Beilage Nr. 22/2019
LG-50046-2019

LANDESGESETZBLATT
FÜR WIEN

Jahrgang 2019 **Ausgegeben am xx. xxxxxx 2019**

xx. Gesetz **Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG; Änderung**

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. 49/2018, wird wie folgt geändert:

1. § 3 Abs. 3 lautet:

„(3) Die Voraussetzungen des Abs. 1 sind auch erfüllt, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind und diese die Versorgung in dem Umfang wahrnehmen, die der Versorgungsstufe des jeweiligen Krankenhauses oder Krankenhausstandortes gemäß § 4 Abs. 4a entspricht; dabei ist die örtlich getrennte Unterbringung auch in einem anderen Bundesland zulässig.

In Standardkrankenanstalten kann die ambulante Basisversorgung für chirurgische und/oder unfallchirurgische Akutfälle im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG auch durch eine Zentrale Ambulante Erstversorgungseinheit oder durch Kooperation mit anderen geeigneten Gesundheitsdiensteanbietern in vertretbarer Entfernung im selben Einzugsbereich sichergestellt werden.

Die Landesregierung kann von der Errichtung oder der Weiterführung einzelner im Abs. 1 lit. b vorgesehenen Abteilungen und sonstiger Einrichtungen absehen, wenn in jenem Einzugsbereich, in dem die Krankenanstalt vorgesehen ist bzw. besteht, die betreffenden Abteilungen, Departments, Fachschwerpunkte oder sonstigen Einrichtungen mit einem Leistungsangebot der jeweils erforderlichen Versorgungsstufe und Erfüllung der zugehörigen Anforderungen in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein Bedarf an der Errichtung oder Weiterführung der Abteilung nicht gegeben ist."

2. § 3 Abs. 4 lautet:

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

1. Departments
   a) für Akutgeriatrie/Remobilisation im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin oder Abteilungen für Neurologie,
   b) für Remobilisation und Nachsorge im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Unfallchirurgie bzw. Orthopädie und Traumatologie,
   c) für Psychosomatik für Erwachsene vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Psychiatrie oder für Innere Medizin,
   d) für Kinder- und Jugendpsychosomatik vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie.
2. Fachschwerpunkte
   a) für die medizinischen Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Orthopädie und Traumatologie, Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie Urologie und

b) für Chirurgie, Kinder- und Jugendheilkunde, in Ausnahmefällen auch für Gynäkologie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe (der Grundversorgung) bei unzulänglicher Erreichbarkeit der nächsten Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, nur in Standardkrankenanstalten gemäß Abs. 1 lit. a.

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. c und d) 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."

3. § 3a Abs. 2 bis 4 lauten:

„(2) Neben Abteilungen bzw. an Stelle von Abteilungen können nach Maßgabe des § 3 Abs. 4 folgende fachrichtungsbezogene reduzierte Organisationsformen als Organisationseinheiten vorgehalten werden:

1. Departments als bettenführende Einrichtungen für Remobilisation und Nachsorge sowie für Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 15 Betten sowie für Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens 12 Betten. Departments müssen nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei Fachärzte oder Ärzte für Allgemeinmedizin mit entsprechender Qualifikation verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 3 Abs. 4 Z 1 eingerichtet werden.
2. Fachschwerpunkte als bettenführende Einrichtungen mit acht bis vierzehn Betten und eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG einschließlich Akutfallversorgung während der Öffnungszeit für die medizinischen Sonderfächer gemäß § 3 Abs. 4 Z 2. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Öffnungs- und Betriebszeiten aufweisen. Außerhalb der Öffnungszeiten aber während der Betriebszeiten ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Außerhalb der Betriebszeit des Fachschwerpunktes ist die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten durch die Partner- oder Mutterabteilung sicherzustellen. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a 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. 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 zulässig. Betriebszeiten dislozierter Wochenkliniken sind auf Wochenbetrieb und Öffnungszeiten tageszeitlich einschränkbar. Außerhalb der Öffnungszeiten aber während der Betriebszeiten ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Die Anstaltsordnung kann abweichende Regelungen für Feiertage vorsehen. Im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener 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 Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG. Sie weisen eingeschränkte Öffnungs- und Betriebszeiten auf. Außerhalb der Öffnungszeit aber während der Betriebszeit ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit 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 eingerichtet werden.

(3) Fachschwerpunkte sowie dislozierte Wochen- und Tageskliniken können in der betreffenden Krankenanstalt entweder

1. eigenständig geführt werden und hinsichtlich Qualitätssicherung, Komplikationsmanagement, Sicherung der Nachsorge sowie ärztlicher Ausbildung an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden sein (Partnerabteilung) oder
2. nicht eigenständig als Satellit eingerichtet werden. Die ärztliche Versorgung von als Satelliten eingerichteten Fachschwerpunkten sowie dislozierten Wochen- und Tageskliniken hat durch eine Abteilung derselben Fachrichtung zu erfolgen, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung) oder
3. im Rahmen von standortübergreifenden Abteilungen gemäß Abs. 4 geführt werden.

(4) Abteilungen gemäß Abs. 1 können unter gemeinsamer Leitung unter folgenden Voraussetzungen standortübergreifend geführt werden:

1. Am Krankenanstalten-Standort der höchsten Versorgungsstufe ist die Organisationseinheit jedenfalls nach den Kriterien gemäß Abs. 1 eingerichtet. An anderen Standorten können die Organisationseinheiten die Kriterien gemäß Abs. 1 oder 2 erfüllen.
2. Im Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien (RSG) sind die standortübergreifenden Abteilungen an den entsprechenden Standorten mit ihren Organisationseinheiten nach den Kriterien gemäß Abs. 1 bis 3 explizit ausgewiesen.
3. Die Leistungsspektren der Organisationseinheiten an den jeweiligen Standorten sind analog zu jenen in der Leistungsmatrix des ÖSG für Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten vorgesehenen Leistungsspektren zu definieren.
4. Für die jeweilige Versorgungsstufe des Krankenanstalten-Standorts und die nach Abs. 1 oder 2 eingerichteten Organisationseinheiten sind die einzuhaltenden Kriterien hinsichtlich Vorhaltung und Betrieb an allen Standorten zu erfüllen.
5. § 4 Abs. 4a ist analog anzuwenden.
6. Es muss sichergestellt sein, dass höheren Versorgungsstufen vorbehaltene Leistungsspektren ausnahmslos auch den Standorten mit der höheren Versorgungsstufe und der entsprechenden Infrastruktur vorbehalten bleiben."

4. In § 3b Z 1 wird nach dem Wort „Herzchirurgie," *die Wortfolge* „Traumatologie, Geburtshilfe/Perinatalversorgung," *eingefügt und die Wortfolge* „Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben" *durch die Wortfolge* „Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben" *ersetzt.*

5. § 3b Z 2 lautet:

„2. Herzchirurgie, Traumaversorgung, Kinder- und Jugendheilkunde (inklusive Kinder- und Jugendchirurgie), Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie für Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Onkologische Versorgung und Stammzelltransplantation für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben."

6. In § 4 wird nach Abs. 2c folgender Abs. 2d eingefügt:

„(2d) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung kann ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstituts zum Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 2c eingeholt werden."

7. § 5 Abs. 5 lautet:

„Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung ist ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstituts sowie eine begründete Stellungnahme des Wiener Gesundheitsfonds zum Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 3 einzuholen.

8. In § 6 Abs. 1 lit. b wird die Wortfolge „des Landeskrankenanstaltenplanes" *durch die Wortfolge* „des Landeskrankenanstaltenplanes bzw. einer Verordnung gemäß § 23 oder § 24 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes" *ersetzt.*

9. In § 7 Abs. 5 wird die Wortfolge „des Landeskrankenanstaltenplanes" *durch die Wortfolge* „des Landeskrankenanstaltenplanes bzw. einer Verordnung gemäß § 23 oder § 24 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes" *ersetzt.*

10. In § 10 Abs. 1 lit. c entfällt die Wortfolge „ , oder längerfristig im halbstationären Bereich, wo sie nur über Tag oder nur über Nacht verweilen,".

11. In § 10 Abs. 8 Z 2 werden das Wort „Wochenklinik" *durch das Wort* „Wochenstation" *und das Wort* „Wochenkliniken" *durch das Wort* „Wochenstationen" *ersetzt.*

12. In § 10 Abs. 8 Z 3 werden das Wort „Tagesklinik" *durch das Wort* „Tagesstation" *und das Wort* „Tageskliniken" *durch das Wort* „Tagesstationen" *ersetzt.*

13. § 10 Abs. 8 Z 4 bis 6 lauten:

„4. Als interdisziplinäre Aufnahme- bzw. Notfallstationen geführte Bettenbereiche für Erst- oder Kurzaufnahmen von Patienten für maximal 36 Stunden im Not- oder Akutfall mit festgestellter Anstaltsbedürftigkeit bis zur Übernahme in andere bettenführende Organisationseinheiten oder direkten Entlassung.

5. Anstaltsambulatorien gemäß § 42 können

a) als allgemeine Fachambulanz, als Spezialambulanz zur Diagnostik und/oder Therapie im Rahmen spezieller Aufgaben der Sonderfächer oder Zentrale Ambulante Erstversorgung gemäß Z 6 geführt werden,

b) als Akut-Ambulanzen mit uneingeschränkter oder eingeschränkter Öffnungszeit oder als Termin-Ambulanzen mit eingeschränkter Öffnungszeit betrieben werden,

c) für die Versorgung in einem Sonderfach, für das am Krankenanstaltenstandort keine bettenführende Organisationseinheit geführt wird, nur dann betrieben werden, wenn dies zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich und dies im RSG Wien vorgesehen ist. Solche Anstaltsambulatorien sind als dislozierte Ambulanz einer Partner- oder Mutterabteilung an einem anderen Standort einzurichten. § 3a Abs. 3 ist sinngemäß anzuwenden.

6. Zentrale Ambulante Erstversorgung als Akut-Ambulanzen zur Erstversorgung von Akut- und Notfallpatienten einschließlich basaler Unfallchirurgie, deren Leistungsspektrum auf den Umfang der allgemeinmedizinischen Versorgung beschränkt ist. Für die Zentrale Ambulante Erstversorgung gilt Folgendes:

a) Die Organisation der Erstversorgung in den Bereichen Traumatologie bzw. Unfallchirurgie, Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin sowie Kinder-Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin hat in Abstimmung mit der betreffenden in der Krankenanstalt eingerichteten Abteilung bzw. in Kooperation mit einem anderen Krankenanstaltenstandort zu erfolgen.

b) Patienten sind nach Feststellung der Dringlichkeit der Behandlung zunächst ambulant zu begutachten und erstzubehandeln oder abschließend zu behandeln.

c) Akutfälle können bei Bedarf auch bis zu 24 Stunden beobachtet werden.

d) Im Bedarfsfall sind Patienten in den stationären Bereich aufzunehmen bzw. an die nächste für die Erkrankung geeignete Krankenanstalt weiterzuleiten.

e) Die Betriebszeit eigenständig geführter Einrichtungen zur Zentralen Ambulanten Erstversorgung ist tageszeitlich einschränkbar, wenn außerhalb der Betriebszeiten die Erstversorgung in der Krankenanstalt durch andere Organisationseinheiten sichergestellt ist.

f) Der Zentralen Ambulanten Erstversorgung kann eine interdisziplinäre Aufnahmestation (Z 4) direkt angeschlossen werden."

14. In § 13 Abs. 1 Z 4 wird die Wortfolge „und Unfallchirurgie" *durch die Wortfolge* „ , Neurologie und Unfallchirurgie bzw. Orthopädie und Traumatologie" *ersetzt.*

15. § 13 Abs. 1 Z 8 lautet:

„8. in Fachschwerpunkten kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen;"

16. § 13 Abs. 1 Z 9 lautet:

„9. in dislozierten Wochenkliniken gelten die Bestimmungen zur Rufbereitschaft gemäß Z 4 und 5 sinngemäß und kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen;"

17. § 13 Abs. 1 Z 10 lautet:

„10. in dislozierten Tageskliniken kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen;"

18. In § 14 entfällt Abs. 4a; folgende Abs. 6 bis 9 werden angefügt:

„(6) Die Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen berechtigt, personenbezogene Daten der Patienten in pseudonymisierter Form zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten.

