

Entwurf

Gesetz, mit dem das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG geändert wird

Der Wiener Landtag hat beschlossen:

Das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG, LGBl. für Wien Nr. 23, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBl. für Wien Nr. 21/2008, wird wie folgt geändert:

Artikel I

1. *Nach § 3 Abs. 3 erster Satz wird folgender Satz eingefügt:*

„Die örtlich getrennte Unterbringung auf dem Gebiet eines anderen Bundeslandes ist zulässig.“

2. *§ 5a Abs. 1 lautet:*

„(1) Die Landesregierung hat für öffentliche allgemeine Krankenanstalten und öffentliche Sonderkrankenanstalten mit Ausnahme der Pflegeabteilungen für Psychiatrie und für private gemeinnützige allgemeine Krankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) befindet.“

3. *§ 5a Abs. 3 entfällt.*

4. *§ 7 Abs. 3 lautet:*

„(3) Die Verlegung einer Krankenanstalt an einen anderen Betriebsort bedarf einer Bewilligung der Landesregierung. Im Verfahren darüber sind die §§ 4 und 6 mit der Maßgabe sinngemäß anzuwenden, dass eine neuerliche Prüfung der Voraussetzung des § 4 Abs. 2 lit. a zum Zwecke der Verfahrensbeschleunigung entfallen kann, wenn nur eine unwesentliche Änderung des Betriebsortes erfolgt.“

5. *Nach § 7 Abs. 3 werden folgende Abs. 3a und 3b eingefügt:*

„(3a) Eine unwesentliche Änderung des Betriebsortes im Sinne des Abs. 3 kann nur dann vorliegen, wenn im Zusammenhang mit der Verlegung keine Veränderung des Leistungsangebots vorgenommen wird und keine Änderung des Einzugsgebietes und der örtlichen Gesundheitsversorgung zu erwarten ist.

(3b) Das Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 3a ist vom Antragssteller im Rahmen des Antrages auf Bewilligung der Verlegung des Betriebsortes glaubhaft zu machen.“

6. In § 10 Abs. 1 wird die Wortgruppe „den Patienten zustehenden Rechte (Patientenrechte)“ durch den Ausdruck „Patientenrechte (§ 17a)“ ersetzt.

7. § 10 Abs. 1 lit. h lautet:

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

8. § 10 Abs. 3 lautet:

„(3) Die einzelnen Abteilungen und Pflegegruppen sind hinsichtlich ihrer Bettenanzahl unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin in einer überschaubaren Größe zu halten. Sofern Betten für Patientinnen und Patienten verschiedener Abteilungen zur Verfügung stehen (interdisziplinäre Belegung), ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Patientinnen und Patienten jederzeit zweifelsfrei einer bestimmten Abteilung zugeordnet werden können.“

9. § 12 Abs. 3 erster Satz lautet:

„Für die Leitung (Organisation, Personalführung) des ärztlichen Dienstes und für die mit der ärztlichen Behandlung der Patientinnen und Patienten zusammenhängenden Aufgaben ist eine zur Leitung befähigte Person zu bestellen, welche nach dem Ärztegesetz 1998 oder dem Zahnärztegesetz berufsberechtigt ist sowie im Hinblick auf das Leistungsangebot der Krankenanstalt entsprechend fachlich geeignet ist.“

10. § 12 Abs. 5 lautet:

„(5) Bei Verhinderung der ärztlichen Leitung muss diese durch eine geeignete Person vertreten werden, welche der Landesregierung anzuzeigen ist. Die Voraussetzungen des Abs. 3 sind in der Anzeige zu bescheinigen.“

11. § 13 Abs. 3 lautet:

„(3) Behandlungen dürfen an einer Patientin oder einem Patienten nur mit deren oder dessen Einwilligung nach entsprechender Aufklärung durchgeführt werden; fehlt ihr oder ihm in diesen Angelegenheiten die im Hinblick auf die konkret vorzunehmende medizinische Behandlung erforderliche Einsichts-, Urteils-, bzw. Äußerungsfähigkeit, so ist – sofern die Vornahme der medizinischen Behandlung nicht durch eine Patientenverfügung nach dem Patientenverfügungs-Gesetz ausgeschlossen ist – die Zustimmung der gesetzlichen Vertretung erforderlich. Eine Einwilligung ist nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, dass der mit der Einholung der Einwilligung oder mit der Bestellung einer gesetzlichen Vertretung verbundene Aufschub das Leben gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit verbunden wäre. Über die Notwendigkeit oder Dringlichkeit einer Behandlung entscheidet die ärztliche Leitung der Krankenanstalt oder die Leitung der betreffenden Anstaltsabteilung.“

12. § 13a Abs. 6 lautet:

„(6) Die Rechtsträgerinnen und Rechtsträger der in Abs. 2 genannten Krankenanstalten haben die in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin stehenden Personen und die nach Abs. 5 in Ausbildung zum Facharzt anzurechnenden Personen halbjährlich

dem Amt der Landesregierung unter Angabe des Namens und des Geburtsdatums zu melden. Die Meldung hat auch eine Darstellung zu enthalten, aus der unmittelbar hervorgeht, dass die nach Abs. 1 bis 5 vorgeschriebene Mindestzahl an beschäftigten Ärztinnen und Ärzten von der Krankenanstalt erfüllt wird.“

13. § 14 Abs. 4 lautet:

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

14. Nach § 14 Abs. 4 wird folgender Abs. 4a eingefügt:

„(4a) Die Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen berechtigt, Daten der Patientinnen und Patienten indirekt personenbezogen zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten.“

15. § 15a Abs. 4 Z 7 lautet:

„7. einer Patientenvertreterin oder einem Patientenvertreter und einer Vertreterin oder einem Vertreter der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft,“

16. § 15d samt Überschrift lautet:

„§ 15d

Früherkennung von Gewalt

(1) In Zentral- sowie Schwerpunktkrankenanstalten sind Opferschutzgruppen einzurichten.

(2) Den Opferschutzgruppen obliegt die Früherkennung von sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt, insbesondere gegen Frauen, sowie die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen in Bezug auf Gewalt.

(3) Den Opferschutzgruppen haben jedenfalls folgende in der Krankenanstalt tätige Personen anzugehören:

1. eine Person mit fachärztlicher Ausbildung auf dem Gebiet der Psychiatrie,
2. eine Fachärztin oder ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
3. eine Ärztin oder ein Arzt der Erstversorgungs- oder Unfallabteilung, sofern eine solche an der Krankenanstalt vorhanden ist,
4. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Pflegedienstes und

5. eine Person, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig ist.

(4) Die Betreuung von Opfern sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt innerhalb der Familie, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, obliegt den Kinderschutzgruppen gemäß Abs. 5. Dies gilt auch für Personen, die das 18. Lebensjahr zwar vollendet haben, auf Grund deren psychischen Reifegrades jedoch die Betreuung durch die Kinderschutzgruppe angezeigt erscheint.

(5) In Sonderkrankenanstalten für Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Kinder- und Jugendchirurgie und in allgemeinen Krankenanstalten mit Abteilungen oder sonstigen bettenführenden Organisationseinheiten für die genannten Sonderfächer sind Kinderschutzgruppen einzurichten. Soweit die Wahrnehmung der Aufgaben dadurch nicht beeinträchtigt wird, können für Krankenanstalten, deren Größe keine eigene Kinderschutzgruppe erfordert, Kinderschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.

(6) Der Kinderschutzgruppe obliegt die Früherkennung von Gewalt an Kindern und Jugendlichen und die Früherkennung der Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sowie die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für Gewalt an Kindern und Jugendlichen.

(7) Der Kinderschutzgruppe haben jedenfalls folgende in der Krankenanstalt tätige Personen anzugehören:

1. eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Kinder- und Jugendchirurgie,
2. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Pflegedienstes und
3. eine Person, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig ist.

(8) Die Kinderschutzgruppe kann im Einzelfall beschließen, den zuständigen Jugendwohlfahrtsträger beizuziehen.

(9) In Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten kann anstelle einer Opferschutzgruppe und einer Kinderschutzgruppe eine Gewaltschutzgruppe eingerichtet werden, die sowohl die Aufgaben nach Abs. 2 als auch nach Abs. 6 wahrnimmt.

(10) Der Gewaltschutzgruppe gemäß Abs. 9 haben jedenfalls folgende in der Krankenanstalt tätige Personen anzugehören:

1. eine Person mit fachärztlicher Ausbildung auf dem Gebiet der Psychiatrie,
2. eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Kinder- und Jugendchirurgie,
3. eine Fachärztin oder ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
4. eine Ärztin oder ein Arzt der Erstversorgungs- oder Unfallabteilung, sofern eine solche an der Krankenanstalt vorhanden ist,
5. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Pflegedienstes und
6. eine Person, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig ist.“

17. In § 17 Abs. 1 lit. d wird nach der Wortgruppe „über die Entnahme von Organen und Organteilen nach § 62a Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten

(KAKuG)“ die Wortfolge „sowie über Entnahmen nach § 4 Abs. 5 Gewebesicherheitsgesetz“ eingefügt.

18. § 17 Abs. 1 lit. e lautet:

„e) sicherzustellen, dass Patientenverfügungen (§ 2 Abs. 1 Patientenverfügungsgesetz) durch die aufklärende Ärztin beziehungsweise den aufklärenden Arzt sowie die behandelnde Ärztin beziehungsweise den behandelnden Arzt in der Krankengeschichte dokumentiert werden.“

19. In § 17 Abs. 3 wird der Ausdruck „der Landesregierung“ durch die Wendung „dem Amt der Landesregierung“ ersetzt.

20. § 18 Abs. 1 lautet:

„(1) Jede Krankenanstalt muss über das erforderliche Verwaltungspersonal verfügen. Für Krankenanstalten mit nicht mehr als 800 Betten ist eine Person als Leiterin oder Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten zu bestellen, die auf dem Gebiet der Betriebsführung besonders ausgebildet und erfahren ist sowie zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignet ist. Für diese Krankenanstalten ist auch die Bestellung jeweils einer nach den gleichen Gesichtspunkten geeigneten Person als Leiterin oder Leiter der wirtschaftlichen und administrativen Angelegenheiten sowie als Leiterin oder Leiter der technischen Angelegenheiten zulässig; für Krankenanstalten mit mehr als 800 Betten ist eine derartige gesonderte Bestellung verpflichtend vorzunehmen. Für die Ausbildung und Fortbildung des Verwaltungspersonals ist vorzusorgen.“

21. Der bisherige § 22 wird zu Abs. 1 und folgender Abs. 2 angefügt:

„(2) Erfolgt die Beschäftigung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und von Angehörigen der Pflegehilfe im Wege der Arbeitskräfteüberlassung nach den Bestimmungen des Arbeitskräfteüberlassungsgesetzes so ist das in § 35 Abs. 2 Z 1 und in § 90 Abs. 2 Z 1 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG festgelegte Verhältnis pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten.“

22. Die Überschrift des § 23 lautet: **„Abänderung, Zurücknahme und Erlöschen von Errichtungs- und Betriebsbewilligung“**.

23. Nach § 23 Abs. 4 werden folgende Abs. 5 bis 9 angefügt:

„(5) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt oder einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten erlischt, wenn nicht binnen einer Frist von fünf Jahren ab Erlassung des Errichtungsbewilligungsbescheides ein diesbezüglicher Betriebsbewilligungsbescheid erlassen wird.

(6) Die Landesregierung hat auf Grund eines Antrages der Rechtsträgerin oder des Rechtsträgers die Frist gemäß Abs. 5 mit Bescheid um höchstens zwei Jahre zu verlängern, wenn die Durchführung eines Betriebsbewilligungsverfahrens oder die Beendigung eines anhängigen Betriebsbewilligungsverfahrens auf Grund von ihr oder

ihm nicht zu verantwortender unvorhergesehener Schwierigkeiten nicht möglich ist. Diese Umstände sind im Antrag glaubhaft darzustellen.

(7) Ab Einbringung des Antrages auf Fristverlängerung gemäß Abs. 6 bis zur rechtskräftigen Entscheidung wird der Ablauf der Frist gehemmt. Die wiederholte Erstreckung der Frist um höchstens je ein weiteres Jahr ist bei Vorliegen der genannten Voraussetzungen zulässig.

(8) Bei privaten Krankenanstalten, die nicht der Wirtschaftsaufsicht (§ 18 Abs. 5) unterliegen, erlischt die Errichtungsbewilligung der Krankenanstalt oder einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten, wenn nach Anzeige der freiwilligen Betriebsunterbrechung gemäß § 62 lit. h der Betrieb nicht innerhalb von fünf Jahren wieder aufgenommen und die Wiederaufnahme innerhalb dieser Frist der Landesregierung angezeigt wird. Die Abs. 6 und 7 sind sinngemäß anzuwenden.

(9) Wird binnen einer Frist von fünf Jahren ab Zurücknahme der Betriebsbewilligung einer Krankenanstalt oder einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten (Abs. 1, 2 oder 4) für diese nicht neuerlich eine Betriebsbewilligung erteilt, so erlischt hinsichtlich der betreffenden Krankenanstalt oder der betreffenden einzelnen Abteilungen oder anderen Organisationseinheiten die Errichtungsbewilligung. Abs. 6 ist sinngemäß anzuwenden.“

24. In § 33 Abs. 1 erster Satz wird die Wortfolge „Unterbringung von Patienten“ durch die Wortfolge „stationäre und/oder ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten“ sowie im dritten Satz das Wort „daß“ durch das Wort „dass“ sowie die Wortfolge „untergebrachten Patienten als Patienten“ durch die Wortfolge „stationär und/oder ambulant behandelten Patientinnen und Patienten als solche“ ersetzt.

