei der Aufklärung und Zustimmung,
5. Maßnahmen für den Eintritt eines Schadensfalls bei einer klinischen Prüfung oder der Anwendung einer neuen medizinischen Methode.

(3) Neue medizinische Methoden nach Abs. 1 sind Methoden, die auf Grund der Ergebnisse der Grundlagenforschung und angewandten Forschung sowie unter Berücksichtigung der ärztlichen Erfahrung die Annahme rechtfertigen, daß eine Verbesserung der medizinischen Versorgung zu erwarten ist, die jedoch in Österreich noch

nicht angewendet werden und einer methodischen Überprüfung bedürfen. Vor der Anwendung einer neuen medizinischen Methode hat die Befassung der Ethikkommission durch den Leiter der Organisationseinheit zu erfolgen, in deren Bereich die neue medizinische Methode angewendet werden soll.

(4) Die Ethikkommission hat mindestens zu bestehen aus:

1. einem im Inland zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt,
2. einem Facharzt, in dessen Sonderfach die jeweilige klinische Prüfung oder neue medizinische Methode fällt,
3. einem Vertreter des Krankenpflegefachdienstes,
4. einem Juristen,
5. einem Pharmazeuten,
6. einem Patientenvertreter,
7. einer weiteren Person, die mit der Wahrnehmung seelsorgerischer Angelegenheiten in der Krankenanstalt betraut ist oder sonst über die entsprechende ethische Kompetenz verfügt und
8. einer von der Personalvertretung zu bestellenden Person.

(5) Der ärztliche Leiter der Krankenanstalt und der Prüfungsleiter dürfen nicht zu Mitgliedern der Ethikkommission bestellt werden. Ist ein Mitglied der Ethikkommission Prüfungsleiter, ruht in diesem Fall die Funktion in der Ethikkommission. Für jedes Mitglied ist ein in gleicher Weise qualifizierter Vertreter zu bestellen. Die Bestellung der Mitglieder (Ersatzmitglieder) hat der Rechtsträger der Krankenanstalt zu veranlassen.

(6) Die Ethikkommission hat sich aus Frauen und Männern zusammenzusetzen.

(7) Bei der Beurteilung eines Medizinproduktes ist ein Technischer Sicherheitsbeauftragter beizuziehen. Erforderlichenfalls sind weitere Experten in die Beurteilung einzubeziehen.

(8) Die Ethikkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, die der Landesregierung anzuseigen ist. Die Geschäftsordnung gilt als genehmigt, wenn sie nicht innerhalb von drei Monaten untersagt wird.

(9) (Verfassungsbestimmung) Die Mitglieder der Ethikkommission sind in Ausübung ihrer Tätigkeit weisungsfrei.

(10) Vor Beginn der Durchführung einer klinischen Prüfung oder der Anwendung einer neuen medizinischen Methode hat der Prüfungsleiter die Stellungnahme der Ethikkommission einzuholen. Er hat dieser sämtliche Unterlagen und Informationen zu geben, die für eine Beurteilung erforderlich sind. Falls er zu den Beratungen der Ethikkommission eingeladen wird, ist er verpflichtet, dieser Einladung nachzukommen.

(11) Über jede Sitzung ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind dem Rechtsträger und dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt, bei der Beurteilung einer klinischen Prüfung auch dem Prüfungsleiter und bei der Anwendung einer neuen medizinischen Methode auch dem Leiter der Organisationseinheit zur Kenntnis zu bringen. Die Protokolle sind gemeinsam mit allen für die Beurteilung wesentlichen Unterlagen nach § 17 Abs. 2 aufzubewahren.

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

Qualitätssicherung

§ 15 b. (1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben für die Sicherung der Qualität in den Krankenanstalten vorzusorgen. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, daß sie den wissenschaftlich anerkannten Maßstäben der Qualitätssicherung entsprechen und regelmäßige vergleichende Prüfungen der Qualität mit anderen Krankenanstalten ermöglichen.

(2) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben vorzusorgen, daß die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung geschaffen werden. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität zu umfassen.

(3) Die kollegiale Führung hat die Durchführung umfassender Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherzustellen. Für Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Rechtsträger der Krankenanstalt in jedem Bereich vorzusorgen, daß die jeweils Verantwortlichen die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherstellen.

(4) Für jede bettenführende Krankenanstalt ist zur Qualitäts sicherung eine Kommission einzusetzen, die von einer fachlich geeigneten Person zu leiten ist. Diese Kommission hat mindestens aus dem Leiter der Prosektur, sowie aus je einem Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes zu bestehen. In Krankenanstalten, in denen keine Prosektur eingerichtet ist, hat dieser Kommission ein Facharzt für Pathologie anzugehören. In Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, gehört dieser Kommission auch der Dekan oder ein von der Fakultät vorgeschlagener Universitätsprofessor der medizinischen Fakultät an. Auf Verlangen eines Mitglieds hat der Leiter die Kommission jedenfalls einzuberufen.

(5) Die Kommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, die der Landesregierung anzuzeigen ist. Die Geschäftsordnung gilt als genehmigt, wenn sie nicht innerhalb von drei Monaten untersagt wird.

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

§ 15 c. Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind verpflichtet, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der

Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist hiefür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung (Sollstand, Iststand) hat der Rechtsträger jährlich der Landesregierung zu berichten."

27. § 17 Abs. 1 lit. a und b lauten:

"(1) Die Krankenanstalten sind verpflichtet:

- a) Vormerke über die Aufnahme und Entlassung der Patienten zu führen, in denen insbesondere die wichtigsten Personaldaten der Patienten, die Bezeichnung der Krankheit sowie der Aufnahme- und Entlassungstag oder der Todestag und die Todesursache einzutragen sind; im Fall der Ablehnung der Aufnahme eines Patienten sind die dafür maßgebenden Gründe zu dokumentieren;
- b) Krankengeschichten anzulegen, in denen die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese), der Zustand des Patienten zur Zeit der Aufnahme (status praesens) und der Krankheitsverlauf (decursus morbi), die angeordneten Maßnahmen sowie die erbrachten ärztlichen Leistungen einschließlich Medikation (insbesondere hinsichtlich Name, Dosis und Verordnungsform) und Aufklärung des Patienten, die Durchführung der Transplantation von Organen und Organteilen sowie der Zustand des Patienten und die Art der Behandlung zur Zeit seines Abganges aus der Krankenanstalt darzustellen sind und die einen Hinweis auf die Niederschrift über die Entnahme von Organen und Organteilen des Spenders, sofern dies nicht möglich ist, einen Hinweis auf die Herkunft des Transplantats, zu enthalten haben; die unter lit. a bezeichneten Angaben sind in die Krankengeschichte zu übernehmen; der Krankengeschichte ist auch eine Abschrift der etwaigen Obduktionsniederschrift (§ 40 Abs. 3 und 4) beizugeben. Weiters sind sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen, einer allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinisch-technischen Dienste, darzustellen;"

28. Im § 17 Abs. 1 erhält die bisherige lit. e) die Bezeichnung "g)"; die neuen lit. e und lit. f lauten:

"e) bei der Führung der Krankengeschichte Verfügungen des Patienten, durch die dieser für den Fall des Verlustes der Handlungsfähigkeit das Unterbleiben bestimmter Behandlungsmethoden wünscht, zu dokumentieren, um darauf bei allfälligen künftigen medizinischen Entscheidungen Bedacht nehmen zu können.

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

29. § 17 Abs. 2 erster Satz lautet:

"Krankengeschichten von stationär aufgenommenen Patienten und Operationsniederschriften sind bei ihrem Abschluß vom behandelnden Arzt, der für ihren Inhalt verantwortlich ist, und vom Abteilungsleiter zu unterfertigen."

30. § 17 Abs. 4 dritter Satz lautet:

"Ferner sind den Sozialversicherungsträgern, soweit dies zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben erforderlich ist, sowie den einweisenden oder behandelnden Ärzten über Anforderung kostenlos Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Anstaltspatienten zu übermitteln."

31. Im § 17 wird der bisherige Abs. 7 mit "(9)" bezeichnet, folgende Abs. 7 und 8 werden eingefügt:

"(7) Die Führung der Krankengeschichte obliegt hinsichtlich der Aufzeichnungen

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

(8) Aufzeichnungen, die Geheimnisse betreffen, die Angehörigen des klinisch psychologischen, gesundheitspsychologischen und psy-

chotherapeutischen Berufes und ihren Hilfspersonen sowie Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste in Ausübung ihres Berufes anvertraut oder bekannt geworden sind, dürfen im Rahmen der Krankengeschichte oder der sonstigen Vormerke nach Abs. 1 lit. a nicht geführt werden."

32. § 17 a Abs. 1 und 2 lauten:

"(1) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat unter Beachtung des Anstaltszwecks und des Leistungsangebots vorzusorgen, daß die Rechte der Patienten in der Krankenanstalt beachtet werden und daß den Patienten die Wahrnehmung ihrer Rechte in der Krankenanstalt ermöglicht wird.

(2) Dies betrifft insbesondere folgende Patientenrechte:

- a) Recht auf rücksichtsvolle Behandlung;
- b) Recht auf ausreichende Wahrung der Privatsphäre, auch in Mehrbetträumen;
- c) Recht auf Vertraulichkeit;
- d) Recht auf fachgerechte und möglichst schmerzarme Behandlung und Pflege;
- e) Recht auf Aufklärung und umfassende Information über Behandlungsmöglichkeiten und Risiken;
- f) Recht auf Zustimmung zur Behandlung oder Verweigerung der Behandlung;
- g) Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte bzw. auf Ausfertigung einer Kopie;
- h) Recht des Patienten oder einer Vertrauensperson auf medizinische Informationen durch einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt in möglichst verständlicher und schonungsvoller Art;
- i) Recht auf ausreichend Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten mit der Außenwelt;
- j) Recht auf Kontakt mit Vertrauenspersonen auch außerhalb der Besuchszeiten im Fall nachhaltiger Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten;
- k) Recht der zur stationären Versorgung aufgenommenen Kinder auf eine möglichst kindergerechte Ausstattung der Krankenräume;

- l) Recht auf religiöse Betreuung und psychische Unterstützung;
- m) Recht auf vorzeitige Entlassung;
- n) Recht auf Ausstellung eines Patientenbriefes;
- o) Recht auf Einbringung von Anregungen und Beschwerden;
- p) Recht auf Sterbebegleitung;
- q) Recht auf würdevolles Sterben und Kontakt mit Vertrauenspersonen."

33. § 22 lautet:

"Pflegedienst

Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist eine diplomierte Krankenpflegeperson, die zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignet ist, als hauptberufliche Leiterin des Pflegedienstes zu bestellen. Bei Verhinderung muß sie von einer geeigneten diplomierten Krankenpflegeperson vertreten werden."

34. Nach § 22 werden folgende §§ 22 a bis 22 c samt Überschriften eingefügt:

"Psychotherapeutische Versorgung
und psychologische Betreuung

§ 22 a. (1) In Krankenanstalten, in denen dies auf Grund des Anstaltszwecks und des Leistungsangebots erforderlich ist, ist eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung sowie eine ausreichende klinisch psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung vorzusehen.

- (2) Psychotherapeutische sowie klinisch psychologische und gesundheitspsychologische Hilfen sind insbesondere für folgende Patienten vorzusehen:
- a) onkologische Patienten,
 - b) psychiatrische Patienten,
 - c) Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen und
 - d) sonstige Patienten mit besonders belastender Krankheits- bzw. Lebensproblematik und langen Aufenthalten in Krankenanstalten.

(3) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben zumindest sicherzustellen, daß sowohl für psychotherapeutische Hilfen als auch für klinisch psychologische und gesundheitspsychologische Hilfen in Standardkrankenanstalten je ein Dienstposten, in Schwerpunkt-krankenanstalten je zwei Dienstposten und in Zentralkrankenanstalten je drei Dienstposten für entsprechend qualifizierte Personen bestehen.

Supervision

§ 22 b. Die Rechtsträger von Krankenanstalten, in denen dies nach Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommt, haben vorzusorgen, daß für die in der Krankenanstalt Beschäftigten, die einer entsprechenden Belastung ausgesetzt sind, in der Dienstzeit die Gelegenheit besteht, im erforderlichen Ausmaß an einer berufsbegleitenden Supervision teilzunehmen. Zur Durchführung der Supervision sind entsprechend ausgebildete Personen heranzuziehen.

Fortbildung

§ 22 c. (1) Der ärztliche Dienst in Krankenanstalten muß so eingerichtet sein, daß die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte sich im erforderlichen Ausmaß fortbilden können.

(2) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben sicherzustellen, daß eine regelmäßige Fortbildung des Krankenpflegepersonals, der Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste sowie des übrigen in Betracht kommenden Personals gewährleistet ist."

35. Die Überschrift zu § 24 entfällt.

36. § 24 lautet:

"§ 24. Dem Rechtsträger einer Krankenanstalt ist es verboten, selbst oder durch andere physische oder juristische Personen unsachliche oder unwahre Informationen im Zusammenhang mit dem Betrieb einer Krankenanstalt zu geben."

37. Im § 30 Abs. 1 wird nach dem ersten Satz folgender Satz eingefügt:

"Dabei sind auch der Bedarf auf dem Gebiet der Langzeitbehandlung und die in diesem Zusammenhang zu erwartende künftige Entwicklung zu berücksichtigen."

38. § 36 Abs. 3 lautet:

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

39. § 38 Abs. 2 lautet:

"(2) Bei der Entlassung eines Patienten ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Patientenbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere medizinische und pflegerische Betreuung maßgebenden Angaben und Empfehlungen zu enthalten hat. Dieser Patientenbrief ist nach Entscheidung des Patienten diesem, dem einweisenden oder dem weiterbehandelnden Arzt zu übermitteln."

40. § 38 a lautet:

"§ 38 a. (1) In Krankenanstalten sind räumliche und organisatorische Vorkehrungen zu treffen, daß das Recht auf würdevolles Sterben und Kontakt mit Vertrauenspersonen (§ 17 a Abs. 2 lit. q) wahrgenommen werden kann.

(2) In Krankenanstalten ist dafür zu sorgen, daß Sterbegleitung (§ 17 a Abs. 2 lit. p) ermöglicht wird."

