

Beilage 618/2005 zum kurzschriftlichen Bericht des Oö. Landtags, XXVI. Gesetzgebungsperiode

Bericht

des Sozialausschusses

betreffend das Landesgesetz, mit dem das Oö. Krankenanstaltengesetz 1997 geändert wird (3. Oö. KAG-Novelle 2005)

[Landtagsdirektion: L-215/16-XXVI, miterl. **Beilage 556/2005**]

A. Allgemeiner Teil

I. Anlass und Inhalt des Gesetzentwurfs

Der Bund hat die Grundsatzbestimmungen des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 35/2004 geändert. Dies erfordert Anpassungen des Oö. Krankenanstaltengesetzes 1997. Darüber hinaus enthält die vorliegende Gesetzesnovelle Änderungen und Klarstellungen, die sich in der Vollzugspraxis als notwendig erwiesen haben.

Als wesentliche Punkte dieses Gesetzentwurfs sind anzuführen:

- Änderungen betreffend den ärztlichen Dienst in Schwerpunkt- und Standardkrankenanstalten und in Ambulatorien
- Verpflichtung zur Erstellung von Spitalskatastrophenplänen
- Aufnahme von Personen, die über biometrische Expertise verfügen, in die Ethikkommissionen
- Verpflichtung zur Einrichtung von Kinderschutzgruppen
- Regelung betreffend die Empfehlung über die weitere Medikation im Arztbrief
- Schaffung einer Strafbestimmung für Verletzungen der Qip-Verordnung
- Aktualisierung der zitierten Bundesnormen
- Erhöhung der möglichen Geldzuwendungen aus dem Patientenentschädigungsfonds
- Verlängerung der Finanzierungsbestimmungen

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält keine Verfassungsbestimmung. Eine Mitwirkung von Bundesorganen im Sinn des Art. 97 Abs. 2 B-VG ist nicht vorgesehen.

II. Kompetenzgrundlagen

In Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten obliegt gemäß Art. 12 Abs. 1 Z. 1 B-VG dem Bund die Gesetzgebung über die Grundsätze, den Ländern die Erlassung von Ausführungsgesetzen und die Vollziehung.

Das Grundsatzgesetz ist das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), die vom Land zu erlassenden Ausführungsbestimmungen enthält das Oö. Krankenanstaltengesetz 1997.

III. Finanzielle Auswirkungen

Durch die Bestimmungen dieses Gesetzes sind weder für das Land noch für

die Gemeinden Mehrkosten zu erwarten.

IV. EU-Konformität

Dieser Gesetzentwurf dient auch der Umsetzung der Richtlinie 2001/20/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 4. April 2001, ABl. Nr. L 121/34 vom 1.5.2001.

V. Auswirkungen auf die verschiedenen Gruppen der Gesellschaft

Dieses Landesgesetz hat keine unterschiedlichen Auswirkungen auf die verschiedenen Gruppen der Gesellschaft, insbesondere auf Frauen und Männer.

B. Besonderer Teil

Zu Art. I Z. 1 (§ 5 Abs. 2):

Es erfolgt eine Anpassung an die Grundsatzbestimmung § 3 Abs. 2 lit. a KAKuG, BGBl. I Nr. 179/2004. Die Änderung dient der Klarstellung, dass bei der Bedarfsprüfung in Verfahren zur Erteilung einer Errichtungsbewilligung für eine Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums auch das bereits bestehende Versorgungsangebot durch Ambulanzen öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen zu berücksichtigen ist.

Zu Art. I Z. 2 (§ 6 Abs. 2 Z. 2a):

Die Übereinstimmung mit den Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplans und mit den vorgesehenen Strukturqualitätskriterien stellt eine zentrale Voraussetzung für die Bewilligung des Betriebs einer Krankenanstalt dar; hier sollte keine Einschränkung auf Departments, Fachschwerpunkte und Tageskliniken erfolgen.

Zu Art. I Z. 3 (§ 6 Abs. 2 Z. 5):

Es erfolgt eine Anpassung an die Diktion im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz.

Zu Art. I Z. 4 (§ 10 Abs. 6):

Die Änderung dient der besonderen Hervorhebung von bereits bestehenden Pflichten der kollegialen Führung. Im Rahmen der Aufgaben der kollegialen Führung wird diese auch stets darauf zu achten haben, dass für Maßnahmen der Qualitätssicherung die erforderlichen Mittel zur Verfügung stehen.

Zu Art. I Z. 5 (§ 15 Abs. 1 Z. 3):

Mit dieser Änderung soll klargestellt werden, dass in Schwerpunktkrankenanstalten bei Vorhandensein mehrerer Abteilungen und Organisationseinheiten des selben Sonderfaches die gesetzlichen Anforderungen an den ärztlichen Dienst im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst bereits dann erfüllt sind, wenn ein Facharzt des Sonderfaches in der Anstalt dauernd anwesend ist, in den übrigen Abteilungen und Organisationseinheiten des Sonderfaches jeweils Turnusärzte in Ausbildung zum Facharzt des betreffenden Sonderfaches mit den notwendigen Kenntnissen anwesend sind und eine Rufbereitschaft eines Facharztes des betreffenden Sonderfaches eingerichtet ist. Zusätzlich zu diesen Voraussetzungen muss sichergestellt sein, dass dabei eine ausreichende, fachspezifische ärztliche Versorgung der Patienten gewährleistet ist. Zur Entscheidungsfindung ist ein Gutachten des Landessanitätsrates einzuholen. Dieser hat im Gutachten auf die spezifischen Gegebenheiten, insbesondere die Größe und Überschaubarkeit usw. einzugehen; dabei wird es zweckmäßig sein, zur Erstellung des Gutachtens eine Stellungnahme der Ärztekammer einzuholen.

