Beilage 902/1996 zum kurzschriftlichen Bericht des o.ö. Landtages, XXIV. Gesetzgebungsperiode

B e r i c h t

des Ausschusses für öffentliche Wohlfahrt
betreffend das
Landesgesetz, mit dem das O.ö. Krankenanstaltengesetz 1976 geändert wird
(O.ö. Krankenanstaltengesetz-Novelle 1996)

/Landtagsdirektion: L-234/37-XXIV/

A. Allgemeiner Teil

I. Anlaß und Inhalt dieses Landesgesetzes:

1. Der Bund hat die Grundsatzbestimmungen durch die Bundesgesetze, mit denen das Krankenanstaltengesetz geändert wird, BGBl.Nr. 801/1993 und 732/1995, geändert. Dies erfordert eine entsprechende Novellierung des O.ö. Krankenanstaltengesetzes 1976.

2. Mit der O.ö. Krankenanstaltengesetz-Novelle 1994, LGBl.Nr. 61/1994, wurden bereits Artikel I Z. 1 bis 10 und Z. 12 des zitierten Bundesgesetzes ausgeführt (insbesondere Neuregelung der Bedarfsprüfung). Nunmehr soll der übrige Teil des zitierten Bundesgesetzes ausgeführt werden. Die Novelle enthält folgende wesentliche Neuerungen:

   - Änderung und Erweiterung der Ausnahmen vom Krankenanstaltenbegriff;
   - Ergänzungen der Anstaltsordnung;
   - Verankerung der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung in Krankenanstalten;
   - soziale Beratung für Patienten in der Krankenanstalt;
   - Supervision für die in Krankenanstalten beschäftigten Personen;

- rechtliche Verankerung regelmäßiger Dienstbesprechungen zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Personal;
- Verpflichtung zur Einrichtung einer kollegialen Führung;
- Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle;
- Absicherung der Patientenrechte;
- eine dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Regelung der Hygienebelange;
- Regelung der Personalbedarfsplanung;
- Schaffung von Ethikkommissionen, die den internationalen Standards entsprechen;
- Änderung der die Werbung regelnden Bestimmung;
- Anpassung an die durch den EWR bzw. die EU gebotene Rechtslage.

3. Eine Verfassungsbestimmung ist im Art. I Z. 11 (§ 9c Abs. 8) enthalten.

II. **Kompetenzgrundlage:**

In den Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten obliegt nach 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 des Bundes ist das Krankenanstaltengesetz, BGBl.Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch die Bundesgesetze BGBl.Nr. 801/1993 und 732/1995; die vom Land zu erlassenden Ausführungsbestimmungen enthält das O.ö. Krankenanstaltengesetz 1976, LGBl.Nr. 10, zuletzt geändert durch die O.ö. Krankenanstaltengesetz-Novelle 1994, LGBl.Nr. 61, und die Kundmachung LGBL.Nr. 57/1995.

III. **Finanzielle Auswirkungen:**

Die Bestimmungen dieser Novelle werden einerseits zu einer Vermehrung des Personalstandes in den Krankenanstalten führen (Psychologen, Psychotherapeuten, hauptamtliche Hygienekräfte). Auch die Ausweitung der Tätigkeit der Ethikkommission sowie die Neueinrichtung der Kommissionen für Qualitätssicherung werden neben Administrationskosten weitere personelle Ressourcen binden.

Der Mehraufwand wird die Rechtsträger der Krankenanstalten und im Wege der Abgangsdeckung auch Land und Gemeinden treffen.

Die finanziellen Auswirkungen können nicht exakt quantifiziert werden; allein die zusätzlichen Personalkosten werden rund S 80 Mio. betragen.

Der Mehraufwand ist jedoch durch das Patientenwohl gerechtfertigt. Zahlreiche Maßnahmen (z.B. verbesserte psychologische und psychotherapeutische Betreuung, Qualitätssicherung) werden langfristig auch zu Einsparungen im Gesundheitsversorgungssystem führen.

Schließlich ist darauf zu verweisen, daß der Landesgesetzgeber auf Grund des vorliegenden Bundesgrundsatzgesetzes zur Erlassung dieses Ausführungsgesetzes verpflichtet ist und keine Möglichkeit besteht, entstehende zusätzliche Vollzugskosten zu vermeiden.

IV. **EU-Konformität:**

Diesem Landesgesetz stehen keine Rechtsvorschriften des EWR oder der EU entgegen.

B. Besonderer Teil

Zu Art. I Z. 1 (§ 1 Abs. 3 lit. b und c):

Durch diese Änderung soll eine Anpassung an die Begriffsbestimmung und Zitierung des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes, BGBl.Nr. 450/1994, erfolgen.

Mit der Bundes-Krankenanstaltengesetz-Novelle, BGBl.Nr. 732/1995, wurde § 2 Abs. 2 lit. c in Anpassung an die geänderten Bestimmungen des Heilvorkommen- und Kurortegesetzes geändert. Diese Bestimmung ist im O.ö. Krankenanstaltengesetz auszuführen. Die bisherige Regelung sah vor, daß von den Bestimmungen des O.ö. KAG 1976 Kuranstalten nur dann ausgenommen sind, wenn darin nur solche Behandlungsarten Anwendung finden, die sich aus dem ortsgebundenen Heilvorkommen selbst ergeben. Nunmehr sollen entsprechend den geänderten Gesetzesbestimmungen im Heilvorkommen- und Kurortegesetz (BGBl.Nr. 731/1995) und KAG (BGBl.Nr. 732/1995) in Kuranstalten und Kureinrichtungen auch bestimmte Zusatztherapien zulässig sein, die in keinem Zusammenhang mit dem ortsgebundenen Heilvorkommen stehen (z.B. ergänzende Verfahren der physikalischen Therapie, Diätbehandlung usw.).

Zu Art. I Z. 2 bis 6 (§ 7):

Dem Aufgabenbereich des Hygieneteams (wie z.B. Infektionsüberwachung, Ausarbeitung von Richtlinien für infektionsrelevante Tätigkeiten, Ausarbeitung eines Hygiene- und Abfallplanes, Stellungnahme zu Planungsunterlagen für Neu-, Zu- und Umbauten sowie bei der Anschaffung infektionsrelevanter Geräte und Güter) ist ein eigener Abschnitt in der Anstaltsordnung zu widmen (§ 7 Abs. 2 lit. d).

Die Erweiterung der Regelung über die Anstaltsordnung über regelmäßige Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen dient der Umsetzung von Expertenvorschlägen zur Verbesserung der inneren Betriebsstruktur in Krankenanstalten (§ 7 Abs. 2 lit. f).

Nähere Anordnungen betreffend die Organisation und Durchführung der Supervision (§ 11c) sollen zweckmäßigerweise der Anstaltsordnung, die auf die konkreten Umstände der Krankenanstalt Bedacht zu nehmen hat, vorbehalten bleiben. Dadurch soll sichergestellt werden, daß das Supervisionsangebot den Bedürfnissen des Krankenhauspersonals Rechnung trägt und auf die jeweilige Anstaltsorganisation entsprechend Bedacht nimmt (§ 7 Abs. 2 lit. g).

Der Kampf gegen das Rauchen ist ein besonderes gesundheitspolitisches Anliegen. Der Schutz der Passivraucher vor Belästigungen und Gefährdungen durch Tabakrauch ist dabei besonders zu berücksichtigen. Gerade in Krankenanstalten ist im Sinn des WHO-Projektes "Gesundheit und Krankenhaus" der Gesundheitsförderung verstärktes Augenmerk zuzuwenden.

Es wird daher bei der Umsetzung des § 7 Abs. 3 lit. e durch die Träger der Krankenanstalt in der Anstaltsordnung davon auszugehen sein, daß in allen allgemein zugänglichen Bereichen Rauchverbot herrscht und den Bedürfnissen der Raucher - soweit dies erforderlich erscheint - durch die Einrichtung eigener "Raucherzimmer" Rechnung getragen wird.

Es ist nunmehr die Einrichtung einer "Ethikkommission" in der Krankenanstalt vorgesehen (vgl. § 9c). Durch eine Ergänzung der Anstaltsordnung soll sichergestellt werden, daß Entgelte im Zusammenhang mit klinischen Prüfungen oder Anwendung neuer medizinischer Methoden durch den Prüfungsleiter bzw. Leiter der Organisationseinheit offengelegt werden müssen (§ 7 Abs. 3 lit. f).

In jeder bettenführenden Krankenanstalt soll nunmehr die Einrichtung einer kollegialen Führung durch den ärztlichen Leiter, den Verwalter und den Leiter (die Oberin) des Pflegedienstes durch die Anstaltsordnung verpflichtend vorgesehen werden. Dies insbesondere deshalb, weil der kollegialen Führung neue wichtige Aufgaben im Rahmen der Personalplanung (vgl. § 11f) zukommen (§ 7 Abs. 6).

Zu Art. I Z. 7 und 8 (§ 8 Abs. 2 und 3):

Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß die Krankenbehandlung in Krankenanstalten auf fachärztlichem Niveau zu erfolgen hat. Aus diesem Grund und um für den Fall der Verhinderung des Abteilungsleiters bzw. des Leiters eines Institutes einen entsprechend qualifizierten Arzt als verantwortlichen Leiter im Sinn einer bestmöglichen Patientenversorgung zur Verfügung zu haben, legt diese Bestimmung fest, daß im Fall der Verhinderung die Vertretung durch einen in gleicher Weise qualifizierten Arzt sicherzustellen ist (§ 8 Abs. 2).

Aufgaben des ärztlichen Leiters sind insbesondere Organisation des ärztlichen Dienstes, Überwachung des Ausbildungsstandes des ärztlichen Personals, Mitwirkung bei Planung und Durchführung von Neu-, Zu- und Umbauten, Leistungs- und Investitionsplanung im medizinischen Bereich, Sicherstellung eines optimalen Ressourceneinsatzes (medizinisches Personal und Sachmittel), Mitverantwortung für die Einhaltung des Gesamtbudgets. Der Rechtsträger wird sicherzustellen haben, daß zur Erfüllung dieser Aufgaben in großen Schwerpunktkrankenanstalten die Leitung des ärztlichen Dienstes hauptberuflich erfolgt (§ 8 Abs. 3); eine "hauptberufliche" Ausübung liegt auch dann vor, wenn eine zusätzliche ärztliche Tätigkeit innerhalb der Anstalt wahrgenommen wird, die vom Rechtsträger bewilligt wurde.