41. § 39 lautet:

"§ 39. (1) Die Krankenanstalt hat einen ihr bekannten Angehörigen unverzüglich vom Eintritt des Todes eines Patienten zu verständigen.

(2) In Krankenanstalten ist dafür zu sorgen, daß geeignete Räume bereitgehalten werden, um den Angehörigen eine pietätvolle Abschiednahme vom Verstorbenen zu ermöglichen."

42. § 42 Abs. 1 lautet:

"(1) In öffentlichen Krankenanstalten der im § 1 Abs. 3 Z 1 und 2 angeführten Arten sind Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen, ambulant zu untersuchen oder zu behandeln, wenn es

- a) zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe,
- b) zur Behandlung nach Erster ärztlicher Hilfe oder in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege, die im Interesse des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muß,
- c) zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen,
- d) über ärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege,
- e) im Zusammenhang mit Organspenden und Blutspenden,
- f) zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten oder
- g) für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin notwendig ist."

43. § 43 lautet:

"Blutabnahme im Dienst der Straßenpolizei

§ 43. Der Rechtsträger einer öffentlichen Krankenanstalt hat dem diensthabenden Arzt jene Einrichtungen der Krankenanstalt zur Verfügung zu stellen, die zur Blutabnahme zum Zweck der Bestimmung des Blutalkoholgehalts nach § 5 Abs. 7 und 8 der Straßenverkehrsordnung 1960, BGBl. Nr. 159/1960 in der Fassung BGBl. Nr. 518/1994, erforderlich sind."

44. § 44 a wird folgender zweiter Satz angefügt:

"Für Begleitpersonen von Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr ist kein Entgelt festzusetzen."

45. § 46 a Abs. 2 erster Satz lautet:

"Ausgenommen von der Pflicht zur Leistung des Kostenbeitrages sind Patienten, die zu einer Organspende stationär aufgenommen wurden, sowie solche Patientinnen, die Anstaltpflege im Fall der Mutterschaft, im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen, weiters jene Patienten, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist."

46. In § 47 Abs. 1 lit. b ist anstelle des zweiten Satzes folgender Satz zu setzen:

"Sobald die in einem Zeitraum von zwölf Monaten begonnenen Zeiten der Anstaltpflege die Dauer von vier Wochen, gerechnet vom Tag der ersten Einweisung, übersteigen, hat der Versicherungsträger auch für Angehörige des Versicherten die Pflegegebührenersätze zur Gänze zu entrichten; bei Anstaltpflege aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft sowie bei der Gewährung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit gemäß § 120 Abs. 2 ASVG hat der Versicherungsträger für Angehörige des Versicherten die Pflegegebührenersätze vom Tag der Einweisung an zur Gänze zu entrichten."

47. In § 47 wird folgender Abs. 4 angefügt:

"(4) Handelt es sich um einen Versicherten oder um einen anspruchsberechtigten Angehörigen nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz, hat abweichend von § 47 Abs. 1 lit. b Wr. KAG der Versicherungsträger 90 % und der Versicherte 10 % der den Krankenanstalten gebührenden Pflegegebührenersätze zu entrichten, soweit nicht im Bauern-Sozialversicherungsgesetz Ausnahmen von der Kostenbeteiligung vorgesehen sind."

48. Im § 48 Abs. 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".

49. Im § 49 Abs. 5 Z 1 entfällt die Wortfolge "nach der Verordnung gemäß § 5 a Abs. 1".

50. § 51 Abs. 1 lautet:

"(1) Die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die die voraussichtlichen Pflegegebühren (Sondergebühren) sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, ist auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 36 Abs. 4) beschränkt."

51. Im § 51 Abs. 3 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".

52. Dem § 51 Abs. 3 wird folgende Z 5 angefügt:

"5. Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind und die in Österreich einen Wohnsitz haben."

53. Nach § 58 wird folgender § 58 a eingefügt:

"§ 58 a. Verordnungen auf Grund dieses Gesetzes dürfen bereits ab dem der Kundmachung folgenden Tag erlassen werden; sie dürfen jedoch frühestens mit dem Tag in Kraft gesetzt werden, an dem das Gesetz oder die betreffenden Bestimmungen des Gesetzes in Kraft treten."

54. Im § 67 entfällt der Abs. 2 und die Bezeichnung Abs. 1.

Artikel II

(1) Art. I Z 44 dieses Gesetzes tritt mit 1. Jänner 1995 in Kraft.

(2) Die übrigen Bestimmungen des Art. I dieses Gesetzes treten mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

V O R B L A T T

Probleme und Ziele:

Der Bundesgesetzgeber hat mit BGBl. Nr. 801/1993 eine Novellierung des Krankenanstaltengesetzes vorgenommen. Schwerpunkte dieser Novelle sind die Neuregelung der Bedarfsprüfung im Bewilligungsverfahren zur Errichtung einer Krankenanstalt, Bestimmungen zur Verbesserung der Qualität in den Krankenanstalten und Anpassungen an das EWR-Abkommen. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sollen jene grundsatzgesetzlichen Bestimmungen ausgeführt werden, die nicht schon mit der Novelle LGBL. Nr. 26/1993 zum Wiener Krankenanstaltengesetz in Umsetzung der Wiener Spitalsreform vorweggenommen wurden. Mit dem Gesetz über die Wiener Patienten-anwaltschaft, LGBL. Nr. 19/1992, wurde ebenfalls bereits ein wichtiges Anliegen der Novelle zum Krankenanstaltengesetz des Bundes zur Sicherung der Patientenrechte für Wien vorweg geregelt.

Anlässlich dieser Novelle sollen auch grundsatzgesetzliche Bestimmungen in den Sozialversicherungsgesetzen und in der Straßenverkehrsordnung ausgeführt werden.

Unabhängig von grundsatzgesetzlichen Vorgaben soll das familienpolitische Anliegen auf kostenlose Aufnahme von Begleitpersonen von kranken Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr in Krankenanstalten verwirklicht werden.

Inhalt:

Die wesentlichen Regelungsschwerpunkte des Gesetzes sind:

- Neuregelung der Bedarfsprüfung im Verfahren zur Errichtung einer Krankenanstalt;
- Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle;
- Ergänzung der Bestimmungen über die Ethikkommission;

- Verankerung der psychotherapeutischen und psychologischen Hilfen in Krankenanstalten;
- Supervision für die Beschäftigten in Krankenanstalten;
- Regelung über die Personalbedarfsplanung;
- Sonderregelungen für Krankenanstalten, die auch der Forschung und Lehre dienen;
- Anpassung an das EWR-Abkommen.

Alternative:

Zur Ausführung der grundsatzgesetzlichen Regelungen bestehen keine Alternativen.

Kosten:

Zur Erfüllung der vorgesehenen Qualitätsverbesserungen werden zusätzliche Personalressourcen erforderlich sein. Auch die geänderten Verfahrensregelungen zur Bewilligung der Errichtung einer Krankenanstalt und die nach dem EWR-Abkommen bestehende Möglichkeit, daß EWR-Bürger Leistungen in Krankenanstalten in Wien in Anspruch nehmen können, werden zu Mehrkosten führen. Eine Quantifizierung dieser Mehrkosten ist nicht möglich. Aus der Regelung, daß in Hinkunft für Begleitpersonen von kranken Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr kein Entgelt eingehoben wird, sind für die Krankenanstalten der Stadt Wien Kosten von etwa S 16,000.000,-- im Jahr zu erwarten.

EU-Konformität:

Diese ist gegeben.

Erläuterungen

zur Änderung des Wiener Krankenanstaltengesetzes 1987

I. Allgemeiner Teil

Der Bundesgesetzgeber hat mit BGBl. Nr. 801/93 eine Novellierung des Krankenanstaltengesetzes vorgenommen. Der größte Teil dieser Novelle umfaßt grundsatzgesetzliche Bestimmungen; die wesentlichen sind:

- Neuregelung der Bedarfsprüfung im Bewilligungsverfahren zur Errichtung einer Krankenanstalt,
- Sicherung der Patientenrechte,
- Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle,
- zeitgemäße Regelung der Hygienebelange,
- Regelungen über die Personalbedarfsplanung,
- Errichtung von Patientenvertretungen,
- Änderung der Bestimmungen über die Ethikkommission,
- Verankerung der psychotherapeutischen und der psychologischen Versorgung in Krankenanstalten,
- Supervision für die Beschäftigten in Krankenanstalten,
- Sonderregelungen für Krankenanstalten, die auch der Forschung und Lehre dienen,
- Anpassungen an das EWR-Abkommen.

Mit der Novelle zum Wiener Krankenanstaltengesetz 1987, LGBl. Nr. 26/1993, wurden in Umsetzung der Wiener Spitalsreform Bestimmungen außerhalb der grundsatzgesetzlichen Regelungen erlassen. In dieser Novelle waren bereits folgende Regelungsschwerpunkte enthalten:

- Sicherung der Patientenrechte (§ 17 a Wr. KAG)
- Qualitätssicherung (§ 15 b Wr. KAG)

- Ausbau der Krankenhaushygiene (§ 14 Wr. KAG)
- Möglichkeit der Einführung von Spitalsausschüssen (§ 11 a Wr. KAG).

Zur Wahrung und Sicherung der Patientenrechte für alle Bereiche des Gesundheitswesens in Wien wurde eine Wiener Patientenanwaltschaft eingerichtet (LGB1. Nr. 19/1992). Damit besteht für Wien bereits auch für die Krankenanstalten eine Einrichtung, die die Interessen der Patienten umfassend vertritt.

Es besteht nunmehr die Verpflichtung, im Rahmen einer Novellierung des Wiener Krankenanstaltengesetzes 1987 die grundsatzgesetzlichen Bestimmungen des Bundes auszuführen, soweit sie nicht durch die bereits erwähnte Novelle zum Wr. KAG (LGB1. Nr. 26/1993) und dem Gesetz über die Wiener Patientenanwaltschaft (LGB1. Nr. 19/1992) verwirklicht wurden.

Bei dieser Gelegenheit sollen überdies in den Sozialversicherungsgesetzen geänderte Grundsatzbestimmungen im Wr. KAG ausgeführt werden. Mit BGB1. Nr. 518/94 wurde die Straßenverkehrsordnung 1960 novelliert und die Grundsatzbestimmung des § 5 a Abs. 1 Straßenverkehrsordnung 1960 neu gestaltet, die ebenfalls auszuführen war.

Anlässlich der Novellierung des Wr. KAG sollen unabhängig von den grundsatzgesetzlichen Bestimmungen noch andere gesetzliche Regelungen erfolgen. So soll die kostenlose Aufnahme von Begleitpersonen von kranken Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr ermöglicht werden. Überdies soll eine besondere gesetzliche Regelung geschaffen werden, die die Verwendung von Personenbezeichnungen für beide Geschlechter vorsieht.

Zur Vorbereitung des vorliegenden Entwurfs einer Novelle zum Wiener Krankenanstaltengesetz wurden im November 1994 Gespräche mit den im Wiener Landtag vertretenen politischen Parteien geführt. Anlässlich dieser Gespräche wurden eine Reihe von Änderungen und Ergänzungen vorgeschlagen, die auch im vorliegenden Gesetzentwurf berücksichtigt wurden. Auf die wesentlichen Ände-

rungen oder Ergänzungen wird bei den einzelnen Bestimmungen näher eingegangen.

II. Finanzielle Auswirkungen

1.) Den Rechtsträgern von Krankenanstalten werden durch die vorliegende Novelle zusätzliche Kosten erwachsen. Diese Kosten werden vor allem dadurch entstehen, daß auf Grund einer Reihe von Bestimmungen zusätzliche Personalressourcen erforderlich sein werden. Zusätzliche Personalressourcen ergeben sich vor allem aus folgenden Bestimmungen:

- hauptberufliche Leitung des ärztlichen Dienstes und der Leitung des Pflegedienstes,
- hauptberufliche Tätigkeit des Krankenhaushygienikers und der Hygienefachkraft,
- Verankerung der psychotherapeutischen und psychologischen Versorgung in Krankenanstalten,
- Supervision in der Dienstzeit für die Beschäftigten in Krankenanstalten,
- Erweiterung der Mitglieder und des Aufgabenbereichs der Ethikkommission,
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Eine Quantifizierung der Mehrkosten für diese Aufgaben kann nicht vorgenommen werden, da dies auch davon abhängig ist, welchen Qualitätsstandard eine Krankenanstalt, unabhängig von vorgesehenen gesetzlichen Regelungen, bereits aufweist.

2.) Die Verfahren für die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt werden auf Grund der geänderten Verfahrensregelungen aufwendiger. Das Ermittlungsverfahren bezüglich der Bedarfsprüfung wird sich umfangreicher und kontroversieller gestalten. Auf Grund der nunmehr generell vorgesehenen Parteistellung der Ärztekammer für Wien, der Wirtschaftskammer Wien sowie der betroffenen Sozialversicherungsträger ist außerdem mit einer vermehrten Be- fassung des Verwaltungsgerichtshofes bzw. Verfassungsgerichts-

hofes in Angelegenheiten der Errichtungsbewilligung zu rechnen. Eine Quantifizierung dieser Mehrkosten ist derzeit nicht möglich.

3.) Mehrkosten für die Träger von öffentlichen Krankenanstalten entstehen auch dadurch, daß in Hinkunft Begleitpersonen von kranken Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr kostenlos aufgenommen werden sollen.

Im Jahr 1993 wurden in Spitälern der Stadt Wien für Begleitpersonen von Patienten bis vom vollendeten dritten Lebensjahr etwa 22.500 Pflegetage verrechnet. Pro Pflegetag ist auf Grund der Verordnung betreffend die Festsetzung der Pflegegebühr für Begleitpersonen für die Wiener öffentlichen Krankenanstalten (LGB1. Nr. 54/1992) derzeit eine Pflegegebühr von S 690,-- (Nächtigung und Verpflegung) vorgesehen. Dies ergibt für 1993 eine Summe von etwa 15,5 Millionen Schilling. Mit einem Einnahmenentfall in dieser Höhe ist jedenfalls zu rechnen. Überdies ist anzunehmen, daß auf Grund der neuen Bestimmung Eltern ihre Kinder bis zum vollendeten dritten Lebensjahr vermehrt ins Spital begleiten werden.

