Regierungsvorlage **Beilage 138/2012**

Gesetz

über eine Änderung des Spitalgesetzes

Der Landtag hat beschlossen:

Das Spitalgesetz, LGBl.Nr. 54/2005, in der Fassung LGBl.Nr. 7/2006, Nr. 67/2008, Nr. 63/2010, Nr. 7/2011 und Nr. 27/2011, wird wie folgt geändert:

1. Vor dem Art. I § 1 wird folgende Unterabschnittsbezeichnung eingefügt:

„1. Unterabschnitt
Allgemeine Regelungen über
Krankenanstalten“

2. Der Art. I § 2 Abs. 4 lautet:
„(4) Im Sinne dieses Gesetzes ist:
a) Fondskrankenanstalt: eine Krankenanstalt gemäß § 2 lit. a des Landesgesundheitsfondsgesetzes;
b) Fachrichtungsbezogene Organisationseinheit: eine Abteilung oder eine reduzierte Organisationseinheit;
c) Reduzierte Organisationseinheit: ein Department, ein Fachschwerpunkt, eine dislozierte Wochenklinik oder eine dislozierte Tagesklinik;
d) Sonstige Organisationseinheit: ein Anstaltsambulatorium, ein Laboratorium, eine Intensiv- oder Überwachungseinheit, ein Referenzzentrum, eine Prosektur, ein Institut und ähnliches;
e) LKF: leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung nach der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens;
f) ÖSG: der auf der Homepage des zuständigen Bundesministeriums veröffentlichte Österreichische Strukturplan Gesundheit.“

3. Die Überschrift des Art. I § 3 lautet:

„§ 3
Arten von Krankenanstalten“

4. Im Art. I § 3 wird der erste Satz durch folgenden Satz ersetzt: „Krankenanstalten können in folgende Arten untergliedert werden:“.

5. Die Art. I §§ 4 bis 7 entfallen; die bisherigen Art. I §§ 8 bis 11 werden als Art. I §§ 4 bis 7 bezeichnet.

6. Im nunmehrigen Art. I § 4 Abs. 1 zweiter Satz wird das Wort „solche“ durch den Ausdruck „Krankenanstalten nach § 3 lit. a bis c“ ersetzt.

7. Im nunmehrigen Art. I § 7 Abs. 2 wird der letzte Satz durch folgende Sätze ersetzt:
„Von ihrer Errichtung kann abgesehen werden, wenn im jeweiligen Einzugsgebiet die Voraussetzungen der §§ 11 oder 11a durch fachrichtungsbezogene Organisationseinheiten erfüllt werden, die von einer Schwerpunktkrankenanstalt disloziert geführt werden. Im Land ist eine Schwerpunktkrankenanstalt einzurichten.“

8. Nach dem nunmehrigen Art. I § 7 werden folgende Unterabschnitte eingefügt:

„2. Unterabschnitt
Organisationseinheiten in
Krankenanstalten

§ 8
Arten von Organisationseinheiten

(1) In Krankenanstalten können nach Maßgabe dieses Gesetzes fachrichtungsbezogene und sonstige Organisationseinheiten eingerichtet werden.

(2) Die Einrichtung von reduzierten Organisationseinheiten ist nur in Standard- und Schwerpunktkrankenanstalten und – mit Ausnahme bei Departments für Psychosomatik – nur zulässig, wenn
a) ein begründeter Ausnahmefall vorliegt (z.B. die Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen oder die Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung), und
b) der wirtschaftliche Betrieb einer Abteilung mangels ausreichender Auslastung nicht erwartet werden kann.

(3) Departments für Unfallchirurgie, die vor dem 1. Jänner 2012 im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie eingerichtet worden sind, müssen

bis zum 31. Dezember 2015 in Satellitendepartments gemäß § 8b Abs. 4 umgewandelt werden.

(4) Departments für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, die vor dem 1. Jänner 2012 im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie eingerichtet worden sind, müssen bis zum 31. Dezember 2015 in Fachschwerpunkte gemäß § 8c umgewandelt werden.

§ 8a
Abteilung

Eine Abteilung ist eine bettenführende Einrichtung einer Krankenanstalt, die zeitlich uneingeschränkt zu betreiben ist und die im Rahmen der Abdeckung des fachrichtungsbezogenen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung in ihrem Einzugsbereich nach Maßgabe des § 36 die jederzeitige Verfügbarkeit fachärztlicher Akutversorgung anstaltsbedürftiger Personen im jeweiligen Sonderfach sicherzustellen hat.

§ 8b
Departments

(1) Departments sind bettenführende Einrichtungen mit eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG. Sie dürfen nur im Rahmen der nachstehenden Abteilungen geführt werden:

a) Departments für Unfallchirurgie in Form von Satellitendepartments gemäß Abs. 4;
b) in Abteilungen für Innere Medizin oder für Neurologie: Departments für Akutgeriatrie/ Remobilisation;
c) in Abteilungen für Chirurgie: Departments für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie;
d) in Abteilungen für Psychiatrie oder für Innere Medizin: Departements für Psychosomatik für Erwachsene;
e) in Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie: Departments für Kinder- und Jugendpsychosomatik.

(2) Departments verfügen über folgende Bettenzahl:

a) Satellitendepartments für Unfallchirurgie: 15 bis 24 Betten;
b) Departments für Akutgeriatrie/Remobilisation: mindestens 20 Betten;
c) Departments für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie: 15 bis 24 Betten;
d) Departments für Psychosomatik für Erwachsene: mindestens zwölf Betten;
e) Departments für Kinder- und Jugendpsychosomatik: mindestens zwölf Betten.

(3) Departments müssen – mit Ausnahme von Satellitendepartments für Unfallchirurgie – nach Maßgabe des § 36 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden und über mindestens drei Fachärzte oder Fachärztinnen der vorgehaltenen Fachrichtung verfügen.

(4) Satellitendepartments für Unfallchirurgie sind organisatorisch Teil jener Krankenanstalt, in der sie betrieben werden. Die ärztliche Versorgung der Satellitendepartments ist von einer Abteilung für Unfallchirurgie einer anderen Krankenanstalt oder – im Falle einer Krankenanstalt mit mehreren Standorten – von einer Abteilung für Unfallchirurgie an einem anderen Krankenanstaltenstandort sicherzustellen (Mutterabteilung).

§ 8c
Fachschwerpunkte

(1) Fachschwerpunkte sind bettenführende Einrichtungen mit einem auf elektive Eingriffe eingeschränkten Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG. Sie dürfen nur für folgende medizinischen Sonderfächer errichtet werden: Augenheilkunde und Optometrie; Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten; Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie; Orthopädie und Orthopädische Chirurgie; Urologie.

(2) Fachschwerpunkte müssen an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt oder derselben Krankenanstalt an einem anderen Standort angebunden sein.

(3) Fachschwerpunkte verfügen über acht bis 14 Betten.

(4) Fachschwerpunkte können eingeschränkte Betriebszeiten aufweisen, wenn außerhalb dieser Betriebszeiten eine Rufbereitschaft sichergestellt ist. Sie müssen über mindestens zwei Fachärzte oder Fachärztinnen der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärzte oder Fachärztinnen zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen.

§ 8d
Dislozierte Wochenkliniken

(1) Dislozierte Wochenkliniken sind bettenführende Einrichtungen mit kurzer Verweildauer und einem Leistungsangebot, das auf die Basisversorgungsleistungen im Sinne des ÖSG eingeschränkt ist.

(2) Die ärztliche Versorgung einer dislozierten Wochenklinik erfolgt durch eine Abteilung derselben Fachrichtung, die in einer anderen Krankenanstalt oder an derselben Krankenanstalt an einem anderen Standort eingerichtet ist

(Mutterabteilung).

(3) Dislozierte Wochenkliniken müssen jedenfalls von Montag früh bis Freitag abends zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, sofern die Anstaltsordnung keine abweichenden Regelungen für Feiertage enthält (vgl. § 29 Abs. 2 lit. h). Im Bedarfsfall muss die Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten und Patientinnen außerhalb der Betriebszeiten sicherstellen.

§ 8e
Dislozierte Tageskliniken

(1) Dislozierte Tageskliniken sind bettenführende Einrichtungen an Standorten von Krankenanstalten ohne vollstationäre bettenführende Einrichtung (Abteilung, Department oder Fachschwerpunkt) desselben Sonderfaches, deren Leistungsangebote im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG auf tagesklinisch elektiv erbringbare konservative und operative Leistungen eingeschränkt sind.

(2) Dislozierte Tageskliniken können in der betreffenden Krankenanstalt:

a) eigenständig geführt und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt oder derselben Krankenanstalt an einem anderen Standort angebunden sein; oder
b) als bettenführende Einrichtung eingerichtet werden, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt oder an derselben Krankenanstalt an einem anderen Standort eingerichtet ist (Mutterabteilung).

(3) Dislozierte Tageskliniken haben eingeschränkte Betriebszeiten. Außerhalb der Betriebszeiten ist jedenfalls die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sicherzustellen.

§ 8f
Anstaltsambulatorien

Anstaltsambulatorien sind organisatorisch unselbständige Einrichtungen einer Krankenanstalt, in denen ambulante diagnostische und therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden.

§ 8g
Referenzzentren

(1) Referenzzentren sind spezialisierte Strukturen im Rahmen der bettenführenden Organisationsstrukturen, die in Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalten zur Bündelung der Erbringung komplexer Leistungen eingerichtet werden können.

(2) Referenzzentren können nur für folgende Bereiche errichtet werden:

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

3. Unterabschnitt
Betriebsformen von Organisationseinheiten

§ 9
Betriebsformen von fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten

Die fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten können auch in folgenden Betriebsformen geführt werden:

a) interdisziplinär: es werden Patienten und Patientinnen aus verschiedenen Sonderfächern, die in der Krankenanstalt in einer fachrichtungsbezogenen Organisationseinheit vorgehalten werden, behandelt, wobei Patienten und Patientinnen jederzeit zweifelsfrei einem Sonderfach zugeordnet werden können;
b) wochenklinisch: die Bettenbereiche werden fachspezifisch oder interdisziplinär für die stationäre Behandlung von Patienten und Patientinnen betrieben, deren Entlassung innerhalb der bewilligten Betriebszeit zu erwarten ist;
c) tagesklinisch: der Bettenbereich wird fachspezifisch oder interdisziplinär betrieben und die Aufnahme und Entlassung erfolgt am selben Tag, wobei das Leistungsspektrum auf tagesklinisch erbringbare konservative und elektive operative Leistungen beschränkt ist.

§ 9a
Betriebsformen von Anstaltsambulatorien

(1) Anstaltsambulatorien können in folgenden Betriebsformen geführt werden:

a) als interdisziplinär geführte Ambulanzen;

b) als Fachambulanzen eingeschränkt auf ein medizinisches Sonderfach;
c) als Spezialambulanzen spezialisiert auf die Behandlung einzelner Krankheitsbilder; oder
d) als Ambulante Erstversorgungseinheit.

(2) Spezialambulanzen gemäß Abs. 1 lit. c sind bestimmten Fachambulanzen zuzuordnen.

§ 9b
Ambulante Erstversorgungseinheit

(1) Anstaltsambulatorien und selbständige Ambulatorien können auch in Form von Ambulanten Erstversorgungseinheiten betrieben werden; das sind interdisziplinäre Strukturen zur Erstbegutachtung und Erstbehandlung samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und erforderlichenfalls Weiterleitung der Patienten und Patientinnen in die erforderliche ambulante oder stationäre Versorgungsstruktur.

(2) Ambulante Erstversorgungseinheiten können über eine angemessene Zahl von nicht bewilligungspflichtigen Betten (Funktionsbetten) verfügen, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist.

(3) Disloziert geführte ambulante Erstversorgungeinheiten 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 acht 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.

(4) Im Übrigen sind die §§ 9c lit. a bis e und 51 Abs. 3 bis 5 sinngemäß anzuwenden.

§ 9c
Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit

(1) Im Übrigen ist die Betriebsform einer Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheit zulässig; das ist eine Einrichtung mit uneingeschränkter Betriebszeit, die aus einer Erstversorgungsambulanz und einem Aufnahmebereich mit bewilligungspflichtigen (systemisierten) Betten zur stationären Behandlung von Patienten und Patientinnen für längstens 24 Stunden besteht.

(2) Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten dürfen nur in begründeten Ausnahmefällen disloziert geführt werden, z.B. zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen oder zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung. Ihr zulässiges Leistungsspektrum umfasst:
a) die Durchführung ambulanter Erstversorgung von Akut- und Notfällen inklusive der basalen Unfallversorgung;
b) die Erstbegutachtung und erforderlichenfalls die Erstbehandlung sonstiger ungeplanter Zugänge samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes;
c) die Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür notwendige Fachstruktur innerhalb oder außerhalb der jeweiligen erstversorgenden Krankenanstalt im stationären oder ambulanten Bereich;
d) die kurze stationäre Behandlung oder Beobachtung bis zu 24 Stunden;
e) die organisatorische Übernahme ungeplanter stationärer Aufnahmen außerhalb der Routine-Betriebszeiten (Nachtaufnahmen) mit Verlegung auf geeignete Normalpflegebereiche bei Beginn der Routinedienste (Tagdienst).

4. Unterabschnitt
Allgemeine Krankenanstalten

§ 10
Allgemeines

(1) Allgemeine Krankenanstalten sind einzurichten als:
a) Standardkrankenanstalten;
b) Schwerpunktkrankenanstalten;
c) Zentralkrankenanstalten.

(2) Standardkrankenanstalten, die am 1. Jänner 2011 über eine rechtskräftige Errichtungs- und Betriebsbewilligung verfügt haben, können als Standardkrankenanstalten der Basisversorgung geführt werden, wenn
a) sie über einen natürlichen Einzugsbereich von weniger als 50.000 Einwohner verfügen; oder
b) eine Standardkrankenanstalt, eine Schwerpunktkrankenanstalt oder eine Zentralkrankenanstalt rasch erreicht werden kann.

§ 11
Standardkrankenanstalten

(1) In Standardkrankenanstalten sind Abteilungen zumindest für folgende medizinische Sonderfächer einzurichten:
a) Chirurgie;
b) Innere Medizin.

(2) Ferner müssen in Standardkrankenanstalten Einrichtungen für Anästhesiologie, für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein. Diese Einrichtungen müssen durch Fachärzte oder Fachärztinnen des betreffenden Sonderfaches betreut werden.

(3) In Standardkrankenanstalten können unter Beachtung der §§ 8 und 8b bis 8e reduzierte Organisationseinheiten eingerichtet werden. Fachschwerpunkte, dislozierte Tageskliniken und dislozierte Wochenkliniken dürfen nur in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen eingerichtet werden.

(4) Die fachrichtungsbezogenen und sonstigen Organisationseinheiten können gänzlich oder teilweise örtlich getrennt untergebracht sein, sofern sie funktionell-organisatorisch verbunden sind. Dies gilt auch bei örtlich getrennter Unterbringung im Gebiet eines anderen Landes oder – unter den im § 23a geregelten Voraussetzungen – eines ausländischen Staates.

