

## Entwurf

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

Der Wiener Landtag hat beschlossen:

#### Artikel I

Das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG, LGBl. für Wien Nr. 23, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBl. für Wien Nr. 47/2012, wird wie folgt geändert:

1. § 3 Abs. 1 lit. a lautet:

„a) Standardkrankenanstalten nach Maßgabe der Abs. 4 und 5 mit Abteilungen zumindest für:  
1. Chirurgie und  
2. Innere Medizin;  
ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein und durch Fachärztinnen oder Fachärzte des betreffenden Sonderfaches betreut werden; auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärztinnen oder Fachärzte der betreffenden medizinischen Sonderfächer als Konsiliarärztinnen oder Konsiliarärzte gesichert sein;“

2. In § 3 Abs. 1 lit. b lautet der Einleitungsteil:

„Schwerpunktkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs. 5 mit Abteilungen zumindest für:“

3. In § 3 Abs. 2 entfällt die Wortfolge „jedenfalls in diesem Umfang“.

4. In § 3 Abs. 3 wird der Ausdruck „Abs. 1 lit. b und c“ durch den Ausdruck „Abs. 1“ ersetzt.

5. § 3 Abs. 4 lautet:

„(4) Standardkrankenanstalten, die mit 1. Jänner 2011 über eine rechtskräftige Errichtungs- und Betriebsbewilligung verfügen, dürfen als Standardkrankenanstalten der Basisversorgung geführt werden, wenn sie über einen natürlichen Einzugsbereich von weniger als 50.000 Einwohnerinnen und Einwohnern verfügen und/oder wenn eine rasche Erreichbarkeit einer Standardkrankenanstalt gemäß Abs. 1 lit. a oder einer Krankenanstalt höherer Versorgungsstufe gemäß Abs. 1 lit. b oder c vorliegt. Für Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gilt Folgendes:

1. Standardkrankenanstalten der Basisversorgung müssen zumindest:
  - a) eine Abteilung für Innere Medizin ohne weitere Spezialisierung führen,
  - b) eine auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) beschränkte und in einer reduzierten Organisations-

- form gemäß § 3a Abs. 2 Z 3 oder 4 geführte Organisationseinheit zur Sicherstellung der Basisversorgung in der Chirurgie führen und
- c) eine permanente Erstversorgung von Akutfällen samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Versorgungsstruktur gewährleisten.
2. Darüber hinaus können weitere auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG beschränkte reduzierte Organisationsformen gemäß § 3a in Verbindung mit Abs. 5 für operativ tätige Fachrichtungen geführt werden.
  3. Die Organisation der entsprechend dem Patientinnen- und Patientenbedarf erforderlichen komplexeren medizinischen Versorgung ist durch Kooperation mit einer Standardkrankenanstalt gemäß Abs. 1 lit. a, einer Krankenanstalt höherer Versorgungsstufe gemäß Abs. 1 lit. b oder c oder einer geeigneten Sonderkrankenanstalt gemäß § 1 Abs. 3 Z 2 sicherzustellen.
  4. Eine Erweiterung des Leistungsspektrums über die Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG hinaus ist unzulässig.
  5. Bei Bedarf sind entsprechend § 30 ergänzende Einrichtungen für Akutgeriatrie/Remobilisation oder Remobilisation/Nachsorge mit zu berücksichtigen. Die Fortführung sonstiger bestehender Fachrichtungen, soweit sie konservativ tätig sind, in einer Organisationsform gemäß § 3a ist nur in Ausnahmefällen zulässig und wenn dies im Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien (RSG) vorgesehen ist.
  6. Standardkrankenanstalten der Basisversorgung können auch als dislozierte Betriebsstätten einer räumlich nahen Standardkrankenanstalt gemäß Abs. 1 lit. a oder einer Krankenanstalt einer höheren Versorgungsstufe gemäß Abs. 1 lit. b oder c geführt werden.“

6. Dem § 3 wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(5) Für Krankenanstalten gemäß Abs. 1 lit. a und b sowie Abs. 4 und nach Maßgabe des § 3a ist die Errichtung folgender reduzierter Organisationsformen zulässig:

1. Departments
  - a) für Unfallchirurgie in Form von Satellitendepartments (§ 3a Abs. 2 Z 1),
  - b) für Akutgeriatrie/Remobilisation im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin oder Abteilungen für Neurologie,
  - c) für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie,
  - d) für Psychosomatik für Erwachsene vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Psychiatrie oder für Innere Medizin,
  - e) für Kinder- und Jugendpsychosomatik vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie.
2. Fachschwerpunkte für die medizinischen Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie Urologie,
3. dislozierte Wochenkliniken für jedes Sonderfach sowie

#### 4. dislozierte Tageskliniken für jedes Sonderfach.

Die Einrichtung reduzierter Organisationsformen ist mit Ausnahme von Departments für Psychosomatik (Z 1 lit. d und e) nur in begründeten Ausnahmefällen, etwa zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen oder zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig, wenn der wirtschaftliche Betrieb einer Abteilung mangels ausreichender Auslastung nicht erwartet werden kann.“

#### 7. Nach § 3 werden folgende §§ 3a und 3b samt Überschriften eingefügt:

##### „§ 3a

##### **Fachrichtungsbezogene Organisationsformen**

(1) Abteilungen sind bettenführende Einrichtungen, die zeitlich uneingeschränkt zu betreiben sind und die im Rahmen der Abdeckung des fachrichtungsbezogenen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung in ihrem Einzugsbereich nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 die jederzeitige Verfügbarkeit fachärztlicher Akutversorgung anstaltsbedürftiger Personen im jeweiligen Sonderfach sicherzustellen haben.

(2) Neben Abteilungen bzw. an Stelle von Abteilungen können nach Maßgabe des § 3 Abs. 5 folgende fachrichtungsbezogene Organisationsformen als Organisationseinheiten vorgehalten werden:

1. Departments als bettenführende Einrichtungen mit eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG für Unfallchirurgie (Satellitendepartment) oder Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie mit jeweils 15 bis 24 Betten, für Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 20 Betten sowie für Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens 12 Betten. Departments müssen mit Ausnahme von Satellitendepartments für Unfallchirurgie nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei Fachärztinnen oder Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 3 Abs. 5 Z 1 eingerichtet werden. Satellitendepartments für Unfallchirurgie sind organisatorisch Teil jener Krankenanstalt, in der sie betrieben werden. Die ärztliche Versorgung der Satellitendepartments ist von einer Abteilung für Unfallchirurgie einer anderen Krankenanstalt oder – im Falle einer Krankenanstalt mit mehreren Standorten – von einer Abteilung für Unfallchirurgie an einem anderen Krankenanstaltenstandort sicherzustellen.

2. Fachschwerpunkte als bettenführende Einrichtungen mit acht bis vierzehn Betten und mit auf elektive Eingriffe eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG für die medizinischen Sonderfächer gemäß § 3 Abs. 5 Z 2. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Betriebszeiten aufweisen, wenn außerhalb dieser Betriebszeiten eine Rufbereitschaft sichergestellt ist. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärztinnen oder Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärztinnen oder Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden sein. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a und § 3 Abs. 4 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. b auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen.

3. Dislozierte Wochenkliniken als bettenführende Einrichtungen, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt

bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie dienen zur Durchführung von Behandlungen mit kurzer Verweildauer, wobei das Leistungsangebot auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG eingeschränkt ist. Die Einrichtung dislozierter Wochenkliniken ist nur in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten sowie in Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 3 Abs. 4 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend zulässig. Dislozierte Wochenkliniken müssen, sofern die Anstaltsordnung keine abweichenden Regelungen für Feiertage im Sinne des § 10 Abs. 1 lit. e enthält, jedenfalls von Montag früh bis Freitag abends zeitlich uneingeschränkt betrieben werden. Im Bedarfsfall ist durch die Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.

4. Dislozierte Tageskliniken als bettenführende Einrichtungen an Standorten von Krankenanstalten ohne vollstationäre bettenführende Einrichtung (Abteilung, Department oder Fachschwerpunkt) desselben Sonderfaches mit einem auf tagesklinisch elektiv erbringbare konservative und operative Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG. Dislozierte Tageskliniken können in der betreffenden Krankenanstalt entweder eigenständig geführt und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angehängt werden oder auch als bettenführende Einrichtungen eingerichtet werden, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie weisen eingeschränkte Betriebszeiten auf. Außerhalb der Betriebszeit ist jedenfalls die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sicherzustellen. Dislozierte Tageskliniken können in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 4 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend eingerichtet werden.

### **§ 3b Referenzzentren**

Als Referenzzentren werden spezialisierte Strukturen im Rahmen der bettenführenden Organisationsstrukturen bezeichnet, die grundsätzlich in Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalten zur Bündelung der Erbringung komplexer Leistungen für folgende Bereiche eingerichtet werden können:

1. Herzchirurgie, Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie, Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie, Onkologische Versorgung, Stammzelltransplantation, Nuklearmedizinische stationäre Therapie und Nephrologie für Erwachsene einschließlich Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, sowie
2. Herzchirurgie, Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie, Onkologische Versorgung und Stammzelltransplantation für Kinder, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.“

8. *In § 5a Abs. 2 Z 4 wird das Wort „Organisationseinheiten“ durch die Wortfolge „fachrichtungsbezogenen Organisationsformen“ ersetzt.*

9. *§ 5a Abs. 2 Z 6 lautet:*

„6. die maximale Bettenzahl je Fachbereich bezogen auf das Land und die Versorgungsregionen oder bezogen auf die Standorte,“

*10. Dem § 5a werden folgende Abs. 3 und 4 angefügt:*

„(3) Erfolgen die Festlegungen gemäß Abs. 2 Z 6 nicht bezogen auf die Standorte, sind in Zusammenhang mit § 4 Abs. 2b und 2c die zur Realisierung beabsichtigten Bettenkapazitäten je Fachbereich und Standort im Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien zumindest unverbindlich mit Informationscharakter auszuweisen.

(4) Das Amt der Wiener Landesregierung hat den zwischen dem Land Wien und der Sozialversicherung in der Wiener Gesundheitsplattform abgestimmten Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien auf der Homepage [www.wien.gv.at](http://www.wien.gv.at) in der jeweils aktuellen Fassung zu veröffentlichen.“

*11. § 10 Abs. 1 lautet:*

„(1) Der innere Betrieb der Krankenanstalt ist von ihrem Rechtsträger durch eine Anstaltsordnung zu regeln. Die Anstaltsordnung hat – unter besonderer Rücksichtnahme auf die Patientinnen- und Patientenrechte (§17a) – jedenfalls zu enthalten:

- a) die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in allgemeine Gebührenklasse und Sonderklasse, die Gliederung in Abteilungen und/oder in andere fachrichtungsbezogene Organisationsformen für Akutkranke und, neben diesen, auch in zusätzliche Einrichtungen für Langzeitbehandlung, oder in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranker und für Langzeitbehandlung innerhalb von Abteilungen;
- b) Angaben über ihre Organisation, die Person des Rechtsträgers, die wesentlichen Rechtsverhältnisse und ihre Vertretung nach außen;
- c) die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur einmalig über Tag (Tagesklinik) oder über Nacht (Nachtklinik), oder längerfristig im halbstationären Bereich, wo sie nur über Tag oder nur über Nacht verweilen, oder in sonstigen Betriebsformen gemäß Abs. 8 aufgenommen werden;
- d) Regelungen betreffend die Leitung der in § 3a genannten fachrichtungsbezogenen Organisationsformen sowie der in Abs. 8 genannten Betriebsformen;
- e) Regelungen über den Betrieb von dislozierten Wochenkliniken an Feiertagen;
- f) die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;
- g) Bestimmungen über die Qualitätssicherung der Leistungen der Krankenanstalt und über die dafür erforderlichen organisatorischen Einrichtungen;
- h) die Voraussetzungen für die Aufnahme und die Entlassung der Patientinnen und Patienten, den Vorgang bei der Aufnahme, Entlassung und im Todesfall, die Dokumentation über die Gründe der Ablehnung der Aufnahme von Patientinnen und Patienten;
- i) Richtlinien für den Aufenthalt von Patientinnen und Patienten, Begleitpersonen und Besucherinnen und Besuchern;
- j) die Festlegung von Räumen, in denen das Rauchen gestattet ist;
- k) Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 3a) oder in dislozierten Betriebsformen (Abs. 8).“