4.) Nach dem EWR-Abkommen besteht nunmehr für EWR-Staatsbürger die Möglichkeit, sich mit Zustimmung des Versicherungsträgers zur Behandlung in eine Krankenanstalt eines anderen EWR-Landes zu begeben. Diese Regelung wird zu einer zusätzlichen Inanspruchnahme und daher zu einer finanziellen Belastung der öffentlichen Krankenanstalten führen. Das Ausmaß der finanziellen Auswirkung kann nicht bestimmt werden.

III. Besonderer Teil

zu Z 1 (§ 1 Abs. 1):

Die Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung dürfen mit wenigen Ausnahmen nur in einer nach § 4 Abs. 2 Fortpflanzungsmedizingesetz, BGB1. Nr. 275/1992, dafür zugelassenen Krankenanstalt durchgeführt werden. In der bisherigen Umschreibung der Aufgaben von Krankenanstalten war diese Aufgabe nicht ent-

halten. Es war daher mit Z 5 eine entsprechende Ergänzung vorzunehmen.

Das Arzneimittelgesetz sieht vor, daß die Durchführung klinischer Prüfungen an gesunden Personen auch in Krankenanstalten durchgeführt werden kann. Es war daher erforderlich, den Anstaltszweck in Abs. 1 Z 1 um die "Überwachung des Gesundheitszustands" zu erweitern.

zu Z 2 (§ 1 a):

-

Es ist legistisch allgemein üblich geworden, in einer eigenen gesetzlichen Regelung vorzusehen, daß die in einem bestimmten Gesetz jeweils verwendeten Personenbezeichnungen für beide Geschlechter gelten. Als Beispiele seien § 1 Abs. 4 Gleichbehandlungsgesetz, BGBl. Nr. 100/1993 oder § 1 Abs. 4 Dienstordnung 1966, LGBl. für Wien Nr. 37/1967 angeführt. Diesem Anliegen wurde durch die vorliegende Bestimmung entsprochen.

zu Z 3 (§ 2 lit. a):

Mit dieser Bestimmung soll in Ausführung der grundsatzgesetzlichen Regelungen eine terminologische Übereinstimmung mit dem Strafgesetzbuch und dem Strafvollzugsgesetz herbeigeführt werden. Zusätzlich sollen die Krankenabteilungen in allgemeinen Justizanstalten (gerichtlichen Gefangenenhäusern, Strafvollzugsanstalten und Sonderanstalten) in dieser Bestimmung von der Anwendung des Krankenanstaltenbegriffs ausgenommen werden. Solche Krankenabteilungen haben nämlich - vor allem auf Grund ihrer beschränkten apparativen und personellen Ausstattung - nicht den Charakter einer Krankenanstalt, sondern dienen lediglich einer Vereinfachung der Versorgung und der ärztlichen Betreuung bettlägeriger kranker Strafgefangener, die eine intensivere Betreuung auf der Stufe einer Krankenanstalt nicht benötigen.

zu Z 4 und 5 (§ 3 Abs. 1 lit. a und b):

Neben einer Vereinheitlichung der Begriffe bei der Beziehung von Konsiliarärzten soll nunmehr in Ausführung der grundsatzge-

setzlichen Bestimmungen deutlicher zum Ausdruck gebracht werden, daß die ärztliche Betreuung durch Konsiliarärzte jener medizinischer Sonderfächer gesichert sein soll, die nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt in Betracht kommen.

zu Z 6 (§ 3 Abs. 2):

Mit dieser Neuformulierung soll deutlicher zum Ausdruck gebracht werden, daß diese Krankenanstalten auch Forschungs- und Lehraufgaben zu erfüllen haben.

zu Z 7 (§ 4 Abs. 1):

Bei Anträgen auf Erteilung einer Errichtungsbewilligung für eine Krankenanstalt ist auch weiterhin eine Bedarfsprüfung vorgesehen. Auf die Umstände, unter denen eine Bedarfsprüfung vorzunehmen ist, wird in den Erläuterungen zu § 4 Abs. 2 lit. a näher eingegangen. Um eine korrekte Bedarfsprüfung vornehmen zu können, ist es erforderlich, daß nach dem Anstaltszweck auch das vorgesehene Leistungsangebot genau bezeichnet wird.

zu Z 8 (§ 4 Abs. 2 lit. a):

Der Verfassungsgerichtshof hat mit Erkenntnis vom 7. März 1992, G 198 u.a., § 3 Abs. 2 lit. a KAG und eine Wortfolge in § 3 Abs. 3 KAG als verfassungswidrig aufgehoben. Die Aufhebung trat mit Ablauf des 31. Jänner 1993 in Kraft (vgl. Kundmachung BGBI. Nr. 186/1992). Gleichzeitig wurden auch die korrespondierenden Bestimmungen in den Ausführungsgesetzen von Kärnten, Steiermark, Tirol und Vorarlberg mit gleicher Fristsetzung als verfassungswidrig aufgehoben. Der Verfassungsgerichtshof hat festgestellt, daß Bestimmungen über die Bedarfsprüfung in Fällen, bei denen es um das Verhältnis von privaten erwerbswirtschaftlich geführten Krankenanstalten (im konkreten Fall: selbständige Ambulatoren) zueinander geht, sachlich nicht gerechtfertigt sind.

Es wird auch in Hinkunft im Zusammenhang mit der Errichtung von Krankenanstalten eine Bedarfsprüfung geben, da die öffentlichen

und teilweise auch privaten Krankenanstalten (private gemeinnützige und sonstige private mit Kassenverträgen) zur Versorgung der Bevölkerung letztlich auch nur durch die Finanzierung mit beträchtlichen Mitteln der öffentlichen Hand (einschließlich der Mittel der sozialen Krankenversicherung) betrieben werden können. Bei der Bedarfsprüfung für selbständige Ambulatorien ist überdies das Versorgungsangebot der niedergelassenen Kassenvertragsärzte, der kasseneigenen Einrichtungen und der sonstigen Vertragseinrichtungen der Kassen zu berücksichtigen.

Dies bedeutet, daß bei bettenführenden Krankenanstalten neben den öffentlichen und den privaten gemeinnützigen Krankenanstalten auch die privaten nicht gemeinnützigen Krankenanstalten mit Kassenverträgen in die Bedarfsprüfung einzubeziehen sind. Bei selbständigen Ambulatorien sind überdies auch die niedergelassenen Kassenvertragsärzte, die kasseneigenen Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen, bei Zahnambulatorien auch die Dentisten, zu berücksichtigen.

Die vom Verfassungsgerichtshof aufgehobenen Bestimmungen des § 3 Abs. 2 lit. a und des § 3 Abs. 3 KAG entsprechen den Regelungen des § 4 Abs. 2 lit. a und des § 4 Abs. 4 des Wiener Krankenanstaltengesetzes 1987, die nun im Sinn der KAG-Novelle zu ändern sind.

zu Z 9 (§ 4 Abs. 4):

Entsprechend dem Grundsatzgesetz ist § 4 Abs. 4 neu zu fassen, da die Bestimmungen über die verfahrensrechtliche Stellung der Interessenvertretungen im Zusammenhang mit der Bedarfsprüfung nun in § 5 Abs. 2 und 3 enthalten sind. Das Gutachten des Landeshauptmanns hinsichtlich der sanitären Aufsicht ist weiterhin vorgesehen, gegebenenfalls auch das Gutachten des Landessanitätsrates.

zu Z 10 und Z 11 (§§ 4 Abs. 6 und 5 Abs. 2):

In § 4 Abs. 6 wird im Verfahren zur Bewilligung der Errichtung einer Krankenanstalt die Parteistellung der gesetzlichen Interes-

senvertretung privater Krankenanstalten und der betroffenen Sozialversicherungsträger, bei selbständigen Ambulatorien auch der zuständigen Ärztekammer sowie bei Zahnmambulatorien auch der Österreichischen Dentistenkammer festgelegt. Unter "betroffene Sozialversicherungsträger" sind jene zu verstehen, die selbst derartige Einrichtungen betreiben oder mit anderen Einrichtungen in einem Vertragsverhältnis stehen. In § 5 Abs. 2 wurde lediglich die Zitierung des AVG berichtigt.

zu Z 12 (§§ 5 a Abs. 4, 30 Abs. 1, 36 Abs. 2 und 6, 51 a Abs. 1, 56 Abs. 1 und 3):

Das Hauptwohnsitzgesetz, BGBl. Nr. 505/1994 ersetzt nunmehr in der österreichischen Rechtsordnung den Begriff "ordentlicher Wohnsitz" durch den Begriff "Hauptwohnsitz". Dies macht eine Anpassung der oben angeführten Bestimmungen erforderlich.

zu Z 13 (§ 6 Abs. 1 lit. d):

Hier wird entsprechend dem Grundsatzgesetz normiert, daß die Antragsunterlagen darzustellen haben, daß dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot entsprechend auch für die erforderliche personelle Ausstattung vorgesorgt ist. Dabei wird der Behörde durch die Vorlage entsprechender Organisationskonzepte und anderer Unterlagen glaubhaft zu machen sein, daß die vorgesehene apparative und personelle Ausstattung den Erfordernissen hinsichtlich Anstaltszweck und Leistungsangebot entsprechen wird.

zu Z 14 (§ 6 a):

In jenen Krankenanstalten, die der medizinischen Forschung und Lehre dienen, ist diesen Erfordernissen Rechnung zu tragen. Das Zusammenwirken zwischen dem Krankenanstaltenbereich und dem Forschungs- und Lehrbereich ist durch eine Vereinbarung zwischen den Trägern zu sichern.

zu Z 15 (§ 7 Abs. 2):

Bisher enthielt das KAG keine Regelung, was unter einer wesentlichen Änderung der Krankenanstalt zu verstehen ist. Mit der neuen Bestimmung wird nunmehr festgelegt, daß jedenfalls wesentliche Änderungen der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes wesentliche Änderungen darstellen.

zu Z 16 (§ 10 Abs. 1 lit. d):

Die Regelungen über die Anstaltsordnung wurden im Grundsatzgesetz um die Bestimmung über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen erweitert. Es ist zu erwarten, daß durch die regelmäßigen Teambesprechungen die Zusammenarbeit verbessert wird.

zu Z 17 (§ 10 Abs. 1 lit. h):

Es ist ein gesundheitspolitisches Anliegen, daß möglichst im gesamten Bereich einer Krankenanstalt nicht geraucht wird. Gerade in Krankenanstalten sind Nichtraucher vor den Gefahren des Passivrauchens besonders zu schützen. Die Träger von Krankenanstalten haben daher in den Anstaltsordnungen vorzusehen, daß im Bereich der Krankenanstalt grundsätzlich Rauchverbot herrscht. Dies betrifft insbesonders die allgemein zugänglichen Räumlichkeiten der Krankenanstalt. Soweit dies erforderlich und gesundheitlich vertretbar erscheint, kann den Bedürfnissen von Rauchern durch die Einrichtung eigener Raucherzonen (Raucherzimmer) Rechnung getragen werden.

zu Z 18 (§ 10 Abs. 5):

Im Sinn einer verbesserten Zusammenarbeit soll in Krankenanstalten, die auch der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, in der Anstaltsordnung festgelegt werden, daß der innere Betrieb auch auf Forschungs- und Lehrbedürfnisse abzustimmen ist. Der Bundesminister für Wissenschaft und Forschung hat im Verfahren zur Genehmigung der Anstaltsordnungen dieser Krankenanstalten ein Anhörungsrecht.

zu Z 19 (§ 11 Abs. 4):

In Krankenanstalten, die der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, sollen Belange der Forschung und Lehre auch dadurch gesichert werden, daß ein Vertreter der Wissenschaft (Dekan, Universitätsprofessor) an den Sitzungen der kollegialen Führung teilnimmt.

zu Z 20 (§ 11 a Abs. 2):

Dem ärztlichen Mittelbau kommt in der Gestaltung innerbetrieblicher Angelegenheiten in der Krankenanstalt große Bedeutung zu. Es scheint daher wichtig zu sein, daß der ärztliche Mittelbau im Spitalsausschuß vertreten ist.

zu Z 21 (§ 12 Abs. 1):

Um den Aufgaben als ärztlicher Leiter entsprechend nachkommen zu können (Organisation, Personalführung), ist die Leitung des ärztlichen Dienstes in größeren Krankenanstalten möglichst hauptberuflich auszuüben.

zu Z 22 (§ 12 Abs. 2):

Mit dieser Bestimmung soll sichergestellt werden, daß auch auf Abteilungsebene und auf jeder sonstigen Leitungsebene entsprechende Vertretungen vorgesehen sind.

zu Z 23 (§ 12 Abs. 4):

Hier wird lediglich das Wort "Hochschulvorschriften" durch das Wort "Universitätsvorschriften" ersetzt.

zu Z 24 (§ 13):

Im Hinblick auf die Änderungen der Bestimmungen für den ärztlichen Dienst im Grundsatzgesetz wurde § 13 neu gefaßt und der übrigen legislativen Systematik des Wr. KAG angepaßt. Neu ist die

Bestimmung, daß durch entsprechende organisatorische Vorkehrungen die Ausbildung der Turnusärzte zu gewährleisten ist.

zu Z 25 (§ 14):

Es hat sich in der letzten Zeit immer stärker bestätigt, daß den Belangen der Hygiene in Krankenanstalten besondere Bedeutung zukommt; diese stellt auch ein wesentliches Instrument zur Qualitätssicherung dar. Da der Krankenhaushygieniker allein aber nicht mehr in der Lage war, den komplexen und vielfältigen Aufgaben im modernen Krankenhausbetrieb gerecht zu werden, wurden bereits mit der letzten Novelle zum Wr. KAG, LGBI. Nr. 26/1993, die Bestimmungen des § 14 unabhängig von einer grundsatzgesetzlichen Regelung erheblich erweitert. So wurde damals bereits normiert, daß in bettenführenden Krankenanstalten zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers zumindest eine Hygienefachkraft zu bestellen ist.