25. In § 33 Abs. 2 wird das Wort „muß“ durch das Wort „muss“ ersetzt.

26. In § 33 Abs. 2 lit. b wird vor dem Wort „Patienten“ die Wortfolge „stationäre Patientinnen und“ eingefügt sowie das Wort „untergebracht“ durch die Wortfolge „stationär und/oder ambulant behandelt“ ersetzt.

27. In § 33 Abs. 2 lit. f wird das Wort „daß“ durch das Wort „dass“ ersetzt, die Wortfolge „untergebrachten Patienten“ durch die Wortfolge „stationär und/oder ambulant behandelten Patientinnen und Patienten“ ersetzt und die Wortfolge „die Aufnahme und Entlassung von Patienten“ durch die Wortfolge „deren Aufnahme und Entlassung“ ersetzt.

28. In § 33a Abs. 5 Z 3 wird nach dem 1. Satz folgender Satz eingefügt:

„Diese Vorgangsweise ist mit der Vertreterin oder dem Vertreter der Sozialversicherung nach § 33a Abs. 7 Z 4 abzustimmen.“

29. In § 33a Abs. 7 Z 3 wird der Punkt am Satzende durch einen Strichpunkt ersetzt und wird folgende Z 4 angefügt:

„4. einer Vertreterin oder einem Vertreter der Sozialversicherung.“

30. In § 40 Abs. 1 wird das Wort „gerichtlich“ durch die Wortfolge „durch die Staatsanwaltschaft“ ersetzt und der Satz „Als Leichen gelten auch nicht lebendgeborene Leibesfrüchte sowie Leichenteile.“ angefügt.

31. In § 46a Abs. 1 wird vor dem Wort „Patienten“ die Wortfolge „Patientinnen und“ eingefügt sowie das Wort „Krankenanstaltsfinanzierungsfonds“ durch das Wort „Gesundheitsfonds“ ersetzt.

32. In § 46a Abs. 1a wird die Wortfolge „2005 bis einschließlich 2008“ durch die Wortfolge „2008 bis einschließlich 2013“ ersetzt, weiters entfällt in Abs. 2 der 2. Satz und folgende Abs. 2a und 2b werden angefügt:

„(2a) Personen, deren monatliches Nettoeinkommen 853,06 Euro nicht übersteigt und die nicht gemäß Abs. 2 von der Leistung des Kostenbeitrages befreit sind, bezahlen den ermäßigten Kostenbeitrag von 6,09 Euro. Dies gilt auch für Ehepaare und Lebensgemeinschaften, deren gemeinsames monatliches Einkommen maximal 1200 Euro beträgt. Die genannten Beträge sind für jede unterhaltsberechtigten Angehörigen oder jeden unterhaltsberechtigten Angehörigen, für die oder den ein Anspruch auf Familienbeihilfe besteht, jeweils um 127 Euro zu erhöhen.

(2b) Für die Errechnung des monatlichen Nettoeinkommens nach Abs. 2a sind grundsätzlich alle einer Person oder einem Ehepaar oder Lebensgemeinschaft zufließenden geldwerten Leistungen zu berücksichtigen. Folgende Einkommen sind bei der Errechnung des monatlichen Nettoeinkommens in Abzug zu bringen:

1. Beihilfen nach dem Familienlastenausgleichsgesetz 1967 und den damit verbundenen Kinderabsetzbeträgen nach dem Einkommensteuergesetz 1988 und
2. Pflegegeld.“

33. In § 50 Abs. 1 lit. d wird der Klammersausdruck „(Art. 29 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung)“ durch den Klammersausdruck „(Art. 40 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens)“ ersetzt.

34. § 60a Abs. 1 erster Satz lautet:

„Geschlossene Bereiche dienen der Anhaltung von psychisch Kranken, auf die das Unterbringungsgesetz Anwendung findet. Geschlossene Bereiche von Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie dienen auch der Anhaltung von Personen, deren Anhaltung oder vorläufige Anhaltung gemäß § 21 Abs. 1 StGB, nach § 167a StVG. oder § 429 Abs. 4 StPO in einer Krankenanstalt oder Abteilung für Psychiatrie angeordnet wurde.“

35. In § 64d wird der Doppelpunkt am Ende des ersten Satzes durch einen Punkt ersetzt, weiters entfällt die Wendung „zu folgenden Terminen“ sowie die Z 1 und die Z 2.

36. § 71 lautet:

„§ 71

Verweisungen

Soweit in diesem Gesetz auf bundesrechtliche Vorschriften verwiesen wird, sind diese in folgender Fassung anzuwenden:

1. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955, in der Fassung BGBl. I Nr. 289/2008;
2. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG, BGBl. Nr. 450/1994, in der Fassung BGBl. II Nr. 13/2007;
3. Asylgesetz 2005 – AsylG 2005, BGBl. I Nr. 100, in der Fassung BGBl. I Nr. 4/2008;
4. Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169, in der Fassung BGBl. I Nr. 57/2008;
5. Arbeitskräfteüberlassungsgesetz – AÜG, BGBl. Nr. 196/1988, in der Fassung BGBl. I Nr. 82/2008;
6. Bundesgesetz über den Schutz personenbezogener Daten (Datenschutzgesetz 2000 - DSGVO 2000), BGBl. I Nr. 165/1999, in der Fassung BGBl. I Nr. 2/2008;
7. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, in der Fassung BGBl. I Nr. 179/2004;
8. Bundesgesetz über die Ausübung des zahnärztlichen Berufs und des Dentistenberufs (Zahnärztegesetz – ZÄG), BGBl. Nr. I Nr. 126/2005, in der Fassung BGBl. I Nr. 102/2008;
9. Bundesgesetz über die Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Gewinnung, Verarbeitung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Zellen und Geweben zur Verwendung beim Menschen (Gewebesicherheitsgesetz-GSG), BGBl. I Nr. 49/2008;
10. Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. Nr. 460/1992, in der Fassung BGBl. I Nr. 101/2008;
11. Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfedienste (MTF-SHD-G), BGBl. Nr. 102/1961, in der Fassung BGBl. I Nr. 57/2008;
12. Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997, in der Fassung BGBl. I Nr. 101/2008;
13. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl. I Nr. 49/2008;
14. Bundesgesetz vom 7. Juli 1988 über die Besteuerung des Einkommens natürlicher Personen (Einkommensteuergesetz 1988 - EStG 1988), BGBl. Nr. 400, in der Fassung BGBl. I Nr. 85/2008;
15. Bundesgesetz vom 24. Oktober 1967 betreffend den Familienlastenausgleich durch Beihilfen (Familienlastenausgleichsgesetz 1967), BGBl. Nr. 376, in der Fassung BGBl. I Nr. 103/2007;
16. Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz – GESG, BGBl. I Nr. 63/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 49/2008;
17. Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz – MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 57/2008;
18. Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG, BGBl. I Nr. 55/2006;

19. Strafgesetzbuch – StGB, BGBl. Nr. 60/1974, in der Fassung BGBl. I Nr. 112/2007;
20. Strafprozessordnung 1975 (StPO), BGBl. Nr. 631, in der Fassung BGBl. I Nr. 109/2007;
21. Strafvollzugsgesetz – StVG., BGBl. Nr. 144/1969, in der Fassung BGBl. I Nr. 109/2007;
22. Strahlenschutzgesetz - StrSchG, BGBl. Nr. 227/1969, in der Fassung BGBl. I Nr. 13/2006;
23. Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO 1960, BGBl. Nr. 159, in der Fassung BGBl. I Nr. 2/2008;
24. Unterbringungsgesetz - UbG, BGBl. Nr. 155/1990, in der Fassung BGBl. I Nr. 12/1997;
25. Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 1997 – VRV 1997, BGBl. Nr. 787/1996, in der Fassung BGBl. II Nr. 118/2007;
26. Zivilprozessordnung - ZPO, RGBL. 113/1895, in der Fassung BGBl. I Nr. 7/2006.“

Artikel II

§ 75 lautet:

„§ 75

Inkrafttreten und zeitlicher Geltungsbereich der Novelle LGBl. für Wien Nr. ../2008

- (1) Die §§ 14 Abs. 4a und 22 Abs. 2 sowie die Änderungen der §§ 3 Abs. 3, 10 Abs. 1, 13 Abs. 3, 14 Abs. 4, 17 Abs. 1 lit. e, 33 Abs. 1 und 2, 60a Abs. 1 treten mit 27. Jänner 2007 in Kraft.
- (2) Die Änderungen der §§ 5a Abs. 1, 10 Abs. 3, 33a Abs. 5 und 7 sowie 40 Abs. 1 treten mit 1. Jänner 2008 in Kraft.
- (3) Die Änderung des § 17 Abs. 1 lit. d tritt mit 20. September 2008 in Kraft.
- (4) Die §§ 7 Abs. 3a und 3b, 23 Abs. 5 bis 9, 46a Abs. 2a, 46a Abs. 2b sowie die Änderungen der §§ 5a Abs. 3, 7 Abs. 3, 12 Abs. 3, 12 Abs. 5, 13a Abs. 6, 15a Abs. 4 Z 7, 15d, 17 Abs. 3, 18 Abs. 1, 23 (Überschrift), 46a Abs. 1, 46a Abs. 1a, 46a Abs. 2, 50 Abs. 1 lit. d, 64d und 71 treten mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.
- (5) § 23 in der Fassung dieses Landesgesetzes ist auf zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens der Bestimmung bereits bestehende Errichtungsbewilligungen nicht anzuwenden, sofern in Bezug auf die betreffenden Krankenanstalten oder einzelnen Abteilungen oder anderen Organisationseinheiten Betriebsbewilligungsverfahren anhängig sind. Hinsichtlich dieser Errichtungsbewilligungen ist § 23 in der bisher geltenden Fassung bis zum Abschluss des Betriebsbewilligungsverfahrens anzuwenden. Hinsichtlich der übrigen zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des § 23 bereits erteilten Errichtungsbewilligungen ist § 23 in der Fassung dieses Landesgesetzes ab 1. Jänner 2010 anzuwenden.“

VORBLATT

Probleme:

Auf Grund der grundsatzgesetzlichen Bestimmungen des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten, welche mit dem Gesundheitsrechtsänderungsgesetz 2006 – GRÄG 2006, BGBl. I Nr. 122/2006, und dem Bundesgesetz zur Anpassung von Rechtsvorschriften an die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008 bis 2013, BGBl. I Nr. 101/2007, sowie dem Gewebesicherheitsgesetz-GSG und Änderung des Arzneimittelgesetzes, des Fortpflanzungsmedizinengesetzes, des Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetzes und des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. I Nr. 49/2008, in das KAKuG aufgenommen wurden, entsprechen die Bestimmungen des Wiener Krankenanstaltengesetzes 1987 in der geltenden Fassung teilweise nicht mehr den grundsatzgesetzlichen Vorgaben.

Ziele:

Ziel dieser Novelle ist es einerseits der Verpflichtung des Landes Wien als Ausführungsgesetzgeber nachzukommen und die vorgenannten grundsatzgesetzlichen Adaptierungen umzusetzen sowie einige Änderungen, deren Zweckmäßigkeit sich aus der Vollzugspraxis ergeben haben, umzusetzen.

Darüber hinaus soll die schon jetzt im Rahmen des Wiener Krankenanstaltenverbundes praktizierte Betreuung von Gewaltopfern (insbesondere Frauen) durch die gesetzliche Normierung von Opferschutzgruppen (zusätzlich zu den bereits geregelten Kinderschutzgruppen) intensiviert werden, um eine Verbesserung des Gewaltschutzes in Wien zu erreichen.

Inhalt/Problemlösung:

Umsetzung der vom Bundesgesetzgeber geschaffenen Grundsatzbestimmungen sowie Umsetzung der Änderungen zur Verbesserung des Gewaltschutzes sowie zur Optimierung des Ablaufes von Bewilligungsverfahren nach dem Wiener Krankenanstaltengesetz 1987.

Alternativen:

Hinsichtlich der Ausführung grundsatzgesetzlicher Bestimmungen bestehen keine Alternativen. Die übrigen Änderungen sind zum Zwecke der Optimierung von Verwaltungsabläufen geboten.

Auswirkungen des Regelungsvorhabens:Finanzielle Auswirkungen:

Auf Grund der vorliegende Novelle ergibt sich für das Land Wien eine geringfügige Ersparnis im Bereich der Vollziehung.

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

Wirtschaftspolitische Auswirkungen:*Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Wien:*

Auswirkungen auf die Beschäftigung in Krankenanstalten und auf den Wirtschaftsstandort Wien sind durch diese Novelle nicht zu erwarten.

Sonstige wirtschaftspolitische Auswirkungen:

Auf gegenständliche Novelle zurückzuführende wirtschaftspolitische Auswirkungen sind nicht zu erwarten.

Auswirkungen in umweltpolitischer, konsumentenschutzpolitischer sowie sozialer Hinsicht:

Auswirkungen in umweltpolitischer, konsumentenschutzpolitischer sowie sozialer Hinsicht sind auf Grund der gegenständlichen Novelle nicht zu erwarten.

Geschlechtsspezifische Auswirkungen:

Die geplante gesetzliche Reglementierung von Opferschutzgruppen kommt auf Grund der Tatsache, dass Frauen häufiger Gewaltopfer sind als Männer eher den in Wien lebenden Frauen zu gute. Die übrigen Regelungen dieser Novelle haben keine geschlechtsspezifischen Auswirkungen.

Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

Der Entwurf enthält eine Regelung, welche eine grundsatzgesetzliche Regelung ausführt, die zur Umsetzung der Richtlinie 2004/23/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen, ABl. L 102 S. 48 vom 7.4.2004 und den dazu ergangenen Durchführungs- und Umsetzungsrichtlinien (2006/17/EG und 2006/86/EG) geschaffen wurde.