Zu Art. I Z. 9 (§ 8 Abs. 5 und 6):

Die bisherige Genehmigungspflicht soll im Sinn einer Verwaltungsvereinfachung durch eine Anzeigepflicht ersetzt werden.

Zu Art. I Z. 10 (§ 9a):

Schon bisher hatten die Rechtsträger von Krankenanstalten durch die Bestellung eines zur Wahrung der Belange der Hygiene verantwortlichen fachlich geeigneten Arztes Sorge zu tragen, daß die Aufgaben der Krankenhaushygiene erfüllt werden können. Aus Hygienefachkreisen wurde in den letzten Jahren wiederholt Kritik geübt, daß der bisher allein vorgesehene Kranken-

haushygieniker nicht allen Anforderungen gerecht werden kann. Dies sei schon aus der Fülle der mit dieser Stellung verbundenen Aufgaben unmöglich.

Es soll daher § 9a im fachlich gebotenen Ausmaß erweitert werden. Diese Erweiterung entspricht den aus Fachkreisen der Hygiene geäußerten Vorstellungen über eine Regelung dieses Bereiches. Da es nicht möglich sein wird, für jede Krankenanstalt einen Facharzt für Hygiene als Krankenhaushygieniker zu bestellen, soll alternativ auch - dem bisherigen § 9a folgend - ein sonst fachlich geeigneter Arzt für die Wahrung der Belange der Hygiene bestellt werden können (§ 9a Abs. 1). Die Bezeichnung "Krankenhaushygieniker" sollte aber dem Facharzt für Hygiene vorbehalten sein, während der sonst fachlich geeignete Arzt die Bezeichnung "Hygienebeauftragter" erhalten soll. Im Hinblick auf die Tatsache, daß in den öffentlichen allgemeinen und Sonderkrankenanstalten (mit operativem Leistungsangebot) sensible Bereiche vorhanden sind (OP-Einheiten, Intensivstationen, Dialyseeinrichtungen), hat sich als Erfahrungswert eine Mindestbeschäftigung von 20 Stunden monatlich als notwendig herausgestellt.

Die geforderte fachliche Eignung des Hygienebeauftragten wird durch spezielle postpromotionelle Fort- und Weiterbildung erzielt und nachgewiesen werden können.

In bettenführenden Krankenanstalten sind die Aufgaben der Hygiene so mannigfach und umfassend, daß mit der Bestellung eines Arztes gemäß § 9a Abs. 1 aber keinesfalls das Auslangen gefunden werden kann.

In diesem Sinn wird daher durch § 9a Abs. 2 dem Krankenhaushygieniker oder dem Hygienebeauftragten aus dem Kreis des diplomierten Krankenpflegedienstes eine qualifizierte Person des Krankenpflegefachdienstes als Hygienefachkraft zur Seite gestellt. Die notwendige Wissensvermittlung wird insbesondere durch die im Krankenpflegegesetz für Spezialaufgaben vorgesehene Abhaltung spezieller Kurse erfolgen können (vgl. § 57b Krankenpflegegesetz).

Die Fülle der Aufgaben erfordert es, daß in Krankenanstalten mit über 300 Betten die Tätigkeit einer Hygienefachkraft hauptberuflich ausgeübt wird.

Die Anzahl der weiteren Hygienefachkräfte in einer Krankenanstalt hängt von deren Umfang und Aufgabenbereich ab. So wird eine Hygienefachkraft für je 300 Betten in bestimmten, besonders infektionsrelevanten Bereichen zu bestellen sein. Hiezu gehören beispielsweise Pflegeeinheiten für Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Infektionskrankheiten, Intensivmedizin, Dialyse und Innere Medizin.

Weiters wird es als unumgänglich angesehen, in bettenführenden Krankenanstalten auch Hygieneteams zu bilden, denen neben dem Krankenhaushygieniker bzw. dem Hygienebeauftragten und der Hygienefachkraft weitere Mitarbeiter des ärztlichen und nichtärztlichen Dienstes anzugehören haben (§ 9a Abs. 3 und 4).

Überdies scheint es sinnvoll, dem Hygieneteam auch eine qualifizierte Person des medizinisch-technischen Dienstes beizustellen (mikrobiologisches Labor).

Als räumliche und personelle Voraussetzungen gemäß § 9a Abs. 5 wird das Vorhandensein mindestens eines dem Krankenhaushygieneteam zugeordneten Raumes (für Besprechungen, Literatursammlung, Erreichbarkeit, Schreibarbeiten) sowie (zeitweise) einer Schreibkraft (Hygienepläne, Beschlüsse) als unbedingt erforderlich angesehen.

Da die Bestimmungen über die Bildung eines Hygieneteams in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien nicht vorgesehen sind, wird durch § 9a Abs. 6 sichergestellt, daß zu den demonstrativ im Abs. 4 genannten Aufgaben des Hygieneteams in Ambulatorien jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen ist.

Zu Art. I Z. 11 (§ 9c):

Die schon seit der O.ö. KAG-Novelle 1990, LGBl.Nr. 37, vorgesehene Kommission zur Beurteilung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln in Krankenanstalten soll nunmehr ausdrücklich als Ethikkommission bezeichnet und in ihrer personellen Zusammensetzung internationalen Standards angeglichen werden.

Diese Bestimmung sieht nicht zwingend vor, daß für jede Krankenanstalt eine eigene Ethikkommission einzurichten ist, sondern ermöglicht auch, daß ein Rechtsträger für seine Krankenanstalten eine gemeinsame Ethikkommission einrichtet oder daß sich mehrere Rechtsträger auf eine rechtsträgerübergreifende Ethikkommission einigen.

Die vorgesehene Zusammensetzung der Ethikkommission garantiert eine hohe ethische und fachliche Kompetenz beim Schutz der Versuchspersonen. Durch die damit gegebene Leistungsfähigkeit bei der Beurteilung klinischer Prüfungen auch im Hinblick auf die Einhaltung internationaler Standards (z.B. Deklaration von Helsinki) bleibt Österreich für die internationale medizinische Forschung auf diesem Gebiet attraktiv. Das bedeutet auch, daß österreichische Patienten einen sehr frühen Zugang zu verbesserten medizinischen Behandlungsverfahren gewinnen können. In Hinkunft werden nur mehr derart durchgeführte und bewertete klinische Prüfungen für die im EWR vorgesehenen Konformitätsbewertungsverfahren (d.h. Zulassungsverfahren) anerkannt werden können.

Medizinprodukte (medizinische Geräte und Bedarfsartikel sowie Labordiagnostikprodukte) werden in Hinkunft im EWR auch hinsichtlich der Vorgangsweise bei der klinischen Prüfung einheitlichen Regeln unterliegen. Demgemäß wird die Befassung einer Ethikkommission vor der klinischen Prüfung bestimmter Medizinprodukte obligatorisch sein. Für eine entsprechende Infrastruktur, d.h. der Errichtung von Ethikkommissionen auch für diese Aufgaben, ist daher ebenfalls vorzusorgen. Auf Grund der ähnlichen Aufgabenstellung kann die Zusammensetzung weitgehend der Ethikkommission für die Beurteilung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln entsprechen. Im Hinblick auf die erforderliche technische Sicherheit und die starke fachliche Heterogenität dieses Produktbereiches müssen aber zusätzlich ein technischer Sicherheitsbeauftragter und erforderlichenfalls weitere Experten kooptiert werden.

Schließlich soll die Ethikkommission auch die Anwendung neuer medizinischer Methoden in der Krankenanstalt beurteilen. Vor dem Hintergrund des § 9 lit. f O.ö. KAG, wonach eine ärztliche Behandlung nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft erfolgen darf, muß es sich dabei um Methoden handeln, deren Anwendung nach vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen und praktischen Erfahrungen eine verbesserte medizinische

Behandlung erwarten läßt (vgl. dazu auch schon Leobenstein, Die strafrechtliche Haftung des Arztes bei operativen Eingriffen, ÖJZ 1978, 313). Nach diesen vorliegenden Ergebnissen muß es sich dabei insgesamt auch um eine Methode handeln, deren Anwendung und Evaluierung nach den anerkannten Verfahren der Schulmedizin vorgenommen wurde und die an Patienten Anwendung finden soll, bei denen traditionelle medizinische Routineverfahren versagen oder einen geringeren Behandlungserfolg erwarten lassen.

Damit wird am Prinzip des § 9 lit. f O.ö. KAG nichts geändert. Es soll bloß in jenem Bereich, in dem zur Rettung oder sonst bestmöglichen Behandlung eines Patienten eine neue Methode, wie z.B. eine neue Operationstechnik, aus ärztlicher Sicht geboten ist, zur Unterstützung der Güterabwägung zwischen § 9 lit. f O.ö. KAG einerseits und der Anwendung einer neuen, für einen konkreten Patienten oder eine Patientengruppe erfolgversprechenderen Methode andererseits eine Befassung der Ethikkommission erfolgen.

Die Ethikkommission hat jedenfalls eine Stellungnahme abzugeben. Diese Stellungnahme hat die Funktion eines Gutachtens, und zwar darüber, ob die beabsichtigte klinische Prüfung bzw. Anwendung einer neuen medizinischen Methode nach den von der Ethikkommission zu beurteilenden Kriterien vertretbar scheint und die Rechte und die Integrität der an einer bestimmten klinischen Prüfung teilnehmenden Versuchsperson ausreichend geschützt sind.

Die Bestimmungen über die Ethikkommission wurden an die entsprechenden Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes in der Fassung der Arzneimittelgesetz-Novelle 1993, BGBl.Nr. 107/1994, (§ 40) angeglichen. In diesem Zusammenhang ist insbesondere auch auf die Weisungsfreiheit der Mitglieder der Ethikkommission hinzuweisen. Überdies wurde als Reaktion auf Probleme in der bisherigen Praxis auch der Aufgabenbereich der Ethikkommission bereits eindeutig gesetzlich festgelegt.

Zu Art. I Z. 12 (§ 9d):

Auch im Zusammenhang mit Maßnahmen der Qualitätssicherung wird einer ausreichenden personellen Ausstattung ein besonders hoher Stellenwert zukommen. Aus diesem Grund ist es

geboten, die Träger von Krankenanstalten ausdrücklich zu verpflichten, in ihrer Krankenanstalt regelmäßig Bedarfsplanung, insbesondere Bedarfsermittlung, Personaleinsatz und Gestaltung des Stellenplanes zu betreiben.