In dieser Novelle zum Wr. KAG wurden auch die Einrichtung eines Hygieneteams geregelt und die Aufgaben dieses Teams festgelegt. Damit sind bereits wesentliche Regelungsschwerpunkte der Krankenhaushygiene aus der nunmehrigen KAG-Novelle vorweggenommen. Es sind daher nur mehr folgende zusätzliche Regelungen vorgesehen:

- In erster Linie soll ein Facharzt für Hygiene als Krankenhaushygieniker bestellt werden;
- das Ausmaß der Beschäftigung des Krankenhaushygienikers bzw. der Hygienefachkraft richtet sich nach Größe und Leistungsangebot der Krankenanstalt;
- Ausnahmebestimmungen für selbständige Ambulatorien.

Zu diesen Änderungen ist im einzelnen folgendes auszuführen:

Es wird angestrebt, daß in jeder Krankenanstalt ein Facharzt für Hygiene als Krankenhaushygieniker zum Einsatz kommt. Da aber nicht ausreichend Fachärzte für Hygiene zur Verfügung stehen, kann auch ein sonst fachlich geeigneter Arzt nach wie vor als Hygienebeauftragter bestellt werden. Es hängt von der Größe und

dem Leistungsangebot einer Krankenanstalt ab, in welchem Ausmaß Belange der Hygiene wahrzunehmen sind.

In Schwerpunktkrankenanstalten und damit selbstverständlich in Zentralkrankenanstalten soll die Tätigkeit als Krankenhaushygieniker bzw. Hygienefachkraft jedenfalls hauptberuflich ausgeübt werden. Derzeit bestehen in Wien folgende Schwerpunktkrankenanstalten: Krankenanstalt Rudolfstiftung, Kaiser-Franz-Josef-Spital, Krankenhaus Lainz, SMZO-Donauspital, Wilhelminenspital und Hanusch-Krankenhaus.

Zur Schaffung der organisatorischen Voraussetzungen zur Durchführung dieser gesetzlichen Bestimmung in Schwerpunktkrankenanstalten tritt die Verpflichtung zur hauptberuflichen Ausübung erst mit 1. Jänner 1998 in Kraft.

Für selbständige Ambulatorien ist in Abs. 5 insofern eine Sonderregelung vorgesehen, als die in Abs. 4 demonstrativ aufgezählten Aufgaben des Hygieneteams vom Krankenhaushygieniker oder Hygienebeauftragten wahrzunehmen sind.

zu Z 26 (§§ 15 a bis 15 c):

Ethikkomission (§ 15 a):

In § 15 a Wr. KAG sind bereits Bestimmungen enthalten, wonach Kommissionen einzurichten waren, welche die Durchführung von klinischen Prüfungen von Arzneimitteln in Krankenanstalten aus ethischer Sicht beurteilt haben. Diese Kommission soll ausdrücklich als Ethikkomission bezeichnet werden und in ihrer personellen Zusammensetzung und Aufgabenstellung internationalen Standards angeglichen werden.

Die Ethikkomission soll in Hinkunft nicht nur klinische Prüfungen von Arzneimitteln ethisch beurteilen, sondern auch klinische Prüfungen von Medizinprodukten und die Anwendung neuer medizinischer Methoden in Krankenanstalten.

In Abs. 2 sind die wesentlichen Umstände angeführt, die von der Ethikkommission zu beurteilen sind.

Die personelle Zusammensetzung der Ethikkommission wird in An-
gleichung an internationale Standards und an die in § 40 Arznei-
mittelgesetz, BGBI. Nr. 185/1983 in der Fassung BGBI.
Nr. 107/1994, vorgesehene Ethikkommission angeglichen. In Abs. 4
sind jene Personen angeführt, die jedenfalls der Ethikkommission
anzugehören haben. Es liegt im Ermessen einer Krankenanstalt, ob
darüber hinaus weitere Personen der Ethikkommission angehören
sollen. Dies wird u.a. davon abhängen, ob die Ethikkommission
klinische Prüfungen von Arzneimitteln oder von Medizinprodukten
oder die Anwendung neuer medizinischer Methoden in der Kranken-
anstalt zu beurteilen hat.

Die Gespräche mit den im Wiener Landtag vertretenen Parteien
haben ergeben, daß eine klare Trennung der verschiedenen Funkti-
onen (ärztlicher Leiter der Krankenanstalt, Prüfungsleiter,
Mitgliedschaft bei der Ethikkommission) erforderlich ist. In
diesem Sinn wurden die Bestimmungen des Abs. 5 neu gestaltet.

Die Ethikkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben.
Diese ist der Landesregierung anzuseigen. Sie gilt als genehmigt,
wenn nicht innerhalb von drei Monaten eine Untersagung durch die
Landesregierung erfolgt. Es ist davon auszugehen, daß die der
Landesregierung vorgelegten Geschäftsordnungen der Ethikkommissio-
nen in der Regel den gesetzlichen Vorgaben entsprechen. Davon
ausgehend ist es zielführend, im Sinn einer Verwaltungsver-
einfachung lediglich ein Anzeigeverfahren anstelle eines wesent-
lich aufwendigeren Bewilligungsverfahrens zu normieren.

Der Grundsatzgesetzgeber sieht vor, daß die Mitglieder der Ethik-
kommission keinen Weisungen unterliegen sollen. Zur Ausführung
dieser Grundsatzbestimmung ist es erforderlich, die Weisungs-
freiheit der Mitglieder der Ethikkommission mit einer Verfas-
sungsbestimmung zu sichern.

Soweit nach universitätsrechtlichen Vorschriften an einer medizi-
nischen Fakultät gleichwertige Kommissionen eingerichtet sind,

entfällt für Krankenanstalten, die der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, die Einrichtung von Ethikkommisionen.

Qualitätssicherung (§ 15 b):

In Umsetzung der Spitalsreform wurden bereits mit der letzten Novelle zum Wr. KAG, LGB1. Nr. 26/1993, die Rechtsträger verpflichtet, die Qualität der Leistungen der Krankenanstalt zu sichern.

Nunmehr hat auch der Grundsatzgesetzgeber in der vorliegenden KAG-Novelle Regelungen zur Qualitätssicherung geschaffen. Diese Regelungen gehen aber wesentlich über die derzeit geltenden Bestimmungen des § 15 b Wr. KAG hinaus.

Mit den Abs. 1 und 2 soll nunmehr eine umfassende Verpflichtung zur Qualitätssicherung der Krankenhausleistungen normiert werden. Die Strukturqualität einer Krankenanstalt wird maßgeblich von den personellen und medizinisch-technischen Ressourcen bestimmt sein.

Qualitätssicherung soll auch auf Behandlungsebene erfolgen. Schließlich ist aber auch für das jeweilige Behandlungsergebnis Qualitätssicherung erforderlich.

Die für bettenführende Krankenanstalten vorgesehene Kommission hat vor allem die Aufgabe, durch die dauernde und systematische Befassung aller beteiligten Berufsgruppen mit Fragen der Qualitätssicherung die gesetzlichen Zielvorgaben in die Praxis umzusetzen.

Auf Grund der Gespräche mit den im Wiener Landtag vertretenen Parteien wurde Abs. 4 dahingehend ergänzt, daß der Leiter der Prosektur der Kommission zur Qualitätssicherung jedenfalls anzugehören hat. In Krankenanstalten, in denen keine Prosektur besteht, soll ein anderer Facharzt für Pathologie dieser Kommission angehören. Unabhängig von der dauernden und systematischen Befassung der Kommission mit Aufgaben der Qualitätssicherung soll die

Möglichkeit geschaffen werden, daß auf Verlangen eines Mitglieds diese Kommission einberufen wird. Außerdem soll durch eine Geschäftsordnung die für einen geordneten Betrieb erforderlichen organisatorischen Voraussetzungen für diese Kommission geschaffen werden.

In Krankenanstalten, die auch der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, hat der Kommission auch ein Vertreter dieser Fakultät anzugehören, da Krankenversorgung und Belange von Forschung und Lehre in enger Wechselwirkung zueinander stehen.

Bedarfsplanung (§ 15 c):

Das Instrument der Bedarfsplanung steht in engem Zusammenhang mit der Qualitätssicherung. Die Qualität der Krankenhausleistungen wird sicher auch von den jeweils zur Verfügung stehenden Personalressourcen bestimmt. Die Vergleichbarkeit von Leistungen verschiedener Krankenanstalten und damit auch von Kosten ist erst dann seriös möglich, wenn Personalstandards entwickelt und allgemein anerkannt werden. Die vorgesehene Bestimmung ist ein erster Schritt, eine Entwicklung in diese Richtung einzuleiten.

Für die Entwicklung von Personalstandards bestehen in Österreich derzeit keine allgemein anerkannten Modelle. Auf Grund der Vergleichbarkeit im Leistungsstandard und in der Struktur der Krankenanstalten kann allerdings das in der Bundesrepublik Deutschland in Umsetzung stehende analytische Konzept der Deutschen Krankenhausgesellschaft herangezogen werden. Auch in der Schweiz ist ein Modell entwickelt worden, das für die Personalplanung herangezogen werden könnte. Unabhängig davon wird es aber in nächster Zeit erforderlich sein, auch in Österreich einheitliche Vorgaben zur Personalplanung zu entwickeln.

Der Grundsatzgesetzgeber sieht vor, daß über Ergebnisse der Personalplanung jährlich die kollegiale Führung der Landesregierung zu berichten hat. Es erscheint nicht zielführend, daß diese Berichtspflicht der kollegialen Führung jeder einzelnen Krankenanstalt überlassen wird, da Personalplanung maßgeblich vom Rechtsträger einer Krankenanstalt zu bestimmen sein wird. In

diesem Sinn soll der Rechtsträger der Krankenanstalt zu diesem Bericht an die Landesregierung verpflichtet werden.

zu Z 27 (§ 17 Abs. 1 lit. a und b):

In der Krankengeschichte sollen nunmehr auch nähere Hinweise auf die Medikation erfolgen. Es ist auch vorgesehen, daß in Hinkunft in Krankengeschichten genauere Angaben über die Aufnahme bzw. die Ablehnung der Aufnahme des Patienten festgehalten werden. Überdies sollen auch die wesentlichen Betreuungsleistungen der verschiedenen Gesundheitsberufe in der Krankengeschichte angeführt werden.

zu Z 28 (§ 17 Abs. 1 lit. e und f):

Nach § 62 a Abs. 1 KAG kann jeder Patient eine Erklärung abgeben, daß er im Fall seines Ablebens eine Organspende ausdrücklich ablehnt. Falls ein Patient eine derartige Erklärung abgegeben hat, ist sie jedenfalls in der Krankengeschichte zu dokumentieren. Erklärungen des Patienten, daß im Fall des Verlustes seiner Handlungsfähigkeit bestimmte Behandlungsmethoden nicht angewendet werden, sind ebenfalls in der Krankengeschichte festzuhalten.

zu Z 29 (§ 17 Abs. 2):

§ 17 Abs. 2 Wr. KAG legt in seiner derzeitigen Fassung fest, daß Krankengeschichten und Operationsniederschriften bei ihrem Abschluß vom behandelnden Arzt, der für ihren Inhalt verantwortlich ist, und vom Abteilungsleiter zu unterfertigen sind. Bei Krankengeschichten wird bislang nicht zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich unterschieden. In der Praxis ist ein Abschluß von Krankengeschichten aber nur hinsichtlich stationärer Patienten möglich. Ein Abschluß von Krankengeschichten im ambulanten Bereich kommt schon deshalb in der Regel nicht in Frage, da keine Entlassungen stattfinden. Es werden daher die Bestimmungen über den Abschluß von Krankengeschichten auf den stationären Bereich beschränkt.

zu Z 30 (§ 17 Abs. 4):

In dieser Bestimmung soll klargestellt werden, daß eine Übermittlung von Abschriften der Krankengeschichten an Sozialversicherungsträger nur zur Erfüllung der Wahrnehmung ihrer Aufgaben vorgesehen ist.

zu Z 31 (§ 17 Abs. 7 und 8):

Im Hinblick auf die Erweiterung der Dokumentationspflicht in der Krankengeschichte auf nichtärztliche Bereiche wird in Abs. 7 die Verantwortlichkeit für die jeweilige Dokumentationspflicht festgelegt.

In § 15 Psychotherapiegesetz, in § 14 Psychologengesetz und in § 11 Abs. 2 MTD-Gesetz ist für die jeweilige Berufsgruppe eine absolute Verschwiegenheitspflicht normiert. In § 17 Abs. 4 Wr. KAG sind Einrichtungen und Personen aufgezählt, denen allenfalls Abschriften von Krankengeschichten zu übermitteln sind. Um diese beruflichen Verschwiegenheitspflichten zu sichern, sieht nunmehr der Grundsatzgesetzgeber vor, daß Geheimnisse, die Psychotherapeuten, Psychologen und Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste im Rahmen ihrer Berufsausübung bekanntgeworden sind, in die Krankengeschichte nicht aufgenommen werden. Diese grundsatzgesetzliche Regelung wird in Abs. 8 ausgeführt.

zu Z 32 (§ 17 a Abs. 1 und 2):

In Umsetzung der Spitalsreform für die Wiener Krankenanstalten wurde bereits mit der letzten Novelle zum Wr. KAG, LGB1. für Wien Nr. 26/1993, im grundsatzgesetzfreien Raum die Sicherung der Patientenrechte normiert. So sieht § 17 a Wr. KAG vor, daß die Rechtsträger von Krankenanstalten vorzusorgen haben, daß die Rechte der Patienten in Krankenanstalten beachtet werden bzw. daß den Patienten die Wahrnehmung ihrer Rechte ermöglicht wird. Die weiteren Absätze beinhalten Verpflichtungen, organisatorische Vorkehrungen zu treffen, die der Sicherung der Patientenrechte dienen.

Mit der nunmehr vorliegenden Novelle zum KAG sind jetzt auch im Grundsatzgesetz Regelungen zur Sicherung der Patientenrechte vorgesehen. Die bereits bisher in § 17 a vorgesehene beispielhafte Aufzählung der zu sichernden Patientenrechte wird nunmehr auf die grundsatzgesetzliche Regelung abgestimmt.

zu Z 33 (§ 22):

Um zu gewährleisten, daß die Leitungsaufgaben im Pflegedienst in den bettenführenden Krankenanstalten entsprechend wahrgenommen werden, ist vorgesehen, daß die Leitung des Pflegedienstes hauptberuflich ausgeübt wird.

zu Z 34 (§§ 22 a bis 22 c):

§ 22 a (Psychotherapeutische Versorgung und psychologische Betreuung):

Bei den Gesprächen mit den im Wiener Landtag vertretenen politischen Parteien war diese Regelung Gegenstand eingehender Diskussionen. Auf Grund dieser Diskussionen wurde § 22 a gegenüber dem zur Begutachtung versendeten Gesetzentwurf erweitert. § 22 a des Gesetzentwurfs, der zur Begutachtung versendet worden ist, bleibt als grundsätzliche Zielbestimmung. Abs. 1 enthält die generelle Anordnung, daß in den Krankenanstalten entsprechend dem jeweiligen Anstaltszweck und dem Leistungsangebot psychotherapeutische und psychologische Hilfen vorzusehen sind.