§ 11a
Standardkrankenanstalten der Basisversorgung

(1) Standardkrankenanstalten der Basisversorgung müssen zumindest

a) eine Abteilung für Innere Medizin ohne weitere Spezialisierung führen;
b) eine dislozierte Tages- oder Wochenklinik führen, in der die Basisversorgung im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG in der Chirurgie sichergestellt ist; und
c) eine permanente Erstversorgung von Akutfällen samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfs und die Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Versorgungsstruktur gewährleisten.

(2) Darüber hinaus können für operativ tätige Fachrichtungen unter Beachtung der §§ 8 und 8b bis 8e reduzierte Organisationseinheiten geführt werden, die auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG beschränkt sind. Fachschwerpunkte dürfen nur in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen eingerichtet werden. Dislozierte Wochenkliniken und dislozierte Tageskliniken dürfen nur als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend eingerichtet werden.

(3) In Standardkrankenanstalten der Basisversorgung dürfen keine neuen Abteilungen eingerichtet werden. Die Fortführung sonstiger bestehender Fachrichtungen, soweit sie konservativ tätig sind, in einer fachrichtungsbezogenen Organisationseinheit ist nur in Ausnahmefällen zulässig und wenn dies im jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit vorgesehen ist. Bei Bedarf sind entsprechend § 7 ergänzende Einrichtungen für Akutgeriatrie/Remobilisation oder Remobilisation/Nachsorge einzurichten.

(4) Standardkrankenanstalten der Basisversorgung müssen eine komplexere medizinische Versorgung durch Kooperation mit einer Standard-, Schwerpunkt-, Zentral- oder Sonderkrankenanstalt sicherstellen, wenn und soweit dies der Patientenbedarf erfordert.

(5) In Standardkrankenanstalten der Basisversorgung dürfen nur Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG erbracht werden.

(6) Standardkrankenanstalten der Basisversorgung können auch als dislozierte Betriebsstätten einer räumlich nahen Standard-, Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalt geführt werden.

§ 11b
Schwerpunktkrankenanstalten

(1) In Schwerpunktkrankenanstalten sind Abteilungen zumindest für folgende medizinische Sonderfächer einzurichten:

a) Augenheilkunde und Optometrie;
b) Chirurgie;
c) Frauenheilkunde und Geburtshilfe einschließlich Perinatologie;
d) Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten;
e) Haut- und Geschlechtskrankheiten;
f) Innere Medizin;
g) Kinder- und Jugendheilkunde einschließlich Neonatologie;
h) Neurologie und Psychiatrie;
i) Orthopädie und Orthopädische Chirurgie;
j) Unfallchirurgie und
k) Urologie.

(2) Ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Hämodialyse, für Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin und für Intensivpflege vorhanden sein; entsprechend dem Bedarf hat die Betreuung auf dem Sonderfach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie durch eigene Einrichtungen oder durch eine fachärztliche Betreuung durch Konsiliarärzte oder Konsiliarärztinnen zu erfolgen. Die Einrichtungen müssen durch Fachärzte oder Fachärztinnen des betreffenden Sonderfaches betreut werden.

(3) Weiters müssen eine Anstaltsapotheke, ein Pathologisches Institut sowie ein Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik

geführt werden. Die Verpflichtung zur Führung eines Instituts für medizinische und chemische Labordiagnostik besteht nicht, wenn die notwendige Versorgung durch eine entsprechende Einrichtung außerhalb der Krankenanstalt sichergestellt ist.

(4) Die fachrichtungsbezogenen und sonstigen Organisationseinheiten können gänzlich oder teilweise örtlich getrennt untergebracht sein, sofern sie funktionell-organisatorisch verbunden sind. Dies gilt auch bei örtlich getrennter Unterbringung im Gebiet eines anderen Landes oder – unter den im § 23a geregelten Voraussetzungen – eines ausländischen Staates.

(5) Von der Errichtung einzelner Abteilungen kann abgesehen werden, wenn im Einzugsbereich, für den die Krankenanstalt vorgesehen ist, entsprechende Abteilungen, Fachschwerpunkte oder Departments außerhalb der Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.

(6) In Schwerpunktkrankenanstalten können unter Beachtung der §§ 8 und 8b bis 8e reduzierte Organisationseinheiten eingerichtet werden. Dislozierte Wochenkliniken und dislozierte Tageskliniken dürfen nur in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen eingerichtet werden. Fachschwerpunkte dürfen nur in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie als Ersatz für die vorzuhaltenden Abteilungen eingerichtet werden.

§ 11c
Zentralkrankenanstalten

(1) Zentralkrankenanstalten sind mit grundsätzlich allen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen auszustatten.

(2) Der § 11b Abs. 4 gilt sinngemäß."

9. Vor dem Art. I § 12 wird folgende Unterabschnittsbezeichnung eingefügt:

„5. Unterabschnitt
Ethikkommission und
Patientenanwaltschaft"

10. Im Art. I § 12 Abs. 3 wird nach der lit. g folgende lit. h eingefügt und die bisherigen lit. h bis l als lit. i bis m bezeichnet:
„h) eine Person, die die Interessen der Senioren vertritt und einer Seniorenorganisation angehört, deren Einrichtung dem Bundes-Seniorengesetz entspricht;"

11. Im Art. I § 12 Abs. 4 erster Satz wird der Ausdruck „Abs. 3 lit. b, f, k und l" durch den Ausdruck „Abs. 3 lit. b, f, l und m" ersetzt.

12. Im Art. I § 12 Abs. 5 werden der Ausdruck „Abs. 3 lit. l" durch den Ausdruck „Abs. 3 lit. m" und der Ausdruck „Abs. 3 lit. k" durch den Ausdruck „Abs. 3 lit. l" ersetzt.

13. Im Art. I § 12 Abs. 9 zweiter Satz werden die lit. c bis e durch folgende lit. c bis f ersetzt:
„c) der Person oder Einrichtung, der es obliegt, den Antrag auf Beurteilung des Vorhabens zu stellen;
d) bei der Beurteilung einer klinischen Prüfung: auch dem Prüfer oder der Prüferin;
e) bei der Beurteilung von Pflegeforschungsprojekten und der Anwendung neuer Pflegekonzepte und -methoden: auch der ärztlichen Leitung der betroffenen Organisationseinheit;
f) bei Vorhaben in Pflegeheimen: auch dem Träger des Pflegeheimes."

14. Im Art. I § 13 Abs. 1 lit. b wird das Wort „einschließlich" durch das Wort „und" ersetzt.

15. Im Art. I § 13 Abs. 1 lit. d entfällt die Wortfolge „einschließlich von nicht-interventionellen Studien".

16. Im Art. I § 13 Abs. 4 erster Satz wird die Wortfolge „Durchführung eines Vorhabens gemäß Abs. 1 lit. b" durch die Wortfolge „Anwendung einer neuen medizinischen Methode" ersetzt.

17. Vor dem Art. I § 15 wird folgende Unterabschnittsbezeichnung eingefügt:

„6. Unterabschnitt
Not- und Zivilspitäler"

18. Im Art. I § 23 Abs. 3 lit. g wird das Wort „Abteilungen" ersetzt durch das Wort „fachrichtungsbezogenen".

19. Im Art. I § 23a wird in der Überschrift das Wort „**Abteilungen**" ersetzt durch das Wort „**fachrichtungsbezogenen**".

20. Im Art. I § 23a Abs. 1 erster Satz werden der Ausdruck „§ 6 Abs. 4" durch den Ausdruck „§§ 11 Abs. 4 oder 11b Abs. 4" und das Wort „Abteilungen" durch das Wort „fachrichtungsbezogene" ersetzt.

21. Im Art. I § 23a Abs. 3 wird die Wortfolge „von Abteilungen oder" ersetzt durch die Wortfolge „fachrichtungsbezogener oder sonstiger".

22. Im Art. I § 24 Abs. 1 lit. c wird der Klammerausdruck „(§ 4)“ durch den Klammerausdruck „(§ 10)“ ersetzt.

23. Der Art. I § 24 Abs. 1 lit. g lautet:
„g) eine Errichtung neuer oder eine Auflassung bestehender fachrichtungsbezogener Organisationseinheiten oder folgender sonstiger Organisationseinheiten: Anstaltsambulatorien, die als interdisziplinäre (Fach)Ambulanzen geführt werden, Laboratorien oder Institute;“

24. Der Art. I § 24 Abs. 2 lautet:
„(2) Jede sonstige geplante räumliche Veränderung einer Organisationseinheit oder jede Änderung der Betriebsform einer fachrichtungsbezogenen Organisationseinheit oder eines Anstaltsambulatoriums ist der Landesregierung schriftlich anzuzeigen. Wenn das angezeigte Vorhaben dem Regionalen Strukturplan Gesundheit für Krankenanstalten widerspricht, dann ist es längstens binnen sechs Monaten nach Vorliegen einer vollständigen Anzeige mit Bescheid zu untersagen. Später abgefertigte Untersagungsbescheide sind nur unter Setzung einer Frist im Sinne des § 26 Abs. 5 möglich.“

25. Im Art. I § 24 Abs. 3 dritter Satz entfällt der Ausdruck „im Sinne des Abs. 1 lit. a, e und f“.

26. Im Art. I § 24 Abs. 4 wird nach dem Wort „von“ das Wort „selbständigen“ eingefügt.

27. Im Art. I § 26 Abs. 1, 2 und 3 wird jeweils das Wort „Abteilungen“ ersetzt durch das Wort „fachrichtungsbezogener“.

28. Im Art. I § 28 Abs. 1 werden der zweite und dritte Satz durch folgenden Satz ersetzt: „Reduzierte Organisationseinheiten können nur unter Beachtung der §§ 8 und 8b bis 8e eingerichtet werden.“

29. Der Art. I § 28 Abs. 2 bis 4 lautet:
„(2) Die einzelnen fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten und Pflegegruppen sind hinsichtlich ihrer Bettenanzahl unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin in einer überschaubaren Größe zu halten; dabei sind die §§ 8 bis 8e sowie die einschlägigen Strukturqualitätskriterien zu beachten. Die im Regionalen Strukturplan Gesundheit für Krankenanstalten vorgesehene höchstzulässige Bettenzahl darf vorbehaltlich des § 69 nicht überschritten werden.

(3) Wenn Betten für Patienten und Patientinnen verschiedener Sonderfächer zur Verfügung stehen (interdisziplinäre Belegung), dann müssen die Patienten und Patientinnen jederzeit zweifelsfrei einer bestimmten fachrichtungsbezogenen Organisationseinheit zugeordnet werden können; auch bei einer interdisziplinären Belegung gelten die im Regionalen Strukturplan Gesundheit für Krankenanstalten vorgesehene höchstzulässige Bettenzahl je Sonderfach und die Regelungen über die vorübergehende Zuweisung von Krankenzimmern und Betten (§ 69).

(4) Die apparative Ausstattung und personelle Besetzung von fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten, Pflegegruppen sowie anderer Einrichtungen der Krankenanstalt hat der Funktion der Anstalt und dem Bedarf zu entsprechen; dabei sind die einschlägigen Strukturqualitätskriterien zu beachten.“

30. Der Art. I § 29 Abs. 2 lit. a lautet:
„a) die Aufgaben, welche die Krankenanstalt nach ihrem Zweck zu erfüllen hat, und die dazu bereitgestellten Einrichtungen einschließlich der Einrichtungen für ambulante Untersuchung und Behandlung; die genaue Abgrenzung allfälliger fachrichtungsbezogener Organisationseinheiten; Regelungen über die Anbindung und Kooperation von reduzierten Organisationseinheiten mit anderen Organisationseinheiten; Regelungen über die funktionell-organisatorische Verbindung bei gänzlicher oder teilweiser örtlich getrennter Unterbringung einer fachrichtungsbezogenen oder sonstigen Organisationseinheit; bei allgemeinen Krankenanstalten und bei Sonderkrankenanstalten eine allfällige Gliederung in Abteilungen für Akutkranke und in Abteilungen für Langzeitbehandlung oder innerhalb von Abteilungen in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranker und für die Langzeitbehandlung innerhalb von Abteilungen;“

31. Im Art. I § 29 Abs. 2 lit. b wird nach dem Klammerausdruck „(halbstationärer Bereich)“ die Wortfolge „oder in sonstigen Betriebsformen gemäß § 9“ eingefügt.

32. Im Art. I § 29 Abs. 2 lit. e wird das Wort „Abteilungen“ ersetzt durch die Wortfolge „fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten einschließlich ihrer Betriebsformen gemäß § 9“.

33. Im Art. I § 29 Abs. 2 lit. g wird der Punkt am Ende durch einen Strichpunkt ersetzt, und es

werden folgende lit. h und i angefügt:

„h) Regelungen über den Betrieb von dislozierten Wochenkliniken an Feiertagen;

i) Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei dislozierten oder standortübergreifenden fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten oder bei dislozierten Betriebsformen gemäß §§ 9b und 9c.“

34. Nach dem Art. I § 30 wird folgender § 30a eingefügt:

„§ 30a
Führung von Wartelisten

(1) Die Rechtsträger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten müssen in den Sonderfächern Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie und Neurochirurgie Wartelisten führen. Wartelisten müssen nur für elektive Operationen und für Fälle invasiver Diagnostik geführt werden, bei denen die Wartezeit regelmäßig vier Wochen übersteigt.

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

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

a) die Wartezeit der einzelnen Patienten und Patientinnen, d.h. die Zeit, die zwischen der Aufnahme in die Warteliste und dem Eingriffstermin liegt;

b) die Anzahl der Personen auf der Warteliste und davon die Anzahl der Sonderklassepatienten und -patientinnen.

(4) Personen auf der Warteliste sind auf ihr Verlangen über ihre Wartezeit zu informieren. Dabei ist nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten tunlichst eine Auskunftseinholung auf elektronischem Weg zu ermöglichen.“

35. Im Art. I § 31 wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(5) Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind verpflichtet, an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen. Sie müssen zu diesem Zweck die nach dem Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen erforderlichen nicht personenbezogenen Daten dem zuständigen Bundesministerium zur Verfügung stellen.“

36. Im Art. I § 32 Abs. 3 letzter Satz wird die Wortfolge „Departments, Fachschwerpunkten, dislozierten Tageskliniken“ ersetzt durch den Ausdruck „reduzierten Organisationseinheiten“.

37. Im Art. I § 32 wird nach dem Abs. 4 folgender Abs. 5 eingefügt:

„(5) Wenn für ein nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommendes medizinisches Sonderfach keine eigene fachrichtungsbezogene oder sonstige Organisationseinheit besteht, dann muss für dieses Sonderfach eine fachärztliche Betreuung durch Konsiliarärzte oder Konsiliarärztinnen sichergestellt sein. In dislozierten Tageskliniken ist auch die Heranziehung von Belegärzten oder Belegärztinnen zulässig.“

38. Im Art. I § 32 werden die bisherigen Abs. 5 bis 9 als Abs. 6 bis 10 bezeichnet; im nunmehrigen Abs. 9 wird der Ausdruck „Abs. 7“ ersetzt durch den Ausdruck „Abs. 8“.

