

Bericht

des Sozialausschusses betreffend das Landesgesetz, mit dem das Oö. Krankenanstaltengesetz 1997 geändert wird (Oö. KAG-Novelle 2012)

[Landtagsdirektion: L-235/7-XXVII,
miterledigt [Beilage 640/2012](#)]

A. Allgemeiner Teil

I. Anlass und Inhalt des Gesetzentwurfs

Der Bund hat das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) durch zwei Novellen geändert (BGBl. I Nr. 69/2011 und BGBl. I Nr. 147/2011). Dabei wurde neben Einzelbereichen - wie Wartelistenregime oder Gewaltschutzgruppen - der umfassende Bereich der effizienzfördernden Flexibilisierungsmöglichkeiten in Spitälern geregelt. Diese Bestimmungen sind im Landes-Ausführungsgesetz umzusetzen.

Als wesentliche Punkte dieses Gesetzentwurfs sind anzuführen:

- Verankerung der abgestuften Versorgung durch Akutkrankenanstalten und Definition von Leistungsbündeln, die den jeweiligen Versorgungsstufen zugeordnet sind;
- Regelungen über prozessorientierte Organisations- und Betriebsformen;
- Einführung eines transparenten Wartelistenregimes in den öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten;
- Etablierung einer Opferschutzgruppe für volljährige Betroffene häuslicher Gewalt;
- Aufnahme eines Vertreters der Senioren in die Ethikkommission.

II. Kompetenzgrundlagen

In der Angelegenheit der Heil- und Pflegeanstalten kommt dem Bund die Zuständigkeit der Grundsatzgesetzgebung und den Ländern die Zuständigkeit zur Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung zu (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG).

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

III. Finanzielle Auswirkungen auf die Gebietskörperschaften

Durch die Bestimmungen dieses Landesgesetzes sind für das Land und die Gemeinden Kosteneinsparungen zu erwarten, weil insbesondere die Regelungen über die prozessorientierten Organisationsformen eine wesentliche Grundlage für die Realisierung der Maßnahmen der Spitalsreform und der daraus resultierenden Kostendämpfungspotentiale darstellen. Durch die Umsetzung des Grundsatzgesetzes in Art. I Z 15 (zusätzliche Aufnahme des Fachs Neurochirurgie) entstehen in Oberösterreich keine Mehrkosten, weil diese Bestimmung in der Praxis nur die Oö. Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg trifft, die dies bereits umgesetzt hat.

IV. Finanzielle Auswirkungen auf Bürgerinnen und Bürger und auf Unternehmen

Im Hinblick auf Bürgerinnen und Bürger werden keine Kosten verursacht.

V. Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union

Diesem Landesgesetz stehen - soweit ersichtlich - keine zwingenden EU-Rechtsvorschriften (unionsrechtliche Vorschriften) entgegen.

VI. Auswirkungen auf die verschiedenen Gruppen der Gesellschaft, insbesondere auf Frauen und Männer

Die in diesem Landesgesetz enthaltenen Regelungen haben - soweit ersichtlich - weder direkt noch indirekt unterschiedliche Auswirkungen auf die verschiedenen Gruppen der Gesellschaft, insbesondere auf Frauen und Männer.

VII. Auswirkungen in umweltpolitischer Hinsicht, insbesondere Klimaverträglichkeit

Die in diesem Landesgesetz enthaltenen Regelungen weisen keinerlei umweltpolitische Relevanz auf.

VIII. Besonderheiten des Gesetzgebungsverfahrens

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

B. Besonderer Teil

Zu Art. I Z 4, 5 und 7 (§ 3 Abs. 1 Z 1 und 2, § 3 Abs. 6 bis 9):

Im § 3 Abs. 6 und 7 sollen einerseits als neue Versorgungsform die Standardkrankenanstalten der Basisversorgung vorgesehen und andererseits die sogenannten reduzierten Organisationsformen (Departments, Fachschwerpunkte usw.) neu strukturiert und umfassend geregelt werden.

Die Standardkrankenanstalt der Basisversorgung ist eine bundesgesetzlich vorgesehene Möglichkeit, die jedoch im Maßnahmenpaket der Spitalsreform II nicht vorgesehen ist. Die nachstehenden Erläuterungen wurden inhaltlich unverändert den Erläuterungen zum Grundsatzgesetz zu dieser Krankenanstaltenform entnommen.

Standardkrankenanstalten der Basisversorgung

Als solche sollen ausschließlich bisherige Standardkrankenanstalten (§ 3 Abs. 1 Z 1) geführt werden können, wenn sie über einen natürlichen Einzugsbereich von unter 50.000 Einwohnern verfügen oder wenn eine rasche Erreichbarkeit einer Standardkrankenanstalt gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 oder einer höherrangigen Krankenanstalt (Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalt) vorliegt. Damit soll klargestellt werden, dass Standardkrankenanstalten der Basisversorgung nicht zusätzlich errichtet werden dürfen, sondern ausschließlich durch Umwandlung aus bestehenden Standardkrankenanstalten hervorgehen können. Für die Einrichtung soll das Vorliegen einer der beiden genannten Voraussetzungen ausreichend sein.

Die Standardkrankenanstalten der Basisversorgung sollen eine spezielle Kategorie von Standardkrankenanstalten sein und müssen zumindest

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

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

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

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

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

Eine Erweiterung des Leistungsspektrums über die definierten Basisversorgungsleistungen hinaus ist unzulässig.

Weiters sind im Bedarfsfall Einrichtungen für Akutgeriatrie/Remobilisation oder Remobilisation/Nachsorge einzurichten. Darüber hinaus ist im Rahmen von Standardkrankenanstalten der Basisversorgung in Ausnahmefällen und wenn dies in der Verordnung gemäß § 39 Abs. 4 vorgesehen ist, die Fortführung bestehender Fachrichtungen, sofern sie konservativ tätig sind - auch in Form von Abteilungen - möglich. Als Ausnahmefall ist jedenfalls die Notwendigkeit der (regionalen) Versorgung der Bevölkerung in dieser Fachrichtung zu sehen.