Auch körperliche Erkrankungen haben oft psychische Ursachen. Überdies ist der Aufenthalt in einer Krankenanstalt in der Regel mit besonderen psychischen Belastungen verbunden. In einem besonderen Ausmaß sind psychotherapeutische und psychologische Hilfen bei lebensbedrohlichen oder sonstigen schweren Erkrankungen, aber auch bei psychischen Krankheiten erforderlich. Im Abs. 2 sind Patientengruppen angeführt, für welche diese Hilfen besonders wichtig sind.

Darüber hinaus ist für eine schrittweise Umsetzung in dienstpol-
stenmäßiger Hinsicht im Abs. 3 ein "Mindeststandard" festgelegt.

Danach sollen in Standardkrankenanstalten mindestens ein Dienstposten, in Schwerpunktkrankenanstalten mindestens zwei Dienstposten und in Zentralkrankenanstalten mindestens drei Dienstposten für entsprechend qualifizierte Personen bereitstehen. Für diese Aufgaben qualifiziert sind nach dem Psychotherapiegesetz und dem Psychologengesetz berechtigte Personen sowie Ärzte, die eine von der Österreichischen Ärztekammer angebotene und anerkannte entsprechende Zusatzausbildung absolviert haben. Eine solche "Mindeststandard"-Regelung enthält auch der diesbezügliche Gesetzentwurf des Landes Niederösterreich. Eine Umfrage über den aktuellen Stand der Gesetzesvorhaben in den anderen Bundesländern hat übrigens ergeben, daß weitergehende oder auch nur annähernd so konkrete Regelungen zum Thema Psychotherapie und Psychologie im Krankenhaus, wie sie im vorliegenden Entwurf vorgesehen sind, derzeit nirgendwo bestehen. Um so wichtiger ist es, rasch zu einer österreichweiten Abstimmung der gesetzlichen Rahmenbedingungen auf diesem Gebiet zu kommen. Dies ist notwendig, um dem Patienten einen möglichst gleichen Standard in diesem Punkt zu bieten, wo immer er in einem Spital behandelt wird. Eine österreichweite Abstimmung wird auch mit Rücksicht auf Kostenvergleiche gerade im Hinblick auf eine "leistungsorientierte Spitalskostenverrechnung" notwendig sein. Bei den weiteren Überlegungen zum Ausbau der psychotherapeutischen und psychologischen Hilfen wird daher darauf zu achten sein, daß die Entwicklung österreichweit in gleichen Schritten erfolgt und die Situation in Wien nicht völlig losgelöst von den jeweiligen Bemühungen in den Krankenanstalten in den anderen Bundesländern gesehen werden kann.

Eine Erhebung in den Wiener Krankenanstalten hat ergeben, daß bereits jetzt psychotherapeutische und psychologische Hilfen in den Krankenanstalten auf den verschiedensten Gebieten mit unterschiedlicher Dichte bestehen. Für den konkreten Ausbau dieser Hilfen in den Krankenanstalten werden weitere Teilschritte in der Planung und Umsetzung erforderlich sein. So wird zunächst fachlich und interdisziplinär zu klären sein, in welchem Ausmaß psychotherapeutische und psychologische Hilfen in den verschiedenen Bereichen der Krankenanstalten erforderlich sind. Dazu werden im Rahmen einer Projektgruppe Modellversuche zu entwickeln sein,

deren Evaluierung für die weitere Planung wichtig ist. Bei dieser Evaluierung werden vor allem Patientenzufriedenheit sowie Erfolg und Dauer der Behandlung im Vordergrund stehen.

§ 22 b (Supervision):

Supervision kann für Angehörige von Gesundheitsberufen eine wichtige Hilfe zur persönlichen Bewältigung der berufsbedingten Belastungen sein. § 22 b bestimmt nun, daß für die in Krankenanstalten Beschäftigten eine berufsbegleitende Supervision in der Dienstzeit ermöglicht wird.

Besondere Bedeutung hat beispielsweise die Supervision für jene Mitarbeiter in Krankenanstalten, die schwer Kranke oder sterbende Personen betreuen oder die einer höheren Arbeitszeitbelastung ausgesetzt sind.

Bei den Gesprächen mit den im Wiener Landtag vertretenen Parteien wurden auch Probleme der Supervision in den Krankenanstalten diskutiert. Dabei wurde vor allem betont, daß es notwendig sein wird, daß die Rechtsträger von Krankenanstalten für ihre Mitarbeiter entsprechende Angebote an Supervision bereitzustellen haben, aus denen diese frei wählen können.

§ 22 c (Fortbildung):

Anlässlich der Gespräche mit den im Wiener Landtag vertretenen Parteien wurde vorgeschlagen, die Regelungen über die Fortbildung für die Berufsgruppen in Krankenanstalten in einer Bestimmung zusammenzufassen. In diesem Sinn wurde § 22 c neu gestaltet.

In § 13 Abs. 2 ist normiert, daß Patienten in Krankenanstalten nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich behandelt werden dürfen. Um dieser Verpflichtung nachkommen zu können, ist es erforderlich, daß sich Ärzte entsprechend fortbilden. Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben daher im Rahmen ihrer Organisationspflicht dafür Sorge zu tragen, daß die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte sich

auch im erforderlichen Ausmaß fortbilden können. Abs. 2 soll eine regelmäßige Fortbildung des übrigen Personals der Krankenanstalten sicherstellen.

zu Z 35 und 36 (§ 24):

Analog zur Neuregelung der Werbebestimmungen im Ärztegesetz 1984 wurden auch die entsprechenden Bestimmungen im KAG auf das Verbot unsachlicher oder unwahrer Informationen beschränkt. Diese geänderte Regelung ist in das Wr. KAG aufzunehmen. Da es sich bei dieser neuen Regelung nicht mehr um ein Werbeverbot handelt, hat die Überschrift "Werbeverbot" zu entfallen.

zu Z 37 (§ 30 Abs. 1):

Bei der Planung zur Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege kommt in Zukunft auch der Langzeitbehandlung große Bedeutung zu. In diesem Sinn sind auch der Bedarf für die Langzeitbehandlung und damit in Zusammenhang stehende künftige Entwicklungen zu berücksichtigen.

zu Z 38 (§ 36 Abs. 3):

Bereits in Z 1 dieses Gesetzentwurfs soll der Anstaltszweck auf Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin erweitert werden. Diese Änderung bedingt auch eine Änderung der Bestimmungen über die Anstaltsbedürftigkeit.

Zur Vornahme klinischer Prüfungen eines Arzneimittels oder eines Medizinprodukts ist auch die Aufnahme gesunder Personen in Krankenanstalten erforderlich. Durch die Neufassung des Abs. 3 soll die Anstaltsbedürftigkeit auch diesen Personenkreis umfassen.

zu Z 39 (§ 38 Abs. 2):

Bei den Gesprächen mit den im Wiener Landtag vertretenen politischen Parteien wurden auch Fragen im Zusammenhang mit der Ausstellung des Arztbriefes besprochen. Dabei wurde betont, daß

dieser nicht nur für die medizinische Betreuung maßgebende Anweisungen und Empfehlungen enthält, sondern auch für pflegerische Maßnahmen. Um dies zu verdeutlichen, wurde außerdem vorgeschlagen anstelle der Bezeichnung Arztbrief die Bezeichnung Patientenbrief zu setzen. In diesem Sinn wurde die vorliegende Bestimmung und § 17 a Abs. 2 lit. n entsprechend abgeändert.

zu Z 40 (§ 38 a):

Das Recht auf würdevolles Sterben und der Kontakt mit Vertrauenspersonen ist ein wesentliches Patientenrecht. Um dieses Patientenrecht auch tatsächlich wahrnehmen zu können, sind in Krankenanstalten räumliche Vorkehrungen zu treffen. Dabei wird es nicht immer erforderlich sein, dafür eigene Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen. Es kann durchaus auch in einem Mehrbettzimmer durch geeignete Abtrennungen eine Möglichkeit geschaffen werden, daß dieses Patientenrecht wahrgenommen wird.

Es wird allgemein als Patientenrecht anerkannt, daß auch die Möglichkeit der Sterbebegleitung gegeben sein soll. In diesem Sinn soll in Krankenanstalten auch Sterbebegleitung ermöglicht werden.

zu Z 41 (§ 39):

In § 38 a dieses Gesetzentwurfs soll eine Bestimmung geschaffen werden, welche die Voraussetzungen für ein würdevolles Sterben gewährleistet. § 39 Wr. KAG enthält teilweise Organisationsvorschriften, die nicht im Gesetz geregelt sein müssen; teilweise sind diese Bestimmungen auch nicht mehr zeitgemäß. Aus diesem Grund werden die derzeit geltenden Regelungen des § 39 Wr. KAG aufgehoben. Es ist aber sicher wichtig und im Interesse der Angehörigen eines Patienten, daß diese im Fall des Todes unverzüglich verständigt werden.

Bei den Gesprächen mit den im Wiener Landtag vertretenen Parteien wurde vorgeschlagen, § 39 um eine Bestimmung zu ergänzen, die es den Angehörigen ermöglicht, vom Verstorbenen pietätvoll Abschied zu nehmen. Diesem Anliegen wurde nun in Abs. 2 entsprochen.

zu Z 42 (§ 42 Abs. 1):

Zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten sowie für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin ist der Leistungskatalog des ambulanten Bereichs von Krankenanstalten entsprechend zu erweitern.

zu Z 43 (§ 43):

Mit BGBl. Nr. 518/1994 wurde die Straßenverkehrsordnung 1960 novelliert. In dieser Novelle wurde die Grundsatzbestimmung über die Blutabnahme im Dienst der Straßenpolizei in § 5 a Abs. 1 Straßenverkehrsordnung 1960 abgeändert. In Ausführung dieser Grundsatzbestimmung war daher § 43 Wr. KAG entsprechend neu zu formulieren.

zu Z 44 (§ 44 a) und Art. II:

Für Kinder bedeutet ein Spitalsaufenthalt eine besondere emotionale Belastung. Überdies ist kinderpsychologisch erwiesen, daß für Kinder bis zum vollendeten dritten Lebensjahr der mit einem Spitalsaufenthalt vermeintliche Verlust der Hauptbezugsperson schwere und dauernde psychische Schäden verursachen kann. Andererseits kann der Gesundungsprozeß bei Kindern durch Einbeziehung der primären Bezugspersonen gefördert werden. Um aber von der Möglichkeit der Aufnahme von Begleitpersonen bei Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr kein Kind auszgrenzen, soll normiert werden, daß für diese Begleitperson kein Entgelt festgesetzt wird.

Unabhängig vom Zeitpunkt der Kundmachung und des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzentwurfs soll durch Art. II sichergestellt werden, daß die vorgesehene Regelung des § 44 a jedenfalls mit 1. Jänner 1995 in Kraft tritt.

zu Z 45 (§ 46 a Abs. 2):

Auf Grund von völkerrechtlichen Verpflichtungen ist bei Mutter-
schaft Anstaltpflege ohne Kostenbeitrag der Betroffenen zu

gewähren. § 46 a Abs. 2 ist auf Grund der entsprechenden Änderung im KAG zu adaptieren.

zu Z 46 (§ 47 Abs. 1):

Diese Regelung wird entsprechend der geänderten Grundsatzbestimmung des § 148 ASVG angepaßt.

zu Z 47 (§ 47 Abs. 4):

In § 91 Z 2 BSVG, BGBl. Nr. 296/1990 in der Fassung BGBl. Nr. 450/1994 ist grundsatzgesetzlich geregelt, daß die den öffentlichen Krankenanstalten gebührenden Pflegegebührenersätze (ausgenommen die Fälle nach § 80 Abs. 3 BSVG) zu 90 % vom Versicherungsträger und zu 10 % vom Versicherten zu leisten sind. Dies bedeutet, daß mit Erlassung der Ausführungsbestimmung in § 47 Abs. 4 im vorliegenden Gesetzentwurf der öffentlichen Krankenanstalt zwei Schuldner gegenüberstehen, der Versicherungsträger (90 %) und der Versicherte (10 %). Eine ähnliche Regelung besteht seit langem für den 10 %igen Selbstbehalt für Angehörige nach § 47 Abs. 1 lit. b Wr. KAG.

zu Z 48, 50 bis 52 (§ 48 Abs. 3, § 51 Abs. 1 und 3):

Diese Änderungen waren in Zusammenhang mit dem am 1. Jänner 1994 in Kraft getretenen Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) erforderlich.

zu Z 49 (§ 49 Abs. 5):

§ 5 a Wr. KAG enthält in seiner jetzigen Fassung keine Verordnungsermächtigung mehr. Der entsprechende Hinweis in § 49 Abs. 5 Z 1 ist daher zu streichen.

zu Z 53 (§ 58 a):

Es ist legistisch allgemein üblich, daß bereits nach Kundmachung und vor Inkrafttreten eines Gesetzes Verordnungen erlassen wer-

den, die gleichzeitig mit dem Gesetz in Kraft treten. Damit soll ein rechtzeitiges Wirksamwerden der Verordnungen gesichert werden.

zu Z 54 (§ 67):

Da das Werbeverbot in § 24 weggefallen ist, sind die Strafbestimmungen entsprechend abzuändern.

Gesetzänderei Passung

Gesetzentwurf

Gesetz, mit dem das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 geändert wird

Der Wiener Landtag hat in Ausführung der grundsätzlichen Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 801/1993, beschlossen:

Das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987, LGBl. für Wien Nr. 23/1987, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBl. für Wien Nr. 26/1993, wird wie folgt geändert:

Artikel I

1. § 1 Abs. 1 lautet:

"(1) Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die
1. zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustands durch Untersuchung,
2. zur Vornahme operativer Eingriffe,
3. zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,
4. zur Entbindung oder
5. für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe
bestimmt sind."