39. Im Art. I § 32 werden im nunmehrigen Abs. 8 die ersten vier Sätze durch folgende Sätze ersetzt:
„Die Bestellung der Leitung des ärztlichen Dienstes oder der Leitung von Einrichtungen nach Abs. 3 bedarf zu ihrer Rechtswirksamkeit der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung muss erteilt werden, wenn die zu bestellende Person die in Betracht kommenden Erfordernisse der Abs. 1 bis 3 und 7 erfüllt und die Bestellung einen ordnungsgemäßen Anstaltsbetrieb gewährleistet.“

40. Im Art. I § 36 Abs. 2 lit. c wird der erste Satz durch folgenden Satz ersetzt:
„In Schwerpunktkrankenanstalten muss jedenfalls in fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie, Psychiatrie sowie Unfallchirurgie ein Facharzt oder eine Fachärztin des betreffenden Sonderfaches ständig anwesend sein.“

41. Im Art. I § 36 Abs. 2 lit. c zweiter Satz wird die Wortfolge „Abteilungen und Organisationseinheiten“ durch den Ausdruck „fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten“ ersetzt.

42. Im Art. I § 36 Abs. 2 wird nach der lit. e folgende lit. f und g eingefügt und die bisherigen lit. f bis h als lit. h bis j bezeichnet:

„f) In dislozierten Wochenkliniken gelten die Bestimmungen zur Rufbereitschaft gemäß lit. b und c sinngemäß; außerhalb der Betriebszeiten kann von einer dauernden An-

wesenheit von Fachärzten und Fachärztinnen der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn im Bedarfsfall die Weiterbetreuung der Patienten und Patientinnen durch die Mutterabteilung außerhalb der Betriebszeit sichergestellt ist.

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

43. Im Art. I § 37 Abs. 1 zweiter Satz wird die Wortfolge „Abteilung oder in einer sonstigen Organisationseinheit“ durch den Ausdruck „fachrichtungsbezogenen Organisationseinheit“ ersetzt.

44. Im Art. I § 39 Abs. 2 wird der Punkt am Ende des ersten Satzes durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Satz eingefügt: „weiters obliegt ihr die Früherkennung von häuslicher Gewalt an minderjährigen Opfern.“

45. Nach dem Art. I § 39 wird folgender § 39a eingefügt:

„§ 39a
Opferschutzgruppen

(1) In Allgemeinen Krankenanstalten sind Opferschutzgruppen einzurichten. Für Standardkrankenanstalten können Opferschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.

(2) Der Opferschutzgruppe obliegt die Früherkennung von häuslicher Gewalt an volljährigen Personen. Im Hinblick darauf hat sie auch das in Betracht kommende Personal entsprechend zu sensibilisieren.

(3) Der Opferschutzgruppe gehören jedenfalls an:

a) je ein Facharzt oder eine Fachärztin für Unfallchirurgie und für Frauenheilkunde und Geburtshilfe;
b) eine Vertretung des Krankenpflegedienstes;
c) eine Person, die zur psychologischen oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig ist.

(4) Die Mitgliedschaft in der Opferschutzgruppe ist ehrenamtlich.“

46. Im Art. I § 45 Abs. 1 wird der Punkt am Ende der lit. c durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende lit. d angefügt:

„d) die Mitglieder der Kinderschutzgruppen und der Opferschutzgruppen.“

47. Die Überschrift des Art. I § 51 lautet:

„§ 51
Ambulante Behandlung“

48. Dem Art. I § 54 Abs. 4 wird folgender Satz angefügt:
„Blutdepots sind hinsichtlich der Einhaltung der vorgeschriebenen Qualitäts- und Sicherheitsstandards von der Bezirkshauptmannschaft mindestens einmal in zwei Jahren zu überprüfen.“

49. Im Art. I § 64 Abs. 2 wird der erste Satz durch folgenden Satz ersetzt:
„Abteilungen für Psychiatrie müssen von einem Facharzt oder einer Fachärztin für Psychiatrie, für Psychiatrie und Neurologie, für Neurologie und Psychiatrie oder für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin geführt werden.“

50. Der Art. I § 64 Abs. 3 lautet:
„(3) In einer im Rahmen einer Schwerpunktkrankenanstalt geführten Abteilung für Psychiatrie muss ein Facharzt oder eine Fachärztin für Psychiatrie, für Psychiatrie und Neurologie, für Neurologie und Psychiatrie oder für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin ständig anwesend sein.“

51. Der Art. I § 71 Abs. 4 zweiter Satz lautet:
„Die Aufnahme in einer dislozierten Tagesklinik auf dem Gebiet eines Sonderfaches, für das eine Abteilung, ein Department, ein Fachschwerpunkt oder eine dislozierte Wochenklinik am Krankenanstaltenstandort nicht vorhanden ist, ist nur zulässig, wenn für allfällige Zwischenfälle voraussichtlich keine dieser fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten erforderlich ist.“

52. Im Art. I § 71 wird nach dem Abs. 6 folgender Abs. 7 angefügt:
„(7) Wer in einer fachrichtungsbezogenen Organisationseinheit, einer Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheit (§ 9b) oder in einer Ambulanten Erstversorgungseinheit (§ 9a) behandelt wird, die räumlich getrennt ist von der Krankenanstalt, der sie organisatorisch oder funktionell zugehört, gilt als Patient oder Patientin jener Krankenanstalt, in der diese Organisationseinheit räumlich eingerichtet ist.“

53. Im Art. I § 91 Abs. 1 entfällt der Ausdruck „§ 89 Abs. 2 – Vorschreibung der Gebühren –“.

54. Im Art. I § 91 Abs. 2 wird unmittelbar vor dem zweiten Strichpunkt die Wortfolge „oder soweit eine Abgeltung von Leistungen durch den Sozialfonds erfolgt“ eingefügt.

55. Im Art. I § 91 Abs. 2 wird der Ausdruck „§ 84 Abs. 1 und 2“ ersetzt durch den Ausdruck „§ 84 Abs. 1 bis 3“.

56. Im Art. I § 91 Abs. 2 entfällt der Punkt am Ende des Ausdrucks „§ 86 – Ärztehonorare –“ und es wird in einer neuen Zeile der Ausdruck „§ 89 Abs. 2 – Vorschreibung der Gebühren –.“ eingefügt.

57. Dem Art. I § 97 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:
„Die Fondskrankenanstalten sind verpflichtet, die e-card und die e-card Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit zu verwenden. Im Zweifelsfall sind die Identität des Patienten oder der Patientin und die rechtmäßige Verwendung der e-card zu überprüfen.“

58. Der Art. I § 98 lautet:
„(1) Die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den nicht fondsfinanzierten Krankenanstalten sind durch privatrechtliche Verträge zu regeln, die zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form bedürfen.
(2) Diese Verträge haben insbesondere nähere Bestimmungen zu enthalten über: die Einweisung, die im Zweifelsfall vorzunehmende Überprüfung der Identität des Patienten oder der Patientin, die rechtmäßige Verwendung der e-card, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles (wie z.B. in die Krankengeschichte einschließlich der Röntgenaufnahmen und die Laboratoriumsbefunde), ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Sozialversicherungsträger beauftragten Facharzt oder eine Fachärztin in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser.
(3) Die Verträge sind der Landesregierung binnen vier Wochen nach ihrem Abschluss zur Kenntnis zu bringen.“

59. Im Art. I § 99 wird der Ausdruck „§ 10 Abs. 1 lit. b“ durch den Ausdruck „§ 6 Abs. 1 lit. b“ ersetzt.

60. Die Überschrift des Art. I § 100 lautet:

„§ 100
Regionaler Strukturplan Gesundheit für Krankenanstalten“

61. Im Art. I § 100 Abs. 2 wird nach der Wortfolge „für jede Krankenanstalt“ die Wortfolge „und bei Krankenanstalten mit mehreren Standorten für jeden Standort“ eingefügt.

62. Der Art. I § 100 Abs. 2 lit. a lautet:
„a) die medizinischen Fachbereiche, die angeboten werden dürfen, und die dafür vorgesehenen fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten und bei Bedarf deren besondere Betriebsform;“

63. Der Art. I § 100 Abs. 2 lit. f lautet:
„f) die höchstzulässige Gesamtbettenzahl je Fachbereich bezogen auf das Land und die Versorgungsregionen oder bezogen auf die Standorte.“

64. Im Art. I § 100 Abs. 2 wird nach der lit. f folgender Satz angefügt:
„Wenn in Krankenanstalten mit mehreren Standorten standortübergreifende Organisationseinheiten geführt werden, dann soll der Regionale Strukturplan Gesundheit für diese Organisationseinheiten das jeweilige Leistungsspektrum je Standort festlegen.“

65. Im Art. I § 101 entfallen die lit. d, h und i; die bisherigen lit. e bis g werden als lit. d bis f und die bisherigen lit. j bis p werden als lit. g bis m bezeichnet.

66. Im nunmehrigen Art. I § 101 lit. e wird der Ausdruck „§ 5 und § 6“ durch den Ausdruck „§ 11 und § 11b“ ersetzt.

67. Im nunmehrigen Art. I § 101 lit. g zweiter Satz entfällt die Wortfolge „und im Rahmen von Pilotprojekten zumindest über einen Zeitraum von einem Jahr evaluiert werden“.

68. Im Art. I § 102 Abs. 2 wird der letzte Satz durch folgenden Satz ersetzt:
„Dabei ist auf die Strukturqualitätskriterien des ÖSG sowie auf die Qualitätsvorgaben des Landesgesundheitsfonds Bedacht zu nehmen.“

69. Im Art. I § 105 Abs. 2 wird der erste Satz durch folgenden Satz ersetzt:
„Dem Landessanitätsrat gehören bis zu neun Mitglieder an.“

70. Der Art. I § 105 Abs. 3 letzter Satz entfällt.

71. Dem Art. I § 109 werden folgende Abs. 11 und 12 angefügt:

„(11) Die Z. 54 des Gesetzes über eine Änderung des Spitalgesetzes, LGBl.Nr. …/2013, tritt rückwirkend am 1. Jänner 2011 in Kraft.

(12) Der § 105 in der Fassung LGBl.Nr. …/2013 tritt am 1. Jänner 2014 in Kraft.“

72. Im Art. II Z. 2 wird im ersten Satz der Ausdruck „§ 9 Abs. 1“ durch den Ausdruck „§ 5 Abs. 1“ ersetzt.

73. Im Art. II wird nach der Z. 15 folgende Z. 15a eingefügt:

„15a. Der § 77 Abs. 2 lautet:

(2) Dieser Unterabschnitt gilt nicht, soweit im 5. Abschnitt für die Abgeltung von Leistungen an sozialversicherte Personen etwas anderes geregelt wird.“

Bericht

I. Allgemeines:

1. Ziel und wesentlicher Inhalt:

Das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) wurde mit BGBl. I Nr. 69/2011 und BGBl. I Nr. 147/2011 geändert.

Das Spitalgesetz muss an diese Änderung angepasst werden. Das soll mit diesem Gesetz erfolgen.

Es beinhaltet im Wesentlichen:

- Die Einrichtung eines transparenten Wartelistenregimes (§ 30a): die Krankenanstalten werden verpflichtet, bei bestimmten Eingriffen Wartelisten zu führen.

- Zusätzlich zu den bereits bestehenden Kinderschutzgruppen werden Opferschutzgruppen geschaffen (§ 39a): den Opferschutzgruppen obliegt die Früherkennung von häuslicher Gewalt an volljährigen Personen.

- Die möglichen fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten von Krankenanstalten sowie die verschiedenen Arten der Betriebsformen, insbesondere die sogenannten reduzierten Organisationseinheiten (Departments, Fachschwerpunkte usw.) werden umfassend geregelt. Damit wird vor allem größtmögliche Transparenz und Rechtsklarheit bezweckt.

- Bisherige Standardkrankenanstalten können unter bestimmten Voraussetzungen als Standardkrankenanstalten der Basisversorgung geführt werden. Es handelt sich dabei um eine neue Versorgungsform einer Standardkrankenanstalt.

- Für bestimmte Leistungsbereiche werden Referenzzentren zur Durchführung komplexer medizinischer Leistungen vorgesehen.

- Hinsichtlich der in den jeweiligen Organisationseinheiten zulässigen Leistungsbündel wird auf die Leistungsmatrix des ÖSG verwiesen und damit eine enge Verzahnung mit dem ÖSG sichergestellt.

Im Übrigen enthält das Gesetz auch Änderungen im Zusammenhang mit der Überwachung von Blutdepots (§ 54) und im Zusammenhang mit den Beziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Krankenanstalten (§§ 97 und 98).

Folgende Bestimmungen der KAKuG-Novelle BGBl. I Nr. 69/2011 sind bereits im Spitalgesetz umgesetzt:

- Z. 6 (§ 8c Abs. 1 letzter Satz KAKuG): gemäß § 13 Abs. 9 SpG hat die Ethikkommission ein angemessenes Entgelt festzulegen, das von der antragstellenden Person zu bezahlen ist.

- Z. 9 (§ 24 Abs. 3 KAKuG): im § 57 Abs. 6 SpG wird bereits der Träger der Mindestsicherung angeführt. Eine entsprechende Anpassung ist nicht erforderlich.

- Z. 10 bis 12 (§ 27a KAKuG): im § 85 Abs. 5 lit. d SpG sind Organspender bereits jetzt von der Beitragspflicht ausgenommen.

- Z. 13 (§ 38a Abs. 3 KAKuG): die Zitate, die nunmehr geändert werden, fehlen im § 60 SpG.

2. Kompetenzen:

Der Gesetzesentwurf stützt sich auf Art. 12 Abs. 1 Z. 1 B-VG („Heil- und Pflegeanstalten“). In diesen Angelegenheiten ist die Erlassung von Ausführungsgesetzen Landessache.

3. Kosten:

Wartelisten
Der Gesetzesentwurf sieht das Führen von Wartelisten vor. Personen, die in eine Warteliste eingetragen sind, können Auskunft über ihre Wartezeit verlangen; diese Auskunft ist nach Möglichkeit elektronisch zu erteilen (vgl. § 30a).

In den Krankenanstalten müssen die entsprechenden technischen Voraussetzungen dafür geschaffen werden. Mit einem größeren Aufwand ist aber nicht zu rechnen:

In den Krankenanstalten mussten bereits bisher Termine geplant und Patienten für Eingriffe vorgemerkt werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass die derzeit verwendeten EDV-Systeme auch in der Lage sind, die nunmehrigen Anforderungen an Wartelisten zu erfüllen, ohne dass damit ein größerer Umstellungsaufwand verbunden ist.

Das neue Wartelistenregime könnte allerdings Patienten und Patientinnen veranlassen, Anfragen an die Krankenanstalten zu richten.