Hinsichtlich der Erbringung ambulanter Leistungen durch Standardkrankenanstalten der Basisversorgung ist in Verbindung mit § 50 Folgendes festzuhalten:

1. Für das von der - auf Basisversorgungsleistungen im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG beschränkten - Organisationseinheit zur Sicherstellung der Basisversorgung für Chirurgie (dislozierte Wochen- oder Tagesklinik) angebotene Leistungsspektrum sind auch die entsprechenden ambulanten Leistungen anzubieten. Dafür wird grundsätzlich eine ambulante Erstversorgungseinheit ausreichen.
2. Im Zusammenhang mit den auf der Abteilung für Innere Medizin oder in sonstigen Fachrichtungen in bettenführenden Organisationseinheiten angebotenen Leistungsspektren ist auch eine entsprechende ambulante Versorgung gemäß § 50 sicherzustellen. Das kann im Weg von Fachambulanzen oder interdisziplinär geführten Ambulanzen erfolgen, eine ambulante Erstversorgungseinheit ist dafür nicht ausreichend.

Dementsprechend soll der § 50 unter Berücksichtigung dieser Ausführungen unberührt bleiben.

Die Organisation der entsprechend dem Patientenbedarf erforderlichen komplexeren medizinischen Versorgung ist durch Kooperation mit anderen Krankenanstalten sicherzustellen. Als andere Krankenanstalten kommen sowohl Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 als

auch Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten oder geeignete Sonderkrankenanstalten in Betracht. Eine schriftliche Festlegung der Kooperation in den Anstaltsordnungen ist aus Gründen der Rechtssicherheit und Transparenz notwendig.

Um wirtschaftliche und versorgungstechnische Synergien bestmöglich nutzbar zu machen, soll die am Krankenanstaltenstandort als Standardkrankenanstalt der Basisversorgung strukturierte Versorgungseinheit auch unter gemeinsamer Leitung als integraler Teil einer Standardkrankenanstalt gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 oder einer Schwerpunkt- bzw. Zentralkrankenanstalt geführt werden können (Mehr-Standort-Krankenanstalt). Eine Abgrenzung zwischen diversen Standorten derselben Krankenanstalt im Hinblick auf die Finanzierung ist möglich (zB Festlegung unterschiedlicher Steuerungsfaktoren auf Grund Leistungsspektren unterschiedlicher Versorgungsstufen).

Departments und Fachschwerpunkte

Mit der neuen Regelung in Abs. 7 und 8 sollen die reduzierten Organisationsformen Department und Fachschwerpunkt insbesondere im Hinblick auf die Verständlichkeit neu strukturiert und teilweise neu geregelt werden.

Die Änderungen zur bisherigen Rechtslage bestehen darin, dass

1. für die Fachrichtung Unfallchirurgie anstelle eines Departments im Rahmen einer Abteilung für Chirurgie nunmehr ein sogenanntes Satellitendepartment (siehe Erläuterungen zu Z 8) vorgesehen wird und
2. für die Fachrichtung Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zukünftig nicht mehr die reduzierte Organisationsform Department, sondern ein Fachschwerpunkt in Betracht kommt.

Zu Abs. 9:

Für einen Rechtsträger mit mehreren Krankenanstalten-Standorten besteht die Möglichkeit, standortübergreifende Abteilungen gemäß § 3 Abs. 3 zu führen. Nunmehr soll zusätzlich für zwei Rechtsträger von öffentlichen Krankenanstalten, die sich in unmittelbarer Nähe befinden (das sind in Oberösterreich Barmherzige Brüder und Barmherzige Schwestern sowie AKH und LFKK), die Möglichkeit geschaffen werden, eine standortübergreifende Abteilung mit Betten an zwei Krankenanstalten-Standorten, unter der Leitung eines Primars, zu führen. Teile einer öffentlichen Krankenanstalt, zB Stationen, sollen dann an einem Standort einer anderen, in unmittelbarer räumlicher Nähe befindlichen, öffentlichen Krankenanstalt betrieben werden können, wenn eine ökonomische und qualitätsvolle Leistungserbringung und Patientenversorgung gewährleistet wird. Bezüglich der ärztlichen Anwesenheitserfordernisse gelten die Regelungen für die jeweilige Standortkrankenanstalt. Dadurch wird auch gewährleistet, dass an beiden Standorten die erforderlichen Abteilungen mit den dazugehörigen Betten vorhanden sind.

Zu Art. I Z 6 (§ 3 Abs. 3):

Der Verweis wird richtig gestellt.

Zu Art. I Z 8 (§§ 3a und 3b):

In den neuen §§ 3a und 3b sollen bereits bestehende und neu hinzukommende fachrichtungsbezogene Organisationseinheiten sowie Referenzzentren (neu) dargestellt und beschrieben werden.

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

Für Satellitendepartments für Unfallchirurgie soll Folgendes gelten:

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

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

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

Für **dislozierte Wochenkliniken** als Organisationsformen soll gelten:

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

6. Im Innenverhältnis zwischen den beteiligten Krankenanstalten übernimmt in Fragen der ärztlichen Behandlung im Rahmen der dislozierten Wochenklinik jene Krankenanstalt die Verantwortung, in der die Mutterabteilung eingerichtet ist.
7. Die mit dem Behandlungsvertrag verbundenen Rechte und Pflichten schließen neben der Führung von Krankengeschichten und Dokumentation auch die Rechnungslegung gegenüber den Patienten (zB Kostenbeiträge, Selbstzahler) und den Finanzierungsträgern (Landesgesundheitsfonds, Rechtsträger, Versicherungen etc.) ein.

Bei **dislozierten Tageskliniken** als Organisationsformen sollen folgende Varianten zulässig sein:

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

Dislozierte Tageskliniken weisen ein auf den tagesklinischen Aufenthalt beschränktes Leistungsangebot und fixe Betriebszeiten auf. Außerhalb der Betriebszeit ist jedenfalls die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sicherzustellen.

Eine schriftliche Festlegung der Kooperation in den Anstaltsordnungen ist aus Gründen der Rechtssicherheit und Transparenz notwendig.

Die Einrichtung dislozierter Wochen- und Tageskliniken ist nur in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 2 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten sowie in Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 3 Abs. 6 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend zulässig. Gemäß § 3 Abs. 4 kann bei Schwerpunktkrankenanstalten von der Einrichtung einzelner der im § 3 Abs. 1 Z 2 vorgesehenen Abteilungen abgesehen werden, wenn in jenem Einzugsbereich, in dem die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkte in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist. Im Fall einer Schwerpunktkrankenanstalt, die auf Grund dieser Regelung (§ 3 Abs. 4) etwa keine Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe vorhält, wäre bei entsprechendem Bedarf beispielsweise die ergänzende Führung einer dislozierten Wochen- oder Tagesklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe zulässig.