2. § 1 a lautet:

"§ 1 a. Sei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter."

§ 2

- a) Anstalten, die nur für die Unterbringung geistig abnormer, zurechnungsunfähiger oder entwöhungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind;

3. § 2 lit. a lautet:

"a) Anstalten, die für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, sowie Krankenabteilungen in Justizanstalten;"

§ 3

- andere fachärztliche Betreuung muß durch Fachärzte der betreffenden medizinischen Sonderfächer als Konsiliarärzte gesichert sein;

4. § 3 Abs. 1 lit. a letzter Halbsatz lautet:

"auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Be tracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muß eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte der betreffenden medizinischen Sonderfächer als Konsiliarärzte gesichert sein;"

5. § 3 Abs. 1 lit. b vorletzter Teilsatz lautet:

"auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Be tracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muß eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte der betreffenden medizinischen Sonderfächer als Konsiliarärzte gesichert sein;"

6. § 3 Abs. 2 lautet:

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

7. § 4 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

"Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt haben den Anstaltszweck (§ 1 Abs. 3) und das vorgesehene Leistungsangebot genau zu bezeichnen."

8. § 4 Abs. 2 lit. a lautet:

- a) der Bedarf gegeben ist, der im Hinblick auf den angegebenen Anstaltszweck (§ 1 Abs. 3) unter Beachtung der Höchstgrenzen der systemisierten Betten nach den Verordnungen gemäß § 5 a Abs. 1 und 4 sowie nach der Anzahl und Betriebsgröße der in angemessener Entfernung gelegenen gleichartigen oder ähnlichen Krankenanstalten und nach der Verkehrslage zu beurteilen ist wobei bei vollständigen Ambulatorien auch auf die Anzahl der in ange-

§ 4

"a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem vorgesehenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger

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

9. § 4 Abs. 4 lautet:

"(4) 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 Bedarfs nach Abs. 2 lit. a die gesetzliche Interessenvertretung der privaten Krankenanstalten, bei der Bewilligung der Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums (§ 1 Abs. 3 Z 7), soweit nicht ohnedies § 5 Anwendung findet, auch die Ärztekammer für Wien, bei einem selbständigen Zahnambulatorium überdies die Österreichische Dentistankennerkammer, zu hören. Handelt es sich um die Errichtung einer Krankenanstalt von besonderer sanitärer Wichtigkeit, so ist auch das Gutachten des Landessanitätsrates einzuholen.

"(4) Im Bewilligungsverfahren nach Abs. 2 ist ein Gutachten des Landeshauptmannes einzuholen, das zu dem Antrag vom Standpunkt der sanitären Aufsicht Stellung nimmt. Handelt es sich um die Errichtung einer Krankenanstalt von besonderer sanitärer Wichtigkeit, so ist auch das Gutachten des Landessanitätsrates einzuholen."

10. § 4 Abs. 6 lautet:

"(6) Im Bewilligungsverfahren nach Abs. 2 haben die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und betroffene Sozialversicherungsträger, bei selbständigen Ambulatorien auch die Ärztekammer für Wien sowie bei Zahnambulatorien auch die Österreichische Dentistankennerkammer hinsichtlich des nach Abs. 2 lit. a zu prüfenden Bedarfs Parteisteilung nach § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG."

11. § 5 Abs. 2 lautet:

"(2) Im Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers haben die Ärztekammer für Wien und bei Zahnambulatorien auch die Österreichische Dentistankennerkammer Parteisteilung nach § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG, wenn
a) über das Vorhaben des Krankenversicherungsträgers kein Einvernehmen im Sinne des § 339 ASVG zustande gekommen ist,
b) der Antrag des Krankenversicherungsträgers nicht mit einem nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmen übereinstimmt oder
c) die Entscheidung der Behörde über den Inhalt des nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmens hinausgeht.
Im Falle von b) haben die betroffenen gesetzlichen Interessenvertretungen

§ 5

"(2) Im Bewilligungsverfahren zur Errichtung oder zum Betrieb von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers haben die öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Ärzte und bei Zahnambulatorien auch die der Dentisten Parteisteilung im Sinne des § 8 AVG 1950 und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 BVG, 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.

c) die Entscheidung der Behörde über den Inhalt des nach: § 339 ASVG erzielten Einvernehmens hinausgeht."

12. In den §§ 5 a Abs. 4, 30 Abs. 1, 36 Abs. 2 und 6, 51 a Abs. 1, 56 Abs. 1 und 3, wird der Begriff "ordentlicher Wohnsitz" durch "Hauptwohnsitz" ersetzt.

13. § 6 Abs. 1 lit. d lautet:

§ 6
"d) ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes (§ 12 Abs. 3) und für die Leitung der einzelnen Abteilungen, Departments (Unterabteilungen) und sonstigen Organisationseinheiten fachlich geeignete Personen als verantwortliche Ärzte namhaft gemacht worden sind (§ 12 Abs. 2) sowie glaubhaft gemacht wird, daß auch im übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird."

14. Nach § 6 wird folgender § 6 a eingefügt:

"§ 6 a. Bei der Errichtung und beim Betrieb von Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, sind die Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Das Zusammenwirken beim Betrieb der Krankenanstalt ist in einer Vereinbarung zwischen dem Rechtsträger der Krankenanstalt und dem Rechtsträger der medizinischen Fakultät näher zu regeln."

15. § 7 Abs. 2 erster Satz lautet:

§ 7
"Wesentliche Veränderungen, auch der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes, bedürfen der Bewilligung der Landesregierung."

16. § 10 Abs. 1 lit. d lautet:

"d) die Dienststöbelgenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung;

d) als verantwortlicher ärztlicher Leiter der Krankenanstalt und zur Leitung ihrer Abteilungen fachlich geeigne, nach den Vorschriften des Ärztegesetzes zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigte Ärzte namhaft gemacht worden sind. Die Genehmigung der Bestellung des ärztlichen Leiters und des Leiters der Prosektur (§ 12 Abs. 4) ist gleichzeitig mit der Bewilligung zum Betrieb der Krankenanstalt zu erteilen.

§ 6

d) die Dienststöbelgenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen;

von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;"

17. Nach § 10 Abs. 1 lit. g wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt, folgende lit. h wird angefügt:

"h) die Festlegung eines grundsätzlichen Rauchverbots in der Krankenanstalt, wobei Zonen für Raucher eingeräumt und besonders bezeichnet werden können."

18. Die bisherigen Abs. 5 und 6 des § 10 erhalten die Absatzbezeichnungen "(6)" und "(7)", Abs. 5 lautet:

"(5) Die Anstaltssordnung für eine Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dient, hat die Bedürfnisse der Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Vor ihrer Genehmigung hat der Rechtssträger der Krankenanstalt den Bundesminister für Wissenschaft und Forschung zu hören."

19. § 11 wird folgender Abs. 4 angefügt:

"(4) In einer Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dient, ist der Dekan oder ein von der Fakultät vorgeschlagener Universitätsprofessor der medizinischen Fakultät den Sitzungen der kollegialen Führung mit beratender Stimme beizuziehen."

20. § 11 a Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

"Den gewählten Vertretern hat jedenfalls ein Vertreter des ärztlichen Mittelbaus anzugehören."

21. § 12 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

"In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, ist die Leitung des ärztlichen Dienstes hauptberuflich auszuüben."

22. § 12 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

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

23. § 12 Abs. 4 erster Satz lautet:

(4) Die Bestellung des ärztlichen Leiters und des Leiters der Prosekur ist außer bei Stellen, die auf Grund der einschlägigen Hochschulvorschriften besetzt werden, von der Landesregierung genehmigen.

§ 12

Die Einrichtung des ärztlichen Dienstes in Krankenanstalten muß folgenden Anforderungen entsprechen:

- a) ärztliche Hilfe muß in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar sein;
- b) die Patienten dürfen nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich behandelt werden;
- c) besondere Heilbehandlungen einschließlich operativer Eingriffe dürfen an einem Patienten nur mit seiner Zustimmung, wenn er aber das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder er mangels geistiger Reife oder Gesundheit die Notwendigkeit oder Zweckmäßigkeit der Behandlung nicht beurteilen kann, nur mit Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters durchgeführt werden. Die Zustimmung ist nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, daß der mit der Einholung der Zustimmung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters oder mit der Bestellung eines gesetzlichen Vertreters verbundene Aufschub das Leben des Patienten gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung seiner Gesundheit verbunden wäre. Über die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Behandlung entscheidet der ärztliche Leiter der Krankenanstalt oder der für die Leitung der betreffenden Anstaltsabteilung verantwortliche Arzt.

§ 13

"Die Bestellung des ärztlichen Leiters und des Leiters der Prosekur ist außer bei Stellen, die auf Grund der einschlägigen Hochschulvorschriften besetzt werden, von der Landesregierung zu genehmigen."

24. § 13 lautet:

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

1. ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar ist;
2. in Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet ist.

(2) Die Patienten dürfen nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich behandelt werden.

(3) Besondere Heilbehandlungen einschließlich operativer Eingriffe dürfen an einem Patienten nur mit seiner Zustimmung, wenn er aber das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder er mangels geistiger Reife oder Gesundheit die Notwendigkeit oder Zweckmäßigkeit der Behandlung nicht beurteilen kann, nur mit Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters durchgeführt werden. Die Zustimmung ist nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, daß der mit der Einholung der Zustimmung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters oder mit der Bestellung eines gesetzlichen Vertreters verbundene Aufschub das Leben der Gefahr einer Schädigung seiner Gesundheit verbunden wäre. Über die

Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Behandlung entscheidet d. ärztliche Leiter der Krankenanstalt oder der für die Leitung d. betreffenden Anstaltsabteilung verantwortliche Arzt."

§ 14

25. § 14 lautet:

- (1) Für jede Krankenanstalt ist ein fachlich geeigneter Arzt zur Wahrung der Belange der Hygiene (Krankenhaushygieniker) zu bestellen.
- (2) Für jede bettenführende Krankenanstalt ist zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers zumindest eine qualifizierte diplomierte Krankenpflegeperson als Hygienefachkraft zu bestellen.
- (3) An allen bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygiene-Team zu bilden, dem der Krankenhaushygieniker und die Hygienefachkraft bzw. Hygienefachkräfte angehören. Zu den Aufgaben des Hygiene-Teams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen und der Gesunderhaltung dienen. Es ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zuw. und Umbauten und bei der Ainschaffung von Geräten und Gütern beizuziehen, durch die eine Gefahr von Infektionen besteht.

"Krankenhaushygiene"

§ 14. (1) Für jede Krankenanstalt ist ein Facharzt für Hygiene (Krankenhaushygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, z. L. selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Da zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten. In Schwerpunktkrankenanstalten (§ 3 Abs. 1 lit. b) ist diese Tätigkeit jedenfalls ab 1. Jänner 1998 hauptberuflich auszuüben.

(2) Für jede bettenführende Krankenanstalt ist zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten mindesten eine qualifizierte Person des Krankenpflegefachdienstes als Hygienefachkraft zu bestellen. Diese hat ihre Tätigkeit in Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, hauptberuflich auszuüben. In Schwerpunktkrankenanstalten (§ 3 Abs. 1 lit. b) ist diese Tätigkeit jedenfalls ab 1. Jänner 1998 hauptberuflich auszuüben.

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

(4) Zu den Aufgaben des Hygieneteams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen 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 beizuziehen, durch die eine

Gefahr von Infektionen bestehen kann. Das Hygieneteam hat alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und Beschlüsse zu fassen. Diese sind schriftlich an den jeweils für die Umsetzung verantwortlichen weiterzuleiten.

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

26. §§ 15 a bis 15 c lauten:

§ 15 a Kommission

(1) In einer Krankenanstalt, an der klinische Prüfungen von Arzneimitteln durchgeführt werden (§§ 28 bis 48 Arzneimittelgesetz, BGBl. Nr. 185/1983), ist mindestens eine Kommission einzurichten, welche die Durchführung dieser Prüfungen in der Krankenanstalt aus ethischer Sicht beurteilt.

(2) Die Kommission besteht aus zwei zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Ärzten aus verschiedenen Sonderfächern der Krankenanstalt, die weder ärztlicher Leiter (§ 12 Abs. 3) noch Prüflingsleiter (§ 32 Abs. 1 Arzneimittelgesetz) sind und durch die Abteilungsvorstände (Institutsvorstände usw.) der Krankenanstalt zu bestellen sind,

2. einem Vertreter des Krankenpflegedienstes der Krankenanstalt, der durch den Leiter des Pflegedienstes der Krankenanstalt zu bestellen ist,
3. einem Vertreter des Rechtsrängers der Krankenanstalt,
4. einer mit der Seelsorge in Krankenanstalten betrauten Person, die einvernehmlich von den in der Krankenanstalt seelsorgerisch tätigen Personen aus ihrem Kreis zu bestellen ist,

5. dem Leiter der Anstaltsapotheke der Krankenanstalt oder dem Leiter der die Krankenanstalt beliefernden Apotheke oder dem Konsiliärapotheker und
6. einer von der Personalvertretung zu bestellenden Person.

(3) Für jedes Mitglied ist in gleicher Weise ein Ersatzmitglied zu bestellen. Das Mitglied nach Abs. 2 Z 5 hat ein Ersatzmitglied namhaft zu machen.

"Ethikkommission

§ 15 a. (1) In einer Krankenanstalt, an der klinische Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten durchgeführt werden oder neue medizinische Methoden angewendet werden, ist eine Ethikkommission einzurichten. Eine Ethikkommission kann auch für mehrere Krankenanstalten eingerichtet werden.

(2) Die Ethikkommission hat insbesondere folgende Umstände vor allem ethisch zu beurteilen:

1. beteiligte Personen und Einrichtungen (personelle und strukturelle Rahmenbedingungen),
2. Prüfplan unter Berücksichtigung der Zielsetzung und der wissenschaftlichen Aussagekraft,
3. Beurteilung des Nutzen/Risiko-Verhältnisses,
4. Vorgangsweise bei der Auswahl der Versuchspersonen sowie bei der Aufklärung und Zustimmung,
5. Maßnahmen für den Eintritt eines Schadensfalls bei einer klinischen Prüfung oder der Anwendung einer neuen medizinischen Methode.