Durch Verwendung der Begriffe "Abteilung oder Organisationseinheit" anstatt wie bisher "Anstalt" soll lediglich die gesetzliche Diktion den tatsächlichen, organisatorischen Gegebenheiten angepasst werden, wonach die Fachärzte den einzelnen Abteilungen oder Organisationseinheiten zugeordnet sind und in der Anstalt kein Fachärztee pool besteht.

Unter Rufbereitschaft eines Facharztes ist im § 15 jedenfalls die Rufbereitschaft eines Facharztes des betroffenen Sonderfaches zu verstehen.

Zu Art. I Z. 6 (§ 15 Abs. 1 Z. 4a und 4b):

Die Bestimmung in § 15 Abs. 1 Z. 4a legt zusätzliche Voraussetzungen für den Nacht-Wochenend- und Feiertagsdienst in dislozierten Abteilungen in Standardkrankenanstalten fest.

Für Krankenanstalten, die sich in unmittelbarer räumlicher Nähe befinden, soll in Zukunft die Möglichkeit bestehen, einen gemeinsamen ärztlichen Dienst einzurichten (z.B. A.ö. Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz, Sailerstätte 4, und A.ö. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz, Sailerstätte 2, AKH-Linz und Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz). Unter Berücksichtigung der spezifischen Gegebenheiten (räumliche Nähe, Größe und Überschaubarkeit der Abteilungen und Organisationseinheiten, durch Verträge entsprechend abgesicherte Dienstzuteilungen) muss eine ausreichende, fachspezifische Patientenversorgung gewährleistet sein. Zum Gutachten des Landessanitätsrates gelten die Erläuterungen wie bei Z. 5.

Durch die damit eröffnete Möglichkeit eines zielgerichteten Personaleinsatzes, bei dem das Patientenwohl uneingeschränkt im Vordergrund steht, soll versucht werden, die Rechtsträger der Krankenanstalten bei ihren Bestrebungen zur Kostenreduktion zu unterstützen.

Zu Art. I. Z. 7 (§ 15 Abs. 1 Z. 5):

Die Bestimmung berücksichtigt den Umstand, dass nach dem MTD-Gesetz die gehobenen medizinisch-technischen Dienste eigenverantwortlich ausgeübt werden. Deshalb wurde bei Krankenanstalten in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums für physikalische Therapie von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit abgesehen.

Da zu den gehobenen medizinisch-technischen Diensten gemäß dem MTD-Gesetz auch der ergotherapeutische Dienst und der logopädisch-phoniatrisch-audiologische Dienst gehören, soll diese Bestimmung auf selbständige Ambulatorien für Ergotherapie und Logopädie erweitert werden.

Weiters erfolgt eine Anpassung dieser Bestimmung an das Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz, welches nun auch den Heilmasseuren die eigenverantwortliche Tätigkeit in bestimmtem Umfang erlaubt.

Eine regelmäßige tägliche Anwesenheit des ärztlichen Dienstes von mindestens 60 % der täglichen Betriebszeit der Krankenanstalt wird im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Rechtslage im Bereich der nichtärztlichen Gesundheitsberufe nicht mehr als unabdingbare Voraussetzung für den Betrieb eines Ambulatoriums erachtet. Sie ist im Bundesgrundgesetz auch nicht gefordert und soll daher entfallen.

Zwingende berufsrechtliche Vorgaben, die für Angehörige bestimmter Berufe die Berufsausübung nur unter Anleitung und Aufsicht vorsehen, sind jedenfalls im Rahmen der organisatorischen Gegebenheiten einzuhalten.

Zu Art. I Z. 8 (§ 15 Abs. 4):

Die Änderung dient der Anpassung an die Bestimmung des § 146c ABGB

über die Einwilligung von Kindern in medizinische Behandlungen.

Zu Art. I Z. 9 (§ 17a):

Die Möglichkeit von Naturkatastrophen und der für eine Industriegesellschaft typischen Großschadensereignisse im Bereich Verkehr und Arbeitswelt hat dazu geführt, dass neben der individualmedizinischen Versorgung auch die Vorbereitungen auf Katastrophensituationen zu den Aufgaben der Krankenanstalten gehören. Mit dem Erstellen von Spitalskatastrophenplänen sollen die notwendigen Schutzvorkehrungen sowohl für interne Krisensituationen, wie Brand oder Seuchengefahr (beispielsweise durch SARS, Ebola u. dgl.), als auch für einen Massenansturm von Patienten infolge größerer Schadensereignisse getroffen werden, die der Bevölkerung ein größtmögliches Maß an Sicherheit und Überlebenschancen gewährleisten.

Für die Vorkehrungen im Zusammenhang mit Bränden sind auch die Bestimmungen der Oö. Feuerpolizeiordnung zu beachten. Sollten z.B. die Brandschutzordnungen keine Maßnahmen zur Sicherstellung wichtiger Daten enthalten, müssen nunmehr entsprechende Vorkehrungen getroffen werden.

