

Betrifft:

30. Juni 1992

Nö Krankenanstaltengesetz-Novelle 1992, Motivenbericht

Hoher Landtag!

Zum Gesetzesentwurf wird berichtet:

Landtag von Niederösterreich
Landtagsdirektion
Eing.: - 1. JULI 1992
Ltg. <u>444/K-1</u>
S. u. G.-Aussch.

A

Allgemeiner Teil

Der Nationalrat hat am 26. Mai 1988 eine Novelle zum Krankenanstaltengesetz beschlossen, welche unter BGBl. Nr. 282/1988 verlautbart worden ist und neben den das Krankenhausrecht betreffenden Bestimmungen aus der damaligen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung auch verschiedene andere grundsatzgesetzliche Regelungen enthält, die durch den Landesgesetzgeber aufgrund der Kompetenzbestimmung des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG (Heil- und Pflegeanstalten) im Wege einer Änderung des Nö Krankenanstaltengesetzes 1974 auszuführen sind. Hinsichtlich jener Bestimmungen, welche für die Vollziehung der sog. KRAZAF-Regelung terminlich bereits im Jahre 1988

notwendig waren, ist die landesgesetzliche Ausführung durch die Novelle zum Nö Krankenanstaltengesetz 1984 vom 16. Juni 1988, LGBl. 9440-7, geschehen. Der vorliegende Gesetzesentwurf will nun die restlichen Bestimmungen der eingangs zitierten Novelle sowie die inzwischen im Zusammenhang mit der Verlängerung des KRAZAF durch die KAG-Novelle BGBl.Nr.701/1991 erlassenen Grundsatzbestimmungen zur Ausführung bringen. Der Entwurf enthält aber auch einige Regelungen, die sich inzwischen aus Gründen der Weiterentwicklung des Krankenanstaltenwesens bzw. wegen der mittlerweile eingetretenen anderer Gesetzesänderungen als notwendig erwiesen haben.

Dazu kommt, daß auch das im Zusammenhang mit der Änderung des Universitäts-Organisationsgesetzes am 11. Dezember 1988 beschlossene und unter BGBl. Nr. 745/1988 verlautbarte Bundesgesetz im Art. II Krankenanstaltenrechtliche Grundsatzbestimmungen beinhaltet. Ferner sind die im Zusammenhang mit dem seit 1. Jänner 1991 in Kraft stehenden Unterbringungsgesetz erlassene Krankenanstaltengesetz-Novelle vom 1. März 1990, BGBl.Nr.157, sowie die grundsatzgesetzlichen Bestimmungen der 49. ASVG-Novelle, BGBl.Nr.294/1990, der 17. Novelle zum Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz, BGBl.Nr.295/1990, der 15. und 16. Novelle zum Bauern Sozialversicherungsgesetz, BGBl.Nr.296/1990 und BGBl.Nr.678/1991 sowie der 20. Novelle zum Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, BGBl.Nr. 297/1990 landesgesetzlich zur Ausführung zu bringen.

Schließlich liegt inzwischen der auf Grundlage einer Expertengruppe erstattete Bericht der Bundesregierung an den Nationalrat (III-135 Blg.Nr.XVII GP) im Zusammenhang mit den Vorgängen im Krankenhaus Lainz vor, der eine Reihe von gesetzlich umzusetzenden Reformvorschlägen enthält, die im vorliegenden Entwurf ebenfalls bereits berücksichtigt wurden, soweit sie mit den bisherigen grundsätzlichen Vorgaben nicht im

Widerspruch stehen.

Es sind demnach folgende Regelungen beabsichtigt:

1. Rechtliche Angleichung von Sonderklassebetten an Sanatorien
2. Abgrenzung der Krankenanstalten zu den Pflegeheimen
3. Rechtliche Regelung von Ethikkommissionen und Ausweitung ihrer Aufgaben
4. Verbot unsachlicher Informationen über Krankenanstalten
5. Rechtliche Regelung eines Hygieneteams und Schaffung eines Landesbeauftragten für Hygiene
6. Neuregelung der Kostenabdeckung für die Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Spitzenversorgung durch Ausländer
7. Klarstellung der Einbringungsmöglichkeit ausständiger Restkosten bei Angehörigen von ASVG-Versicherten
8. Schaffung der rechtlichen Möglichkeiten für das Departmentsystem
9. Festlegung, welche Akutbetten in den Landeskrankenanstaltenplan einzubeziehen sind
10. Mitbestimmung der Sonderklassepatienten bei der ärztlichen Betreuung
11. Genehmigung der Bestellung des Verwaltungsleiters und des Leiters des Pflegedienstes
12. Schaffung der rechtlichen Möglichkeiten für die Tages- und Nachtkliniken sowie für die interdisziplinären Stationen
13. Weiterführung der KRAZAF-Regelungen für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994
14. Regelungen im Zusammenhang mit dem Unterbringungsgesetz
15. Einhebung der Restkosten von Patienten der Sozialversicherungsanstalt der Bauern durch die Krankenanstalten

16. Einführung der Supervision
17. Verpflichtung zu regelmäßigen Dienstbesprechungen zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Personal
18. Schaffung ausreichender Personalmöglichkeiten
19. Einführung der Qualitätskontrolle
20. Psychologische und psychotherapeutische Betreuung der Patienten sowie Ermöglichung einer sozialdienstlichen Beratung
21. Regelmäßige Dokumentation des Personalbedarfes und der Personalplanung
22. Einbeziehung der Röntgenbilder in die Krankengeschichte und Festlegung der Aufbewahrungsdauer
23. Verbesserung des Inhaltes der Krankengeschichten sowie Ausweitung der Informationsweitergabe und der Speichermöglichkeiten
24. Verbesserung und Ausweitung des Bewilligungsverfahrens
25. Einbindung der Gemeinden in das Bewilligungsverfahren für Ambulatorien
26. Einführung eines wirksamen innerbetrieblichen Kontrollsystems (Controlling und Innenrevision)
27. Einführung einer Medikamentenkommission
28. Schaffung der rechtlichen Möglichkeiten für die Führung einer Privatordination im Krankenhaus, die Bestellung leitender Ärzte auf Zeit und einen fachärztlichen Bereitschaftsdienst
29. Verbesserung der Möglichkeiten zur Heranziehung von niedergelassenen Ärzten
30. Erfordernis der Managementausbildung für leitende Ärzte
31. Einführung des sog. Auskunftsarztes
32. Ermöglichung der Rücklagenbildung
33. Diverse legistische und sprachliche Verbesserungen

Mit diesen Regelungen wird die Hoffnung verbunden, die

krankenhausrechtlichen Regelungen den modernen Erfordernissen der Krankenhausbetriebsführung im Interesse einer optimalen Patientenversorgung angeglichen zu haben. Offen bleibt vorläufig nur die Frage der Einführung eines allgemeinen Patientenanwaltes. Hier sind aber die Erfahrungen in einigen anderen Bundesländern bzw. eine entsprechende grundsatzgesetzliche Regelung noch abzuwarten, bevor eine brauchbare Lösung vorgeschlagen werden kann.

B

## Besonderer Teil

Zu den einzelnen Bestimmungen des Entwurfes wird ausgeführt:

Zu Art. I Z 1 und 2 (§ 1 Abs. 2 und § 2 Abs. 1 Z 4):

Nach der vorherrschenden, von der Wirklichkeit getragenen Auffassung sind Pflegeheime Einrichtungen zur Aufnahme von chronisch Kranken oder Behinderten, die zwar ständig einer besonderen Pflege bedürfen, währenddem die ärztliche Betreuung gegenüber der permanenten Pflege in den Hintergrund tritt, bzw. diese nur fallweise erforderlich ist. Dies bringt insbesondere auch ein szt. vom Bundeskanzleramt ausgesandter Entwurf eines Pflegeheimgesetzes zum Ausdruck. Dieser Klarstellung soll nunmehr auch im Krankenanstaltenbereich Rechnung getragen werden, wo bisher bei den Kranken, für die die Krankenanstalten für chronisch Kranke vorgesehen sind, der Umfang des Erfordernisses an ärztlicher Betreuung nicht eindeutig definiert war. Die im vorliegenden Gesetzesentwurf enthaltene Begriffsdefinition in Richtung auf eine "ständige" ärztliche Betreuung widerspricht daher nicht den grundsatzgesetzlichen Bestimmungen des §§ 1 Abs. 2 und 2 Abs. 1 Z 4 KAG.

Zu Art. I Z 3, 15, 20, 42, 53 und 54 (§ 2 Abs. 1 Z 6, § 9 Abs. 1, § 16 Abs. 1 lit. a, § 21 Abs. 3, § 32 lit. d, § 33 Abs. 1):

Die rechtliche Angleichung von Sonderklassebetten an Sanatorien dient dazu, daß in Hinkunft im Rahmen der Prüfung eines Bedarfes nach Sanatorien auch bestehende Betten der Sonderklasse in öffentlichen Krankenanstalten mitberücksichtigt werden können.

Zur Angleichung der bei der Unterbringung in der Sonderklasse möglichen Nebenleistungen an diese Leistungen in Sanatorien ist es erforderlich, eine Unterscheidung im Zusammenhang mit der Pflege der Patienten zu vermeiden. Der Begriff der Pflege steht jedenfalls nach seinem sprachlichen Verständnis im Zusammenhang mit der medizinischen Betreuung, wobei auf diesem Gebiet jedoch keinerlei Unterschied zwischen allgemeiner Gebührenklasse und Sonderklasse zu bestehen hat. Das Wort "Pflege" in § 2 Abs. 1 Z 6 hat daher zu entfallen.

Ferner ist bei der Definition der Gemeinnützigkeit (§ 32 lit. d) darauf Bedacht zu nehmen, daß diese Gemeinnützigkeit auch dann gegeben ist, wenn Verpflegung und Unterbringung bei der Aufnahme in die Sonderklasse nicht allein vom Gesundheitszustand des Patienten abhängen. Wie schon zuvor erwähnt, hat allerdings weder in Sanatorien noch in öffentlichen Krankenanstalten im Zusammenhang mit der medizinischen Betreuung eine Unterscheidung zu erfolgen. Diese richtet sich vielmehr allein nach dem Gesundheitszustand des Patienten und der vorhandenen Ausstattung der Krankenanstalt.

In diesem Zusammenhang erscheint es allerdings nicht unangebracht, das Angebot der Krankenanstalt an den Sonderklassepatienten mit Rücksicht auf die von ihm verlangten höheren finanziellen Leistungen entsprechend zu erhöhen. Es soll ihm daher das Recht eingeräumt werden, auch Wünsche bezüglich der ärztlichen Betreuung, soweit dies medizinisch vertretbar

ist und nicht der Gleichbehandlung aller Patienten des Krankenhauses widerspricht, zu äußern. Dies zielt in die Richtung einer gewissen Wahlarztmöglichkeit für solche Patienten, wie sie immer wieder allenthalben, insbesondere von den Patienten und den Privatversicherern als deren Kostenträger, gefordert wird.