Bei eigenständig geführten dislozierten Tageskliniken gilt wie beim Fachschwerpunkt, dass die fachliche Anbindung den Qualifikationserhalt der in der Tagesklinik tätigen Ärzte zB durch Rotation der Ärzte während der Ausbildung und der Facharztstätigkeit, durch die Einbindung in abteilungsinterne Fortbildungsmaßnahmen sowie Abteilungs- und Fallbesprechungen sicherstellen soll. Die Abteilung, an die die Tagesklinik angebinden ist, ist aber nicht als Kontrollinstanz mit Weisungsrecht zu verstehen und soll jedenfalls keine fachliche Letztverantwortung für die Leistungserbringung in der Tagesklinik übernehmen.

Referenzzentren sind besondere Bereiche oder Abteilungen, die im Rahmen der Fachstruktur der Krankenanstalten bei Erfüllung der im ÖSG festgelegten Qualitätskriterien, vor allem betreffend die Qualifikation der behandelnden Ärzte, ausreichende Ausbildungsstellen und spezielle Infrastruktur, als solche ausgewiesen werden sollen. Die Einrichtung von Referenzzentren stellt keine selbständige Organisationsform dar, für welche eine krankenanstaltenrechtliche Errichtungs- und Betriebsbewilligung bzw. Änderungsgenehmigung erforderlich ist, sondern die Festlegung von Referenzzentren soll im Wesentlichen der Qualifizierung bzw. Charakterisierung bestehender Strukturen dienen. Die Festlegung der Standorte dieser Referenzzentren und deren Versorgungsstufen soll, sofern nicht direkt im ÖSG festgelegt, im Rahmen des jeweiligen RSG und in den Landeskrankenanstaltenplänen erfolgen. Mögliche Referenzzentren sollen daher in Abstimmung mit dem ÖSG sowie dem Regionalen Strukturplan Gesundheit im jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan ausgewiesen werden.

Zu Art. I Z 9 (§ 6b Abs. 2 Z 4):

Der Verweis wird richtig gestellt.

Zu Art. I Z 10 (§ 7 Abs. 1 Z 7):

Auch alle neuen fachrichtungsbezogenen Organisationsformen sollen von dieser Bestimmung erfasst werden.

Zu Art. I Z 11 bis 14 (§ 10 Abs. 2 Z 1, 3 und 5 und Abs. 9):

Diese Bestimmung dient einerseits der Adaption im Zusammenhang mit den fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten, andererseits sollen im neuen Abs. 9 jene Betriebsformen dargestellt und beschrieben werden, die neben der herkömmlichen Art der fachrichtungsbezogenen bzw. zeitlich durchgängigen Betriebsform möglich sind.

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

Als besondere Betriebsform effizienter Versorgungseinheiten sollen zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten für ungeplante Patientenzugänge mit vor allem akuter Symptomatik geschaffen werden können, die unter ärztlicher Zuständigkeit eines in der Notfallversorgung erfahrenen Arztes mit ius practicandi und erforderlichen weiteren Zusatzqualifikationen zu führen sind.

Dem dafür qualifizierten Arzt soll die Entscheidung über Art der Behandlung und allfällige Zuleitung in die bedarfsspezifisch erforderliche Versorgungsstruktur obliegen. Im medizinischen Bedarfsfall ist die konsiliarische Beziehung von Ärzten aus den in der Krankenanstalt eingerichteten Fächern zu ermöglichen. Zielsetzung der Einrichtung von zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten soll die qualitative, am Patientenbedarf ausgerichtete, Versorgung von Akutfällen sein, wobei vermeidbare stationäre Aufnahmen hintangehalten werden sollen. Die zentralen Funktionen einer solchen Einheit sollen bestehen in der

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

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

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

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

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

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

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

Weiters soll festgelegt werden, dass die Anstaltsordnung jedenfalls auch Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 3a) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 10 Abs. 9) und Regelungen für Entscheidungen im Zusammenhang mit der Versorgung von Patienten bei Rufbereitschaften unter Berücksichtigung des jeweils konkreten Einzelfalls, der topographischen Verhältnisse sowie weiterer relevanter Umstände zu enthalten hat.

Zur Regelung zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten wird auf die Erläuterungen zu § 3a verwiesen.

Zu Art. I Z 15 (§ 15 Abs. 1 Z 3 erster Satz):

Für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung wird eine permanente Anwesenheit von Fachärzten auch auf Abteilungen für Neurochirurgie als erforderlich erachtet. Es soll daher die Bestimmung über die ärztlichen Anwesenheitserfordernisse in Schwerpunktkrankenanstalten diesbezüglich ergänzt werden. In der Praxis betrifft diese Bestimmung in Oberösterreich nur die Oö. Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg, die dies bereits umgesetzt hat.

Zu Art. I Z 16 (§ 15 Abs. 1 Z 4):

Bezüglich der ärztlichen Anwesenheitserfordernisse in Standardkrankenanstalten soll eine Anpassung an das KAKuG erfolgen. Diese Bestimmung regelt die Mindestanforderungen der ärztlichen Anwesenheitspflichten. In welchem Umfang über dieses Mindestanforderung hinaus die ständige Anwesenheit von Fachärzten oder Turnusärzten in Ausbildung zum Facharzt im jeweiligen Sonderfach im Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst vorzusehen ist, ist durch den Rechtsträger in Abstimmung mit der Leitung der Krankenanstalt verbindlich festzulegen und zu dokumentieren. Dabei ist darauf Bedacht zu nehmen, in welcher Organisations- oder Betriebsform die Organisationseinheit betrieben wird, welche Vorgaben im Hinblick auf die Strukturqualität bestehen sowie welche medizinischen Leistungen angeboten werden. Jedenfalls sind die aktuelle Patientenbelegung und die damit im Zusammenhang stehenden Erfordernisse der ärztlichen Betreuung zu berücksichtigen. Bei der Gestaltung von Rufbereitschaften ist insbesondere betreffend die Zeitspanne bis zum Eintreffen in der Krankenanstalt auf die Besonderheiten des Sonderfachs Rücksicht zu nehmen.

Zu Art. I Z 17 (§ 15 Abs. 1 Z 4a):

Die Z 4a kann entfallen: einerseits gibt es derzeit schon keinen Anwendungsfall mehr und andererseits ist die Bestimmung im Hinblick auf die neuen Organisationsformen auch in Zukunft obsolet.

Zu Art. I Z 18 (§ 15 Abs. 1 Z 4d und 4e):

Diese Bestimmungen regeln die ärztliche Anwesenheit in dislozierten Wochen- und Tageskliniken. Die Weiterbetreuung der Patienten durch die Mutterabteilung ist sicherzustellen, wenn eine fachspezifische Behandlung und Betreuung erforderlich ist, die vor Ort nicht erbracht werden kann.