Zwar sind bereits derzeit Spitalskatastrophenpläne der Krankenanstalten vorhanden. Da diese Pläne in Inhalt, Umfang und Aktualität aber sehr unterschiedlich sind, wird es aus fachlicher Sicht für dringend notwendig erachtet, die Verpflichtung der Rechtsträger der Krankenanstalten zur Erstellung von Spitalskatastrophenplänen in das Oö. KAG 1997 aufzunehmen. Gleichzeitig soll der wesentliche Inhalt dieser Pläne festgelegt und den Rechträgern der Krankenanstalten die regelmäßige Überprüfung und Adaptierung der Pläne vorgeschrieben werden. Da die Spitalskatastrophenpläne die Grundlage für ein rasches und effizientes Handeln im Katastrophenfall bilden, sind sie den Entwicklungen in der Krankenanstalt in Bezug auf die personelle, apparative und räumliche Situation laufend anzupassen, zu ergänzen oder nötigenfalls neu zu fassen.

Als eine Vorbereitungsmaßnahme für den Katastrophenfall sollen die Krankenanstalten geeignete Gebäude in der Nachbarschaft oder näheren Umgebung, wie beispielsweise Heime, Schulen, Internate oder Hotels, bezeichnen, die als Notkrankenanstalten (§ 41) genutzt werden könnten. Die Auswahl und Beschlagnahmung der Liegenschaft erfolgt im Katastrophenfall durch die Landesregierung gemäß § 41. Die Notkrankenanstalt bildet mit der Krankenanstalt eine organisatorische Einheit.

Um eine Abstimmung mit bestehenden Katastrophenplänen zu erreichen, muss die Standortgemeinde und die Bezirkshauptmannschaft bei Erstellung oder wesentlichen Änderungen von Spitalskatastrophenplänen gehört werden. Bei den Änderungen wurde auf die Wesentlichkeit abgestellt, um z.B. kleinere innerorganisatorische Änderungen schneller durchführen zu können. Im Zweifel ist jedoch die Gemeinde und die Bezirkshauptmannschaft einzubinden.

Zu Art. I Z. 10, 11, 13 und 14 (§ 18 Abs. 1, 2, 4 und 6):

Die Richtlinie 2001/20/EG des Europäischen Parlaments und des Rates zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten über die Anwendung der guten klinischen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln wurde durch die Implementierung der entsprechenden Vorschriften der Richtlinie ins Arzneimittelgesetz mit dem Bundesgesetz BGBl. I Nr. 35/2004 umgesetzt. Gleichzeitig wurden im § 8c Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) die erforderlichen Anpassungen (Ethikkommissionen) vorgenommen.

Die Änderungen in dieser Bestimmung erfolgen in Ausführung der Grundsatzbestimmung des § 8c KAKuG.

Die im § 18 Abs. 2 festgelegten Kriterien beziehen sich nunmehr ausschließlich auf die Beurteilung neuer medizinischer Methoden in der Krankenanstalt. Die klinischen Prüfungen von Arzneimitteln sind im Arzneimittelgesetz, die klinischen Prüfungen von Medizinprodukten im Medizinproduktegesetz geregelt. Die Zusammensetzung der Ethikkommission für diese Prüfungen in der Krankenanstalt wird jedoch im KAKuG bzw. im Oö. KAG 1997 geregelt. Dementsprechend kann auch für alle Prüfungen in der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag verlangt werden.

Der Begriff "Versuchsperson" wird durch den in der Richtlinie 2001/20/EG verwendeten Begriff "Prüfungsteilnehmer" ersetzt. Der "Sponsor" ist im Sinn des § 2a Abs. 16 Arzneimittelgesetz jene Person, die die Verantwortung für die Planung, die Einleitung, die Betreuung und die Finanzierung einer klinischen Prüfung übernimmt. An dieser Stelle wird auf den allgemeinen Teil der Erläuterungen zu § 41 Abs. 3 Arzneimittelgesetz und § 8c KAKuG (RV 384, XXII GP) verwiesen, wonach für die von der Ethikkommission vorzunehmende Beurteilung vom Sponsor ein kostendeckender Beitrag eingehoben werden kann. Allfällige Zusatzkosten können daher jedenfalls kompensiert werden.

Es ist festzuhalten, dass kein Träger verpflichtet ist, hinsichtlich der bei ihm eingerichteten Ethikkommission die Qualifikation einer Ethikkommission im Rahmen einer multizentrischen klinischen Prüfung anzustreben. Es liegt im Ermessen des Rechtsträgers der Krankenanstalt, ob er die zusätzlichen Anforderungen (die gemäß § 41b Arzneimittelgesetz durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit und Frauen festgelegt werden) in Kauf nehmen will.

Nach den von der Kommission erstellten Leitlinien, die nach der Richtlinie einzuhalten sind, werden die Unterlagen, die die Ethikkommissionen in Zukunft erhalten werden, wesentlich umfangreicher sein als derzeit. Dementsprechend ist es auch erforderlich, dass fachkundige Personen der Ethikkommission angehören, die diese Daten beurteilen. In die Ethikkommission ist daher auch eine Person, die über biometrische Expertise verfügt, einzubeziehen. Der Vertreter gemäß Abs. 4 Z. 9 hat einer repräsentativen Behindertenorganisation anzugehören. Darunter fallen laut den Erläuterungen zum Grundsatzgesetz insbesondere jene Organisationen, auf welche die Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 Z. 6 des Bundesbehindertengesetzes zutreffen.