(7) In jeder Krankenanstalt sind in elektronischer Form laufend Aufzeichnungen über nosokomiale Infektionen zu führen.

(8) Die Leitung jeder Krankenanstalt (§ 12 Abs. 3, § 12a Abs. 3) hat die in ihrem Wirkungsbereich erfassten nosokomialen Infektionen zu bewerten und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Maßnahmen zur Abhilfe und Prävention zu ziehen und dafür zu sorgen, dass die erforderlichen Maßnahmen umgehend umgesetzt werden.

(9) Die Träger der Krankenanstalten haben an einer österreichweiten, regelmäßigen und systematischen Erfassung von nosokomialen Infektionen teilzunehmen und die dafür erforderlichen anonymisierten Daten dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium jährlich in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen."

19. In § 15c Abs. 1 lautet:

„ (1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben für die Sicherung der Qualität und Wahrung der Patientensicherheit in den Krankenanstalten vorzusorgen. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, dass sie den wissenschaftlich anerkannten Maßstäben der Qualitätssicherung und Patientensicherheit entsprechen und regelmäßige vergleichende Prüfungen der Qualität mit anderen Krankenanstalten ermöglichen. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfaches einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden."

20. § 15e wird folgender Abs. 11 angefügt:

„(11) Wird ein Vorwurf erhoben oder besteht ein Verdacht, dass es zu sexuellen Übergriffen, der Zufügung seelischer Qualen oder körperlichen Misshandlungen eines Patienten durch das Anstaltspersonal gekommen ist, so hat der Opfer-, Kinder- oder Gewaltschutzgruppe eine unabhängige externe Person aus dem Bereich der Wiener Pflege- Patientinnen- und Patientenanwaltschaft anzugehören."

21. In § 17 Abs. 2 erster Satz entfällt die Wortfolge „und vom Abteilungsleiter".

22. In § 25 Abs. 2 wird die Wortfolge „des Landeskrankenanstaltenplanes" *durch die Wortfolge* „des Landeskrankenanstaltenplanes bzw. einer Verordnung gemäß § 23 oder § 24 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes" *ersetzt.*

23. In § 30 wird die Wortfolge „den Landeskrankenanstaltenplan" *durch die Wortfolge* „den Landeskrankenanstaltenplan bzw. eine Verordnung gemäß § 23 oder § 24 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes" *ersetzt.*

24. In § 33 Abs. 1 und 5 wird jeweils die Wortfolge „dem Landeskrankenanstaltenplan" *durch die Wortfolge* „dem Landeskrankenanstaltenplan bzw. einer Verordnung gemäß § 23 oder § 24 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes" *ersetzt.*

25. In § 38 erhalten die bisherigen Abs. 4 und 5 die Absatzbezeichnungen „(5)" *und* „(6)"*; Abs. 4 (neu) lautet:*

„(4) Die Abschlussdokumentation einer Behandlung in einer Ambulanz gilt als Entlassungsbrief. Die Abs. 2 und 3 sind sinngemäß anzuwenden."

26. Dem Text des § 60d wird die Absatzbezeichnung „(1)" *vorangestellt; folgende Abs. 2 und 3 werden angefügt:*

„(2) Psychiatrische Krankenanstalten und Abteilungen für Psychiatrie haben eine elektronische Dokumentation zu führen, aus der tagesaktuell folgende Daten ersichtlich sind:

1. Name der untergebrachten Personen,
2. weitergehende Beschränkungen (§ 33 Abs. 3 UbG) bei Personen nach Z 1,
3. Beginn und Ende der Unterbringung und weitergehender Beschränkungen,
4. anordnender Arzt,
5. allfällige Verletzungen, die der Patient oder das Personal im Zusammenhang mit weitergehenden Beschränkungen erlitten haben.

Diese Dokumentation muss jedenfalls auch statistische Auswertungen in anonymisierter Form ermöglichen.

(3) Zur Sicherstellung des Kontrollzweckes dürfen in die Dokumentation nach Abs. 2 die Volksanwaltschaft und die Mitglieder der von ihr eingesetzten Kommissionen (Art. 148h Abs. 3 B-VG) und internationale Besuchsmechanismen (Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe und der UN-Ausschuss gegen Folter) Einsicht nehmen."

27. § 62 lit. a lautet:

„a) Leichen sind zu obduzieren, wenn die Obduktion wegen diagnostischer Unklarheiten des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffes erforderlich ist. Über jede Leichenöffnung ist eine Niederschrift nach den Vorschriften des § 40 Abs. 3 und 4 aufzunehmen und zu verwahren;"

28. § 64c Abs. 1 und 2 lauten:

„(1) An anstaltsbedürftigen, sozialversicherten Personen bzw. an nichtsozialversicherten Personen und an Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen und ambulant zu untersuchen oder zu behandeln sind und für die der Wiener Gesundheitsfonds eine Finanzierung über den Fonds vorsieht, erbrachte Leistungen der Krankenanstalten, die auf Grundlage der Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 oder einer an deren Stelle tretenden Vereinbarung finanziert werden, sind über den Wiener Gesundheitsfonds leistungsorientiert nach zu ermittelnden LKF-Gebührenersätzen abzurechnen. Die Höhe der LKF-Gebührenersätze richtet sich nach der Dotation des Wiener Gesundheitsfonds und nach der Höhe der für den LKF-Kernbereich und LKF-Steuerungsbereich vorgesehenen Mittel. Bei der Berechnung der LKF-Gebührenersätze kann der Wiener Gesundheitsfonds im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches auf besondere Versorgungsfunktionen bestimmter Krankenanstalten Rücksicht nehmen.

Als besondere Versorgungsfunktionen im Rahmen der LKF-Abrechnung gelten:

a) Zentralversorgung,

b) Schwerpunktversorgung,

c) Krankenanstalten mit speziellen fachlichen Versorgungsfunktionen und

d) Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsfunktionen.

Bei der Zuordnung zu den Versorgungsstufen sind auch die Versorgungsfunktionen einzelner Abteilungen entsprechend ihrer Anzahl und Struktur zu berücksichtigen.

(2) Der Wiener Gesundheitsfonds hat zu bestimmen, in welcher Form Leistungen im Nebenkostenstellenbereich und ambulante Leistungen an Patienten gemäß Abs. 1 abgegolten werden. Dabei ist jedoch das Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich (LKF-ambulant) anzuwenden. Die Höhe dieser Abgeltung richtet sich nach der Dotation des Wiener Gesundheitsfonds und nach der Höhe der für diese Bereiche vorgesehenen Mittel."

29. § 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. 23/2019;
2. Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – AVG, BGBl. Nr. 51/1991 in der Fassung BGBl. I Nr. 58/2018;

3. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG, BGBl. Nr. 450/1994, in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2018;
4. Arbeitskräfteüberlassungsgesetz – AÜG, BGBl. Nr. 196/1988, in der Fassung BGBl. I Nr. 21/2019;
5. Asylgesetz 2005 – AsylG 2005, BGBl. I Nr. 100, in der Fassung BGBl. I Nr. 56/2018;
6. Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169, in der Fassung BGBl. I Nr. 20/2019;
7. Bundes-Bedienstetenschutzgesetz – B-BSG, BGBl. I Nr. 70/1999, in der Fassung BGBl. I Nr. 60/2018;
8. Bundesbehindertengesetz – BBG, BGBl. Nr. 283/1990, in der Fassung BGBl. I Nr. 59/2018;
9. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2018;
10. 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;
11. Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe und die Ausübung der Trainingstherapie (Medizinisches Assistenzberufe - Gesetz – MABG), BGBl. I Nr. 89/2012, in der Fassung BGBl. I Nr. 59/2018;
12. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl. I Nr. 13/2019;
13. Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2018;
14. Bundes-Seniorengesetz, BGBl. I Nr. 84/1998, in der Fassung BGBl. I Nr. 94/2012;
15. Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), BGBl. Nr. 1/1930, in der Fassung BGBl. I Nr. 14/2019;
16. Datenschutzgesetz – DSG, BGBl. I Nr. 165/1999, in der Fassung BGBl. I Nr. 14/2019;
17. Einkommensteuergesetz 1988 – EStG 1988, BGBl. Nr. 400, in der Fassung BGBl. I Nr. 98/2018;
18. Familienlastenausgleichsgesetz 1967, BGBl. Nr. 376, in der Fassung BGBl. I Nr. 24/2019;
19. Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG, BGBl. I Nr. 179/2004, in der Fassung BGBl. I Nr. 81/2013;
20. Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz – GESG, BGBl. I Nr. 63/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 37/2018;
21. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997, in der Fassung BGBl. I Nr. 59/2018;
22. Gewebesicherheitsgesetz – GSG, BGBl. I Nr. 49/2008, in der Fassung BGBl. I Nr. 37/2018;
23. Grundversorgungsgesetz - Bund 2005 – GVG-B 2005, BGBl. Nr. 405/1991, in der Fassung BGBl. I Nr. 56/2018;
24. Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz – MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 59/2018;
25. MTD-Gesetz, BGBl. Nr. 460/1992, in der Fassung BGBl. I Nr. 59/2018;
26. Organtransplantationsgesetz – OTPG, BGBl. I Nr. 108/2012; in der Fassung BGBl. I Nr. 37/2018;
27. Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG, BGBl. I Nr. 55/2006; in der Fassung BGBl. I Nr. 12/2019;
28. Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz – SV-EG, BGBl. Nr. 154/1994, in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2018;
29. Strafgesetzbuch – StGB, BGBl. Nr. 60/1974, in der Fassung BGBl. I Nr. 70/2018;
30. Strafprozessordnung 1975 (StPO), BGBl. Nr. 631, in der Fassung BGBl. I Nr. 70/2018;
31. Strafvollzugsgesetz – StVG, BGBl. Nr. 144/1969, in der Fassung BGBl. I Nr. 32/2018;
32. Strahlenschutzgesetz – StrSchG, BGBl. Nr. 227/1969, in der Fassung BGBl. I Nr. 133/2015;
33. Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO 1960, BGBl. Nr. 159, in der Fassung BGBl. I Nr. 18/2019;
34. Universitätsgesetz 2002 – UG, BGBl. I Nr. 120/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 3/2019;
35. Unterbringungsgesetz – UbG, BGBl. Nr. 155/1990, in der Fassung BGBl. I Nr. 131/2017;
36. Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 1997 – VRV 1997, BGBl. Nr. 787/1996, in der Fassung BGBl. II Nr. 313/2015;
37. Wehrgesetz 2001 – WG 2001, BGBl. I Nr. 146/2001, in der Fassung BGBl. I Nr. 61/2018;
38. Zahnärztegesetz – ZÄG, BGBl. I Nr. 126/2005, in der Fassung BGBl. I Nr. 59/2018;
39. Zivilprozessordnung – ZPO, RGBl. 113/1895, in der Fassung BGBl. I Nr. 109/2018."

30. § 78 lautet:

„§ 78

Übergangsbestimmung zur Novelle LGBl. für Wien Nr. XXX/2019

Die vor dem 1. Jänner 2018 bestehenden Satellitendepartments für Unfallchirurgie sowie Departments für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie sind bis spätestens 1. Jänner 2021 in eine zulässige Organisationsform umzuwandeln."

Artikel II

Dieses Gesetz tritt mit Ablauf des Tages seiner Kundmachung in Kraft.

Der Landeshauptmann: Der Landesamtsdirektor:

MA 40 – GR – 50.046/2019

VORBLATT

Ziele:

Mit dieser Novelle sollen Änderungen des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. I Nr. 13/2019 (KAKuG), landesgesetzlich ausgeführt werden.