*12. § 10 Abs. 3 lautet:*

„(3) Die einzelnen Organisationseinheiten 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 von Organisationseinheiten verschiedener Sonderfächer zur Verfügung stehen (interdisziplinär geführte Bereiche), ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Patientinnen und Patienten jederzeit zweifelsfrei einer bestimmten fachrichtungsspezifischen Organisationseinheit zugeordnet werden können.“

*13. Dem § 10 wird folgender Abs. 8 angefügt:*

„(8) Folgende Arten der Betriebsformen sind in Krankenanstalten neben der herkömmlichen Art der fachrichtungsspezifischen und/oder zeitlich durchgängigen Betriebsform möglich:

1. Interdisziplinär geführte Bereiche zur Behandlung von Patientinnen und Patienten aus verschiedenen Sonderfächern, die in der Krankenanstalt in einer der fachrichtungsbezogenen Organisationsformen gemäß § 3a vorgehalten werden. Es ist sicherzustellen, dass die Patientinnen und Patienten jederzeit zweifelsfrei einem bestimmten Sonderfach zugeordnet werden können.
2. Als Wochenklinik geführte Bettenbereiche für stationäre Behandlungen von Fällen, in denen die Entlassung innerhalb der bewilligten Betriebszeit zu erwarten ist. Wochenkliniken können fachspezifisch oder interdisziplinär im Sinne der Z 1 betrieben werden.
3. Als Tagesklinik geführte Bettenbereiche zur tagesklinischen Behandlung (Aufnahme und Entlassung am selben Tag). Das Leistungsspektrum ist auf tagesklinisch erbringbare konservative und elektive operative Leistungen beschränkt. Tageskliniken können fachspezifisch oder interdisziplinär im Sinne der Z 1 betrieben werden.
4. Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten als Einrichtungen mit uneingeschränkter Betriebszeit, die aus einer Erstversorgungsambulanz und einem Aufnahmebereich mit bewilligungspflichtigen (systemisierten) Betten zur stationären Beobachtung von Patientinnen und Patienten für längstens 24 Stunden bestehen. Das zulässige Leistungsspektrum umfasst die Durchführung ambulanter Erstversorgung von Akut- und Notfällen inklusive basaler Unfallversorgung sowie Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung sonstiger ungeplanter Zugänge samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Fachstruktur innerhalb oder außerhalb der jeweiligen erstversorgenden Krankenanstalt im stationären oder ambulanten Bereich, die kurze stationäre Behandlung oder Beobachtung bis zu 24 Stunden sowie die organisatorische Übernahme ungeplanter stationärer Aufnahmen außerhalb der Routine-Betriebszeiten (Nachtaufnahmen) mit Verlegung auf geeignete Normalpflegebereiche bei Beginn der Routinedienste (Tagdienst). Eine dislozierte Führung dieser Einrichtungen ist nur in begründeten Ausnahmefällen, etwa zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen oder zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig.
5. Ambulante Erstversorgungseinheit als interdisziplinäre Struktur zur Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und erforderlichenfalls Weiterleitung der Patientinnen und Patienten in die erforderliche ambulante oder stationäre Versorgungsstruktur. Die Ambulante Erstversorgungseinheit kann über eine angemessene Zahl von nicht bewilligungspflichtigen Betten (Funktionsbetten) verfügen, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist. Disloziert geführte ambulante Erstversorgungseinheiten sind zeitlich uneingeschränkt zu betreiben. Ambulante Erstversorgungseinheiten, die örtlich in einer Krankenanstalt oder in unmittelbarer Nähe einer Krankenanstalt betrieben werden, können den Betrieb für maximal 8 Stunden, die tageszeitlich in der Anstaltsordnung festzulegen sind, einstellen, wenn die Erfüllung der Aufgaben der ambulanten Erstversor-

gungseinheit durch die Krankenanstalt in anderer Form sichergestellt ist. Im Übrigen sind Z 4 und § 42 sinngemäß anzuwenden.“

*14. Im § 13 Abs. 1 Z 2 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende Z 3 und 4 werden angefügt:*

„3. in dislozierten Wochenkliniken kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärztinnen oder Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn im Bedarfsfall die Weiterbetreuung der Patientinnen und Patienten durch die Mutterabteilung außerhalb der Betriebszeit sichergestellt ist;

4. in dislozierten Tageskliniken kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärztinnen oder Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sichergestellt ist.“

*15. Dem § 15b wird folgender Abs. 8 angefügt:*

„(8) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen und die dafür gemäß § 6 Gesundheitsqualitätsgesetz erforderlichen nicht personenbezogenen Daten dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung zu stellen, soweit diese nicht ohnehin aufgrund anderer Dokumentationsverpflichtungen zu melden sind.“

*16. Nach § 17 Abs. 3 wird folgender Abs. 3a eingefügt:*

„(3a) Abs. 3 ist dann nicht anzuwenden, wenn der Rechtsträger der aufgelassenen Krankenanstalt den Sitz in Wien hat und noch andere Krankenanstalten in Wien betreibt. In diesem Fall ist der Rechtsträger der Krankenanstalt zur Aufbewahrung der Krankengeschichten während der Aufbewahrungsdauer verpflichtet. Nach Ablauf der Aufbewahrungsdauer können die Krankengeschichten vernichtet werden. Wenn eine der Voraussetzungen des ersten Satzes nicht mehr gegeben ist sowie nach dem Untergang des Rechtsträgers der aufgelassenen Krankenanstalt ist Abs. 3 anzuwenden.“

*17. Im § 17 Abs. 4 entfällt der letzte Satz.*

*18. Dem § 36 wird folgender Abs. 10 angefügt:*

„(10) Im Fall der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten in fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 3a) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 10 Abs. 8) ist diese Patientin bzw. dieser Patient eine oder einer der Krankenanstalt, in der sie bzw. er sich befindet.“

*19. § 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. 89/2012;
2. Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – AVG, BGBl. Nr. 51/1991 in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2011;
3. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG, BGBl. Nr. 450/1994, in der Fassung BGBl. I Nr. 50/2012;
4. Arbeitskräfteüberlassungsgesetz – AÜG, BGBl. Nr. 196/1988, in der Fassung BGBl. I Nr. 35/2012;
5. Asylgesetz 2005 – AsylG 2005, BGBl. I Nr. 100, in der Fassung BGBl. I Nr. 87/2012;
6. Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169, in der Fassung BGBl. I Nr. 80/2012;
7. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, in der Fassung BGBl. I Nr. 179/2004;
8. Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G), BGBl. Nr. 102/1961, in der Fassung BGBl. I Nr. 89/2012;
9. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011;
10. Bundes-Seniorengesetz, BGBl. I Nr. 84/1998, in der Fassung BGBl. I Nr. 52/2009;
11. Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), BGBl. Nr. 1/1930, in der Fassung BGBl. I Nr. 65/2012;
12. Datenschutzgesetz 2000 – DSG 2000, BGBl. I Nr. 165/1999, in der Fassung BGBl. I Nr. 51/2012;
13. Einkommensteuergesetz 1988 – EStG 1988, BGBl. Nr. 400, in der Fassung BGBl. I Nr. 22/2012;
14. Familienlastenausgleichsgesetz 1967, BGBl. Nr. 376, in der Fassung BGBl. I Nr. 17/2012;
15. Gesundheitsqualitätsgesetz –GQG, BGBl. I Nr. 179/2004;
16. Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz – GESG, BGBl. I Nr. 63/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 112/2011;
17. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997, in der Fassung BGBl. I Nr. 89/2012;
18. Gewebesicherheitsgesetz – GSG, BGBl. I Nr. 49/2008, in der Fassung BGBl. I Nr. 63/2009;
19. Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz – MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 57/2008;
20. MTD-Gesetz, BGBl. Nr. 460/1992, in der Fassung BGBl. I Nr. 89/2012;
21. Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG, BGBl. I Nr. 55/2006;
22. Strafgesetzbuch – StGB, BGBl. Nr. 60/1974, in der Fassung BGBl. I Nr. 61/2012;
23. Strafprozessordnung 1975 (StPO), BGBl. Nr. 631, in der Fassung BGBl. I Nr. 61/2012;
24. Strafvollzugsgesetz – StVG, BGBl. Nr. 144/1969, in der Fassung BGBl. I Nr. 50/2012;
25. Strahlenschutzgesetz – StrSchG, BGBl. Nr. 227/1969, in der Fassung BGBl. I Nr. 35/2012;
26. Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO 1960, BGBl. Nr. 159, in der Fassung BGBl. I Nr. 50/2012;
27. Unterbringungsgesetz – UbG, BGBl. Nr. 155/1990, in der Fassung BGBl. I Nr. 18/2010;
28. Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 1997 – VRV 1997, BGBl. Nr. 787/1996, in der Fassung BGBl. II Nr. 118/2007;
29. Zahnärztegesetz – ZÄG, BGBl. I Nr. 126/2005, in der Fassung BGBl. I Nr. 38/2012;
30. Zivilprozessordnung – ZPO, RGBl. 113/1895, in der Fassung BGBl. I Nr. 30/2012.“



**Artikel II**

Dieses Gesetz tritt mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

Der Landeshauptmann:

Der Landesamtsdirektor:

## VORBLATT

### ***Ziele und wesentlicher Inhalt:***

Auf Grund der Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. I Nr. 147/2011, entsprechen die Bestimmungen des Wiener Krankenanstaltengesetzes 1987 - Wr. KAG in der geltenden Fassung teilweise nicht mehr den grundsatzgesetzlichen Vorgaben.

Mit dieser Novelle werden im Wesentlichen folgende grundsatzgesetzlichen Vorgaben landesgesetzlich umgesetzt:

- Verankerung einer abgestuften Versorgung durch Akut-Krankenanstalten bis hin zur Definition von Leistungsbündeln, die den Versorgungsstufen jeweils zugeordnet sind
- Transparente und klar strukturierte Festlegung der unterschiedlichen innovativen, prozessorientiert funktionierenden Organisations- und Betriebsformen

### ***Auswirkungen des Regelungsvorhabens:***

#### Finanzielle Auswirkungen:

Durch diese Novelle werden den Krankenanstaltenträgern Organisations- und Betriebsformen eröffnet, die einen wesentlich wirtschaftlicheren Betrieb von Krankenanstalten als bisher sowie eine bedarfsorientierte Versorgung bei gleichzeitiger Effizienzsteigerung ermöglichen.

Da noch nicht feststeht, in wie weit die Krankenanstaltenträger von den Möglichkeiten der Neustrukturierung der Krankenanstalten Gebrauch machen werden, können die finanziellen Auswirkungen noch nicht seriös abgeschätzt werden.

Es kann jedenfalls davon ausgegangen werden, dass durch die vorliegende Novelle keine Mehrkosten für die Stadt Wien als Rechtsträgerin von Krankenanstalten entstehen werden.

Für den Bund und andere Gebietskörperschaften ergeben sich keine Mehrkosten.

#### 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:*

Mit dieser Novelle wird ein wesentlicher Beitrag zur nachhaltigen Finanzierbarkeit einer für alle frei zugänglichen, regional ausgewogenen, qualitativ hochwertigen und effizienten Gesundheitsversorgung geleistet.