Unter Beachtung der Verantwortlichkeit eines Abteilungsleiters einer Krankenanstalt kann die Realisierung der Wahlmöglichkeit nur mit dem Einverständnis des Abteilungsleiters erfolgen. Die Regelung ist allerdings so allgemein gehalten, daß auch die Heranziehung eines außenstehenden Wahlarztes ermöglicht wird.

Dem verstärkten Servicegedanken für Sonderklassepatienten soll ferner durch die Übermittlung der Krankengeschichten, soweit diese ausdrücklich im Versicherungsvertrag vereinbart ist - sodaß sich auch datenschutzrechtlich keine Probleme bzw. bezüglich der ärztlichen Schweigepflicht ergeben -, Rechnung getragen werden.

Schließlich soll der Verbesserung des Sonderklasseangebotes auch dienlich sein, daß die ständig der Sonderklasse zur Verfügung stehenden Zimmer auch als solche ausgewiesen werden.

Zu Art. I Z 4 (§ 2 Abs. 2 lit. b):

Anpassung des Zitates des § 22 des Arbeitnehmerschutzgesetzes i.d.F.d. Novelle BGBI. Nr. 544/1982.



Zu Art. I Z 5, 6 und 8 (§ 2a Abs.1 lit.a bis c):

Gänzliche Anpassung der Bezeichnungen der allgemeinen Krankenanstalten verschiedener Versorgungsstufen an die vom Grundsatzgesetz vorgesehenen Bezeichnungen, um Mißverständnisse auszuschalten. Diese neuen Bezeichnungen wurden auch bereits in das Raumordnungsprogramm für das Gesundheitswesen aufgenommen.

Zu Art. I Z 7 (§ 2a Abs. 1 lit. b Z 8):

Die Umbenennung der Abteilungen für Nerven- und Geisteskrankheiten in Abteilungen für Neurologie und Psychiatrie erfolgt im Interesse einer begrifflichen Einheit.

Zu Art. I Z 9, 10, 12 und 16 (§ 4 Abs.1, § 5 Abs.1 und § 8 Abs.1 lit.a und c, § 10 Abs.1 lit.f):

In den vergangenen Jahren hat sich vor allem im Zusammenhang mit Anträgen auf Bewilligung der Errichtung und des Betriebes privater Krankenanstalten wiederholt gezeigt, daß die vorhandenen Bestimmungen der Landesregierung nur beschränkte Möglichkeiten bieten, vorgelegte Projekte tatsächlich einer strengen Prüfung unterziehen. Um es der entscheidenden Landesregierung aber zu ermöglichen, unter dem Gesichtspunkt einer optimalen Sicherung des Patientenwohls die vorgelegten Unterlagen zu prüfen, sind zunächst bereits konkrete Angaben darüber erforderlich, welche Leistungen in Aussicht genommen sind und ob dabei etwa auf einem bestimmten Sonderfach besondere Schwerpunkte gesetzt werden sollen. Erst konkrete Aussagen in diese Richtung werden die Landesregierung in die Lage versetzen, auch eine konkrete Beurteilung über die erforderliche personelle und apparative Ausstattung vorzunehmen.

Der personellen Ausstattung kommt auch bei der Entscheidung über Anträge auf Erteilung einer Betriebsbewilligung größte Bedeutung zu, was nicht nur für das ärztliche Personal, sondern auch für das nichtärztliche Personal gilt. Auch hiebei wird von entscheidender Bedeutung sein, welche Leistungen in der nun zum Betrieb fertiggestellten Krankenanstalt in Aussicht genommen sind.

Die Kenntnis des Leistungsangebotes und allfälliger Schwerpunkte einer Krankenanstalt dient auch dem Ziel einer landesweiten ausgewogenen Planung der Versorgung mit Krankenanstalten.

Zu Art. I Z 11 (§ 5 Abs.4):

Durch die Erweiterung dieser Bestimmung soll der Ärztekammer für NÖ und bei Errichtung selbständiger Zahnambulatorien auch der österr. Dentistenkammer sowie der Sitzgemeinde des Ambulatoriums die Möglichkeit eingeräumt werden, durch ein Anhörungsrecht die Interessen ihrer Mitglieder bzw. der Gemeindebürger im Bewilligungsverfahren einzubringen.

Zu Art. I Z 13 und 14 (§ 5 Abs.4 und § 8 Abs. 6 erster und letzter Satz):

Wie der Verwaltungsgerichtshof in seiner Rechtssprechung (vgl. Erk. Slg. 10511(A)/1981) ausführt, können Beschwerden nach Art. 131 Abs. 1 Z 1 B-VG nur unter Berufung auf eigene, gegen den Staat als Träger der Hoheitsgewalt gerichtete Interessenssphären erhoben werden. Fehlt es an der Behauptung, in einer eigenen Interessenssphäre verletzt zu sein, oder überhaupt einer Möglichkeit einer derartigen Verletzung, dann bedarf es

zur Beschwerdeerhebung aus einem der bundesverfassungsgesetzlich vorgesehenen Fälle einer ausdrücklichen gesetzlichen Ermächtigung.

Entsprechend der geltenden grundsatzgesetzlichen Bestimmung des § 3 Abs. 6 KAG sieht die bisherige Bestimmung des § 8 Abs. 6 vor, daß der öffentlich-rechtlichen Interessensvertretung der Ärzte in Verfahren zur Genehmigung der Errichtung oder Inbetriebnahme von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers (bei Zahnambulatorien auch die Interessensvertretung der Dentisten) in bestimmten Fällen Parteistellung im Sinne des § 8 AVG zukommt. Gesetzliche Ermächtigungen zur Erhebung von Beschwerden an den Verwaltungsgerichtshof durch die genannten Interessensvertretungen im Sinne der oben dargestellten Judikatur sind damit jedoch noch nicht verbunden.

Dem Auftrag zur Wahrnehmung der Interessen durch die Interessensvertretungen kann letztlich nur dann voll entsprochen werden, wenn den im Verwaltungsverfahren als partei- und berufungsberechtigten Interessensvertretungen auch die Möglichkeit zusteht, gegen letztinstanzliche Bescheide Beschwerde an den Verwaltungsgerichtshof zu erheben. Dieses Recht sollte den genannten Interessensvertretungen durch die ausdrückliche Einräumung der Beschwerdeermächtigung nach Art. 131 Abs. 2 B-VG an den Verwaltungsgerichtshof sichergestellt werden.

Die vorgesehene Änderung folgt einem entsprechenden grundsatzgesetzlichen Auftrag. Gemäß Art. 118 Abs. 2 B-VG stellt die Gemeinde die Verkörperung der örtlichen Gemeinschaft dar. Um im Bewilligungsverfahren einen gewissen Ausgleich zwischen den Interessen der Ärzte und Dentisten einerseits und der ansässigen Bevölkerung herzustellen, ist es, abgesehen von einer grundsatzgesetzlichen Verpflichtung gerechtfertigt, auch den betroffenen Gemeinden ein Mitspracherecht in Form der Beteiligtenstellung

einzuräumen, da sie ja die Interessen der Gemeindebürger zu tragen haben.

Zu Art. I Z 17 (§ 10 Abs.4):

Diese Regelung soll aus Gründen der Sicherheit und des Wohles der Patienten die nachträgliche Vorschreibung von Bedingungen und Auflagen bei bewilligten Krankenanstalten ermöglichen. Daß dies nur unter möglichster Schonung erworbener Rechte und mit den gelindest erforderlichen Mitteln geschehen darf, ergibt sich aus den allgemeinen Verwaltungsverfahrensvorschriften.

Zu Art. I Z 18 und 19 (§ 11 Abs.1 lit.f und § 11 Abs.2):

Hier wird ausdrücklich festgelegt, daß jedenfalls die Aufstellung von medizinischen Großgeräten eines sanitätsbehördlichen Genehmigungsverfahrens bedarf. Es handelt sich dabei um jene Einrichtungen, die nach den Bestimmungen über die Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds als solche gewertet werden. Die Anzeige der übrigen für den Anstaltsbetrieb maßgeblichen Gerätschaften (einschließlich der Ersatzbeschaffungen) sichert die Überprüfung in sicherheitstechnischer Hinsicht und einen gleichmäßigen landesweiten Ausstattungsstandard der Krankenhäuser.

Zu Art. I Z 21 bis 22 (§ 16 Abs.1 lit.c sowie § 16 Abs.2):

Im Rahmen der Vorschriften über die Anstaltsordnung können maßgebliche Forderungen der im Zusammenhang mit den Vorfällen im Krankenhaus Lainz

eingesetzten Expertenkommission Berücksichtigung finden. Der neue § 16 Abs.2 enthält nun die Umsetzung der von Expertenseite geforderten Reformvorschläge. Er verlangt aber auch gewisse innerbetriebliche Verbesserungen der wirtschaftlichen Steuerungs- und Kontrollmechanismen, wie sie durch jüngste Anlaßfälle angezeigt sind.

So soll durch die Anstaltsordnung sichergestellt werden, daß regelmäßig Dienstbesprechungen zwischen dem ärztlichen und dem nichtärztlichen Personal stattfinden. Weiters ist für entsprechende Wünsche der Pfleglinge eine psychologische oder seelsorgerische Betreuung zu gewährleisten und vorzusehen, daß auf Wunsch des Personals, d.h. also unter Einschaltung des Betriebsrates, eine Supervision möglich ist.

Schließlich sind den in der Krankenanstalt beschäftigten Personen, soweit es die Gegebenheiten zulassen, geeignete Personalräumlichkeiten in ausreichendem Maß zur Verfügung zu stellen und die der Krankenhausentwicklung entsprechende Fortbildung zu gewährleisten sowie Maßnahmen der Qualitätssicherung zu ermöglichen.

Ferner soll die Krankenanstaltsleitung ausdrücklich verpflichtet werden, bei Engpässen in ihren Unterbringungsmöglichkeiten, von vornherein Kontakte mit den umliegenden Krankenhäusern aufzunehmen, um im Interesse des Patientenwohles eine Aufnahmeverzögerung möglichst hintanzuhalten, wie dies bis jetzt beispielsweise in der Urlaubszeit oder im Umbaufalle manchmal aufgetreten ist. Im übrigen sollen überhaupt die fachliche und organisatorische Zusammenarbeit innerhalb der Organisationseinheiten des Krankenhauses und mit den anderen Krankenanstalten und sonstigen Gesundheitseinrichtungen aus wirtschaftlichen Überlegungen gesetzlich forciert werden und auch bei der Ausstattung der Krankenhäuser die Kapazitäten umliegender Anstalten mehr als bisher Berücksichtigung

finden.

Die Erwähnung des technischen Personals als eigene Gruppe unterstreicht seine Bedeutung im modernen Krankenhausbetrieb.

Ausdrücklich sollen in der Anstaltsordnung Regelungen über das Bestellwesen und die innerbetrieblichen Kontrollmechanismen sowie wirksame betriebliche Steuerungsmaßnahmen aufgenommen werden.