Inhalt:

- Anpassung der Regelungen zu den fachrichtungsbezogenen Organisationsformen an den ÖSG 2017
- Festlegung von Typen und Betriebsformen von Anstaltsambulatorien
- Verpflichtung von psychiatrischen Krankenanstalten und Abteilungen für Psychiatrie zur Dokumentation im Zusammenhang mit dem UbG
- Einbindung der Wiener Pflege-, Patientinnen und Patientenanwaltschaft bei bestimmten Misshandlungen von Patienten durch Anstaltspersonal

Auswirkungen des Regelungsvorhabens:

Finanzielle Auswirkungen:

Sowohl hinsichtlich nosokomialer Infektionen als auch freiheitsbeschränkenden Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Unterbringungsgesetz erfolgt insbesondere im Hinblick auf mögliche Beschwerdefälle der Patienten bzw. Betroffenen bereits derzeit eine entsprechende elektronische Dokumentation. Durch diese Dokumentation ist daher mit keinen zusätzlichen Kosten bzw. höchstens mit Kosten, welche jedenfalls im Geringfügigkeitsbereich liegen, zu rechnen. Die Novelle sieht weiters vor, dass im Hinblick auf nosokomiale Infektionen im Anlassfall Maßnahmen zur Abhilfe und Prävention umzusetzen sind. Da diese Maßnahmen vom Auftreten zu bekämpfender Keime abhängig sind, die Häufigkeit des Auftretens jedoch nicht vorhersehbar ist, ist eine Bezifferung der zu erwartenden zusätzlichen Kosten derzeit nicht möglich.

Im Zusammenhang mit der Früherkennung von Gewalt ist zukünftig in bestimmten Fällen auch ein Vertreter der Wiener Pflege-, Patientinnen und Patientenanwaltschaft beizuziehen. Da diese Beiziehung von der Häufigkeit der Anlassfälle abhängig ist und somit nicht vorhersehbar ist, ob die Wahrnehmung dieser Aufgabe mit dem vorhandenen Personal der Wiener Pflege-, Patientinnen und Patientenanwaltschaft abgedeckt werden kann, ist eine Bezifferung der zu erwartenden zusätzlichen Kosten derzeit nicht möglich.

Durch die Umsetzung der grundsatzgesetzlichen Regelungen der Novelle BGBl. I Nr. 13/2019 des KAKuG im Wr. KAG sind sohin keine nennenswerten finanziellen Auswirkungen für die Stadt Wien als Krankenanstaltenträger, den Bund und die übrigen Gebietskörperschaften zu erwarten.

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:
Keine

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

Geschlechtsspezifische Auswirkungen:

Keine

Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union:
Die vorgesehenen Regelungen stehen nicht im Widerspruch zum Recht der Europäischen Union.

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:
Keine

MA 40 – GR – 50.046/2019

ERLÄUTERUNGEN

I. Allgemeiner Teil

Mit dem Bundesgesetz BGBl. I Nr. 13/2019 wurde das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) novelliert. Die grundsatzgesetzlichen Bestimmungen sind landesgesetzlich im Wiener Krankenanstaltengesetz (Wr. KAG) umzusetzen.

Im Juni 2017 hat die Bundes-Zielsteuerungskommission den Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG 2017) beschlossen, der über mehrere Jahre von Bund, Ländern und Sozialversicherung neu erarbeitet und neu strukturiert wurde. Während der Entstehung des ÖSG 2017 wurden der Österreichischen Ärztekammer, der Wirtschaftskammer Österreich sowie weiteren betroffenen Interessensvertretungen gemäß § 20 Abs. 4 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG die Möglichkeit zur Stellungnahme zum kompletten ÖSG-Entwurf eingeräumt. Ebenso wurde die Patientenanwaltschaft eingebunden.

Im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG 2017) wurden sowohl die bereits bestehenden patientenorientierten als auch effizienzfördernden Flexibilisierungsmöglichkeiten in Spitälern und an den Nahtstellen zwischen Spital und ambulantem Bereich in Form innovativer, prozessorientiert funktionierender Organisations- und Betriebsformen weiterentwickelt. Dadurch können die Leistungen besser an den tatsächlichen Bedarf vor Ort angepasst werden, wodurch die Effizienz der Spitäler gesteigert wird. Darüber hinaus legt der ÖSG 2017 inhaltliche Vorgaben für Organisationsformen und Betriebsformen im ambulanten und im akutstationären sowie tagesklinischen Bereich fest bzw. wurden diese adaptiert (siehe ÖSG 2017, im RIS kundgemacht).

Die im ÖSG 2017 dargestellte abgestufte Versorgung durch Akut-Krankenanstalten bis hin zur Definition von Leistungsbündeln, die den Versorgungsstufen jeweils zugeordnet sind (inkl. Basisversorgung), sowie die unterschiedlichen Organisations- und Betriebsformen sollen mit dieser Novelle in das Krankenanstaltenrecht Eingang finden bzw. an die Regelungen des ÖSG 2017 angepasst werden. Dabei werden insbesondere die sogenannten reduzierten Organisationsformen (Departments, Fachschwerpunkte usw.) neustrukturiert sowie teilweise geändert. Mit diesen Neuregelungen wird vor allem größtmögliche Transparenz und Rechtsklarheit bezweckt. Mit den durch diese Novelle erweiterten Möglichkeiten für die modulare Zusammensetzung von Krankenanstalten und der daraus entstehenden Optionen kann eine höhere Flexibilität bei der Gestaltung einer auf den regionalen Bedarf abgestimmten Angebotsstruktur für die jeweiligen Krankenanstaltenstandorte erreicht werden. Damit kann die medizinische Akutversorgung patientenorientiert, wohnortnah und in hoher Versorgungsqualität langfristig sichergestellt werden. 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 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 (Patientenstatus und Behandlungserfordernis) am besten entspricht. Daraus ergeben sich als innerbetriebliche Optimierungsaufgaben ein entsprechendes Patienten- und Belegungsmanagement und daraus folgend eine Anpassung bzw. Redimensionierung des vollstationären Bettenangebots in den Akut-Krankenanstalten und dessen allfällige bedarfsorientierte Umwidmung beispielsweise in Einrichtungen für Übergangs- und Kurzzeitpflege.

Weiters erfolgen Änderungen im Zusammenhang mit dem ab 1. Jänner 2019 verbindlich anzuwendenden spitalsambulanten Abrechnungsmodell im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung.

Finanzielle Auswirkungen:

Sowohl hinsichtlich nosokomialer Infektionen als auch freiheitsbeschränkenden Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Unterbringungsgesetz erfolgt insbesondere im Hinblick auf mögliche Beschwerdefälle der Patienten bzw. Betroffenen bereits derzeit eine entsprechende elektronische Dokumentation. Durch diese Dokumentation ist daher mit keinen zusätzlichen Kosten bzw. höchstens mit Kosten, welche jedenfalls im Geringfügigkeitsbereich liegen, zu rechnen. Die Novelle sieht weiters vor, dass im Hinblick auf nosokomiale Infektionen im Anlassfall Maßnahmen zur Abhilfe und Prävention umzusetzen sind. Da diese Maßnahmen vom Auftreten zu bekämpfender Keime abhängig sind, die Häufigkeit des Auftretens jedoch nicht vorhersehbar ist, ist eine Bezifferung der zu erwartenden zusätzlichen Kosten derzeit nicht möglich.

Im Zusammenhang mit der Früherkennung von Gewalt ist zukünftig in bestimmten Fällen auch ein Vertreter der Wiener Pflege-, Patientinnen und Patientenanwaltschaft beizuziehen. Da diese Beiziehung von der Häufigkeit der Anlassfälle abhängig ist und somit nicht vorhersehbar ist, ob die Wahrnehmung dieser Aufgabe mit dem vorhandenen Personal der Wiener Pflege-, Patientinnen und Patientenanwaltschaft abgedeckt werden kann, ist eine Bezifferung der zu erwartenden zusätzlichen Kosten derzeit nicht möglich.

Durch die Umsetzung der grundsatzgesetzlichen Regelungen der Novelle BGBl. I Nr. 13/2019 des KAKuG im Wr. KAG sind sohin keine nennenswerten finanziellen Auswirkungen für die Stadt Wien als Krankenanstaltenträger, den Bund und die übrigen Gebietskörperschaften zu erwarten.

II. Besonderer Teil

Zu Z 1 (§ 3 Abs. 3):

Im 1. Absatz des § 3 Abs. 3 erfolgt die Klarstellung, dass bei örtlich getrennt untergebrachten Abteilungen die Bestimmung gemäß § 4 Abs. 4a hinsichtlich Festlegung und Ausweis von Versorgungsstufe und Leistungsangebot analog anzuwenden ist. Des Weiteren muss sichergestellt sein, dass höheren Versorgungsstufen vorbehaltene Leistungsspektren (z. B. Leistungen von Referenzzentren) ausnahmslos auch den Standorten mit der höheren Versorgungsstufe und der entsprechenden Personalausstattung und Infrastruktur vorbehalten bleiben.

„Versorgungsstufen" sind im Sinne des Versorgungsstufenmodells (siehe auch ÖSG 2017, S. 27 ff) als Stufen der abgestuften Gesundheitsversorgung zu verstehen. Die drei großen Stufen der professionell betreuten Gesundheitsversorgung sind die Primärversorgung, die ambulante Fachversorgung und die stationäre Versorgung. Innerhalb dieser großen Versorgungsstufen gibt es weitere Abstufungen, die sich durch die Art der Leistungserbringung bzw. das Leistungsspektrum in den einzelnen Anbieterstrukturen ergeben und an die unterschiedliche Anforderungen an den planerischen und organisatorischen Rahmen sowie an die Qualität bestehen. Die Versorgungsstufen im akutstationären Bereich allgemeiner Krankenanstalten orientieren sich an den unterschiedlichen Krankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 und gliedern sich somit grob in Grundversorgung (grundsätzlich in Standardkrankenanstalten), Schwerpunktversorgung (grundsätzlich in Schwerpunktkrankenanstalten, in begründeten Ausnahmefällen können Teilbereiche der Schwerpunktversorgung auch in Standard-KA verortet sein) und in hochspezialisierte Versorgung (Referenzzentren und Spezialzentren in Zentralkrankenanstalten, wobei Referenzzentren in begründeten Ausnahmefällen auch in Schwerpunktkrankenanstalten verortet sein können). Auf diesen unterschiedlichen Versorgungsstufen stehen unterschiedliche fachrichtungsbezogene Organisationsformen gemäß § 3a und Referenzzentren gemäß § 3b zur Verfügung, an die jeweils unterschiedlichen Anforderungen hinsichtlich Ausstattung, Betrieb und Leistungsspektrum bestehen.

Im 2. Absatz des § 3 Abs. 3 werden die bisher bestehenden Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten sowie Ambulanten Erstversorgungseinheiten durch die neu zu schaffende Zentrale Ambulante Erstversorgung ersetzt (siehe auch ÖSG 2017, S. 59 und 150f).

Zu Z 2 und 3 (§ 3 Abs. 4 Z 1 und Z 2 sowie § 3a Abs. 2):

Anstatt der Möglichkeit der Einrichtung von Satellitendepartments für Unfallchirurgie sowie von Departments für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie sollen diese beiden Bereiche nunmehr in Form eines Fachschwerpunktes betrieben werden können.

Mit § 3 Abs. 4 Z 2 lit. b erfolgt die Einschränkung, dass die Einrichtung von Fachschwerpunkten in den dort angeführten Sonderfächern ausschließlich Standardkrankenanstalten vorbehalten bleibt und daher für Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten nicht vorgesehen ist.

(Siehe auch ÖSG 2017, S. 64)

Zu Z 3 (§ 3a Abs. 2 bis 4):

Mit dieser Bestimmung soll im Bereich der reduzierten Organisationsformen eine, wie im ÖSG 2017 (S. 64f) bereits vorgesehene, Harmonisierung stattfinden, als für Fachschwerpunkte sowie dislozierte Wochen- und Tageskliniken nunmehr einheitliche Regeln bezüglich der Versorgung der Patienten und der organisatorischen Ausgestaltung (nicht eigenständig als Satellit einer Mutterabteilung bzw. eigenständig mit Anbindung an eine Partnerabteilung in den aufgezählten Bereichen) festgelegt werden. Weiters erfolgen Festlegungen hinsichtlich der Versorgung der Patienten innerhalb der Öffnungszeiten, im Zeitraum außerhalb der Öffnungszeiten und innerhalb der Betriebszeiten sowie außerhalb der Betriebszeiten. „Betriebszeit" ist die Zeit, in der (stationäre) Patienten in der Krankenanstalt fachspezifisch versorgt werden. „Öffnungszeit" ist die Zeit, in der Patienten die Krankenanstalt (oder andere Angebote der Gesundheitsversorgung) zur Begutachtung und Behandlung aufsuchen können (siehe auch ÖSG 2017, S. 184 und 187).