Geschlechtsspezifische Auswirkungen:

Keine

***Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union:***

Der Entwurf fällt nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

***Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:***

Keine.

## ERLÄUTERUNGEN

### I. Allgemeiner Teil

Mit dem Bundesgesetz, BGBl. I Nr. 147/2011, wurde das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) geändert. Die grundsatzgesetzlichen Bestimmungen dieser Novelle sind landesgesetzlich umzusetzen.

In den Ausführungsbestimmungen werden entsprechend den Vorgaben der grundsatzgesetzlichen Bestimmungen Möglichkeiten für die modulare Zusammensetzung von Krankenanstalten geschaffen. Mit den vorgesehenen prozessorientierten Betriebsformen können einerseits die Möglichkeiten aus der medizinischen Entwicklung hin zu Behandlungsformen mit höherer Planbarkeit sowie geringeren Verweildauern bzw. ambulanter Form genutzt werden. Andererseits kann mit diesen Betriebs- und Organisationsformen dem patientinnen- und patientenspezifischen Bedarf auch bei längeren Rekonvaleszenz-Phasen entsprochen werden. Auf diese Weise besteht die Möglichkeit, jeweils diejenige Versorgungsform zu nutzen, die dem jeweiligen fallspezifischen Bedarf (Patientinnen-/Patientenstatus und Behandlungserfordernis) am besten entspricht. Die reduzierten Organisationsformen (Departments, Fachschwerpunkte usw.) werden dabei in dieser Novelle umfassend geregelt.

Daraus ergeben sich die Möglichkeiten für Krankenanstalten an Hand eines entsprechenden Patientinnen-, Patienten- und Belegungsmanagements eine Anpassung bzw. Redimensionierung des vollstationären Bettenangebots in den Akut-Krankenanstalten und dessen allfällige bedarfsorientierte Umwidmung beispielsweise in Einrichtungen für Übergangs- und Kurzzeitpflege zu erwirken.

Als neu vorgesehene Versorgungsform sind insbesondere die Standard-Krankenanstalten der Basisversorgung (§ 3 Abs. 4) zu nennen. Als solche können ausschließlich bisherige Standard-Krankenanstalten (§ 1 Abs. 1 lit. a) unter bestimmten Voraussetzungen geführt werden (vgl. Erläuterungen Besonderer Teil).

Zur Schaffung der erforderlichen Rechtssicherheit und der notwendigen Transparenz werden mit dieser Novelle nunmehr sowohl die möglichen fachrichtungsbezogenen Organisationsformen (neu eingefügter § 3a) von Krankenanstalten als auch die verschiedenen Arten der Betriebsformen (ergänzter bzw. geänderter § 10) samt Definitionen und Voraussetzungen im Wr. KAG geregelt.

In diesem Zusammenhang ist davon auszugehen, dass die Träger der Krankenanstalten schon im Hinblick auf den Konsumentenschutz verpflichtet sind, durch geeignete Maßnahmen (z.B. Anbringen entsprechender Informationen) sicherzustellen, dass für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige leicht erkennbar ist, welche Organisationsformen das jeweilige Krankenhaus für welches Sonderfach vorhält und um welche Betriebsform es sich handelt. Des Weiteren müssen – im Falle von Organisationsformen bzw. Betriebsformen mit eingeschränkter Betriebszeit – die Betriebszeiten für die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige leicht erkennbar sein. Entsprechende Regelungen in der Anstaltsordnung reichen nicht aus.

Weiters werden im neuen § 3b für bestimmte Leistungsbereiche Referenzzentren zur Durchführung komplexer medizinischer Leistungen vorgesehen.

#### Darstellung der finanziellen Auswirkungen:

Auf Grund des Gesetzesvorhabens ergeben sich für die Stadt Wien keine zusätzlichen Mehrkosten. Die auf Grund der Gesetzesänderung eröffneten Möglichkeiten neuer Organisations- und Betriebsführung werden zwar kurzfristig durch allfällige Umstrukturierungen (z.B. Umbauten) zu einem Mehraufwand führen, langfristig sollte dieser Mehraufwand aber durch die Einsparungen, die auf Grund einer wirtschaftlicheren Betriebsführung zu erwarten sind, kompensiert werden. Langfristig sollen somit die Umstrukturierungen zu einem effizienteren Einsatz der vorhandenen Mittel und einer Effizienzsteigerung der Spitäler führen. Diese Strategie entspricht dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2010 (ÖSG 2010), der von der Bundesgesundheitskommission einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern beschlossen wurde.

Für den Bund und andere Gebietskörperschaften entstehen keine zusätzlichen Kosten.

## **II. Besonderer Teil**

### **Zu Artikel I:**

#### Zu Z 1 bis Z 6 (§ 3):

Im Hinblick auf Krankenanstalten, die auch der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, wird durch Streichung des Unklarheiten schaffenden Einschubs „in diesem Umfang“ in Abs. 2 Rechtsklarheit geschaffen. Diese Bestimmung gilt nur für öffentliche Medizin-Universitäten, private Medizin-Universitäten sind davon ebenso wie akademische Lehrkrankenanstalten nicht umfasst.

Durch die Änderung des Zitates in Abs. 3 wird klargestellt, dass es auch in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a möglich ist, die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt unterzubringen, sofern diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind. Eine funktionell-organisatorische Verbindung örtlich getrennt untergebrachter Abteilungen oder sonstiger Organisationseinheiten setzt eine bestimmte räumliche Nähe voraus.

In Abs. 1 lit. a und b iVm. Abs. 4 und 5 werden einerseits als neue Versorgungsform die Standard-Krankenanstalten der Basisversorgung vorgesehen und andererseits die sogenannten reduzierten Organisationsformen (Departments, Fachschwerpunkte usw.) neu strukturiert und umfassend geregelt.

#### Standard-Krankenanstalten der Basisversorgung:

Als solche können ausschließlich bisherige Standard-Krankenanstalten (§ 3 Abs. 1 lit. a) geführt werden, wenn sie über einen natürlichen Einzugsbereich von unter 50.000 Einwohnern verfügen und/oder wenn eine rasche Erreichbarkeit einer Standardkrankenanstalt gemäß § 3 Abs. 1 lit. a oder einer höherrangigen Krankenanstalt (Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalt) vorliegt. Damit soll klargestellt werden, dass Standard-Krankenanstalten der Basisversorgung nicht zusätzlich errichtet werden dürfen, sondern ausschließlich durch Umwandlung aus bestehenden Standard-Krankenanstalten hervorgehen

können. Für die Einrichtung ist das Vorliegen einer der beiden genannten Voraussetzungen ausreichend.

Die Standard-Krankenanstalten der Basisversorgung sind eine spezielle Kategorie von Standard-Krankenanstalten und müssen zumindest

- eine Abteilung für Innere Medizin ohne weitere Spezialisierung aufweisen,
- eine auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG beschränkte und als dislozierte Wochen- oder Tagesklinik geführte Organisationseinheit zur Sicherstellung der Basisversorgung für Chirurgie umfassen und
- eine permanente Erstversorgung von Akutfällen samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Versorgungsstruktur gewährleisten.

Bei der Basisversorgung handelt es sich im Wesentlichen um Leistungen, die ohne besondere Anforderungen an die medizinisch-technische Infrastruktur (z. B. Großgeräte, Intensivversorgung) und an das Komplikationsmanagement in einer Krankenanstalt auch im Rahmen einer Wochenklinik erbracht werden können.

Die Erstversorgung muss insbesondere in jenen Akutfällen gewährleistet sein, bei denen im Fall einer späteren medizinischen Intervention eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands zu erwarten wäre. Für den Fall, dass das Behandlungsmanagement in der Krankenanstalt vor Ort nicht ausreichend ist, ist nach einer Erstversorgung (z.B. Stabilisierung, Wundverband/Fixierung, etc.) ein unverzüglicher Weitertransport der betroffenen Patientinnen und Patienten an eine dafür geeignete Krankenanstalt zu veranlassen. Für den Fall einer erforderlichen nachsorgenden Begutachtung oder Weiterbehandlung im ambulanten Bereich ist eine entsprechende Zuweisung an diesen durchzuführen.

Die Abteilung für Innere Medizin muss jedenfalls alle Leistungen erbringen, für die kein Additivfach erforderlich ist und die in einer Standardkrankenanstalt anzubieten sind. Bei Bedarf können etwa auch Leistungen aus Additivfächern erbracht werden, wenn die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen und insbesondere festgelegte Qualitätskriterien eingehalten werden. Die ärztliche Versorgung von Einrichtungen für Akutgeriatrie/Remobilisation oder Remobilisation/Nachsorge muss dementsprechend durch geeignete Ärztinnen oder Ärzte erfolgen.

Ergänzend zu den beschriebenen Mindestanforderungen können weitere auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG beschränkte und in reduzierten Organisationsformen (Departments, Fachschwerpunkte usw.) geführte operativ tätige Fachrichtungen vorgehalten werden.

Eine Erweiterung des Leistungsspektrums über die definierten Basisversorgungs-Leistungen hinaus ist unzulässig.

Weiters sind im Bedarfsfall Einrichtungen für Akutgeriatrie/Remobilisation oder Remobilisation/Nachsorge mit zu berücksichtigen.

Darüber hinaus ist im Rahmen von Standard-Krankenanstalten der Basisversorgung in Ausnahmefällen und wenn dies im Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien (RSG Wien) vorgesehen ist, die Fortführung bestehender Fachrichtungen, sofern sie konservativ tätig sind, – auch in Form von Abteilungen – möglich. Als Ausnahmefall ist jedenfalls die Notwendigkeit der Versorgung der Bevölkerung in dieser Fachrichtung zu sehen.

Hinsichtlich der Erbringung ambulanter Leistungen durch Standardkrankenanstalten der Basisversorgung ist in Verbindung mit § 42 Wr. KAG Folgendes festzuhalten:

1. Für das von der – auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG beschränkten - Organisationseinheit zur Sicherstellung der Basisversorgung für Chirurgie (dislozierte Wochen- oder Tagesklinik) angebotene Leistungsspektrum sind auch

die entsprechenden ambulanten Leistungen anzubieten. Dafür wird grundsätzlich eine ambulante Erstversorgungseinheit ausreichen.

2. Im Zusammenhang mit den auf der Abteilung für Innere Medizin oder in sonstigen Fachrichtungen in bettenführenden Organisationseinheiten angebotenen Leistungsspektren ist auch eine entsprechende ambulante Versorgung gemäß § 42 Wr. KAG sicherzustellen. Das kann im Wege von Fachambulanzen oder interdisziplinär geführten Ambulanzen erfolgen, eine ambulante Erstversorgungseinheit ist dafür nicht ausreichend.

Dementsprechend bleibt der § 42 Wr. KAG unter Berücksichtigung dieser Ausführungen unberührt.

Die Organisation der entsprechend dem Patientinnen- und Patientenbedarf erforderlichen komplexeren medizinischen Versorgung ist durch Kooperation mit anderen Krankenanstalten sicherzustellen. Als andere Krankenanstalten kommen sowohl Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a als auch Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten oder geeignete Sonderkrankenanstalten in Betracht. Handelt es sich bei den kooperierenden Krankenanstalten um Krankenanstalten desselben Rechtsträgers sind Vereinbarungen zwischen den Krankenanstalten denkbar. Eine schriftliche Festlegung der Kooperation allenfalls auch in den Anstaltsordnungen ist aus Gründen der Rechtssicherheit und Transparenz notwendig.