Die Vergleichbarkeit von Leistungen verschiedener Krankenanstalten und damit auch von Kosten ist erst dann seriös möglich, wenn Personalstandards entwickelt und allgemein anerkannt werden. Diese Bestimmung und die vorgesehene Verordnung im Abs. 2 sind ein erster Schritt, eine Entwicklung in diese Richtung einzuleiten. Im Zusammenhang mit den dafür anerkannten Methoden ist beispielsweise auf das bereits in der BRD in Umsetzung stehende analytische Konzept der deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) oder auf das in der Schweiz für Personalplanung in Krankenanstalten in Verwendung stehende Modell zu verweisen. Weiters ist auch auf den im Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz eingerichteten Arbeitskreis für Personalplanung zu verweisen, in dem auf Expertenebene unter Einbindung von Ländervertretern österreichspezifische Konzepte ausgearbeitet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz hat einen Leitfaden herausgegeben, in dem neben den angeführten Verfahren noch weitere dargestellt sind.

Zu Art. I Z. 13 (§ 11):

Der Krankengeschichte kommt eine besondere Bedeutung zur Dokumentation medizinischer Handlungsabläufe zu, insbesondere um auch im nachhinein jederzeit die vorgenommenen Maßnahmen feststellen zu können, woraus Rückschlüsse auf fortzusetzende oder neu einzuleitende Therapien zu ziehen sind. Zur Absicherung sowohl der Anordnenden als auch der Ausführenden sollen auch die angeordneten Maßnahmen dokumentiert werden. Weiters soll nunmehr vorgesehen werden, in der Krankengeschichte auch die verabreichte Medikation sowie wesentliche Leistungen wie pflegerische, psychologische und psychotherapeutische Betreuung zu dokumentieren (§ 11 Abs. 1 lit. b).

Der Krankengeschichte kommt aber auch erhebliche Bedeutung als Beweismittel im rechtlichen Sinn zu. Aus diesem Grund soll in der Krankengeschichte auch die Aufklärung, die einem Patienten gegeben wird, festgehalten werden (sublit. aa und bb).

Die Formulierung der sublit. dd soll zum Ausdruck bringen, daß der Wunsch eines Patienten über künftige Behandlungsmethoden zu dem Zweck zu dokumentieren ist, um ihn für den Fall seiner späteren Handlungsunfähigkeit so weit wie möglich berücksichtigen zu können, ohne daß damit eine Bindungswirkung für die behandelnden Ärzte verbunden wäre. Äußerungen einer Person, die diese vor Eintritt des Verlustes ihrer Handlungsfähigkeit abgibt, sind nicht zeitlich unbeschränkt verbindlich, weil sie unter der clausula rebus sic stantibus stehen und zu ihrer Wirksamkeit vom permanenten und verständigen Willen des Erklärenden getragen sein müssen.

Schließlich bietet sich die Krankengeschichte auch an, allfällige Widersprüche zu Organentnahmen zu dokumentieren. Die Regelung der sublit. ee soll in diesem Sinn die Bestimmung des § 62a Abs. 1 KAG unterstützen.

Die Erweiterung der Dokumentationspflichten in der Krankengeschichte auf nichtärztliche Bereiche erfordert auch eine Festlegung, wer für die Dokumentation der nichtärztlichen Bereiche die Verantwortung trägt (§ 11 Abs. 2).

Geheimnisse, die den in einer Krankenanstalt beschäftigten Personen in Ausübung ihres Berufes anvertraut oder bekannt geworden sind, dürfen im Rahmen der in der Krankenanstalt zu führenden Dokumentation nicht aufgezeichnet werden, da Abs. 6 eine Reihe von Personen bzw. Stellen nennt, denen unter bestimmten Voraussetzungen Abschriften der Krankengeschichte zu übermitteln sind (§ 11 Abs. 4). Die Einschränkungen der Verschwiegenheitspflicht ergeben sich aus § 10 Abs. 2.

Die Zahl und der Umfang der Krankengeschichten nimmt laufend zu, sodaß das Problem der Aufbewahrung über 30 Jahre in Zukunft nur durch EDV-mäßige Speicherung der Daten gelöst werden kann. Diese Speicherung soll ausdrücklich als zulässig erklärt werden (§ 11 Abs. 5).

Im Zusammenhang mit der Übermittlung von Abschriften der Krankengeschichte an Sozialversicherungsträger wird die Übermittlungspflicht auf jenen Rahmen eingeschränkt, wie dies zur Wahrnehmung der dem Sozialversicherungsträger obliegenden Aufgaben erforderlich ist. Dabei

kann zum Vergleich auch auf die Regelung des § 26 Abs. 4 des Ärztegesetzes 1984 i.d.F. BGBl.Nr. 314/1987 verwiesen werden (§ 11 Abs. 6).

Das Recht des Patienten auf Einsicht in die Krankengeschichte besteht nach einhelliger Lehre und Judikatur als vertragliche Nebenpflicht aus dem ärztlichen Behandlungsvertrag. Das Einsichtsrecht schließt auch das Recht auf Kopien, Duplikate und dgl. gegen Kostenersatz ein.

Einschränkungen sollen nur insoweit zulässig sein, als sie auf Grund der besonderen Umstände des Einzelfalles zum Wohl des Patienten unvermeidlich sind. In diesem Zusammenhang ist auf das von der Judikatur entwickelte sogenannte "therapeutische Privileg" ("therapeutischer Vorbehalt") zu verweisen, das zu einer Einschränkung des Einsichtsrechts führen kann (§ 11 Abs. 7).

Abs. 8 übernimmt den Text des bisherigen Abs. 4.

Die Inanspruchnahme von Dienstleistern nach § 11 Abs. 11 ist gemäß § 13 Abs. 3 Datenschutzgesetz jeweils der Datenschutzkommission mitzuteilen.

Zu Art. I Z. 14 (§ 11a):

In öffentlichen allgemeinen Krankenanstalten und öffentlichen Sonderkrankenanstalten erfordert es der große Aufgabenumfang der Pflegedienstleitung, daß diese Tätigkeit hauptberuflich ausgeübt wird. Die wichtigsten Aufgaben der Pflegedienstleitung sind insbesondere Organisation des Pflegedienstes, Festlegung von Pflegestandards, Pflegedokumentation, Sicherstellung eines optimalen Ressourceneinsatzes (Personal- und Sachmittel).

Zu Art. I Z. 15 (§§ 11b bis 11g):

Nach **§ 11b** soll im Rahmen der Krankenhausorganisation auf Wunsch des Patienten eine klinisch-psychologische, gesundheitspsychologische und psychotherapeutische Versorgung angeboten werden. Dies trägt der Erkenntnis Rechnung, daß Erkrankungen im Kontext mit

arbeits-, lebensgeschichtlich-, psychosozial- und umweltbedingten Faktoren entstehen. Im Fall psychosomatischer Erkrankungen ist die ärztliche Hilfe gemeinsam mit der psychotherapeutischen und klinisch-psychologischen die notwendige, angemessene, indizierte und damit einzig effektive zur Verfügung stehende Behandlungsform. Darüber hinaus soll die Tatsache Berücksichtigung finden, daß körperliche Krankheiten und Behinderungen sowie daraus resultierende Spitalsaufenthalte nicht nur eine physische Beeinträchtigung darstellen, sondern in der Regel auch mit psychischen Belastungen verbunden sind, die den Krankheitsverlauf entsprechend mitbeeinflussen.

Dem Anliegen einer bestmöglichen Patientenversorgung wird auch durch die Verpflichtung der Krankenanstaltenträger entsprochen, ausreichende klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung und ausreichende Versorgung auf dem Gebiet der Psychotherapie anzubieten.

Die Fülle der Aufgaben von Psychologen und Psychotherapeuten ist so vielfältig und umfassend, daß im Sinn einer ausreichenden Versorgung

- in Standardkrankenanstalten zumindest eine Person, die zugleich Psychologe und Psychotherapeut ist, und
- in Schwerpunktkrankenanstalten zumindest zwei Personen, die Psychologen bzw. Psychotherapeuten sind,

jeweils zu beschäftigen sein werden.

Zur Klarstellung ist anzuführen, daß mit dieser Bestimmung nicht beabsichtigt ist, als neue Aufgabe der Krankenanstalten in den Fachabteilungen von Akutspitälern neben der spitalsmäßigen fachärztlichen Behandlung zusätzlich als eigenständige Leistung eine psychologische oder psychotherapeutische Behandlung einzuführen.

Durch **§ 11c** soll sichergestellt werden, daß vor der Entlassung von Patienten aus einer Krankenanstalt bereits im Hinblick auf die Betreuung nach dem Krankenhausaufenthalt eine soziale Beratung angeboten wird. Die Bestimmung läßt die Möglichkeit offen, daß sich kleinere Kran-

kenanstalten zu einer gemeinsamen krankenanstaltenübergreifenden Vorgangsweise zusammenschließen.

§ 11d verpflichtet die Krankenanstaltenträger, dem Krankenhauspersonal im Rahmen ihrer Dienstzeit eine den konkreten Bedürfnissen entsprechende Supervisionsmöglichkeit zur Verfügung zu stellen. Nähere Anordnungen soll die Anstaltsordnung (§ 7 Abs. 2 lit. g) enthalten. Die erforderliche fachliche Qualifikation wird durch eine umfassende und spezielle Ausbildung in Supervision erlangt werden. Die österreichische Vereinigung für Supervision hat eine Liste der von ihr anerkannten Supervisoren herausgegeben; ebenso führt der Berufsverband der Österreichischen Psychologinnen und Psychologen eine Liste der von ihm fachlich qualifizierten Supervisoren.

§ 11e übernimmt den bisher im § 11a Abs. 3 bloß für das Krankenpflegepersonal enthaltenen Grundsatz, daß für eine regelmäßige Fortbildung Vorsorge zu treffen ist. Diese Fortbildungspflicht gilt jedoch nicht nur für das Krankenpflegepersonal, sondern vielmehr für sämtliche in Betracht kommende nichtärztliche Berufsgruppen (vgl. zur ärztlichen Fortbildungspflicht den neu gefaßten § 9 lit. e).