Die Details der Kooperation mit Mutter- bzw. Partnerabteilungen werden zweckmäßigerweise in schriftlichen Vereinbarungen festzulegen sein.

In Standardkrankenanstalten kann ergänzend zu den zwei jedenfalls vorzuhaltenden Abteilungen (darunter eine für Innere Medizin) die Einrichtung von Fachschwerpunkten in folgenden Sonderfächern erfolgen: Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Orthopädie und Traumatologie, Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie, für Chirurgie sowie Kinder- und Jugendheilkunde und

in Ausnahmefällen auch für Gynäkologie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe (der Grundversorgung) bei unzulänglicher Erreichbarkeit der nächsten Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe.

In Schwerpunktkrankenanstalten kann ergänzend oder ersetzend zu den mindestens vorzuhaltenden Abteilungen die Einrichtung von Fachschwerpunkten in folgenden Sonderfächern erfolgen: Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Orthopädie und Traumatologie, Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie Urologie.

Des Weiteren werden in Abs. 4 Voraussetzungen für die standortübergreifende Führung von Abteilungen geschaffen, um eine Versorgung der Patienten an jedem Standort auf hohem Qualitätsniveau sicherstellen.

Zu Z 4 und 5 (§ 3b):

Im Zusammenhang mit Referenzzentren wurden die in Frage kommenden Versorgungsbereiche erweitert (siehe auch ÖSG, S. 64)

Zu Z 6 und 7 (§ 4 Abs. 2d und § 5 Abs. 5):

Nachdem das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz sogenannte Anstaltsgutachten, das sind Gutachten von juristischen Personen, grundsätzlich nur als sonstige Beweismittel zulässt, wird mit dieser Bestimmung angelehnt an die bestehende Bestimmung bei den selbstständigen Ambulatorien in § 5 auch im Verfahren zur Errichtungsbewilligung und im Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfes bei bettenführenden Krankenanstalten die Einholung eines Gutachtens bei der Gesundheit Österreich GesmbH bzw. einem vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstitut ermöglicht.

Zu Z 8, 9, 22, 23 und 24 (§ 6 Abs. 1 lit. b, § 7 Abs. 5, § 25 Abs. 2, § 30 und § 33 Abs. 1 sowie 5):

Hier erfolgen redaktionelle Anpassungen im Zusammenhang mit den §§ 23 und 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2018.

Zu Z 10 bis 13 (§ 10):

In Abs. 8 Z 2 und 3 wird zur besseren Unterscheidung zwischen Organisationsformen im Sinne des § 3a und Betriebsformen im Sinne des § 10 Abs. 8 für wochen- bzw. tagesklinisch betriebene Einheiten die Bezeichnung „Wochenstation" bzw. „Tagesstation" eingeführt.

In Abs. 8 Z 4 bis 6 werden die Betriebsformen „interdisziplinäre Aufnahmestationen", „Anstaltsambulatorien" und „Zentrale Ambulante Erstversorgung" definiert und näher geregelt (siehe auch ÖSG, S. 64 und 69). Die Details der Kooperation mit Mutter- bzw. Partnerabteilungen werden zweckmäßigerweise in schriftlichen Vereinbarungen festzulegen sein.

Demnach werden bei Anstaltsambulatorien einerseits allgemeine Fach- und Spezialambulanzen, andererseits Akut- und Termin-Ambulanzen unterschieden (siehe auch ÖSG, S. 59).

Während allgemeine Fachambulanzen im Wesentlichen das gesamte Spektrum eines Sonderfaches abdecken, nehmen Spezialambulanzen nur spezielle Aufgaben aus dem Spektrum des Sonderfaches wahr (siehe auch ÖSG, S. 59).

Eine weitere Form eines Anstaltsambulatoriums stellt die in Z 6 geregelte Zentrale Ambulante Erstversorgung dar (siehe auch ÖSG, S. 59).

Weiters wird zwischen Akut- und Termin-Ambulanzen unterschieden, wobei in Terminambulanzen in der Regel keine Akutfälle behandelt werden und diese fixe Öffnungszeiten aufweisen (siehe auch ÖSG 2017, S. 59 und S. 149f).

Zu Z 14 bis 17 (§ 13 Abs. 1):

Es erfolgt einerseits eine Anpassung der Bezeichnung der Sonderfächer an die Ärzteausbildungsordnung 2015, andererseits werden die Regelungen betreffend Anwesenheit von Fachärztinnen/-ärzten an die geänderten Festlegungen in § 3a angeglichen.

Zu Z 18 (§ 14 Abs. 4a, 7 und 8):

Im Zusammenhang mit der Hygiene in Krankenanstalten wird nunmehr ausdrücklich festgelegt, dass in jeder Krankenanstalt laufend Aufzeichnungen in elektronischer Form über nosokomiale Infektionen (Infektionen mit Krankenhauskeimen) zu führen sind. Bei Bedarf sind umgehend erforderliche Maßnahmen zur Abhilfe und Prävention zu setzen.

Zu Z 19 (§ 15c Abs. 1):

Die von den Trägern der Krankenanstalten im Rahmen der Organisation zur Qualitätssicherung vorzusehenden Maßnahmen werden um Maßnahmen zur Wahrung der Patientensicherheit und um die Verpflichtung zur Einbeziehung anderer Krankenanstalten bei bettenführenden Krankenanstalten mit Fachschwerpunkten erweitert.

Zu Z 20 (§ 15e Abs. 11):

Durch die Einbeziehung einer unabhängigen externen Person im Verdachtsfall eines sexuellen Übergriffes oder einer körperlichen Misshandlung eines Patienten durch das Anstaltspersonal in die Opfer- Kinder-, oder Gewaltschutzgruppe soll sichergestellt werden, dass das Recht des Patienten auf sexuelle Selbstbestimmung und die Menschenwürde gewahrt bleiben. Die Einbeziehung einer Person aus dem Bereich der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft würde dazu beitragen. Dies entspricht auch der Empfehlung einer Arbeitsgruppe des Menschenrechtsbeirates in der Volksanwaltschaft, welche sich aufgrund eines Anlassfalles mit dieser Thematik befasst hatte.

Die beigezogenen unabhängigen externen Personen sind in diesen Fällen als Mitglieder der Schutzgruppe zu betrachten und es sind ihnen selbstverständlich alle Informationen zugänglich zu machen, die auch den anderen Mitgliedern der Schutzgruppen zur Erfüllung ihrer Aufgaben zur Verfügung stehen.

Zu Z 21 (§ 17 Abs. 2):

In der Praxis der stationären Behandlung von Patienten in Krankenanstalten hat sich wiederholt gezeigt, dass die Verpflichtung zur Unterfertigung der Krankengeschichten bei ihrem Abschluss durch den Abteilungsleiter oder die Abteilungsleiterin zu organisatorischen Schwierigkeiten sowie zu Verzögerungen im Abschluss der Krankengeschichte aufgrund der hohen Patientenzahl führt.

Die Änderung führt zu einer zeitnahen Kontrolle der elektronischen Dokumentation und die Unterfertigung der Krankengeschichte erfolgt als Abschluss des Behandlungsprozesses durch den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin, der bzw. die mit dem Inhalt der Krankengeschichte vertraut ist.

Zu Z 25 (§ 38 Abs. 4):

Es wird klargestellt, dass die Abschlussdokumentation, die Patienten am Ende einer rein ambulanten Behandlung erhalten, als Entlassungsbrief gilt. Durch den Verweis auf die Abs. 2 und 3 wird sowohl der Mindestinhalt dieser Abschlussdokumentation als auch wem diese zu übergeben ist, analog zum Entlassungsbrief nach einer stationären Behandlung festgelegt. Dies führt zu einer Neugliederung der Absätze.

Zu Z 26 (§ 60d):

Mit dieser Bestimmung wird die Empfehlung zu Punkt 124 aus dem Bericht des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe („Committee for the Prevention of Torture"; CPT), das im Rahmen des Europaratsübereinkommens zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe eingerichtet ist, über sein im Herbst 2014 in Österreich durchgeführtes Audit umgesetzt. Das CPT überprüft bei derartigen Audits die Einhaltung seiner festgelegten Standards (https://rm.coe.int/16806ccea6).

In diesen Standards wird festgehalten, dass ein besonderes Register Aufzeichnungen über jeden Fall körperlichen Zwangs zu beinhalten hat, welches tagesaktuell abgerufen werden kann; dies zusätzlich zu den Aufzeichnungen in der Krankengeschichte. Die Volksanwaltschaft hat sich dieser Empfehlung im Rahmen ihrer Aufgabe der präventiven Menschenrechtskontrolle angeschlossen (vgl. den Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und Bundesrat 2015, Teil II Präventive Menschenrechtskontrolle, S 53f). Aus verwaltungsökonomischen Gründen scheint jedoch auch die Aufnahme des ärztliche Zeugnisses über die Unterbringung und die Gründe für die Anordnung weitergehender Beschränkungen zu weitgehend, diesbezüglich sollte die Einsicht in die Krankengeschichte ausreichen.

Abs. 3 stellt klar, dass die Einsicht in diese Dokumentation, die im Wesentlichen zur Erfüllung menschenrechtlicher Standards eingeführt wird, den einschlägigen Kontrollmechanismen zukommt. Dies ist auf nationaler Ebene die Volksanwaltschaft und die von ihr eingerichteten Besuchskommissionen, auf völkerrechtlicher Ebene das Europäische Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) nach dem genannten Europaratsübereinkommen und der UN-Ausschuss gegen Folter („Committee Against Torture"; CAT) eingerichtet auf Basis der Konvention gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung der UNO. Die Frage, wer in der Krankenanstalt in diese Dokumentation Einsicht nehmen darf, wird durch Abs. 3 nicht berührt.

Zu Z 27 (§ 62 lit. a):

Mit dieser Regelung soll sichergestellt werden, dass Obduktionen – unabhängig davon, in welchen Krankenanstalten Patienten versterben – durchgeführt werden, wenn diese wegen diagnostischer Unklarheiten des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffes erforderlich sind. Es erfolgt somit für private Krankenanstalten eine Anpassung an die Vorgaben für öffentliche Krankenanstalten in § 40.

Dies bedeuten nicht, dass Obduktionen zwingend von der betroffenen Krankenanstalt selbst durchgeführt werden müssen. Vielmehr müssen jene Krankenanstalten, die nicht über geeignetes Personal und/oder entsprechende Räumlichkeiten verfügen, etwa durch Vereinbarungen mit anderen Krankenanstalten sicherstellen, dass die Obduktionen in geeigneter Form erfolgen.

Zu Z 28 (§ 64c Abs. 1 und 2):

Der bisherige § 64 Abs. 1 bezieht sich nur auf den stationären Bereich, was für den Wiener Gesundheitsfonds bedeutet, dass der LKF-Steuerungsbereich nur für den stationären Bereich möglich ist. Mit der Umstellung auf die ambulante LKF-Abrechnung wird auch § 64c Abs. 1 entsprechend angepasst.

Mit 01.01.2019 ist das spitalsambulante Abrechnungsmodell als Teil der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung verbindlich anzuwenden. Daher ist § 64c Abs. 2 entsprechend anzupassen.

Zu Z 29 (§ 71):

Die Verweisungen wurden aktualisiert.

Zu Z 30 (§ 78):

Aufgrund des Entfalls von Satellitendepartments für Unfallchirurgie sowie Departments für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie ist für bestehende Einrichtungen eine Übergangsbestimmung zur Umwandlung der Organisationsform vorzusehen.