Um wirtschaftliche und versorgungstechnische Synergien bestmöglich nutzbar zu machen, kann die am Krankenanstaltenstandort als Standardkrankenanstalt der Basisversorgung strukturierte Versorgungseinheit auch unter gemeinsamer Leitung als integraler Teil einer Standardkrankenanstalt gemäß § 3 Abs. 1 lit. a oder einer Schwerpunkt- bzw. Zentralkrankenanstalten geführt werden (Mehr-Standort-Krankenanstalt). Eine Abgrenzung zwischen diversen Standorten derselben Krankenanstalt im Hinblick auf die Finanzierung ist möglich (z.B. Festlegung unterschiedlicher Steuerungsfaktoren aufgrund Leistungsspektren unterschiedlicher Versorgungsstufen). Es ist beispielsweise zulässig, dass die Standardkrankenanstalt der Basisversorgung A am Standort X etwa im Wege eines Angliederungsvertrages oder durch Übertragung auf einen anderen Rechtsträger zu einem Teil einer Krankenanstalt B am Standort Y wird. Die Krankenanstalt B erhält dadurch den neuen Standort X und wird – wenn sie es nicht ohnehin schon war - dadurch zu einer Mehr-Standort-Krankenanstalt mit den Standorten X und Y. Handelt es sich beim Standort Y der Krankenanstalt B beispielsweise um eine Schwerpunktkrankenanstalt, so kann im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung für diesen Standort Y – wie bisher – der Faktor für die Schwerpunktversorgung festgelegt werden und für den neuen Standort X (= Standardkrankenanstalt der Basisversorgung) kein besonderer Faktor (= Faktor 1) festgelegt werden.

### Departments und Fachschwerpunkte

Mit der neuen Regelung in Abs. 5 (bisher Abs. 4) werden die reduzierten Organisationsformen Department und Fachschwerpunkt insbesondere im Hinblick auf die Verständlichkeit neu strukturiert und teilweise neu geregelt.

Die Änderungen zur bisherigen Rechtslage bestehen darin, dass

1. für die Fachrichtung Unfallchirurgie anstelle eines Departments im Rahmen einer Abteilung für Chirurgie nunmehr ein sogenanntes Satellitendepartment (siehe Erläuterungen zur Z 6) vorgesehen wird und
  2. für die Fachrichtung Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zukünftig nicht mehr die reduzierte Organisationsform Department, sondern ein Fachschwerpunkt in Betracht kommt.
- Für Departments und Fachschwerpunkte gilt, dass diese mit Ausnahme der Departments für Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychosomatik nur in begründeten Ausnahmefällen,

etwa zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen oder zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig sind, wenn der wirtschaftliche Betrieb einer Abteilung mangels ausreichender Auslastung nicht erwartet werden kann.

Zu Z 7 (§§ 3a und 3b):

In den §§ 3a bzw. 3b werden bereits bestehende und neu hinzukommende fachrichtungsbezogene Organisationseinheiten sowie neu „Referenzzentren“ kompakt dargestellt und beschrieben.

Ein Satellitendepartment für Unfallchirurgie ist organisatorisch, worunter jedenfalls die gesamte datenschutzrechtliche, sicherheitstechnische und IKT-technische Verantwortung fällt, Teil der Krankenanstalt, in der es sich örtlich befindet. Es ist eine bettenführende Einrichtung, deren ärztliche Versorgung von einer Abteilung für Unfallchirurgie einer anderen Krankenanstalt (Variante 1) oder im Fall einer Mehr-Standort-Krankenanstalt von einer Abteilung für Unfallchirurgie an einem anderen Krankenanstaltenstandort (Variante 2) sichergestellt wird. In Variante 1 wird die ärztliche Versorgung des Satellitendepartments, das sich in der Krankenanstalt A befindet, von der fachgleichen Abteilung der Krankenanstalt B sichergestellt. In Variante 2 wird die ärztliche Versorgung des Satellitendepartments, das sich am Standort X der Krankenanstalt A befindet, von der fachgleichen Abteilung der Krankenanstalt A am Standort Y sichergestellt. Für Satellitendepartments für Unfallchirurgie gilt Folgendes:

1. Sofern nicht im Rahmen einer Mehr-Standort-Krankenanstalt geführt, ist die fachärztliche Führung und der ärztliche Dienst für das Satellitendepartment durch Kooperationsvereinbarung zwischen der Krankenanstalt mit dem Satellitendepartment und jener mit zugehöriger Mutterabteilung sicherzustellen.
2. Die ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind dienstrechtlich der Krankenanstalt der Mutterabteilung zugeordnet. Die Abteilungsleiterin oder der Abteilungsleiter der Mutterabteilung kann die abteilungsbezogene organisatorische Verantwortung für das Satellitendepartment der mit der Führung des Departments vor Ort betrauten Ärztin oder dem mit der Führung des Departments vor Ort betrauten Arzt seiner Abteilung übertragen.
3. Das Satellitendepartment ist in organisatorischen Belangen, worunter jedenfalls die gesamte datenschutzrechtliche, sicherheitstechnische und IKT-technische Verantwortung fällt, der Krankenhausführung der Ärztlichen Leitung des Krankenhauses, in dem diese eingerichtet ist, unterstellt. Die Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Besetzung, die in qualitativer und zeitlicher Hinsicht zum Betrieb des Satellitendepartments im Rahmen der vereinbarten Betriebszeit erforderlich ist, ist Aufgabe der Mutterabteilung. Die fachliche Aufsicht und Verantwortung obliegt der Abteilungsleiterin oder dem Abteilungsleiter der Mutterabteilung.
4. Zum Zweck der Qualitätssicherung und dem Qualifikationserhalt der im Satellitendepartment eingesetzten ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist für diese eine regelmäßige Tätigkeit über einen längeren Zeitraum im Rahmen der Mutterabteilung vorzusehen.
5. Die Patientinnen und Patienten stehen in einem Behandlungsvertrag mit der Krankenanstalt, an der der Aufenthalt örtlich stattfindet. Die Krankenanstalt, in der das Satellitendepartment eingerichtet ist, trägt sämtliche Rechte und Pflichten gegenüber den Patientinnen und Patienten.
6. Im Innenverhältnis zwischen den beteiligten Krankenanstalten übernimmt in Fragen der ärztlichen Behandlung im Rahmen des Satellitendepartments und daraus resultierender



Haftungsfragen jene Krankenanstalt die Verantwortung, in der die Mutterabteilung eingerichtet ist.

7. Die mit dem Behandlungsvertrag verbundenen Rechte und Pflichten schließen neben der Führung von Krankengeschichten und Dokumentation auch die Rechnungslegung gegenüber den Patientinnen und Patienten (z.B. Kostenbeiträge, Selbstzahlerinnen und Selbstzahler) und den Finanzierungsträgern (Landesgesundheitsfonds, Rechtsträger, Versicherungen, etc.) ein.

Im Zusammenhang mit Fachschwerpunkten wird klargestellt, dass diese in Standardkrankenanstalten in Ergänzung, sowie in Schwerpunktkrankenanstalten auch als Ersatz zu den als Mindestanforderung festgelegten Abteilungen eingerichtet werden können. Die fachliche Anbindung eines Fachschwerpunkts an eine Fachabteilung einer anderen Krankenanstalt dient zum einen einer gesicherten Übernahme von Patientinnen und Patienten eines Fachschwerpunkts, wenn für deren Versorgung – aus welchen Gründen auch immer – das Behandlungsmanagement der Krankenanstalt, in der der Fachschwerpunkt eingerichtet ist, nicht bzw. nicht mehr ausreicht, um die Behandlungserfordernisse zu erfüllen. Darüber hinaus soll die fachliche Anbindung den Qualifikationserhalt der in Fachschwerpunkten tätigen Ärztinnen und Ärzte durch z.B. die Einbindung in abteilungsinterne Fortbildungsmaßnahmen sowie Abteilungs- und Fallbesprechungen sicherstellen. Die Abteilung, an die der Fachschwerpunkt anzubinden ist, ist aber nicht als Kontrollinstanz mit oder ohne Weisungsrecht zu verstehen und übernimmt jedenfalls keine fachliche Letztverantwortung für die Leistungserbringung im Fachschwerpunkt.

Für dislozierte Wochenkliniken als Organisationsformen gilt:

1. Dislozierte Wochenkliniken sind jedenfalls keine Betriebsstätten einer anderen Krankenanstalt, sondern organisatorisch, worunter jedenfalls die gesamte datenschutzrechtliche, sicherheitstechnische und IKT-technische Verantwortung fällt, und rechtlich Teil jener Krankenanstalt, an der sie räumlich eingerichtet sind. Sofern nicht im Rahmen einer Mehr-Standort-Krankenanstalt geführt, ist die fachärztliche Führung und der ärztliche Dienst für die dislozierte Wochenklinik durch Kooperationsvereinbarung zwischen der Krankenanstalt mit dislozierter Wochenklinik und jener mit zugehöriger Mutterabteilung sicherzustellen.
2. Die ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind dienstrechtlich der Krankenanstalt der Mutterabteilung zugeordnet. Die Abteilungsleiterin oder der Abteilungsleiter der Mutterabteilung kann die abteilungsbezogene organisatorische Verantwortung für die dislozierte Wochenklinik der mit der Führung der dislozierten Wochenklinik vor Ort betrauten Ärztin oder dem mit der Führung der dislozierten Wochenklinik vor Ort betrauten Arzt seiner Abteilung übertragen.
3. Die dislozierte Wochenklinik ist in organisatorischen Belangen, worunter jedenfalls die gesamte datenschutzrechtliche, sicherheitstechnische und IKT-technische Verantwortung fällt, der Krankenhausführung der Ärztlichen Leitung des Krankenhauses, in dem diese eingerichtet ist, unterstellt. Die Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Besetzung, die in qualitativer und zeitlicher Hinsicht zum Betrieb der dislozierten Wochenklinik im Rahmen der vereinbarten Betriebszeit erforderlich ist, ist Aufgabe der Mutterabteilung. Die fachliche Aufsicht und Verantwortung obliegt der Abteilungsleiterin oder dem Abteilungsleiter der Mutterabteilung.
4. Zum Zweck der Qualitätssicherung und dem Qualifikationserhalt der in der dislozierten Wochenklinik eingesetzten ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist für diese eine regelmäßige Tätigkeit über einen längeren Zeitraum im Rahmen der Mutterabteilung vorzusehen.
5. Die Patientinnen und Patienten stehen in einem Behandlungsvertrag mit der Krankenanstalt, an der der Aufenthalt räumlich stattfindet. Die Krankenanstalt, in der die

dislozierte Wochenklinik eingerichtet ist, trägt sämtliche Rechte und Pflichten gegenüber den Patientinnen und Patienten.

6. Im Innenverhältnis zwischen den beteiligten Krankenanstalten übernimmt in Fragen der ärztlichen Behandlung im Rahmen der dislozierten Wochenklinik und daraus resultierender Haftungsfragen jene Krankenanstalt die Verantwortung, in der die Mutterabteilung eingerichtet ist.

7. Die mit dem Behandlungsvertrag verbundenen Rechte und Pflichten schließen neben der Führung von Krankengeschichten und Dokumentation auch die Rechnungslegung gegenüber den Patientinnen und Patienten (z.B. Kostenbeiträge, Selbstzahlerinnen und Selbstzahler) und den Finanzierungsträgern (Landesgesundheitsfonds, Rechtsträger, Versicherungen, etc.) ein.

Bei dislozierten Tageskliniken als Organisationsformen können folgende Varianten unterschieden werden:

1. Eigenständig in einer Krankenanstalt geführte und analog zu Fachschwerpunkten an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebundene dislozierte Tageskliniken und

2. analog der dislozierten Wochenklinik (siehe oben) als bettenführende Einrichtung eingerichtete dislozierte Tageskliniken, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung sicherzustellen ist, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung).