Krankenhäuser sind heute überaus komplizierte und hochtechnisierte Dienstleistungsbetriebe. Mit der zunehmenden funktionellen, organisatorischen und technischen Komplexität ergibt sich aber auch die zwingende Notwendigkeit, wirksame Instrumente zeitgemäßer Betriebsführung einzusetzen. Es muß das Ziel jedes öffentlichen Krankenhauses sein, den politisch festgelegten Versorgungsauftrag in möglichst wirtschaftlicher Weise zu erfüllen. Eine effiziente Steuerung und Überwachung aller wesentlichen Leistungsprozesse und deren Kosten ist daher unerläßlich. Das operative Controlling bietet die Möglichkeit, die Kosten der verschiedenen Teilbereiche eines Krankenhauses wirksamer zu steuern und Abweichungen von den vorgegebenen Zielen rechtzeitig zu erkennen.

Das Controlling stellt eine Unterstützung der Krankenhausbetriebsführung dar und sollte auch als eine betriebswirtschaftliche Servicestelle verstanden werden, die dazu beiträgt, betriebliche Entscheidungsgrundlagen betriebswirtschaftlich qualifiziert aufzubereiten.

Die Innenrevision hingegen hat als Instrument der internen Unternehmensführung die Aufgabe, im Auftrag der Anstaltsleitung alle wesentlichen Bereiche des Krankenhauses auf ihre organisatorische und

wirtschaftliche Effizienz hin zu prüfen. Diese innerbetriebliche, im Bereich des Krankenhauses angesiedelte Kontrolleinrichtung tangiert nicht sonstige Kontrolleinrichtungen der Anstaltsträger, wie Kontrollämter, Amtsinspektion udgl.

Das Controlling ist eine Art "Kontrolle im Vorhinein". Die Innenrevision prüft Sachverhalte im Nachhinein.

Zu Art. I Z 22, 65 und 66 (§ 16 Abs.3 und 4 sowie § 49 Abs.5 und 8):

a) Departmentsystem

Die raschen wissenschaftlichen Fortschritte in der medizinischen Diagnose und Therapie zwingen den Arzt notwendigerweise zu einer immer weitgehenderen Spezialisierung. Zum Schutz vor fachlicher Isolierung müssen deshalb neuartige Methoden der Kooperation und der Integration gefunden werden. Als eine derartige Methode kann das sog. Departmentsystem angesehen werden, bei dem vorwiegend, größere Abteilungen eines bestimmten Fachgebietes in eine Mehrzahl von Pflegegruppen bzw. medizinische Teilgebiete gegliedert werden, die jeweils eigenverantwortlich unter der Koordination des Abteilungsleiters geleitet bzw. wahrgenommen werden. Dadurch wird einerseits die fachliche Spezialisierung gefördert, andererseits aber die ganzheitliche Behandlung des Patienten durch konsiliares Zusammenwirken der Ärzte gewährleistet. Der vorliegende Gesetzesentwurf schafft die rechtliche Möglichkeit, das Departmentsystems zu praktizieren. Es ist zu hoffen, daß dadurch eine Organisationsstruktur gefunden wird, die dem Arzt zum Nutzen des kranken Menschen alle Vorteile fachlicher Spezialisierung gewährt, die Gefahr der Isolierung für ihn jedoch ausschließt.

Die Aufnahme einer derartigen Regelung in den Novellenentwurf wird auch durch die im Zusammenhang mit der Novelle BGBI.Nr. 745/1988 erfolgte Änderung des KAG motiviert, wonach Universitätskliniken, die in Klinische Abteilungen gegliedert sind, medizinisch verantwortlich vom Leiter dieser Klinischen Abteilung geleitet werden. Damit soll in erster Linie eine bessere Überschaubarkeit einer solchen Einrichtung durch die verantwortliche ärztliche Leitung gewährleistet und die Letztverantwortlichkeit in medizinisch-fachlichen Belangen jenem Arzt zur Gänze übertragen werden, der unmittelbar mit dem Patienten befaßt ist. Wenngleich sich eine landesgesetzliche Ausführung dieser Bestimmung mangels vorhandener Universitätskliniken in Niederösterreich erübrigt, kann sie doch als Anregung für die Einführung des Departmentsystems in den niederösterreichischen Krankenanstalten dienen.

Dazu kommt, daß durch die verstärkte Anstellung von Oberärzten auch die personelle Kapazität für die eigenverantwortliche medizinische Tätigkeit insbesondere in Richtung auf spezielle medizinische Teilgebiete massiv aufgewertet wird, die auch entsprechend genützt werden soll.

Dies alles soll jedoch nur unter der Einbeziehung des Abteilungsleiters und der Anstaltsleitung in das Entscheidungsverfahren geschehen.

Grundsatzgesetzliche Bestimmungen stehen diesen Neuerungen im NÖ Krankenanstaltengesetz 1974 nicht entgegen. Die vom Bundeskanzleramt im Begutachtungsverfahren vertretene Auffassung, daß der § 6 des Krankenanstaltengesetzes als Grundsatzregelung die Schaffung von Departments nicht zulasse, wird nicht geteilt. Die genannte, lediglich demonstrative Bestimmung des § 6 Abs. 1 KAG verpflichtet den Landesgesetzgeber nicht dazu, eine allfällige weitere Untergliederung von Abteilungen zu unterlassen.



Im übrigen enthalten bereits die Kärntner Krankenanstalten-Ordnung (§ 18), das Steiermärkische Krankenanstaltengesetz (§ 25a) und das Vorarlberger-Spitalsgesetz (§ 14) vergleichbare Regelungen über Departments.

Es ist daher nicht verständlich, warum dem niederösterreichischen Spitalswesen die in anderen Bundesländern bewährte Einrichtung zur strukturellen Verbesserung der Patientenversorgung vorbehalten bleiben sollte. Dies insbesondere unter dem Aspekt, als Niederösterreich derzeit darangeht, eine verstärkt eigenständige, von anderen Bundesländern unabhängige Spitalsversorgung aufzubauen und dabei natürlich die Nutzung aller strukturellen Möglichkeiten, wie auch des Departementsystems, unerlässlich ist.

Dazu kommt, daß auch von medizinisch-fachlicher Seite, das heißt, insbesondere seitens der Arbeitsgemeinschaft der ärztlichen Direktoren die Möglichkeit des Departementsystems außer Diskussion gestellt bzw. darauf hingewiesen wurde, daß die Entwicklung der Medizin die Einrichtung bestimmter Departements sogar notwendig macht. Auch die Standesvertretung der Ärzte hat ihren ursprünglichen Widerstand inzwischen aufgegeben.

Abgesehen davon wird das Departementsystem auch durch die in einem Gastkommentar des Univ.Prof. Dr. Krejci, Graz, jetzt Wien, in der österreichischen Ärztezeitung, 36. Jahrgang, Heft 17, 1981, vertretenen Rechtsauffassung über die grundsätzliche medizinisch-fachliche Weisungsfreiheit von Fachärzten in der Krankenanstalt und deren Eigenverantwortlichkeit in medizinisch-fachlichen Entscheidungen gestützt.

Mit der Eröffnung der rechtlichen Möglichkeit für die Einrichtung des Departementsystems war auch die Bestimmung über das Liquidationsrecht für

das ärztliche Honorar entsprechend zu erweitern.

Hinsichtlich der Eignung sollte ferner ein Gutachten des Landessanitätsrates eingeholt werden, während für eine Ausschreibung der Stelle keine zwingende Notwendigkeit besteht, da in erster Linie für die Leitung von Departements vorhandene Oberärzte in Betracht kommen werden.

b) Tages- und Nachtklinik , interdisziplinäre Station

Mit Rücksicht auf die im Zusammenhang mit der Errichtung des KRAZAF zu verfolgende Tendenz nach dem Abbau von Akutbetten und die durch sogenannte Strukturmittel förderbaren, voraussetzenden Alternativmaßnahmen ist es nötig, auch die Tages- und Nachtkliniken einer Regelung zuzuführen bzw. auch hier die rechtlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen. Bei dieser Gelegenheit sollte auch einer weiteren zukunftsweisenden Einrichtung, nämlich der interdisziplinären Station. (insbesondere für den Aufnahmebereich) nicht weiterhin der rechtliche Weg versperrt bleiben.

Eine Tagesklinik ist eine Einrichtung, unter der Verantwortung eines Arztes, zur Durchführung von operativen Eingriffen, zeitaufwendigen Behandlungen oder komplizierten Untersuchungen durch Ärzte verschiedener Fachrichtungen, die die Einrichtungen einer Tagesklinik nach Art eines "Belegspitals" nützen. Alle Operationen, Behandlungen und Untersuchungen werden innerhalb eines Tages durchgeführt, die Patienten werden am gleichen Tag entlassen.

Eine Nachtklinik wird vorwiegend in psychiatrischen Sonderkrankenanstalten in Frage kommen und wird dort auch schon teilweise praktiziert. Sie dient Patienten, bei denen aus therapeutischen Gründen der Aufenthalt im Spital untertags nicht mehr nötig ist, bzw. die wieder behutsam in das zivile Leben zurückgeführt werden sollen.

Solche Einrichtungen können darüberhinaus der Zusammenarbeit mit der niedergelassenen Ärzteschaft förderlich sein und sind zweckmäßigerweise in engem Zusammenwirken mit diesen zu führen, da die Weiterversorgung der Patienten wirtschaftlicher außerhalb des Spitals erbracht werden kann.

Eine interdisziplinäre Station ist ein institutionalisiertes Bindeglied zwischen der ambulanten Versorgung außerhalb des Krankenhauses und der stationären Versorgung innerhalb des Krankenhauses. Dadurch könnten die, durch die meist sehr scharfe Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung bedingten Mängel in gesundheitsökonomischer Sicht (z.B. unnötige Einweisung in den stationären Bereich, Doppelgleisigkeit in der Diagnostik, unnötig langer Aufenthalt im stationären Bereich usw.) vermieden werden.

In Krankenhäusern soll damit die rechtliche Möglichkeit für eine eigenständige interdisziplinäre Aufnahmestation eröffnet werden; besonders in Krankenanstalten ab einer Bettenkapazität von 350 Betten erscheint dies sinnvoll. Für kleinere Krankenhäuser könnte die Aufnahmeabteilung zusammen mit einer Nachsorge- bzw. Leichtpflegeabteilung organisiert werden.

Der Aufgabenbereich solcher interdisziplinärer Aufnahmestationen kann folgendermaßen umschrieben werden:

- Koordination und Kontrolle der Einweisung in den stationären Bereich;
- Gewährleistung einer engen Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und
- Durchführung von prä- und semistationärer Diagnostik und Therapie.