MA 40 – GR – 50.046/2019

TEXTGEGENÜBERSTELLUNG

Geltende Fassung	Gesetz, mit dem das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG geändert wird
Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG	**Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG**
§ 3	**§ 3**
(1) und (2) …	(1) und (2)…
(3) Die Voraussetzungen des Abs. 1 sind auch erfüllt, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind; dabei ist die örtlich getrennte Unterbringung auch in einem anderen Bundesland zulässig.	(3) Die Voraussetzungen des Abs. 1 sind auch erfüllt, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind und diese die Versorgung in dem Umfang wahrnehmen, die der Versorgungsstufe des jeweiligen Krankenhauses oder Krankenhausstandortes gemäß § 4 Abs. 4a entspricht; dabei ist die örtlich getrennte Unterbringung auch in einem anderen Bundesland zulässig.
In Standardkrankenanstalten kann die ambulante Basisversorgung für chirurgische und/oder unfallchirurgische Akutfälle im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG auch durch eine Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit oder eine Ambulante Erstversorgungseinheit oder durch Kooperation mit anderen geeigneten Gesundheitsdiensteanbietern in vertretbarer Entfernung im selben Einzugsbereich sichergestellt werden.	In Standardkrankenanstalten kann die ambulante Basisversorgung für chirurgische und/oder unfallchirurgische Akutfälle im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG auch durch eine Zentrale Ambulante Erstversorgungseinheit oder durch Kooperation mit anderen geeigneten Gesundheitsdiensteanbietern in vertretbarer Entfernung im selben Einzugsbereich sichergestellt werden.
Die Landesregierung kann von der Errichtung oder der Weiterführung einzelner im Abs. 1 lit. b vorgesehenen Abteilungen und sonstiger Einrichtungen absehen, wenn in jenem Einzugsbereich, in dem die Krankenanstalt vorgesehen ist bzw. besteht, die betreffenden Abteilungen, Departments, Fachschwerpunkte oder sonstigen Einrichtungen mit einem Leistungsangebot der jeweils erforderlichen Versorgungsstufe und Erfüllung der zugehörigen Anforderungen in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein Bedarf an der Errichtung oder Weiterführung der Abteilung nicht gegeben ist.	Die Landesregierung kann von der Errichtung oder der Weiterführung einzelner im Abs. 1 lit. b vorgesehenen Abteilungen und sonstiger Einrichtungen absehen, wenn in jenem Einzugsbereich, in dem die Krankenanstalt vorgesehen ist bzw. besteht, die betreffenden Abteilungen, Departments, Fachschwerpunkte oder sonstigen Einrichtungen mit einem Leistungsangebot der jeweils erforderlichen Versorgungsstufe und Erfüllung der zugehörigen Anforderungen in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein Bedarf an der Errichtung oder Weiterführung der Abteilung nicht gegeben ist.
(4) Für Krankenanstalten gemäß Abs. 1 lit. a und b sowie Abs. 4 und nach Maßgabe des § 3a ist die Errichtung folgender reduzierter Organisationsformen zulässig:	(4) Für Krankenanstalten gemäß Abs. 1 lit. a und b sowie Abs. 4 und nach Maßgabe des § 3a ist die Errichtung folgender reduzierter Organisationsfor-

Geltende Fassung

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 Remobilisation und Nachsorge im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Unfallchirurgie,

d) für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie,

e) für Psychosomatik für Erwachsene vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Psychiatrie oder für Innere Medizin,

f) 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. e und f) 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.

Gesetzentwurf

men zulässig:

1. Departments

a) für Akutgeriatrie/Remobilisation im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin oder Abteilungen für Neurologie,

b) für Remobilisation und Nachsorge im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Unfallchirurgie bzw. Orthopädie und Traumatologie,

c) für Psychosomatik für Erwachsene vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Psychiatrie oder für Innere Medizin,

d) für Kinder- und Jugendpsychosomatik vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

2. Fachschwerpunkte

a) für die medizinischen Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Orthopädie und Traumatologie, Plastische, Ästhethische und Rekonstruktive Chirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie Urologie und

b) für Chirurgie, Kinder- und Jugendheilkunde, in Ausnahmefällen auch für Gynäkologie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe (der Grundversorgung) bei unzulänglicher Erreichbarkeit der nächsten Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, nur in Standardkrankenanstalten gemäß Abs. 1 lit.a

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. c und d) 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.

Geltende Fassung

§ 3a

Fachrichtungsbezogene Organisationsformen

(1) ...

(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 oder Remobilisation und Nachsorge 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

Gesetzentwurf

§ 3a

Fachrichtungsbezogene Organisationsformen

(1) ...

(2) Neben Abteilungen bzw. an Stelle von Abteilungen können nach Maßgabe des § 3 Abs. 4 folgende fachrichtungsbezogene Organisationsformen als Organisationseinheiten vorgehalten werden:

1. Departments als bettenführende Einrichtungen für Remobilisation und Nachsorge sowie für Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 15 Betten sowie für Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens 12 Betten. Departments müssen nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei Fachärzte oder Ärzte für Allgemeinmedizin mit entsprechender Qualifikation verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 3 Abs. 4 Z 1 eingerichtet werden.

2. Fachschwerpunkte als bettenführende Einrichtungen mit acht bis vierzehn Betten und eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG einschließlich Akutfallversorgung während der Öffnungszeit für die medizinischen Sonderfächer gemäß § 3 Abs. 4 Z 2. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Öffnungs- und Betriebszeiten aufweisen. Außerhalb der Öffnungszeiten aber während der Betriebszeiten ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Außerhalb der Betriebszeit des Fachschwerpunktes ist die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten durch die Partner- oder Mutterabteilung sicherzustellen. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abtei-

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 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.

lungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. b auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen.

3. Dislozierte Wochenkliniken als bettenführende Einrichtungen. 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 zulässig. Betriebszeiten dislozierter Wochenkliniken sind auf Wochenbetrieb und Öffnungszeiten tageszeitlich einschränkbar. Außerhalb der Öffnungszeiten aber während der Betriebszeiten ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Die Anstaltsordnung kann abweichende Regelungen für Feiertage vorsehen. Im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener 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 Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG. Sie weisen eingeschränkte Öffnungs- und Betriebszeiten auf. Außerhalb der Öffnungszeit aber während der Betriebszeit ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit 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 eingerichtet werden.

(3) Fachschwerpunkte sowie dislozierte Wochen- und Tageskliniken können in der betreffenden Krankenanstalt entweder

1. eigenständig geführt werden und hinsichtlich Qualitätssicherung, Komplikationsmanagement, Sicherung der Nachsorge sowie ärztlicher Ausbildung an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden sein (Partnerabteilung) oder

2. nicht eigenständig als Satellit eingerichtet werden. Die ärztliche Versor-

Geltende Fassung

§ 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,

Gesetzentwurf

gung von als Satelliten eingerichteten Fachschwerpunkten sowie dislozierten Wochen- und Tageskliniken hat durch eine Abteilung derselben Fachrichtung zu erfolgen, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung) oder

3. im Rahmen von standortübergreifenden Abteilungen gemäß Abs. 4 geführt werden.

(4) Abteilungen gemäß Abs. 1 können unter gemeinsamer Leitung unter folgenden Voraussetzungen standortübergreifend geführt werden:

1. Am Krankenanstalten-Standort der höchsten Versorgungsstufe ist die Organisationseinheit jedenfalls nach den Kriterien gemäß Abs. 1 eingerichtet. An anderen Standorten können die Organisationseinheiten die Kriterien gemäß Abs. 1 oder 2 erfüllen.

2. Im Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien (RSG) sind die standortübergreifenden Abteilungen an den entsprechenden Standorten mit ihren Organisationseinheiten nach den Kriterien gemäß Abs. 1 bis 3 explizit ausgewiesen.

3. Die Leistungsspektren der Organisationseinheiten an den jeweiligen Standorten sind analog zu jenen in der Leistungsmatrix des ÖSG für Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten vorgesehenen Leistungsspektren zu definieren.

4. Für die jeweilige Versorgungsstufe des Krankenanstalten-Standorts und die nach Abs. 1 oder 2 eingerichteten Organisationseinheiten sind die einzuhaltenden Kriterien hinsichtlich Vorhaltung und Betrieb an allen Standorten zu erfüllen.

5. § 4 Abs. 4a ist analog anzuwenden.

6. Es muss sichergestellt sein, dass höheren Versorgungsstufen vorbehaltene Leistungsspektren ausnahmslos auch den Standorten mit der höheren Versorgungsstufe und der entsprechenden Infrastruktur vorbehalten bleiben.

§ 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, Traumatologie, Geburtshilfe/Perinatalversorgung, Thora-

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.

B. Errichtung von bettenführenden Krankenanstalten

§ 4.

(1) bis (7)...

Errichtung von selbständigen Ambulatorien

§ 5.

(1) bis (4)...

(5) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung ist ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Planungsinstituts sowie eine begründete Stellungnahme des Wiener Gesundheitsfonds zum Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 3 einzuholen.

(6) bis (10)...

Betrieb von bettenführenden Krankenanstalten

§ 6

(1) Eine Bewilligung zum Betrieb einer bettenführenden Krankenanstalt darf unbeschadet der nach sonstigen Rechtsvorschriften geltenden Erfordernisse nur unter den nach den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft und nach den Erfordernissen für einen einwandfreien Krankenanstaltsbetrieb

xchirurgie, Gefäßchirurgie, Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie, Onkologische Versorgung, Stammzelltransplantation, Nuklearmedizinische stationäre Therapie und Nephrologie für Erwachsene einschließlich Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, sowie

2. Herzchirurgie, Traumaversorgung, Kinder- und Jugendheilkunde (inklusive Kinder- und Jugendchirurgie), Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie für Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Onkologische Versorgung und Stammzelltransplantation für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

B. Errichtung von bettenführenden Krankenanstalten

§ 4.

(1) bis (2c)...

(2d) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung kann ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstituts zum Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 2c eingeholt werden.

(3) bis (7)...

Errichtung von selbständigen Ambulatorien

§ 5.

(1) bis (4)...

(5) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung ist ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstituts sowie eine begründete Stellungnahme des Wiener Gesundheitsfonds zum Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 3 einzuholen.

(6) bis (10)...

Betrieb von bettenführenden Krankenanstalten

§ 6

(1) Eine Bewilligung zum Betrieb einer bettenführenden Krankenanstalt darf unbeschadet der nach sonstigen Rechtsvorschriften geltenden Erfordernisse nur unter den nach den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft und nach den Erfordernissen für einen einwandfreien Krankenanstaltsbetrieb

notwendigen Bedingungen und Auflagen und nur dann erteilt werden, wenn

a) die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des § 4 erteilt worden ist;

b) auf Grund eines Augenscheines festgestellt ist, daß die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen, sowie bei Fondskrankenanstalten die Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes und die darin vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind;

c) gegen die für den inneren Betrieb der Krankenanstalt vorgesehene Anstaltsordnung (§ 10) keine Bedenken bestehen;

d) eine geeignete Ärztin oder ein geeigneter Arzt als verantwortliche Leiterin bzw. als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes (§ 12 Abs. 3) und für die Leitung der einzelnen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten fachlich geeignete Personen als verantwortliche Ärztinnen oder Ärzte namhaft gemacht worden sind (§ 12 Abs. 2) sowie glaubhaft gemacht wird, dass auch im Übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird;

e) der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 6c erforderlich ist.

(2) und (3)...

Änderung von Krankenanstalten

§ 7

(1) bis 4)...

(5) Bei Fondskrankenanstalten (§ 64a Abs. 1) ist die Bewilligung nach Abs. 2 und 3 insbesondere nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes und die darin vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.

§ 10

Anstaltsordnung

(1) Der innere Betrieb der Krankenanstalt ist von ihrem Rechtsträger durch

notwendigen Bedingungen und Auflagen und nur dann erteilt werden, wenn

a) die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des § 4 erteilt worden ist;

b) auf Grund eines Augenscheines festgestellt ist, daß die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen, sowie bei Fondskrankenanstalten die Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes bzw. einer Verordnung gemäß § 23 oder § 24 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes und die darin vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind;

c) gegen die für den inneren Betrieb der Krankenanstalt vorgesehene Anstaltsordnung (§ 10) keine Bedenken bestehen;

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

e) der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 6c erforderlich ist.

(2) und (3)...

Änderung von Krankenanstalten

§ 7

(1) bis 4)...

(5) Bei Fondskrankenanstalten (§ 64a Abs. 1) ist die Bewilligung nach Abs. 2 und 3 insbesondere nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes bzw. einer Verordnung gemäß § 23 oder § 24 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes und die darin vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.