Dislozierte Tageskliniken beziehen sich auf ein, auf den tagesklinischen Aufenthalt beschränktes Leistungsangebot und weisen fixe Betriebszeiten auf. Außerhalb der Betriebszeit ist jedenfalls die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sicherzustellen. Die dislozierte Tagesklinik ist in organisatorischen Belangen, worunter jedenfalls die gesamte datenschutzrechtliche, sicherheitstechnische und IKT-technische Verantwortung fällt, der Krankenhausführung der Ärztlichen Leitung des Krankenhauses, in dem diese eingerichtet ist, unterstellt.

Im Falle der Kooperation von dislozierten Wochen- und Tageskliniken mit Krankenanstalten desselben Rechtsträgers sind Vereinbarungen zwischen den Krankenanstalten eines Rechtsträgers denkbar. Eine schriftliche Festlegung der Kooperation allenfalls auch in den Anstaltsordnungen ist aus Gründen der Rechtssicherheit und Transparenz notwendig.

Die Einrichtung dislozierter Wochen- und Tageskliniken ist nur in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten sowie in Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 3 Abs. 4 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend zulässig. Gemäß § 3 Abs. 3 Wr. KAG kann die Landesregierung von der Einrichtung einzelner der in § 3 Abs. 1 lit. b Wr. KAG vorgesehenen Abteilungen absehen, wenn in jenem Einzugsbereich, in dem die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen oder Einrichtungen in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist. Im Falle einer Schwerpunktkrankenanstalt, die auf Grund dieser Regelung (§ 3 Abs. 3) etwa keine Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe vorhält, ist bei entsprechendem Bedarf beispielsweise die ergänzende Führung einer dislozierten Wochen- oder Tagesklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe zulässig.

Referenzzentren sind besondere Bereiche oder Abteilungen, die im Rahmen der Fachstruktur der Krankenanstalten bei Erfüllung der im ÖSG festgelegten Qualitätskriterien v.a. betreffend die Qualifikation der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, ausreichende Ausbildungsstellen und spezielle Infrastruktur als solche besonders ausgewiesen werden. Die Einrichtung von Referenzzentren stellt keine selbstständige Organisationsform dar, für welche eine krankenanstaltenrechtliche Errichtungs- und Betriebsbewilligung bzw.

Änderungsgenehmigung erforderlich ist, sondern es geht beim Referenzzentrum im Wesentlichen um die Qualifizierung bzw. Charakterisierung bestehender Strukturen. Die Festlegung der Standorte dieser Referenzzentren und deren Versorgungsstufen erfolgt, sofern nicht direkt im ÖSG festgelegt, im Rahmen des RSG Wien und des Wiener Krankenanstaltenplans (WKAP). Mögliche Referenzzentren sollen daher in Abstimmung mit dem ÖSG sowie dem RSG Wien im Wiener Krankenanstaltenplan ausgewiesen werden.

Zu Z 8 bis Z 10 (§ 5a):

Die nunmehr vorgesehene Normierung, dass im Wiener Krankenanstaltenplan die maximale fachbereichsspezifische Bettenzahl bezogen auf das Land und die Versorgungsregion oder auf die Standorte festzulegen ist, dient der Wahrung der Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit der Landeskrankenanstaltenpläne.

Die Verpflichtung zur Veröffentlichung des aktuellen RSG Wien auf der Homepage der Stadt Wien dient der Steigerung der Transparenz. Der RSG Wien enthält keine personenbezogenen Daten im Sinne des DSG 2000, sondern – wenn überhaupt – nur statistische Daten.

Zu Z 11 bis 13 (§ 10):

Diese Bestimmung ist einerseits im Zusammenhang mit den fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten zu adaptieren, andererseits werden im neuen Abs. 8 jene Betriebsformen übersichtlich dargestellt und beschrieben, die neben der herkömmlichen Art der fachrichtungsbezogenen und/oder zeitlich durchgängigen Betriebsform möglich sind.

Die Betriebsformen „Wochenklinik“ und „Tagesklinik“ sind von den fachrichtungsspezifischen Organisationseinheiten „dislozierte Wochenklinik“ und „dislozierte Tagesklinik“ strikt zu trennen. Während es sich bei den „dislozierten Wochenkliniken“ und „dislozierten Tageskliniken“ um Organisationseinheiten wie etwa auch eine Abteilung handelt, stellen Wochenkliniken und Tageskliniken Betriebsformen von Organisationseinheiten oder Teilen davon dar. So können beispielsweise Teile von Abteilungen auch als Wochen- oder Tageskliniken betrieben werden.

Eine besondere Betriebsform effizienter Versorgungseinheiten stellen zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten für ungeplante Patientinnen- und Patientenzugänge mit vor allem akuter Symptomatik dar, die unter ärztlicher Zuständigkeit einer in der Notfallversorgung erfahrenen Ärztin bzw. eines in der Notfallversorgung erfahrenen Arztes mit ius practicandi und erforderlichen weiteren Zusatzqualifikationen geführt werden.

Der dafür qualifizierten Ärztin bzw. dem dafür qualifizierten Arzt obliegt die Entscheidung über Art der Behandlung und allfällige Zuleitung in die bedarfsspezifisch erforderliche Versorgungsstruktur bei gesicherter konsiliarischer Beziehung von Fachärztinnen und Fachärzten aus den in der Krankenanstalt eingerichteten Fachstrukturen. Zielsetzung der Einrichtung von zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten ist die qualitative, am Patientinnen- und Patientenbedarf ausgerichtete Versorgung von Akutfällen, wobei vermeidbare stationäre Aufnahmen hintangehalten werden sollen. Die zentralen Funktionen einer solchen Einheit bestehen in der

- Erstbegutachtung und -behandlung ungeplanter Krankenanstalten-Zugänge (ohne Termin zur stationären Aufnahme oder zur Behandlung in einer Ambulanz),
- Weiterleitung zur Folgebehandlung in der dafür zuständigen Fachstruktur innerhalb oder außerhalb der jeweiligen Erstversorgungs-Krankenanstalt im stationären oder ambulanten Bereich oder

- einfachen abschließenden Versorgung.

Nicht geeignet ist diese Einrichtung für die Erstversorgung von Schwerverletzten und für die Geburtshilfe.

Da die zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit rund um die Uhr geöffnet ist, ist eine durchgängige qualifizierte Erstversorgung von Notfällen sichergestellt. Eine enge Zusammenarbeit mit dem Notarzt- und Rettungswesen ist anzustreben, um ein verlässliches Notfallversorgungssystem zu gewährleisten.

Zur Abklärung der Behandlungserfordernisse sowie zur Patientinnen- und Patientenbeobachtung sind stationäre Kurzaufenthalte bis max. 24 Stunden im Rahmen dieser Einheit ebenso zulässig wie die organisatorische Übernahme ungeplanter stationärer Aufnahmen außerhalb der Routine-Betriebszeiten (Nachtaufnahmen) mit Verlegung auf geeignete Normalpflege-Stationen bei Beginn der Routinedienste (Tagdienste). Für stationäre Aufnahmen in einer zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheit bedarf es der Vorhaltung von bewilligungspflichtigen (systemisierten) Betten (umgewidmet aus dem Normalpflegebereich der Krankenanstalt, nicht additiv einzurichten), die im Tagesverlauf auch mehrfach belegt werden können.

Bei einer Direktentlassung nach Abklärung und ggf. Behandlung einer Akutsymptomatik ist eine allenfalls erforderliche (häusliche) Betreuung familiär oder institutionell organisatorisch sicherzustellen.

Die ausschließlich ambulante Begutachtung und Behandlung ungeplanter Patientinnen- und Patientenzugänge rund um die Uhr im Sinne der zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheit – allenfalls einschließlich einiger nicht bewilligungspflichtiger Beobachtungsbetten (Funktionsbetten) – kann auch durch eine ambulante Versorgungsstruktur, nämlich durch eine ambulante Erstversorgungseinheit in Form einer Spitalsambulanz oder eines selbstständigen Ambulatoriums wahrgenommen werden.

In solchen Fällen sind formal und rechtlich abgesicherte enge Kooperationen mit einer Akutkrankenanstalt einzugehen, insbesondere für Fallbesprechungen, Fortbildung und zur Organisation der Unterbringung von stationär weiter zu versorgenden Patientinnen und Patienten. Bei rechtlicher Integration solcher ambulanten Erstversorgungseinheiten in eine Krankenanstalt sind die ambulanten Erstversorgungseinheiten als dislozierte Spitalsambulanzen zu führen.

Wenn die Voraussetzungen dafür vorliegen und die ambulante Erstversorgungseinheit den Betrieb für maximal 8 Stunden einstellt, ist die Erfüllung der Aufgaben der ambulanten Erstversorgungseinheit durch andere Einrichtungen der Krankenanstalt, deren Teil die ambulante Erstversorgungseinheit ist oder in deren unmittelbarer Nähe sie betrieben wird, sicherzustellen.

Weiters wird festgelegt, dass die Anstaltsordnung jedenfalls auch Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 3a) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 10 Abs. 8) zu enthalten hat.

Für die Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 3a) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 10 Abs. 8) gilt insbesondere Folgendes:

1. Die Patientinnen und Patienten stehen in einem Behandlungsvertrag mit der Krankenanstalt, an der der Aufenthalt örtlich stattfindet. Die Krankenanstalt, in der dislozierte fachrichtungsbezogene Organisationseinheiten eingerichtet sind oder sich die dislozierte Betriebsform befindet, trägt sämtliche Rechte und Pflichten gegenüber den Patientinnen und Patienten.

2. Im Innenverhältnis zwischen den beteiligten Krankenanstalten übernimmt in Fragen der ärztlichen Behandlung im Rahmen des Satellitendepartments und daraus resultierender Haftungsfragen jene Krankenanstalt die Verantwortung, in der die Mutterabteilung eingerichtet ist.

3. Die mit dem Behandlungsvertrag verbundenen Rechte und Pflichten schließen neben der Führung von Krankengeschichten und Dokumentation auch die Rechnungslegung gegenüber den Patientinnen und Patienten (z.B. Kostenbeiträge, Selbstzahlerinnen und Selbstzahler) und den Finanzierungsträgern (Landesgesundheitsfonds, Rechtsträger, Versicherungen, etc.) ein.

Zu Z 14 (§ 13 Abs. 1 Z 3 und 4):

Diese Adaptierung nimmt Bedacht auf die ärztliche Anwesenheitspflicht der reduzierten Organisationsformen.

Zu Z 15 (§ 15b Abs. 8):

Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, sieht in Art. 6 Abs. 10 vor, dass eine bundesländer- und sektorenübergreifende regelmäßige Berichterstattung über die Qualität im Gesundheitswesen sicherzustellen ist. Diese Berichterstattung hat die österreichweite Erfassung der für die Beobachtung der Qualität des österreichischen Gesundheitswesens relevanten Daten zu gewährleisten. Das Berichtswesen ist als flexibles, laufend weiter zu entwickelndes Instrument anzulegen, welches als Grundlage für die Identifizierung von Verbesserungspotenzialen und für eine umfassende Planung im österreichischen Gesundheitswesen sowie für die Information von Patientinnen und Patienten dienen soll. Der administrative Aufwand bei der Dokumentation und Berichterstattung ist so gering wie möglich zu halten.

Ziel ist die regelmäßige Erstellung eines aus mehreren Komponenten bestehenden österreichweiten einheitlichen Qualitätsberichtes. Derzeit werden auf verschiedenen Ebenen unter anderem auch auf Landesebene Qualitätsberichte erstellt, die hinsichtlich Inhalt und Struktur große Unterschiede aufweisen. Die Sicherstellung einer österreichweiten einheitlichen Qualitätsberichterstattung ist nur möglich, wenn der regelmäßige Qualitätsbericht auf Basis einer inhaltlich und strukturell abgestimmten Datenmeldung erfolgt.