Die Bearbeitung derartiger Anfragen könnte einen beträchtlichen Aufwand verursachen. Dieser Aufwand kann nur schwer abgeschätzt werden. Einerseits ist unklar, wieviele Anfragen zu erwarten sind, und andererseits hängt die Dauer der Bearbeitung auch von der konkreten Fragestellung ab.

In diesem Zusammenhang wird aber festgehalten, dass der Entwurf keine Auskunftspflichten enthält, die über die Information der Wartezeit hinausgehen.

Opferschutzgruppe
Künftig müssen auch Opferschutzgruppen eingerichtet werden. Ihnen obliegt die Früherkennung von häuslicher Gewalt an volljährigen Personen (vgl. § 39a).

Mit einem nennenswerten Aufwand dürfte aber nicht zu rechnen sein: Der Entwurf vor, dass die Mitglieder – ebenso wie jene der Kinderschutzgruppe – ehrenamtlich tätig sind.

Neue Organisations- und Betriebsformen
Der Gesetzesentwurf ermöglicht den Rechtsträgern von Krankenanstalten Organisations- und Betriebsformen, die einen zur Sicherstellung einer umfassenden medizinischen Versorgung für alle Menschen, unabhängig von Alter und Einkommen, am Bedarf der Bevölkerung orientierten, wirtschaftlicheren Betrieb von Krankenanstalten ermöglichen.

Ob und wie von diesen Möglichkeiten Gebrauch gemacht wird, hängt von den Rahmenbedingungen und den Umständen des Einzelfalles ab. Eine detaillierte Bezifferung der finanziellen Auswirkungen ist daher kaum möglich.

4. EU-Recht:

Das Recht der Europäischen Union steht diesem Gesetzesentwurf nicht entgegen.

5. Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche:

Die Aufgaben der Kinderschutzgruppen werden ausgeweitet (vgl. § 39): Ihnen obliegt nunmehr die Früherkennung von häuslicher Gewalt nicht nur an Kindern, sondern an allen minderjährigen Opfern.

II. Zu den einzelnen Bestimmungen:

Zu Z. 1, 8, 9 und 17 (Einfügung von Unterabschnitten):
Das Spitalgesetz gliedert sich in sieben Abschnitte.

Der erste Abschnitt („Allgemeine Bestimmungen“) soll übersichtlicher gestaltet werden. Er wird zu diesem Zweck in folgende sechs Unterabschnitte gegliedert:

1. Unterabschnitt: Allgemeine Bestimmungen über Krankenanstalten;
2. Unterabschnitt: Organisationseinheiten in Krankenanstalten;
3. Unterabschnitt: Betriebsformen von Organisationseinheiten;
4. Unterabschnitt: Allgemeine Krankenanstalten;
5. Unterabschnitt: Ethikkommission und Patientenanwaltschaft;
6. Unterabschnitt: Not- und Zivilspitäler.

1. Unterabschnitt: Allgemeine Bestimmungen über Krankenanstalten
Zum ersten Unterabschnitt gehören die §§ 1 bis 7.

Die §§ 1 (Gegenstand), 2 (Begriffsbestimmungen) und 3 (Arten von Krankenanstalten) entsprechen den bisherigen §§ 1 bis 3. Die §§ 2 und 3 werden allerdings mit der vorliegenden Novelle geändert.

Die bisherigen §§ 8 (Öffentliche, private und private gemeinnützige Krankenanstalten), 9 (Gemeinnützigkeit), 10 (Anstaltsbedürftige und unabweisbare Personen) und 11 (Sicherstellung der öffentlichen Krankenanstaltspflege) wurden vorgereiht und sind nunmehr die §§ 4 bis 7.

Die nunmehrigen §§ 4 und 7 werden in der vorliegenden Novelle auch geändert.

2. Unterabschnitt: Organisationseinheiten in Krankenanstalten
Der zweite Unterabschnitt wird neu eingeführt. In den §§ 8 bis 8g werden die Organisationseinheiten definiert.

3. Unterabschnitt: Betriebsformen von Organisationseinheiten
Der dritte Unterabschnitt regelt die Betriebsformen von fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 9) und die Betriebsformen von Anstaltsambulatorien (§ 9a).

Zwei mögliche Betriebsformen, nämlich die Ambulante Erstversorgungseinheit und die Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit, werden in den §§ 9b und 9c geregelt.

Die neuen Regelungen gehen im Wesentlichen auf die KAKuG-Novelle BGBl. I Nr. 147/2011 zurück.

4. Unterabschnitt: Allgemeine Krankenanstalten
Im vierten Unterabschnitt werden im Wesentlichen die bisherigen §§ 4 bis 7 zusammengefasst.

Dieser Unterabschnitt enthält nähere Regelungen über Standardkrankenanstalten (§ 11), Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten (§§ 11b und 11c).

Darüber hinaus wird im neuen § 11a die in der KAKuG-Novelle BGBl. I Nr. 147/2011 vorgesehene Standardkrankenanstalt der Basisversorgung geregelt.

5. Unterabschnitt: Ethikkommission und Patientenanwaltschaft
Es werden die bisherigen §§ 12 bis 14 in einem eigenen Unterabschnitt zusammengefasst.

6. Unterabschnitt: Not- und Zivilspitäler
Zum sechsten Unterabschnitt gehören die bisherigen §§ 15 und 16.

Zu Z. 2 (Art. I § 2 Abs. 4):
Die Begriffsbestimmungen werden neu geregelt.

Die folgenden Begriffsbestimmungen entfallen: „Tagesklinik“ (bisherige lit. b), „Abteilung“ (bisherige lit. c), „sonderfachgleiches Department“ (bisherige lit. d), „sonderfachfremdes Department“ (bisherige lit. e) und „Fachschwerpunkt“ (bisherige lit. f).

Die erforderlichen Begriffsbestimmungen sind nunmehr in den neuen §§ 8a bis 8e enthalten.

§ 2 Abs. 4 lit. a:
Der Begriff „Fondskrankenanstalt“ bleibt unverändert und entspricht der bisherigen Regelung.

§ 2 Abs. 4 lit. b:
Es wird der neue Begriff „fachrichtungsbezogene Organisationseinheit“ eingeführt. Er dient als Oberbegriff für die Begriffe „Abteilung“ und „reduzierte Organisationseinheit“.

Regelungen im Spitalgesetz, die sich auf fachrichtungsbezogene Organisationseinheiten beziehen, gelten für Abteilungen, Departments, Fachschwerpunkte, dislozierte Wochenkliniken und für dislozierte Tageskliniken.

§ 2 Abs. 4 lit. c:
Der Begriff „reduzierte Organisationseinheit“ ist ein Sammelbegriff für folgende Organisationseinheiten: Departments, Fachschwerpunkte, dislozierte Wochenkliniken und dislozierte Tageskliniken.

Was Departments, Fachschwerpunkte, dislozierte Wochenkliniken und dislozierte Tageskliniken sind und unter welchen Voraussetzungen sie eingerichtet werden dürfen, wird in den §§ 8b bis 8e geregelt.

Die reduzierten Organisationseinheiten entsprechen den fachrichtungsbezogenen Organisationsformen im Sinne des § 2b Abs. 2 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011.

§ 2 Abs. 4 lit. d:
Sonstige Organisationseinheiten sind jene, die keine fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten sind. In der neuen lit. d werden einige beispielhaft angeführt.

§ 2 Abs. 4 lit. e:
Der Ausdruck „LKF“ bleibt unverändert. Die Definition entspricht dem bisherigen § 2 Abs. 4 lit. g.

§ 2 Abs. 4 lit. f:
Der Österreichische Strukturplan Gesundheit ist ein Sachverständigengutachten. Er wird auf der Homepage des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums veröffentlicht (vgl. dazu § 59j KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011).

Das Spitalgesetz nimmt öfters auf den Österreichischen Strukturplan Gesundheit Bezug.

Der Einfachheit halber soll im Spitalgesetz künftig der Kurzausdruck „ÖSG“ verwendet werden.

Zu Z. 3 und 4 (Art. I § 3):
Die im § 3 lit. a bis e angeführten Krankenanstaltstypen wurden bisher als „Betriebsformen“ bezeichnet.

Diese Bezeichnung ist missverständlich. Sie wird daher geändert. Künftig soll von „Arten von Krankenanstalten“ die Rede sein.

Damit erfolgt auch eine begriffliche Anpassung an den § 24 Abs. 1 lit. b, in dem bereits bisher – bei Verweis auf den § 3 – von der „Art der Krankenanstalt“ die Rede war.

Zu Z. 5 (Entfall der bisherigen Art. I §§ 4 bis 7):
Durch die neue Gliederung des ersten Abschnittes werden die bisherigen §§ 4 bis 7 zu den §§ 10, 11, 11b und 11c.

Außerdem werden die Regelungen an die KAKuG-Novelle angepasst. Im neuen § 11a wird die (bisher nicht vorgesehene) Standardkrankenanstalt der Basisversorgung geregelt.

Zu Z. 6 (Art. I § 4 Abs. 1):
Die Neuregelung entspricht dem § 14 KAKuG in der Fassung BGBl I Nr. 147/2011.

Nach dieser Bestimmung können öffentliche Krankenanstalten nur Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z. 1 bis 3 KAKuG bezeichneten Art sein, also Allgemeine Krankenanstalten, Sonderkrankenanstalten und Pflegeanstalten für chronisch Kranke.

Eine entsprechende Klarstellung wird auch im nunmehrigen § 4 SpG vorgenommen.

Zu Z. 7 (Art. I § 7 Abs. 2):
Durch die Änderung im § 7 Abs. 2 (früher: § 11 Abs. 2) wird die Bestimmung an den § 18 Abs. 2 KAKuG in der Fassung BGBl I Nr. 147/2011 angepasst.

Die Anpassung ist aufgrund der neu vorgesehenen Standardkrankenanstalt der Basisversorgung notwendig.

Die öffentliche Krankenanstaltspflege für ein Einzugsgebiet von 50.000 bis 90.000 Bewohner ist somit auch dann sichergestellt, wenn die Versorgung der Bevölkerung durch fachrichtungsbezogene Organisationseinheiten – wie sie in einer Standardkrankenanstalt oder Standardkrankenanstalt der Basisversorgung vorzuhalten sind – gewährleistet ist, selbst wenn diese Organisationseinheiten nicht in einer eigenständigen Standardkrankenanstalt (der Basisversorgung), sondern als dislozierte Organisationseinheiten einer Schwerpunktkrankenanstalt geführt werden.

Zu Z. 8 (Art. I §§ 8 bis 8g, §§ 9 bis 9c und §§ 10 bis 11c):
In der Z. 8 werden drei Unterabschnitte in das Spitalgesetz aufgenommen.

Die §§ 8 bis 8g werden zu einem Unterabschnitt (2. Unterabschnitt) zusammengefasst. Dieser Unterabschnitt regelt die Organisationseinheiten in Krankenanstalten.

Die §§ 9 bis 9c (3. Unterabschnitt) regeln die Betriebsformen von Organisationseinheiten.

Die §§ 10 bis 11c enthalten Regelungen über die Allgemeinen Krankenanstalten. Sie werden zu einem 4. Unterabschnitt zusammengefasst.

2. Unterabschnitt: Organisationseinheiten in Krankenanstalten
§ 8:
§ 8 Abs. 1:
Im § 8 Abs. 1 wird zunächst allgemein festgehalten, dass in Krankenanstalten fachrichtungsbezogene und sonstige Organisationseinheiten eingerichtet werden können.

Eine Definition dieser Begriffe findet sich im § 2 Abs. 4 lit. b und c.

In den §§ 8a bis 8g werden die einzelnen Organisationseinheiten genauer geregelt.

§ 8 Abs. 2:
Im § 8 Abs. 2 wird der § 2a Abs. 5 letzter Satz KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011 ausgeführt.

Departments für Psychosomatik sind solche gemäß § 8b Abs. 1 lit. d und e (Departments für Psychosomatik für Erwachsene und Departments für Kinder- und Jugendpsychosomatik).

Reduzierte Organisationseinheiten dürfen nur in Schwerpunkt- und in Standardkrankenanstalten eingerichtet werden. Zu den Standardkrankenanstalten gehören auch Standardkrankenanstalten der Basisversorgung (vgl. § 2a Abs. 5 erster Satz KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011).

§ 8 Abs. 3 und 4:
Im § 8 Abs. 3 und 4 wird die Grundsatzbestimmung im § 65 Abs. 4h und 4i KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011 ausgeführt.

§ 8a (Abteilung):
Der § 8a enthält eine Definition des Begriffes „Abteilung“. Diese Definition war bisher im § 2 Abs. 4 enthalten.

Die Definition entspricht dem § 2b Abs. 1 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011.

§ 8b (Department):
§ 8b Abs. 1:
Der erste Satz enthält eine kurze Definition des Begriffes „Department“.

Der zweite Satz legt fest, dass Departments nur im Rahmen von bestimmten Abteilungen geführt werden dürfen. Welche Departments im Rahmen von welchen Abteilungen geführt werden dürfen, ergibt sich aus § 8b Abs. 1 lit. a bis e.

Für die Fachrichtung Unfallchirurgie wird anstelle eines Departments im Rahmen einer Abteilung für Chirurgie nunmehr ein sogenanntes Satellitendepartment vorgesehen (vgl. § 8b Abs. 1 lit. a). Satellitendepartments sind im § 8b Abs. 4 geregelt.

Für die Fachrichtung Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie kommt zukünftig kein Department, sondern nur ein Fachschwerpunkt in Betracht.

§ 8b Abs. 2:
Der Abs. 2 regelt die Bettenzahl der verschiedenen Departments.

Die Regelung orientiert sich am § 2b Abs. 2 Z. 1 erster Satz KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011.

§ 8b Abs. 3:
Der Abs. 3 entspricht im Wesentlichen dem § 2b Abs. 2 Z. 1 zweiter Satz KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011.

Dass Departments – ausgenommen Satellitendepartments für Unfallchirurgie (Abs. 4) – im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt eingerichtet werden, ergibt sich bereits aus dem § 8b Abs. 1 und wurde nicht wiederholt.

§ 8b Abs. 4:
Der Abs. 4 entspricht dem § 2b Abs. 2 Z. 1 letzter Satz KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011.

Ein Satellitendepartment ist organisatorisch Teil der Krankenanstalt, in der es sich örtlich befindet.

Die ärztliche Versorgung eines Satellitendepartments wird entweder 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 Krankenanstaltsort (Variante 2) sichergestellt.

Bei der Variante 1 wird die ärztliche Versorgung des Satellitendepartments, das sich in der Krankenanstalt A befindet, von der fachgleichen Abteilung der Krankenanstalt B sichergestellt.

Bei der Variante 2 wird die ärztliche Versorgung des Satellitendepartments, das sich am Standort X der Krankenanstalt A befindet, von der fachgleichen Abteilung am Standort Y der Krankenanstalt A sichergestellt.