Zu Art. I Z. 12 (§ 18 Abs. 4 Z. 2):

Diese Änderung nimmt auf die durch das Ärztegesetz 1998 erfolgte Schaffung des Berufs "Zahnarzt" Bedacht und trägt dem Umstand Rechnung, dass es sich bei "Zahnärztin" bzw. "Zahnarzt" um eine eigene Berufsgruppe handelt, die nicht unter den Begriff "Arzt" oder "Facharzt" subsumiert werden kann.

Zu Art. I Z. 15 (§ 18a):

Diese Bestimmung erfolgt in Ausführung der Grundsatzbestimmung des § 8e KAKuG.

Gewalt gegen Kinder, speziell Kindesmisshandlungen und sexueller Missbrauch als komplexes Geschehen, erfordert interdisziplinäre Zusammenarbeit und koordiniertes Vorgehen. Diesen Anforderungen sollen die Kinderschutzgruppen in Kinderkliniken und in Krankenanstalten mit eigenen Abteilungen oder Konsiliarstationen für Kinder- und Jugendheilkunde gerecht werden, indem Vertreterinnen und Vertreter verschiedener medizinischer Berufe in Teams zusammenarbeiten. Die

Aufgabe der Kinderschutzgruppen ist die Früherkennung von Gewalt an Kindern oder der Vernachlässigung von Kindern.

An dieser Stelle wird auf die verschiedenen gesetzlichen Meldepflichten von wahrgenommenen Kindeswohlgefährdungen an den Jugendwohlfahrtsträger (JWT) für Ärzte, Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und sonstige Angehörige medizinischer Gesundheitsberufe (z.B. § 54 Abs. 6 Ärztegesetz, § 8 Abs. 2 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz und § 37 Abs. 2 JWG) hingewiesen. Die Entscheidung über die zu treffenden Maßnahmen bei Verletzungen des Kindeswohls obliegt dem JWT. Die Kinderschutzgruppe wird unterstützend tätig, um die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen für die in den Spitälern in Betracht kommenden Berufsgruppen für die Gewalt an Kindern zu sensibilisieren. Es werden somit dem JWT die notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt, damit dieser seine gesetzlichen Aufgaben erfüllen kann.

Zusätzlicher Personalbedarf in den Krankenanstalten ist durch die Einrichtung von Kinderschutzgruppen nicht gegeben, weil die am Behandlungsprozess Beteiligten bereits derzeit schon interdisziplinär nach dem Stand der Wissenschaft zur bestmöglichen Betreuung der betroffenen Kinder zusammenarbeiten.

Zu Art. I Z. 16 (§ 41):

Es erfolgt eine Anpassung an die mit Bundesgesetz BGBl. I Nr. 112/2003 erfolgte Umbenennung des Eisenbahnteilungsgesetzes.

Zu Art. I Z. 17 (§ 48 Abs. 2):

Die Krankenanstalten beeinflussen zu einem wesentlichen Teil die Verschreibungen von Arzneimitteln im niedergelassenen Bereich, da die Patienten jene Medikamente, die sie in der Krankenanstalt erhalten haben, auch von den niedergelassenen Ärzten verordnet haben wollen.

Aus diesem Grund sollen die Krankenanstalten verpflichtet werden, bei der Empfehlung hinsichtlich der weiteren Medikation im Arztbrief den vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibeweise zu berücksichtigen. Diese Verpflichtung soll auch für die privaten Krankenanstalten gelten, wenn der Patient die Heilmittel auf Kosten eines Trägers der Krankenversicherung beziehen wird.

Die Verpflichtung, die Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes einzuholen, wurde mit der Novelle zum KAKuG BGBl. I Nr. 179/2004 festgelegt.

Zu Art. I Z. 18 (§ 64 Abs. 2):

Es handelt sich um die Bereinigung eines Redaktionsversehens.

Der Verweis auf den § 28 KAKuG ist entsprechend zu korrigieren, weil alle seit 1. Jänner 1997 geltenden Fassungen des § 28 KAKuG keinerlei Hinweis mehr auf einen Hundertsatz enthalten, der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu errechnen ist.

Zu Art. I Z. 19 (§ 70 Abs. 1 Z. 4):

Rechtsträger der Landeskrankenanstalten ist seit 1. Jänner 2002 die Oö. Gesundheits- und Spitals-AG.

Zu Art. I Z. 20 (§ 86e Abs. 1):

Die Entschädigungskommission hat in den letzten Jahren bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben für den Fonds die Erfahrung gemacht, dass bei dem gegebenen Anfall von Entschädigungsfällen auf Grund der

bestehenden Gesetzeslage ein beträchtlicher Teil der im Oö. Patientenentschädigungsfonds befindlichen Mittel nicht ausbezahlt werden kann.

Eine Senkung des Beitrages gemäß § 52 Abs. 4 Oö. KAG in der Höhe von 0,73 Euro pro Pflgetag ist auf Grund des Grundsatzgesetzes (§ 27a Abs. 5 KAKuG) nicht zulässig. Daher soll die Höchstgrenze des im § 86e Abs. 1 festgesetzten Geldbetrages angehoben werden.