Dementsprechend normiert die vorliegende Novelle, dass die Rechtsträger von Krankenanstalten an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen und die dafür erforderlichen Daten (§ 6 des Gesundheitsqualitätsgesetzes) zur Verfügung zu stellen haben. Dabei wird diese Verpflichtung dahingehend eingeschränkt, dass Daten nur zu übermitteln sind, soweit diese nicht ohnehin bereits aufgrund anderer Dokumentationsverpflichtungen (z.B. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen) zu melden sind. Dadurch soll im Sinne der Vermeidung eines unnötigen administrativen Aufwandes für die Krankenanstalten, eine mehrfache Meldung derselben Daten vermieden werden.

Zu Z 16 (§ 17 Abs. 3a):

Das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG sieht in § 17 Abs. 3 vor, dass bei Auflassung der Krankenanstalt die Krankengeschichten dem Amt der Landesregierung zu übermitteln sind. Durch die Neuregelung im § 17 Abs. 3a soll klargestellt werden, dass die Aufbewahrungspflicht beim Rechtsträger der Krankenanstalt bleibt, solange dieser eine weitere Krankenanstalt in Wien betreibt.

Zu Z 17 (Entfall des letzten Satzes im § 17 Abs. 4):

Im Versicherungsrechts-Änderungsgesetz 2012 – VersRÄG 2012, BGBl. I Nr. 34/2012, wurden in den §§ 11a bis 11d Bestimmungen über den Schutz personenbezogener Gesundheitsdaten näher geregelt. Die Bedingungen, unter denen private Versicherer personenbezogene Gesundheitsdaten ohne ausdrückliche Zustimmung des Betroffenen aufgrund gesetzlicher Ermächtigung ermitteln dürfen, wurden hier genauer spezifiziert und an die Anforderungen des Datenschutzes angepasst.

Die Regelung, dass Krankengeschichten oder Teile von Krankengeschichten, die Daten über Gentherapien enthalten, und außerhalb der Krankengeschichte zu führende Daten über Genanalysen nicht übermittelt werden dürfen, kann entfallen, da diesbezüglich eine detaillierte Regelung im Gentechnikgesetz – GTG, BGBl. Nr. 510/1994 idgF (vgl. §§ 67 und 71 GTG) erfolgte.

Die Regelung im § 17 Abs. 4 Wr. KAG hinsichtlich der Übermittlung von Abschriften von Krankengeschichten an private Versicherungsunternehmen wird durch die spezielleren Regelungen im Versicherungsvertragsgesetz und im Gentechnikgesetz obsolet und konnte daher entfallen.

**Zu Artikel II (In-Kraft-Treten):**

Das Gesetz tritt mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

TEXTGEGENÜBERSTELLUNG

*Geltende Fassung*

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

**Artikel I**

**Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG**

**Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG**

**§ 3**

**§ 3**

- (1) Allgemeine Krankenanstalten sind einzurichten als
- a) Standardkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:
1. Chirurgie und
  2. Innere Medizin;
- ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein und durch Fachärzte des betreffenden Sonderfaches betreut werden; auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte der betreffenden medizinischen Sonderfächer als Konsiliarärzte gesichert sein;
- b) Schwerpunktkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:
1. Augenheilkunde und Optometrie,
  2. Chirurgie,
  3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe einschließlich Perinatalogie,
  4. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten,
  5. Haut- und Geschlechtskrankheiten,

- (1) Allgemeine Krankenanstalten sind einzurichten als
- a) Standardkrankenanstalten **nach Maßgabe der Abs. 4 und 5** mit Abteilungen zumindest für:
1. Chirurgie und
  2. Innere Medizin;
- ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein und durch **Fachärztinnen oder** Fachärzte des betreffenden Sonderfaches betreut werden; auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch **Fachärztinnen oder** Fachärzte der betreffenden medizinischen Sonderfächer als **Konsiliarärztinnen oder** Konsiliarärzte gesichert sein;
- b) Schwerpunktkrankenanstalten **nach Maßgabe des Abs. 5** mit Abteilungen zumindest für:
1. Augenheilkunde und Optometrie,
  2. Chirurgie,
  3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe einschließlich Perinatalogie,
  4. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten,

## *Geltende Fassung*

6. Innere Medizin,
7. Kinder- und Jugendheilkunde einschließlich Neonatologie,
8. Neurologie und Psychiatrie,
9. Orthopädie und Orthopädische Chirurgie,
10. Unfallchirurgie und
11. Urologie;

ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Hämodialyse, für Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin und für Intensivpflege vorhanden sein und durch Fachärztinnen oder Fachärzte des entsprechenden Sonderfaches betreut werden; entsprechend dem Bedarf hat die Betreuung auf dem Sonderfach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie durch eigene Einrichtungen oder durch Fachärztinnen oder Fachärzte als Konsiliarärztinnen bzw. Konsiliarärzte zu erfolgen. Auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärztinnen oder Fachärzte als Konsiliarärztinnen bzw. Konsiliarärzte gesichert sein; schließlich müssen eine Anstaltsapotheke, ein Pathologisches Institut sowie ein Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik geführt werden;

c) ...

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

(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.

## *Gesetzentwurf*

5. Haut- und Geschlechtskrankheiten,
6. Innere Medizin,
7. Kinder- und Jugendheilkunde einschließlich Neonatologie,
8. Neurologie und Psychiatrie,
9. Orthopädie und Orthopädische Chirurgie,
10. Unfallchirurgie und
11. Urologie;

ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Hämodialyse, für Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin und für Intensivpflege vorhanden sein und durch Fachärztinnen oder Fachärzte des entsprechenden Sonderfaches betreut werden; entsprechend dem Bedarf hat die Betreuung auf dem Sonderfach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie durch eigene Einrichtungen oder durch Fachärztinnen oder Fachärzte als Konsiliarärztinnen bzw. Konsiliarärzte zu erfolgen. Auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärztinnen oder Fachärzte als Konsiliarärztinnen bzw. Konsiliarärzte gesichert sein; schließlich müssen eine Anstaltsapotheke, ein Pathologisches Institut sowie ein Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik geführt werden;

c) ...

(2) Krankenanstalten, die neben den Aufgaben gemäß § 1 Abs. 1 und 2 ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, sind Zentralkrankenanstalten nach Abs. 1 lit. c.

(3) Die Voraussetzungen des Abs. 1 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.



(4) Die Einrichtung von Departments ist zulässig in den Fachrichtungen

1. Unfallchirurgie, Plastische Chirurgie und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie,
2. Akutgeriatrie/Remobilisation im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin und Neurologie,
3. Psychosomatik vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin und Kinder- und Jugendheilkunde.

Bei der Einrichtung und Führung von Departments sind die im Landeskrankenanstaltenplan vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.

**(4) Standardkrankenanstalten, die mit 1. Jänner 2011 über eine rechtskräftige Errichtungs- und Betriebsbewilligung verfügen, dürfen als Standardkrankenanstalten der Basisversorgung geführt werden, wenn sie über einen natürlichen Einzugsbereich von weniger als 50.000 Einwohnerinnen und Einwohnern verfügen und/oder wenn eine rasche Erreichbarkeit einer Standardkrankenanstalt gemäß Abs. 1 lit. a oder einer Krankenanstalt höherer Versorgungsstufe gemäß Abs. 1 lit. b oder c vorliegt. Für Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gilt Folgendes:**

**1. Standardkrankenanstalten der Basisversorgung müssen zumindest:**

- a) eine Abteilung für Innere Medizin ohne weitere Spezialisierung führen,
- b) eine auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) beschränkte und in einer reduzierten Organisationsform gemäß § 3a Abs. 2 Z 3 oder 4 geführte Organisationseinheit zur Sicherstellung der Basisversorgung in der Chirurgie führen und
- c) eine permanente Erstversorgung von Akutfällen samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Versorgungsstruktur gewährleisten.

**2. Darüber hinaus können weitere auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG beschränkte reduzierte Organisationsformen gemäß § 3a in Verbindung mit Abs. 5 für operativ tätige Fachrichtungen geführt werden.**

**3. Die Organisation der entsprechend dem Patientinnen- und Patientenbedarf erforderlichen komplexeren medizinischen Versorgung ist durch Kooperation mit einer Standardkrankenanstalt gemäß Abs. 1 lit. a, einer Krankenanstalt höherer**

**Versorgungsstufe gemäß Abs. 1 lit. b oder c oder einer geeigneten Sonderkrankenanstalt gemäß § 1 Abs. 3 Z 2 sicherzustellen.**

- 4. Eine Erweiterung des Leistungsspektrums über die Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG hinaus ist unzulässig.**
- 5. Bei Bedarf sind entsprechend § 30 ergänzende Einrichtungen für Akutgeriatrie/Remobilisation oder Remobilisation/Nachsorge mit zu berücksichtigen. Die Fortführung sonstiger bestehender Fachrichtungen, soweit sie konservativ tätig sind, in einer Organisationsform gemäß § 3a ist nur in Ausnahmefällen zulässig und wenn dies im Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien (RSG) vorgesehen ist.**
- 6. Standardkrankenanstalten der Basisversorgung können auch als dislozierte Betriebsstätten einer räumlich nahen Standardkrankenanstalt gemäß Abs. 1 lit. a oder einer Krankenanstalt einer höheren Versorgungsstufe gemäß Abs. 1 lit. b oder c geführt werden.**

**(5) Für Krankenanstalten gemäß Abs. 1 lit. a und b sowie Abs. 4 und nach Maßgabe des § 3a ist die Errichtung folgender reduzierter Organisationsformen zulässig:**

- 1. Departments**
  - a) für Unfallchirurgie in Form von Satellitendepartments (§ 3a Abs. 2 Z 1),**
  - b) für Akutgeriatrie/Remobilisation im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin oder Abteilungen für Neurologie,**
  - c) für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie,**
  - d) für Psychosomatik für Erwachsene vorrangig im Rahmen**

- e) **von Abteilungen für Psychiatrie oder für Innere Medizin, für Kinder- und Jugendpsychosomatik vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie.**

**2. Fachschwerpunkte für die medizinischen Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie Urologie,**

**3. dislozierte Wochenkliniken für jedes Sonderfach sowie**

**4. dislozierte Tageskliniken für jedes Sonderfach.**

**Die Einrichtung reduzierter Organisationsformen ist mit Ausnahme von Departments für Psychosomatik (Z 1 lit. d und e) nur in begründeten Ausnahmefällen, etwa zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen oder zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig, wenn der wirtschaftliche Betrieb einer Abteilung mangels ausreichender Auslastung nicht erwartet werden kann.**

### **§ 3a**

#### **Fachrichtungsbezogene Organisationsformen**

**(1) Abteilungen sind bettenführende Einrichtungen, die zeitlich uneingeschränkt zu betreiben sind und die im Rahmen der Abdeckung des fachrichtungsbezogenen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung in ihrem Einzugsbereich nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 die jederzeitige Verfügbarkeit fachärztlicher Akutversorgung anstaltsbedürftiger Personen im jeweiligen Sonderfach sicherzustellen haben.**

**(2) Neben Abteilungen bzw. an Stelle von Abteilungen können**

nach Maßgabe des § 3 Abs. 5 folgende fachrichtungsbezogene Organisationsformen als Organisationseinheiten vorgehalten werden:

1. Departments als bettenführende Einrichtungen mit eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG für Unfallchirurgie (Satellitendepartment) oder Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie mit jeweils 15 bis 24 Betten, für Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 20 Betten sowie für Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens 12 Betten. Departments müssen mit Ausnahme von Satellitendepartments für Unfallchirurgie nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei Fachärztinnen oder Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 3 Abs. 5 Z 1 eingerichtet werden. Satellitendepartments für Unfallchirurgie sind organisatorisch Teil jener Krankenanstalt, in der sie betrieben werden. Die ärztliche Versorgung der Satellitendepartments ist von einer Abteilung für Unfallchirurgie einer anderen Krankenanstalt oder – im Falle einer Krankenanstalt mit mehreren Standorten – von einer Abteilung für Unfallchirurgie an einem anderen Krankenanstaltenstandort sicherzustellen.