(3) Neue medizinische Methoden nach Abs. 1 sind Methoden, die auf Grund der Ergebnisse der Grundlagenforschung und angewandten Forschung sowie unter Berücksichtigung der ärztlichen Erfahrung die Annahme rechtfertigen, daß eine Verbesserung der medizinischen Versorgung zu erwarten ist, die jedoch in Österreich noch

nicht angewendet werden und einer methodischen Überprüfung bedürfen. Vor der Anwendung einer neuen medizinischen Methode hat die Befassung der Ethikkommission durch den Leiter der Organisationseinheit zu erfolgen, in deren Bereich die neue medizinische Methode angewendet werden soll.

(4) Ist die Kommission erstmals an einer Krankenanstalt einzurichten, hat der Rechtsträger der Krankenanstalt die Bestellung der Mitglieder (Ersatzmitglieder) zu veranlassen. Das für die Kommission bestellte Mitglied des Vertreters des Rechtsträgers der Krankenanstalt hat die Kommission zu ihrer konstituierenden Sitzung einzuberufen und diese bis zur Wahl des Vorsitzenden zu leiten.

(5) Die Kommission wählt einen Vorsitzenden und einen Stellvertreter.

(6) Dem Vorsitzenden obliegt die Führung der laufenden Geschäfte und die Vorbereitung der Sitzungen der Kommission. Der Vorsitzende eröffnet, leitet und schließt die Sitzungen und handhabt die Sitzungsordnung. Für den Fall seiner Verhinderung obliegen diese Aufgaben dem Stellvertreter.

(7) Scheider ein Mitglied (Ersatzmitglied) aus, ist an seiner Stelle ein anderes Mitglied (Ersatzmitglied) zu bestellen.

(8) Die Kommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben.

(9) Der Prüfungsleiter (§ 32 Abs. 1 Arzneimittelgesetz) ist verpflichtet, dem Vorsitzenden die Durchführung der klinischen Prüfung von Arzneimitteln anzuziegen. Er hat bei der Anzeige sämtliche Unterlagen und Informationen zu geben, die eine Beurteilung möglich machen. Falls er zu Beratungen der Kommission eingeladen wird, ist er verpflichtet, dieser Einladung Folge zu leisten.

(10) Die Kommission hat innerhalb von zwei Monaten nach Einlangen der Anzeige beim Vorsitzenden eine Beurteilung abzugeben.

(11) 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 unter sinngemäßer Anwendung des § 17 Abs. 2 aufzubewahren.

(4) Die Ethikkommission hat mindestens zu bestehen aus:
1. einem im Inland zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt,

2. einem Facharzt, in dessen Sonderfach die jeweilige klinische Prüfung oder neue medizinische Methode fällt,

3. einem Vertreter des Krankenpflegefachdienstes,

4. einem Juristen,

5. einem Pharmazeuten,

6. einem Patientenvertreter,

7. einer weiteren Person, die mit der Wahrnehmung seelsorgerischer Angelegenheiten in der Krankenanstalt betraut ist oder sonst über die entsprechende ethische Kompetenz verfügt und

8. einer von der Personalvertretung zu bestellenden Person.

(5) Der ärztliche Leiter der Krankenanstalt und der Prüfungsleiter dürfen nicht zu Mitgliedern der Ethikkommission bestellt werden. Ist ein Mitglied der Ethikkommission Prüfungsleiter, ruht in diesem Fall die Funktion in der Ethikkommission. Für jedes Mitglied ist ein in gleicher Weise qualifizierter Vertreter zu bestellen. Die Bestellung der Mitglieder (Ersatzmitglieder) hat der Rechtsträger der Krankenanstalt zu veranlassen.

(6) Die Ethikkommission hat sich aus Frauen und Männern zusammenzusetzen.

(7) Bei der Beurteilung eines Medizinproduktes ist ein technischer Sicherheitsbeauftragter beizuziehen. Erforderlicherfalls sind weitere Experten in die Beurteilung einzubeziehen.

(8) Die Ethikkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, die der Landesregierung anzuseigen ist. Die Geschäftsordnung gilt als genehmigt, wenn sie nicht innerhalb von drei Monaten untersagt wird.

(9) (Verfassungsbestimmung) Die Mitglieder der Ethikkommission sind in Ausübung ihrer Tätigkeit weisungsfrei.

(10) Vor Beginn der Durchführung einer klinischen Prüfung oder Anwendung einer neuen medizinischen Methode hat der Prüfungsleiter die Stellungnahme der Ethikkommission einzuholen. Er hat dieser sämtliche Unterlagen und Informationen zu geben, die für eine Beurteilung erforderlich sind. Falls er zu den Beratungen der Ethikkommission eingeladen wird, ist er verpflichtet, diese Einladung nachzukommen.

(11) Über jede Sitzung ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind dem Rechtsträger und dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt, bei der Beurteilung einer klinischen Prüfung auch dem Prüfungsleiter und bei der Anwendung einer neuen medizinischen Methode auch dem Leiter der Organisationseinheit zur Kenntnis zu bringen. Die Protokolle sind gemeinsam mit allen für die Beurteilung wesentlichen Unterlagen nach § 17 Abs. 2 aufzubewahren.

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

§ 15 b Qualitätssicherung

Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben für die Sicherung der Qualität der Leistungen der Krankenanstalten vorzusorgen. Dazu sind organisatorische Einrichungen zu schaffen, die den wissenschaftlich anerkannten Maßstäben der Qualitätssicherung entsprechen und regelmäßige vergleichende Prüfungen der Qualität mit anderer Krankenanstalten ermöglichen.

Qualitätssicherung

§ 15 b. (1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben für die Sicherung der Qualität in den Krankenanstalten vorzusorgen. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, daß sie den wissenschaftlich anerkannten Maßstäben der Qualitätssicherung entsprechen und regelmäßige vergleichende Prüfungen der Qualität mit anderen Krankenanstalten ermöglichen.

(2) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben vorzusorgen, daß die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung geschaffen werden. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität zu umfassen.

(3) Die kollegiale Führung hat die Durchführung umfassender Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherzustellen. Für Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Rechtsträger der Krankenanstalt in jedem Bereich vorzusorgen, daß die jeweils Verantwortlichen die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherstellen.

(4) Für jede bettenführende Krankenanstalt ist zur Qualitäts sicherung eine Kommission einzusetzen, die von einer fachlich geeigneten Person zu leiten ist. Diese Kommission hat mindestens aus dem Leiter der Prosektur, sowie aus je einem Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes zu bestehen. In Krankenanstalten, in denen keine Prosektur eingerichtet ist, hat dieser Kommission ein Facharzt für Pathologie anzugehören. In Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, gehört dieser Kommissior auch der Dekan oder ein von der Fakultät vorgesetzter Universitätsprofessor der medizinischen Fakultät an. Auf Verlangen eines Mitglieds hat der Leiter die Kommission jedenfalls einzuberufen.

(5) Die Kommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, die der Landesregierung anzuzeigen ist. Die Geschäftsordnung gilt als genehmigt, wenn sie nicht innerhalb von drei Monaten untersagt wird.

(6) Aufgabe dieser Kommission ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen, die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die kollegiale Führung der Krankenanstalt bzw. in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung den jeweiligen verantwortlichen über alle erforderlichen Maßnahmen zu beraten.

S 15 c. Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind verpflichtet, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der

Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist hiefür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung (Sollstand, Iststand) hat der Rechtsträger jährlich der Landesregierung zu berichten."

§ 17

- (1) Die Krankenanstalten sind verpflichtet:
- Vormerke über die Aufnahme und Entlassung der Patienten zu führen, in denen insbesondere die wichtigsten Personaldaten der Patienten, die Bezeichnung der Krankheit sowie der Aufnahme- und Entlassungstag oder der Todestag und die Todesursache einzutragen sind;
 - Krankengeschichten anzulegen, in denen die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese), der Zustand des Patienten zur Zeit der Aufnahme (status praesens) und der Krankheitsverlauf (decursus morbi), die Art der Behandlung, die Durchführung der Transplantation von Organen und Organteilen sowie der Zustand des Patienten und die Art der Behandlung zur Zeit seines Abgangs aus der Krankenanstalt darzustellen ist und die einen Hinweis auf die Niederschrift über die Entnahme von Organen und Organteilen des Spenders, sofern dies möglich ist, einen Hinweis auf die Herkunft des Transplantats, zu enthalten haben; die unter lit. a bezeichneten Angaben sind in die Krankengeschichte zu übernehmen; der Krankengeschichte ist auch eine Abschrift der etwaigen Obduktionsniederschrift (§ 40 Abs. 3 und 4) beizugeben;

"(1) Die Krankenanstalten sind verpflichtet::

- Vormerke über die Aufnahme und Entlassung der Patienten zu führen, in denen insbesondere die wichtigsten Personaldaten des Patienten, die Bezeichnung der Krankheit sowie der Aufnahme- und Entlassungstag oder der Todestag und die Todesursache einzutragen sind; im Fall der Ablehnung der Aufnahme eines Patienten sind dafür maßgebenden Gründe zu dokumentieren;
- Krankengeschichten anzulegen, in denen die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese), der Zustand des Patienten zur Zeit der Aufnahme (status praesens) und der Krankheitsverlauf (decursus morbi), die angeordneten Maßnahmen sowie die erbrachten ärztlichen Leistungen einschließlich Medikation (insbesondere hinsichtlich Name, Dosis und Verordnungsform) und Aufklärung des Patienten, die Durchführung der Transplantation von Organen und Organteilen sowie der Zustand des Patienten und die Art der Behandlung zur Zeit seines Abgangs aus der Krankenanstalt darzustellen sind und die einen Hinweis auf die Niederschrift über die Entnahme von Organen und Organteilen des Spenders, sofern dies möglich ist, einen Hinweis auf die Herkunft des Transplantats, zu enthalten haben; die unter lit. a bezeichneten Angaben sind in die Krankengeschichte zu übernehmen; der Krankengeschichte ist auch eine Abschrift der etwaigen Obduktionsniederschrift (§ 40 Abs. 3 und 4) beizugeben. Weiters sind sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen, einer allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinisch-technischen Dienste, darzustellen;"

27. § 17 Abs. 1 lit. a und b lauten:

28. Im § 17 Abs. 1 erhält die bisherige lit. e) die Bezeichnung "g); die neuen lit. e und lit. f lauten:
"e) bei der Führung der Krankengeschichte Verfügungen des Patienten, durch die dieser für den Fall des Verlustes der Handlungsfähigkeit das Unterbleiben bestimmter Behandlungsmethoden wünscht, zu dokumentieren, um darauf bei allfälligen künftigen medizinischen Entscheidungen Bedacht nehmen zu können.

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

29. § 17 Abs. 2 erster Satz lautet:

"Krankengeschichten von stationär aufgenommenen Patienten und Operationsniederschriften sind bei ihrem Abschluß vom behandelnden Arzt, der für ihren Inhalt verantwortlich ist, und vom Abteilungsleiter zu unterfertigen."

30. § 17 Abs. 4 dritter Satz lautet:

"Ferner sind den Sozialversicherungsträgern, soweit dies zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben erforderlich ist, sowie den einweisenden oder behandelnden Ärzten über Anforderung kostenlos Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Anstaltspatienten zu übermitteln."

31. Im § 17 wird der bisherige Abs. 7 mit "(9)" bezeichnet, folgende Abs. 7 und 8 werden eingefügt:

"(7) Die Führung der Krankengeschichte obliegt hinsichtlich der Aufzeichnungen
1. gemäß Abs. 1 lit. b erster Satz dem für die ärztliche Behandlung verantwortlichen Arzt und
2. gemäß Abs. 1 lit. b letzter Satz der jeweils für die erbrachten sonstigen Leistungen verantwortlichen Person.

(8) Aufzeichnungen, die Geheimnisse betreffen, die Angehörigen des klinisch psychologischen, gesundheitspsychologischen und psy-

(2) Krankengeschichten und Operationsniederschriften sind bei ihrem Abschluß vom behandelnden Arzt, der für ihren Inhalt verantwortlich ist, und vom Abteilungsleiter zu unterfertigen.

chotherapeutischen Berufes und ihren Hilfspersonen sowie Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste in Ausübung ihres Berufes anvertraut oder bekannt geworden sind, dürfen i. Rahmen der Krankengeschichte oder der sonstigen Vormerke nach Abs. 1 lit. a nicht geführt werden."

§ 17 a

(1) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat vorzusorgen, daß die Rechte der Patienten in der Krankenanstalt beachtet werden und daß den Patienten die Wahrnehmung ihrer Rechte in der Krankenanstalt ermöglicht wird.

(2) Dies betrifft insbesondere folgende Patientenrechte:

- a) Recht auf rücksichtsvolle Behandlung;
- b) Recht auf Wahrung der Privatsphäre;
- c) Recht auf Vertraulichkeit;
- d) Recht auf fachgerechte und möglichst schmerzarme Behandlung und Pflege;
- e) Recht auf umfassende Information über Behandlungsmöglichkeiten und Risiken;
- f) Recht auf Zustimmung zur Behandlung oder Verweigerung der Behandlung;
- g) Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte bzw. auf Ausfertigung einer Kopie;
- h) Recht auf Kontakte mit den Angehörigen;
- i) Recht auf religiöse Betreuung;
- j) Recht auf vorzeitige Entlassung;
- k) Recht auf Ausstellung eines Arzibriefes;
- l) Recht auf Einbringung von Anregungen und Beschwerden;
- m) Recht auf Sterbegleitung.

32. § 17 a Abs. 1 und 2 lauten:

"(1) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat unter Beachtung des Anstaltszwecks und des Leistungsangebots vorzusorgen, daß die Rechte der Patienten in der Krankenanstalt beachtet werden und daß den Patienten die Wahrnehmung ihrer Rechte in der Krankenanstalt ermöglicht wird.