§ 10

Anstaltsordnung

(1) Der innere Betrieb der Krankenanstalt ist von ihrem Rechtsträger durch eine Anstaltsordnung zu regeln. Die Anstaltsordnung hat – unter besonderer

eine Anstaltsordnung zu regeln. Die Anstaltsordnung hat – unter besonderer Rücksichtnahme auf die Patientinnen- und Patientenrechte (§ 17a) – jedenfalls zu enthalten:

a) und b)...

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;

(1c) 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 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 zu-

Rücksichtnahme auf die Patientinnen- und Patientenrechte (§ 17a) – jedenfalls zu enthalten:

a) und b)...

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 in sonstigen Betriebsformen gemäß Abs. 8 aufgenommen werden;

(1c) 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 Patienten aus verschiedenen Sonderfächern, die in der Krankenanstalt in einer der fachrichtungsbezogenen Organisationsformen gemäß § 3a vorgehalten werden. Es ist sicherzustellen, dass die Patienten jederzeit zweifelsfrei einem bestimmten Sonderfach zugeordnet werden können.

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

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

4. Als interdisziplinäre Aufnahme- bzw. Notfallstationen geführte Bettenbereiche für Erst- oder Kurzaufnahmen von Patienten für maximal 36 Stunden im Not- oder Akutfall mit festgestellter Anstaltsbedürftigkeit bis zur Übernahme in andere bettenführende Organisationseinheiten oder direkten Entlassung.

5. Anstaltsambulatorien gemäß § 42 können

a) als allgemeine Fachambulanz, als Spezialambulanz zur Diagnostik und/oder Therapie im Rahmen spezieller Aufgaben der Sonderfächer oder Zentrale Ambulante Erstversorgung gemäß Z 6 geführt werden,

b) als Akut-Ambulanzen mit uneingeschränkter oder eingeschränkter Öffnungszeit oder als Termin-Ambulanzen mit eingeschränkter Öffnungszeit

ständige 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 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 bis 3...

4. in Schwerpunktkrankenanstalten jedenfalls in Abteilungen und Organisati-

betrieben werden,

c) für die Versorgung in einem Sonderfach, für das am Krankenanstaltenstandort keine bettenführende Organisationseinheit geführt wird, nur dann betrieben werden, wenn dies zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich und dies im RSG Wien vorgesehen ist. Solche Anstaltsambulatorien sind als dislozierte Ambulanz einer Partner- oder Mutterabteilung an einem anderen Standort einzurichten. § 3a Abs. 3 ist sinngemäß anzuwenden.

6. Zentrale Ambulante Erstversorgung als Akut-Ambulanzen zur Erstversorgung von Akut- und Notfallpatienten einschließlich basaler Unfallchirurgie, deren Leistungsspektrum auf den Umfang der allgemeinmedizinischen Versorgung beschränkt ist. Für die Zentrale Ambulante Erstversorgung gilt Folgendes:

a) Die Organisation der Erstversorgung in den Bereichen Traumatologie bzw. Unfallchirurgie, Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin sowie Kinder-Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin hat in Abstimmung mit der betreffenden in der Krankenanstalt eingerichteten Abteilung bzw. in Kooperation mit einem anderen Krankenanstaltenstandort zu erfolgen.

b)Patienten sind nach Feststellung der Dringlichkeit der Behandlung zunächst ambulant zu begutachten und erstzubehandeln oder abschließend zu behandeln.

c) Akutfälle können bei Bedarf auch bis zu 24 Stunden beobachtet werden.

d) Im Bedarfsfall sind Patienten in den stationären Bereich aufzunehmen bzw. an die nächste für die Erkrankung geeignete Krankenanstalt weiterzuleiten.

e) Die Betriebszeit eigenständig geführter Einrichtungen zur Zentralen Ambulanten Erstversorgung ist tageszeitlich einschränkbar, wenn außerhalb der Betriebszeiten die Erstversorgung in der Krankenanstalt durch andere Organisationseinheiten sichergestellt ist.

f) Der Zentralen Ambulanten Erstversorgung kann eine interdisziplinäre Aufnahmestation (Z 4) direkt angeschlossen werden.

§ 13

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

1 bis 3...

4. in Schwerpunktkrankenanstalten jedenfalls in Abteilungen und Organisati-

onseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie, Psychiatrie und Unfallchirurgie ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in der Anstalt dauernd anwesend ist; im Übrigen kann im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist;

5 bis 7...

8. in Fachschwerpunkten kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn stattdessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist;

9. in dislozierten Wochenkliniken gelten die Bestimmungen zur Rufbereitschaft gemäß Z 4 und 5 sinngemäß und kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn im Bedarfsfall die Weiterbetreuung der Patienten durch die Mutterabteilung außerhalb der Betriebszeit sichergestellt ist;

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

(1a) bis (4)...

§ 14

Krankenhaushygiene

(1) bis (4)...

(4a) Die Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen berechtigt, personenbezogene Daten der Patienten in pseudonymisierter Form zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten.

onseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie, Psychiatrie, Neurologie und Unfallchirurgie bzw. Orthopädie und Traumatologie ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in der Anstalt dauernd anwesend ist; im Übrigen kann im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist;

5. bis 7. ...

8. in Fachschwerpunkten kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen;

9. in dislozierten Wochenkliniken gelten die Bestimmungen zur Rufbereitschaft gemäß Z 4 und 5 sinngemäß und kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen;

10. in dislozierten Tageskliniken kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.

(1a) bis (4)...

§ 14

Krankenhaushygiene

(1) bis (4)...

(5) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien kann die Funktion der Krankenhaushygienikerin oder des Krankenhaushygienikers bzw. der oder des Hygienebeauftragten bei Vorliegen der entsprechenden fachlichen Eignung auch die ärztliche Leiterin oder der ärztliche Leiter ausü-

(5) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien kann die Funktion der Krankenhaushygienikerin oder des Krankenhaushygienikers bzw. der oder des Hygienebeauftragten bei Vorliegen der entsprechenden fachlichen Eignung auch die ärztliche Leiterin oder der ärztliche Leiter ausüben. Für die im Abs. 4 genannten Aufgaben ist jedenfalls die Krankenhaushygienikerin oder der Krankenhaushygieniker bzw. die oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.

§ 15c

Qualitätssicherung

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

(2) bis (8)...

§ 15e

Früherkennung von Gewalt

(1) bis (10)...

ben. Für die im Abs. 4 genannten Aufgaben ist jedenfalls die Krankenhaushygienikerin oder der Krankenhaushygieniker bzw. die oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.

(6) Die Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen berechtigt, personenbezogene Daten der Patienten in pseudonymisierter Form zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten.

(7) In jeder Krankenanstalt sind in elektronischer Form laufend Aufzeichnungen über nosokomiale Infektionen zu führen.

(8) Die Leitung jeder Krankenanstalt (§ 12 Abs. 3, § 12a Abs. 3) hat die in ihrem Wirkungsbereich erfassten nosokomialen Infektionen zu bewerten und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Maßnahmen zur Abhilfe und Prävention zu ziehen und dafür zu sorgen, dass die erforderlichen Maßnahmen umgehend umgesetzt werden.

(9) Die Träger der Krankenanstalten haben an einer österreichweiten, regelmäßigen und systematischen Erfassung von nosokomialen Infektionen teilzunehmen und die dafür erforderlichen anonymisierten Daten dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium jährlich in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen.

§ 15c

Qualitätssicherung

(1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben für die Sicherung der Qualität und Wahrung der Patientensicherheit in den Krankenanstalten vorzusorgen. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, dass sie den wissenschaftlich anerkannten Maßstäben der Qualitätssicherung und Patientensicherheit entsprechen und regelmäßige vergleichende Prüfungen der Qualität mit anderen Krankenanstalten ermöglichen. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfaches einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden

(2) bis (8)...

§ 15e

Früherkennung von Gewalt

(1) bis (10)...

(11) Wird ein Vorwurf erhoben oder besteht ein Verdacht, dass es zu sexuel-

Geltende Fassung

§ 17

Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen

(1)...

(2) Krankengeschichten von stationär aufgenommenen Patienten sowie Operationsniederschriften sind bei ihrem Abschluss vom behandelnden Arzt, der für ihren Inhalt verantwortlich ist, und vom Abteilungsleiter zu unterfertigen. Der Teil der Niederschrift über die Entnahme von Organen und Organteilen, der sich mit der Feststellung des Todes befasst, ist von dem den Tod feststellenden Arzt, und der Teil dieser Niederschrift, der sich mit der Entnahme befasst, von dem die Entnahme durchführenden Arzt zu unterfertigen. Die Krankengeschichten (Abs. 1 lit. a bis e) sind während der Behandlung so zu verwahren, dass sie von unbefugten Personen nicht eingesehen werden können. Krankengeschichten sind nach ihrem Abschluss von der Krankenanstalt mindestens 30 Jahre, von einem Ambulatorium mindestens 10 Jahre, allenfalls in Form von Mikrofilmen oder in gleichwertiger Weise in doppelter Ausfertigung, aufzubewahren. Röntgenbilder, Videoaufnahmen und andere Bestandteile von Krankengeschichten, deren Beweiskraft nicht 30 Jahre hindurch gegeben ist, sind mindestens 10 Jahre aufzubewahren.

(3) bis (9)...

Allgemeines

§ 25

(1)...

(2) Das Öffentlichkeitsrecht kann einer Krankenanstalt bei Vorliegen eines Bedarfes zur Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege (§ 30 Abs. 1) von der Landesregierung verliehen werden, wenn sie den Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes entspricht, gemeinnützig ist, die Erfüllung der ihr nach diesem Gesetz auferlegten Pflichten sowie ihr gesicherter Bestand und zweckmäßiger Betrieb gewährleistet sind und wenn sie vom Bund, einem Bundesland, einer Gemeinde, einer sonstigen Körperschaft öffentlichen

Gesetzentwurf

len Übergriffen, der Zufügung seelischer Qualen oder körperlichen Misshandlungen eines Patienten durch das Anstaltspersonal gekommen ist, so hat der Opfer-, Kinder- oder Gewaltschutzgruppe eine unabhängige externe Person aus dem Bereich der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft anzugehören.

§ 17

Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen

(1)...

(2) Krankengeschichten von stationär aufgenommenen Patienten sowie Operationsniederschriften sind bei ihrem Abschluss vom behandelnden Arzt, der für ihren Inhalt verantwortlich ist, zu unterfertigen. Der Teil der Niederschrift über die Entnahme von Organen und Organteilen, der sich mit der Feststellung des Todes befasst, ist von dem den Tod feststellenden Arzt, und der Teil dieser Niederschrift, der sich mit der Entnahme befasst, von dem die Entnahme durchführenden Arzt zu unterfertigen. Die Krankengeschichten (Abs. 1 lit. a bis e) sind während der Behandlung so zu verwahren, dass sie von unbefugten Personen nicht eingesehen werden können. Krankengeschichten sind nach ihrem Abschluss von der Krankenanstalt mindestens 30 Jahre, von einem Ambulatorium mindestens 10 Jahre, allenfalls in Form von Mikrofilmen oder in gleichwertiger Weise in doppelter Ausfertigung, aufzubewahren. Röntgenbilder, Videoaufnahmen und andere Bestandteile von Krankengeschichten, deren Beweiskraft nicht 30 Jahre hindurch gegeben ist, sind mindestens 10 Jahre aufzubewahren.

(3) bis (9)...

Allgemeines

§ 25

(1)...

(2) Das Öffentlichkeitsrecht kann einer Krankenanstalt bei Vorliegen eines Bedarfes zur Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege (§ 30 Abs. 1) von der Landesregierung verliehen werden, wenn sie den Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes bzw. einer Verordnung gemäß § 23 oder § 24 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes entspricht, gemeinnützig ist, die Erfüllung der ihr nach diesem Gesetz auferlegten Pflichten sowie ihr gesicherter Bestand und zweckmäßiger Betrieb gewährleistet sind und wenn sie vom Bund, einem Bundesland, einer Gemeinde, einer sonstigen Körperschaft

Rechtes, einer Stiftung, einem öffentlichen Fonds, einer anderen juristischen Person oder einer Vereinigung von juristischen Personen verwaltet und betrieben wird. Ist der Rechtsträger der Krankenanstalt keine Gebietskörperschaft, so hat der Rechtsträger überdies nachzuweisen, dass er über die für den gesicherten Bestand der Krankenanstalt nötigen Mittel verfügt. Ein Anspruch auf die Verleihung besteht nicht. Zur Frage des Bedarfes sind der Wiener Gesundheitsfonds und die betroffenen Sozialversicherungsträger zu hören.