Zu Art. I Z 19 (§ 18 Abs. 1 Z 2):

Zur Klarstellung, dass nicht-interventionelle Studien nicht als Teilbereich des Oberbegriffs "neue medizinische Methoden" anzusehen sind, soll eine sprachliche Präzisierung vorgenommen werden.

Zu Art. I Z 20 (§ 18 Abs. 1a dritter Satz):

Durch die bereits erfolgte Erweiterung des § 18 Abs. 1 mit der eingefügten Z 4 soll der Kreis der zur Befassung der Ethikkommission Berechtigten über den Kreis der Sponsoren hinaus erweitert werden. § 18 Abs. 1a dritter Satz ist daher entsprechend anzupassen.

Zu Art. I Z 21 (§ 18 Abs. 4 Z 9):

Die Ethikkommission soll auf Grund der Zunahme von älteren Menschen als Patienten, sowie Zielgruppe für die Verwendung von Medikamenten und Medizinprodukten und als mögliche Prüfungsteilnehmer im Rahmen von klinischen Prüfungen um ein Mitglied einer Seniorenorganisation erweitert werden.

Zu Art. I Z 22 (§ 18a):

Der UN-Menschenrechtsbeirat hat Österreich aufgefordert, die Anstrengungen zur Schaffung geeigneter Schutzmaßnahmen zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen (und Kinder) zu verstärken.

Das Übereinkommen zur Verhütung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt, mit welchem zum ersten Mal gemeinsame Standards für die Mitglieder des Europarats in diesem Bereich geschaffen werden, verpflichtet die Vertragsstaaten zu umfassenden Maßnahmen zur Bekämpfung aller Formen von Gewalt an Frauen und häuslicher Gewalt und enthält Bestimmungen über Maßnahmen zum Schutz und zur Unterstützung der Opfer. Hier ist insbesondere auf Art. 15 (geeignete Ausbildung der mit Gewaltopfern befassten Berufsgruppen in der Früherkennung von Gewalt einschließlich stellenübergreifender Kooperation zum Zweck einer umfassenden und geeigneten Behandlung ärztlicher Überweisungen in Gewaltfällen), Art. 20

Punkt 2 (Ergreifung gesetzlicher Maßnahmen zur Sicherstellung des Zugangs von Gewaltopfern zu medizinischer Versorgung und Betreuung durch entsprechend qualifizierte Fachleute) und Art. 25 (Ergreifung gesetzlicher Maßnahmen zur Einrichtung geeigneter, leicht zugänglicher und zahlenmäßig ausreichender Zentren zur Bereitstellung der medizinischen Untersuchung, Traumabetreuung und Beratung von Gewaltopfern) des Übereinkommens zu verweisen. Opferschutzgruppen können als wesentliche Maßnahme zur Umsetzung dieser Empfehlungen gesehen werden.

Basierend auf einem Vorschlag des Gewaltschutzzentrums von Oberösterreich soll daher analog zur bereits gesetzlich verankerten Kinderschutzgruppe die Einrichtung einer Opferschutzgruppe für volljährige Betroffene häuslicher Gewalt erfolgen.

Zu Art. I Z 23 (§ 27 Abs. 5b):

Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (LGBl. Nr. 58/2008) sieht im Art. 6 Abs. 10 vor, dass eine bundesländer- und sektorenübergreifende regelmäßige Berichterstattung über die Qualität im Gesundheitswesen sicherzustellen ist. Diese Berichterstattung hat die österreichweite Erfassung der für die Beobachtung der Qualität des österreichischen Gesundheitswesens relevanten Daten zu gewährleisten. Das Berichtswesen ist als flexibles, laufend weiter zu entwickelndes Instrument anzulegen, welches als Grundlage für die Identifizierung von Verbesserungspotenzialen und für eine umfassende Planung im österreichischen Gesundheitswesen sowie für die Information von Patienten dienen soll. Der administrative Aufwand bei der Dokumentation und Berichterstattung ist so gering wie möglich zu halten.

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

Dementsprechend sollen die Krankenanstalten verpflichtet werden, an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen und die dafür erforderlichen Daten (§ 6 des Gesundheitsqualitätsgesetzes) zur Verfügung zu stellen. Dabei soll diese Verpflichtung dahingehend eingeschränkt werden, dass Daten nur zu übermitteln sind, soweit diese nicht ohnehin bereits auf Grund anderer Dokumentationsverpflichtungen (zB Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen) zu melden sind. Dadurch soll, im Sinn der Vermeidung eines unnötigen administrativen Aufwands für die Krankenanstalten, eine mehrfache Meldung derselben Daten vermieden werden.

Zu Art. I Z 24 (§ 28a):

Basierend auf einem Regierungsübereinkommen auf Bundesebene, welches eine Überarbeitung und Anpassung des Leistungsangebots des öffentlich finanzierten Gesundheitswesens an den Bedarf der Patienten vorsieht, soll ein verbesserter Zugang zu Leistungen für Patienten durch ein transparentes Wartezeitenmanagement verankert werden.

Da öffentliche und private gemeinnützige Krankenanstalten ihre Leistungen ausschließlich zum Wohl der Patienten zu erbringen haben, ist davon auszugehen, dass Terminplanungen bereits jetzt stets nach dem Patientenwohl ausgerichtet und auch durchgeführt werden. Die geplante Neuerung besteht im Wesentlichen darin, das Wartemanagement auch transparent zu gestalten. Durch die Führung des Wartelistenregimes in anonymisierter Form soll datenschutzrechtlichen Anforderungen entsprochen werden.

Zu Abs. 1:

Die Verpflichtung zur Führung des Wartelistenregimes wird auf die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie beschränkt. Bei den genannten Sonderfächern handelt es sich um solche mit einer besonders hohen Zahl an geplanten Eingriffen. Darüber hinaus muss kein Regime für Wartezeiten unter vier Wochen geführt werden, da diese Wartezeiten im Spitalsbetrieb unumgänglich sind.

Zu Abs. 2:

Eine Warteliste ist eine Auflistung aller Personen, die für einen bestimmten Eingriff einen Termin bekommen haben. Grundsätzlich ist bei der Durchführung von Operationen nach der Warteliste vorzugehen.

Unter medizinischen Gesichtspunkten ist die vom behandelnden Facharzt festzustellende Dringlichkeit zu verstehen. Dabei sind vor allem das klinische Zustandsbild des Patienten, ausgeschöpfte konservative Therapien und Schmerzmedikationen relevant.