Für Satellitendepartments für Unfallchirurgie gilt Folgendes:

- Wenn sie nicht im Rahmen einer Mehr-Standort-Krankenanstalt geführt werden, dann ist die fachärztliche Führung und der ärztliche Dienst für das Satellitendepartment durch Kooperationsvereinbarung zwischen der Krankenanstalt, an dem sich das Satellitendepartment örtlich befindet, und jener mit der zugehörigen Mutterabteilung sicherzustellen.

- Die Ärzte oder Ärztinnen sind dienstrechtlich der Krankenanstalt der Mutterabteilung zugeordnet. Der Abteilungsleiter oder die Abteilungsleiterin der Mutterabteilung kann die abteilungsbezogene organisatorische Verantwortung für das Satellitendepartment dem Arzt oder der Ärztin übertragen, der oder die mit der Führung des Departments vor Ort betraut ist.

- Das Satellitendepartment ist in organisatorischen Belangen der Führung und Ärztlichen Leitung jenes Krankenhauses unterstellt, in dem es eingerichtet ist. Unter die organisatorischen Belange fällt jedenfalls die gesamte datenschutzrechtliche, sicherheitstechnische und IKT-technische Verantwortung. Die Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Besetzung ist Aufgabe der Mutterabteilung. Die fachliche Aufsicht und Verantwortung obliegt dem Abteilungsleiter oder der Abteilungsleiterin der Mutterabteilung.

- Zum Zweck der Qualitätssicherung und dem Qualifikationserhalt der im Satellitendepartment eingesetzten Ärzte und Ärztinnen ist für diese eine regelmäßige Tätigkeit über einen längeren Zeitraum im Rahmen der Mutterabteilung vorzusehen.

- Die Patienten und Patientinnen 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 und Patientinnen.

- Im Innenverhältnis zwischen den beteiligten Krankenanstalten ist für die ärztliche Behandlung im Rahmen des Satellitendepartments und für allfällige Haftungsfragen jene Krankenanstalt verantwortlich, in der die Mutterabteilung eingerichtet ist.

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

§ 8c (Fachschwerpunkte):
Im § 8c werden die §§ 2a Abs. 5 Z. 2 und 2b Abs. 2 Z. 2 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011 ausgeführt.

§ 8c Abs. 1:
Der erste Satz des Abs. 1 enthält eine Definition des Begriffes „Fachschwerpunkt“.

Der zweite Satz des Abs. 1 entspricht dem § 2a Abs. 5 Z. 2 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011 und legt fest, für welche Sonderfächer Fachschwerpunkte eingerichtet werden dürfen.

§ 8c Abs. 2 bis 4:
Die Regelungen entsprechen dem § 2b Abs. 2 Z. 2 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011. Der letzte Satz des § 2b Abs. 2 Z. 2 KAKuG wird aber in den §§ 11 Abs. 3 und 11b Abs. 6 umgesetzt.

Die fachliche Anbindung eines Fachschwerpunkts an eine Fachabteilung einer anderen Krankenanstalt (vgl. § 8c Abs. 2) hat folgende Gründe:

Einerseits dient sie der gesicherten Übernahme von Patienten und Patientinnen eines Fachschwerpunkts, wenn für ihre Versorgung – aus welchen Gründen auch immer – das Behandlungsmanagement der Krankenanstalt, in der der Fachschwerpunkt eingerichtet ist, nicht oder nicht mehr ausreicht, um die Behandlungserfordernisse zu erfüllen.

Andererseits soll dadurch die Qualifikation der Ärzte und Ärztinnen, die in Fachschwerpunkten tätig sind, sichergestellt werden (z.B. durch die Einbindung in abteilungsinterne Fortbildungsmaßnahmen sowie Abteilungs- und Fallbesprechungen).

Die Abteilung, an die der Fachschwerpunkt anzubinden ist, ist aber keine Kontrollinstanz und übernimmt keine fachliche Letztverantwortung für die Leistungserbringung im Fachschwerpunkt.

§ 8d (Dislozierte Wochenkliniken):
Der § 8d entspricht dem § 2b Abs. 2 Z. 3 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011. Der dritte Satz des § 2b Abs. 2 Z. 3 KAKuG wird in den §§ 11 Abs. 3 und 11b Abs. 6 umgesetzt.

Nach § 2a Abs. 5 Z. 3 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011 dürfen dislozierte Wochenkliniken für jedes Sonderfach eingerichtet werden.

Eine vergleichbare Regelung im § 8d ist nicht erforderlich: Der § 8d erlaubt – unter Beachtung des § 8 Abs. 2 – die Einrichtung von dislozierten Wochenkliniken ohne Einschränkung auf ein bestimmtes Sonderfach. Daraus folgt, dass dislozierte Wochenkliniken grundsätzlich für jedes Sonderfach eingerichtet werden dürfen.

Für dislozierte Wochenkliniken gilt Folgendes:

- Dislozierte Wochenkliniken sind organisatorisch und rechtlich Teil jener Krankenanstalt, an der sie räumlich eingerichtet sind. Sie sind keine Betriebsstätten einer anderen Krankenanstalt. Wenn sie nicht im Rahmen einer Mehr-Standort-Krankenanstalt geführt werden, dann sind 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.

- Die Ärzte und Ärztinnen sind dienstrechtlich der Krankenanstalt der Mutterabteilung zugeordnet. Der Abteilungsleiter oder die Abteilungsleiterin der Mutterabteilung kann die abteilungsbezogene organisatorische Verantwortung für die dislozierte Wochenklinik dem Arzt oder der Ärztin seiner Abteilung übertragen, der oder die mit der Führung der dislozierten Wochenklinik vor Ort betraut ist.

- Die dislozierte Wochenklinik ist in organisatorischen Belangen der Führung und Ärztlichen Leitung jenes Krankenhauses unterstellt, in dem sie eingerichtet ist. Unter die organisatorischen Belange fällt jedenfalls die gesamte datenschutzrechtliche, sicherheitstechnische und IKT-technische Verantwortung. Die Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Besetzung ist Aufgabe der Mutterabteilung. Die fachliche Aufsicht und Verantwortung obliegt dem Abteilungsleiter oder der Abteilungsleiterin der Mutterabteilung.

- Zum Zweck der Qualitätssicherung und dem Qualifikationserhalt der in der dislozierten Wochenklinik eingesetzten Ärzte und Ärztinnen ist für diese eine regelmäßige Tätigkeit über einen längeren Zeitraum im Rahmen der Mutterabteilung vorzusehen.

- Die Patienten und Patientinnen stehen in einem Behandlungsvertrag mit der Krankenanstalt, an der der Aufenthalt örtlich stattfindet. Die Krankenanstalt, in der die dislozierte Wochenklinik eingerichtet ist, trägt sämtliche Rechte und Pflichten gegenüber den Patienten und Patientinnen.

- Im Innenverhältnis zwischen den beteiligten Krankenanstalten ist für die ärztliche Behandlung im Rahmen der dislozierten Wochenklinik und für allfällige Haftungsfragen jene Krankenanstalt verantwortlich, in der die Mutterabteilung eingerichtet ist.

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

§ 8e (Dislozierte Tageskliniken):
Der § 8e entspricht dem § 2b Abs. 2 Z. 4 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011. Der letzte Satz des § 2b Abs. 2 Z. 4 KAKuG wird in den §§ 11 Abs. 3 und 11b Abs. 6 umgesetzt.

Bei dislozierten Tageskliniken können folgende Varianten unterschieden werden:

- Dislozierte Tageskliniken, die eigenständig in einer Krankenanstalt geführt werden und analog zu Fachschwerpunkten an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt oder eines anderen Krankenanstaltenstandortes angebunden sind.

Die Anbindung bezieht sich vor allem auf Maßnahmen der Qualitätssicherung (vgl. § 31 SpG). Es wird in diesem Zusammenhang auf die Ausführungen zu den Fachschwerpunkten (§ 8c) verwiesen.

- Dislozierte Tageskliniken, die – analog zu dislozierten Wochenkliniken – als betten-

führende Einrichtung eingerichtet sind, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung sicherzustellen ist, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung).

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

Im Falle der Kooperation von dislozierten Wochen- und Tageskliniken mit Krankenanstalten desselben Rechtsträgers sind etwa Vereinbarungen zwischen den Krankenanstalten eines Rechtsträgers denkbar.

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

§ 8f (Anstaltsambulatorien):
Anstaltsambulatorien sind bisher insbesondere im § 51 SpG geregelt. Das Spitalgesetz enthält aber keine Definition, was unter einem Anstaltsambulatorium zu verstehen ist. Dieser Begriff wird nun im § 8f definiert.

Die Einrichtung von Betten ist in Anstaltsambulatorien nicht ausdrücklich vorgesehen. Ein Anstaltsambulatorium muss aber natürlich über jene Betten verfügen, die für die Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich sind.

§ 8g (Referenzzentren):
Ein Referenzzentrum ist keine selbstständige Organisationsform. Für die Einrichtung eines Referenzzentrums ist weder eine krankenanstaltenrechtliche Errichtungs- und Betriebsbewilligung noch eine Änderungsgenehmigung erforderlich.

Es geht beim Referenzzentrum im Wesentlichen um die Qualifizierung bzw. Charakterisierung bestehender Strukturen.

Die Festlegung der Standorte dieser Referenzzentren und deren Versorgungsstufen erfolgt direkt im ÖSG oder im Rahmen des jeweiligen RSG und in den Landeskrankenanstaltenplänen. Referenzzentren sollen daher in Abstimmung mit dem ÖSG sowie dem RSG im jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan ausgewiesen werden.

3. Unterabschnitt: Betriebsformen von Organisationseinheiten
Im 3. Unterabschnitt werden jene Betriebsformen übersichtlich dargestellt, die neben der herkömmlichen fachrichtungsbezogenen oder zeitlich durchgängigen Betriebsform möglich sind.

§ 9 (Betriebsformen von fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten):
Im § 9 wird der § 6 Abs. 7 Z. 1 bis 3 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011 ausgeführt.

Die Betriebsformen „wochenklinisch“ und „tagesklinisch“ sind von den fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten „dislozierte Wochenklinik“ und „dislozierte Tagesklinik“ strikt zu trennen.

„Dislozierte Wochenkliniken“ oder „dislozierte Tageskliniken“ sind wie Abteilungen Organisationseinheiten.

Die Begriffe „wochenklinisch“ oder „tagesklinisch“ bezeichnen hingegen Betriebsformen von Organisationseinheiten oder Teilen davon. Es können z.B. Teile von Abteilungen wochen- oder tagesklinisch betrieben werden.

§ 9a (Betriebsformen von Anstaltsambulatorien):
Es werden die Betriebsformen übersichtlich dargestellt, in denen Anstaltsambulatorien betrieben werden können.

§ 9b (Ambulante Erstversorgungseinheit):
Die ausschließlich ambulante Begutachtung und Behandlung ungeplanter Patientenzugänge kann auch durch eine ambulante Versorgungsstruktur, nämlich durch eine Ambulante Erstversorgungseinheit in Form einer Spitalsambulanz oder eines selbständigen Ambulatoriums wahrgenommen werden.

In solchen Fällen sind enge Kooperationen mit einer Akutkrankenanstalt einzugehen, insbesondere für Fallbesprechungen, Fortbildung und zur Organisation der Unterbringung von stationär weiter zu versorgenden Patienten oder Patientinnen.

Wenn solche Ambulanten Erstversorgungseinheiten in eine Krankenanstalt rechtlich integriert

werden, dann sind sie als dislozierte Spitalsambulanzen zu führen.

Wenn die Ambulante Erstversorgungseinheit den Betrieb für maximal acht Stunden einstellt, dann müssen andere Einrichtungen der Krankenanstalt, deren Teil die Ambulante Erstversorgungseinheit ist oder in deren unmittelbarer Nähe sie betrieben wird, ihre Aufgaben erfüllen. Dies muss sichergestellt sein.

Erforderlichenfalls sind die Patienten und Patientinnen an eine ambulante oder stationäre Versorgungsstruktur weiterzuleiten. Ambulante Versorgungsstrukturen sind nicht nur Spitalsambulanzen, sondern auch solche des niedergelassenen Bereiches.

§ 9c (Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit):
Eine Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit hat folgende Funktionen:
- Erstbegutachtung und -behandlung ungeplanter Krankenanstaltenzugänge (ohne Termin zur stationären Aufnahme oder zur Behandlung in einer Ambulanz);
- Weiterleitung zur Folgebehandlung in der dafür zuständigen Fachstruktur innerhalb oder außerhalb der jeweiligen Erstversorgungskrankenanstalt im stationären oder ambulanten Bereich; oder
- einfache abschließende Versorgung.

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

Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten werden unter ärztlicher Zuständigkeit eines in der Notfallversorgung erfahrenen Arztes oder einer entsprechend erfahrenen Ärztin mit ius practicandi und erforderlichen weiteren Zusatzqualifikationen geführt.

Dem Arzt oder der Ärztin obliegt die Entscheidung über die Art der Behandlung und die allfällige Zuleitung in die bedarfsspezifisch erforderliche Versorgungsstruktur bei gesicherter konsiliarischer Beiziehung von Fachärzten oder Fachärztinnen aus den Fachstrukturen, die in der Krankenanstalt eingerichtet sind.

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

Zur Abklärung der Behandlungserfordernisse sowie zur Patientenbeobachtung sind stationäre Kurzaufenthalte bis maximal 24 Stunden im Rahmen dieser Einheit ebenso zulässig wie die organisatorische Übernahme ungeplanter stationärer Aufnahmen außerhalb der Routinebetriebszeiten (Nachtaufnahmen) mit Verlegung auf geeignete Normalpflege-Stationen bei Beginn der Routinedienste (Tagdienste).

Für stationäre Aufnahmen in einer Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheit bedarf es der Vorhaltung von bewilligungspflichtigen (systemisierten) Betten (umgewidmet aus dem Normalpflegebereich der Krankenanstalt, nicht additiv einzurichten), die im Tagesverlauf auch mehrfach belegt werden können.

Bei einer Direktentlassung ist eine allenfalls erforderliche (häusliche) Betreuung familiär oder institutionell organisatorisch sicherzustellen.

4. Unterabschnitt: Allgemeine Krankenanstalten
Der vierte Unterabschnitt umfasst die §§ 10 bis 11c. Diese Bestimmungen ersetzten die bisherigen §§ 4 bis 7.

Der vierte Unterabschnitt enthält Regelungen über die Allgemeinen Krankenanstalten. Dazu gehören die Standardkrankenanstalten (§§ 11 und 11a), die Schwerpunktkrankenanstalten (§ 11b) und die Zentralkrankenanstalten (§ 11c).

Neu eingeführt werden die Standardkrankenanstalten der Basisversorgung (§ 11a).

§ 10 (Allgemeines):
§ 10 Abs. 1:
Der § 10 Abs. 1 entspricht dem bisherigen § 4.

§ 10 Abs. 2:
Im § 10 Abs. 2 wird geregelt, unter welchen Voraussetzungen Standardkrankenanstalten als Standardkrankenanstalten der Basisversorgung geführt werden dürfen.