2. Fachschwerpunkte als bettenführende Einrichtungen mit acht bis vierzehn Betten und mit auf elektive Eingriffe eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG für die medizinischen Sonderfächer gemäß § 3 Abs. 5 Z 2. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Betriebszeiten aufweisen, wenn außerhalb dieser Betriebszeiten eine Rufbereitschaft sichergestellt ist. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärztinnen oder Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärztinnen oder Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt

angebunden sein. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a und § 3 Abs. 4 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. b auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen.

**3. Dislozierte Wochenkliniken als bettenführende Einrichtungen, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie dienen zur Durchführung von Behandlungen mit kurzer Verweildauer, wobei das Leistungsangebot auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG eingeschränkt ist. Die Einrichtung dislozierter Wochenkliniken ist nur in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten sowie in Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 3 Abs. 4 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend zulässig. Dislozierte Wochenkliniken müssen, sofern die Anstaltsordnung keine abweichenden Regelungen für Feiertage im Sinne des § 10 Abs. 1 lit. e enthält, jedenfalls von Montag früh bis Freitag abends zeitlich uneingeschränkt betrieben werden. Im Bedarfsfall ist durch die Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.**

**4. Dislozierte Tageskliniken als bettenführende Einrichtungen an Standorten von Krankenanstalten ohne vollstationäre bettenführende Einrichtung (Abteilung, Department oder Fachschwerpunkt) desselben Sonderfaches mit einem auf tagesklinisch elektiv erbringbare konservative und operative Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG. Dislozierte Tageskliniken können in der betreffenden Kranken-**

stalt entweder eigenständig geführt und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden werden oder auch als bettenführende Einrichtungen eingerichtet werden, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie weisen eingeschränkte Betriebszeiten auf. Außerhalb der Betriebszeit ist jedenfalls die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sicherzustellen. Dislozierte Tageskliniken können in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 4 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend eingerichtet werden.

### § 3b

#### Referenzzentren

Als Referenzzentren werden spezialisierte Strukturen im Rahmen der bettenführenden Organisationsstrukturen bezeichnet, die grundsätzlich in Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalten zur Bündelung der Erbringung komplexer Leistungen für folgende Bereiche eingerichtet werden können:

1. Herzchirurgie, Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie, Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie, Onkologische Versorgung, Stammzelltransplantation, Nuklearmedizinische stationäre Therapie und Nephrologie für Erwachsene einschließlich Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, sowie
2. Herzchirurgie, Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie, Onkologische Versorgung und Stammzelltransplantation für Kinder, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet

**§ 5 a**

- (1) ...
- (2) Im Wiener Krankenanstaltenplan sind jedenfalls festzulegen:
1. die Standorte der Fondskrankenanstalten,
  2. die maximalen Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege und Intensivbereich) je Standort,
  3. die medizinischen Fachbereiche je Standort,
  4. die für die Fachbereiche jeweils vorgesehenen Organisationseinheiten je Standort,
  5. Art und Anzahl der medizinisch-technischen Großgeräte je Standort,
  6. die maximalen Bettenzahlen je Fachbereich bezogen auf das Land, die Versorgungsregion oder die Standorte,
  7. die Referenzzentren und speziellen Versorgungsbereiche je Standort.
- (3) *entfällt; LGBL. Nr. 13/2009 vom 30.01.2009*

**§ 10**

**Anstaltsordnung**

**haben.**

**§ 5 a**

- (1) ...
- (2) Im Wiener Krankenanstaltenplan sind jedenfalls festzulegen:
1. die Standorte der Fondskrankenanstalten,
  2. die maximalen Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege und Intensivbereich) je Standort,
  3. die medizinischen Fachbereiche je Standort,
  4. die für die Fachbereiche jeweils vorgesehenen **fachrichtungsbezogenen Organisationsformen** je Standort,
  5. Art und Anzahl der medizinisch-technischen Großgeräte je Standort,
  6. **die maximale Bettenzahl** je Fachbereich bezogen auf das Land **und** die Versorgungsregion oder **bezogen auf** die Standorte,
  7. die Referenzzentren und speziellen Versorgungsbereiche je Standort.
- (3) **Erfolgen die Festlegungen gemäß Abs. 2 Z 6 nicht bezogen auf die Standorte, sind in Zusammenhang mit § 4 Abs. 2b und 2c die zur Realisierung beabsichtigten Bettenkapazitäten je Fachbereich und Standort im Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien zumindest unverbindlich mit Informationscharakter auszuweisen.**
- (4) **Das Amt der Wiener Landesregierung hat den zwischen dem Land Wien und der Sozialversicherung in der Wiener Gesundheitsplattform abgestimmten Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien auf der Homepage [www.wien.gv.at](http://www.wien.gv.at) in der jeweils aktuellen Fassung zu veröffentlichen.**

**§ 10**

**Anstaltsordnung**

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

- a) Die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in allgemeine Gebührenklasse und Sonderklasse, die Gliederung in Abteilungen und Departments (Unterabteilungen) und die Bezeichnung der Bereiche für die Behandlung Akutkranker und für Langzeitbehandlung;
- b) Angaben über ihre Organisation, die Person ihres Rechtsträgers, die wesentlichen Rechtsverhältnisse und ihre Vertretung nach außen;
- c) die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur einmalig über Tag (Tagesklinik) oder über Nacht (Nachtklinik), oder längerfristig im halbstationären Bereich, wo sie nur über Tag oder nur über Nacht verweilen, aufgenommen werden;
- d) die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;
- e) Bestimmungen über die Qualitätssicherung der Leistungen der Krankenanstalt und über die dafür erforderlichen organisatorischen Einrichtungen;
- f) die Voraussetzungen für die Aufnahme und die Entlassung der Patienten, den Vorgang bei der Aufnahme, Entlassung und im Todesfall, die Dokumentation über die Gründe der Ablehnung der Aufnahme von Patienten;
- g) Richtlinien für den Aufenthalt von Patienten, Begleitpersonen und Besuchern;
- h) die Festlegung von Räumen, in denen das Rauchen gestattet ist.

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

- a) die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in allgemeine Gebührenklasse und Sonderklasse, die Gliederung in Abteilungen und **oder in andere fachrichtungsbezogene Organisationsformen für Akutkranke und, neben diesen, auch in zusätzliche Einrichtungen für Langzeitbehandlung, oder in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranker und für Langzeitbehandlung innerhalb von Abteilungen;**
- b) Angaben über ihre Organisation, die Person **des** Rechtsträgers, die wesentlichen Rechtsverhältnisse und ihre Vertretung nach außen;
- c) die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur einmalig über Tag (Tagesklinik) oder über Nacht (Nachtklinik), oder längerfristig im halbstationären Bereich, wo sie nur über Tag oder nur über Nacht verweilen, **oder in sonstigen Betriebsformen gemäß Abs. 8** aufgenommen werden;
- d) **Regelungen betreffend die Leitung der in § 3a genannten fachrichtungsbezogenen Organisationsformen sowie der in Abs. 8 genannten Betriebsformen;**
- e) **Regelungen über den Betrieb von dislozierten Wochenkliniken an Feiertagen;**
- f) **die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;**
- g) **Bestimmungen über die Qualitätssicherung der Leistungen der Krankenanstalt und über die dafür erforderlichen organisatorischen Einrichtungen;**



(2) ...

(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.

(4) bis (7) ...

- h) die Voraussetzungen für die Aufnahme und die Entlassung der Patientinnen und Patienten, den Vorgang bei der Aufnahme, Entlassung und im Todesfall, die Dokumentation über die Gründe der Ablehnung der Aufnahme von Patientinnen und Patienten;
- i) Richtlinien für den Aufenthalt von Patientinnen und Patienten, Begleitpersonen und Besucherinnen und Besuchern;
- j) die Festlegung von Räumen, in denen das Rauchen gestattet ist;
- k) Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 3a) oder in dislozierten Betriebsformen (Abs. 8).

(2) ...

(3) Die einzelnen **Organisationseinheiten** 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 **von Organisationseinheiten verschiedener Sonderfächer zur Verfügung stehen (interdisziplinär geführte Bereiche)**, ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Patientinnen und Patienten jederzeit zweifelsfrei einer bestimmten **fachrichtungsspezifischen Organisationseinheit** zugeordnet werden können.

(4) bis (7) ...

**(8) Folgende Arten der Betriebsformen sind in Krankenanstalten neben der herkömmlichen Art der fachrichtungsspezifischen und/oder zeitlich durchgängigen Betriebsform möglich:**

**1. Interdisziplinär geführte Bereiche zur Behandlung von Patientinnen und Patienten aus verschiedenen Sonderfächern, die in der Krankenanstalt in einer der fachrichtungsbezogenen Organisationsformen gemäß § 3a vorgehalten werden. Es ist sicherzustellen, dass die Patientinnen und Patienten jederzeit zweifelsfrei einem bestimmten Sonderfach zugeordnet werden können.**

**2. Als Wochenklinik geführte Bettenbereiche für stationäre Behandlungen von Fällen, in denen die Entlassung innerhalb der bewilligten Betriebszeit zu erwarten ist. Wochenkliniken können fachspezifisch oder interdisziplinär im Sinne der Z 1 betrieben**

werden.

**3. Als Tagesklinik geführte Bettenbereiche zur tagesklinischen Behandlung (Aufnahme und Entlassung am selben Tag). Das Leistungsspektrum ist auf tagesklinisch erbringbare konservative und elektive operative Leistungen beschränkt. Tageskliniken können fachspezifisch oder interdisziplinär im Sinne der Z 1 betrieben werden.**

**4. Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten als Einrichtungen mit uneingeschränkter Betriebszeit, die aus einer Erstversorgungsambulanz und einem Aufnahmebereich mit be- willigungspflichtigen (systemisierten) Betten zur stationären Beobachtung von Patientinnen und Patienten für längstens 24 Stunden bestehen. Das zulässige Leistungsspektrum umfasst die Durchführung ambulanter Erstversorgung von Akut- und Notfällen inklusive basaler Unfallversorgung sowie Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung sonstiger ungeplanter Zugänge samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Fachstruktur innerhalb oder außerhalb der jeweiligen erstversorgenden Krankenanstalt im stationären oder ambulanten Bereich, die kurze stationäre Behandlung oder Beobachtung bis zu 24 Stunden sowie die organisatorische Übernahme ungeplanter stationärer Aufnahmen außerhalb der Routine-Betriebszeiten (Nachtaufnahmen) mit Verlegung auf geeignete Normalpflegebereiche bei Beginn der Routinedienste (Tagdienst). Eine dislozierte Führung dieser Einrichtungen ist nur in begründeten Ausnahmefällen, etwa zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen oder zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig.**

**5. Ambulante Erstversorgungseinheit als interdisziplinäre Struktur zur Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und erforderlichenfalls Weiterleitung der Patientinnen und Patienten in die erforderliche ambulante oder stationäre Versorgungsstruktur. Die Ambulante Erstversorgungseinheit kann über eine angemess-**

§ 13

(1) Der ärztliche bzw. zahnärztliche Dienst muss so eingerichtet sein, dass

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

(1a) bis (4) ...