Mit der getroffenen Regelung sind auch Vorschriften über eine der unterschiedlichen Kostenintensität entsprechende, differenzierte Pflegegebührenfestsetzung für die Tages- und Nachtkliniken vorzusehen. Dabei erscheint eine Reduktion der Pflegegebühren bis 30 % der amtlichen Gebühren bei Nachtkliniken praktikabel und gerechtfertigt, während dies bei der Tagesklinik im Falle einer Erhöhung bis zur fünffachen Pflegegebühr noch gegeben erscheint. Außerdem soll der Tatsache einer möglichen Arztwahl bei der Tagesklinik Rechnung getragen werden und dies auch bei der Gebührenfestsetzung bzw. durch ein ärztliches Honorär Berücksichtigung finden.

Bei der Tagesklinik handelt es sich nicht um ein Anstaltsambulatorium gemäß § 43 NÖ KAG 1974, da es sich hier grundsätzlich um stationär im Krankenhaus zu behandelnde Krankheitsfälle handelt, wo eine Abgrenzung zur Behandlung in der freien Praxis, die bei einer Behandlung im Anstaltsambulatorium im Vordergrund steht, nicht zutrifft.

Zu Art. I Z 22 (§ 16 Abs.5):

Hier soll ausdrücklich fixiert werden, daß die personelle und einrichtungsmäßige Ausstattung der Krankenanstalt nur im zweckdienlichen Ausmaße erfolgen darf.

Zu Art. I Z 23 (§ 16 Abs.6):

Eine flexible, abteilungsübergreifende Belegung soll aus wirtschaftlichen Erwägungen eine optimale Auslastung der Krankenhäuser garantieren.

Zu Art. I Z 24 und 26 (§ 17 Abs. 2 und 4):

Hier soll die rechtliche Möglichkeit der Bestellung leitender Ärzte auf Zeit dezidiert in Form einer Kann-Bestimmung eröffnet werden, wie sie heute schon verschiedentlich in anderen Bundesländern (Wien, Steiermark) erfolgt, aber auch manchmal in Niederösterreich bereits praktiziert wird. Dabei bleibt eine mehrmalige Verlängerung, aber auch ein Übergang zu einer unbefristeten Bestellung nicht ausgeschlossen. Auch hier wird einer Forderung des bereits mehrfach zitierten Expertenbereiches Rechnung getragen.

Zu Art. I Z 25 (§ 17 Abs. 3):

Der schon bisher selbstverständliche Grundsatz, daß leitende Ärzte diverser Organisationseinheiten von Krankenanstalten für den Fall ihrer Verhinderung durch einen gleichqualifizierten Arzt vertreten werden, soll ausdrücklich verankert werden. Darüberhinaus ist im Interesse des Patientenwohls für den Fall der Verhinderung eines Konsiliararztes eine gleichqualifizierte Vertretung vorzusehen.

Zu Art. I Z 27 (§ 17 Abs. 5):

Wegen des herrschenden Fachärztemangels ist es nötig, die vorhandenen Ressourcen, also auch freie Kapazitäten der niedergelassenen Ärzte vermehrt zu nützen. Es ist daher beabsichtigt, die bereits im § 17 Abs. 5 vorhandene Möglichkeit der Heranziehung niedergelassener Ärzte insofern zu spezifizieren, daß auch fachlich eigenverantwortlich gearbeitet werden

kann und die Beschränkung auf das Einzugsgebiet entfällt, wenngleich es sich überwiegend um solche Ärzte handeln wird. Andererseits kann aber dadurch auch das Abwandern von Patienten aus Niederösterreich in Wiener Belegspitäler eingedämmt werden. Diese Regelung gestattet auch die Bereitstellung von sog. Belegbetten an niedergelassene Fachärzte.

Zu Art. I Z 28 (§ 17 Abs.7):

Dem im erwähnten Expertenbericht angestrebten Zweck einer vermehrten Anwesenheit von Fachärzten im Krankenhaus soll auch die Eröffnung der Möglichkeit dienen, Ärzten die Führung einer Privatpraxis ins Krankenhaus - selbstredend gegen vollen Kostenersatz - zu gestatten. Daß solche Nebenbeschäftigungen nur ohne Behinderung der dienstlichen Verpflichtungen erfolgen dürfen, ergibt sich aus den einschlägigen Dienstrechtsvorschriften. Die vorgesehene Regelung beschränkt sich nicht nur auf Abteilungsleiter, sondern eröffnet grundsätzlich auch die Ordinationsmöglichkeit von Oberärzten und außenstehenden Ärzten im Spital.

Zu Art. I Z 29 (§ 19 lit.a):

Weiters entspricht es einem im Zusammenhang mit den Diskussionen zu den Vorfällen im Krankenhaus Lainz erstatteten Reformvorschlag, den Patienten Anliegen auch dadurch Rechnung zu tragen, daß ihnen auch für die Erteilung von Auskünften, für erläuternde Gespräche zum Behandlungsverlauf und Gesundheitszustand, etc. jeweils ein Arzt zur Verfügung steht. Häufig werden Beschwerden geäußert, daß diesen Anliegen nicht ausreichend entsprochen wird. Diesem Reformgedanken soll der dem

§ 19 lit.a anzufügende Satz Rechnung tragen, der vorsieht, daß auch hierfür durch entsprechende organisatorische Maßnahmen stets ein Arzt zur Verfügung stehen muß. Turnusärzte werden hierfür ihrem jeweiligen Stand der Ausbildung entsprechend herangezogen werden können. In praxi wird sich die Bereitstellung des sog. Auskunfts- oder Stationsarztes auf die Tageszeit beschränken können, da diese Aufgabe während der Nachtzeit der Nachtdiensthabende erfüllen kann.

Im Zusammenhang mit der Ergänzung des § 19 lit.a bietet sich auch die Gelegenheit, die Frage des Bereitschaftsdienstes von Fachärzten im Krankenhaus neu zu überlegen. Dazu ist zunächst notwendig klarzustellen, in welchem Umfang sofortige ärztliche Hilfeleistung erforderlich sind. Dies ist zweifellos eine medizinisch-fachliche Frage, die nur von einem geeigneten, zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt - allerdings auch unter dem Gesichtspunkt eines zeitlich kontinuierlichen, aber auch differenziert intensiven Diagnose- und Behandlungsablaufes - zu entscheiden ist.

Solche Feststellungen können daher grundsätzlich auch von ausgebildeten praktischen Ärzten getroffen werden. Es ist daher vom jeweiligen Fall bzw. auch vom jeweiligen medizinischen Fachgebiet abhängig, wann und wie schnell die spezifische fachärztliche Hilfe einsetzen muß oder auch kann. Es muß daher die Verpflichtung zur sofortigen ärztlichen Hilfe in der zitierten Bestimmung so verstanden werden, daß sie jederzeit für den konkreten Fall in ausreichendem Maße zur Verfügung zu stehen hat. Es soll daher jetzt zum Anlaß genommen werden, die betroffene Gesetzesbestimmung in diesem Sinne erläuternd zu ergänzen. Eine solche Vorgangsweise scheint auch grundsatzgesetzlich vereinbar, da § 19 lit.a jetzt wörtlich dem Grundsatzgesetz entspricht und daher eine ausführungsgesetzliche Modifizierung zulassen muß, um nicht - der Spruchpraxis des Verfassungsgerichtshofes folgend - von vornherein verfassungswidrig zu sein.

Zu Art. I Z 30 bis 34 (§ 19a Abs.1, 3 bis 5):

§ 19a des NÖ KAG 1974 enthält in Ausführung einer entsprechenden grundsatzgesetzlichen Bestimmung die Regelung über den in den Krankenanstalten zu beschäftigenden Krankenhaushygieniker. Die ständig steigenden Erfordernisse nach Verbesserung der hygienischen Situation in den Krankenanstalten macht nun eine Ergänzung durch eine Hygienefachkraft und zum Teil durch einen Mikrobiologen notwendig. Die beabsichtigte Regelung folgt im wesentlichen der Anregung des Hygieneinstitutes der Universität Wien und der Arbeitsgemeinschaft der ärztlichen Direktoren niederösterreichischer Krankenanstalten. Es wird damit außerdem einem internationalen Trend auf diesem Sektor Rechnung getragen.

Dessen ungeachtet, soll die in Abs. 2 des § 19a enthaltene Regelung, wonach auch der ärztliche Leiter die Funktion eines Krankenhaushygienikers übernehmen kann, erhalten bleiben. Desgleichen die Regelung, daß in Krankenanstalten, wo von der Bestellung eines ärztlichen Leiters Abstand genommen werden kann, auch die Bestellung eines Krankenhaushygieniker entfällt. Dort hat diese Hygieneagenden allerdings dann die Hygienefachkraft zu übernehmen.

Hinsichtlich der Vermittlung der für die Hygienefachkraft erforderlichen Kenntnisse wird v.a. auf die bereits bestehende Möglichkeit der Einrichtung von Kursen für Spezialaufgaben gemäß § 57b Abs.1 des Krankenpflegegesetzes verwiesen.

Ferner erscheint es sinnvoll, wie im Rahmen der technischen Sicherheit



auf Landesebene für Koordinierungsfunktionen und generelle Vorgaben ein eigenes Organ innerhalb der Landessanitätsdirektion zu installieren.

Zu Art. I Z 35 (§ 19c Abs.9):

Da die beschränkte Personalsituation der beim Amt der NÖ Landesregierung für die Sicherheitstechnik im Gesundheitswesen zuständigen Abteilung eine kostenlose meßtechnische Überprüfung aller medizinischen Geräte in den Krankenanstalten wegen ihrer zahlenmäßigen Ausweitung nicht mehr zuläßt, soll diese generelle Verpflichtung beseitigt werden. Für die vorgeschriebenen Messungen sind dann andere autorisierte Einrichtungen heranzuziehen, soweit sie durch die personelle Leistungskapazität der erwähnten Landesstelle nicht abgedeckt werden können.

Zu Art.1 Z 36 (§ 19d):

Durch das Arzneimittelgesetz des Jahres 1983, BGBl.Nr. 185, wurden für die Erprobung neuer Arzneimittel am Menschen strengste Bestimmungen geschaffen. Im Zusammenhang damit hat die Novelle BGBl.Nr.282/1988 zum KAG auch im Rahmen des Krankenanstaltenrechtes ergänzende Vorschriften für die klinische Erprobung von Arzneimitteln in Krankenanstalten gesetzt, die nunmehr landesgesetzlich auszuführen sind.

Der Entwurf verpflichtet die einzelnen Krankenhausträger, dafür zu sorgen, daß an Krankenanstalten, an denen klinische Prüfungen von Arzneimitteln vorgenommen werden, eine Kommission eingerichtet wird, die diese Erprobung neuer Arzneimittel zu beurteilen hat.

Die Kommission hat sich auf die Abgabe einer Beurteilung zu beschränken, es kommt ihr somit keinerlei Behördencharakter zu.