Die Pflicht der Träger von Krankenanstalten zur Fortbildung ist nach der vorgeschlagenen Regelung nicht mehr darauf beschränkt, "anstaltsmäßig Vorsorge zu treffen". Dies bedeutet, daß selbstverständlich anstaltsintern Fortbildungsveranstaltungen organisiert werden können, andererseits können Anstaltsträger ihrer Fortbildungspflicht aber auch dadurch nachkommen, daß der Besuch externer Veranstaltungen ermöglicht wird. Allenfalls könnte es sich auch als zweckmäßig erweisen, daß Krankenanstalten einer Region gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen durchführen.

§ 11f trägt dem Umstand Rechnung, daß die Weltgesundheitsorganisation in ihrem Programm "Gesundheit 2000" unter Ziel 31 die Empfehlung ausgesprochen hat, daß jeder Mitgliedsstaat in seinem Gesundheitsversorgungssystem effektive Verfahren der Qualitätssicherung in der Patientenversorgung realisiert. Von großer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang natürlich die Einführung von qualitätssichernden Strukturen, Verfahren und Maßnahmen in den Kranken-

anstalten. Ziel dabei ist in jedem Fall eine verbesserte Versorgung der Patienten durch eine fortlaufende Optimierung möglichst aller Krankenhausleistungen.

Es gibt keine Qualität z.B. ärztlich/pflegerischer Handlungen an sich, sondern immer nur im Hinblick auf bestimmte Ziele, die im einzelnen erreicht werden sollen. Qualität ist abhängig von den Zielvorstellungen, die mit ärztlich/pflegerischen Handlungen in Verbindung gebracht werden. Die Ziele einer umfassenden Qualitätssicherung können grob unterteilt werden in

- wissenschaftlich/technische, die sich am wissenschaftlichen Kenntnisstand von Medizin und Krankenpflege (unter Einschluß der medizinisch-technischen Dienste) und an den derzeit möglichen Technologien orientieren,
- interpersonale Ziele, die sich vor allem an der Übereinstimmung ärztlicher und pflegerischer Handlungen (unter Einschluß der medizinisch-technischen Dienste) mit den gültigen Wertvorstellungen und den Rechten und Bedürfnissen der Patienten orientieren und
- ökonomische Ziele, die sich daran orientieren, ob die vorgegebenen medizinischen Ziele mit dem rationellsten Mitteleinsatz erreicht werden (eine Senkung der Kosten ist nur dann wirtschaftlich und medizinisch vertretbar, wenn sie nicht zu Lasten der Leistung und damit der Qualität geht).

Die Qualitätssicherung bzw. Qualitätsverbesserung ist ein dynamischer Prozeß, der nur von den verantwortlichen Berufsgruppen selbst ausgehen kann (interne Qualitätssicherung). Davon zu unterscheiden ist die Qualitätskontrolle, die als nachprüfende kontrollierende Aufsicht vorzunehmen wäre.

§ 11f Abs. 1 verpflichtet nun die Träger von Krankenanstalten zu umfassenden Aktivitäten, die zur Sicherung der Qualität der Krankenhausleistungen gesetzt werden müssen. Eine der Voraussetzungen für Qualitätssicherung liegt mit Sicherheit in einer Mindestanzahl von qualifiziertem ärztlichem und nichtärztlichem Personal, doch ist zu betonen, daß mehr Personal nicht in jedem Fall gleichbedeutend mit Qualität sein muß. Die personelle Ausstattung kann aber ein Indikator für Qualität sein. Ähnlich verhält es sich mit den medizinisch-technischen Geräten und den infrastrukturellen Einrichtungen. Auch sind für Qualitätssicherung bestimmte bauliche und organisatorische Voraussetzungen notwendig.

Voraussetzungen zu schaffen bedeutet weiters, daß bei Bedarf externe Fachleute, die sich mit Qualitätssicherung in Krankenanstalten befassen, beigezogen werden können. Auch die Aus- und Weiterbildung des Personals in der Qualitätssicherung ist zu gewährleisten.

Der Vergleich der Leistungen soll es der einzelnen Krankenanstalt ermöglichen, zu beurteilen, inwieweit die gesteckten Ziele im Zeitablauf erreicht werden können. Weiters kann die Krankenanstalt die Leistungen mit denen anderer Krankenanstalten vergleichen. Diese Vergleiche ermöglichen den in den Krankenanstalten Tätigen und dem Rechtsträger ein wertvolles Feedback über die Effizienz des Qualitätssicherungssystems. Die Ergebnisse der begleitenden Qualitätssicherungsmaßnahmen sollen den betroffenen und mitwirkenden Mitarbeitern nicht zuletzt aus Motivationsgründen offengelegt werden. Durch die Verordnungsermächtigung im § 11f Abs. 6 soll insbesondere eine vergleichende Prüfung mit anderen Krankenanstalten ermöglicht werden.

Die im § 11f Abs. 3 vorgesehene Kommission hat die Aufgabe, für fortlaufende Qualitätssicherung zu sorgen. Wesentlich wird dabei auch die Förderung von berufsgruppenübergreifenden Teamarbeiten sein. Eine Verbesserung der Qualität der erbrachten Leistungen wird nämlich nach den vorliegenden Erfahrungen insbesondere aus interdisziplinärer Teamarbeit erwachsen. Nur im Zusammenwirken aller beteiligten Berufsgruppen und Experten der jeweiligen Fachthemen können verbindliche Kriterien für die Erstellung von Qualitätsstandards (Soll-Werten) gefunden und die entsprechenden Maßnahmen eingeleitet werden. Als methodischer Ansatz hat sich eine Vorgangsweise nach praxisorientiertem Arbeiten am besten bewährt. So könnten z.B. von den betroffenen Mitarbeitern in interdisziplinärer Teamarbeit konkrete, besonders verbesserungswürdige Anliegen und Probleme eines Krankenanstaltenbereiches angesprochen, allenfalls mit Hilfe eines ihnen zur Verfügung gestellten Fachmannes Lösungsvorschläge erarbeitet und daraus resultierend rückwirkend Qualitätskriterien bzw. -standards aufgestellt werden. Diese (heuristische) Vorgangsweise ermöglicht sodann ein zielorientiertes Handeln in Richtung Qualitätsverbesserung.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz hat einen Leitfaden mit Anleitungen zur Ein- und Durchführung von Qualitätssicherung anhand von konkreten Beispielen aus

allen relevanten Bereichen (ärztliche, pflegerische, organisatorische Qualitätssicherung usw.) herausgegeben, um den Anwendern den Zugang zur Thematik zu erleichtern.

Durch **§ 11g** werden die Rechtsträger von Krankenanstalten verpflichtet, Vorsorge zu treffen, daß Patienten die hier angeführten Patientenrechte in Anspruch nehmen können bzw. ihnen diese Rechte gewährt werden. Diese auf die Organisation der Krankenanstalt zielende Regelung nimmt darauf Bedacht, daß Patientenrechte in einer Vielzahl von Materien ihre (gesetzliche) Grundlage haben. An dieser kompetenzmäßigen Zuordnung wird durch die vorliegende Bestimmung nichts geändert.

Patienten können nur dann ihre Rechte auch wahrnehmen, wenn sie über die ihnen zustehenden Rechte informiert sind. Diese Information ist daher die Grundvoraussetzung für die Ausübung aller anderen Patientenrechte. Die organisationsrechtliche Verpflichtung, sicherzustellen, daß sich Patienten über ihre Rechte informieren können, steht daher an der Spitze der Patientenrechte (§ 11g Abs. 2 lit. a und b).

Nach einhelliger Lehre und Judikatur fällt das Recht des Patienten auf Einsicht in die Krankengeschichte als Recht aus dem Behandlungsvertrag in den Bereich des Zivilrechts (vgl. z.B. OGH 25. Mai 1984, 1 Ob 550/84, JBl. 1985, 159ff). Diesbezügliche Regelungen können daher nicht im Rahmen des Art. 12 B-VG getroffen werden. Sehr wohl kann aber im Sinn einer krankenanstaltenrechtlichen Organisationsnorm vorgesehen sein, daß der Betrieb einer Krankenanstalt sicherzustellen hat, daß das Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte auch tatsächlich ausgeübt werden kann.

Ein weiteres grundlegendes Patientenrecht ist das Recht auf Aufklärung, da eine rechtsgültige Einwilligung in die zu setzenden medizinischen Maßnahmen eine vorhergehende umfassende Aufklärung voraussetzt.

Der Begriff der "Vertrauensperson" im § 11g Abs. 2 lit. c ist bewußt in den Gesetzestext aufgenommen, während in diesem Zusammenhang der Begriff "Angehöriger" keine Erwähnung findet. Dadurch soll zum Ausdruck gebracht werden, daß nicht jede Person, die im familienrecht-

lichen Sinn als Angehöriger zu verstehen ist, auch von der vorliegenden Regelung erfaßt wird, während umgekehrt eine Reihe von Personen, die nicht Angehörige sind, unter den Begriff der "Vertrauensperson" fallen. Bereits im Zuge der Aufnahmemodalitäten kann dem Patienten Gelegenheit zur Nennung von Vertrauenspersonen gegeben werden.

Durch die Weitergabe von Informationen an Vertrauenspersonen darf keine Verletzung der umfassend geregelten ärztlichen Verschwiegenheitspflicht (vgl. z.B. § 121 StGB und § 26 Ärztegesetz 1984) erfolgen. Die Weitergabe von Informationen an andere Personen als den Patienten wird daher davon abhängen, daß der Patient eine bestimmte Person als Person seines Vertrauens bezeichnet, was beispielsweise schon im Rahmen der Aufnahmeformalitäten erfolgen kann. Dies wird wohl auch konkludent durch die Angabe von Vertrauenspersonen, mit denen die Krankenanstalt im Bedarfsfall Kontakt aufnehmen kann, geschehen können. Auch die Angabe solcher Personen wird als Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht gewertet werden können (vgl. auch § 26 Abs. 2 Z. 1 Ärztegesetz 1984). Umgekehrt wird auch besonders zu respektieren sein, wenn ein Patient bestimmte Personen, selbst wenn es nächste Angehörige sind, von einer Weitergabe bestimmter Auskünfte ausdrücklich ausnimmt.