Zu Art. I Z. 21 (§ 88 Abs. 1 Z. 2):

Die Verpflichtung zur Berücksichtigung des Erstattungskodex und der Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise bei der im Arztbrief abzugebenden Empfehlung hinsichtlich der weiteren Medikation einschließlich des Einholens der chef- und kontrollärztlichen Bewilligung (§ 48 Abs. 2) soll auch für private Krankenanstalten gelten, wenn der Patient die Arzneimittel auf Kosten eines Trägers der Krankenversicherung beziehen wird.

Zu Art. I Z. 22 (§ 96 Abs. 2 Z. 10):

Durch die Verordnung über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten, LGBl. Nr. 77/2000, werden alle öffentlichen Krankenanstalten, aber auch die Sanatorien und die privaten Krankenanstalten mit Akutversorgung (Unfallkrankenhaus Linz der AUVA) zur Datenerfassung im Rahmen des Quality-Indicator-Project (QIP) verpflichtet.

Da zurzeit keine Sanktionsmöglichkeit besteht, wenn Krankenanstalten ihrer Verpflichtung gemäß dieser Verordnung nicht nachkommen, soll nun ein entsprechender Straftatbestand eingefügt werden.

Zu Art. I Z. 23 (§ 102a):

Es erfolgt eine Anpassung der Verweise auf das Bundesrecht an den aktuellen Stand. Lediglich das KAKuG wurde nicht in der aktuellsten Form zitiert, weil hier noch Anpassungen im Oö. KAG 1997 erfolgen werden.

Zu Art. I Z. 24 (§ 103 Abs. 6):

Die Bestimmungen über die Abgangsdeckung bei Fondskrankenanstalten durch das Land und die Gemeinden sind mit 31. Dezember 2005 befristet. Das bisherige System der Abgangsdeckung soll zunächst um ein weiteres Jahr verlängert werden, um die finanziellen Auswirkungen der Reformmaßnahmen im Gesundheitsbereich berücksichtigen zu können.

Der Sozialausschuss beantragt,

- 1. der Ausschussbericht betreffend die 3. Oö. KAG-Novelle 2005 möge in die Tagesordnung der Landtagssitzung am 7. Juli 2005 aufgenommen werden,**
- 2. der Oberösterreichische Landtag möge das Landesgesetz, mit dem das Oö. Krankenanstaltengesetz 1997 geändert wird (3. Oö. KAG-Novelle 2005) beschließen.**

Linz, am 7. Juli 2005

Schreiberhuber 9;
Obfrau

Affenzeller
Berichterstatter

Landesgesetz,

mit dem das Oö. Krankenanstaltengesetz 1997 geändert wird (3. Oö. KAG-Novelle 2005)

Der Oö. Landtag hat beschlossen:

Artikel I

Das Oö. Krankenanstaltengesetz 1997, LGBl. Nr. 132, zuletzt geändert durch das Landesgesetz LGBl. Nr. **/2005, wird wie folgt geändert:

1. Im § 5 Abs. 2 erster Satz wird nach der Wortfolge "eines selbständigen Ambulatoriums auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch" die Wortfolge "Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und" eingefügt.

2. Im § 6 Abs. 2 Z. 2a entfällt die Wortfolge "für Departments, Fachschwerpunkte und Tageskliniken".

3. Im § 6 Abs. 2 Z. 5 wird die Wortfolge "des Krankenpflegefachdienstes" durch die Wortfolge "des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege" ersetzt.

4. § 10 Abs. 6 lautet:

"(6) Die Anstaltsordnung von bettenführenden Krankenanstalten hat Bestimmungen über die kollegiale Führung der Krankenanstalt durch den ärztlichen Leiter, den Verwalter und den Leiter des Pflegedienstes zu enthalten, insbesondere über die Pflicht dieser Führungskräfte zur gegenseitigen Information, Anhörung und gemeinsamen Beratung sowie zur Erfüllung ihrer Aufgaben hinsichtlich der Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 27 Abs. 2. Die diesen Führungskräften nach § 14 Abs. 3, § 22 Abs. 1 und § 29 Abs. 1 jeweils zukommenden Aufgaben dürfen dadurch nicht beeinträchtigt werden."

5. § 15 Abs. 1 Z. 3 lautet:

"3. In Schwerpunktkrankenanstalten muss jedenfalls in Abteilungen und Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie (bei Vorhandensein einer neurologischen Intensivbehandlungseinheit), Psychiatrie (bei Führung eines geschlossenen Bereichs) und Unfallchirurgie ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in der Anstalt dauernd anwesend sein. In den Abteilungen und Organisationseinheiten der genannten Sonderfächer kann im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer dauernden Facharztanwesenheit abgesehen werden, wenn zumindest ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in einer Abteilung oder Organisationseinheit anwesend ist, eine Rufbereitschaft eines Facharztes an den anderen Abteilungen und Organisationseinheiten des selben Sonderfaches eingerichtet ist und eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende fachspezifische Patientenbetreuung in der jeweiligen Abteilung und Organisationseinheit des betreffenden Sonderfaches gewährleistet ist. Zur Beurteilung dieser Frage hat der Träger der Krankenanstalt ein Gutachten des Landessanitätsrates einzuholen. In dem Gutachten ist auf die spezifischen Gegebenheiten, insbesondere die Größe, die Überschaubarkeit und die räumliche Situation der Abteilung und Organisationseinheit einzugehen. In den jeweils nicht mit einem Facharzt besetzten Abteilungen und Organisationseinheiten der genannten Sonderfächer hat während dieser Zeiten zumindest ein in Ausbildung zum Facharzt des betreffenden Sonderfaches stehender Arzt, der bereits über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt, in der Abteilung oder Organisationseinheit anwesend zu sein. Die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten sind von dem für die Ausbildung verantwortlichen Facharzt zu bestätigen. In den übrigen Abteilungen und Organisationseinheiten kann im Nacht- sowie vorübergehend im