Bei den betriebsorganisatorischen Aspekten ist insbesondere auf die vorhandenen Ressourcen, die Bettenverfügbarkeit, Wünsche der Patienten hinsichtlich des behandelnden Arztes etc. Bedacht zu nehmen.

Zu Abs. 3:

Die Wartezeit ist die Zeitspanne, die zwischen dem Datum der Terminvereinbarung und dem Datum der Durchführung des Eingriffs liegt. Aus der Warteliste muss hervorgehen, wie viele Personen sich insgesamt auf der Warteliste befinden. Weiters muss aus der Warteliste ersichtlich sein, wie viele der vorgemerkten Personen der Sonderklasse angehören.

Veränderungen des vereinbarten Termins sind zu dokumentieren und fachlich zu begründen.

Zu Art. I Z 25 (§ 39 Abs. 3):

Die Anpassungen sind insbesondere auf Grund der neu geschaffenen Standardkrankenanstalten der Basisversorgung notwendig.

Zu Art. I Z 26 bis 28 (§ 39 Abs. 5 Z 4 und 6, Abs. 6 und 7):

Die nunmehr vorgesehene Normierung, dass im Landeskrankenanstaltenplan die maximale fachbereichsspezifische Bettenzahl bezogen auf das Land und die Versorgungsregion oder auf die Standorte festzulegen ist, soll der Wahrung der Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit der Landeskrankenanstaltenpläne dienen. Sie ist insbesondere im Hinblick auf das vereinbarte Monitoring des ÖSG und der RSG von großer Bedeutung. Darüber hinaus kann die Erfüllung von ÖSG-Vorgaben betreffend die Einhaltung der Mindestbettenzahl je Organisationseinheit sowie betreffend die Einhaltung der Erreichbarkeiten einzelner Fachbereiche durch die Landeskrankenanstaltenpläne bei fehlender Darstellung standortspezifischer Bettenkapazitäten weder gewährleistet noch geprüft werden (Abs. 5 Z 6 iVm. Abs. 6). Durch diese Bestimmung soll jedoch in die Flexibilität der Rechtsträger von Krankenanstalten nicht eingegriffen werden.

Die Verpflichtung zur Veröffentlichung des aktuellen RSG auf der Homepage des Landes (neuer Abs. 7) soll der Steigerung der Transparenz dienen. Analog dazu veröffentlicht das BMG den aktuellen ÖSG auf seiner Homepage, wobei im § 59j KAKuG klargestellt wurde, dass der ÖSG als objektives Sachverständigengutachten anzusehen ist. Mit dem RSG ist die alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende und zwischen Land und Sozialversicherung abzustimmende Planungsgrundlage auf Landesebene als Konkretisierung des ÖSG gemeint. Davon zu unterscheiden ist die Verordnung der Oö. Landesregierung, mit der ein Krankenanstaltenplan und ein Großgeräteplan für Oberösterreich erlassen wird, LGBl. Nr. 123/2008, in der Fassung der Verordnung LGBl. Nr. 73/2009, auch wenn im Kurztitel der Verordnung - "Regionaler Strukturplan Gesundheit Oö. - Oö. Krankenanstalten- und Großgeräteplan 2008 - RSG Oö. - Oö. KAP/GGP 2008" auf den RSG Bezug genommen wird.

Zu Art. I Z 29 (§ 46 Abs. 9):

Mit dieser Regelung soll klargestellt werden, dass der Patient im Fall der Behandlung in fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten gemäß § 3a oder in dislozierten Betriebsformen gemäß § 10 Abs. 9 Patient jener Krankenanstalt ist, an der der Aufenthalt örtlich stattfindet. Siehe auch Erläuterungen zu § 3a.

Zu Art. I Z 30 (§ 81 Abs. 3):

Die Erfassung der Fälle des § 71 Abs. 3 Strafvollzugsgesetz (StVG) soll sicherstellen, dass auch Strafgefangene im Anwendungsfall des § 71 Abs. 3 StVG in den geschlossenen Bereich der psychiatrischen Einrichtung aufzunehmen sind.

Zu Art. I Z 31 (§ 86e Abs. 1):

Derzeit ist die Entschädigungszahlung, die vom Patientenentschädigungsfonds geleistet werden kann, auf maximal 70.000 Euro beschränkt. Durch die geplante Gesetzesänderung soll dieser Höchstbetrag auf 100.000 Euro angehoben werden, damit in Fällen von Dauerschäden mit besonders großem Schaden (zB irreparabler schwerer lebenslanger Schaden bei Kindern, Wachkoma) eine höhere Entschädigungsleistung als bisher gewährt werden kann.

Zu Art. I Z 32 (§ 88 Abs. 1 Z 2 und 2a):

Die Bestimmung entspricht § 40 Abs. 1 lit. c und d KAKuG bezogen auf die landesgesetzlichen Bestimmungen.

Der Sozialausschuss beantragt, der Oberösterreichische Landtag möge das Landesgesetz, mit dem das Oö. Krankenanstaltengesetz 1997 geändert wird (Oö. KAG-Novelle 2012), beschließen.

Linz, am 21. Juni 2012

Affenzeller
Obmann

Mag. Stelzer
Berichterstatter

**Landesgesetz,
mit dem das Oö. Krankenanstaltengesetz 1997 geändert wird
(Oö. KAG-Novelle 2012)**

Der Oö. Landtag hat beschlossen:

Artikel I

Das Oö. Krankenanstaltengesetz 1997, LGBl. Nr. 132, in der Fassung des Landesgesetzes LGBl. Nr. 89/2011, wird wie folgt geändert:

1. *Im Inhaltsverzeichnis werden nach § 3 folgende Einträge eingefügt:*

"§ 3a Fachrichtungsbezogene Organisationsformen
§ 3b Referenzzentren"

2. *Im Inhaltsverzeichnis wird der Eintrag "§ 18a Kinderschutzgruppen" durch den Eintrag "§ 18a Kinder- und Opferschutzgruppen" ersetzt.*

3. *Im Inhaltsverzeichnis wird nach § 28 folgender Eintrag eingefügt:*

"§ 28a Transparentes Wartelistenregime"

4. *Im § 3 Abs. 1 Z 1 wird die Wortfolge "Standardkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für" durch die Wortfolge "Standardkrankenanstalten nach Maßgabe der Abs. 6 und 7 mit Abteilungen zumindest für" ersetzt.*

5. *Im § 3 Abs. 1 Z 2 wird die Wortfolge "Schwerpunktkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für" durch die Wortfolge "Schwerpunktkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs. 7 mit Abteilungen zumindest für" ersetzt.*