Im Fall einer nachhaltigen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten wird der Besuchsmöglichkeit durch eine Vertrauensperson der Vorrang vor den Interessen des Anstaltsbetriebes zu geben sein. Den berechtigten Interessen der Mitpatienten, wie z.B. ihrem Ruhebedürfnis, wird durch geeignete Maßnahmen des Anstaltsträgers Rechnung zu tragen sein (§ 11g Abs. 2 lit. d).

Auch einfache Mittel, wie z.B. Paravents oder Vorhangschienen zwischen den Betten von Mehrbetträumen können sicherstellen, daß sich in bestimmten Situationen ein Patient den Blicken der mit ihm gemeinsam in einem Raum befindlichen anderen Patienten entziehen kann (§ 11g Abs. 2 lit. g).

Die Verpflichtung, daß für allgemein medizinische Anliegen des Patienten ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt zur Verfügung steht, beinhaltet keinesfalls eine Verpflichtung des Trägers der Krankenanstalt eigens für diese Aufgabe einen weiteren Arzt (allenfalls sogar

zusätzlich einen praktischen Arzt) zu beschäftigen. Dem Gesetzesauftrag sollte schon durch eine entsprechende Diensteinteilung Rechnung getragen werden können, nach der es in vertretbarer Zeit möglich ist, mit medizinischen Anliegen grundsätzlicher Art einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt zu kontaktieren (§ 11g Abs. 2 lit. h).

Diese Bestimmung soll sicherstellen, daß für Patienten, deren Ableben erwartet werden muß, ein möglichst menschenwürdiges Umfeld einschließlich der Gelegenheit zur Kontaktnahme mit Vertrauenspersonen gewährt wird.

Ein Faktor, der im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes zusätzlich belastend wirkt, ist die grundlegende Umgestaltung des Lebensrhythmus, der sich oft auch aus der Organisation des Dienstes der Leistungserbringer im Krankenhaus ergibt. Es soll daher bei der Leistungserbringung, soweit dies möglich ist, auf den allgemein üblichen Lebensrhythmus Rücksicht genommen werden (§ 11g Abs. 2 lit. i und j).

Die kindergerechte Ausstattung kann mit verhältnismäßig geringem Aufwand vorgenommen werden und ist in den Krankenanstalten weitgehend bereits durchgeführt (§ 11g Abs. 2 lit. k).

Zu Art. I Z. 16 (§ 16):

Diese Bestimmung korrespondiert mit dem durch die Ärztegesetz-Novelle, BGBl.Nr. 461/1992, geänderten § 25, der das bisherige Werbeverbot auf das Verbot unsachlicher und unwahrer Informationen reduziert hat. Im Bereich des Krankenanstaltenrechts kann diese Neuregelung der Werbung auch im Zusammenhang mit der Entschließung des Nationalrates vom 5. Dezember 1985 gesehen werden, durch die der Gesundheitsminister aufgefordert wurde, dafür zu sorgen, daß im Interesse einer optimalen Versorgung der Patienten und im Interesse einer Chancengleichheit im Wettbewerbsbereich eine Bereinigung des Zusammenwirkens zwischen öffentlichen Krankenanstalten und privaten, auf die Erzielung eines wirtschaftlichen Gewinnes gerichteten Krankenanstalten erreicht wird.

Zu Art. I Z. 17 (§ 26 Abs. 1):

Durch diese Ermächtigung der Landesregierung, auf die Zahl der Sonderklassebetten einzuwirken, soll die medizinische Versorgungsbereitschaft der Krankenanstalt für Patienten der allgemeinen Gebührenklasse sichergestellt werden.

Zu Art. I Z. 18 (§ 27 Abs. 3):

Es handelt sich um eine Anpassung der Definition der Anstaltsbedürftigkeit an die Erweiterung des Anstaltszwecks im § 1 (Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin), sowie eine Erweiterung auf gesunde Personen zur Vornahme einer klinischen Prüfung eines Arzneimittels oder eines Medizinproduktes.

Zu § 27 Abs. 6 O.ö. KAG 1976 in der bisher geltenden Fassung wird festgehalten, daß unter dem Begriff "Säugling" ein Kind bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres zu verstehen ist.

Zu Art. I Z. 19 (§ 32 Abs. 1):

Der Katalog jener Leistungen, die in einer Krankenanstalt ambulant zu erbringen sind, wurde durch die Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten und um Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin ergänzt.

Zu Art. I Z. 19a (§ 34a Abs. 2 und 5):

Mit der O.ö. Krankenanstaltengesetz-Novelle 1992, LGBl.Nr. 65, wurde die Festsetzung der Arzthonorare durch Verordnung der Landesregierung mit dem Ziel aufgehoben, die Art und Höhe der Arzthonorare den Vereinbarungen zwischen Ärztekammer für Oberösterreich und privaten Krankenversicherungen zu überlassen. Im Hinblick auf den permanenten Anstieg der Kosten für die medizinische Infrastruktur soll nunmehr durch Verordnung der Landesregierung die maximal mögliche jährliche Erhöhung der Ärztehonorare beschränkt werden (Abs. 2).

Ferner soll der Rechtsträger die Möglichkeit erhalten, zur Honorierung von Fachärzten oder Fachärzten in Ausbildung einen weiteren Anteil an den Ärztehonoraren in Höhe von 5% einzubehalten (Abs. 5).

Zu Art. I Z. 20 (§ 39a):

Das im EU-Recht enthaltene Diskriminierungsverbot erfordert eine Neufassung des § 39a: Art. 6 EG-Vertrag verbietet eine Benachteiligung aus Gründen der Staatszugehörigkeit, sodaß ihm ein Abstellen auf ein von der Staatsangehörigkeit verschiedenes Differenzierungsmerkmal nicht entgegensteht. Aus einer Bindung an den inländischen Wohnsitz erwachsen somit keine Probleme hinsichtlich des Grundsatzes der Inländergleichbehandlung, bietet sie doch in Verbindung mit dem Ausdruck "Personen" die Gewähr, daß sich die Regelung des § 39a auch auf (nicht erwerbstätige und nicht mitversicherte) Österreicher bezieht, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen (§ 39a Abs. 1).

Angesichts des im Art. 4 des EWR-Abkommens enthaltenen Diskriminierungsverbotes sind Staatsangehörige von Vertragsparteien des EWR-Abkommens ausdrücklich vom persönlichen Geltungsbereich des § 39a Abs. 2 O.ö. KAG auszunehmen. Die im § 39a Abs. 2 Z. 4 angeführten in den EWR-Abkommen übernommenen Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 des Rates der Europäischen Gemeinschaften erfassen nämlich nicht die Gesamtheit aller EU- und EFTA-Bürger (nicht einbezogen ist vor allem die Gruppe der nicht mitversicherten Nicht-Erwerbstätigen). Aus diesem Grund ist es im Sinn des Gebots der Inländergleichbehandlung erforderlich, die EWR-Bürger ausdrücklich vom Anwendungsbereich einer fremde Staatsangehörige betreffenden Regelung auszunehmen.

Zu Art. I Z. 21 (§§ 21 und 27):

Entsprechend dem Hauptwohnsitzgesetz, BGBl.Nr. 505/1994, soll der Begriff "ordentlicher Wohnsitz" durch den Begriff "Hauptwohnsitz" ersetzt werden.

Zu Art. I Z. 22 (§ 64 Abs. 4):

Diese Übergangsbestimmung steht im Zusammenhang mit den geänderten Voraussetzungen für den ärztlichen Leiter der Krankenanstalt im § 8 Abs. 5 und 6 und soll sicherstellen, daß bereits bestellte ärztliche Leiter ihre Funktion auch weiterhin ausüben dürfen.

Zu Art. I Z. 23:

Der Begriff "Pflegling" soll im O.ö. KAG 1976 durch den moderneren und gebräuchlicheren Begriff "Patient" ersetzt werden.

Der Ausschuß für öffentliche Wohlfahrt beantragt, der Hohe Landtag möge

1. **gemäß § 27 Abs. 4 LGO beschließen, daß über diesen Ausschußbericht in der Landtagssitzung am 3./4./5. Dezember 1996 verhandelt wird (Geschäftsantrag gemäß § 18 Abs. 3 in Verbindung mit § 24 Abs. 1 LGO), und**

2. **das Landesgesetz, mit dem das O.ö. Krankenanstaltengesetz 1976 geändert wird (O.ö. Krankenanstaltengesetz-Novelle 1996), beschließen.**

Linz, am 2. Dezember 1996

Schreiberhuber
Obfrau

Stucklik
Berichterstatterin

L a n d e s g e s e t z

vom .....,
mit dem das O.ö. Krankenanstaltengesetz 1976 geändert wird
(O.ö. Krankenanstaltengesetz-Novelle 1996)

Der o.ö. Landtag hat beschlossen:

Artikel I

Das O.ö. Krankenanstaltengesetz 1976, LGBl.Nr. 10, zuletzt geändert durch die O.ö. Krankenanstaltengesetz-Novelle 1994, LGBl.Nr. 61, in der Fassung der Kundmachung LGBl.Nr. 57/1995 wird wie folgt geändert:

1. § 1 Abs. 3 lit. b und c lauten:

"b) Einrichtungen, die von Betrieben für den Fall der Leistung Erster Hilfe bereitgehalten werden, sowie arbeitsmedizinische Zentren gemäß § 80 des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes, BGBl.Nr. 450/1994;

c) Einrichtungen zur Anwendung von medizinischen Behandlungsarten, die sich aus einem ortsgebundenen Heilvorkommen oder dessen Produkten ergeben, einschließlich der Anwendung von solchen Zusatztherapien, die zur Ergänzung der Kurbehandlung nach ärztlicher Anordnung angewendet werden und bei denen nach dem Stand der Wissenschaft davon auszugehen ist, daß die ärztliche Aufsicht über den Betrieb ausreicht, um schädliche Wirkungen auf das Leben oder die Gesundheit von Menschen auszuschließen."

2. Dem § 1 wird folgender Abs. 5 angefügt:

"(5) Personenbezogene Bezeichnungen in diesem Landesgesetz gelten jeweils auch in ihrer weiblichen Form."

3. Im § 7 Abs. 2 lit. d entfällt der Klammerausdruck "(der Oberin)"; nach dem Wort "Krankenhaushygienikers" wird die Wortgruppe "oder Hygienebeauftragten und des Hygieneteams" eingefügt.