Das Grundsatzgesetz legt fest, welche Mitglieder der Kommission anzugehören haben, läßt aber der Landesgesetzgebung - wie im zugehörigen Motivenbericht ausdrücklich angeführt wurde - frei, welche weiteren Mitglieder darüberhinausgehend vorzusehen sind. Der vorliegende Gesetzesentwurf stellt daher diese Kommission auf eine möglichst breite Basis, indem er auch neben einem leitenden Arzt den Spitalsärztevertreter, neben dem Vertreter des Rechtsträgers den Verwaltungsleiter der Anstalt und auch den Krankenhausapotheker in die Kommission einbezieht. Wegen der in den Rechtsbereich hineinspielenden Aspekte der Kommission ist es angebracht, ihr auch eine rechtskundige Person beizugeben.

Der Entwurf schreibt auch die Anfertigung eines Protokolles zur Dokumentation der für die Willensbildung der Kommission maßgeblichen Überlegungen vor, um diese auch nach Durchführung einer klinischen Prüfung sicherzustellen. Dabei ist es unerläßlich, auch die für die Willensbildung erheblichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Wesentlich sind jedenfalls alle Unterlagen, die sich aus den Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes ergeben, ferner aber auch sämtliches Material (z.B. wissenschaftliche Aufsätze, Fachliteratur, diverse Prüfungsberichte usw.), die sonst von Einfluß waren. Die Protokollübermittlung an den Betriebsrat wird damit begründet, daß üblicherweise auch das Krankenhauspersonal in der Prüfungsdurchführung eingeschaltet ist.

Der Gesetzesentwurf definiert ferner die Prüfungsmaßnahmen und bestimmt, daß aus solchen Prüfungen im Interesse der Objektivität keinerlei unkontrollierter finanzieller Nutzen gezogen werden darf und die

finanzielle Gebarung über die Anstalt laufen muß. Die Zulassung solcher Prüfungen hat dabei durch den Träger der Anstalt zu erfolgen, der auch Vertragspartner gegenüber der auftraggebenden Firma ist. Einer Delegation an die Anstaltsleitung steht allerdings nichts im Wege.

In der Folge wurde am 6. Februar 1990 vom Komitee der Minister die Europaratsempfehlung No. R(90)3, angenommen, nach der jede klinische Forschung Gegenstand einer ethischen Prüfung durch eine unabhängige, multidisziplinäre Kommission zu sein hat. Diese Empfehlung berücksichtigt vor allem den Umstand, daß die klinischen Prüfungen von medizinischen Geräten und Bedarfsartikeln immer breiteren Raum einnehmen.

Grundlegende ethische und medizinische Aspekte klinischer Prüfungen am Menschen sind bereits in der Deklaration von Helsinki des 18. Weltärztekongresses 1964, zuletzt geändert vom 41. Weltärztekongreß 1989 in Hongkong, enthalten. Diese Grundprinzipien haben zuletzt auch Eingang in die Richtlinien des Rates der EG vom 20. Juni 1990 zur Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedsstaaten über aktive implantierbare medizinische Geräte gefunden. Sie sind auch im neuesten Entwurf der EG-Kommission für eine Richtlinie des Rates über medizinische Geräte enthalten. In diesem Zusammenhang ist auch die obgenannte Empfehlung No. R(90)3 des Komitees der Minister des Europarates vom 6. Februar 1990 über die medizinische Forschung am Menschen von Relevanz.

In Verfolgung dieser Intentionen sollen die Aufgaben und die Zusammensetzung der Ethikkommission für die Arzneimittel daher entsprechend erweitert werden und auch die klinische Prüfung von medizinischen Geräten erfassen. Im Hinblick auf die Prüfung von medizinisch-technischen Geräten ist der Ethikkommission auch der Technische Sicherheitsbeauftragte beizuordnen. Bei medizinisch-

technischen Geräten handelt es sich zum überwiegenden Teil um elektromedizinische Geräte, wie Ultraschallgeräte, Defibrillatoren, Herzschrittmacher, Lithotriptoren, Lasergeräte, u.ä. Medizinische Bedarfsartikel sind z.B. medizinische Einwegartikel, chirurgische Instrumente, Nadeln, Nahtmaterialien, Katheter, etc.

Bei dieser Gelegenheit sind auch noch folgende grundsätzliche Überlegungen angebracht:

Die Beurteilungen der Ethikkommission sind nach medizinischen und ethischen aber auch rechtlichen Kriterien vorzunehmen. Für die rechtliche Beurteilung ist nicht nur das Krankenanstaltenrecht maßgebend. Materiengesetze, wie das Arzneimittelgesetz und das Ärztegesetz, sind wie das Strafgesetzbuch und das ABGB von Relevanz. Die Beurteilungen müssen sich nicht auf eine Bewertung vor Beginn der klinischen Prüfung beschränken. Die Kommission kann auch mit Aufgaben einer begleitenden Kontrolle betraut werden.

Die Verwendung eines neuentwickelten medizinischen Gerätes kann bisweilen auch die Anwendung einer neuen medizinischen Methode bedeuten. In diesem Zusammenhang ist daher festzuhalten, daß der im § 19 lit.b NÖ KAG 1974 normierte Grundsatz, wonach Patienten von Krankenanstalten nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft behandelt werden dürfen, nicht uneingeschränkt gilt. In jenen Fällen, bei denen die Behandlung mit den bereits anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft zugezählt werden kann, wird nach strengster Abwägung des Nutzens und sämtlicher zu erwartender Risiken ein Abweichen vom § 19 lit.b NÖ KAG zulässig sein. Mit dieser Fragestellung wird sich nunmehr auch die Ethikkommission zu befassen haben, wobei aber auch bei der Anwendung neuer Geräte (Methoden) keinesfalls der Boden der medizinischen Wissenschaft verlassen werden darf.

Schließlich ist aus Koordinationsgründen eine Ergebnisauswertung durch die Landessanitätsdirektion angezeigt.

Zu Art. I Z 36 (§ 19 e):

Seitens der zu den Vorfällen im Krankenhaus Lainz eingesetzten Experten wurde zwar wiederholt auch darauf verwiesen, daß Maßnahmen der Qualitätskontrolle nach dem heutigen Stand der Wissenschaft unerlässlich geboten sind, zum anderen wurde aber auch ausgeführt, "daß im Hinblick auf die erforderliche Motivierung der betroffenen Spitalsmitarbeiter qualitätssichernde Maßnahmen dann ihr Ziel verfehlen werden, wenn sie ausschließlich aufgrund obrigkeitlicher Anordnungen von Krankenanstaltenfernen Behörden aufgezwungen werden."

An diese Expertenmeinung anknüpfend wurde seitens der Bundesregierung in Aussicht gestellt, "qualitätssichernde Maßnahmen spitalsintern (etwa durch die Bildung von Qualitätssicherungsgruppen) zu erwirken".

Der vorliegende Entwurf greift nun diese Überlegungen auf, indem den Trägern von Krankenanstalten der Auftrag erteilt wird, im Rahmen der Spitalsorganisation dafür zu sorgen, daß die erbrachten Leistungen dem jeweiligen Stand der Wissenschaft entsprechend regelmäßig einer Qualitätskontrolle unterzogen werden können. Aus der Formulierung "können" ist zu entnehmen, daß die von den Experten geforderte Freiwilligkeit tatsächlich gegeben ist, andererseits trifft die Träger von Krankenanstalten aber die organisatorische Pflicht, jedenfalls dafür zu sorgen, daß eine solche Qualitätskontrolle jederzeit möglich ist. Damit im Einklang steht auch die Z 4 des neuen § 16 Abs.2, wonach die

Anstaltsordnung Maßnahmen der Qualitätskontrolle zu ermöglichen hat.

Abs.2 des 19e trifft sodann die Anordnungen, wie gegebenenfalls Qualitätskontrollmaßnahmen zu erfolgen haben. Dabei muß das Ziel erreicht werden, daß die Ergebnisse der Qualitätskontrolle die notwendige Akzeptanz finden. Aus diesem Grund wird die in dieser Bestimmung enthaltene Kommission vorgeschlagen, nach deren ausgewogener Zusammensetzung diese Akzeptanz gegeben sein sollte.

Maßnahmen der Qualitätskontrolle haben stets unter Einschluß der internationalen Standards und überregionaler Vergleichsmöglichkeiten zu erfolgen. Abs.3 sieht daher eine Auswertung der Ergebnisse der Qualitätskontrolle der einzelnen Krankenanstalten im gesamten Landesbereich unter Einschluß der Ärztekammer für NÖ und des Landessanitätsrates vor. Damit sind aber auch Gutachten der jeweiligen Fachgesellschaften nicht ausgeschlossen.

Zu Art.I Z 36 (§ 19f):

In dieser Bestimmung soll die in wirtschaftlich straff geführten Krankenanstalten, insbesondere auch im Ausland, übliche Auflage einer Medikamentenliste auch gesetzlich verankert und ein entsprechendes Beratungsgremium installiert werden. Diese Maßnahme soll insbesondere helfen, den ständig unverhältnismäßig steigenden Medikamentenaufwand einigermaßen in den Griff zu bekommen und wirtschaftliche Mißbräuche möglichst zu verhindern helfen.

Zu Art. I Z 37 (§ 20 Abs.1):

Da nicht alle Mitglieder der Ethikkommission Angehörige der Krankenanstalt sind, ist die Schweigepflicht entsprechend auszudehnen. Das gilt auch für Ärzte und für Bedienstete von Versicherungsträgern (Sozial- und Privatversicherungen), Pflegeheimen und sonstigen Gesundheitseinrichtungen, denen Krankengeschichten von Krankenanstalten übermittelt werden, sofern sie von dieser Kenntnis erlangen. Damit soll eine lückenlose Verschwiegenheitskette für Informationen aus dem Krankenhausbereich garantiert werden. Durch diese Regelung werden anderweitige Verpflichtungen zur Verschwiegenheit nicht berührt oder eingeschränkt.

Zu Art. I Z 38 und 39 (§ 21 Abs.1 und 2):

Die geforderte Verbesserung der Patientenangelegenheiten hat auch im Rahmen der Dokumentation über die in der Krankenanstalt erbrachten Leistungen ihren Niederschlag zu finden. Die Führung der Krankengeschichte soll entsprechenden Vorschlägen folgend daher verfeinert werden und künftig genauere Aufzeichnungen enthalten, wie die Medikation, aber auch andere wesentliche Leistungen, wie eine Pflegedokumentation und die Dokumentation von allfälliger psychologischer und psychotherapeutischer Betreuung, ferner den Diagnoseablauf und die therapeutischen Konsequenzen.

Freilich sollen diese Dokumentationen nicht zu einer bürokratisch aufwendigen "Buchführung" aller erbrachten Leistungen führen. Sie wurden daher auf "wesentliche" Leistungen beschränkt. Als "wesentliche" Leistungen werden im Rahmen der Pflege z.B. Maßnahmen im Zusammenhang mit Dekubitus sein.

Es entspricht ferner den auch in den Expertendiskussionen wiederholt als notwendig bezeichneten Prinzipien der Teamarbeit und der Betonung der Verantwortung jeder einzelnen in die Erbringung von Krankenanstaltenleistungen eingebundenen Berufsgruppe, wenn diese auch zur Dokumentation der jeweiligen Leistung verantwortlich ist. Diesem Gedanken trägt der neue § 21 Abs.2 erster Satz Rechnung.