Die Regelung entspricht dem § 2a Abs. 4 erster Satz KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011.

Die Standardkrankenanstalten der Basisversorgung sind eine neue Versorgungsform. Es han-

delt sich dabei um eine spezielle Kategorie von Standardkrankenanstalten.

Wenn im Spitalgesetz von Standardkrankenanstalten die Rede ist, dann sind damit auch die Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemeint, es sei denn, aus der entsprechenden Regelung ergibt sich etwas anderes.

Standardkrankenanstalten der Basisversorgung dürfen nicht zusätzlich errichtet werden. Sie können ausschließlich durch Umwandlung aus bestehenden Standardkrankenanstalten hervorgehen.

Für ihre Einrichtung müssen entweder die Voraussetzungen der lit. a oder jene der lit. b vorliegen.

Die Umwandlung einer Standardkrankenanstalt in eine Standardkrankenanstalt der Basisversorgung ist eine wesentliche Veränderung gemäß § 24. Sie bedarf daher der Bewilligung der Landesregierung.

Wenn in der lit. b von Standardkrankenanstalten die Rede ist, dann sind damit Standardkrankenanstalten gemäß § 11 gemeint, und nicht auch solche der Basisversorgung. Das ergibt sich aus dem systematischen Zusammenhang.

§ 11 (Standardkrankenanstalten):
§ 11 Abs. 1:
In Standardkrankenanstalten müssen Abteilungen für Chirurgie und für Innere Medizin eingerichtet werden.

Weitere Abteilungen müssen nicht eingerichtet werden, sie können aber eingerichtet werden. Das ergibt sich aus der Formulierung „zumindest“ im Einleitungssatz.

§ 11 Abs. 2:
Der erste Satz entspricht dem bisherigen § 5 Abs. 2.

Der zweite Satz entspricht dem bisherigen § 5 Abs. 5; der bisherige Verweis auf den § 32 Abs. 3 wurde gestrichen, weil er überflüssig war.

§ 11 Abs. 3:
Nach § 2a Abs. 5 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011 kann die Landesgesetzgebung für Standardkrankenanstalten die Errichtung folgender reduzierter Organisationsformen vorsehen: Departments, Fachschwerpunkte, dislozierte Wochenkliniken und dislozierte Tageskliniken.

Der § 2a Abs. 5 und der § 2b KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011 enthalten nähere Festlegungen über diese fachrichtungsbezogenen Organisationsformen.

Im § 11 Abs. 3 wird zunächst allgemein festgelegt, dass die im § 2a Abs. 5 KAKuG angeführten reduzierten Organisationsformen in Standardkrankenanstalten eingerichtet werden dürfen.

Die näheren Festlegungen erfolgen in den §§ 8 und 8b bis 8e (der § 8a regelt Abteilungen, die keine reduzierten Organisationseinheiten sind).

Im Unterschied zum KAKuG wird der Ausdruck „reduzierte Organisationseinheiten“ (statt: „reduzierte Organisationsformen“) verwendet.

Die Formulierung „Organisationseinheit“ bringt besser zum Ausdruck, dass es sich um Einrichtungen mit einer Organisationsstruktur handelt, die – im Vergleich mit einer Abteilung – „reduziert“ ist.

Der § 11 Abs. 3 zweiter Satz regelt die näheren Voraussetzungen, unter denen Fachschwerpunkte, dislozierte Tages- und Wochenkliniken eingerichtet werden dürfen.

Diese Regelung führt die folgenden Bestimmungen des KAKuG aus: § 2b Abs. 2 Z. 2 letzter Satz, § 2b Abs. 2 Z. 3 dritter Satz und § 2b Abs. 2 Z. 4 letzter Satz.

§ 11 Abs. 4:
Eine örtlich getrennte Unterbringung von Organisationseinheiten war bisher nur bei Schwerpunktkrankenanstalten vorgesehen (vgl. den bisherigen § 6 Abs. 4).

Das KAKuG ermöglicht dies nun auch bei Standardkrankenanstalten (vgl. § 2a Abs. 3 KAKuG in der Fassung BGBl I Nr. 147/2011). Danach ist eine gänzliche oder teilweise örtlich getrennte Unterbringung zulässig, sofern diese Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind.

Eine entsprechende Bestimmung wird daher vorgesehen.

Der bisherige § 5 Abs. 4 bis 6 entfällt:
- Der bisherige § 5 Abs. 4 hat geregelt, im Rahmen welcher Abteilungen sonderfachfremde Departments geführt werden können. Diese Regelungen sind im neuen § 8b enthalten.

- Der bisherige § 5 Abs. 5 ist im neuen § 11 Abs. 2 zweiter Satz enthalten.
- Der bisherige § 5 Abs. 6 hat Regelungen zur fachärztlichen Betreuung getroffen. Sie sind im neuen § 32 Abs. 5 enthalten.

§ 11a (Standardkrankenanstalten der Basisversorgung):
Der § 11a dient im Wesentlichen der Ausführung des § 2a Abs. 4 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011.

§ 11a Abs. 1:
Eine Standardkrankenanstalt der Basisversorgung muss zumindest über die in den lit. a bis c genannten Einrichtungen verfügen.

lit. a:
Die Abteilung für Innere Medizin muss jedenfalls alle Leistungen erbringen, für die kein Additivfach erforderlich ist und die in einer Standardkrankenanstalt anzubieten sind.

Bei Bedarf können auch Leistungen aus Additivfächern erbracht werden, wenn die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen und festgelegte Qualitätskriterien eingehalten werden. Die ärztliche Versorgung von Einrichtungen für Akutgeriatrie/Remobilisation oder Remobilisation/Nachsorge muss dementsprechend durch geeignete Ärztinnen oder Ärzte erfolgen.

lit. b:
Zur Sicherstellung der Basisversorgung für Chirurgie muss eine dislozierte Wochen- oder Tagesklinik geführt werden, die sich auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG beschränkt.

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

lit. c:
Die Erstversorgung muss insbesondere in jenen Akutfällen gewährleistet sein, bei denen im Fall einer späteren medizinischen Intervention eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu erwarten wäre.

Wenn die Behandlung in der Standardkrankenanstalt der Basisversorgung vor Ort nicht ausreicht, ist nach einer Erstversorgung (z.B. Stabilisierung, Wundverband/Fixierung etc.) ein unverzüglicher Weitertransport der betroffenen Patienten oder Patientinnen an eine dafür geeignete Krankenanstalt zu veranlassen.

Für den Fall einer erforderlichen nachsorgenden Begutachtung oder Weiterbehandlung im ambulanten Bereich ist, sofern zweckmäßig, eine entsprechende Zuweisung an niedergelassene Ärzte durchzuführen.

§ 11a Abs. 2:
Nach § 11a Abs. 2 erster Satz dürfen ergänzend zu den im § 11a Abs. 1 angeführten Mindestanforderungen in Standardkrankenanstalten der Basisversorgung für operativ tätige Fachrichtungen reduzierte Organisationseinheiten (das sind: Departments, Fachschwerpunkte, dislozierte Wochenkliniken und dislozierte Tageskliniken) geführt werden; sie müssen sich aber auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG beschränken.

Der § 11a Abs. 2 zweiter und dritter Satz regelt die näheren Voraussetzungen, unter denen Fachschwerpunkte, dislozierte Tages- und Wochenkliniken eingerichtet werden dürfen.

Diese Regelung führt die folgenden Bestimmungen des KAKuG aus: § 2b Abs. 2 Z. 2 letzter Satz, § 2b Abs. 2 Z. 3 dritter Satz und § 2b Abs. 2 Z. 4 letzter Satz.

§ 11a Abs. 3:
Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gehen aus bereits bestehenden Standardkrankenanstalten hervor.

Es darf – im Vergleich zur bereits bestehenden Standardkrankenanstalt – weder die Zahl der Abteilungen erhöht werden, noch darf eine Abteilung für eine Fachrichtung eingerichtet werden, für die es bisher keine Abteilung gegeben hat.

Für bestehende Abteilungen gilt, soweit sie chirurgisch tätig sind, Abs. 2; d.h. sie können nur als reduzierte Organisationseinheiten weitergeführt werden. Bestehende Abteilungen, soweit sie konservativ tätig sind, können hingegen in Ausnahmefällen und wenn dies im Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) vorgesehen ist fortgeführt werden, allerdings gilt für deren Leistungsspektrum auch Abs. 5. Als Ausnahmefall ist jedenfalls die Notwendigkeit der Sicher-

stellung der (regionalen) Versorgung der Bevölkerung in dieser Fachrichtung zu sehen.

Weiters sind im Bedarfsfall Einrichtungen für Akutgeriatrie/Remobilisation oder Remobilisation/Nachsorge mit zu berücksichtigen; d.h. diese können auch zusätzlich eingerichtet werden, selbst wenn sie in der bestehenden Standardkrankenanstalt nicht vorhanden waren.

Die Regelung entspricht dem § 2a Abs. 4 Z. 5 KAKuG in der Fassung BGBl I Nr. 147/2011.

§ 11a Abs. 4:
Die Regelung orientiert sich am § 2a Abs. 4 Z. 3 KAKuG in der Fassung BGBl I Nr. 147/2011.

Die Kooperation muss schriftlich festgelegt werden. Allenfalls muss sie auch in die Anstaltsordnung aufgenommen werden.

§ 11a Abs. 5:
Die Regelung entspricht dem § 2a Abs. 4 Z. 4 KAKuG in der Fassung BGBl I Nr. 147/2011.

§ 11a Abs. 6:
Die Regelung entspricht dem § 2a Abs. 4 Z. 6 KAKuG in der Fassung BGBl I Nr. 147/2011.

Eine Standardkrankenanstalt der Basisversorgung kann auch als integraler Teil einer anderen Standardkrankenanstalt gemäß § 11, Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalt geführt werden.

Eine Standardkrankenanstalt der Basisversorgung kann z.B. im Wege eines Angliederungsvertrages oder durch Übertragung auf einen anderen Rechtsträger zu einem Teil einer anderen Krankenanstalt werden.

Die andere Krankenanstalt erhält dadurch einen neuen Standort und wird zu einer Mehr-Standort-Krankenanstalt.

Eine Abgrenzung zwischen den verschiedenen Standorten derselben Krankenanstalt im Hinblick auf die Finanzierung ist möglich (z.B. Festlegung unterschiedlicher Steuerungsfaktoren aufgrund Leistungsspektren unterschiedlicher Versorgungsstufen).

Handelt es sich bei einem Standort der Krankenanstalt z.B. um eine Schwerpunktkrankenanstalt, so kann im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung nach Maßgabe der besonderen Versorgungsfunktionen (vgl. § 94 Abs. 4 lit. b des Spitalgesetzes) für diesen Standort wie bisher der Faktor für die Schwerpunktkrankenanstalt festgelegt werden und für den neuen Standort (Standardkrankenanstalt der Basisversorgung) kein besonderer Faktor festgelegt werden.

§ 11b (Schwerpunktkrankenanstalten):
§ 11b Abs. 1:
Die Bestimmung entspricht dem bisherigen § 6 Abs. 1. Sie legt fest, für welche medizinischen Sonderfächer Abteilungen eingerichtet werden müssen.

Weitere Abteilungen können eingerichtet werden (arg. „zumindest“).

§ 11b Abs. 2:
Die Regelung entspricht dem bisherigen § 6 Abs. 2.

Der letzte Satz entspricht dem bisherigen § 6 Abs. 8, der entfällt. Der bisherige Verweis auf den § 32 Abs. 3 wird nicht übernommen, weil er überflüssig ist.

§ 11b Abs. 3:
Die Regelung entspricht dem bisherigen § 6 Abs. 3.

§ 11b Abs. 4:
Die Regelung entspricht im Wesentlichen dem bestehenden § 6 Abs. 4.

Allerdings wird nun klargestellt, dass nicht nur eine gänzliche, sondern auch eine teilweise örtlich getrennte Unterbringung von Organisationseinheiten zulässig ist, sofern diese Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind (vgl. Station Interne E im LKH Rankweil als örtlich getrennter Teil der Abteilung für Innere Medizin des LKH Feldkirch).

§ 11b Abs. 5:
Die Regelung entspricht dem bisherigen § 6 Abs. 5.

§ 11b Abs. 6:
Der erste Satz dieser Bestimmung setzt den § 2a Abs. 5 Z. 1 bis 4 KAKuG in der Fassung BGBl I Nr. 147/2011 in Bezug auf Schwerpunktkrankenanstalten um.

Der zweite und dritte Satz führen folgende KAKuG-Bestimmungen in Bezug auf Schwer-

punktkrankenanstalten aus: § 2b Abs. 2 Z. 2 letzter Satz, § 2b Abs. 2 Z. 3 dritter Satz und § 2b Abs. 2 Z. 4 letzter Satz.

§ 11c (Zentralkrankenanstalten):
Die Zentralkrankenanstalten wurden bisher im § 7 geregelt.

Der § 7 Abs. 2 hat die Errichtung von Departments in Zentralkrankenanstalten geregelt.

Nach § 2a Abs. 5 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011 kann die Landesgesetzgebung für Krankenanstalten gemäß Abs. 1 lit. a und b sowie Abs. 4 die Errichtung von reduzierten Organisationsformen vorsehen.

Krankenanstalten gemäß Abs. 1 lit. a und b sowie Abs. 4 KAKuG sind Standard- und Schwerpunktkrankenanstalten sowie Standardkrankenanstalten der Basisversorgung, aber keine Zentralkrankenanstalten.

Die Landesgesetzgebung kann daher für Zentralkrankenanstalten (§ 2a Abs. 1 lit. c KAKuG) nicht die Errichtung von Departments oder anderen reduzierten Organisationseinheiten vorsehen.

Zu Z. 10 (Art. I § 12 Abs. 3):
Es wird eine neue lit. h eingefügt. Dies dient der Umsetzung des § 8c Abs. 4 Z. 8 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 69/2011.

Ältere Menschen kommen immer häufiger für die Verwendung von Medikamenten und Medizinprodukten und damit als mögliche Prüfungsteilnehmer im Rahmen von klinischen Prüfungen in Frage.

Die Ethikkommission wird daher um einen Vertreter der Senioren erweitert.

Zu Z. 11 und 12 (Art. I § 12 Abs. 4 und 5):
Durch die Einfügung einer neuen lit. h im § 12 Abs. 3 verschiebt sich die Bezeichnung der nachfolgenden Litterae. Daher müssen Verweise auf diese Litterae richtiggestellt werden.

Zu Z. 13 (Art. I § 12 Abs. 9):
Im § 12 Abs. 9 lit. a bis e wird geregelt, welchen Personen der Protokollauszug über den gefassten Beschluss übermittelt werden muss. Diese Regelung wird neu gefasst.

Die bisherigen lit. a und b des § 12 Abs. 9 bleiben unverändert. Der Protokollauszug ist daher weiterhin der Leitung des ärztlichen Dienstes der Krankenanstalt und der Patientenanwaltschaft zu übermitteln.