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:

Keine.

ERLÄUTERUNGEN

Zum Gesetz, mit dem das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG geändert wird

I. Allgemeiner Teil

1. Ausführung der im Rahmen des Gesundheitsrechtsänderungsgesetzes 2006, BGBl. I Nr. 122/2006 sowie mit dem Gewebesicherheitsgesetz-GSG und Änderung des Arzneimittelgesetzes, des Fortpflanzungsmedizingesetzes, des Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetzes und des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. I Nr. 49/2008, vorgenommenen Novellierungen des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG):

Die wesentlichen Änderungen, die auf Grund der bezeichneten Novellierung des KAKuG notwendig sind, betreffen:

- Führung von dislozierten Abteilungen von Krankenanstalten auf dem Gebiet eines anderen Bundeslandes;
- Ausdrückliche Normierung, dass in der Krankenanstaltenordnung Räume festzulegen sind, in denen das Rauchen gestattet ist;
- Ausdrückliche Regelung über die Aufgaben des Hygieneteams im Zusammenhang mit der Überwachung nosokomialer Infektionen;
- Klarstellung, dass das in den einschlägigen Berufsgruppengesetzen festgelegte Verhältnis für die Beschäftigung von Leiharbeitskräften in Krankenanstalten pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten ist;
- Klarstellung, dass geschlossene Bereiche von Krankenanstalten für Psychiatrie auch der Aufnahme von Personen dienen, deren Anhaltung dort gemäß § 21 StGB und § 429 StPO angeordnet wurde;
- Anpassungen an das Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG), BGBl. I Nr. 55/2006.
- Festlegung, dass auch über Zell- und Gewebeentnahmen nach § 4 Abs. 5 Gewebesicherheitsgesetz – GSG, BGBl. I Nr. 49/2008, Niederschriften zur Krankengeschichte zu dokumentieren sind.

2. Ausführung der im Rahmen des Bundesgesetz zur Anpassung von Rechtsvorschriften an die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008 bis 2013, BGBl. I Nr. 101/2007, vorgenommenen Novellierung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG):

- Präzisierung und Klarstellung der Voraussetzungen der Zulässigkeit einer interdisziplinären Bettenbelegung;
- Erlassung eines Krankenanstaltenplanes, der sich im Rahmen des ÖSG befindet;
- Verankerung, dass in die Arzneimittelkommission eine Vertreterin oder ein Vertreter der Sozialversicherung aufzunehmen ist.

Die in gegenständlicher Novelle vorgesehenen neuen Bestimmungen sind durchgängig geschlechtsneutral formuliert. Eine Überarbeitung der übrigen Bestimmungen des Wiener Krankenanstaltengesetzes 1987 hinsichtlich der anzustrebenden geschlechtsneutralen Formulierung wird für einen späteren Zeitpunkt vorgemerkt, da eine Gesamtüberarbeitung des Wr. KAG einen hohen Zeitaufwand erfordert und auf Grund zum Teil bereits abgelaufener grundsatzgesetzlicher Umsetzungsfristen das ehestmögliche In-Kraft-Treten der gegenständlichen Novelle angezeigt ist.

3. Weitere Änderungen:

Im Wesentlichen sind folgende weitere Änderungen vorgesehen:

- Schaffung der Option für die Behörde zum Zwecke der Verfahrensbeschleunigung bei unwesentlichen Betriebsortsverlegungen von Krankenanstalten auf eine neuerliche Prüfung der Bedarfsfrage zu verzichten;
- Erlöschen der Errichtungsbewilligung von Krankenanstalten, wenn nicht binnen einer Frist von fünf Jahren die Betriebsbewilligung erteilt wird;
- Festlegung, dass die mehr als fünfjährige freiwillige Betriebsunterbrechung bei den nicht der Wirtschaftsaufsicht unterliegenden Privatkrankenanstalten als Auflassung der Krankenanstalt gilt;
- Klarstellung, dass der ärztliche Leiter einer Krankenanstalt auch in fachlicher Hinsicht auf einem Gebiet des medizinischen Leistungsangebotes der Krankenanstalt qualifiziert sein muss;
- Schaffung von Opferschutzgruppen zur Früherkennung familiärer Gewalt, insbesondere gegen Frauen;
- Ermöglichung der Trennung der Funktion des technischen Direktors sowie des Verwaltungsdirektors auch bei Krankenanstalten mit weniger als 800 Betten.

II. Finanzielle Erläuterungen

a) Auf Grund der Ausführungsbestimmungen zu den mit dem Gesundheitsrechtsänderungsgesetz 2006 und dem Bundesgesetz zur Anpassung von Rechtsvorschriften

an die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008 bis 2013 ins KAKuG aufgenommen Bestimmungen sind keine finanziellen Auswirkungen in der Vollziehung zu erwarten:

Hinsichtlich der in Bezug auf das Hygieneteam novellierten Bestimmungen des KAKuG ist anzumerken, dass gemäß § 14 Abs 4 Wr. KAG die Hygieneteams der Krankenanstalten bereits auf Grund der derzeitigen Rechtslage verpflichtet sind alle Maßnahmen, die der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und der Gesunderhaltung dienen, durchzuführen.

Gemäß § 15b Wr. KAG sind die Krankenanstalten schon auf Grund der derzeitigen Rechtslage zu umfassenden Maßnahmen der Qualitätssicherung verpflichtet, was hinsichtlich der Belange der Hygiene eine kontinuierliche Teilnahme an einem anerkannten Surveillance-System zwingend mitumfasst. Nach international anerkanntem Konsens ist die kontinuierliche Infektionsüberwachung nämlich eines der zentralen Elemente in der Krankenhaushygiene. Die diesbezügliche Novellierung des KAKuG stellt daher lediglich eine Konkretisierung einer bereits schon vorher verpflichtend durchzuführenden Aufgabe der Hygiene dar.

Auf Grund der neu geschaffenen Verpflichtung zur Festlegung eines Raucherraumes in den Anstaltsordnungen der Krankenanstalten ist mit keinen Mehrkosten zu rechnen, da zum einen davon auszugehen ist, dass bereits jetzt im Großteil der Krankenanstalten ein Bereich existiert, in dem das Rauchen für Personal und/oder Patientinnen und Patienten möglich ist und zum anderen auch in Krankenanstalten, wo dies bis dato nicht der Fall sein sollte, nicht davon auszugehen ist, dass erwähnenswerte kostenverursachende räumliche Adaptierungen in diesem Zusammenhang notwendig sind, zumal weder die Größe noch die Lage und Beschaffenheit des einzurichtenden Raucherraumes vom Gesetz vorgegeben werden.

Die Festlegung, dass das in den einschlägigen Berufsgruppengesetzen festgelegte Verhältnis für die Beschäftigung von Leiharbeitskräften in Krankenanstalten pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten ist sowie, dass geschlossene Bereiche von Krankenanstalten für Psychiatrie auch der Aufnahme von Personen dienen, deren Anhaltung dort gemäß § 21 StGB und § 429 StPO angeordnet wurde, haben bloßen deklarativen Charakter, da diese Verpflichtungen bereits auf Grund der geltenden Rechtslage bestehen.

Auf Grund der Anpassungen an das Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG), BGBl. I Nr. 55/2006, ergeben sich keine Mehrkosten in der Vollziehung, da schon auf Grund der in Geltung stehenden Rechtslage die Vorgaben des Patientenverfügungsgesetzes in Krankenanstalten zu beachten sind. Die nunmehrige ausdrücklich normierte Verpflichtung zur Anwendung des PatVG besitzt insofern lediglich klarstellenden Charakter.

b) Auf Grund der übrigen Novellierungen sind folgende finanzielle Auswirkungen für die Stadt Wien zu erwarten:

Hinsichtlich der Schaffung von Opferschutzgruppen in den Zentral- und Schwerpunktkrankenhäusern zur Gewaltfrüherkennung, insbesondere gegen Frauen, ist auszuführen, dass im Jahr 2001 im Sozialmedizinischen Zentrum Ost – Donauespital ein Projekt mit 4-jähriger Laufzeit an sechs Wiener Schwerpunktspitälern durchge-

führt wurde, das zum Ziel hatte, das medizinische Personal im Umgang mit Gewaltopfern zu sensibilisieren und opferspezifische Versorgungsstandards zu etablieren. Dabei wurden in zwei Spitälern „fixe“ Opferschutzgruppen eingerichtet, die Zusammenarbeit zwischen Spitälern und extramuralen Einrichtungen vertieft sowie Standards bei der Erstversorgung implementiert.

Insbesondere vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass bei dem in Frage kommenden Personal bereits grundlegende einschlägige Kenntnisse vorhanden sind. Zudem können Synergieeffekte auf Grund der Möglichkeit der Zusammenlegung der Opferschutzgruppen mit den bereits bestehenden Kinderschutzgruppen genützt werden.

Die Konzeption der Gewaltfrüherkennung beruht darauf, dass die Mitglieder der Opfer- und Kinderschutzgruppen mit Hilfe ihres besonderen Wissens, welches sie auf Grund ihrer Ausbildung bzw. beruflichen Tätigkeit besitzen, darauf hinwirken, dass im Rahmen der Ausübung der gesundheitsberuflichen Aufgabengebiete in den Krankenanstalten eine allgemeine Sensibilisierung für das Thema erfolgt und Betroffene somit eher eine geeignete Erstversorgung in den Krankenanstalten erfahren und in weiterer Folge an die zuständigen Stellen weiterverwiesen werden. Zusätzliche Personalschulungskosten bzw. die Aufnahme zusätzlichen Personals sind auf Grund der Konzeption und Intention dieser Bestimmungen nicht zu erwarten.

Im Zusammenhang mit der geplanten Regelung des Erlöschens der Errichtungsbewilligung von Krankenanstalten für den Fall, dass nicht binnen einer Frist von fünf Jahren die Betriebsbewilligung erteilt wird, ist die Möglichkeit einer bescheidmäßigen Prolongierung der Frist vorgesehen.

Auf Grund dieses Umstandes ist jedoch nicht mit der Entstehung eines zusätzlichen Verwaltungsaufwandes zu rechnen, da auch schon bisher in Fällen, in denen die Betriebsbewilligung nicht in zeitnahe Zusammenhang mit der Errichtungsbewilligung erteilt worden ist, ein administrativer Aufwand für die Magistratsabteilung 40 in Form der Evidenthaltung sowie der wiederholten schriftlichen Korrespondenz mit dem Bewilligungsinhaber und der Durchführung von Erhebungen entstanden ist. Zudem hat nach der geplanten Regelung entweder der Antragssteller die Verfahrensverzögerungsgründe glaubhaft zu machen bzw. gehen diese aus der Aktenlage hervor, sodass auf Grund der Neuregelung nicht mit der Notwendigkeit von zusätzlichem Verfahrensaufwand zu rechnen ist.

Vielmehr ist auf Grund des vorgesehenen Grundsatzes des ex-lege-Erlöschens der Errichtungsbewilligung durch Zeitablauf davon auszugehen, dass im Allgemeinen seitens der Rechtsträgerinnen und Rechtsträger auf eine Verfahrensbeschleunigung hingewirkt wird, da eine Verlängerung der Frist nur bei Vorliegen wichtiger Gründe in Betracht kommt und somit die Gefahr des Erlöschens der Errichtungsbewilligung gegeben ist. Durch die zu erwartende gestraffte Verfahrensabwicklung wird zukünftig auf Seiten der Stadt Wien eine derzeit nicht genau zu beziffernde Kostenersparnis eintreten.

Auf Grund der neu geschaffenen Möglichkeit des Entfallens der Bedarfsprüfung in Fällen der bloß geringfügigen Standortverlegung ist von einer Kostenersparnis auszugehen. Die Stellungnahme des medizinischen Amtssachverständigen zur Bedarfsfrage wird in diesen Fällen nicht mehr notwendig sein. Die genaue Kostenersparnis

kann mangels des Vorliegens von diesbezüglichen Erfahrungswerten nicht beziffert werden.

Insgesamt ergeben sich auf Grund der geplanten Neuregelungen somit nur geringfügige finanzielle Auswirkungen für die Stadt Wien. Mehrkosten sind keine zu erwarten.

Für den Bund und andere Gebietskörperschaften entstehen keine zusätzlichen Kosten.

III. Besonderer Teil

Zu Artikel I:

Zu Z 1 (§ 3 Abs. 3):

Es handelt sich um die Umsetzung des mit dem Gesundheitsrechtsänderungsgesetz 2006, BGBl. I Nr. 122/2006, abgeänderten § 2a Abs. 3 KAKuG. Nach dieser Bestimmung kann die Landesgesetzgebung bestimmen, dass die dislozierte Führung von Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten auch auf dem Gebiet eines anderen Bundeslandes oder Staates zulässig ist.

Die Umsetzung der in § 3b KAKuG neu geschaffenen Möglichkeit der Führung dislozierter Abteilungen auf dem Gebiet eines anderen Staates scheidet für den Bereich des Landes Wien aus, da – wie aus den Ausführungen zum Grundsatzgesetz hervorgeht – bei der dislozierten Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten im Inland – Entfernungen, deren Distanz über Grenznähe hinausgeht, zwischen Krankenanstalt und dislozierter Organisationseinheit ausscheiden.

In diesem Lichte kommt für den Bereich des Landes Wien eine Dislozierung nur für das grenznahe Gebiet des Bundeslandes Niederösterreich in Betracht, weshalb eine Umsetzung der Grundsatzbestimmungen betreffend die Dislozierung in andere Staaten nicht erfolgen kann.