Wochenend- und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn stattdessen eine Rufbereitschaft eines Facharztes eingerichtet ist; in der übrigen Zeit müssen Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer dauernd anwesend sein."

6. Im § 15 Abs. 1 erhält die Z. 4a die Bezeichnung "4c"; es werden folgende Z. 4a und Z. 4b eingefügt:

"4a. Betreibt eine Standardkrankenanstalt Abteilungen an einem anderen Standort, muss zusätzlich zu den in Z. 4 zweiter, dritter und vierter Satz genannten Voraussetzungen eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende fachspezifische Patientenversorgung gewährleistet sein. Zur Beurteilung dieser Frage hat der Träger der Krankenanstalt ein Gutachten des Landessanitätsrates einzuholen. In dem Gutachten ist auf die spezifischen Gegebenheiten, insbesondere die Größe, die Überschaubarkeit und die räumliche Situation der Abteilung und Organisationseinheit einzugehen.

4b. Befindet sich eine Schwerpunkt- oder Standardkrankenanstalt in unmittelbarer räumlicher Nähe einer anderen Krankenanstalt, kann bei der Einrichtung des ärztlichen Dienstes in den Abteilungen und Organisationseinheiten dieser Krankenanstalten im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer dauernden Facharztanwesenheit in den in Z. 3 oder 4 genannten Sonderfächern abgesehen werden, wenn zumindest ein Facharzt des jeweiligen Sonderfaches in einer Abteilung oder Organisationseinheit einer der beiden Anstalten anwesend ist, eine Rufbereitschaft eines Facharztes in den anderen Abteilungen und Organisationseinheiten desselben Sonderfaches eingerichtet ist, die Tätigkeit der in Betracht kommenden Fachärzte in der jeweils anderen Krankenanstalt durch Kooperationsverträge sichergestellt ist und eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende fachspezifische Patientenversorgung in den jeweils nicht mit einem Facharzt besetzten Abteilungen und Organisationseinheiten gewährleistet ist. Zur Beurteilung dieser Frage haben die Träger der Krankenanstalten ein Gutachten des Landessanitätsrates einzuholen. In dem Gutachten ist auf die spezifischen Gegebenheiten, insbesondere die räumliche Nähe der Krankenanstalten und die Größe und Überschaubarkeit der betreffenden Abteilungen und Organisationseinheiten einzugehen. In den jeweils nicht mit einem Facharzt besetzten Abteilungen und Organisationseinheiten der in Z. 3 oder 4 genannten Sonderfächer hat während dieser Zeiten zumindest ein in Ausbildung zum Facharzt des betreffenden Sonderfaches stehender Arzt, der bereits über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt, in der Abteilung oder Organisationseinheit anwesend zu sein. Die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten sind von dem für die Ausbildung verantwortlichen Facharzt zu bestätigen."

7. § 15 Abs. 1 Z. 5 lautet:

"5. In Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien für physikalische Therapie, Logopädie und Ergotherapie, in denen keine Turnusärzte ausgebildet werden, kann anstelle einer dauernden ärztlichen Anwesenheit der ärztliche Dienst so organisiert sein, dass ärztliche Hilfe jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige tägliche Anwesenheiten die erforderlichen ärztlichen Anordnungen für das Personal nach dem Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) und für Heilmasseure nach dem Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz (MMHmG) sowie, neben ärztlichen Anordnungen, auch die erforderliche Aufsicht über medizinische Masseure nach dem MMHmG und über das Personal nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) und nach dem Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der

Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G) gewährleistet ist."

8. § 15 Abs. 4 lautet:

"(4) Besondere Heilbehandlungen einschließlich operativer Eingriffe dürfen an einem Patienten nur mit dessen Zustimmung durchgeführt werden. Fehlt dem Patienten in diesen Angelegenheiten die eigene Handlungsfähigkeit, so ist die Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters erforderlich. Die Zustimmung ist nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, dass der mit der Einholung der Zustimmung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters oder mit der Bestellung eines gesetzlichen Vertreters verbundene Aufschub das Leben des Patienten gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung seiner Gesundheit verbunden wäre. Über die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Behandlung entscheidet der für die Leitung der betreffenden Abteilung verantwortliche Arzt oder der ärztliche Leiter der Krankenanstalt."

9. Nach § 17 wird folgender § 17a eingefügt:

"§17a

Spitalskatastrophenpläne

(1) Die Rechtsträger von bettenführenden Krankenanstalten haben unter Berücksichtigung insbesondere der Größe, der fachlichen Ausrichtung und der infrastrukturellen Situation, Spitalskatastrophenpläne zu erstellen, in denen Maßnahmen für die Bewältigung von besonderen, im Hinblick auf Art und Ausmaß nicht alltäglichen Gefahrenlagen in der Krankenanstalt (z.B. Brand, Seuchengefahr durch hochinfektiöse Erkrankungen) vorzusehen sind.