4. Am Ende des § 7 Abs. 2 lit. e wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende lit. f und g werden angefügt:

"f) Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;

g) Bestimmungen über Organisation und Durchführung der Supervision (§ 11d)."

5. Am Ende des § 7 Abs. 3 lit. d wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende lit. e und f werden angefügt:

"e) die Festlegung von Rauchverboten;

f) die Verpflichtung des Prüfungsleiters bzw. des Leiters der Organisationseinheit nach § 9c Abs. 9, der kollegialen Führung der Krankenanstalt jenes Ausmaß bekanntzugeben, in dem die Teilnahme an Prüfungen oder Anwendungen, die der Beurteilung durch die Ethikkommission unterliegen, entgolten wird."

6. § 7 Abs. 6 erster Satz lautet:

"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 und Anhörung sowie zur gemeinsamen Beratung."

7. § 8 Abs. 2 lautet:

"(2) Zur Führung von Abteilungen für die Behandlung bestimmter Krankheiten, von Laboratorien und Instituten müssen Fachärzte des einschlägigen medizinischen Sonderfa-

ches, wenn ein solches nicht besteht, fachlich qualifizierte Ärzte bestellt werden. Für den Fall der Verhinderung ist die Vertretung durch einen in gleicher Weise qualifizierten Arzt sicherzustellen. Abteilungsleiter, die Abteilungen mit über 100 Betten führen, dürfen nicht Instituts- oder Laboratoriumsleiter sein oder mit der Führung einer solchen Einrichtung betraut werden."

8. § 8 Abs. 3 lautet:

"(3) Als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes in der Krankenanstalt und für die mit der ärztlichen Behandlung der Patienten zusammenhängenden Aufgaben ist unbeschadet des Verfügungsrechtes des Rechtsträgers der Anstalt in wirtschaftlichen Angelegenheiten in jeder Krankenanstalt ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter und geeigneter Arzt zu bestellen. Bei Verhinderung des ärztlichen Leiters muß dieser durch einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten und geeigneten Arzt vertreten werden. In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, ist die Leitung des ärztlichen Dienstes hauptberuflich auszuüben. Für Sonderkrankenanstalten ist als ärztlicher Leiter ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches zu bestellen. Bei Verhinderung muß dieser durch einen in gleicher Weise qualifizierten Arzt vertreten werden. Für selbständige Ambulatorien ist als ärztlicher Leiter ein nach dem Anstaltszweck und Leistungsangebot geeigneter Facharzt vorzusehen."

9. Im § 8 werden die Abs. 5 bis 7 durch folgende Abs. 5 und 6 ersetzt:

"(5) Die Bestellung des ärztlichen Leiters der Krankenanstalt gemäß Abs. 3 und der Leiter der einzelnen Abteilungen (Institute) gemäß Abs. 2 ist der Landesregierung vom Rechtsträger unter Anschluß des Bewerbungsgesuches samt Beilagen binnen zwei Wochen nach Bestellung anzuzeigen. Die Landesregierung hat innerhalb von sechs Wochen nach Einbringung der Anzeige die Bestellung zu untersagen, wenn der Bestellte den Anforderungen gemäß Abs. 1 bis 3 nicht entspricht; andernfalls gilt die Bestellung als genehmigt.

(6) Die Genehmigung ist von der Landesregierung zu widerrufen, wenn die Voraussetzungen für die Bestellung entfallen sind, wenn das Nichtvorhandensein der Voraussetzungen nachträglich hervorgekommen ist oder wenn der bestellte Arzt sich schwerwiegender oder wiederholter Verstöße gegen seine Pflichten schuldig gemacht hat."

10. § 9a lautet:

"§ 9a

Krankenhaushygiene

(1) Der Rechtsträger hat für jede Krankenanstalt einen Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder einen sonst fachlich geeigneten, zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt (Hygienebeauftragten), der in bettenführenden Krankenanstalten nicht der ärztliche Leiter der Krankenanstalt sein darf, zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten. Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die Bestellung des Krankenhaushygienikers (Hygienebeauftragten) der Landesregierung anzuzeigen.

(2) In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten mindestens eine Person des Krankenpflegefachdienstes mit zusätzlicher Qualifikation als Hygienefachkraft zu bestellen. In Krankenanstalten mit über 300 Betten ist die Tätigkeit der Hygienefachkraft hauptberuflich auszuüben. Die Zahl der weiteren Hygienefachkräfte sowie das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Zahl der Betten und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten.

(3) In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist ein Hygieneteam zu bilden, dem der Krankenhaushygieniker bzw. der Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft (Hygienefachkräfte) und weitere für Belange der Hygiene erforderliche Angehörige des ärztlichen und des nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören. Die Leitung des Hygieneteams obliegt dem Krankenhaushygieniker bzw. dem Hygienebeauftragten.

(4) Zu den Aufgaben des Hygieneteams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen in Krankenanstalten und der Gesunderhaltung dienen. Zur Durchführung dieser Aufgaben hat das Hygieneteam einen Hygieneplan zu erstellen. Das Hygieneteam ist auch allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr entstehen kann, beizuziehen. Das Hygieneteam hat darüber hinaus alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und Beschlüsse zu fassen. Diese sind schriftlich an den für die Umsetzung Verantwortlichen (ärztlicher Leiter, Leiter des Pflegedienstes oder Verwalter) weiterzuleiten.

(5) Für die Erfüllung seiner Aufgaben sind dem Hygieneteam die erforderlichen räumlichen, technischen und personellen Voraussetzungen zur Verfügung zu stellen.

(6) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien ist für die im Abs. 4 genannten Aufgaben jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen."

11. § 9c lautet:

"§ 9c

Ethikkommission

(1) In einer Krankenanstalt, an der klinische Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten durchgeführt oder neue medizinische Methoden angewendet werden, ist zu deren Beurteilung eine Ethikkommission einzurichten. Eine Ethikkommission kann für mehrere Krankenanstalten tätig werden.

(2) Die Beurteilung der Ethikkommission hat sich insbesondere zu beziehen auf

a) mitwirkende Personen und vorhandene Einrichtungen (personelle und strukturelle Rahmenbedingungen),

b) den Prüfplan im Hinblick auf die Zielsetzung und die wissenschaftliche Aussagekraft sowie die Beurteilung des Nutzen/Risiko-Verhältnisses,

c) die Art und Weise, in der die Auswahl der Versuchspersonen durchgeführt wird und in der Aufklärung und Zustimmung zur Teilnahme erfolgen,

d) die Vorkehrungen, die für den Eintritt eines Schadensfalls im Zusammenhang mit der klinischen Prüfung oder der Anwendung einer neuen medizinischen Methode getroffen werden.

(3) Neue medizinische Methoden im Sinn des Abs. 1 sind Methoden, die auf Grund der Ergebnisse der Grundlagenforschung und angewandten Forschung sowie unter Berücksichtigung der ärztlichen Erfahrung die Annahme rechtfertigen, daß eine Verbesserung der medizinischen Versorgung zu erwarten ist, die jedoch in Österreich noch nicht angewendet werden und einer methodischen Überprüfung bedürfen. Vor der Anwendung einer neuen medizinischen Methode hat die Befassung der Ethikkommission durch den Leiter der Organisationseinheit, in deren Bereich die neue medizinische Methode angewendet werden soll, zu erfolgen.

(4) Die Ethikkommission hat sich aus Frauen und Männern zusammenzusetzen und hat zu bestehen aus:

a) einem Arzt, der im Inland zur selbständigen Berufsausübung berechtigt ist und weder ärztlicher Leiter der Krankenanstalt noch Prüfungsleiter ist;

b) einem Facharzt, in dessen Sonderfach die jeweilige klinische Prüfung oder neue medizinische Methode fällt;

c) einem Vertreter des Krankenpflegefachdienstes;

d) einem rechtskundigen Vertreter des Rechtsträgers der Krankenanstalt;

e) einem Pharmazeuten;

f) einem Psychologen oder Psychotherapeuten;

g) einem Mitglied der Patientenvertretung (§ 7c) und

h) einer weiteren, nicht unter die lit. a bis g fallenden Person, die mit der Wahrnehmung seelsorgerischer Angelegenheiten in der Krankenanstalt betraut ist oder sonst über die entsprechenden ethischen Kompetenzen verfügt.

(5) Die Mitglieder der Ethikkommission sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt zu bestellen. Für jedes Mitglied ist ein in gleicher Weise qualifizierter Vertreter zu bestellen. Die Bestellung ist der Landesregierung anzuzeigen.

(6) Bei der Beurteilung eines Medizinproduktes ist der Technische Sicherheitsbeauftragte, bei infektionsrelevanten Belangen der Krankenhaushygieniker bzw. Hygienebeauftragte beizuziehen. Erforderlichenfalls sind weitere Experten beizuziehen.

(7) Die Ethikkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, die der Landesregierung anzuzeigen ist. Die Geschäftsordnung ist innerhalb von drei Monaten ab Einlangen der Anzeige zu untersagen, wenn sie den Aufgaben und Zielsetzungen der Ethikkommission nicht entspricht; andernfalls gilt die Geschäftsordnung als genehmigt.

(8) **(Verfassungsbestimmung)** Die Mitglieder bzw. Ersatzmitglieder der Ethikkommission sind in Ausübung ihrer Tätigkeit in der Ethikkommission weisungsfrei.

(9) Über jede Sitzung der Ethikkommission ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind der kollegialen Führung der Krankenanstalt, bei der Beurteilung einer klinischen Prüfung auch dem Prüfungsleiter bzw. bei der Anwendung einer neuen medizinischen Methode auch dem Leiter der Organisationseinheit zur Kenntnis zu bringen. Die Protokolle sind gemeinsam mit allen für die Beurteilung wesentlichen Unterlagen im Sinn des § 11 Abs. 5 30 Jahre lang aufzubewahren."

12. Nach § 9c wird folgender § 9d eingefügt:

"§ 9d

Personalplanung

(1) Die Rechtsträger der Krankenanstalten sind verpflichtet, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der

Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist hiefür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung ist jährlich der Landesregierung zu berichten.

(2) Die Landesregierung hat Methoden, nach denen die Personalbedarfsermittlung in Krankenanstalten durchzuführen sind, mit Verordnung festzulegen, wenn dies zur Sicherstellung einer vergleichbaren Grundlage für die Personalbesetzung erforderlich ist."