**sene Zahl von nicht bewilligungspflichtigen Betten (Funktionsbetten) verfügen, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist. Disloziert geführte ambulante Erstversorgungseinheiten sind zeitlich uneingeschränkt zu betreiben. Ambulante Erstversorgungseinheiten, die örtlich in einer Krankenanstalt oder in unmittelbarer Nähe einer Krankenanstalt betrieben werden, können den Betrieb für maximal 8 Stunden, die tageszeitlich in der Anstaltsordnung festzulegen sind, einstellen, wenn die Erfüllung der Aufgaben der ambulanten Erstversorgungseinheit durch die Krankenanstalt in anderer Form sichergestellt ist. Im Übrigen sind Z 4 und § 42 sinngemäß anzuwenden.**

§ 13

(1) Der ärztliche bzw. zahnärztliche Dienst muss so eingerichtet sein, dass

1. ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar ist;
2. in Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, die Ausbildung der Turnusärztinnen und Turnusärzte gewährleistet ist;
- 3. in dislozierten Wochenkliniken kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärztinnen oder Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn im Bedarfsfall die Weiterbetreuung der Patientinnen und Patienten durch die Mutterabteilung außerhalb der Betriebszeit sichergestellt ist;**
- 4. in dislozierten Tageskliniken kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärztinnen oder Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sichergestellt ist.**

(1a) bis (4) ...

## *Geltende Fassung*

### § 15 b

#### Qualitätssicherung

(1) bis (7) ...

### § 17

#### **Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen**

(1) und (2) ...

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

## *Gesetzentwurf*

### § 15 b

#### Qualitätssicherung

1) bis (7) ...

**(8) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen und die dafür gemäß § 6 Gesundheitsqualitätsgesetz erforderlichen nicht personenbezogenen Daten dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung zu stellen, soweit diese nicht ohnehin aufgrund anderer Dokumentationsverpflichtungen zu melden sind.**

### § 17

#### **Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen**

(1) und (2) ...

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

**(3a) Abs. 3 ist dann nicht anzuwenden, wenn der Rechtsträger der aufgelassenen Krankenanstalt den Sitz in Wien hat und noch andere Krankenanstalten in Wien betreibt. In diesem Fall ist der Rechtsträger der Krankenanstalt zur Aufbewahrung der Krankengeschichten während der Aufbewahrungsdauer verpflichtet. Nach Ablauf der Aufbewahrungsdauer können die Krankengeschichten vernichtet werden. Wenn eine der Voraussetzungen des ersten Satzes nicht mehr gegeben ist sowie nach dem Untergang des Rechtsträgers der aufgelassenen Krankenanstalt ist Abs. 3 anzuwenden.**

## *Geltende Fassung*

(4) Abschriften von Krankengeschichten und von ärztlichen oder zahnärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten sind von den Krankenanstalten den Gerichten sowie den Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, kostenlos zu übermitteln. Das Vorliegen des öffentlichen Interesses ist bei Anforderung einer Krankengeschichte anzuführen. Ferner sind den Sozialversicherungsträgern und den Organen des Wiener Gesundheitsfonds bzw. den von diesem beauftragten Sachverständigen, soweit dies zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben erforderlich ist, sowie den einweisenden oder behandelnden Ärztinnen oder Ärzten bzw. Zahnärztinnen oder Zahnärzten über Anforderung kostenlos Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen oder zahnärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Anstaltspatientinnen oder Anstaltspatienten zu übermitteln. Soweit dies für die Erfüllung ihrer vertraglichen Pflichten und zur Antragsprüfung notwendig ist, sind sonstigen Versicherungsunternehmen Abschriften von Krankengeschichten ihrer Versicherten gegen Kostenersatz zu übermitteln, wenn und soweit dies mit dem Rechtsträger der Krankenanstalt vereinbart ist und die oder der Versicherte im Versicherungsvertrag oder gesondert zugestimmt hat; Krankengeschichten oder Teile von Krankengeschichten, die Daten über Gentherapien enthalten und außerhalb der Krankengeschichte zu führende Daten über Genanalysen dürfen jedoch nicht übermittelt werden.

(5) bis (9) ...

### **Aufnahme der Patienten**

#### **§ 36**

(1) bis (9) ...

## *Gesetzentwurf*

(4) Abschriften von Krankengeschichten und von ärztlichen oder zahnärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten sind von den Krankenanstalten den Gerichten sowie den Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, kostenlos zu übermitteln. Das Vorliegen des öffentlichen Interesses ist bei Anforderung einer Krankengeschichte anzuführen. Ferner sind den Sozialversicherungsträgern und den Organen des Wiener Gesundheitsfonds bzw. den von diesem beauftragten Sachverständigen, soweit dies zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben erforderlich ist, sowie den einweisenden oder behandelnden Ärztinnen oder Ärzten bzw. Zahnärztinnen oder Zahnärzten über Anforderung kostenlos Abschriften von Krankengeschichten und ärztlichen oder zahnärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Anstaltspatientinnen oder Anstaltspatienten zu übermitteln.

(5) bis (9) ...

### **Aufnahme der Patienten**

#### **§ 36**

(1) bis (9) ...

**(10) Im Fall der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten in fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 3a) oder in**

**dislozierten Betriebsformen (§ 10 Abs. 8) ist diese Patientin bzw. dieser Patient eine oder einer der Krankenanstalt, in der sie bzw. er sich befindet.**

§ 71

**Verweisungen**

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

1. Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169, in der Fassung BGBl. I Nr. 61/2010;
2. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955, in der Fassung BGBl. I Nr. 35/2012;
3. Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – AVG, BGBl. Nr. 51/1991 in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2011;
4. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG, BGBl. Nr. 450/1994, in der Fassung BGBl. I Nr. 35/2012;
5. Arbeitskräfteüberlassungsgesetz – AÜG, BGBl. Nr. 196/1988, in der Fassung BGBl. I Nr. 35/2012;
6. Asylgesetz 2005 – AsylG 2005, BGBl. I Nr. 100, in der Fassung BGBl. I Nr. 38/2011;
7. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, in der Fassung BGBl. I Nr. 179/2004;
8. Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G), BGBl. Nr. 102/1961, in der Fassung BGBl. I Nr. 61/2010;
9. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011;
10. Bundes-Seniorengesetz, BGBl. I Nr. 84/1998, in der Fassung BGBl. I Nr. 52/2009;
11. Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), BGBl. Nr. 1/1930, in der Fas-

§ 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. 89/2012**;
2. Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – AVG, BGBl. Nr. 51/1991 in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2011;
3. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG, BGBl. Nr. 450/1994, in der Fassung **BGBl. I Nr. 50/2012**;
4. Arbeitskräfteüberlassungsgesetz – AÜG, BGBl. Nr. 196/1988, in der Fassung BGBl. I Nr. 35/2012;
5. Asylgesetz 2005 – AsylG 2005, BGBl. I Nr. 100, in der Fassung **BGBl. I Nr. 87/2012**;
6. Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169, in der Fassung **BGBl. I Nr. 80/2012**;
7. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, in der Fassung BGBl. I Nr. 179/2004;
8. Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G), BGBl. Nr. 102/1961, in der Fassung **BGBl. I Nr. 89/2012**;
9. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011;
10. Bundes-Seniorengesetz, BGBl. I Nr. 84/1998, in der Fassung BGBl. I Nr. 52/2009;
11. Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), BGBl. Nr. 1/1930, in der Fassung **BGBl. I Nr. 65/2012**;
12. Datenschutzgesetz 2000 – DSG 2000, BGBl. I Nr. 165/1999, in

## *Geltende Fassung*

sung BGBl. I Nr. 12/2012;  
12. Datenschutzgesetz 2000 – DSG 2000, BGBl. I Nr. 165/1999, in der Fassung BGBl. I Nr. 112/2011;  
13. Einkommensteuergesetz 1988 – EStG 1988, BGBl. Nr. 400, in der Fassung BGBl. I Nr. 22/2012;  
14. Familienlastenausgleichsgesetz 1967, BGBl. Nr. 376, in der Fassung BGBl. I Nr. 17/2012;  
15. Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz – GESG, BGBl. I Nr. 63/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 112/2011;  
16. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997, in der Fassung BGBl. I Nr. 74/2011;  
17. Gewebesicherheitsgesetz – GSG, BGBl. I Nr. 49/2008, in der Fassung BGBl. I Nr. 63/2009;  
18. Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz – MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 57/2008;  
19. MTD-Gesetz, BGBl. Nr. 460/1992, in der Fassung BGBl. I Nr. 74/2011;  
20. Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG, BGBl. I Nr. 55/2006;  
21. Strafgesetzbuch – StGB, BGBl. Nr. 60/1974, in der Fassung BGBl. I Nr. 12/2012;  
22. Strafprozessordnung 1975 (StPO), BGBl. Nr. 631, in der Fassung BGBl. I Nr. 35/2012;  
23. Strafvollzugsgesetz – StVG, BGBl. Nr. 144/1969, in der Fassung BGBl. I Nr. 1/2012;  
24. Strahlenschutzgesetz – StrSchG, BGBl. Nr. 227/1969, in der Fassung BGBl. I Nr. 35/2012;  
25. Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO 1960, BGBl. Nr. 159, in der Fassung BGBl. I Nr. 59/2011;  
26. Unterbringungsgesetz – UbG, BGBl. Nr. 155/1990, in der Fassung BGBl. I Nr. 18/2010;  
27. Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 1997 – VRV 1997, BGBl. Nr. 787/1996, in der Fassung BGBl. II Nr. 118/2007;  
28. Zahnärztegesetz – ZÄG, BGBl. I Nr. 126/2005, in der Fassung

## *Gesetzentwurf*

der Fassung **BGBl. I Nr. 51/2012**;  
13. Einkommensteuergesetz 1988 – EStG 1988, BGBl. Nr. 400, in der Fassung BGBl. I Nr. 22/2012;  
14. Familienlastenausgleichsgesetz 1967, BGBl. Nr. 376, in der Fassung BGBl. I Nr. 17/2012;  
15. **Gesundheitsqualitätsgesetz –GQG, BGBl. I Nr. 179/2004**;  
16. Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz – GESG, BGBl. I Nr. 63/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 112/2011;  
17. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997, in der Fassung **BGBl. I Nr. 89/2012**;  
18. Gewebesicherheitsgesetz – GSG, BGBl. I Nr. 49/2008, in der Fassung BGBl. I Nr. 63/2009;  
19. Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz – MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 57/2008;  
20. MTD-Gesetz, BGBl. Nr. 460/1992, in der Fassung **BGBl. I Nr. 89/2012**;  
21. Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG, BGBl. I Nr. 55/2006;  
22. Strafgesetzbuch – StGB, BGBl. Nr. 60/1974, in der Fassung **BGBl. I Nr. 61/2012**;  
23. Strafprozessordnung 1975 (StPO), BGBl. Nr. 631, in der Fassung **BGBl. I Nr. 61/2012**;  
24. Strafvollzugsgesetz – StVG, BGBl. Nr. 144/1969, in der Fassung **BGBl. I Nr. 50/2012**;  
25. Strahlenschutzgesetz – StrSchG, BGBl. Nr. 227/1969, in der Fassung BGBl. I Nr. 35/2012;  
26. Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO 1960, BGBl. Nr. 159, in der Fassung **BGBl. I Nr. 50/2012**;  
27. Unterbringungsgesetz – UbG, BGBl. Nr. 155/1990, in der Fassung BGBl. I Nr. 18/2010;  
28. Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 1997 – VRV 1997, BGBl. Nr. 787/1996, in der Fassung BGBl. II Nr. 118/2007;  
**29. Zahnärztegesetz – ZÄG, BGBl. I Nr. 126/2005, in der Fassung BGBl. I Nr. 38/2012**;  
**30. Zivilprozessordnung – ZPO, RGrBl. 113/1895, in der Fassung BGBl. I Nr. 30/2012.**

*Geltende Fassung*

*Gesetzentwurf*

BGBI. I Nr. 38/2012;  
29. Zivilprozessordnung – ZPO, RGBI. 113/1895, in der Fassung  
BGBI. I Nr. 30/2012.