(2) Die Pläne gemäß Abs. 1 haben insbesondere festzulegen:

1. die Rettungsmaßnahmen für Patienten aus dem unmittelbaren Gefahrenbereich,
2. die Sicherstellung wichtiger Daten, insbesondere Krankengeschichten,
3. die Orte von Sammelplätzen,
4. die im Einsatzfall verantwortlichen Personen und
5. die Reihenfolge der im Einsatzfall zu alarmierenden Personen und Stellen.

(3) Die Rechtsträger der allgemeinen Krankenanstalten und der Sonderkrankenanstalten mit Akutaufnahme haben unter Berücksichtigung insbesondere der Größe, der fachlichen Ausrichtung und der infrastrukturellen Situation, in den Spitalskatastrophenplänen auch strukturelle und organisatorische Maßnahmen vorzusehen, die bei einem Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten infolge eines Großschadensereignisses (z.B. Unglücksfälle oder Elementarereignisse außergewöhnlichen Umfangs, Seuchen, Massenvergiftungen, radioaktive Verstrahlungen) die medizinische Versorgung einer Vielzahl von Patienten in kurzer Zeit ermöglichen.

(4) Die Pläne gemäß Abs. 3 haben insbesondere festzulegen

1. wie viele Betten zusätzlich zu den systemisierten Betten bei Bedarf aufgestellt werden können,
2. welche Liegenschaften im Fall eines Notstands als Notkrankenanstalt im Sinn des § 41 geeignet erscheinen,
3. welche Maßnahmen für die Registrierung von Patienten zu treffen sind und
4. die im Einsatzfall verantwortlichen Personen.

(5) Der Rechtsträger hat für eine entsprechende Unterweisung von Personen, die sich ständig im Gebäude aufhalten, Sorge zu tragen. Die Spitalskatastrophenpläne sind spätestens alle fünf Jahre auf ihre Aktualität zu überprüfen, bei Bedarf anzupassen oder neu zu erlassen. Bei der Erstellung oder außenwirksamen Änderung eines Spitalskatastrophenplans sind die Standortgemeinde und die Bezirkshauptmannschaft zu hören. Die Spitalskatastrophenpläne und jede wesentliche Änderung sind der Standortgemeinde, der Bezirkshauptmannschaft und der Landesregierung zu übermitteln.

(6) Die Landesregierung kann durch Verordnung weitere Grundsätze über Inhalt und Form der Spitalskatastrophenpläne festlegen."

10. Im § 18 Abs. 1 werden folgende neue Sätze angefügt:

"Der Rechtsträger der Krankenanstalt ist verpflichtet, durch Bereitstellung der erforderlichen Personal- und Sachausstattung der Ethikkommission zu ermöglichen, ihre Tätigkeit fristgerecht durchzuführen. Der Rechtsträger der Krankenanstalt ist berechtigt, vom Sponsor einen Kostenbeitrag entsprechend der erfahrungsgemäß im Durchschnitt erwachsenden Kosten einer Beurteilung im Rahmen einer klinischen Prüfung zu verlangen."

11. § 18 Abs. 2 lautet:

"(2) Die Beurteilung neuer medizinischer Methoden hat sich insbesondere zu beziehen auf

1. mitwirkende Personen und vorhandene Einrichtungen (personelle und strukturelle Rahmenbedingungen),
2. den Prüfplan im Hinblick auf die Zielsetzung und die wissenschaftliche Aussagekraft sowie die Beurteilung des Kosten-Nutzen/Risiko-Verhältnisses,
3. die Art und Weise, in der die Auswahl der Prüfungsteilnehmer durchgeführt wird und in der Aufklärung und Zustimmung zur Teilnahme erfolgen,
4. die Vorkehrungen, die für den Eintritt eines Schadensfalls im Zusammenhang mit der Anwendung einer neuen medizinischen Methode getroffen werden."

12. § 18 Abs. 4 Z. 2 lautet:

"2. einem Facharzt, in dessen Sonderfach die jeweilige klinische Prüfung oder neue medizinische Methode fällt, oder gegebenenfalls einem Zahnarzt, und der nicht Prüfer ist;"

13. § 18 Abs. 4 Z. 8, 9 und 10 lauten:

- "8. einer Person, die über biometrische Expertise verfügt;
9. einem Vertreter oder einer Vertreterin einer repräsentativen Behindertenorganisation;
10. einer weiteren, nicht unter die Z. 1 bis 9 fallenden Person, die mit der Wahrnehmung seelsorgerischer Angelegenheiten in der Krankenanstalt betraut ist oder sonst über die entsprechende ethische Kompetenz verfügt."

14. § 18 Abs. 6 zweiter und dritter Satz lauten:

"Wird die Ethikkommission im Rahmen einer multizentrischen klinischen Prüfung eines Arzneimittels befasst, so haben ihr weiters ein Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie anzugehören. Erforderlichenfalls sind weitere Experten beizuziehen."