(2) Dies betrifft insbesondere folgende Patientenrechte:

- a) Recht auf rücksichtsvolle Behandlung;
- b) Recht auf ausreichende Wahrung der Privatsphäre, auch in Mehrbeträumen;
- c) Recht auf Vertraulichkeit;
- d) Recht auf fachgerechte und möglichst schmerzarme Behandlung und Pflege;
- e) Recht auf Aufklärung und umfassende Information über Behandlungsmöglichkeiten und Risiken;
- f) Recht auf Zustimmung zur Behandlung oder Verweigerung der Behandlung;
- g) Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte bzw. auf Ausfertigung einer Kopie;
- h) Recht des Patienten oder einer Vertrauensperson auf medizinische Informationen durch einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt in möglichst verständlicher und scheinungsvoller Art;
- i) Recht auf ausreichend Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten mit der Außenwelt;
- j) Recht auf Kontakt mit Vertrauenspersonen auch außerhalb der Besuchszeiten im Fall nachhaltiger Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten;
- k) Recht der zur stationären Versorgung aufgenommenen Kinder auf eine möglichst kindergerechte Ausstattung der Krankenräume;

- i) Recht auf religiöse Betreuung und psychische Unterstützung;
- m) Recht auf vorzeitige Entlassung;
- n) Recht auf Ausstellung eines Patientenbriefes;
- o) Recht auf Einbringung von Anregungen und Beschwerden;
- p) Recht auf Sterbegleitung;
- q) Recht auf würdevolles Sterben und Kontakt mit Vertrauenspersonen."

§ 22

Pflegedienst

(1) Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist eine diplomierte Krankenpflegeperson, die zur Leitung (organisation, Personalführung) geeignet ist, als hauptberufliche Leiterin des Pflegedienstes zu bestellen. Bei Verhinderung muß sie von einer geeigneten diplomierten Krankenpflegeperson vertreten werden.

33. § 22 lautet:

"Pflegedienst

Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist eine diplomierte Krankenpflegeperson, die zur Leitung (organisation, Personalführung) geeignet ist, als hauptberufliche Leiterin des Pflegedienstes zu bestellen. Bei Verhinderung muß sie von einer geeigneten diplomierten Krankenpflegeperson vertreten werden."

34. Nach § 22 werden folgende §§ 22 a bis 22 c samt Überschriften eingefügt:

"Psychotherapeutische Versorgung
und psychologische Betreuung

§ 22 a. (1) In Krankenanstalten, in denen dies auf Grund der Anstaltszwecks und des Leistungsangebots erforderlich ist, ist eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung sowie eine ausreichende klinisch psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung vorzusehen.

- a) onkologische Patienten,
- b) psychiatrische Patienten,
- c) Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen und sonstige Patienten mit besonders belastender Krankheits- bzw. Lebensproblematik und langen Aufenthalten in Krankenanstalten.

- (3) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben zumindest sicherzustellen, daß für psychotherapeutische sowie klinisch psychologische und gesundheitspsychologische Hilfen in Standardkrankenhäusern ein Dienstposten, in Schwerpunktkrankenanstalten zwei Dienstposten und in Zentralkrankenanstalten drei Dienstposten für entsprechend qualifizierte Personen bestehen.

Supervision

§ 22 b. Die Rechtsträger von Krankenanstalten, in denen dies nach Anstaltszweck und Leistungsgangebot in Betracht kommt, haben vorzusorgen, daß für die in der Krankenanstalt Beschäftigten, die einer entsprechenden Belastung ausgesetzt sind, in der Dienstzeit die Gelegenheit besteht, im erforderlichen Ausmaß an einer berufsbegleitenden Supervision teilzunehmen. Zur Durchführung der Supervision sind entsprechend ausgebildete Personen heranzuziehen.

Fortbildung

§ 22 c. (1) Der ärztliche Dienst in Krankenanstalten muß so eingereichtet sein, daß die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte sich im erforderlichen Ausmaß fortbilden können.

(2) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben sicherzustellen, daß eine regelmäßige Fortbildung des Krankenpflegepersonals, der Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste sowie des übrigen in Betracht kommenden Personals gewährleistet ist."

35. Die Überschrift zu § 24 entfällt.

36. § 24 lautet:

"§ 24. Dem Rechtsträger einer Krankenanstalt ist es verboten, selbst oder durch andere physische oder juristische Personen unsachliche oder unwahre Informationen im Zusammenhang mit dem Betrieb einer Krankenanstalt zu geben."

Werbeverbot
Jede Art der Werbung für bestimmte medizinische Behandlungsmethoden sowie für die Anwendung bestimmter Arzneimittel oder bestimmter Heilbehandlungen in Krankenanstalten ist verboten.

37. In § 30 Abs. 1 wird nach dem ersten Satz folgender Satz ein gefügt:

"Dabei sind auch der Bedarf auf dem Gebiet der Langzeitbehandlung und die in diesem Zusammenhang zu erwartende künftige Entwicklung zu berücksichtigen."

§ 36

(3) Anstaltsbedürftig sind Personen, deren auf Grund ärztlicher Untersuchung festgestellter geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Krankenanstaltspflege erfordert, sowie Personen, die ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zum Zweck einer Befundung oder einer Begutachtung in die Krankenanstalt einweist, sowie Personen, die der Aufnahme in die Krankenanstalt zur Vornahme von Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin bedürfen. Den Anstaltsbedürftigen sind gesunde Personen gleichzuhalten, die zur Vornahme einer klinischen Prüfung eines Arzneimittels oder eines Medizinprodukts in einer Krankenanstalt aufgenommen werden."

§ 38

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

§ 38

(2) Bei der Entlassung eines Patienten ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Arztbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere medizinische Betreuung maßgebenden Angaben und Empfehlungen zu enthalten hat. Dieser Arztbrief ist nach Entscheidung des Patienten diesem, dem einweisenden oder dem weiterbehandelnden Arzt zu übermitteln.

§ 38 a

"(2) Bei der Entlassung eines Patienten ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Patientenbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere medizinische und pflegerische Betreuung maßgebenden Angaben und Empfehlungen zu enthalten hat. Dieser Patientenbrief ist nach Entscheidung des Patienten diesem dem einweisenden oder dem weiterbehandelnden Arzt zu übermitteln."

40. § 38 a

"§ 38 a. (1) In Krankenanstalten sind räumliche und organisatorische Vorkehrungen zu treffen, daß das Recht auf würdevolles Sterben und Kontakt mit Vertrauenspersonen (§ 17 a Abs. lit. q) wahrgenommen werden kann.

(2) In Krankenanstalten ist dafür zu sorgen, daß Sterbebegleiter (§ 17 a Abs. 2 lit. p) ermöglicht wird."

§ 39

(1) Die Landesregierung kann einer Krankenanstalt vorschreiben, für sterbende oder für verstorbenen Patienten sowie für Personen, die während ihrer Überführung in die Krankenanstalt oder vor ihrer Aufnahme (§ 36) in dieser verstorben sind, geeignete abgesonderte Räume bereitzuhalten.

(2) Jede in einer Krankenanstalt verstorbene Person ist mit einem Hand- und Fußpaß aus widerstandsfähigem Material und mit deutlicher Beschriftung sogleich nach Eintritt des Todes zu versetzen.

(3) Die Krankenanstalt hat ohne Verzug einen der ihr bekanntgegebenen Angehörigen vom Eintritt des Todes eines Patienten mit der Aufforderung zu verständigen, spätestens innerhalb von 48 Stunden nach Erhalt der Verständigung für das Entfernen des verstorbenen Patienten zu sorgen.

§ 42

(1) In öffentlichen Krankenanstalten der im § 1 Abs. 3 Z 1 und 2 angeführten Arten sind Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen, ambulant zu untersuchen oder zu behandeln, wenn es

- a) zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe,
- b) zur Behandlung nach Erster ärztlicher Hilfe oder in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege, die im Interesse des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muß,
- c) zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen,
- d) über ärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege oder
- e) im Zusammenhang mit Organ- oder Blutspenden notwendig ist.

41. § 39 lautet:

"§ 39. (1) Die Krankenanstalt hat einen ihr bekannten Angehörige unverzüglich vom Eintritt des Todes eines Patienten zu verständigen.

(2) In Krankenanstalten ist dafür zu sorgen, daß geeignete Räume bereitgehalten werden, um den Angehörigen eine pietätvolle Abschiednahme vom Verstorbenen zu ermöglichen."

42. § 42 Abs. 1 lautet:

"(1) In öffentlichen Krankenanstalten der im § 1 Abs. 3 Z 1 und angeführten Arten sind Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen, ambulant zu untersuchen oder zu behandeln, wenn es

- a) zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe,
- b) zur Behandlung nach Erster ärztlicher Hilfe oder in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege, die im Interesse des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muß,
- c) zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen,
- d) über ärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege,
- e) im Zusammenhang mit Organ- oder Blutspenden,
- f) zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten oder
- g) für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin notwendig ist."

§ 43

Blutabnahme im Dienste der Straßenpolizei

Der Rechtsträger einer öffentlichen Krankenanstalt hat dem diensthabenden Arzt jene Einrichtungen der Anstalt zur Verfügung zu stellen, die zur Blutabnahme an den Personen erforderlich sind, die ihm gemäß § 5 Abs. 7 a der Straßeverkehrsordnung 1960 von einem Organ der Straßenaufsicht zur Blutabnahme vorgeführt werden.

Benverkehrsordnung 1960, BGBI. Nr. 159/1960 in der Fassung BGBI Nr. 518/1994, erforderlich sind."

43. § 43 lautet:

"Blutabnahme im Dienst der Straßenpolizei

§ 43. Der Rechtsträger einer öffentlichen Krankenanstalt hat dem diensthabenden Arzt jene Einrichtungen der Anstalt zur Blutabnahme zum Zweck der Bevollmächtigung des Blutalkoholgehalts nach § 5 Abs. 7 und 8 der Straßenverkehrsordnung 1960, BGBI. Nr. 159/1960 in der Fassung BGBI Nr. 518/1994, erforderlich sind."

44. § 44 a wird folgender zweiter Satz angefügt:

"Für Begleitpersonen von Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr ist kein Entgelt festzusetzen."

45. § 46 a Abs. 2 erster Satz lautet:

"Ausgenommen von der Pflicht zur Leistung des Kostenbeitrages sind Patienten, die zu einer Organspende stationär aufgenommen wurden, sowie solche, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist.

weiteres jene Patienten, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist."

§ 46 a

(2) Ausgenommen von der Pflicht zur Leistung des Kostenbeitrages sind Patienten, die zu einer Organspende stationär aufgenommen wurden, sowie solche, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist.

46. In § 47 Abs. 1 lit. b ist anstelle des zweiten Satzes folgender Satz zu setzen:

"Sobald die in einem Zeitraum von zwölf Monaten begonnenen Zeiter der Anstaltspflege die Dauer von vier Wochen, gerechnet vom Tag der ersten Einweisung, übersteigen, hat der Versicherungsträger auch für Angehörige des Versicherten die Pflegegebührenersätze zur Gänze zu entrichten; bei Anstaltspflege aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft sowie bei der Gewährung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit gemäß § 120 Abs. 2 ASVG hat der Versicherungsträger für Angehörige des Versicherten die Pflegegebührenersätze vom Tag der Einweisung an zur Gänze zu entrichten."

Ab Beginn der fünften Woche ununterbrochener Anstaltspflege hat der Versicherungsträger auch für Angehörige des Versicherten die Pflegegebührenersätze zur Gänze zu entrichten.

47. In § 47 wird folgender Abs. 4 angefügt:

"(4) Handelt es sich um einen versicherten oder um einen anspruchsberechtigten Angehörigen nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz, hat abweichend von § 47 Abs. 1 lit. b Wr. KAG der Versicherungsträger 90 % und der versicherte 10 % der den Krankenanstalten gebührenden Pflegegebührensätze zu entrichten soweit nicht im Bauern-Sozialversicherungsgesetz Ausnahmen von der Kostenbeteiligung vorgesehen sind."

48. Im § 48 Abs. 3 wird nach der Wortfolge "die auf Grund zivil-schenstaatlicher Übereinkommen über Soziale Sicherheit" folgend 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".

49. Im § 49 Abs. 5 Z 1 entfällt die Wortfolge "nach der Verordnung gemäß § 5 a Abs. 1".

50. § 51 Abs. 1 lautet:

"(1) Die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die die voraussichtlichen Pflegegebühren (Sondergebühren) sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, ist auf die Fälle der Unabwesbarkeit (§ 36 Abs. 4) beschränkt."

51. Im § 51 Abs. 3 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)

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.

§ 51

(1) Die Aufnahme fremder Staatsangehöriger, die sich nicht seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen im Bundesgebiet aufgehalten haben und welche die voraussichtlichen Pflegegebühren (Sondergebühren) bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, wird auf die Fälle der Unabwesenbarkeit (§ 36 Abs. 4) beschränkt.

Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind, und".

52. Dem § 51 Abs. 3 wird folgende Z 5 angefügt:

"5. Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind und die in Österreich einen Wohnsitz haben."

53. Nach § 58 wird folgender § 58 a eingefügt:

"§ 58 a. Verordnungen auf Grund dieses Gesetzes dürfen bereits ab dem der Kundmachung folgenden Tag erlassen werden; sie dürfen jedoch frühestens mit dem Tag in Kraft gesetzt werden, an dem das Gesetz oder die betreffenden Bestimmungen des Gesetzes in Kraft treten."

54. Im § 67 entfällt der Abs. 2 und die Bezeichnung Abs. 1.

Artikel II

- (1) Übertretungen der Bestimmungen dieses Gesetzes und der auf Grund desselben erlassenen Verordnungen und sonstigen behördlichen Anordnungen werden, sofern die Handlung oder Unterlassung nicht gerichtlich oder nach einer anderen Vorschrift mit strengerer Strafe bedroht ist, vom Magistrat mit einer Geldstrafe bis zu 30 000 S oder mit Arrest bis zu einem Monat bestraft. Liegen besonders erschwerende Umstände vor, so können Geld- und Arreststrafen nebeneinander verhängt werden.
(2) Nach wiederholter Bestrafung wegen Zu widerhandlungen gegen das Werbeverbot kann die Bestrafung der Entziehung der Betriebsbewilligung erfolgen, jede Bestrafung wegen Zu widerhandlungen gegen das Werbeverbot (§ 24) ist der Landesregierung anzuzeigen.

§ 67