Zu Art. I Z 40, 43 und 44 (§ 21 Abs.2 und 7):

Auf Grund der Tatsache, daß bereits in vielen NÖ Krankenhäusern die Krankengeschichte EDV-mäßig geführt und gespeichert wird, soll die bisherige Regelung den modernen Gegebenheiten der elektronischen Datenverarbeitung angepaßt werden.

Gleichzeitig wird die bisherige Regelung der Weitergabe der Informationen durch Dienstleister, denen vom Krankenhaus die Speicherung übertragen wurde, insofern dem Datenschutzgesetz angepaßt, als die Weitergabe nur im Auftrag der Anstalt erfolgen darf.

Zu Art. I Z 41 und 42 (§ 21 Abs. 3 und 7):

Im NÖ KAG 1974 ist bereits eine rechtliche Verankerung des Arztbriefes und der Verpflichtung zur unverzüglichen Ausstellung desselben im Interesse der Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Krankenanstalt und freiberuflich tätigen Ärzten vorhanden. Die betreffende Bestimmung soll nun vor dem Hintergrund der Stärkung der Mündigkeit bzw. Eigenverantwortlichkeit des Patienten insofern ergänzt werden, als dem Patienten die Entscheidung übertragen wird, wem der Arztbrief übersandt werden soll. Außerdem sollen nach Tunlichkeit gängige und von der



Sozialversicherung honorierte Medikamente im Arztbrief empfohlen werden. Schließlich soll auch im Interesse der Behandlungskontinuität die Informationsweitergabe an Pflegeheime und sonstige Gesundheitseinrichtungen, die ja grundsätzlich unter ärztlicher Aufsicht bzw. Betreuung stehen, ermöglicht werden. Damit soll eine Verbesserung der Integration der Gesundheitsversorgung gewährleistet sein. Außerdem soll ein EG-gerechtes Einsichtsrecht für Patienten und deren Vertreter in die Krankengeschichten vorgesehen werden.

Zu Art. I Z 45 (§ 21 Abs. 8):

Nicht unbeträchtliche Kosten entstehen den Trägern von Krankenanstalten auch durch die - bis jetzt allerdings rechtlich strittige - Verpflichtung, Krankengeschichten zumindest 30 Jahre hindurch aufzubewahren. Da allerdings nicht alle Bestandteile von Krankengeschichten über einen derart langen Zeitraum ihre Beweiskraft bewahren, ist es aus ökonomischen Überlegungen geboten, die Aufbewahrungsfrist für jene Teile von Krankengeschichten zu verkürzen, deren Beweiskraft bereits vor Ablauf der 30-jährigen Frist nicht mehr gegeben ist. Dies ist insbesondere bei Röntgenbildern der Fall, die schon vor Ablauf dieses Zeitraumes nicht mehr auswertbar sind. Die Aufbewahrungsfrist wird für solche Teile der Krankengeschichten mit zehn Jahren festgesetzt. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, daß die Regelung über die Aufbewahrung von Krankengeschichten auch für Krankenanstalten in einer Betriebsform selbständiger Ambulatorien gilt. Eine generelle Ausnahme dieser Krankenanstalten aus der Regelung über die Aufbewahrungspflicht von Krankengeschichten kommt nicht in Betracht, ist doch auch bei der Behandlung in selbständigen Ambulatorien das überragende Interesse der Patienten an einer Dokumentation der an ihnen

vorgenommenen Behandlung samt der diesen Unterlagen zukommenden Beweiskraft zu bewahren. Es ist allerdings vertretbar, die Aufbewahrungsfrist bei ambulanter Behandlung generell auf mindestens zehn Jahre herabzusetzen. Dies kommt bei ambulanter Behandlung dann nicht in Betracht, wenn neben einer ambulanten Behandlung auch eine stationäre Aufnahme erfolgt ist, um die hiebei beabsichtigte langfristige Dokumentation wahren zu können.

Mit dieser Regelung wird auch eindeutig klargestellt, daß auch ein Röntgenbild Teil der Krankengeschichte ist und nicht nur der Röntgenbefund, wie das jetzt aus § 21 ableitbar ist.

Zu Art. I Z 46 (§ 21a):

Die dem Entwurf zugrunde liegende grundsatzgesetzliche Bestimmung ist das Ergebnis der letzten KRAZAF-Vereinbarung, wonach von der dort vorgesehenen Bettenreduktion neben den öffentlichen und gemeinnützigen Akutkrankenanstalten auch private, nicht gemeinnützige Krankenanstalten gem. § 2 Abs. 1 Z 1, 2 und 6 KAG bzw. NÖ KAG 1974 umfaßt sein sowie Abteilungen für Neurologie und Psychiatrie und private, gemeinnützige Krankenanstalten des Bundes und der Träger der Sozialversicherung ausgenommen werden sollen. Die Neufassung der Bestimmungen über den Landeskrankenanstaltenplan trägt diesem Punkt nun grundsätzlich Rechnung.

Zu Art. I Z 47, 49 und 57 (§ 22 Abs. 3, § 27a Abs. 3 und § 38 Abs. 7):

Mit der Genehmigung der Bestellung des Verwaltungsleiters und des Leiters des Pflegedienstes anstelle einer blossen Anzeige des Rechtsträgers soll auf diesem Sektor die Gleichwertigkeit mit dem ärztlichen Direktor

unterstrichen und die Position dieser Funktionsträger im Rahmen der kollegialen Führung gefestigt werden. Da die Verweigerung dieser Genehmigung bei Vorliegen von Untersagungsgründen zwingend festzusetzen ist, war die bisherige Kann-Bestimmung für die Versagung der Genehmigung bei leitenden Ärzten ebenfalls in zwingendes Recht umzuwandeln.

Zu Art. I Z 48 (§ 25 Abs. 5):

Durch die Änderung dieser Bestimmung soll eine flexiblere Wirtschaftsführung und bessere Anschaffungsdisposition in den Krankenhäusern, wie sie in solchen Einrichtungen der privaten Träger gang und gebe ist, erleichtert werden. Es wird vorgesehen, daß die bisher nur sehr beschränkt mögliche Verpflichtung des Trägers zur Standarderhaltung des Krankenhauses über den jährlichen Budgetzeitraum hinaus nun in bestimmten Ausmaße auf die Sachaufwendungen und über mehrere Jahre ausgeweitet wird.

Zu Art. I Z 50 (§ 27a Abs. 5):

Ein Hauptpunkt der Kritik an der gegenwärtigen Führung von Krankenanstalten besteht in der teilweise nur ungenügenden personellen Ausstattung. Um in dieser Hinsicht nachhaltig Verbesserungen zu erzielen, ist es unabdingbare Voraussetzung, eine gezielte langfristige Personalplanung durchzuführen. Dies setzt voraus, daß zunächst bereits ein Überblick über den status quo sowie die jeweilige Entwicklung in diesem Bereich gegeben ist.

Dem soll durch den neuen § 27a Abs. 5 Rechnung getragen werden, wobei die

Ergebnisse der auf die jeweilige Krankenanstalt bezogene Personalerhebung nicht nur der Personalplanung zugrunde zu legen sind, sondern wegen der Verantwortung der Länder für die Sicherstellung der Spitalsversorgung im Land (vgl. neben der Kompetenz gem. Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG auch § 35 NÖ KAG 1974) auch der Landesregierung durch einen jährlichen Bericht mitzuteilen sind. Das Ergebnis der Personalbedarfserhebung ist durch den Träger der Krankenanstalt zu dokumentieren.

Die in diesem Zusammenhang erwähnten wissenschaftlichen Methoden sind z.B. aus dem in der BRD von der Deutschen Krankenhausgesellschaft 1989 erarbeiteten analytischen Personalbedarfskonzept ableitbar, wobei allerdings die daraus resultierenden Ergebnisse den inländischen Organisationsverhältnissen anzupassen sind. Diesbezüglich wurden bereits von der Arbeitsgemeinschaft der NÖ Pflegedirektoren maßgebliche Vorarbeiten geleistet.

Zu Art. I Z 51 (§ 27b):

Mit dem neuen § 27b soll die Umsetzung der weiteren Hauptforderung des Expertenberichtes nach Schaffung einer ausreichenden psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung in Krankenanstalten erfolgen. Dem "Psychologischen Dienst" kommt dabei nicht nur die Aufgabe der psychologischen Betreuung von Patienten zu, er wird auch für die Aufgaben der Supervision heranzuziehen sein. Die geforderte Qualifikation für die Angehörigen des "Psychologischen Dienstes" ergibt sich aus dem Psychologengesetz, BGBl. Nr. 360/1990.

Allenfalls kann auch eine psychotherapeutische Behandlung eines Patienten geboten sein. Dafür hat ein Psychotherapeut im Sinne des

Psychotherapiegesetzes, BGBl.Nr.361/1990, zur Verfügung zu stehen, sofern nicht ein entsprechend ausgebildeter Arzt in der Anstalt vorhanden ist.

Solche Betreuungseinrichtungen werden insbesondere für Karzinompatienten, vorwiegend bei Chemotherapiebehandlungen, von unschätzbarem Vorteil sein.

Das moderne Sozialnetz kann nur befriedigend funktionieren, wenn seine einzelnen Bereiche nahtlos ineinandergreifen. Dem soll die Verpflichtung dienen, den Patienten Beratungen durch Sozialdienste zu ermöglichen bzw. für sie Kontakte mit diesen Diensten herzustellen. Insbesondere wird es sich dabei um die mobile Krankenpflege, Sozialstationen u.dgl. handeln.

Zu Art. I Z 52 (§ 29a):

Das bisher im § 29 festgelegte Werbeverbot für Krankenanstalten ist meist nicht nachvollziehbar bzw. überprüfbar, sodaß eine Ergänzung durch ein Verbot unrichtiger Informationen geboten erscheint. Damit wird der schon im Psychologengesetz und im Psychotherapiegesetz eingeschlagenen Weg, auch im Bereich des Gesundheitswesens die Vermittlung eines sachlichen Informationsangebotes zu ermöglichen, konsequenterweise im Sinne einer gebotenen Gleichbehandlung auch im Rahmen des Krankenhausrechtes fortgesetzt. Die Formulierung entspricht der Textierung in diesen Gesetzen.

Zu Art. I Z 55 (§ 37 Abs. 4):

Mit dieser Regelung wird unmißverständlich zum Ausdruck gebracht, daß der

Konsiliarapotheker fachlich geeignet und in der Lage sein muß, diese Aufgaben zu erfüllen und die Landesregierung dies anlässlich der Genehmigung der Bestellung zu prüfen hat.

Zu Art. I Z 56 (§ 38 Abs.3):

Gerade im Zusammenhang mit den Vorfällen im Krankenhaus Lainz wurde immer wieder die mangelnde Leistungsfähigkeit von Funktionsträgern kritisiert. Diesem Umstand soll künftighin durch verpflichtende Managementausbildungen, wie sie heute bereits in vielen Bereichen üblich sind, entgegen gewirkt werden.