6. *Im § 3 Abs. 3 wird der Verweis "§ 6a" durch den Verweis "§ 6c" ersetzt.*

7. *§ 3 Abs. 6 bis 9 lauten:*

"(6) Standardkrankenanstalten, die mit 1. Jänner 2011 über eine rechtskräftige Errichtungs- und Betriebsbewilligung verfügen, dürfen als Standardkrankenanstalten der Basisversorgung geführt werden, wenn sie über einen natürlichen Einzugsbereich von weniger als 50.000 Einwohnern verfügen oder wenn eine rasche Erreichbarkeit einer Standardkrankenanstalt

gemäß Abs. 1 Z 1 oder einer Krankenanstalt höherer Versorgungsstufe gemäß Abs. 1 Z 2 oder 3 vorliegt. Für Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gilt Folgendes:

1. Standardkrankenanstalten der Basisversorgung müssen zumindest:
 - a) eine Abteilung für Innere Medizin ohne weitere Spezialisierung führen,
 - b) eine auf Basisversorgungsleistungen im Sinn der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) beschränkte und in einer reduzierten Organisationsform gemäß § 3a Abs. 2 Z 3 oder 4 geführte Organisationseinheit zur Sicherstellung der Basisversorgung in der Chirurgie führen und
 - c) eine permanente Erstversorgung von Akutfällen samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfs und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Versorgungsstruktur gewährleisten;
2. über Z 1 hinaus können weitere, auf Basisversorgungsleistungen im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG beschränkte, reduzierte Organisationsformen gemäß § 3a in Verbindung mit Abs. 7 und 8 für operativ tätige Fachrichtungen geführt werden;
3. die Organisation der entsprechend dem Patientenbedarf erforderlichen komplexeren medizinischen Versorgung ist durch Kooperation mit einer Standardkrankenanstalt gemäß Abs. 1 Z 1, einer Krankenanstalt höherer Versorgungsstufe gemäß Abs. 1 Z 2 oder 3 oder einer geeigneten Sonderkrankenanstalt gemäß § 2 Z 2 sicherzustellen;
4. eine Erweiterung des Leistungsspektrums über die Basisversorgungsleistungen im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG hinaus ist unzulässig;
5. bei Bedarf sind entsprechend § 39 ergänzende Einrichtungen für Akutgeriatrie/Remobilisation oder Remobilisation/Nachsorge einzurichten. Die Fortführung sonstiger bestehender Fachrichtungen, soweit sie konservativ tätig sind, in einer Organisationsform gemäß § 3a ist nur in Ausnahmefällen zulässig und wenn dies in der Verordnung gemäß § 39 Abs. 4 vorgesehen ist;
6. Standardkrankenanstalten der Basisversorgung können auch als dislozierte Betriebsstätten einer räumlich nahen Standardkrankenanstalt gemäß Abs. 1 Z 1 oder einer Krankenanstalt einer höheren Versorgungsstufe gemäß Abs. 1 Z 2 oder 3 geführt werden.

(7) In Krankenanstalten gemäß Abs. 1 Z 1 und 2 sowie Abs. 6 können nach Maßgabe des § 3a folgende reduzierte Organisationsformen eingerichtet werden:

1. Departments
 - a) für Unfallchirurgie in Form von Satellitendepartments (§ 3a Abs. 2 Z 1),
 - b) für Akutgeriatrie/Remobilisation im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin oder Abteilungen für Neurologie,
 - c) für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie,
 - d) für Psychosomatik für Erwachsene vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Psychiatrie oder für Innere Medizin und
 - e) für Kinder- und Jugendpsychosomatik vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
 - f) im Rahmen von Abteilungen für Teilgebiete desselben Sonderfachs;

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;
4. dislozierte Tageskliniken für jedes Sonderfach.

(8) Die Einrichtung reduzierter Organisationsformen ist mit Ausnahme von Departments für Psychosomatik (Abs. 7 Z 1 lit. d und e) nur in begründeten Ausnahmefällen, etwa zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen oder zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig, wenn der wirtschaftliche Betrieb einer Abteilung mangels ausreichender Auslastung nicht erwartet werden kann.

(9) Mit Bewilligung der Landesregierung können Teile einer Abteilung einer öffentlichen Krankenanstalt am Standort einer anderen öffentlichen Krankenanstalt, die sich in unmittelbarer räumlicher Nähe befindet, betrieben werden, wenn eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende fachspezifische Patientenversorgung gewährleistet ist. Zur Beurteilung dieser Frage haben die Rechtsträger der Krankenanstalten ein Gutachten des Landessanitätsrats einzuholen."

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

"§ 3a

Fachrichtungsbezogene Organisationsformen

(1) Abteilungen sind bettenführende Einrichtungen, die zeitlich uneingeschränkt zu betreiben sind und die im Rahmen der Abdeckung des fachrichtungsbezogenen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung in ihrem Einzugsbereich nach Maßgabe des § 15 Abs. 1 die jederzeitige Verfügbarkeit fachärztlicher Akutversorgung anstaltsbedürftiger Personen im jeweiligen Sonderfach sicherzustellen haben.

(2) Neben Abteilungen bzw. an Stelle von Abteilungen können nach Maßgabe des § 3 Abs. 7 und 8 folgende fachrichtungsbezogene Organisationsformen als Organisationseinheiten vorgehalten werden:

1. Departments als bettenführende Einrichtungen mit eingeschränktem Leistungsangebot im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG für Unfallchirurgie (Satellitendepartment) oder Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie mit jeweils 15 bis 24 Betten, für Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 20 Betten sowie für Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens 12 Betten. Departments müssen mit Ausnahme von Satellitendepartments für Unfallchirurgie nach Maßgabe des § 15 Abs. 1 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 3 Abs. 7 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 Fall einer Krankenanstalt mit mehreren Standorten - von einer Abteilung für Unfallchirurgie an einem anderen Krankenanstaltenstandort sicherzustellen;

2. Fachschwerpunkte als bettenführende Einrichtungen mit 8 bis 14 Betten und mit auf elektive Eingriffe eingeschränktem Leistungsangebot im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG für die medizinischen Sonderfächer gemäß § 3 Abs. 7 Z 2. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Betriebszeiten aufweisen, wenn außerhalb dieser Betriebszeiten eine Rufbereitschaft sichergestellt ist. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere 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 Z 1 und § 3 Abs. 6 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 2 auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen;
3. dislozierte Wochenkliniken als bettenführende Einrichtungen, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie dienen zur Durchführung von Behandlungen mit kurzer Verweildauer, wobei das Leistungsangebot auf Basisversorgungsleistungen im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG eingeschränkt ist. Die Einrichtung dislozierter Wochenkliniken ist nur in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 2 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten sowie in Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 3 Abs. 6 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend zulässig. Dislozierte Wochenkliniken müssen, sofern die Anstaltsordnung keine abweichenden Regelungen für Feiertage im Sinn des § 10 Abs. 2 Z 5 enthält, jedenfalls von Montag früh bis Freitag abends zeitlich uneingeschränkt betrieben werden. Im Bedarfsfall ist durch die 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 Sonderfachs mit einem auf tagesklinisch elektiv erbringbare konservative und operative Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinn 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 Z 1 und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 2 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 6 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend eingerichtet werden.