(3)...

Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltenpflege

§ 30

Das Land Wien ist verpflichtet, unter Bedachtnahme auf den Landeskrankenanstaltenplan Anstaltspflege für Personen, die Wiener Landesbürger sind oder als Fremde ihren Hauptwohnsitz in Wien haben, sofern sie anstaltsbedürftig sind oder sich einem operativen Eingriff unterziehen, in der allgemeinen Gebührenklasse entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen. Dabei sind auch der Bedarf auf dem Gebiet der Langzeitbehandlung und die in diesem Zusammenhang zu erwartende künftige Entwicklung zu berücksichtigen. Das Land Wien ist außerdem verpflichtet, Anstaltspflege für unabweisbare Kranke (§ 36 Abs. 4) auf dieselbe Weise sicherzustellen.

§ 33

Angliederungsverträge

(1) Angliederungsverträge, das sind Verträge, die zwischen den Rechtsträgern von öffentlichen oder einer öffentlichen und einer privaten Krankenanstalt über die stationäre und/oder ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten der ersteren Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der letzteren (angegliederten Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt abgeschlossen werden, bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der Genehmigung der Landesregierung. Sie sind nur in Fällen eines unabweisbar notwendigen Bedarfes, insbesondere dann zu genehmigen, wenn

öffentlichen Rechtes, einer Stiftung, einem öffentlichen Fonds, einer anderen juristischen Person oder einer Vereinigung von juristischen Personen verwaltet und betrieben wird. Ist der Rechtsträger der Krankenanstalt keine Gebietskörperschaft, so hat der Rechtsträger überdies nachzuweisen, dass er über die für den gesicherten Bestand der Krankenanstalt nötigen Mittel verfügt. Ein Anspruch auf die Verleihung besteht nicht. Zur Frage des Bedarfes sind der Wiener Gesundheitsfonds und die betroffenen Sozialversicherungsträger zu hören.

(3)...

Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltenpflege

§ 30

Das Land Wien ist verpflichtet, unter Bedachtnahme auf den Landeskrankenanstaltenplan bzw. eine Verordnung gemäß § 23 oder § 24 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes Anstaltspflege für Personen, die Wiener Landesbürger sind oder als Fremde ihren Hauptwohnsitz in Wien haben, sofern sie anstaltsbedürftig sind oder sich einem operativen Eingriff unterziehen, in der allgemeinen Gebührenklasse entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen. Dabei sind auch der Bedarf auf dem Gebiet der Langzeitbehandlung und die in diesem Zusammenhang zu erwartende künftige Entwicklung zu berücksichtigen. Das Land Wien ist außerdem verpflichtet, Anstaltspflege für unabweisbare Kranke (§ 36 Abs. 4) auf dieselbe Weise sicherzustellen.

§ 33

Angliederungsverträge

(1) Angliederungsverträge, das sind Verträge, die zwischen den Rechtsträgern von öffentlichen oder einer öffentlichen und einer privaten Krankenanstalt über die stationäre und/oder ambulante Behandlung von Patienten der ersteren Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der letzteren (angegliederten Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt abgeschlossen werden, bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der Genehmigung der Landesregierung. Sie sind nur in Fällen eines unabweisbar notwendigen Bedarfes, insbesondere dann zu genehmigen, wenn Kranke bestimmter

Kranke bestimmter Altersstufen oder solche mit bestimmten Krankheiten nur mangels der entsprechenden Anstaltseinrichtungen in die Hauptanstalt nicht aufgenommen werden können und der Angliederungsvertrag zu keinem dem Landeskrankenanstaltenplan widersprechenden Zustand führen würde. Der Angliederungsvertrag hat zur Folge, dass die von der Hauptanstalt in der angegliederten Anstalt stationär und/oder ambulant behandelten Patientinnen und Patienten als solche der Hauptanstalt gelten.

(2) bis (4)...

(5) Eine nach Abs. 1 erteilte Genehmigung ist von der Landesregierung zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem Landeskrankenanstaltenplan widersprechenden Zustand geführt hat. Bestehende Angliederungsverträge sind ebenfalls auf ihre Übereinstimmung mit dem Landeskrankenanstaltenplan zu überprüfen, und bei fehlender Übereinstimmung ist ihre Genehmigung zu widerrufen.

Entlassung von Patienten

§ 38

(1) bis (3) ...

(4) Die von der Anstaltsleitung bestimmten Anstaltsärzte haben vor jeder Entlassung durch Untersuchung festzustellen, ob der Patient geheilt, gebessert oder ungeheilt entlassen wird. Auf Wunsch des Patienten ist über die Dauer der Anstaltsbehandlung eine Bestätigung auszustellen.

(5) Kann sich eine zu entlassende Patientin oder ein zu entlassender Patient nicht selbst versorgen und ist auch keine andere Betreuung sichergestellt, ist mit dem Fonds Soziales Wien als zuständigem Sozialhilfeträger rechtzeitig vor der Entlassung Kontakt aufzunehmen und eine Ausfertigung des Patientenbriefes nach Abs. 2 zum Zweck der Weiterbetreuung nach dem Krankenhausaufenthalt kostenlos auf Anfrage des Fonds Soziales Wien weiterzugeben, sofern die zu entlassende Patientin oder der zu entlassende Patient nicht in der Lage ist, den Patientenbrief an den Fonds Soziales Wien zu übergeben. Liegt der Hauptwohnsitz der betreffenden Person außerhalb Wiens, so ist mit dem örtlich zuständigen Sozialhilfeträger Kontakt aufzunehmen.

Altersstufen oder solche mit bestimmten Krankheiten nur mangels der entsprechenden Anstaltseinrichtungen in die Hauptanstalt nicht aufgenommen werden können und der Angliederungsvertrag zu keinem dem Landeskrankenanstaltenplan bzw. einer Verordnung gemäß § 23 oder § 24 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes widersprechenden Zustand führen würde. Der Angliederungsvertrag hat zur Folge, dass die von der Hauptanstalt in der angegliederten Anstalt stationär und/oder ambulant behandelten Patienten als solche der Hauptanstalt gelten.

(2) bis (4)...

(5) Eine nach Abs. 1 erteilte Genehmigung ist von der Landesregierung zu widerrufen, wenn der Angliederungsvertrag zu einem dem Landeskrankenanstaltenplan bzw. einer Verordnung gemäß § 23 oder § 24 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes widersprechenden Zustand geführt hat. Bestehende Angliederungsverträge sind ebenfalls auf ihre Übereinstimmung mit dem Landeskrankenanstaltenplan bzw. einer Verordnung gemäß § 23 oder § 24 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes zu überprüfen, und bei fehlender Übereinstimmung ist ihre Genehmigung zu widerrufen.

Entlassung von Patienten

§ 38

(1) bis (3) ...

(4) Die Abschlussdokumentation einer Behandlung in einer Ambulanz gilt als Entlassungsbrief. Die Abs. 2 und 3 sind sinngemäß anzuwenden.

(5) Die von der Anstaltsleitung bestimmten Anstaltsärzte haben vor jeder Entlassung durch Untersuchung festzustellen, ob der Patient geheilt, gebessert oder ungeheilt entlassen wird. Auf Wunsch des Patienten ist über die Dauer der Anstaltsbehandlung eine Bestätigung auszustellen.

(6) Kann sich ein zu entlassender Patient nicht selbst versorgen und ist auch keine andere Betreuung sichergestellt, ist mit dem Fonds Soziales Wien als zuständigem Sozialhilfeträger rechtzeitig vor der Entlassung Kontakt aufzunehmen und eine Ausfertigung des Patientenbriefes nach Abs. 2 zum Zweck der Weiterbetreuung nach dem Krankenhausaufenthalt kostenlos auf Anfrage des Fonds Soziales Wien weiterzugeben, sofern der zu entlassende Patient nicht in der Lage ist, den Patientenbrief an den Fonds Soziales Wien zu übergeben. Liegt der Hauptwohnsitz der betreffenden Person außerhalb Wiens, so

Geltende Fassung

§ 60d

Für die Dokumentation und Aufbewahrung der Aufzeichnungen nach dem Unterbringungsgesetz ist § 17 Abs. 1 bis 5 sinngemäß anzuwenden.

§ 62

Für die Errichtung und den Betrieb privater Krankenanstalten gelten die Bestimmungen des I. Abschnittes (§§ 1 bis 24). Von den Bestimmungen des II. Abschnittes (§§ 25 bis 60) sind auf private Krankenanstalten folgende anzuwenden:

a) Leichenöffnungen dürfen nur mit Zustimmung der nächsten Angehörigen des Verstorbenen und nur dann, wenn ein geeigneter Raum vorhanden ist, vorgenommen werden; Über jede Leichenöffnung ist eine Niederschrift nach den Vorschriften des § 40 Abs. 3 und 4 aufzunehmen und zu verwahren;

(b) bis (n)...

Gesetzentwurf

ist mit dem örtlich zuständigen Sozialhilfeträger Kontakt aufzunehmen.

§ 60d

(1) Für die Dokumentation und Aufbewahrung der Aufzeichnungen nach dem Unterbringungsgesetz ist § 17 Abs. 1 bis 5 sinngemäß anzuwenden.

(2) Psychiatrische Krankenanstalten und Abteilungen für Psychiatrie haben eine elektronische Dokumentation zu führen, aus der tagesaktuell folgende Daten ersichtlich sind:

1. Name der untergebrachten Personen,
2. weitergehende Beschränkungen (§ 33 Abs. 3 UbG) bei Personen nach Z 1,
3. Beginn und Ende der Unterbringung und weitergehender Beschränkungen,
4. anordnender Arzt,
5. allfällige Verletzungen, die der Patient oder das Personal im Zusammenhang mit weitergehenden Beschränkungen erlitten haben.

Diese Dokumentation muss jedenfalls auch statistische Auswertungen in anonymisierter Form ermöglichen.

(3) Zur Sicherstellung des Kontrollzweckes dürfen in die Dokumentation nach Abs. 2 die Volksanwaltschaft und die Mitglieder der von ihr eingesetzten Kommissionen (Art. 148h Abs. 3 B-VG) und internationale Besuchsmechanismen (Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe und der UN-Ausschuss gegen Folter) Einsicht nehmen.

§ 62

Für die Errichtung und den Betrieb privater Krankenanstalten gelten die Bestimmungen des I. Abschnittes (§§ 1 bis 24). Von den Bestimmungen des II. Abschnittes (§§ 25 bis 60) sind auf private Krankenanstalten folgende anzuwenden:

a) Leichen sind zu obduzieren, wenn die Obduktion wegen diagnostischer Unklarheiten des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffes erforderlich ist. Über jede Leichenöffnung ist eine Niederschrift nach den Vorschriften des § 40 Abs. 3 und 4 aufzunehmen und zu verwahren;

b) bis n)...

Geltende Fassung

§ 64c

(1) An anstaltsbedürftigen, sozialversicherten Personen bzw. an nichtsozialversicherten Personen, für die der Wiener Gesundheitsfonds eine Finanzierung über den Fonds vorsieht, erbrachte Leistungen der Krankenanstalten, die auf Grundlage der Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 oder einer an deren Stelle tretenden Vereinbarung finanziert werden, sind über den Wiener Gesundheitsfonds leistungsorientiert nach zu ermittelnden LKF-Gebührenersätzen abzurechnen. Die Höhe der LKF-Gebührenersätze richtet sich nach der Dotation des Wiener Gesundheitsfonds und nach der Höhe der für den LKF-Kernbereich und LKF-Steuerungsbereich vorgesehenen Mittel. Bei der Berechnung der LKF-Gebührenersätze kann der Wiener Gesundheitsfonds im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches auf besondere Versorgungsfunktionen bestimmter Krankenanstalten Rücksicht nehmen.