Zu Art. I Z 58 (§ 39 Abs. 2):

Der Klarheit halber soll § 39 Abs. 2, der generell die Aufnahme von Pfleglingen in öffentliche Krankenanstalten regelt, durch die Wiederholung der sich aus § 148 Z 1 ASVG ergebenden Pflicht zur Aufnahme krankensicherter Pfleglinge ergänzt werden. Diese Aufnahmeverpflichtung bezieht sich selbstredend auch auf Personen, die aufgrund eines Abkommens über Soziale Sicherheit einem österr. Krankenversicherungsträger zur Betreuung zugewiesen sind.

Zu Art. I Z 59 (§ 43 Abs.3):

Diese Bestimmung soll in eindeutiger Form ermöglichen, daß Genehmigungen von Anstaltsambulatorien zurückgenommen werden können, wenn die Genehmigungsvoraussetzungen weggefallen sind. Hauptsächlich betrifft dies

den Wegfall des Bedarfes nach einem solchen Ambulatorium, wenn nach der Genehmigung sich ein Arzt niederläßt, der die betreffende Leistung in der Praxis erbringen kann.

Dadurch wird insbesondere der aus wirtschaftlichen Gründen vorherrschenden Tendenz Rechnung getragen, aus dem Krankenhaus alle Leistungen zu verlagern, die durch einen niedergelassenen Arzt auch erbracht werden können.

Zu Art. I Z 60 (§ 44 Abs.4):

Nach § 44 Abs.4 NÖ KAG 1974 ist im Falle der Aufnahme einer nicht anstaltsbedürftigen Begleitperson das tägliche Entgelt höchstens die Hälfte der täglichen Pflegegebühr. Die jetzt in diesem Zusammenhang erlassene Grundsatzbestimmung schränkt diese Regelung dahingehend ein, daß nur die durch den Aufenthalt der Begleitperson verursachten Kosten verlangt werden dürfen, die nach oben mit der halben Pflegegebühr begrenzt sind. Eine entsprechende Gesetzesanpassung ist daher erforderlich. Gleichzeitig soll getrachtet werden, möglichst einheitliche Entgelte in den NÖ Krankenanstalten zu erzielen. Diese Bestimmung dient in erster Linie der Förderung der Aufnahme von Müttern mit ihren anstaltsbedürftigen Kindern. Gleichzeitig wird für die Kosteneinbringung die Verwaltungsexekution festgelegt.

Zu Art. I Z 61 (§ 45 Abs.1 lit.d):

§ 45 Abs.1 lit. a bis c legt fest, welche Sondergebühren neben den Pflegegebühren eingehoben werden dürfen. Es stellt sich aber immer wieder heraus, daß Patienten Sonderwünsche erfüllt haben wollen, die über die

ordnungsgemäße Patientenversorgung bzw. dem üblichen Standard derselben hinausgehen, und sie auch bereit sind, die Mehrkosten zu tragen. Es handelt sich dabei z.B. um sog. Leichtgipse u.dgl. mehr. Es sollen mit dieser Bestimmung aber auch andere nicht unmittelbar mit der Behandlung zusammenhängende Leistungen, z.B. optische Informationssysteme, wie TV, umfaßt werden. Mit der neuen lit.e des § 45 Abs.2 soll es ermöglicht werden, den Patientenwünschen bei entsprechendem Kostenersatz nachzukommen. Selbstredend sind davon Versorgungsleistungen nicht erfaßt, die zur notwendigen Krankenhausversorgung gehören und auch vom gängigen Leistungsspektrum der Krankenversicherungsträger umfaßt werden.

Zu Art. I Z 62 (§ 45 Abs.3 und 4):

Über Verlangen der Ärztekammer für Niederösterreich soll der Mindestanteil der nachgeordneten Ärzte an den Honoraren der Primärärzte von 20 % auf 40 % erhöht werden, da dies der heutigen Praxis in vielen Fällen schon entspricht. Gleichzeitig wird eine Klärung der Vertreterhonorierung vorgenommen.

Zu Art. I Z 64 (§ 45a):

Durch diese Änderung wird der Kostenbeitrag dem heutigen valorisierten Stand angepaßt.

Zu Art. I Z 67 (§ 52):

Die österreichische Medizin genießt nach wie vor weltweit einen



hervorragenden Ruf. Aus diesem Grund ist es wiederholt der Fall, daß Ausländer nur deshalb nach Österreich kommen, um sich hier komplizierten medizinischen Behandlungen zu unterziehen. Ihrer Natur nach handelt es sich dabei regelmäßig um Behandlungen der medizinischen Spitzenversorgung, die daher mit entsprechend hohen Kosten verbunden sind.

Seitens dieser ausländischen Patienten besteht durchaus die Bereitschaft, dem jeweiligen Träger der Krankenanstalt sämtliche Behandlungskosten zu ersetzen. Demgegenüber ist es dem Anstaltsträger nach der geltenden Rechtslage jedoch verwehrt, Beiträge, die über die Pflege- und allfällige Sondergebühren hinausgehen, in Rechnung zu stellen. Pflege- und Sondergebühren sind zwar durch die Landesregierung kostendeckend zu ermitteln, doch liegt dieser Berechnung der Durchschnitt aller in der jeweiligen Krankenanstalt anfallenden Behandlungen zugrunde, sodaß die Kosten der hier in Rede stehenden medizinischen Spitzenleistungen weit über den durchschnittlichen kostendeckenden Gebühren liegen. Durch die Neufassung des § 52 Abs.2 soll nun dem einzelnen Krankenanstaltenträger die Möglichkeit eröffnet werden, bei der Behandlung von Ausländern, die zur Vornahme medizinischer Eingriffe nach Österreich kommen, die daraus erwachsenen tatsächlichen Kosten in Rechnung zu stellen.

§ 52 Abs.1 entspricht inhaltlich der geltenden, derzeit im Abs.2 enthaltenen Rechtslage und betrifft die Aufnahme fremder Staatsangehöriger. Diese Regelung soll beibehalten werden, es wird lediglich aus systematischen Gründen eine Absatzvertauschung vorgenommen.

Der neu gefaßte Abs.2 sieht vor, daß bei der Aufnahme fremder Staatsangehöriger die durch die Behandlung tatsächlich entstandenen Kosten in Rechnung zu stellen sind. Aus humanitären Erwägungen ist diese

Regelung auf fremde Staatsangehörige begrenzt, sie findet somit keine Anwendung auf Staatenlose. Nach der Zielsetzung der vorliegenden Neuregelung sind zunächst jene Personen auszunehmen, deren Unabweisbarkeit erst in Österreich eingetreten ist. Weiters sind aus den bereits erwähnten humanitären Erwägungen Flüchtlinge von der Neuregelung auszunehmen sowie jene Personen, einschließlich ihrer Angehörigen, die aufgrund einer Pflichtversicherung oder auch freiwillig in Österreich Beiträge zu einer gesetzlichen Krankenversicherung leisten. In diesem Zusammenhang ist insbesondere auf das Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes VerfSlg. 5345/1966, zu verweisen, demzufolge das Grundrecht auf Gleichheit vor dem Gesetz zwar nur Staatsbürgern, nicht aber auch Ausländern gewährleistet ist, Ausländer aber in dem auch ihnen gewährleisteten verfassungsrechtlichen Schutz des Eigentums verletzt werden, wenn ihnen aufgrund eines gegen den Gleichheitsgrundsatz verstoßenden Gesetzes vermögenswerte Leistungen aufgetragen werden.

Jene fremden Staatsangehörigen, die in Österreich Beiträge zu einer gesetzlichen Krankenversicherung leisten, tragen nun bereits durch diese Leistungen kontinuierlich dazu bei, daß die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auch auf dem Gebiet der Krankenanstalten finanziert und damit gewährleistet werden kann. Dieser Personengruppe stehen hingegen jene fremden Staatsangehörigen gegenüber, die vor ihrer Aufnahme in eine österreichische Krankenanstalt noch keinen Beitrag zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Österreich gewährleistet haben. Es ist daher geboten, den ersterwähnten Personenkreis von der Neuregelung gleichfalls auszunehmen.

Die Textierung entspricht im wesentlichen den betreffenden Grundsatzbestimmungen. Es wurde lediglich im Abs.2 Z 2 auf die mittlerweile erlassene Gleichstellungsverordnung, BGBl.Nr.469/1991,

Rücksicht genommen und über Wunsch des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger durch Z 5 im Abs.2 eine Art Generalklausel aufgenommen, die sichern soll, daß tatsächlich alle Leistungsansprüche nach dem ASVG außerhalb der Pflichtversicherung (z.B. Schutzfristfälle) durch diese Regelung umfaßt sind.

Zu Art. I Z 68 (§ 54):

Durch diese Bestimmung soll endgültig klargestellt werden, daß auch Restkosten für Angehörige von Versicherten nach dem ASVG durch die Verwaltungsexekution (Rückstandsausweis) hereingebracht werden dürfen. Diese Klarstellung dient der administrativen Erleichterung.

Zu Art. I Z 69 und 70 (§§ 54a und 56):

Die Einhebung der Restkosten für Versicherte nach dem Bauern- Sozialversicherungsgesetz durch die Krankenanstalten erfließt aus einer grundsatzgesetzlichen Angleichung in der 15. Novelle zu diesem Gesetz und folgt damit der korrespondierenden Bestimmung im ASVG bezüglich der Restkosten für die Angehörigen der ASVG-Versicherten. Die Einhebung wird bereits derzeit praktiziert.

Die Ergänzung des § 57 entspricht der entsprechenden Grundsatzbestimmung in der 16. Novelle zum BSVG.

Zu Art. 71 (§ 56a):

Da für die Begutachtungen in Sozialversicherungsleistungssachen nicht

immer stationäre Aufenthalte nötig sind, waren - wie bei den stationären Aufenthalten die vollen Pflegegebühren - in den ambulanten Fällen für diesen Zweck ebenfalls die vollen Ambulanzgebühren nach § 45 Abs.1 lit.b und d vorzusehen. Das ärztliche Honorar entfällt allerdings, wenn der Arzt als Sachverständiger nach dem Gebührenanspruchsgesetz 1975 entlohnt wird.

Zu Art.I Z 72 bis 75 (§§ 76 bis 82):

Mit 1. Jänner 1991 trat das Unterbringungsgesetz, BGBl.Nr.155/1990, in Kraft und ersetzte das derzeit geltende Anhaltungsrecht (§§ 49, 51 bis 54 Krankenanstaltengesetz, §§ 16 ff. Entmündigungsordnung). Hauptanliegen des Unterbringungsgesetzes ist der verbesserte Schutz der Persönlichkeitsrechte psychisch Kranker, die in Krankenanstalten in geschlossenen Bereichen untergebracht oder sonst Beschränkungen in der Bewegungsfreiheit unterworfen sind. Um die im Unterbringungsgesetz vorgesehenen Maßnahmen zum Schutz psychisch Kranker wirksam in die Praxis umsetzen zu können, ist es erforderlich, in den einschlägigen Krankenanstalten entsprechende organisatorische Maßnahmen vorzusehen. Der Bundesgrundsatzgesetzgeber hat mit dem Bundesgesetz vom 1. März 1990, mit dem das Krankenanstaltengesetz dem Unterbringungsgesetz angepaßt wird, BGBl.Nr.157/1990, entsprechende Grundsatzbestimmungen geschaffen, zu denen die Länder innerhalb eines Jahres Ausführungsgesetze zu erlassen haben. Der vorliegende Gesetzesentwurf enthält die entsprechende Novellierung des NÖ Krankenanstaltengesetzes 1974.