§ 3b

Referenzzentren

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

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

9. *Im § 6b Abs. 2 Z 4 wird der Verweis "§ 14 Abs. 1" durch den Verweis "§ 14 Abs. 3" ersetzt.*

10. *§ 7 Abs. 1 Z 7 lautet:*

"7. die Schaffung fachrichtungsbezogener Organisationsformen gemäß § 3a und von Instituten, auch wenn sie mit einer räumlichen Erweiterung der Krankenanstalt nicht verbunden ist,"

11. *§ 10 Abs. 2 Z 1 lautet:*

"1. die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt einschließlich der Einrichtungen für ambulante Untersuchung und Behandlung, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in Abteilungen bzw. in andere fachrichtungsbezogene Organisationsformen für Akutkranke und, neben diesen, auch in zusätzliche Einrichtungen für Langzeitbehandlung, oder in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranker und für Langzeitbehandlung innerhalb von Abteilungen;"

12. *§ 10 Abs. 2 Z 3 lautet:*

"3. die Grundzüge der Verwaltung und der Betriebsform, insbesondere ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur einmal 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. 9 aufgenommen werden;"

13. *§ 10 Abs. 2 Z 5 lautet:*

"5. bei einer Gliederung in Organisationseinheiten und Pflegegruppen die jeweilige Bettenanzahl, wobei die unter Berücksichtigung des Fachs und des Fortschritts der Medizin

jeweils überschaubare Größe nicht überschritten werden darf; bei standortübergreifenden Organisationsformen die Beschreibung der Kooperation, insbesondere des Leistungsspektrums und organisatorische Regelungen; Regelungen über die Verantwortlichkeiten, insbesondere die Leitung der standortübergreifenden und fachrichtungsbezogenen Organisationsformen sowie der im Abs. 9 genannten Betriebsformen und über den Betrieb von dislozierten Wochenkliniken an Feiertagen; Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationsformen (§ 3a) oder in dislozierten Betriebsformen (Abs. 9). Sofern Betten für Patienten von Organisationseinheiten verschiedener Sonderfächer zur Verfügung stehen (interdisziplinär geführte Bereiche), ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Patienten jederzeit zweifelsfrei einer bestimmten fachrichtungsspezifischen Organisationseinheit zugeordnet werden können;"

14. Nach § 10 Abs. 8 wird folgender Abs. 9 angefügt:

"(9) Folgende Arten der Betriebsformen sind in Krankenanstalten neben der herkömmlichen Art der fachrichtungsspezifischen bzw. 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 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 Sinn 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 Sinn der Z 1 betrieben werden;
4. zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten als Einrichtungen mit uneingeschränkter Betriebszeit, die aus einer Erstversorgungsumbulanz und einem Aufnahmebereich mit bewilligungspflichtigen (systemisierten) Betten zur stationären Beobachtung von 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 Behandlungsbedarfs und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Fachstruktur innerhalb oder außerhalb der jeweiligen erstversorgenden Krankenanstalt im stationären oder ambulanten Bereich, die kurze stationäre Behandlung oder Beobachtung bis zu 24 Stunden sowie die organisatorische Übernahme ungeplanter stationärer Aufnahmen außerhalb der Routinebetriebszeiten (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 Behandlungsbedarfs und erforderlichenfalls Weiterleitung der 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 § 50 sinngemäß anzuwenden."

15. § 15 Abs. 1 Z 3 erster Satz lautet:

"In Schwerpunktkrankenanstalten muss jedenfalls in Abteilungen und Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie, Neurologie (bei Vorhandensein einer neurologischen Intensivbehandlungseinheit), Psychiatrie (bei Führung eines geschlossenen Bereichs) und Unfallchirurgie ein Facharzt des betreffenden Sonderfachs in der Anstalt dauernd anwesend sein."

16. § 15 Abs. 1 Z 4 lautet:

"4. In Standardkrankenanstalten muss im Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst jederzeit eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch mindestens einen in der Krankenanstalt anwesenden Facharzt aus dem Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin oder aus dem Sonderfach Innere Medizin oder aus dem Sonderfach Chirurgie oder aus dem Sonderfach Unfallchirurgie gewährleistet sein. Überdies muss eine Rufbereitschaft von Fachärzten der genannten Sonderfächer sowie der jeweiligen sonst in Betracht kommenden Sonderfächer eingerichtet sein. In der übrigen Zeit müssen Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer dauernd anwesend sein."

17. § 15 Abs. 1 Z 4a entfällt.

18. Im § 15 Abs. 1 werden nach der Z 4c folgende Z 4d und 4e eingefügt:

"4d. In dislozierten Wochenkliniken gelten die Bestimmungen zur Rufbereitschaft gemäß Z 3, 3a, 4 und 4b 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.

- 4e. 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."

19. Im § 18 Abs. 1 Z 2 wird das Wort "einschließlich" durch das Wort "und" ersetzt.

20. § 18 Abs. 1a dritter Satz lautet:

"Der Rechtsträger der Krankenanstalt ist berechtigt, vom Sponsor bzw. sonst zur Befassung Berechtigten oder Verpflichteten einen Kostenbeitrag entsprechend der erfahrungsgemäß im Durchschnitt erwachsenden Kosten einer Beurteilung zu verlangen."

21. § 18 Abs. 4 Z 9 lautet:

"9. je einem Mitglied einer repräsentativen Behindertenorganisation sowie einem Mitglied einer Seniorenorganisation, deren Einrichtung dem Bundes-Seniorengesetz entspricht;"

22. § 18a lautet:

"§ 18a

Kinder- und Opferschutzgruppen

(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.

(2) Der Kinderschutzgruppe obliegen insbesondere die Früherkennung von Gewalt an oder Vernachlässigung von Kindern und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für Gewalt an Kindern sowie die Früherkennung von häuslicher Gewalt an Opfern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(3) 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.