Zu Z 2 (§ 5a Abs. 1):

Mit dieser Bestimmung wird der mit dem Bundesgesetz zur Anpassung von Rechtsvorschriften an die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008 bis 2013, BGBl. I Nr. 101/2007, geänderte § 10a Abs. 1 KAKuG im Wr. KAG umgesetzt. Mit dieser Bestimmung wird die Landesregierung verpflichtet für öffentliche allgemeine Krankenanstalten und öffentliche Sonderkrankenanstalten mit Ausnahme der Pflegeabteilungen für Psychiatrie und für private gemeinnützige allgemeine Krankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) befindet.

Zu Z 3 (Entfall des § 5a Abs. 3):

Nach der Bestimmung des § 5a Abs. 3 Wr. KAG haben die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten jährlich bis zum 31. März für das vorhergehende Jahr die Anzahl der stationären Aufnahmen und die Anzahl der Pflage tage je Abteilung, getrennt

nach Patienten, die ihren Hauptwohnsitz in Wien haben, und solchen, die ihren Hauptwohnsitz nicht in Wien haben, der Landesregierung schriftlich zu melden.

Eine grundsatzgesetzliche Vorgabe im KAKuG für diese Meldepflicht existiert nicht. Auf Grund der im Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996 i.d.g.F., im Zusammenhang mit dem leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystem detailliert geregelten umfangreichen Meldepflichten der Krankenanstaltenträger erscheint die Bestimmung des § 5a Abs. 3 Wr. KAG obsolet und wird daher aufgehoben.

Zu Z 4 und Z 5 (§ 7 Abs. 3, Abs. 3a und 3b):

Auf Grund der derzeitigen Rechtslage ist anlässlich jeder Verlegung des Betriebsortes einer Krankenanstalt die Bedarfsfrage neu zu prüfen. In der Verwaltungspraxis hat es jedoch wiederholt Konstellationen gegeben, in welchen nur eine unwesentliche Verlegung des Betriebsortes ohne jegliche Änderung des Leistungsangebotes erfolgt ist. Die neuerliche Durchführung der Bedarfsprüfung hat sich in diesen Fällen im Sinne der Verfahrensökonomie als wenig zweckmäßig erwiesen.

Solche unwesentlichen Betriebsortsverlegungen werden beispielsweise oft nur vorgenommen, weil am neuen Standort die vom Gesetz und in Sozialversicherungsverträgen vorgeschriebenen Auflagen im Hinblick auf die Schaffung barrierefreier Zugänge und Einrichtungen (z.B. Behindertengleichstellungsgesetz) leichter erfüllt werden können. Oftmals sind derartige Adaptierungen an historisch gewachsenen Standorten gar nicht möglich. In diesen Fällen erscheint der Verfahrensaufwand für die neuerliche Prüfung der Bedarfsfrage nicht gerechtfertigt.

Bei reinen „Übersiedlungsfällen“ in den unmittelbaren Nahbereich, ist davon auszugehen, dass auch bereits auf Grund der geltenden Rechtslage eine neuerliche Bedarfsprüfung entfallen könnte. Zur Klarstellung soll dies ausdrücklich gesetzlich geregelt werden.

Ob die notwendigen gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, ist durch die Behörde auf Grundlage der im Rahmen des Antrages auf Verlegung des Betriebsortes beizubringenden Bescheinigungsmittel zu beurteilen.

Zu Z 7 (§ 10 Abs. 1 lit. h):

Es handelt sich um die Ausführung des mit dem Gesundheitsrechtsänderungsgesetz 2006, BGBl. I Nr. 122/2006, neu formulierten § 6 Abs. 1 lit. e KAKuG.

Nach den Erläuterungen zur Regierungsvorlage ist im Rahmen der Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit dem Rauchen dem geltenden Tabakgesetz Rechnung zu tragen und im Interesse der Patientinnen und Patienten aber auch der in der Krankenanstalt Beschäftigten vorzusehen, dass in der Krankenanstaltenordnung Räume festzulegen sind, in denen das Rauchen gestattet ist (als Ausnahme zum grundsätzlichen Rauchverbot).

Zu Z 8 (§ 10 Abs. 3):

Mit dieser Bestimmung wird der mit dem Bundesgesetz zur Anpassung von Rechtsvorschriften an die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008 bis 2013, BGBl. I Nr. 101/2007, geänderte § 6 Abs. 2 KAKuG im Wr. KAG umgesetzt. Die bisherigen Bestimmungen zur Anstaltsordnung werden um eine Regelung zur interdisziplinären Bettenbelegung ergänzt. Damit soll klargestellt werden, dass die Führung von gemischten Stationen insoweit zulässig ist, als sich auf Grund der organisatorisch getroffenen Maßnahmen stets eine zweifelsfreie Zuordenbarkeit des jeweiligen Pfeglings zu einer bestimmten Abteilung ergibt. Dies ist vor allem im Hinblick auf die Wahrnehmung der fachärztlichen Verantwortung notwendig.

Zu Z 9 und Z 10 (§ 12 Abs. 3 und 5):

Wie die Verwaltungspraxis gezeigt hat, trat insbesondere bei kleineren Krankenanstalten mit beschränktem Leistungsangebot wiederholt die Situation ein, dass die für die Bestellung beantragte ärztliche Leitung in medizinisch-fachlicher Hinsicht keine bzw. keine ausreichenden Qualifikationen in Bezug auf das Leistungsangebot der Krankenanstalt aufweisen konnte.

Schon die ratio des bisherigen Wortlautes („für die mit der ärztlichen Behandlung der Patienten zusammenhängenden Aufgaben“) umfasste das Kriterium der einschlägigen medizinischen fachlichen Qualifikation. Dieses Erfordernis soll nunmehr im Gesetzeswortlaut eindeutig klargestellt werden.

Weiters wird nunmehr ausdrücklich klargestellt, dass auch die Stellvertreterin/der Stellvertreter der ärztlichen Leiterin/des ärztlichen Leiters dieselben Voraussetzungen wie die ärztliche Leiterin oder der ärztliche Leiter zu erfüllen hat.

Zu Z 11 (§ 13 Abs. 3):

Es handelt sich um die Ausführung des mit dem Gesundheitsrechtsänderungsgesetz 2006, BGBl. I Nr. 122/2006, neu gefassten § 8 Abs. 3 KAKuG.

Der Hinweis auf die Möglichkeit des Bestehens von Patientenverfügungen erfolgt vor dem Hintergrund des mit 1. Juni 2006 in Kraft getretenen Patientenverfügungsgesetzes.

Weiters wird entsprechend dem Grundsatzgesetz klargestellt, dass über die Notwendigkeit oder Dringlichkeit einer Behandlung von nicht Einwilligungsfähigen die ärztliche Leitung der Krankenanstalt oder die verantwortliche Ärztin/der verantwortliche Arzt der betreffenden Anstaltsabteilung entscheidet.

Zu Z 12 (§ 13a Abs. 6):

Bei dieser Bestimmung handelt es sich um die Umsetzung der Grundsatzbestimmung des § 196 Ärztegesetz 1998.

Bei der Aufgabe der Kontrolle, ob die erforderliche Anzahl an ärztlichen Ausbildungsstellen eingehalten wird, handelt es sich typischerweise um eine administrative Auf-

gabe eines Hilfsorganes. Die entsprechenden Meldungen sollen daher hinkünftig an das Amt der Wiener Landesregierung übermittelt werden. Weiters wird nunmehr auch der Inhalt dieser Meldungen näher determiniert.

Zu 13 und Z 14 (§ 14 Abs. 4 und Abs. 4a):

Es handelt sich um die Ausführung des mit dem Gesundheitsrechtsänderungsgesetz 2006, BGBl. I Nr. 122/2006, neu gefassten § 8a Abs. 4 und Abs. 4a KAKuG.

Die Krankenanstalten sind bereits nach geltender Rechtslage zur Überwachung nosokomialer Infektionen verpflichtet. Insofern ist die Einführung des Wortes „Überwachung“ bei den Aufgaben des Hygieneteams lediglich als Klarstellung zu verstehen. Erfassen und Vergleichen der eigenen Ergebnisse über die Zeit ist ein Grundelement der Surveillance und eine wichtige Basis für qualitätsbewusste Prozesssteuerung. Zu einer effizienten Überwachung gehört allerdings – neben einer anerkannten Methodik – auch ein Vergleich der eigenen Ergebnisse mit denen anderer, vergleichbarer Institutionen.

Aus diesen Gründen ist vorgesehen, dass die Teilnahme an einem international anerkannten, dem Stand der Wissenschaften entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen hat.

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

Die Infektions-Surveillance ist vom Hygieneteam zu initiieren und zu begleiten. Sie liegt jedoch im Verantwortungsbereich der betroffenen Abteilung oder Krankenanstalt. Die Bewertung der Ergebnisse erfolgt gemeinsam mit dem Hygieneteam und den Abteilungen. Das Setzen daraus folgender Schritte liegt ebenfalls in der Verantwortung der Abteilungen und der Führung der Krankenanstalt.

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

Weiters wird das datenschutzrechtliche Prozedere im Zusammenhang mit der Überwachung/Surveillance von nosokomialen Infektionen geregelt. Hierbei wird klargestellt, dass die Daten von Patientinnen und Patienten nur indirekt personenbezogen verarbeitet werden dürfen. Eine Weiterleitung der von den Krankenanstalten verarbeiteten Daten an Dritte ist nur nach deren Anonymisierung, d.h. Entfernung des Personenbezuges, zulässig. Derartige Daten sind nicht datenschutzrelevant und können daher ohne Einschränkung an Dritte weitergeleitet werden.

Zu Z 15 (§ 15a Abs. 4 Z 7):

Die Anpassung des Wortlautes erfolgt vor dem Hintergrund der mit dem Gesetz über die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft, LGBl. für Wien Nr. 59/2006, neu geschaffenen „Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft“.

Zu Z 16 (§ 15d):

Mit dem Ziel der Früherkennung von Gewalt werden – vor dem Hintergrund langjähriger positiver Projektserfahrungen mit bereits im Jahr 2001 in zwei Schwerpunktspitätern der Stadt Wien eingerichteten Opferschutzgruppen – nunmehr in allen Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten Opferschutzgruppen eingeführt.

Die Einrichtung von Opferschutzgruppen hat insbesondere die Bekämpfung familiärer Gewalt, die sich oft gegen Frauen richtet, zum Ziel. Vor dem rechtlichen Hintergrund des § 17a Wr. KAG, welcher den Patientinnen und Patienten das Recht auf rücksichtsvolle Behandlung, das Recht auf psychische Unterstützung, das Recht auf Aufklärung und umfassende Information über Behandlungsmöglichkeiten und Risiken sowie das Recht des Patienten oder einer Vertrauensperson auf medizinische Informationen durch einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt in möglichst verständlicher und schonungsvoller Art einräumt, erscheint eine umfassende Betreuung von Gewaltopfern in organisierter Form rechtlich geboten.

Zudem ist erwiesen, dass sexuelle, körperliche oder psychische Gewalt zu gesundheitlichen Folgeschäden führt. Durch die neu geschaffenen Opfergruppen ist die Erzielbarkeit einer Kostenreduktion in diesem Bereich zu erwarten.

Zur Ausnützung von Synergieeffekten zwischen den bestehenden Kinderschutzgruppen und den neu zu schaffenden Opferschutzgruppen wird die Möglichkeit der Zusammenfassung der beiden Teams zu einheitlichen Gewaltschutzgruppen vorgesehen, die sowohl die Aufgaben der Opfer- als auch der Kinderschutzgruppen wahrnehmen.

Zu Z 17 (§ 17 Abs. 1 lit. d):

Die Änderung ist auf Grund der Novellierung des § 10 Abs. 1 Z 6 KAKuG erforderlich (BGBl. I Nr. 49/2008). Die Anpassung des KAKuG erfolgte im Rahmen der Umsetzung der Richtlinie 2004/23/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen, ABl. L 102 S. 48 vom 7.4.2004, und den dazu ergangenen Durchführungs- und Umsetzungsrichtlinien (2006/17/EG und 2006/86/EG).

Zu Z 18 (§ 17 Abs. 1 lit. e):

Es handelt sich um die Ausführung des mit dem Gesundheitsrechtsänderungsgesetz 2006, BGBl. I Nr. 122/2006, neu gefassten § 10 Abs. 1 Z 7 KAKuG.

Bei der Führung der Krankengeschichten wird hinsichtlich der in der Krankengeschichte zu dokumentierenden Patientenverfügungen auf die Definition des § 2 Abs. 1 Patienten-Verfügungsgesetz verwiesen.

Danach ist eine Patientenverfügung eine Willenserklärung, mit der eine medizinische Behandlung abgelehnt wird und die dann wirksam werden soll, wenn im Zeitpunkt der Behandlung eine Einsichts-, Urteils- oder Äußerungsfähigkeit nicht besteht.

Zu Z 19 (§ 17 Abs. 3):

Bei der Aufbewahrung von Krankengeschichten handelt es sich typischerweise um eine administrative Aufgabe eines Hilfsorganes. Nach Auflassung einer Krankenanstalt sollen die Krankengeschichten daher hinkünftig dem Amt der Wiener Landesregierung – und nicht wie bisher der Landesregierung – übermittelt werden.

Zu Z 20 (§ 18 Abs. 1):

§ 18 Abs. 1 in der derzeit geltenden Fassung sieht unter anderem vor, dass für eine Krankenanstalt mit nicht mehr als 800 Betten eine Person als Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten zu bestellen ist. Erst für eine Krankenanstalt mit mehr als 800 Betten ist neben dem Leiter der wirtschaftlichen und administrativen Angelegenheiten auch ein gesonderter Leiter der technischen Angelegenheiten zu bestellen. Die Bestellung einer technischen Direktorin bzw. eines technischen Direktors hat sich in der Praxis in den 800-Betten-Krankenanstalten sehr bewährt. Um auf Organisationsveränderungen flexibel reagieren zu können, wird nunmehr im Gesetz die Möglichkeit eingeräumt, auch bei Häusern mit weniger als 800 Betten die Funktion des technischen Direktors bzw. der technischen Direktorin vorzusehen.