In der lit. c wird nunmehr vorgesehen, dass auch jene Person einen Protokollauszug erhalten muss, die den Antrag auf Beurteilung eines Vorhabens gestellt hat.

Wem die Antragstellung obliegt, ergibt sich aus dem § 13 Abs. 5:

Die Leitung der Organisationseinheit, in deren Bereich das Vorhaben durchgeführt werden soll (bei Vorhaben gemäß § 13 Abs. 1 lit. a bis d), die Leitung des Pflegedienstes (bei Vorhaben gemäß § 13 Abs. 1 lit. e) sowie die Pflegeleitung des Pflegeheimes (bei Vorhaben gemäß § 13 Abs. 2).

Die lit. d bis f enthalten besondere Regelungen für einzelne Vorhaben. Es wird z.B. vorgesehen, dass bei der Beurteilung einer klinischen Prüfung auch der Prüfer oder die Prüferin verständigt werden müssen.

Bei Vorhaben in Pflegeheimen (vgl. § 13 Abs. 2) muss auch der Träger des Pflegeheimes informiert werden.

Zu Z. 14 (Art. I § 13 Abs. 1):
Die Änderung dient der Ausführung des § 8c Abs. 1 Z. 2 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 69/2011.

Es erfolgt eine sprachliche Präzisierung.

Zu Z. 15 (Art. I § 13 Abs. 1 lit. d):
Durch die Änderung wird der § 13 Abs. 1 lit. d an das KAKuG angepasst. Im § 8c Abs. 1 Z. 4 KAKuG werden die nicht-interventionellen Studien ebenfalls nicht angeführt.

Zu Z. 16 (Art. I § 13 Abs. 4):
Der erste Satz des § 13 Abs. 4 hat bisher gelautet: „Die Ethikkommission ist rechtzeitig vor der Durchführung eines Vorhabens gemäß Abs. 1 lit. b zu befassen.“

Vorhaben gemäß Abs. 1 lit. b sind: die Anwendung neuer medizinischen Methoden und nicht-interventioneller Studien.

In beiden Fällen muss demnach die Ethikkommission befasst werden.

Nach § 8c Abs. 3 letzter Satz KAKuG muss die Ethikkommission (nur) vor der Anwendung einer neuen medizinischen Methode befasst werden. Bei nicht-interventionellen Studien gibt es keine entsprechende Verpflichtung.

Der § 13 Abs. 4 soll daher entsprechend angepasst werden.

Zu Z. 18 bis 23 (Art. I §§ 23, 23a und 24):
Es handelt sich um terminologische Anpassungen im Zusammenhang mit der Einführung des Begriffes der fachrichtungsbezogenen Organisationseinheit.

Außerdem werden Verweise richtiggestellt.

Im § 24 Abs. 1 lit. g wird zudem klargestellt, dass nur bei den dort angeführten sonstigen Organisationseinheiten eine Bewilligung erforderlich ist; es handelt sich dabei um Anstaltsambulatorien, die als interdisziplinäre (Fach)Ambulanzen geführt werden, Laboratorien oder Institute.

Zu Z. 24, 25 und 26 (Art. I § 24 Abs. 2, 3 und 4):
§ 24 Abs. 2:
Der § 24 Abs. 2 wird in zweifacher Hinsicht ergänzt:

Künftig muss nicht nur eine räumliche Veränderung, sondern auch jede Änderung der Betriebsform einer fachrichtungsbezogenen Organisationseinheit oder eines Anstaltsambulatoriums schriftlich angezeigt werden.

Außerdem wird vorgesehen, dass die Änderung bescheidmäßig untersagt werden kann, wenn das Vorhaben dem Regionalen Strukturplan Gesundheit für Krankenanstalten widerspricht.

Die Untersagung muss binnen sechs Monaten nach Vorliegen einer vollständigen Anzeige erfolgen.

Danach ist eine Untersagung nicht mehr ohne weiteres möglich: In diesem Fall muss eine angemessene, mindestens fünfjährige Frist für das Wirksamwerden der Untersagung gewährt werden. Bei der Bemessung der Frist sind die im § 26 Abs. 5 angeführten Umstände sinngemäß zu berücksichtigen.

§ 24 Abs. 3:
Durch die Streichung des Verweises wird klargestellt, dass jede Veränderung nur dann einer Bedarfsprüfung unterliegt, wenn durch die Veränderung das Leistungsangebot erweitert oder der Einzugsbereich verändert wird.

§ 24 Abs. 4:
Es erfolgt eine Klarstellung, dass selbständige Ambulatorien im Sinne des § 3 lit. e gemeint sind.

Zu Z. 27 (Art. I § 26):
Es erfolgt eine terminologische Anpassung im Zusammenhang mit der Einführung des Begriffes der fachrichtungsbezogenen Organisationseinheit.

Zu Z. 28 (Art. I § 28 Abs. 1):
Es erfolgt eine Anpassung im Zusammenhang mit den neu vorgesehenen reduzierten Organisationseinheiten.

Was reduzierte Organisationseinheiten sind und unter welchen Voraussetzungen sie eingerichtet werden dürfen, ergibt sich aus den §§ 8 und 8b bis 8e.

Zu Z. 29 (Art. I § 28 Abs. 2 bis 4):
§ 28 Abs. 2:
Es wird eine terminologische Anpassung vorgenommen: Die Ausdrücke „Abteilungen“, „Departments“ und „Fachschwerpunkte“ werden durch den Überbegriff „fachrichtungsbezogene Organisationseinheiten“ ersetzt.

Außerdem wird der § 28 Abs. 2 ergänzt: bei der Einrichtung von fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten sind die §§ 8 bis 8e und die Strukturqualitätskriterien zu beachten (vgl. auch § 23 Abs. 3 lit. e); weiters darf die im Regionalen Strukturplan Gesundheit für Krankenanstalten vorgesehene Bettenhöchstzahl nicht überschritten werden.

Die Strukturqualitätskriterien können in einer Verordnung der Landesregierung gemäß § 102 SpG festgelegt werden.

§ 28 Abs. 3:
Aus dem bisherigen § 28 Abs. 2 wurden zwei Absätze gemacht, um die Bestimmung übersichtlicher zu gestalten.

Der nunmehrige § 28 Abs. 3 entspricht dem bisherigen § 28 Abs. 2 letzter Satz, es werden lediglich zwei begriffliche Klarstellungen vorgenommen:

Im ersten Halbsatz wird der Begriff „Abteilung“ einerseits durch den Begriff „Sonderfach“ und andererseits durch den Begriff „fachrichtungsbezogene Organisationseinheit“ ersetzt.

§ 28 Abs. 4:
Die Regelung entspricht dem bisherigen § 28 Abs. 3.

Es wird aber eine terminologische Anpassung vorgenommen: Die Ausdrücke „Abteilungen“, „Departments“ und „Fachschwerpunkte“ werden durch den Überbegriff „fachrichtungsbezogene Organisationseinheiten“ ersetzt.

Der bisherige § 28 Abs. 4 konnte entfallen. Dass die Strukturqualitätskriterien beachtet werden müssen, wurde direkt in den einzelnen Bestimmungen vorgesehen (vgl. § 28 Abs. 2 und 4).

Zu Z. 30, 31, 32 und 33 (Art. I § 29 Abs. 2):
§ 29 Abs. 2 lit. a:
Die Begriffe „Abteilung“, „Department“ und „Fachschwerpunkt“ werden mit dem Oberbegriff „fachrichtungsbezogene Organisationseinheiten“ zusammengefasst.

Weiters wird klargestellt, dass bei reduzierten Organisationseinheiten notwendige Regelungen über die Kooperation mit der Mutterabteilung in die Anstaltsordnung aufzunehmen sind. Sinngemäß Gleiches gilt für örtlich getrennt geführte Organisationseinheiten (vgl. § 11b Abs. 4).

§ 29 Abs. 2 lit. b:
Im § 9 werden neue Betriebsformen vorgesehen. In der Anstaltsordnung muss somit auch geregelt werden ob und welche dieser Betriebsformen in der Krankenanstalt geführt werden.

§ 29 Abs. 2 lit. e:
Der Begriff „Abteilung“ wird durch den umfassenderen Begriff „fachrichtungsbezogene Organisationseinheit“ ersetzt.

Damit wird klargestellt, dass die Anstaltsordnung nicht nur Bestimmungen über die ärztliche Leitung in Abteilungen, sondern auch in den anderen fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten wie z.B. Fachschwerpunkte oder Departments enthalten muss.

Außerdem werden die Betriebsformen gemäß § 9 angeführt.

Die Regelung entspricht dem § 6 Abs. 1 lit. c KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011.

§ 29 Abs. 2 lit. h und i:
Durch die Ergänzung der lit. h und i wird der § 29 Abs. 2 an den § 6 Abs. 1 lit. d und h KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011 angepasst.

Für Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten oder in dislozierten Betriebsformen (vgl. § 29 Abs. 2 lit. i) gilt insbesondere Folgendes:

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

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

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

Zu Z. 34 (Art. I § 30a):
Der neue § 30a dient der Umsetzung des § 5a KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 69/2011.

Mit der Neuregelung wird ein transparentes Wartelistenmanagement geschaffen.

§ 30a Abs. 1:
Im Abs. 1 wird festgelegt, in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen eine Warteliste geführt werden muss.

Eine Warteliste muss geführt werden, wenn vier Voraussetzungen erfüllt sind:

- Es muss sich um eine öffentliche oder pri-

vate gemeinnützige Krankenanstalt handeln.

- Der Eingriff, für den die Warteliste geführt wird, muss planbar sein. Der Eingriff darf daher nicht medizinisch dringlich sein. Solche Eingriffe müssen sofort durchgeführt werden. Eine Terminplanung verbietet sich hier von selbst. Eine Terminplanung kommt daher nur bei elektiven Eingriffen in Betracht.

- Der Eingriff muss in einer Abteilung oder sonstigen Organisationseinheit der folgenden Sonderfächer stattfinden: Augenheilkunde und Optometrie; Orthopädie und orthopädische Chirurgie; Neurochirurgie.

Gerade in diesen Fächern gibt es viele planbare Eingriffe.

- Die Wartezeit für den Eingriff muss länger als vier Wochen sein.

Wartezeiten bis zu vier Wochen sind im Krankenhausbetrieb unumgänglich. Das Führen einer Warteliste ist in diesen Fällen entbehrlich.

Die Wartezeit muss „regelmäßig“ vier Wochen übersteigen. Es kann nie ausgeschlossen werden, dass es vorübergehend Kapazitätsengpässe gibt. In solchen Fällen können Wartezeiten auf über vier Wochen ansteigen. Wenn sich die Wartezeit in weiterer Folge wieder auf unter vier Wochen verkürzt, dann muss keine Warteliste geführt werden.

Wenn die Wartezeit mehrmals im Jahr für jeweils zwei bis drei Monate auf über vier Wochen ansteigt, dann wird man davon ausgehen können, dass die Wartezeit „regelmäßig“ länger als vier Wochen beträgt.

§ 30a Abs. 2:
Aus dem ersten Satz des Abs. 2 ergibt sich zunächst, was unter einer Warteliste zu verstehen ist.

Eine Warteliste ist eine Auflistung aller Personen, die für einen bestimmten Eingriff einen Termin bekommen haben.

Der Termin muss nicht auf den Tag genau festgelegt sein. Es genügt die Vereinbarung der Kalenderwoche, in welcher der Eingriff durchgeführt werden soll. Je länger die Wartezeit ist, desto schwieriger ist es, ein konkretes Datum für den Eingriff festzulegen.

Weiters muss es sich lediglich um einen voraussichtlichen Termin handeln. Terminverschiebungen oder -absagungen können nie ausgeschlossen werden, sei es durch Umstände auf Seiten der Patienten oder auf Seiten des Krankenhauses.

Der zweite Satz des Abs. 2 enthält eine inhaltliche Vorgabe, wie die Terminvergabe vorgenommen werden muss. Bei der Reihung sind ausschließlich medizinische Umstände und betriebsorganisatorische Aspekte zu berücksichtigen.

§ 30a Abs. 3:
Im Abs. 3 wird festgelegt, welche Informationen eine Warteliste enthalten muss.

§ 30a Abs. 3 lit. a:
Die Wartezeit ist die Zeitspanne, die zwischen dem Datum der Terminvereinbarung und dem Datum der Durchführung des Eingriffes liegt. Wenn der ursprünglich vereinbarte Termin verschoben wird, dann ändert sich auch die Wartezeit.

§ 30a Abs. 3 lit. b:
Aus der Warteliste muss hervorgehen, wieviele Personen sich insgesamt auf der Warteliste befinden. Außerdem muss in der Warteliste ersichtlich sein, wieviele der vorgemerkten Personen der Sonderklasse angehören.

§ 30a Abs. 4:
Die Regelung entspricht dem § 5a Abs. 3 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 69/2011.

Bei der Information des Patienten oder der Patientin dürfen keine personenbezogenen Informationen über andere Patienten oder Patientinnen verfügbar gemacht werden.

Zu Z. 35 (Art. I § 31 Abs. 5):
Durch die Ergänzung des Abs. 5 im § 31 wird der § 5b Abs. 6 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011 ausgeführt.

Nach Art. 6 Abs. 10 der Vereinbarung gemäß Art. 15a über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens muss eine bundesländer- und sektorenübergreifende regelmäßige Berichterstattung über die Qualität im Gesundheitswesen sichergestellt werden.

Diese Berichterstattung hat die österreichweite Erfassung der für die Beobachtung der Qualität des 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 Gesundheitswesen sowie für die Information von Patienten und Patientinnen dienen soll. Der administrative Aufwand soll so gering wie möglich gehalten werden.

Ziel ist die regelmäßige Erstellung eines aus mehreren Komponenten bestehenden österreichweiten einheitlichen Qualitätsberichtes. Derzeit werden auf verschiedenen Ebenen 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.

Die Krankenanstalten werden daher verpflichtet, an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätssicherung teilzunehmen und die dafür erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen.

Dabei wird diese Verpflichtung dahingehend eingeschränkt, dass Daten nur zu übermitteln sind, soweit diese nicht ohnehin bereits aufgrund anderer Dokumentationsverpflichtungen zu melden sind. Dadurch soll eine mehrfache Meldung derselben Daten vermieden werden.

Zu Z. 36, 37 und 38 (Art. I § 32):
§ 32 Abs. 3:
Es handelt sich um eine terminologische Anpassung im Zusammenhang mit der Einführung des Begriffes der reduzierten Organisationseinheit.

§ 32 Abs. 5:
Im neuen § 32 Abs. 5 werden die bisherigen §§ 5 Abs. 6 und 6 Abs. 9 zusammengefasst.

Außerdem wird klargestellt, dass in dislozierten Tageskliniken die Heranziehung von Belegärzten und Belegärztinnen grundsätzlich zulässig ist.

Durch die Einfügung eines neuen Abs. 5 müssen die Absatznummerierung und ein Verweis richtiggestellt werden.