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

(5) Die Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalten sind verpflichtet, Opferschutzgruppen für volljährige Betroffene häuslicher Gewalt einzurichten. Für Krankenanstalten, deren Größe keine eigene Opferschutzgruppe erfordert, können Opferschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.

(6) Der Opferschutzgruppe obliegen insbesondere die Früherkennung von häuslicher Gewalt und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für häusliche Gewalt.

(7) Der Opferschutzgruppe haben jedenfalls anzugehören:

1. zwei Vertreter des ärztlichen Dienstes, die bei einem entsprechenden Leistungsangebot Vertreter der Sonderfächer Unfallchirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu sein haben;
2. als Vertreter des Pflegedienstes eine diplomierte Krankenschwester oder ein diplomierter Krankenpfleger;
3. Personen, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig sind.

(8) Von der Einrichtung einer Opferschutzgruppe kann abgesehen werden, wenn die Kinderschutzgruppe unter Beachtung der personellen Vorgaben des Abs. 7 auch die Aufgaben der Opferschutzgruppe nach Abs. 6 erfüllen kann. Anstelle einer Opferschutzgruppe und einer Kinderschutzgruppe kann auch eine Gewaltschutzgruppe eingerichtet werden, die unter Beachtung der personellen Vorgaben der Abs. 3 und 7 sowohl die Aufgaben nach Abs. 2 als auch nach Abs. 6 wahrnimmt."

23. Nach § 27 Abs. 5a wird folgender Abs. 5b eingefügt:

"(5b) Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen und die dafür gemäß § 6 des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen erforderlichen nicht personenbezogenen Daten dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung zu stellen, soweit diese nicht ohnehin auf Grund anderer Dokumentationsverpflichtungen zu melden sind."

24. Nach § 28 wird folgender § 28a samt Überschrift eingefügt:

"§ 28a

Transparentes Wartelistenregime

(1) Die Rechtsträger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten sind verpflichtet, in den Sonderfächern Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie für elektive Operationen sowie für Fälle invasiver Diagnostik ein transparentes Wartelistenregime in anonymisierter Form einzurichten, sofern die jeweilige Wartezeit vier Wochen überschreitet.

(2) In die Warteliste sind alle Personen aufzunehmen, mit denen ein Termin für einen Eingriff vereinbart wird. Die Terminvergabe hat ehestmöglich und ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten und nach betriebsorganisatorischen Aspekten zu erfolgen.

(3) In der Warteliste müssen folgende Informationen dokumentiert werden:

1. die Wartezeit der einzelnen Personen, das ist die Zeit, die zwischen der Aufnahme in die Warteliste und dem Eingriffstermin liegt;
2. die Anzahl der pro Abteilung für den jeweiligen Eingriff vorgemerkten Personen auf der Warteliste und davon die Anzahl der Sonderklassepatienten.

(4) Für den Eingriff vorgemerkte Personen sind auf ihr Verlangen über die gegebene Wartezeit zu informieren. Dabei ist nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten tunlichst eine Auskunftseinholung auf elektronischem Weg zu ermöglichen."

25. § 39 Abs. 3 lautet:

"(3) Je nach den örtlichen Verhältnissen ist für 50.000 bis 90.000 Bewohner eine Standardkrankenanstalt (§ 3 Abs. 1 Z 1 und Abs. 6) und für 250.000 bis 300.000 Bewohner eine Schwerpunktkrankenanstalt (§ 3 Abs. 1 Z 2) einzurichten; von der Errichtung einer Standardkrankenanstalt kann abgesehen werden, wenn im jeweiligen Einzugsgebiet die Voraussetzungen des § 3 Abs. 1 Z 1 oder Abs. 6 durch Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten erfüllt werden, die von einer Schwerpunktkrankenanstalt disloziert geführt werden. Diese Zahlen können bei Vorliegen besonderer topographischer oder verkehrsmäßiger Verhältnisse sowohl unter- als auch überschritten werden. Ferner ist in Linz eine Zentralkrankenanstalt einzurichten."

26. Im § 39 Abs. 5 Z 4 wird das Wort "Organisationseinheiten" durch die Wortfolge "fachrichtungsbezogenen Organisationsformen" ersetzt.

27. § 39 Abs. 5 Z 6 lautet:

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

28. Nach § 39 Abs. 5 werden folgende Abs. 6 und 7 angefügt:

"(6) Erfolgen die Festlegungen gemäß Abs. 5 Z 6 nicht bezogen auf die Standorte, sind im Zusammenhang mit § 5 Abs. 4 die zur Realisierung beabsichtigten Bettenkapazitäten je Fachbereich und Standort im Regionalen Strukturplan Gesundheit zumindest unverbindlich mit Informationscharakter auszuweisen.

(7) Der zwischen dem Land und der Sozialversicherung in der Landesgesundheitsplattform abgestimmte Regionale Strukturplan Gesundheit ist auf der Homepage des Landes Oberösterreich in der jeweils aktuellen Fassung zu veröffentlichen."

29. Nach § 46 Abs. 8 wird folgender Abs. 9 angefügt:

"(9) Im Fall der Behandlung eines Patienten in fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 3a) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 10 Abs. 9) ist der Patient einer der Krankenanstalt, in der er sich befindet."

30. Im § 81 Abs. 3 wird die Wortfolge "nach § 167a StVG" durch die Wortfolge "nach § 71 Abs. 3 und § 167a StVG" ersetzt.

31. Im § 86e Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

"Bei Dauerschäden mit besonders großer Schadenshöhe kann eine Entschädigung bis maximal 100.000 Euro gewährt werden."

32. § 88 Abs. 1 Z 2 und 2a (neu) lauten:

"2. ferner gelten § 37, § 41a, ausgenommen Abs. 4, § 47, § 48 Abs. 1 zweiter und dritter Satz, § 48 Abs. 2 mit der Maßgabe, dass der Erstattungskodex und die Richtlinien 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, § 50 und § 54;

2a. für gemeinnützige Krankenanstalten gelten zusätzlich zu den in Z 2 genannten Bestimmungen § 41a Abs. 4, §§ 51 bis 53, § 56 Abs. 1 zweiter und dritter Satz sowie § 62;"

Artikel II

(1) Artikel I tritt mit Ablauf des Tages der Kundmachung dieses Landesgesetzes im Landesgesetzblatt für Oberösterreich in Kraft, soweit im Abs. 2 nichts anderes bestimmt ist.

(2) Artikel I Z 24 (§ 28a) tritt sechs Monate nach Ablauf des Tages der Kundmachung dieses Landesgesetzes im Landesgesetzblatt für Oberösterreich in Kraft.