Zu Z 21 (§ 22 Abs. 2):

Es handelt sich um die Ausführung des mit dem Gesundheitsrechtsänderungsgesetz 2006, BGBl. I Nr. 122/2006, neu gefassten § 11a Abs. 3 KAKuG.

Mit dieser Bestimmung wird vor dem Hintergrund der Qualitätssicherung hinsichtlich des in den einschlägigen Berufsgesetzen (derzeit GuKG) festgelegten Verhältnisses für die Beschäftigung von Leiharbeitskräften in Krankenanstalten klargestellt, dass dieses Verhältnis pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten ist. Die einschlägige Berechnung darf nicht in Ansehung der gesamten Krankenanstalt erfolgen und nicht zum Ergebnis führen, dass einzelne Organisationseinheiten großteils oder ausschließlich mit Leiharbeitskräften betrieben werden.

Zu Z 22 und 23 (§ 23 Abs. 5 bis 9):

Der Verwaltungsgerichtshof hat die Rechtsfigur der „endgültigen Auflassung“ von Krankenanstalten anerkannt, welche beinhaltet, dass im Hinblick auf die bei Erteilung der Errichtungsbewilligung durchzuführende Bedarfsprüfung, eine Errichtungsbewilligung gegenstandslos wird, wenn die Auflassung einer Krankenanstalt nicht als temporäre Auflassung, sondern als endgültige zu verstehen ist. Ob eine endgültige Auflassung vorliegt, ist aus den Begleitumständen, die mit dem Nichtbetreiben

einer Krankenanstalt einhergehen, abzuleiten (VwGH vom 27. Jänner 2005, ZI. 2002/11/0033).

Vor dem Hintergrund dieser Judikatur und den Erfahrungen der Verwaltungspraxis sollen zur Verbesserung der Rechtssicherheit und Vermeidung von jahrelangen Phasen des Nichtbetriebes von Krankenanstalten, Verfristungen für Errichtungsbewilligungen im Gesetz festgelegt werden. Wird eine Krankenanstalt fünf Jahre hindurch nicht betrieben, ist vom Vorliegen einer „endgültigen Auflassung“ auszugehen, da sich nach Ablauf einer langen Zeitdauer, die Umstände im Hinblick auf die bei Erteilung der Errichtungsbewilligung durchzuführende Bedarfsprüfung mit hoher Wahrscheinlichkeit geändert haben.

Die geplante Regelung beinhaltet, dass auf Grund des Nichtbetriebes einer Krankenanstalt während eines erheblichen Zeitraumes grundsätzlich von einer „endgültigen Auflassung“ auszugehen ist und somit ein Erlöschen der Errichtungsbewilligung nach sich zieht. Dies ist im Interesse der Gewährleistung einer optimalen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung geboten, zumal Errichtungsbewilligungen für Krankenanstalten nur bei Bestehen eines Bedarfes für die betreffenden Leistungsangebote erteilt werden und es daher erforderlich ist, dass diese Leistungen möglichst rasch auch tatsächlich verfügbar sind. Indem der Errichtungsbewilligungsinhaber zur Inbetriebnahme der Krankenanstalt binnen einer Frist verpflichtet ist, wird das „Vorrätighalten“ von Errichtungsbewilligungen durch die geplante Bestimmung hintangehalten und auf den Bewilligungsinhaber eingewirkt, ehestmöglich eine Betriebsbewilligung zu erwirken und den Betrieb der Krankenanstalt tatsächlich aufzunehmen.

Diese Frist für das Erlöschen ist an die für das Erlöschen von Bewilligungen gewerblicher Betriebsanlagen vorgesehene Frist angelehnt (vgl. § 80 Abs. 1 GewO 1994, der gleichfalls in Umsetzung der Verwaltungsgerichtshofsjudikatur zum Erlöschensstatbestand eingeführt wurde, vgl. Kinscher Gewerbeordnung 1994, 12. Aufl., Anmerkungen zu § 80).

Damit dem Einzelfall Rechnung getragen werden kann und auch die notwendige zeitliche Flexibilität bei komplexen Krankenanstaltenprojekten gewährleistet wird, kann die Erlöschensfrist von der Behörde auf Antrag bei Vorliegen wichtiger Gründe verlängert werden.

Analog zum vorgenannten Tatbestand erlischt die Errichtungsbewilligung nach Zurücknahme der Betriebsbewilligung einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten, wenn für diese binnen einer Frist von fünf Jahren nicht neuerlich eine Betriebsbewilligung erteilt wird.

Hinsichtlich der freiwilligen Betriebsunterbrechung, welche ohne Zustimmung der Landesregierung nur privaten Krankenanstalten, die nicht der Wirtschaftsaufsicht unterliegen, offensteht, gilt in Hinkunft, dass die mehr als fünfjährige freiwillige Betriebsunterbrechung als endgültige Auflassung der Krankenanstalt gewertet wird.

Dadurch soll die in der Vergangenheit mehrfach aufgetretene missbräuchliche Verwendung des Instruments der freiwilligen Betriebsunterbrechung hintangehalten werden.

Hinsichtlich der neu geschaffenen Erlöschenstatbestände werden für bereits bestehende Bewilligungen Übergangsregelungen geschaffen (vgl. diesbezüglich die Erläuterungen zu Artikel II).

Zu Z 24 bis Z 27 (§ 33 Abs. 1 und 2):

Es handelt sich um notwendige Adaptierungen im Zusammenhang mit der mit dem Gesundheitsrechtsänderungsgesetz 2006, BGBl. I Nr. 122/2006, neu gefassten Bestimmung des § 19 Abs. 1 KAKuG.

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

§ 33 Abs. 2 lit. b in der derzeit geltenden Fassung sieht vor, dass im Angliederungsvertrag die Höchstzahl der Patienten der Hauptanstalt bestimmt sein muss, die jeweils in der angegliederten Krankenanstalt untergebracht werden dürfen.

Durch die grundsatzgesetzliche Adaptierung des § 19 Abs. 1 KAKuG ist nunmehr aber auch der ambulante Bereich vom Anwendungsbereich der Angliederungsverträge umfasst. In Zeiten ständig steigender Ambulanzzahlen erscheint die Festlegung einer Höchstanzahl für den ambulanten Bereich jedoch in der Praxis nicht zielführend umsetzbar, weshalb diesbezüglich eine Einschränkung auf stationäre Patientinnen und Patienten erfolgt.

Zu Z 28 und Z 29 (§ 33a Abs. 5 Z 3 sowie Abs. 7 Z 3 und 4):

Mit diesen Bestimmungen wird der mit dem Bundesgesetz zur Anpassung von Rechtsvorschriften an die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008 bis 2013, BGBl. I Nr. 101/2007, geänderte § 19a Abs. 6 KAKuG im Wr. KAG umgesetzt. Mit dieser Regelung wird gesetzlich festgelegt, dass eine Vertreterin oder ein Vertreter der Sozialversicherung der Arzneimittelkommission anzugehören hat. Weiters wird festgelegt, dass die Vorgangsweise bei der Verordnung von Arzneimitteln nach der Entlassung mit der Vertreterin oder dem Vertreter der Sozialversicherung abzustimmen ist.

Zu Z 30 (§ 40 Abs. 1):

Mit dieser Bestimmung wird die mit der Novelle des KAKuG BGBl. I Nr. 101/2007 erfolgte Änderung des § 25 Abs. 1 KAKuG umgesetzt. Die Änderung des Grundsatzgesetzes erfolgte vor dem Hintergrund des Strafprozessreformgesetzes, BGBl. I Nr. 19/2004. Nach § 128 Abs. 3 StPO in der Fassung des Strafprozessreformgesetzes, BGBl. I Nr. 19/2004, hat – wenn dies zur Aufklärung einer Straftat erforderlich ist – nunmehr die zuständige Staatsanwaltschaft die Obduktion anzuordnen (und nicht wie bisher das Gericht).

In der Praxis werden nicht nur die Leichen der in öffentlichen Krankenanstalten verstorbenen Patientinnen und Patienten obduziert, sondern auch dort abgetriebene Embryonen bzw. Föten und Totgeburten. Es wird daher klargestellt, dass unter den Begriff „Leichen“ im Sinne dieser Gesetzesstelle auch nicht lebendgeborene Leibesfrüchte sowie Leichenteile gelten. Diese Definition des Begriffes „Leiche“ entspricht

damit im Wesentlichen jener des Wiener Leichen-, und Bestattungsgesetzes. Es ist kein sachlicher Grund erkennbar, warum diese für den Bereich der sanitätsbehördlichen Obduktionen geltende Begriffsdefinition nicht auch für Obduktionen im Krankenanstaltenbereich anwendbar sein sollte.

Zu Z 31 (§ 46a Abs. 1):

Mit In-Kraft-Treten des Wiener Gesundheitsfondsgesetzes, LGBl. für Wien Nr. 3/2006, ist der Wiener Gesundheitsfonds an die Stelle des Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds getreten. Daher ist die Anpassung dieser Bestimmung notwendig.

Zu Z 32 (§ 46a Abs. 2, Abs. 2a und 2b):

Auf Grund des Auslaufens der bisherigen Regelungen über den Sozialpass (dieser wurde per 1. April 2008 durch den Mobilpass ersetzt) wird ein Verweis auf die entsprechenden Einkommensgrenzen ab diesem Zeitpunkt obsolet, weshalb Voraussetzungen, unter denen der ermäßigte Kostenbeitrag zur Anwendung gelangt, im Gesetz festgeschrieben werden.

Zu Z 33 (§ 50 Abs. 1 lit. d):

Die Anpassung des Wortlautes ist notwendig, da die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung durch die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ersetzt wurde und die Bestimmung keinen Verweis auf Nachfolgevereinbarungen enthält.

Zu Z 34 (§ 60a Abs. 1):

Es handelt sich um die Ausführung des mit dem Gesundheitsrechtsänderungsgesetz 2006, BGBl. I Nr. 122/2006, neu gefassten § 38a Abs. 3 KAKuG.

Es soll, ergänzend zu den bestehenden Regelungen des StVG und der StPO, ausdrücklich klargestellt werden, dass geschlossene Bereiche von Krankenanstalten für Psychiatrie auch der Aufnahme von geistig abnormen Rechtsbrechern bzw. Tatverdächtigen nach § 429 Abs. 4 StPO dienen.

Zu Z 35 (§ 64d):

Die in Z 1 und Z 2 der derzeit geltenden Fassung erwähnten Übermittlungsverpflichtungen an den Wiener Gesundheitsfonds sind in der Abrechnungspraxis obsolet und finden auch in den bundesgesetzlichen Regelungen und terminlichen Vorgaben des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen in der geltenden Fassung keine Entsprechung. Der Wortlaut der Bestimmung wird daher insofern adaptiert, als nur mehr ein demonstrativer Verweis auf die Anwendbarkeit des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen vorgesehen wird.

Zu Z 36 (§ 71):

Mit den vorgesehenen Ergänzungen des § 71 wird der auf Grund der vorliegenden Novelle entstehenden Notwendigkeit der Hinzunahme weiterer statischer Verweise auf Bundesgesetze Rechnung getragen.

Zu Artikel II:Zu § 75:

Folgende Ausführungsbestimmungen gegenständlicher Novelle treten entsprechend den grundsatzgesetzlichen Vorgaben zu früheren Zeitpunkten in Kraft:

Änderung des KAKuG	Ausführungsbestimmungen des Wr. KAG	In-Kraft-Treten
BGBl. I Nr. 122/2006	§§14 Abs. 4a und 22 Abs. 2 sowie die Änderungen der §§ 3 Abs. 3, 10 Abs. 1, 13 Abs. 3, 14 Abs. 4, 17 Abs. 1 lit. e, 33 Abs. 1 und 2, 60a Abs. 1	27. Jänner 2007
BGBl. I Nr. 101/2007	Änderungen der §§ 5a Abs. 1, 10 Abs. 3, 33a Abs. 5 und 7 sowie 40 Abs. 1	1. Jänner 2008
BGBl. I Nr. 49/2008	Änderung des § 17 Abs. 1 lit. d	20. September 2008

Die neuen Bestimmungen hinsichtlich des Erlöschens der Errichtungsbewilligung (§ 23 Abs. 5 bis Abs. 9) sollen für bereits bestehende Errichtungsbewilligungen, bezüglich derer zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieser Bestimmungen bereits Betriebsbewilligungsverfahren anhängig sind, aus Gründen des Vertrauensschutzes nicht zur Anwendung gelangen.

Für bereits bestehende Errichtungsbewilligungen, bei welchen zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens der neuen Bestimmung noch kein Betriebsbewilligungsverfahren anhängig ist, besteht das Vertrauensschutzbedürfnis in verringertem Ausmaß, da sich der Errichtungsbewilligungsinhaber auf hinsichtlich der Erteilung der Betriebsbewilligung einzuhaltende Fristen einstellen kann. In diesen Fällen soll daher eine Anwendbarkeit der neuen Bestimmungen mit Stichtag 1. Jänner 2010 gegeben sein. Ab diesem Datum sind dann die neuen Bestimmungen maßgeblich, wobei insbesondere die 5-Jahres-Frist des § 23 Abs. 5 zu beachten sein wird.