13. § 11 lautet:

"§ 11

Krankengeschichten und sonstige Vormerke

(1) In Krankenanstalten sind

a) Vormerke über die Aufnahme und Entlassung der Patienten (Aufnahmebuch oder -kartei) zu führen, in denen die Patienten jedenfalls unter fortlaufenden Nummern mit Vor- und Familienname (unter Angabe eines allfälligen Geburtsnamens), den Geburtsdaten und bei nicht eigenberechtigten Patienten auch unter Angabe des Vor- und Familiennamens, Berufes und Wohnortes ihres gesetzlichen Vertreters, ferner unter Bezeichnung der Krankheit, durch die die Aufnahme verursacht wurde, sowie des Aufnahme- und des Entlassungstages bzw. des Todestages und der Todesursache einzutragen sind; ferner Vormerke über die im Fall der Ablehnung der Aufnahme eines Patienten dafür maßgebenden Gründe;

b) Krankengeschichten anzulegen, in denen

aa) unter Übernahme der in lit. a bezeichneten Angaben die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese), der Zustand des Patienten zur Zeit der Aufnahme (status praesens), der Krankheitsverlauf (decursus morbi), die angeordneten Maßnahmen sowie die erbrachten ärztlichen Leistungen einschließlich Medikation (insbesondere hinsichtlich Name, Dosis, Darreichungsform und Chargen im Sinn des § 26 Abs. 7 des Arzneimittelgesetzes, BGBl.Nr. 158/1983) und Aufklärung des Patienten und

bb) sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen, einer allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinisch-technischen Dienste und

cc) der Zustand des Patienten zur Zeit seiner Entlassung aus der Krankenanstalt, gegebenenfalls mit einer Abschrift der Obduktionsniederschrift (§ 30 Abs. 3), und

dd) Verfügungen des Patienten, durch die dieser erst für den Fall des Verlustes seiner Handlungsfähigkeit das Unterbleiben bestimmter Behandlungsmethoden wünscht, um darauf bei allfälligen künftigen medizinischen Entscheidungen Bedacht nehmen zu können, und

ee) allfällige Widersprüche gemäß § 62a Abs. 1 KAG darzustellen sind;

c) über Operationen eigene Operationsniederschriften zu führen und der Krankengeschichte beizulegen;

d) über Entnahmen nach § 62a KAG eigene Niederschriften zu führen und der Krankengeschichte beizulegen; diese Niederschriften haben insbesondere Angaben darüber zu enthalten, wie der Tod des Spenders festgestellt wurde und wann dieser eingetreten ist, weiters Angaben über die Entnahme selbst, insbesondere über die entnommenen Organe oder Organteile und den Zeitpunkt der Durchführung.

(2) Die Führung der Krankengeschichte obliegt hinsichtlich der Aufzeichnungen

a) gemäß Abs. 1 lit. b sublit. aa, cc, dd und ee dem für die ärztliche Behandlung verantwortlichen Arzt, und

b) gemäß Abs. 1 lit. b sublit. bb der jeweils für die erbrachten sonstigen Leistungen verantwortlichen Person.

(3) Die Operationsniederschriften sind vom behandelnden Arzt zu führen, Niederschriften gemäß Abs. 1 lit. d sind hinsichtlich der Feststellungen über den Eintritt des Todes von dem den Tod feststellenden Arzt, hinsichtlich der Angaben über die Entnahme von dem die Entnahme durchführenden Arzt zu unterfertigen.

(4) Aufzeichnungen, die Geheimnisse betreffen, die den in einer Krankenanstalt beschäftigten Personen anvertraut oder bekannt geworden sind, dürfen im Rahmen der Krankengeschichte oder der sonstigen Vormerke nicht geführt werden. Ausgenommen davon sind jene Geheimnisse, für die eine Verschwiegenheitspflicht gemäß § 10 Abs. 2 nicht besteht.

(5) Die Verwahrung der Krankengeschichten und sonstigen Vormerke hat derart zu erfolgen, daß eine mißbräuchliche Kenntnisnahme ihres Inhaltes verläßlich ausgeschlossen ist. Nach ihrem Abschluß sind Vormerke gemäß Abs. 1 lit. b, c und d mindestens 30 Jahre, allenfalls in Form von Mikrofilmen oder auf einem zur Speicherung geeigneten Medium der elektronischen Datenverarbeitung (Magnetband, Diskette, Bildplatte usw.) in doppelter Ausfertigung, getrennt aufzubewahren; Hilfsmittel zur Erstellung von Befunden (wie Röntgenbilder, Präparate, EEG- und EKG-Aufzeichnungen und dgl.) sowie Vormerke gemäß Abs. 1 lit. b und c bei ambulanter Untersuchung oder Behandlung sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren, falls nicht der jeweilige Abteilungsleiter (Leiter der Krankenanstalt) eine längere Aufbewahrung anordnet. Wird eine Krankenanstalt aufgelassen, so sind Vormerke gemäß Abs. 1 lit. b, c und d, deren Verwahrungsdauer noch nicht abgelaufen ist, der Landesregierung zu übermitteln. Nach Ablauf der Verwahrungsdauer können solche Vormerke vernichtet werden. Verwahrung und Vernichtung haben so zu erfolgen, daß eine mißbräuchliche Kenntnisnahme des Inhalts verläßlich ausgeschlossen ist.

(6) Kopien von Krankengeschichten und von ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patienten sind von den Krankenanstalten

a) den Gerichten und Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, auf Grund eines Ersuchens, in dem das öffentliche Interesse begründet wird,

b) den Sozialversicherungsträgern, den Kranken- und Unfallfürsorgeeinrichtungen öffentlichen Rechts und der Patientenvertretung (§ 7b), soweit dies zur Wahrnehmung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung bildet, und

c) den einweisenden oder behandelnden Ärzten und den Krankenanstalten, in deren Behandlung der Betroffene steht,

auf Grund eines entsprechenden Ersuchens ohne Verzug kostenlos auszufolgen. Anderen Versicherungsträgern sind Kopien der Krankengeschichten ihrer Versicherten gegen Kostenersatz auszufolgen, wenn der Versicherte dem Rechtsträger gegenüber ausdrücklich schriftlich zugestimmt hat oder soweit dies zur Wahrung überwiegender berechtigter Interessen des Versicherungsträgers notwendig ist.

(7) Personen, auf die sich die Krankengeschichte bezieht sowie ihre Vertreter mit einer besonderen Vollmacht, die sich auf die Einsicht oder Ausfolgung bezieht, haben das Recht auf Einsicht sowie gegen Kostenersatz auf Ausfolgung von Kopien der Krankengeschichte. Dieses Recht besteht jedoch nicht, wenn wichtige medizinische oder therapeutische Gründe dagegen sprechen und dies auf Grund der besonderen Umstände des Einzelfalles zum Wohl des Patienten unvermeidlich ist.

(8) Kommt eine Krankenanstalt einem Ersuchen um Ausfolgung der Kopie einer Krankengeschichte nicht nach, so entscheidet über die Pflicht zur Ausfolgung der Abschrift auf Antrag die Bezirksverwaltungsbehörde.

(9) Den mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst betrauten Behörden haben die Krankenanstalten alle Mitteilungen zu erstatten, die zur Einhaltung zwischenstaatlicher Verpflichtungen und zur Überwachung der Einhaltung bestehender Vorschriften erforderlich sind.

(10) Die Abgabe wissenschaftlich begründeter Gutachten wird durch die Abs. 1 bis 9 nicht berührt.

(11) Die Rechtsträger der Krankenanstalten dürfen die Speicherung, Verarbeitung und Aufbewahrung von Krankengeschichten, auch mittels automationsunterstützter Datenverarbeitung, durch Vertrag solchen Rechtsträgern übertragen, die den Kriterien des Abs. 5 entsprechen. Für die bei diesen Rechtsträgern beschäftigten Personen besteht die

Verschwiegenheitspflicht gemäß § 10 sinngemäß. Diese Personen sind vom Rechtsträger, bei dem sie beschäftigt sind, auf die Einhaltung dieser Verpflichtung vor Aufnahme dieser Tätigkeit ausdrücklich hinzuweisen. Weitergaben von personenbezogenen Daten durch Rechtsträger, denen die Speicherung, Verarbeitung und Aufbewahrung übertragen wurde, sind nur an Ärzte oder Krankenanstalten, in deren Behandlung der Betroffene steht, und nur, sofern ein Auftrag jener Krankenanstalt vorliegt, die die Krankengeschichte angelegt hat, zulässig."

14. § 11a lautet:

"§ 11a

Pflegedienst

(1) Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist eine geeignete diplomierte Krankenpflegeperson als verantwortlicher Leiter des Pflegedienstes zu bestellen. Bei Verhinderung des verantwortlichen Leiters muß dieser von einer geeigneten diplomierten Krankenpflegeperson vertreten werden. In öffentlichen Krankenanstalten der im § 2 Z. 1 und 2 bezeichneten Art ist diese Tätigkeit hauptberuflich auszuüben.

(2) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die Bestellung des verantwortlichen Leiters des Pflegedienstes der Landesregierung anzuzeigen."

15. Nach § 11a werden folgende §§ 11b bis 11g eingefügt:

"§ 11b

Psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung

Die Rechtsträger von Krankenanstalten der im § 2 Z. 1, 2, 4 und 6 bezeichneten Art haben sicherzustellen, daß eine ausreichende klinisch psychologische und eine gesundheitspsychologische Betreuung und eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung angeboten wird.

§ 11c

Soziale Beratung

In öffentlichen Krankenanstalten der im § 2 Z. 1, 2, 4 und 6 bezeichneten Art ist sicherzustellen, daß soziale Beratung für Patienten in der Krankenanstalt zur Betreuung nach dem stationären Aufenthalt angeboten wird.

§ 11d

Supervision

Die Rechtsträger von Krankenanstalten der im § 2 Z. 1, 2, 4 und 6 bezeichneten Art haben sicherzustellen, daß den in den Krankenanstalten beschäftigten und einer entsprechenden Belastung ausgesetzten Personen im Rahmen ihrer Dienstzeit im erforderlichen Ausmaß Gelegenheit zur Teilnahme an einer berufsbegleitenden Supervision geboten wird. Die Supervision ist durch fachlich qualifizierte Personen auszuüben.