15. Nach § 18 wird folgender § 18a eingefügt:

Kinderschutzgruppen

(1) Die Rechtsträger der Sonderkrankenanstalten für Kinder- und Jugendheilkunde und der allgemeinen Krankenanstalten, die über eine Abteilung oder sonstige Organisationseinheit für Kinder- und Jugendheilkunde verfügen, sind verpflichtet, Kinderschutzgruppen einzurichten. Für Krankenanstalten mit Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten für Kinder- und Jugendheilkunde mit nicht mehr als 25 Betten können Kinderschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden. Der Kinderschutzgruppe obliegt insbesondere die Früherkennung von Gewalt an oder Vernachlässigung von Kindern und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für Gewalt an Kindern.

(2) Der Kinderschutzgruppe haben jedenfalls anzugehören:

1. als Vertreter des ärztlichen Dienstes ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder ein Facharzt für Kinderchirurgie;
2. als Vertreter des Pflegedienstes eine diplomierte Kinderkrankenschwester oder ein diplomierter Kinderkrankenpfleger;
3. Personen, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig sind.

(3) Die Kinderschutzgruppe kann, gegebenenfalls auch im Einzelfall, beschließen, einen Vertreter des zuständigen Jugendwohlfahrtsträgers beizuziehen. Die Tätigkeit der Kinderschutzgruppe ist schriftlich zu dokumentieren."

16. Im § 41 Abs. 4 wird der Verweis "Eisenbahnteilungsgesetzes 1954" durch den Verweis "Eisenbahn-Enteignungsentschädigungsgesetzes" ersetzt.

17. Im § 48 Abs. 2 werden nach dem ersten Satz folgende zwei Sätze eingefügt:

"Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Medikation haben, wenn medizinisch vertretbar, den vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise zu berücksichtigen. Erforderlichenfalls ist eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einzuholen."

18. Im § 64 Abs. 2 zweiter Satz wird am Ende der Punkt durch einen Beistrich ersetzt und

folgender Text eingefügt:

"BGBl. Nr. 1/1957 in der am 31. Dezember 1996 geltenden Fassung."

19. § 70 Abs. 1 Z. 4 lautet:

"4. ein Mitglied auf Vorschlag der Oberösterreichischen Gesundheits- und Spitals-AG als Rechtsträger der Landeskrankenanstalten;"

20. § 86e Abs. 1 lautet:

"(1) Die Entschädigung besteht in der Zuwendung eines Geldbetrags bis zu 70.000 Euro. Bei der Bemessung der Entschädigung ist auf die Art und das Ausmaß des entstandenen Schadens und auf die finanziellen Mittel des Fonds Bedacht zu nehmen."

21. Im § 88 Abs. 1 Z. 2 wird anstelle "§ 48 Abs. 2 und 4," folgende

Wortfolge eingefügt:

"§ 48 Abs. 2 mit der Maßgabe, dass der Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise bei Empfehlungen über die weitere Medikation nur dann zu berücksichtigen sind, wenn der Patient die Heilmittel auf Kosten eines Trägers der Krankenversicherung beziehen wird, § 48 Abs. 4,"

22. Im § 96 Abs. 2 wird nach der Z. 9 folgende Z. 10 eingefügt:

"10. die in der Verordnung über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten, LGBl. Nr. 77/2000, vorgeschriebene Verpflichtung nicht erfüllt,"

23. § 102a lautet:

"§ 102a

Verweisungen

Soweit in diesem Landesgesetz auf Bundesgesetze verwiesen wird, sind diese, wenn nicht eine bestimmte Fassung angeführt ist, in folgender Fassung anzuwenden:

- Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 179/2004;
- ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, BGBl. Nr. 450/1994, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 159/2001;
- Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 179/2004;
- Arzneimittelgesetz, BGBl. Nr. 158/1983, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 168/2004;
- Asylgesetz 1997, BGBl. I Nr. 76, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 101/2003;
- Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG), BGBl. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 179/2004;
- Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 179/2004;
- Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 35/2004;
- Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. Nr. 460/1992, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 7/2004;
- Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G), BGBl. Nr. 102/1961, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 6/2004;
- Datenschutzgesetz 2000, BGBl. I Nr. 165/1999, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 13/2005;
- Eisenbahn-Enteignungsentschädigungsgesetz, BGBl. Nr. 71/1954, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 112/2003;
- Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 6/2004;
- Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz (GSVG), BGBl. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 179/2004;

- Heeresversorgungsgesetz, BGBl. Nr. 27/1964, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 156/2004;

- Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz (MMHmG), BGBl. I Nr. 169/2002, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 66/2003;

- Strahlenschutzgesetz, BGBl. Nr. 227/1969, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 137/2004;

- Straßenverkehrsordnung 1960, BGBl. Nr. 159, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 151/2004;

- Unterbringungsgesetz, BGBl. Nr. 155/1990, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 12/1997."

24. § 103 Abs. 6 lautet:

"(6) Die §§ 75 bis 77 treten mit Ablauf des 31. Dezember 2006 außer Kraft."

Artikel II

(1) Dieses Landesgesetz tritt, soweit im Folgenden nicht anderes bestimmt ist, mit Ablauf des Tages seiner Kundmachung im Landesgesetzblatt für Oberösterreich in Kraft.

(2) Im Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieses Landesgesetzes anhängige Verfahren vor Ethikkommissionen sind nach der bis dahin geltenden Rechtslage fortzuführen.

(3) Artikel I Z. 24 tritt mit 1. Jänner 2006 in Kraft.