Alle übrigen Bestimmungen der Novelle treten mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

TEXTGEGENÜBERSTELLUNG

Geltende Fassung

Gesetzentwurf

Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG

**Gesetz, mit dem das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987
- Wr. KAG geändert wird**

§ 3

§ 3

...

(3) Die Voraussetzungen des Abs. 1 lit. b und c sind auch dann erfüllt, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen und Einrichtungen örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese funktionell-organisatorisch verbunden sind. Die Landesregierung kann von der Errichtung einzelner im Abs. 1 lit. b vorgesehener Abteilungen und Einrichtungen absehen, wenn im Einzugsbereich der Krankenanstalt die betreffenden Abteilungen oder Einrichtungen in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.

...

(3) Die Voraussetzungen des Abs. 1 lit. b und c sind auch dann erfüllt, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen und Einrichtungen örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese funktionell-organisatorisch verbunden sind. **Die örtlich getrennte Unterbringung auf dem Gebiet eines anderen Bundeslandes ist zulässig.** Die Landesregierung kann von der Errichtung einzelner im Abs. 1 lit. b vorgesehener Abteilungen und Einrichtungen absehen, wenn im Einzugsbereich der Krankenanstalt die betreffenden Abteilungen oder Einrichtungen in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.

...

§ 5a

(1) Die Landesregierung hat für Fondskrankenanstalten (§ 64a Abs. 1) einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des Österreichischen Kran-

...

§ 5a

(1) Die Landesregierung hat für öffentliche allgemeine Krankenanstalten und öffentliche Sonderkrankenanstalten mit Ausnahme der Pflegeabteilungen für Psychiatrie und

Geltende Fassung

kenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes oder des diesen ersetzenden Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) befindet.

...

(3) Die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten haben jährlich bis zum 31. März für das vorhergehende Jahr die Anzahl der stationären Aufnahmen und die Anzahl der Pflage tage je Abteilung, getrennt nach Patienten, die ihren Hauptwohnsitz in Wien haben, und solchen, die ihren Hauptwohnsitz nicht in Wien haben, der Landesregierung schriftlich zu melden.

§ 7

...

(3) Die Verlegung einer Krankenanstalt an einen anderen Betriebsort bedarf einer Bewilligung der Landesregierung. Im Verfahren darüber sind die §§ 4 und 6 sinngemäß anzuwenden.

...

Gesetzentwurf

für private gemeinnützige allgemeine Krankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) befindet.

...

entfällt

§ 7

...

(3) Die Verlegung einer Krankenanstalt an einen anderen Betriebsort bedarf einer Bewilligung der Landesregierung. Im Verfahren darüber sind die §§ 4 und 6 **mit der Maßgabe sinngemäß anzuwenden, dass eine neuerliche Prüfung der Voraussetzung des § 4 Abs. 2 lit. a zum Zwecke der Verfahrensbeschleunigung entfallen kann, wenn nur eine unwesentliche Änderung des Betriebsortes erfolgt.**

(3a) Eine unwesentliche Änderung des Betriebsortes im Sinne des Abs. 3 kann nur dann vorliegen, wenn im Zusammenhang mit der Verlegung keine Veränderung des Leistungsangebots vorgenommen wird und keine Änderung des Einzugsgebietes und der örtlichen Gesundheitsversorgung zu erwarten ist.

(3b) Das Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 3a ist vom Antragssteller im Rahmen des Antrages auf Bewilli-

§10

(1) Der innere Betrieb der Krankenanstalt ist von ihrem Rechts-träger durch eine Anstaltsordnung zu regeln. Die Anstaltsord-nung hat - unter besonderer Rücksichtnahme auf die den Pati-enten zustehenden Rechte (Patientenrechte) - jedenfalls zu enthalten:

...

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

...

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

gung der Verlegung des Betriebsortes glaubhaft zu ma-chen.

...

§10

(1) Der innere Betrieb der Krankenanstalt ist von ihrem Rechts-träger durch eine Anstaltsordnung zu regeln. Die Anstaltsord-nung hat - unter besonderer Rücksichtnahme auf die **Patientenrechte (§ 17a)** - jedenfalls zu enthalten:

...

h) die Festlegung **von Räumen, in denen das Rauchen gestattet ist.**

...

(3) Die einzelnen Abteilungen und Pflegegruppen sind hinsicht-lich ihrer Bettenanzahl unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin in einer überschaubaren Größe zu halten. **Sofern Betten für Patientinnen und Patienten ver-schiedener Abteilungen zur Verfügung stehen (interdiszi-plinäre Belegung), ist durch geeignete Maßnahmen sicher-zustellen, dass die Patientinnen und Patienten jederzeit zweifelsfrei einer bestimmten Abteilung zugeordnet werden können.**

§ 12

...

(3) Als Leiter des ärztlichen Dienstes und für die mit der ärztlichen Behandlung der Patienten zusammenhängenden Aufgaben ist ein Arzt zu bestellen, der zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignet ist (ärztlicher Leiter). Das Verfügungsrecht des Rechtsträgers in wirtschaftlichen Angelegenheiten bleibt unberührt. Angehörige der medizinisch-technischen Dienste und Hebammen sind dem ärztlichen Leiter unterstellt.

...

(5) Bei Verhinderung des ärztlichen Leiters muß er durch einen geeigneten Arzt vertreten werden, der der Landesregierung anzuzeigen ist.

§ 13

...

(3) Behandlungen dürfen an einem Patienten nur mit dessen Zustimmung durchgeführt werden; unter welchen Umständen die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters erforderlich ist, richtet sich nach den Bestimmungen des Zivilrechtes. 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 wä-

§ 12

...

(3) Für die Leitung (Organisation, Personalführung) des ärztlichen Dienstes und für die mit der ärztlichen Behandlung der Patientinnen und Patienten zusammenhängenden Aufgaben ist eine zur Leitung befähigte Person zu bestellen, welche nach dem Ärztegesetz 1998 oder dem Zahnärztegesetz berufsberechtigt ist sowie im Hinblick auf das Leistungsangebot der Krankenanstalt entsprechend fachlich geeignet ist.

...

(5) Bei Verhinderung der ärztlichen Leitung muss diese durch eine geeignete Person vertreten werden, welche der Landesregierung anzuzeigen ist. Die Voraussetzungen des Abs. 3 sind zu bescheinigen.

§ 13

...

(3) Behandlungen dürfen an einer Patientin oder einem Patienten nur mit deren oder dessen Einwilligung nach entsprechender Aufklärung durchgeführt werden; fehlt ihr oder ihm in diesen Angelegenheiten die im Hinblick auf die konkret vorzunehmende medizinische Behandlung erforderliche Einsichts-, Urteils-, bzw. Äußerungsfähigkeit, so ist – sofern die Vornahme der medizinischen Behandlung nicht durch eine Patientenverfügung nach dem Patientenverfügungs-Gesetz ausgeschlossen ist – die Zustimmung der gesetzlichen Vertretung erforderlich. Eine Einwilligung ist

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

§ 13a

...

(6) Die Rechtsträger der in Abs. 2 genannten Krankenanstalten haben die in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin stehenden Ärzte und die nach Abs. 5 in Ausbildung zum Facharzt anzurechnenden Ärzte halbjährlich der Landesregierung unter Angabe des Namens und des Geburtsdatums zu melden.

§ 14

Krankenhaushygiene

...

(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

nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, dass der mit der Einholung der Einwilligung oder mit der Bestellung einer gesetzlichen Vertretung verbundene Aufschub das Leben gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit verbunden wäre. Über die Notwendigkeit oder Dringlichkeit einer Behandlung entscheidet die ärztliche Leitung der Krankenanstalt oder die Leitung der betreffenden Anstaltsabteilung.

§ 13a

...

(6) Die **Rechtsträgerinnen und** Rechtsträger der in Abs. 2 genannten Krankenanstalten haben die in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin stehenden **Personen** und die nach Abs. 5 in Ausbildung zum Facharzt anzurechnenden **Personen** halbjährlich **dem Amt** der Landesregierung unter Angabe des Namens und des Geburtsdatums zu melden. **Die Meldung hat auch eine Darstellung zu enthalten, aus der unmittelbar hervorgeht, dass die nach Abs. 1 bis 5 vorgeschriebene Mindestzahl an beschäftigten Ärztinnen und Ärzten von der Krankenanstalt erfüllt wird.**

§ 14

Krankenhaushygiene

...

(4) Zu den Aufgaben des Hygieneteams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und der Gesunderhaltung dienen. Zur Durchführung dieser Aufgaben hat das Hygieneteam einen Hygieneplan zu erstellen. **Es begleitet auch fachlich und in-**

Geltende Fassung

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.

...

§ 15a

Ethikkommission

...

(4) Die Ethikkommission hat mindestens zu bestehen aus:

...

7. einem Patientenvertreter und einem Vertreter der Wiener Patienten-anwaltschaft,

Gesetzentwurf

haltlich die Maßnahmen zur Überwachung nosokomialer Infektionen. Die Überwachung (Surveillance) hat nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen. Das Hygieneteam ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr entstehen kann, beizuziehen. Das Hygieneteam hat darüber hinaus alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und entsprechende Vorschläge zu beschließen. Diese sind schriftlich an die jeweils für die Umsetzung Verantwortlichen **der Krankenanstalt** weiterzuleiten.

(4a) Die Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen berechtigt, Daten der Patientinnen und Patienten indirekt personenbezogen zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten.

...

§ 15a

Ethikkommission

...

(4) Die Ethikkommission hat mindestens zu bestehen aus:

...

7. einer Patientenvertreterin oder einem Patientenvertreter und einer Vertreterin oder einem Vertreter der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft,

...

§ 15d

Kinderschutzgruppen

...

§ 15d

Früherkennung von Gewalt

(1) In Zentral- sowie Schwerpunktkrankenanstalten sind Opferschutzgruppen einzurichten.

(2) Den Opferschutzgruppen obliegt die Früherkennung von sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt, insbesondere gegen Frauen, sowie die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen in Bezug auf Gewalt.

(3) Den Opferschutzgruppen haben jedenfalls folgende in der Krankenanstalt tätige Personen anzugehören:

- 1. eine Person mit fachärztlicher Ausbildung auf dem Gebiet der Psychiatrie,**
- 2. eine Fachärztin oder ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,**
- 3. eine Ärztin oder ein Arzt der Erstversorgungs- oder Unfallabteilung, sofern eine solche an der Krankenanstalt vorhanden ist,**
- 4. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Pflegedienstes und**
- 5. eine Person, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig ist.**

(4) Die Betreuung von Opfern sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt innerhalb der Familie, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, obliegt den Kinderschutzgruppen gemäß Abs. 5. Dies gilt auch für Personen, die das 18. Lebensjahr zwar vollendet haben, auf Grund

(1) In Sonderkrankenanstalten für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinderchirurgie und in allgemeinen Krankenanstalten mit Abteilungen oder sonstigen bettenführenden Organisationseinheiten für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinderchirurgie sind Kinderschutzgruppen einzurichten. Soweit die Wahrnehmung der Aufgaben dadurch nicht beeinträchtigt wird, können für Krankenanstalten, deren Größe keine eigene Kinderschutzgruppe erfordert, Kinderschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.

(2) Der Kinderschutzgruppe obliegt die Früherkennung von Gewalt an Kindern und Jugendlichen und die Früherkennung der Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sowie die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für Gewalt an Kindern und Jugendlichen.

(3) Der Kinderschutzgruppe haben jedenfalls anzugehören:

1. ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder ein Facharzt für Kinderchirurgie als Vertreter des ärztlichen Dienstes,
2. ein Vertreter des Pflegedienstes und
3. eine Person, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig ist.

(4) Die Kinderschutzgruppe kann gegebenenfalls auch im Einzelfall beschließen einen Vertreter des zuständigen Jugendwohlfahrtsträgers beizuziehen.

deren psychischen Reifegrades jedoch die Betreuung durch die Kinderschutzgruppe angezeigt erscheint.

(5) In Sonderkrankenanstalten für Kinder- und Jugendheilkunde, **Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Kinder- und Jugendchirurgie** und in allgemeinen Krankenanstalten mit Abteilungen oder sonstigen bettenführenden Organisationseinheiten **für die genannten Sonderfächer** sind Kinderschutzgruppen einzurichten. Soweit die Wahrnehmung der Aufgaben dadurch nicht beeinträchtigt wird, können für Krankenanstalten, deren Größe keine eigene Kinderschutzgruppe erfordert, Kinderschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.

(6) Der Kinderschutzgruppe obliegt die Früherkennung von Gewalt an Kindern und Jugendlichen und die Früherkennung der Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sowie die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für Gewalt an Kindern und Jugendlichen.

(7) Der Kinderschutzgruppe haben jedenfalls **folgende in der Krankenanstalt tätige Personen** anzugehören:

1. **eine Fachärztin oder** ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, **Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Kinder- und Jugendchirurgie,**
2. **eine Vertreterin oder** ein Vertreter des Pflegedienstes und
3. eine Person, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig ist.

(8) Die Kinderschutzgruppe kann im Einzelfall beschließen, **den zuständigen Jugendwohlfahrtsträger beizuziehen.**

(9) In Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten kann anstelle einer Opferschutzgruppe und einer Kinderschutzgruppe eine Gewaltschutzgruppe eingerichtet werden, die

sowohl die Aufgaben nach Abs. 2 als auch nach Abs. 6 wahrnimmt.

(10) Der Gewaltschutzgruppe gemäß Abs. 9 haben jedenfalls folgende in der Krankenanstalt tätige Personen anzugehören:

1. eine Person mit fachärztlicher Ausbildung auf dem Gebiet der Psychiatrie,
2. eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Kinder- und Jugendchirurgie,
3. eine Fachärztin oder ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
4. eine Ärztin oder ein Arzt der Erstversorgungs- oder Unfallabteilung, sofern eine solche an der Krankenanstalt vorhanden ist,
5. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Pflegedienstes und
6. eine Person, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig ist.