§ 11e

Fortbildung des nichtärztlichen Personals

Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben eine regelmäßige Fortbildung des Krankenpflegepersonals, der Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste sowie des übrigen in Betracht kommenden nichtärztlichen Personals sicherzustellen.

§ 11f

Qualitätssicherung

(1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben die Qualität (Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität) der Leistungen der Krankenanstalten sicherzustellen. Dazu sind interne organisatorische Einrichtungen zu schaffen, die regelmäßig vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten unter Bedachtnahme auf überregionale Belange ermöglichen.

(2) Die kollegiale Führung der Krankenanstalt hat die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen. In Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Träger der Krankenanstalt für jeden Bereich dafür zu sorgen, daß die jeweiligen Verantwortlichen die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherstellen.

(3) In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person steht. Dieser Kommission haben zumindest ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und ein Vertreter des Verwaltungsdienstes anzugehören. Erforderlichenfalls sind ein Vertreter des Hygieneteams, ein Facharzt für Pathologie, der Technische Sicherheitsbeauftragte sowie weitere Experten als stimmberechtigte Mitglieder beizuziehen.

(4) Die Mitglieder der Kommission sind von der kollegialen Führung der Krankenanstalt zu bestellen. Für jedes Mitglied ist ein in gleicher Weise qualifizierter Vertreter zu bestellen. Die Bestellung ist der Landesregierung anzuzeigen.

(5) Aufgabe der Kommission ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die kollegiale Führung der Krankenanstalt bzw. in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung den jeweiligen Verantwortlichen über alle hiefür erforderlichen Maßnahmen zu beraten.

(6) Die Landesregierung kann durch Verordnung nähere Bestimmungen über die Maßnahmen der Qualitätssicherung im Hinblick auf die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität und deren Kontrolle erlassen. Dabei sind überregionale Belange zu berücksichtigen und ist darauf Bedacht zu nehmen, daß eine vergleichende Prüfung mit anderen Krankenanstalten ermöglicht wird.

(7) Die Kommission für Qualitätssicherung hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, die der Landesregierung anzuzeigen ist. Die Geschäftsordnung ist innerhalb von drei Monaten ab Einlangen der Anzeige zu untersagen, wenn sie den Aufgaben und Zielsetzungen der Kommission für Qualitätssicherung nicht entspricht; andernfalls gilt die Geschäftsordnung als genehmigt.

§ 11g

Patientenrechte

(1) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben sicherzustellen, daß unter Bedachtnahme auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot die Rechte der Patienten (Abs. 2) in der Krankenanstalt beachtet werden und daß den Patienten die Wahrnehmung ihrer Rechte in der Krankenanstalt ermöglicht wird.

(2) Hiebei ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, daß

a) Patienten Informationen über die ihnen zustehenden Rechte erhalten sowie ihr Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte ausüben können;

b) Patienten ihr Recht auf Aufklärung und Information über die Behandlungsmöglichkeiten samt Risken ausüben können;

c) auf Wunsch des Patienten ihm oder Vertrauenspersonen medizinische Informationen durch einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt in möglichst verständlicher und schonungsvoller Art gegeben werden;

d) ausreichend Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten mit der Außenwelt bestehen und Vertrauenspersonen des Patienten im Fall einer nachhaltigen Verschlechterung seines Gesundheitszustands auch außerhalb der Besuchszeiten Kontakt mit dem Patienten aufnehmen können;

e) auf Wunsch des Patienten eine seelsorgerische Betreuung möglich ist;

f) auf Wunsch des Patienten eine psychologische Unterstützung möglich ist;

g) auch in Mehrbetträumen eine ausreichende Wahrung der Intimsphäre gewährleistet ist;

h) neben der Erbringung fachärztlicher Leistungen auch für allgemeine medizinische Anliegen des Patienten ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt zur Verfügung steht;

i) ein würdevolles Sterben sichergestellt ist und Vertrauenspersonen Kontakt mit dem Sterbenden pflegen können;

j) bei der Leistungserbringung möglichst auf den im allgemeinen üblichen Lebensrhythmus abgestellt wird;

k) bei der stationären Versorgung von Kindern eine möglichst kindergerechte Ausstattung der Krankenräume gegeben ist."

16. § 16 lautet:

"§ 16

Werbebeschränkung

Den Rechtsträgern von Krankenanstalten ist es verboten, selbst oder durch andere physische oder juristische Personen unsachliche oder unwahre Informationen im Zusammenhang mit dem Betrieb einer Krankenanstalt zu geben."

17. Dem § 26 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

"Die Landesregierung kann festlegen, daß die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten einer Abteilung ein Fünftel der in dieser Abteilung bereitstehenden Bettenzahl nicht übersteigt, wenn dies zur Sicherung einer ausreichenden Versorgung mit Betten der allgemeinen Gebührenklasse erforderlich ist."

18. § 27 Abs. 3 lautet:

"(3) Anstaltsbedürftig im Sinn des Abs. 2 sind Personen, deren auf Grund ärztlicher Untersuchung festgestellter geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Krankenanstaltenpflege erfordert, Personen, die ein Sozialversicherungsträger oder ein

Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zum Zweck einer Befundung oder einer Begutachtung in die Krankenanstalt einweist, gesunde Personen zur Vornahme einer klinischen Prüfung eines Arzneimittels oder eines Medizinproduktes sowie Personen, die der Aufnahme in die Krankenanstalt zur Vornahme von Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin bedürfen."

19. § 32 Abs. 1 lautet:

"(1) In öffentlichen Krankenanstalten der im § 2 Z. 1 und 2 bezeichneten Art sind Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen, ambulant zu untersuchen oder zu behandeln, wenn es

a) zur Leistung erster ärztlicher Hilfe oder

b) zur Behandlung nach erster ärztlicher Hilfe oder in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege, die im Interesse des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muß, oder

c) über ärztliche Zuweisung zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen, oder

d) über ärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege oder

e) im Zusammenhang mit Organ- oder Blutspenden oder

f) zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten oder

g) für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin

notwendig ist."

19a. Im § 34a erhalten die bisherigen Abs. 2, 3 und 4 die Bezeichnung "(3)", "(4)" und "(6)"; folgende Abs. 2 und 5 werden eingefügt:

"(2) Die Landesregierung hat durch Verordnung den Prozentsatz der maximal möglichen jährlichen Erhöhung der gesamten Ärztehonorare festzulegen. Dabei ist auf die Leistung und das Einkommen der Ärzte sowie darauf Bedacht zu nehmen, daß eine ordnungsgemäße Führung der Sonderklasse gewährleistet ist und die Honorare ein angemessenes Entgelt darstellen. Vor Erlassung der Verordnung ist der Ärztekammer für Oberösterreich und den Rechtsträgern der Krankenanstalten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben."

"(5) Wenn der Ärztehonoraranteil von Fachärzten oder Ärzten in Ausbildung zum Facharzt eine vom Rechtsträger unter Berücksichtigung der ärztlichen Leistung jährlich festzusetzende Mindesthöhe nicht erreicht, kann der Rechtsträger einen weiteren Anteil in der Höhe von höchstens 5 v.H. an den Ärztehonoraren einbehalten. Aus diesem Anteil sind die genannten Ärzte unter Berücksichtigung ihrer Leistung und ihres Einkommens zu honorieren."

20. § 39a lautet:

"§ 39a

Besondere Bestimmungen für ausländische Staatsangehörige

(1) Die Aufnahme von Personen (ausgenommen Personen gemäß Abs. 2 Z. 2 bis 5), die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die die voraussichtlichen Pflegegebühren, allfälligen Sondergebühren und Ärztehonorare sowie den Kostenbeitrag bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinn des Abs. 2 erster Satz nicht erlegen oder sicherstellen, ist auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 27 Abs. 4) beschränkt.

(2) Die Landesregierung kann durch Verordnung bestimmen, daß bei der Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen, statt der Pflege(Sonder-)gebühren sowie des Kostenbeitrages die tatsächlich erwachsenen Behandlungskosten in Rechnung zu stellen sind. Dies gilt jedoch nicht für

1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 27 Abs. 4), sofern sie im Inland eingetreten sind,

2. Flüchtlinge im Sinn des § 1 des Bundesgesetzes BGBl.Nr. 126/1968, in der Fassung BGBl.Nr. 796/1974 über die Aufenthaltsberechtigung von Flüchtlingen im Sinn der Konvention über die Rechtsstellung der Flüchtlinge, BGBl.Nr. 55/1955,
3. Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten,
4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund eines von der Republik Österreich geschlossenen zwischenstaatlichen Übereinkommens im Bereich der Sozialen Sicherheit oder auf Grund der Verordnungen des Rates (EWG) Nr. 1408/71, ABl.Nr. L 149 vom 5. Juli 1971, S. 2, und Nr. 574/72, ABl.Nr. L 74 vom 27. März 1972, S. 1, zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind, und
5. Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind und die in Österreich einen Wohnsitz haben."

21. Im § 21 Abs. 1 und Abs. 5 Z. 1, im § 27 Abs. 2 und Abs. 8 und im § 39b Abs. 1 wird der Begriff "ordentlicher Wohnsitz" in der jeweiligen grammatikalischen Form durch den Begriff "Hauptwohnsitz" in der jeweils entsprechenden grammatikalischen Form ersetzt.

22. Dem § 64 wird folgender Abs. 4 angefügt:

"(4) Ärztliche Leiter, die vor Inkrafttreten der O.ö. Krankenanstaltengesetz-Novelle 1996 bestellt wurden, dürfen diese Funktion auch dann weiterhin ausüben, wenn sie die Voraussetzungen nach § 8 Abs. 3 O.ö. Krankenanstaltengesetz 1976 in der Fassung der O.ö. Krankenanstaltengesetz-Novelle 1996 nicht erfüllen; das Fehlen dieser Voraussetzungen gilt nicht als Widerrufsgrund nach § 8 Abs. 6 in der Fassung der O.ö. Krankenanstaltengesetz-Novelle 1996."

23. Im O.ö. Krankenanstalten-Gesetz 1976 wird der Begriff "Pflegling" in allen seinen grammatikalischen Formen durch den Begriff "Patient" in der jeweils entsprechenden grammatikalischen Form ersetzt.

Artikel II
Inkrafttreten

Dieses Landesgesetz tritt mit Ablauf des Tages der Kundmachung im Landesgesetzblatt für Oberösterreich in Kraft.