Zu Z. 39 (Art. I § 32 Abs. 8 neu):
Bisher wurde vorgesehen, dass die Bestellung der Leitung des ärztlichen Dienstes oder der Leitung von Einrichtungen nach Abs. 3 schriftlich erfolgen muss. Dabei musste auch der Aufgabenkreis sowie die Vertretung, das Entgelt und das Ausmaß der jährlichen Dienstfreistellung sowie die Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses geregelt werden. Die Bestellung bedurfte der Genehmigung der Landesregierung.

Die Bestimmung wird vereinfacht. Eine entsprechende Bestellung bedarf zwar weiterhin der Genehmigung der Landesregierung, sie muss aber künftig nicht mehr schriftlich erfolgen.

Eine schriftliche Bestellung ist insbesondere dann unzweckmäßig, wenn die ärztliche Leitung zugleich Rechtsträger der Krankenanstalt ist und sich damit selbst bestellen müsste.

Außerdem kann es dem Rechtsträger der Krankenanstalt überlassen bleiben, wie die Bestellung vorgenommen wird und welche Festlegungen zum Beschäftigungsverhältnis getroffen werden. Im Interesse der Rechtssicherheit wird in vielen Fällen eine schriftliche Bestellung weiterhin zweckmäßig sein.

Die Bestellung bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Bisher musste die Genehmigung erteilt werden, wenn die in Betracht kommenden Erfordernisse der Abs. 1 bis 3 erfüllt werden.

Nunmehr muss die Landesregierung auch die Erfordernisse des Abs. 7 prüfen, also ob im Falle der Verhinderung für eine geeignete Vertretung gesorgt ist.

Zu Z. 40 und 41 (Art. I § 36 Abs. 2 lit. c):
Die bisherige Formulierung „Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten“ wird durch den Oberbegriff „fachrichtungsbezogene Organisationseinheiten“ ersetzt.

Entsprechend der Definition im § 2 Abs. 4 lit. b umfasst dieser Begriff sowohl Abteilungen als auch die reduzierten Organisationseinheiten.

Außerdem wird im § 36 Abs. 2 lit. c der § 8 Abs. 1 Z. 3 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 69/2011 umgesetzt.

Für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung ist es erforderlich, dass in Abteilungen für Neurochirurgie und Psychiatrie Fachärzte oder Fachärztinnen dauernd anwesend sind.

Im ersten Satz werden daher die Organisationseinheiten für Neurochirurgie und Psychiatrie ergänzt.

Zu Z. 42 (Art. I § 36 Abs. 2 lit. f und g neu):
Die Bestimmungen regeln die ärztliche Anwesenheit in dislozierten Wochen- und Tageskliniken.

Die Regelungen entsprechen dem § 8 Abs. 1 Z. 6 und 7 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011.

Zu Z. 43 (Art. I § 37 Abs. 1):
Nach § 37 Abs. 1 dürfen in einer Abteilung oder sonstigen Organisationseinheit nur 15 % der Angehörigen des Pflegedienstes im Wege der Arbeitskräfteüberlassung beschäftigt werden.

Die Regelung orientiert sich am § 11a Abs. 3 KAKuG.

Die Formulierung „Abteilung oder sonstigen Organisationseinheit“ im bisherigen § 37 Abs. 1 wird nun durch den Ausdruck „fachrichtungsbezogene Organisationseinheit“ ersetzt.

Entsprechend der Definition im § 2 Abs. 4 lit. b sind darunter sowohl die Abteilungen als auch die reduzierten Organisationseinheiten zu verstehen.

Zu Z. 44 (Art. I § 39 Abs. 2):
Die Aufgaben der Kinderschutzgruppe werden erweitert. Künftig obliegt ihr auch die Früherkennung von häuslicher Gewalt an Opfern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die Regelung orientiert sich am § 8e Abs. 2 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 69/2011.

Zu Z. 45 (Art. I § 39a neu):
§ 39a Abs. 1:
Im neuen § 8e KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 69/2011 werden die Länder verpflichtet, nicht nur Kinderschutzgruppen, sondern auch Opferschutzgruppen einzurichten.

Den Opferschutzgruppen obliegt die Früherkennung von häuslicher Gewalt an volljährigen Personen.

Die beiden Gruppen unterscheiden sich – abgesehen von ihren unterschiedlichen Aufgaben – insbesondere durch ihre personelle Zusammensetzung:

Der Kinderschutzgruppe muss ein Facharzt oder eine Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinderchirurgie angehören.

Der Opferschutzgruppe müssen zwei Vertreter des ärztlichen Dienstes angehören, die aus den Sonderfächern Unfallchirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe stammen müssen.

§ 39a Abs. 2:
Im Abs. 2 werden die Aufgaben der Opferschutzgruppen umschrieben. Die Regelung orientiert sich am § 8e Abs. 5 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 69/2011.

§ 39a Abs. 3:
Die personelle Zusammensetzung der Opferschutzgruppe entspricht dem § 8e Abs. 6 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 69/2011.

Personen, die Mitglieder in der Kinderschutzgruppe sind, können auch der Opferschutzgruppe angehören, wenn sie die erforderliche fachliche Eignung haben.

§ 39a Abs. 4:
Die Regelung entspricht der bereits bestehenden Regelung für Kinderschutzgruppen (vgl. § 39 Abs. 5 SpG).

Zu Z. 46 (Art. I § 45 Abs. 1 lit. d neu):
Durch die Anfügung der neuen lit. d wird klargestellt, dass auch die Mitglieder der Kinderschutz- und Opferschutzgruppen zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

Zu Z. 47 (Art. I § 51):
Durch die Änderung der Überschrift soll der Regelungsgegenstand der Bestimmung klar benannt werden.

Zu Z. 48 (Art. I § 54 Abs. 4):
Blutdepots sollen mindestens einmal in zwei Jahren von der Bezirkshauptmannschaft überprüft werden.

Eine vergleichbare Regelung gibt es bereits für den Arzneimittelvorrat in einer Krankenanstalt.

Eine entsprechende Überprüfungspflicht ist daher auch bei Blutdepots gerechtfertigt.

Zu Z. 49 und 50 (Art. I § 64 Abs. 2 und 3):
Es wurde eine Anregung aus dem Begutachtungsverfahren aufgegriffen.

In den Abs. 2 und 3 werden daher – wie im Abs. 1 – die Fachärzte und Fachärztinnen im Sonderfach Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin berücksichtigt.

Zu Z. 51 und 52 (Art. I § 71):
§ 71 Abs. 4:
Der zweite Satz des § 71 Abs. 4 enthält eine Regelung für die Aufnahme in einer dislozierten Tagesklinik auf dem Gebiet eines Sonderfaches, für das eine Abteilung, ein Department oder ein Fachschwerpunkt am Ort der Krankenanstalt, in der die dislozierte Tagesklinik eingerichtet ist, nicht vorhanden ist.

Nunmehr wird die Bestimmung dahingehend geändert, dass sie auch dann gilt, wenn für das betreffende Sonderfach keine dislozierten Wochenklinik vorhanden ist.

Außerdem wird eine sprachliche Vereinfachung vorgenommen.

§ 71 Abs. 7 (neu):
Der neue § 71 Abs. 7 entspricht dem § 22 Abs. 6 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011.

Im § 22 Abs. 6 KAKuG wird generell auf „dislozierte Betriebsformen (§ 6 Abs. 7)“ verwiesen. Bei den im § 6 Abs. 7 KAKuG angeführten Betriebsformen kommt aber nur bei Zentralen Aufnahme und Erstversorgungseinheiten und bei Ambulanten Erstversorgungseinheiten eine dislozierte Führung in Frage.

Im § 71 Abs. 7 werden daher diese beiden Betriebsformen ausdrücklich angeführt.

Zu Z. 53 und 56 (Art. I § 91 Abs. 1 und 2):
Es erfolgt eine Anpassung an den § 40 Abs. 1 lit. c und d KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011.

Im bisherigen § 40 Abs. 1 lit. c KAKuG war vorgesehen, dass der § 32 KAKuG auch für private Krankenanstalten gilt.

Der § 32 KAKuG sieht vor, dass die LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge mit dem Tag der Vorschreibung fällig sind. Weiters enthält der § 32 KAKuG eine Regelung über gesetzliche Verzugszinsen.

Der § 32 KAKuG findet nunmehr lediglich für gemeinnützige Krankenanstalten Anwendung.

Die Umsetzung des § 32 KAKuG erfolgt im § 89 Abs. 2 SpG. Im § 91 musste daher klargestellt werden, dass der § 89 Abs. 2 SpG lediglich bei privaten gemeinnützigen Krankenanstalten gilt.

Der Verweis auf den § 89 Abs. 2 wurde daher vom § 91 Abs. 1 in den § 91 Abs. 2 verschoben.

Zu Z. 54 und 71 (Art. I § 91 Abs. 2 und § 109 Abs. 11):
Die Änderung trägt dem Umstand Rechnung, dass die Stiftung Carina aufgrund der historischen Entwicklung vom Sozialfonds finanziert wird.

Diese Änderung im § 91 Abs. 2 soll rückwirkend am 1. Jänner 2011 in Kraft treten. Im § 109 wird daher eine entsprechende Bestimmung über das Inkrafttreten vorgesehen.

Zu Z. 55 (Art. I § 91 Abs. 2):
Im § 40 Abs. 1 lit. d KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011 wird nunmehr vorgesehen, dass auch der § 28 Abs. 4 KAKuG für private gemeinnützige Krankenanstalten gilt.

Der § 28 Abs. 4 KAKuG wird im § 84 Abs. 3 SpG umgesetzt.

Im § 91 Abs. 2 muss daher der § 84 Abs. 3 ergänzt werden.

Zu Z. 57 (Art. I § 97 Abs. 2):
Die Neuregelung dient der Umsetzung der Grundsatzbestimmung des § 148 Z. 6 ASVG.

Der § 148 Z. 6 ASVG sieht u.a. vor, dass die Krankenanstalten verpflichtet sind, die e-card und die e-card Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit zu verwenden. Im Zweifelsfall müssen die Krankenanstalten die Identität des Patienten oder der Patientin und die rechtmäßige Verwendung der e-card überprüfen.

Im § 97 Abs. 2 werden nunmehr die Vorgaben in Bezug auf die e-card ergänzt.

Zu Z. 58 (Art. I § 98):
Die Änderung dient der Umsetzung der Grundsatzbestimmung des § 149 Abs. 2 ASVG. Diese Regelung bezieht sich auf das Verhältnis der Sozialversicherungsträger zu den nicht fondsfinanzierten Krankenanstalten. Auch in diesen Fällen sind die Krankenanstalten verpflichtet, in Zwei-

felsfällen eine Überprüfung der Identität des Patienten oder der Patientin und der rechtmäßigen Verwendung der e-card vorzunehmen.

Der § 98 wird daher entsprechend ergänzt.

Außerdem soll die Bestimmung in drei Absätze gegliedert werden, damit sie übersichtlicher ist.

Zu Z. 59 und 66 (Art. I § 99 und § 101 lit. e):
Es werden Verweise angepasst.

Zu Z. 60 bis 64 (Art. I § 100):
Überschrift:
Die Änderung in der Überschrift des § 100 dient der Klarstellung und Präzisierung.

Im Übrigen wird durch die Änderungen der § 100 an den § 10a KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011 angepasst.

§ 100 Abs. 2:
Es wird klargestellt, dass sich die Festlegungen im RSG auf jeden Standort einer Krankenanstalt beziehen müssen.

§ 100 Abs. 2 lit. a:
Es handelt sich um eine Anpassung im Zusammenhang mit den neu vorgesehenen fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (vgl. §§ 8 ff) und Betriebsformen (vgl. § 9).

Die Regelung orientiert sich am § 10 Abs. 2 Z. 4 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011.

§ 100 Abs. 2 lit. f:
Die Änderungen entsprechen den §§ 10a Abs. 2 Z. 6 und Abs. 3 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011.

§ 100 Abs. 2 letzter Satz:
Es wird klargestellt, dass sich auch bei standortübergreifenden Organisationseinheiten die Planungen im RSG auf jeden einzelnen Standort beziehen müssen.

Zu Z. 65 und 67 (Art. I § 101):
Entfall der bisherigen lit. d, h und i:
Die Bestimmungen sind im Hinblick auf die Neuregelungen über die reduzierten Organisationseinheiten (vgl. §§ 8b ff) überholt.

§ 101 lit. g:
Im nunmehrigen § 101 lit. g kann die Regelung entfallen, wonach Tageskliniken nur dann eingerichtet werden dürfen, wenn sie im Rahmen von Pilotprojekten zumindest ein Jahr lang evaluiert werden.

Auch diese Bestimmung wird im Hinblick auf die Neuregelungen betreffend Tageskliniken nicht mehr benötigt.

Zu Z. 68 (Art. I § 102 Abs. 2):
Nach § 59j KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 147/2011 ist der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) als objektiviertes Sachverständigengutachten anzusehen.

Es ist daher naheliegend, dass auch auf den ÖSG Bedacht zu nehmen ist.

Zu Z. 69, 70 und 71 (Art. I § 105 Abs. 2 und 3, § 109 Abs. 12):
§ 105 Abs. 2 und 3:
Bislang gehören dem Landessanitätsrat sieben ständige und bis zu sieben nicht ständige Mitglieder an. Die nicht ständigen Mitglieder sind nur dann einzuladen, wenn über Angelegenheiten aus ihrem Fachgebiet zu entscheiden sind.

Künftig soll es nur noch ständige Mitglieder geben, weil der Landessanitätsrat ohnehin weitere Personen mit beratender Stimme beiziehen kann. Gleichzeitig wird die Anzahl der ständigen Mitglieder auf bis zu neun erhöht.

§ 109 Abs. 12:
Die Funktionsperiode des Landessanitätsrates endet zu Beginn des Jahres 2014. Die neuen Regelungen sollen daher am 1. Jänner 2014 in Kraft treten. Die Neubestellung der Mitglieder hat dann entsprechend der Neuregelung zu erfolgen.

Zu Z. 72 (Art. II Z. 2):
Es wird ein Verweis angepasst.

Zu Z. 73 (Art. II Z. 15a neu):
Im Art. I § 77 Abs. 2 ist u.a. von Fondskrankenanstalten die Rede. Der Begriff „Fondskrankenanstalten“ wäre bei einem Außerkrafttreten der Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens überholt.

Im Art. II soll daher in einer neuen Z. 15a eine entsprechende Klarstellung erfolgen.

Mit nachstehendem, einstimmig angenommenen SPÖ-Abänderungsantrag mit den Stimmen der Abgeordneten der ÖVP-Fraktion, der FPÖ-Fraktion und der Fraktion Die Grünen mehrheitlich angenommen in der 9. Sitzung des XXIX. Vorarlberger Landtags im Jahr 2012 am 13.12.2012 (dagegen SPÖ).

„Nach der Ziffer 44 wird eine Ziffer 44a eingefügt:
‚44a. Im Art. I § 39 entfällt der Abs. 5.‘
In der Ziffer 45 entfällt im § 39a der Abs. 4.“