§ 17

Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen

(1) Die Krankenanstalten sind verpflichtet:

...

d) über die Entnahme von Organen und Organteilen nach § 62a Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KA-KuG), Niederschriften zu führen, in denen der Eintritt und der Zeitpunkt des Todes, die Art der Feststellung des Todes, der

§ 17

Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen

(1) Die Krankenanstalten sind verpflichtet:

...

d) über die Entnahme von Organen und Organteilen nach § 62a Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KA-KuG) **sowie über Entnahmen nach § 4 Abs. 5 Gewebesicherheitsgesetz**, Niederschriften zu führen, in denen der Ein-

Zeitpunkt der Entnahme, die entnommenen Organe und Organteile einzutragen sind, und der Krankengeschichte des Spenders beizulegen; diese Niederschriften dürfen keine Hinweise auf die Empfänger enthalten;

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.

...

(3) Bei Auflassung der Krankenanstalt sind die Krankengeschichten der Landesregierung zu übermitteln. Nach Ablauf der Aufbewahrungsdauer können die Krankengeschichten vernichtet werden.

§ 18

Allgemeines

(1) Jede Krankenanstalt muß über das erforderliche Verwaltungspersonal verfügen. Für eine Krankenanstalt mit nicht mehr als 800 Betten ist eine Person als Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten zu bestellen, die auf dem Gebiet der Betriebsführung besonders ausgebildet und erfahren ist sowie zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignet ist. Für eine Krankenanstalt mit mehr als 800 Betten ist jeweils eine nach den gleichen Gesichtspunkten geeignete Person als Leiter der wirtschaftlichen und administrativen Angelegenheiten sowie als Leiter der technischen Angele-

tritt und der Zeitpunkt des Todes, die Art der Feststellung des Todes, der Zeitpunkt der Entnahme, die entnommenen Organe und Organteile einzutragen sind, und der Krankengeschichte des Spenders beizulegen; diese Niederschriften dürfen keine Hinweise auf die Empfänger enthalten;

e) **sicherzustellen, dass Patientenverfügungen (§ 2 Abs. 1 Patientenverfügungs-Gesetz) durch die aufklärende Ärztin beziehungsweise den aufklärenden Arzt sowie die behandelnde Ärztin beziehungsweise den behandelnden Arzt in der Krankengeschichte dokumentiert werden.**

...

(3) Bei Auflassung der Krankenanstalt sind die Krankengeschichten **dem Amt der** Landesregierung zu übermitteln. Nach Ablauf der Aufbewahrungsdauer können die Krankengeschichten vernichtet werden.

§ 18

Allgemeines

(1) Jede Krankenanstalt **muss** über das erforderliche Verwaltungspersonal verfügen. Für Krankenanstalten mit nicht mehr als 800 Betten ist eine Person als **Leiterin oder** Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten zu bestellen, die auf dem Gebiet der Betriebsführung besonders ausgebildet und erfahren ist sowie zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignet ist. Für **diese Krankenanstalten ist auch die Bestellung jeweils einer nach den gleichen Gesichtspunkten geeigneten Person als Leiterin oder Leiter der wirtschaftlichen und administrativen Angelegenheiten**

genheiten zu bestellen. Für die Ausbildung und Fortbildung des Verwaltungspersonals ist vorzusorgen.

...

§ 22

Pflegedienst

Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist eine zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignete Person aus dem Kreis der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit der verantwortlichen Leitung des Pflegedienstes zu betrauen. Die verantwortliche Leitung des Pflegedienstes ist hauptberuflich auszuüben. Bei Verhinderung der mit der verantwortlichen Leitung des Pflegedienstes betrauten Person muss diese von einer geeigneten Person aus dem Kreis der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege vertreten werden.

sowie als Leiterin oder Leiter der technischen Angelegenheiten zulässig; für Krankenanstalten mit mehr als 800 Betten ist eine derartige gesonderte Bestellung verpflichtend vorzunehmen. Für die Ausbildung und Fortbildung des Verwaltungspersonals ist vorzusorgen.

...

§ 22

Pflegedienst

(1) Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist eine zur Leitung (Organisation, Personalführung) geeignete Person aus dem Kreis der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit der verantwortlichen Leitung des Pflegedienstes zu betrauen. Die verantwortliche Leitung des Pflegedienstes ist hauptberuflich auszuüben. Bei Verhinderung der mit der verantwortlichen Leitung des Pflegedienstes betrauten Person muss diese von einer geeigneten Person aus dem Kreis der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege vertreten werden.

(2) Erfolgt die Beschäftigung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und von Angehörigen der Pflegehilfe im Wege der Arbeitskräfteüberlassung nach den Bestimmungen des Arbeitskräfteüberlassungsgesetzes so ist das in § 35 Abs. 2 Z 1 und in § 90 Abs. 2 Z 1 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG festgelegte Verhältnis pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten.

§ 23

Abänderung und Zurücknahme von Errichtungs- und Betriebsbewilligung

...

§ 23

Abänderung, Zurücknahme und Erlöschen von Errichtungs- und Betriebsbewilligung

...

(5) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt oder einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten erlischt, wenn nicht binnen einer Frist von fünf Jahren ab Erlassung des Errichtungsbewilligungsbescheides ein diesbezüglicher Betriebsbewilligungsbescheid erlassen wird.

(6) Die Landesregierung hat auf Grund eines Antrages der Rechtsträgerin oder des Rechtsträgers die Frist gemäß Abs. 5 mit Bescheid um höchstens zwei Jahre zu verlängern, wenn die Durchführung eines Betriebsbewilligungsverfahrens oder die Beendigung eines anhängigen Betriebsbewilligungsverfahrens auf Grund von dieser oder diesem glaubhaft zu machender, von ihr oder ihm nicht zu verantwortender unvorhergesehener Schwierigkeiten, nicht möglich ist.

(7) Ab Einbringung des Antrages auf Fristverlängerung gemäß Abs. 6 bis zur rechtskräftigen Entscheidung wird der Ablauf der Frist gehemmt. Die wiederholte Erstreckung der Frist um höchstens je ein weiteres Jahr ist bei Vorliegen der genannten Voraussetzungen zulässig.

(8) Bei privaten Krankenanstalten, die nicht der Wirtschaftsaufsicht (§ 18 Abs. 5) unterliegen, erlischt die Errichtungsbewilligung der Krankenanstalt oder einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten, wenn nach Anzeige der freiwilligen Betriebsunterbrechung ge-

mäß § 62 lit. h der Betrieb nicht innerhalb von fünf Jahren wieder aufgenommen und die Wiederaufnahme innerhalb dieser Frist der Landesregierung angezeigt wird. Die Abs. 6 und 7 sind sinngemäß anzuwenden.

(9) Wird binnen einer Frist von fünf Jahren ab Zurücknahme der Betriebsbewilligung einer Krankenanstalt oder einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten (Abs. 1, 2 oder 4) für diese nicht neuerlich eine Betriebsbewilligung erteilt, so erlischt hinsichtlich der betreffenden Krankenanstalt oder den betreffenden einzelnen Abteilungen oder anderen Organisationseinheiten die Errichtungsbewilligung. Abs. 6 ist sinngemäß anzuwenden.

§ 33

Angliederungsverträge

(1) Angliederungsverträge, das sind Verträge, die zwischen den Rechtsträgern von öffentlichen oder einer öffentlichen und einer privaten Krankenanstalt über die Unterbringung von Patienten der ersteren Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der letzteren (angegliederten Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt abgeschlossen werden, bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der Genehmigung der Landesregierung. Sie sind nur in Fällen eines unabweisbar notwendigen Bedarfes, insbesondere dann zu genehmigen, wenn Kranke bestimmter Altersstufen oder solche mit bestimmten Krankheiten nur mangels der entsprechenden Anstaltseinrichtungen in die Hauptanstalt nicht aufgenommen werden können und der Angliederungsvertrag zu keinem dem Landeskrankenanstaltenplan widersprechenden Zustand führen würde. Der Angliederungsvertrag hat zur Folge, daß die von der Hauptan-

§ 33

Angliederungsverträge

(1) Angliederungsverträge, das sind Verträge, die zwischen den Rechtsträgern von öffentlichen oder einer öffentlichen und einer privaten Krankenanstalt über die **stationäre und/oder ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten** der ersteren Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der letzteren (angegliederten Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt abgeschlossen werden, bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der Genehmigung der Landesregierung. Sie sind nur in Fällen eines unabweisbar notwendigen Bedarfes, insbesondere dann zu genehmigen, wenn Kranke bestimmter Altersstufen oder solche mit bestimmten Krankheiten nur mangels der entsprechenden Anstaltseinrichtungen in die Hauptanstalt nicht aufgenommen werden können und der Angliederungsvertrag zu keinem dem Landeskrankenanstaltenplan widersprechenden Zustand führen würde. Der Angliede-

Geltende Fassung

stalt in der angegliederten Anstalt untergebrachten Patienten als Patienten der Hauptanstalt gelten.

(2) Im Angliederungsvertrag muß insbesondere

...

b) die Höchstzahl der Patienten der Hauptanstalt bestimmt sein, die jeweils in der angegliederten Krankenanstalt untergebracht werden dürfen;

...

f) geregelt sein, daß die in der angegliederten Krankenanstalt untergebrachten Patienten auch in der Hauptanstalt in der vorgeschriebenen Weise vorzumerken sind und die angegliederte Krankenanstalt ihr hierzu ohne Verzug die Aufnahme und Entlassung von Patienten unter Beigabe der erforderlichen Unterlagen und Angaben bekanntzugeben hat.

...

§ 33a

...

(5) Bei der Erarbeitung von Richtlinien gemäß Abs. 2 Z 3 über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln ist neben den Grundsätzen gemäß Abs. 4 auch auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht zu nehmen, insbesondere, dass 1. von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das ökonomisch günstigste gewählt wird;

Gesetzentwurf

rungsvertrag hat zur Folge, **dass** die von der Hauptanstalt in der angegliederten Anstalt **stationär und/oder ambulant behandelten Patientinnen und Patienten als solche** der Hauptanstalt gelten.

(2) Im Angliederungsvertrag **muss** insbesondere

...

b) die Höchstzahl der **stationären Patientinnen und** Patienten der Hauptanstalt bestimmt sein, die jeweils in der angegliederten Krankenanstalt **stationär und/oder ambulant behandelt** werden dürfen;

...

f) geregelt sein, **dass** die in der angegliederten Krankenanstalt **stationär und/oder ambulant behandelten Patientinnen und** Patienten auch in der Hauptanstalt in der vorgeschriebenen Weise vorzumerken sind und die angegliederte Krankenanstalt ihr hierzu ohne Verzug **deren** Aufnahme und Entlassung unter Beigabe der erforderlichen Unterlagen und Angaben bekanntzugeben hat.

...

§ 33a

2. gegebenenfalls statt der Verordnung von Arzneimitteln überhaupt andere Maßnahmen ergriffen werden, z.B. therapeutisch gleichwertige Maßnahmen, die zweckmäßiger und wirtschaftlicher sind;

3. bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das im Falle einer entgeltlichen Beschaffung ökonomisch günstigste gewählt und, wenn medizinisch vertretbar, das vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Heilmittelverzeichnis sowie die darin enthaltenen Richtlinien für die ökonomische Verschreibeweise berücksichtigt werden. Soweit das Heilmittelverzeichnis durch den Erstattungskodex ersetzt wurde, ist dieser anzuwenden.

...

(7) Die Arzneimittelkommission hat mindestens zu bestehen aus:

1. dem Leiter des ärztlichen Dienstes (einem der Leiter des ärztlichen Dienstes);
2. dem Leiter der Anstaltsapotheke (einem der Leiter der Anstaltsapotheke) oder einem Konsiliarapotheker mit klinischer Erfahrung;
3. einem weiteren ärztlichen Vertreter, der vom ärztlichen Leiter (den ärztlichen Leitern) zu nominieren ist.

...

§ 40

(1) Die Leichen der in öffentlichen Krankenanstalten verstorbe-

3. bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das im Falle einer entgeltlichen Beschaffung ökonomisch günstigste gewählt und, wenn medizinisch vertretbar, das vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Heilmittelverzeichnis sowie die darin enthaltenen Richtlinien für die ökonomische Verschreibeweise berücksichtigt werden. **Diese Vorgangsweise ist mit der Vertreterin oder dem Vertreter der Sozialversicherung nach § 33a Abs. 7 Z 4 abzustimmen.** Soweit das Heilmittelverzeichnis durch den Erstattungskodex ersetzt wurde, ist dieser anzuwenden.

...

(7) Die Arzneimittelkommission hat mindestens zu bestehen aus:

1. dem Leiter des ärztlichen Dienstes (einem der Leiter des ärztlichen Dienstes);
2. dem Leiter der Anstaltsapotheke (einem der Leiter der Anstaltsapotheke) oder einem Konsiliarapotheker mit klinischer Erfahrung;
3. einem weiteren ärztlichen Vertreter, der vom ärztlichen Leiter (den ärztlichen Leitern) zu nominieren ist;
- 4. einer Vertreterin oder einem Vertreter der Sozialversicherung.**

...

§ 40

(1) Die Leichen der in öffentlichen Krankenanstalten verstorbe-

nen Patienten sind zu obduzieren, wenn die Obduktion sanitätspolizeilich oder gerichtlich angeordnet worden oder zur Wahrung anderer öffentlicher oder wissenschaftlicher Interessen, insbesondere wegen diagnostischer Unklarheit des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffes, erforderlich ist.