Als besondere Versorgungsfunktionen im Rahmen der LKF-Abrechnung gelten:

a) Zentralversorgung,

b) Schwerpunktversorgung,

c) Krankenanstalten mit speziellen fachlichen Versorgungsfunktionen und

d) Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsfunktionen.

Bei der Zuordnung zu den Versorgungsstufen sind auch die Versorgungsfunktionen einzelner Abteilungen entsprechend ihrer Anzahl und Struktur zu berücksichtigen.

(2) Der Wiener Gesundheitsfonds hat zu bestimmen, in welcher Form Leistungen im Nebenkostenstellenbereich und – bis zur Einführung eines bundesweit einheitlichen Abrechnungssystems für den ambulanten Bereich – ambulante Leistungen an Patienten gemäß Abs. 1 abgegolten werden. Die Höhe dieser Abgeltung richtet sich nach der Dotation des Wiener Gesundheitsfonds und nach der Höhe der für diese Bereiche vorgesehenen Mittel.

(3) bis (6)...

Gesetzentwurf

§ 64c

(1) An anstaltsbedürftigen, sozialversicherten Personen bzw. an nichtsozialversicherten Personen und an Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen und ambulant zu untersuchen oder zu behandeln sind und für die der Wiener Gesundheitsfonds eine Finanzierung über den Fonds vorsieht, erbrachte Leistungen der Krankenanstalten, die auf Grundlage der Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 oder einer an deren Stelle tretenden Vereinbarung finanziert werden, sind über den Wiener Gesundheitsfonds leistungsorientiert nach zu ermittelnden LKF-Gebührenersätzen abzurechnen. Die Höhe der LKF-Gebührenersätze richtet sich nach der Dotation des Wiener Gesundheitsfonds und nach der Höhe der für den LKF-Kernbereich und LKF-Steuerungsbereich vorgesehenen Mittel. Bei der Berechnung der LKF-Gebührenersätze kann der Wiener Gesundheitsfonds im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches auf besondere Versorgungsfunktionen bestimmter Krankenanstalten Rücksicht nehmen.

Als besondere Versorgungsfunktionen im Rahmen der LKF-Abrechnung gelten:

a) Zentralversorgung,

b) Schwerpunktversorgung,

c) Krankenanstalten mit speziellen fachlichen Versorgungsfunktionen und

d) Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsfunktionen.

Bei der Zuordnung zu den Versorgungsstufen sind auch die Versorgungsfunktionen einzelner Abteilungen entsprechend ihrer Anzahl und Struktur zu berücksichtigen.

(2) Der Wiener Gesundheitsfonds hat zu bestimmen, in welcher Form Leistungen im Nebenkostenstellenbereich und ambulante Leistungen an Patienten gemäß Abs. 1 abgegolten werden. Dabei ist jedoch das Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich (LKF-ambulant) anzuwenden. Die Höhe dieser Abgeltung richtet sich nach der Dotation des Wiener Gesundheitsfonds und nach der Höhe der für diese Bereiche vorgesehenen Mittel.

(3) bis (6)...

Geltende Fassung

§ 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. 67/2013;

2. Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – AVG, BGBl. Nr. 51/1991 in der Fassung BGBl. I Nr. 161/2013;

3. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG, BGBl. Nr. 450/1994, in der Fassung BGBl. I Nr. 72/2016;

4. Arbeitskräfteüberlassungsgesetz – AÜG, BGBl. Nr. 196/1988, in der Fassung BGBl. I Nr. 38/2017;

5. Asylgesetz 2005 – AsylG 2005, BGBl. I Nr. 100, in der Fassung BGBl. I Nr. 24/2016;

6. Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169, in der Fassung BGBl. I Nr. 26/2017;

7. Bundes-Bedienstetenschutzgesetz – B-BSG, BGBl. I Nr. 70/1999, in der Fassung BGBl. I Nr. 164/2015;

8. Bundesbehindertengesetz – BBG, BGBl. Nr. 283/1990, in der Fassung BGBl. I Nr. 18/2017;

9. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, in der Fassung BGBl. I Nr. 26/2017;

10. 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;

11. Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe und die Ausübung der Trainingstherapie (Medizinisches Assistenzberufe-Gesetz – MABG), BGBl. I Nr. 89/2012, in der Fassung BGBl. I Nr. 120/2016;

12. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl. I Nr. 59/2017;

13. Bundes-Seniorengesetz, BGBl. I Nr. 84/1998, in der Fassung BGBl. I Nr. 94/2012;

14. Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), BGBl. Nr. 1/1930, in der Fassung BGBl. I Nr. 106/2016;

15. Datenschutzgesetz – DSG, BGBl. I Nr. 165/1999, in der Fassung BGBl. I

Gesetzentwurf

§ 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. **23/2019**;

2. Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – AVG, BGBl. Nr. 51/1991 in der Fassung BGBl. I Nr. **58/2018**;

3. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG, BGBl. Nr. 450/1994, in der Fassung BGBl. I Nr. **100/2018**;

4. Arbeitskräfteüberlassungsgesetz – AÜG, BGBl. Nr. 196/1988, in der Fassung BGBl. I Nr. **21/2019**;

5. Asylgesetz 2005 – AsylG 2005, BGBl. I Nr. 100, in der Fassung BGBl. I Nr. **56/2018**;

6. Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169, in der Fassung BGBl. I Nr. **20/2019**;

7. Bundes-Bedienstetenschutzgesetz – B-BSG, BGBl. I Nr. 70/1999, in der Fassung BGBl. I Nr. **60/2018**;

8. Bundesbehindertengesetz – BBG, BGBl. Nr. 283/1990, in der Fassung BGBl. I Nr. **59/2018**;

9. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, in der Fassung BGBl. I Nr. **100/2018**;

10. 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;

11. Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe und die Ausübung der Trainingstherapie (Medizinisches Assistenzberufe - Gesetz – MABG), BGBl. I Nr. 89/2012, in der Fassung BGBl. I Nr. **59/2018**;

12. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl. I Nr. **13/2019**;

13. Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2018;

14. Bundes-Seniorengesetz, BGBl. I Nr. 84/1998, in der Fassung BGBl. I Nr. 94/2012;

Geltende Fassung

Nr. 120/2017;;

16. Einkommensteuergesetz 1988 – EStG 1988, BGBl. Nr. 400, in der Fassung BGBl. I Nr. 34/2017;

17. Familienlastenausgleichsgesetz 1967, BGBl. Nr. 376, in der Fassung BGBl. I Nr. 40/2017;

18. Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG, BGBl. I Nr. 179/2004, in der Fassung BGBl. I Nr. 81/2013;

19. Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz – GESG, BGBl. I Nr. 63/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 58/2017;

20. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997, in der Fassung BGBl. I Nr. 54/2017;

21. Gewebesicherheitsgesetz – GSG, BGBl. I Nr. 49/2008, in der Fassung BGBl. I Nr. 105/2016;

22. Grundversorgungsgesetz - Bund 2005 – GVG-B 2005, BGBl. Nr. 405/1991, in der Fassung BGBl. I Nr. 70/2015;

23. Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz – MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 8/2016;

24. MTD-Gesetz, BGBl. Nr. 460/1992, in der Fassung BGBl. I Nr. 54/2017;

25. Organtransplantationsgesetz – OTPG, BGBl. I Nr. 108/2012;

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

27. Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz – SV-EG, BGBl. Nr. 154/1994, in der Fassung BGBl. I Nr. 162/2015;

28. Strafgesetzbuch – StGB, BGBl. Nr. 60/1974, in der Fassung BGBl. I Nr. 154/2015;

29. Strafprozessordnung 1975 (StPO), BGBl. Nr. 631, in der Fassung BGBl. I Nr. 121/2016;

30. Strafvollzugsgesetz – StVG, BGBl. Nr. 144/1969, in der Fassung BGBl. I Nr. 26/2016;

31. Strahlenschutzgesetz – StrSchG, BGBl. Nr. 227/1969, in der Fassung BGBl. I Nr. 133/2015;

32. Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO 1960, BGBl. Nr. 159, in der Fassung BGBl. I Nr. 39/2013;

33. Universitätsgesetz 2002 – UG, BGBl. I Nr. 120/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 11/2017;

34. Unterbringungsgesetz – UbG, BGBl. Nr. 155/1990, in der Fassung BGBl.

Gesetzentwurf

15. Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), BGBl. Nr. 1/1930, in der Fassung BGBl. I Nr. **14/2019**;

16. Datenschutzgesetz – DSG, BGBl. I Nr. 165/1999, in der Fassung BGBl. I Nr. **14/2019**;

17. Einkommensteuergesetz 1988 – EStG 1988, BGBl. Nr. 400, in der Fassung BGBl. I Nr. **98/2018**;

18. Familienlastenausgleichsgesetz 1967, BGBl. Nr. 376, in der Fassung BGBl. I Nr. **24/2019**;

19. Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG, BGBl. I Nr. 179/2004, in der Fassung BGBl. I Nr. 81/2013;

20. Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz – GESG, BGBl. I Nr. 63/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. **37/2018**;

21. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997, in der Fassung BGBl. I Nr. **59/2018**;

22. Gewebesicherheitsgesetz – GSG, BGBl. I Nr. 49/2008, in der Fassung BGBl. I Nr. **37/2018**;

23. Grundversorgungsgesetz - Bund 2005 – GVG-B 2005, BGBl. Nr. 405/1991, in der Fassung BGBl. I Nr. **56/2018**;

24. Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz – MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. **59/2018**;

25. MTD-Gesetz, BGBl. Nr. 460/1992, in der Fassung BGBl. I Nr. **59/2018**;

26. Organtransplantationsgesetz – OTPG, BGBl. I Nr. 108/2012; **in der Fassung BGBl. I Nr. 37/2018;**

27. Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG, BGBl. I Nr. 55/2006; **in der Fassung BGBl. I Nr. 12/2019;**

28. Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz – SV-EG, BGBl. Nr. 154/1994, in der Fassung BGBl. I Nr. **100/2018**;

29. Strafgesetzbuch – StGB, BGBl. Nr. 60/1974, in der Fassung BGBl. I Nr. **70/2018**;

30. Strafprozessordnung 1975 (StPO), BGBl. Nr. 631, in der Fassung BGBl. I Nr. **70/2018**;

31. Strafvollzugsgesetz – StVG, BGBl. Nr. 144/1969, in der Fassung BGBl. I Nr. **32/2018**;

32. Strahlenschutzgesetz – StrSchG, BGBl. Nr. 227/1969, in der Fassung BGBl. I Nr. 133/2015;

Geltende Fassung

I Nr. 59/2017;

35. Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 1997 – VRV 1997, BGBl. Nr. 787/1996, in der Fassung BGBl. II Nr. 313/2015;

36. Wehrgesetz 2001 – WG 2001, BGBl. I Nr. 146/2001, in der Fassung BGBl. I Nr. 65/2015;

37. Zahnärztegesetz – ZÄG, BGBl. I Nr. 126/2005, in der Fassung BGBl. I Nr. 8/2016;

38. Zivilprozessordnung – ZPO, RGBl. 113/1895, in der Fassung BGBl. I Nr. 59/2017.

Gesetzentwurf

33. Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO 1960, BGBl. Nr. 159, in der Fassung BGBl. I Nr. **18/2019**;

34. Universitätsgesetz 2002 – UG, BGBl. I Nr. 120/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. **3/2019**;

35. Unterbringungsgesetz – UbG, BGBl. Nr. 155/1990, in der Fassung BGBl. I Nr. **131/2017**;

36. Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 1997 – VRV 1997, BGBl. Nr. 787/1996, in der Fassung BGBl. II Nr. 313/2015;

37. Wehrgesetz 2001 – WG 2001, BGBl. I Nr. 146/2001, in der Fassung BGBl. I Nr. **61/2018**;

38. Zahnärztegesetz – ZÄG, BGBl. I Nr. 126/2005, in der Fassung BGBl. I Nr. **59/2018**;

39. Zivilprozessordnung – ZPO, RGBl. 113/1895, in der Fassung BGBl. I Nr. **109/2018**.

§ 78

Übergangsbestimmung zur Novelle LGBl. für Wien Nr. XXX/2019

Die vor dem 1. Jänner 2018 bestehenden Satellitendepartments für Unfallchirurgie sowie Departments für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie sind bis spätestens 1. Jänner 2021 in eine zulässige Organisationsform umzuwandeln.