§ 46a

Kostenbeiträge

(1) Von Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege entweder LKF-Gebührenersätze durch den Wiener Krankenanstaltsfinanzierungsfonds oder Pflegegebührenersätze zur Gänze (kein Selbstbehalt) durch einen Sozialversicherungsträger oder durch eine Krankenfürsorgeeinrichtung (§ 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG) getragen werden, ist durch den Rechts-träger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 3,63 Euro pro Tag, für den LKF-Gebührenersätze oder Pflegegebührenersätze zu entrichten sind, einzuheben. Dieser Betrag darf pro Patient für höchstens 28 Tage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden.

(2) Ausgenommen von der Pflicht zur Leistung des Kostenbeitrages sind Patienten, für die bereits ein Kostenbeitrag nach bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird, die zu einer Organspende stationär aufgenommen wurden, sowie solche Patientinnen, die Anstaltspflege 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. Personen, deren Einkommen die für die Ausstellung

nen Patienten sind zu obduzieren, wenn die Obduktion sanitätspolizeilich oder **durch die Staatsanwaltschaft** angeordnet worden oder zur Wahrung anderer öffentlicher oder wissenschaftlicher Interessen, insbesondere wegen diagnostischer Unklarheit des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffes, erforderlich ist. **Als Leichen gelten auch nicht lebendgeborene Leibesfrüchte sowie Leichenteile.**

§ 46a

Kostenbeiträge

(1) Von **Patientinnen und** Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege entweder LKF-Gebührenersätze durch den Wiener **Gesundheitsfonds** oder Pflegegebührenersätze zur Gänze (kein Selbstbehalt) durch einen Sozialversicherungsträger oder durch eine Krankenfürsorgeeinrichtung (§ 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG) getragen werden, ist durch den Rechtsträger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 3,63 Euro pro Tag, für den LKF-Gebührenersätze oder Pflegegebührenersätze zu entrichten sind, einzuheben. Dieser Betrag darf pro Patient für höchstens 28 Tage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden.

(2) Ausgenommen von der Pflicht zur Leistung des Kostenbeitrages sind Patienten, für die bereits ein Kostenbeitrag nach bundesgesetzlichen Regelungen geleistet wird, die zu einer Organspende stationär aufgenommen wurden, sowie solche Patientinnen, die Anstaltspflege 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.

eines Sozialpasses vorgesehenen Einkommensgrenzen der Stufe B 2 oder eines an Stelle des Sozialpasses der Stufe B 2 tretenden Ausweises nicht überschreitet, und die nicht von der Leistung des Kostenbeitrages befreit sind, sind zur Bezahlung eines verringerten Kostenbeitrages von 5,75 Euro verpflichtet.

...

(2a) Personen, deren monatliches Nettoeinkommen 853,06 Euro nicht übersteigt und die nicht gemäß Abs. 2 von der Leistung des Kostenbeitrages befreit sind, bezahlen den ermäßigten Kostenbeitrag von 6,09 Euro. Dies gilt auch für Ehepaare und Lebensgemeinschaften, deren gemeinsames monatliches Einkommen maximal 1200 Euro beträgt. Die genannten Beträge sind für jede unterhaltsberechtigten Angehörige oder jeden unterhaltsberechtigten Angehörigen, für die oder den ein Anspruch auf Familienbeihilfe besteht, jeweils um 127 Euro zu erhöhen.

(2b) Für die Errechnung des monatlichen Nettoeinkommens nach Abs. 2a sind grundsätzlich alle einer Person oder einem Ehepaar oder Lebensgemeinschaft zufließenden geldwerten Leistungen zu berücksichtigen. Folgende Beträge sind bei der Errechnung des monatlichen Nettoeinkommens in Abzug zu bringen:

- 1. Beihilfen nach dem Familienlastenausgleichsgesetz 1967 und den damit verbundenen Kinderabsetzbeträgen nach dem Einkommenssteuergesetz 1988 und**
- 2. Pflegegeld.**

...

§ 50

Schiedskommission

(1) Zur Entscheidung in folgenden Angelegenheiten ist eine Schiedskommission berufen:

...

d) über Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus (Art. 29 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung), gründen.

...

§ 60 a

(1) Geschlossene Bereiche dürfen nur zur Anhaltung von psychisch Kranken geführt werden, auf die das Unterbringungsgesetz - UbG, BGBl. Nr. 155/1990, in der Fassung BGBl. I Nr. 12/1997 anzuwenden ist. Diese müssen von den anderen Bereichen unterscheidbar sein.

§ 64d

Dokumentation

Die auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen von den über den Wiener Gesundheitsfonds

§ 50

Schiedskommission

(1) Zur Entscheidung in folgenden Angelegenheiten ist eine Schiedskommission berufen:

...

d) über Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus **(Art. 40 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens)**, gründen.

...

§ 60 a

(1) Geschlossene Bereiche **dienen der Anhaltung von psychisch Kranken, auf die das Unterbringungsgesetz Anwendung findet. Geschlossene Bereiche von Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie dienen auch der Anhaltung von Personen, deren Anhaltung oder vorläufige Anhaltung gemäß § 21 Abs. 1 StGB, nach § 167a StVG. oder § 429 Abs. 4 StPO in einer Krankenanstalt oder Abteilung für Psychiatrie angeordnet wurde.** Diese müssen von den anderen Bereichen unterscheidbar sein.

§ 64d

Dokumentation

Die auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen von den über den Wiener Gesundheitsfonds

Geltende Fassung

finanzierten Krankenanstalten vorzulegenden Diagnosen- und Leistungsberichte über das erste Quartal und erste Halbjahr sind dem Wiener Gesundheitsfonds in der in diesem Bundesgesetz vorgesehenen Form zu folgenden Terminen zu übermitteln:

1. Bericht über das 1. Quartal bis 30. April des laufenden Jahres,
2. Bericht über das 1. Halbjahr bis 31. August des laufenden Jahres.

§ 71

Verweisungen

Soweit in diesem Gesetz auf bundesrechtliche Vorschriften verwiesen wird, sind diese in folgender Fassung anzuwenden:

1. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955, in der Fassung BGBl. I Nr. 76/2007;
2. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG, BGBl. Nr. 450/1994, in der Fassung BGBl. II Nr. 13/2007;
3. Asylgesetz 2005, BGBl. I Nr. 100/2005, in der Fassung BGBl. I Nr. 75/2007;
4. Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169, in der Fassung BGBl. I Nr. 112/2007;
9. Bundesgesetz über den Schutz personenbezogener Daten (Datenschutzgesetz 2000 – DSG 2000), BGBl. I Nr. 165/1999, in der Fassung BGBl. I Nr. 13/2005;
5. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, in der Fassung BGBl. I Nr. 179/2004;

Gesetzentwurf

finanzierten Krankenanstalten vorzulegenden Diagnosen- und Leistungsberichte über das erste Quartal und erste Halbjahr sind dem Wiener Gesundheitsfonds in der in diesem Bundesgesetz vorgesehenen Form zu übermitteln.

entfällt

entfällt

§ 71

Verweisungen

Soweit in diesem Gesetz auf bundesrechtliche Vorschriften verwiesen wird, sind diese in folgender Fassung anzuwenden:

1. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955, in der Fassung BGBl. I Nr. **289/2008**;
2. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG, BGBl. Nr. 450/1994, in der Fassung BGBl. II Nr. 13/2007;
3. Asylgesetz 2005 – AsylG 2005, BGBl. I Nr. 100, in der Fassung BGBl. I Nr. **4/2008**;
4. Ärztegesetz 1998 – **ÄrzteG** 1998, BGBl. I Nr. 169, in der Fassung BGBl. I Nr. **57/2008**;
5. **Arbeitskräfteüberlassungsgesetz – AÜG, BGBl. Nr. 196/1988, in der Fassung BGBl. I Nr. 82/2008**;
6. Bundesgesetz über den Schutz personenbezogener Daten (Datenschutzgesetz 2000 - DSG 2000), BGBl. I Nr. 165/1999, in der Fassung BGBl. I Nr. **2/2008**;
7. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, in der Fassung BGBl. I Nr. 179/2004;
8. **Bundesgesetz über die Ausübung des zahnärztlichen**

7. Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. Nr. 460/1992, in der Fassung BGBl. I Nr. 90/2006;

8. Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfdienste (MTF-SHD-G), BGBl. Nr. 102/1961, in der Fassung BGBl. I Nr. 90/2006;

6. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl. I Nr. 101/2007;

10. Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz – GESG, BGBl. I Nr. 63/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 112/2007;

11. Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz – MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 90/2006;

Berufs und des Dentistenberufs (Zahnärztegesetz – ZÄG), BGBl. Nr. I Nr. 126/2005, in der Fassung BGBl. I Nr. 102/2008;

9. Bundesgesetz über die Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Gewinnung, Verarbeitung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Zellen und Geweben zur Verwendung beim Menschen (Gewebesicherheitsgesetz-GSG), BGBl. I Nr. 49/2008;

10. Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. Nr. 460/1992, in der Fassung BGBl. I Nr. 101/2008;

11. Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfdienste (MTF-SHD-G), BGBl. Nr. 102/1961, in der Fassung BGBl. I Nr. 57/2008;

12. Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997, in der Fassung BGBl. I Nr. 101/2008;

13. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl. I Nr. 49/2008;

14. Bundesgesetz vom 7. Juli 1988 über die Besteuerung des Einkommens natürlicher Personen (Einkommensteuergesetz 1988 - EStG 1988), BGBl. Nr. 400, in der Fassung BGBl. I Nr. 85/2008;

15. Bundesgesetz vom 24. Oktober 1967 betreffend den Familienlastenausgleich durch Beihilfen (Familienlastenausgleichsgesetz 1967), BGBl. Nr. 376, in der Fassung BGBl. I Nr. 103/2007;

16. Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz – GESG, BGBl. I Nr. 63/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 49/2008;

17. Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz – MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 57/2008;

18. Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG, BGBl. I Nr. 55/2006;

12. Strahlenschutzgesetz BGBl. Nr. 227/1969, in der Fassung BGBl. I Nr. 13/2006;
13. Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO 1960, BGBl. Nr. 159, in der Fassung BGBl. I Nr. 152/2006;
14. Unterbringungsgesetz, BGBl. Nr. 155/1990, in der Fassung BGBl. I Nr. 12/1997;
15. Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 1997 – VRV 1997, BGBl. Nr. 787/1996, in der Fassung BGBl. II Nr. 118/2007;
16. Zivilprozessordnung – ZPO, RGBl. 1895/113, in der Fassung BGBl. I Nr. 7/2006.

19. Strafgesetzbuch – StGB, BGBl. Nr. 60/1974, in der Fassung BGBl. I Nr. 112/2007;
20. Strafprozessordnung 1975 (StPO), BGBl. Nr. 631, in der Fassung BGBl. I Nr. 109/2007;
21. Strafvollzugsgesetz – StVG., BGBl. Nr. 144/1969, in der Fassung BGBl. I Nr. 109/2007;
22. Strahlenschutzgesetz - StrSchG, BGBl. Nr. 227/1969, in der Fassung BGBl. I Nr. 13/2006;
23. Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO 1960, BGBl. Nr. 159, in der Fassung BGBl. I Nr. 2/2008;
24. Unterbringungsgesetz - UbG, BGBl. Nr. 155/1990, in der Fassung BGBl. I Nr. 12/1997;
25. Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 1997 – VRV 1997, BGBl. Nr. 787/1996, in der Fassung BGBl. II Nr. 118/2007;
26. Zivilprozessordnung - ZPO, RGBl. 113/1895, in der Fassung BGBl. I Nr. 7/2006.

§ 75

Inkrafttreten und zeitlicher Geltungsbereich der Novelle LGBl. für Wien Nr. .../2008

- (1) Die §§ 14 Abs. 4a und 22 Abs. 2 sowie die Änderungen der §§ 3 Abs. 3, 10 Abs. 1, 13 Abs. 3, 14 Abs. 4, 17 Abs. 1 lit. e, 33 Abs. 1 und 2, 60a Abs. 1 treten mit 27. Jänner 2007 in Kraft.
- (2) Die Änderungen der §§ 5a Abs. 1, 10 Abs. 3, 33a Abs. 5 und 7 sowie 40 Abs. 1 treten mit 1. Jänner 2008 in Kraft.
- (3) Die Änderung des § 17 Abs. 1 lit. d tritt mit 20. September 2008 in Kraft.
- (4) Die §§ 7 Abs. 3a und 3b, 23 Abs. 5 bis 9, 46a Abs. 2a,

46a Abs. 2b sowie die Änderungen der §§ 5a Abs. 3, 7 Abs. 3, 12 Abs. 3, 12 Abs. 5, 13a Abs. 6, 15a Abs. 4 Z 7, 15d, 17 Abs. 3, 18 Abs. 1, 23 (Überschrift), 46a Abs. 1, 46a Abs. 1a, 46a Abs. 2, 50 Abs. 1 lit. d, 64d und 71 treten mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(5) § 23 in der Fassung dieses Landesgesetzes ist auf zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens der Bestimmung bereits bestehende Errichtungsbewilligungen nicht anzuwenden, sofern in Bezug auf die betreffenden Krankenanstalten oder einzelnen Abteilungen oder anderen Organisationseinheiten Betriebsbewilligungsverfahren anhängig sind. Hinsichtlich dieser Errichtungsbewilligungen ist § 23 in der bisher geltenden Fassung bis zum Abschluss des Betriebsbewilligungsverfahrens anzuwenden. Hinsichtlich der übrigen zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des § 23 bereits erteilten Errichtungsbewilligungen ist § 23 in der Fassung dieses Landesgesetzes ab 1. Jänner 2010 anzuwenden.