Der derzeit geltende § 76 Abs.1 NÖ KAG 1974 umschreibt die Patientengruppe in psychiatrischen Krankenanstalten mit "Geistesranke, Geistesschwache und Suchtkranke" im vorliegenden Gesetzesentwurf soll nur

mehr der Begriff "psychisch Kranke" Verwendung finden. Geistesschwache sollen nur dann in einer Krankenanstalt für Psychiatrie aufgenommen werden, wenn neben der geistigen Behinderung auch eine psychische Erkrankung auftritt, "Suchtkranke" sind im Begriff "psychisch Kranke" miterfaßt.

Die Neuformulierung der Gründe für die Aufnahme in § 76 Abs.2 verdeutlicht den absoluten Vorrang von Behandlung, Betreuung und Pflege. Maßnahmen zur Abwehr von Gefahren für den Patienten oder andere Personen sind als Ausnahmen anzusehen; dies wird bereits in der textlichen Gliederung zum Ausdruck gebracht.

§ 76a legt den wesentlichen Grundsatz fest, daß Abteilungen und Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie offen zu führen sind. Dies entspricht dem Grundanliegen einer zeitgemäßen Psychiatrie auf Öffnung dieser Einrichtungen.

Ungeachtet des in § 77 festgelegten Grundsatzes wird es aber auch in Zukunft notwendig sein, in Vollziehung des Unterbringungsgesetzes entsprechende Einschränkungen dieses Grundsatzes der Öffnung psychiatrischer Krankenanstalten vorzusehen.

Die folgenden gesetzlichen Regelungen enthalten in Ausführung der grundsatzgesetzlichen Bestimmungen die wesentlichen organisatorischen Anpassungen zur Durchführung des Unterbringungsgesetzes.

Zur Anhaltung psychisch Kranker nach dem Unterbringungsgesetz dürfen geschlossene Bereiche geführt werden, die von anderen Bereichen unterscheidbar sein müssen

(§ 76b Abs.1). Außerhalb geschlossener Bereiche können auch Beschränkungen der Bewegungsfreiheit vorgesehen werden. Davon dürfen

allerdings andere psychisch Kranke, für welche die Voraussetzungen des Unterbringungsgesetzes nicht vorliegen, nicht betroffen werden (§ 76c). Um diese Zielvorgaben zu verwirklichen, bedarf es entsprechender organisatorischer Maßnahmen.

§ 77a Abs.2 sieht vor, daß die Errichtung eines geschlossenen Bereiches eine wesentliche Veränderung der Krankenanstalt ist, die daher sanitätsbehördlich zu bewilligen ist. Damit soll sichergestellt werden, daß die Einrichtung eines geschlossenen Bereiches auch in einem behördlichen Verfahren sorgfältig geprüft wird.

Die Anstaltsordnung regelt den inneren Bereich von Krankenanstalten (§ 16 NÖ KAG 1974). Darüber hinaus soll sie nunmehr auch Organisationsvorschriften enthalten, die die Besonderheiten in der Betreuung psychisch Kranker berücksichtigen. Sie hat auch organisatorisch Vorsorge zu treffen, daß Patientenanwälte und Gerichte ihre gesetzlichen Aufgaben erfüllen können, wozu auch die Bereitstellung geeigneter Räume zählt (§ 76d).

Für die Dokumentation und Aufbewahrung der Aufzeichnungen nach dem Unterbringungsgesetz sollen die Bestimmungen über Krankengeschichten sinngemäß Anwendung finden (§ 77d). Diese Bestimmung legt die einheitliche Handhabung aller Unterlagen über den psychisch Kranken in der Krankenanstalt fest. Das Recht der Einsichtnahme in die Krankengeschichte ist in § 39 des Unterbringungsgesetzes geregelt.

§ 77e sieht vor, daß, abgesehen von der Leitung einschlägiger Abteilungen, nur jene Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie, in denen ein geschlossener Bereich errichtet ist oder sonst Beschränkungen der Bewegungsfreiheit für psychisch Kranke bestehen, unter der ärztlichen

Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Neurologie (Neurologie und Psychiatrie) stehen müssen.

Nach § 38e Abs.2 KAG hat der Bund den Ländern aber die Möglichkeit eingeräumt, bei Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie und Neurologie davon abzusehen, daß der ärztliche Leiter ein Facharzt für Psychiatrie und Neurologie (Neurologie und Psychiatrie) sein muß, wenn diese Sonderkrankenanstalt in Abteilungen gegliedert ist und jene Abteilungen, in denen Anhaltungen nach dem Unterbringungsgesetz vorgenommen werden, unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Neurologie (Neurologie und Psychiatrie) stehen.

Mit § 77f soll verdeutlicht werden, daß die Aufnahme- und Entlassungsbestimmungen im Sinn des Grundsatzes der offenen Psychiatrie (§ 76a) selbstverständlich anzuwenden sind. Einschränkungen dieser Bestimmungen können sich ausschließlich aus dem Unterbringungsgesetz ergeben.

Das Unterbringungsgesetz sieht künftig für die Unterbringung psychisch Kranker eine umfassende gerichtliche Kontrolle vor. Diese gerichtliche Kontrolle in Verbindung mit der Einrichtung des Patientenanwaltes sind Garanten für die Sicherung der Persönlichkeitsrechte psychisch Kranker. Bei dieser Ausgangslage besteht daher kein Grund mehr, private Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie anders zu stellen als öffentliche. In Hinkunft werden somit auch in privaten Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie Anhaltungen nach dem Unterbringungsgesetz möglich sein.

Zu Art. I Z 76 (§ 83 Abs.2):

Hier wird der jetzt aktuelle Name des Bundesministeriums angeführt.

Zu Art. I Z 77 (§ 85 Abs.1):

Mit der Strafandrohung für die nicht bewilligungsgemäße Führung von Krankenanstalten soll die Durchsetzung der Bewilligungsaufträge erleichtert werden. Ansonsten wird noch eine Strafandrohung für die Übertretung des Informationsverbotes aufgenommen.

Zu Art. I Z 78 bis 82 (§ 90):

Infolge der Änderungen der Krankenanstaltengesetzes durch die Novelle BGBl.Nr.233/1991 sind die im Zusammenhang mit dem KRAZAF stehenden landesgesetzlichen Ausführungsregelungen für die Jahr 1991 bis einschließlich 1994 rückwirkend mit 1. Jänner 1991 neu zu gestalten. Die Regelungen sind durch das erwähnte Grundsatzgesetz vorgegeben und entsprechen der zwischen dem Bund und den Ländern abgeschlossenen, derzeit gültigen Vereinbarung gemäß Art.15a B-VG über die Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds. Es wurde lediglich § 28 Abs.2 lit.c der Grundsatzgesetznovelle, der sich auf die Feststellung der Gleichartigkeit privater Krankenanstalten mit öffentlichen bezieht und auf festgelegte Einzugsgebiete abzielt, nicht aufgegriffen, da in Niederösterreich eine solche Abgrenzung infolge der landesweiten NÖKAS-Lösung nicht vorgesehen ist; abgesehen davon, daß derartige Feststellungen praktisch in NÖ nicht vorkommen.

Der Hinweis auf die Leistungsabgeltung der Sozialversicherungsträger an Krankenanstalten durch den Beitrag an den KRAZAF neben den



Pflegegebührenersätzen ergibt sich aus den grundsätzlichen Anordnungen in den letzten Novellierungen der Sozialversicherungsgesetze.

Zu Art. II:

Die Inkraftsetzung des Gesetzes soll mit dem Monatsersten erfolgen, der der Gesetzesverlautbarung folgt, sofern nicht rückwirkende Anwendungserfordernisse bestehen.

C

#### Finanzielle Auswirkungen

Zur Kostenfrage ist zunächst festzuhalten, daß der Gesetzesentwurf eine Kostenbelastung für jene Träger von Krankenanstalten bringen wird, die erst durch eine Verbesserung ihrer Organisation, insbesondere im Rahmen der personellen Ausstattung, den neuen Anforderungen gerecht werden können. Diesen Kosten steht freilich das Patientenwohl gegenüber.

Die finanziellen Auswirkungen können außerdem konkret nicht in allen

Fällen angegeben werden, zumal sehr unterschiedliche Personalausstattungen in den einzelnen Krankenhäusern gegeben sind und gewisse kostenwirksame Faktoren, wie z.B. die Einrichtung des Departmentsystems und die Fachkraft für Hygiene, zum Teil bereits in der Praxis durchgeführt werden und zum Teil ihre Realisierung und der Umfang derselben erst von der Disposition des Rechtsträgers abhängig sind. Die Setzung derartiger Maßnahmen ist aber in jedem Fall unter dem Gesichtspunkt des § 23 Abs.3 lit.c des Gesetzes zu sehen, wo eine sparsame und zweckmäßige Betriebsführung verlangt wird. Sie wird daher im jeweiligen Anlaßfall von den gegebenen finanziellen Möglichkeiten abhängen.

Was die Mehrkosten für das Hygieneteam anlangt, so schlagen sich nur die für die Hygieneschwester zu Buche, wenn eine solche zusätzlich eingestellt werden muß, während die bedarfsabhängige Heranziehung des Mikrobiologen kostenmäßig kaum ins Gewicht fällt. Wenn vom Arbeitserfordernis in größeren Anstalten aus betrachtet, eine solche Einstellung bei der Hälfte der Krankenhäuser tatsächlich nötig ist, betragen die Mehrkosten im Jahr etwa 4,5 Mill. Schilling oder rd. 0,7 Promille des Gesamtaufwandes der Krankenhäuser.

Die Mehrkosten eines Departements, wenn es sich im vorhandenen Abteilungsrahmen hält, können auf ca. 1 Mill. Schilling geschätzt werden, soferne wirklich der spezifische Facharzt und allenfalls eine leitende Krankenpflegeperson alleine aus diesem Grund anzustellen sind und nicht auf das vorhandene Personal zurückgegriffen werden kann oder nicht aus anderen Gründen, z.B. weil aus der rechtlichen Notwendigkeit heraus sowieso mehr Fachärzte zwingend eingestellt werden müssen, die zusätzliche Personaleinstellung erfolgen muß. Wenn hingegen eine kapazitätsmäßige Ausweitung der Abteilung durch

das Departmentsystem erfolgen muß, um einen Bedarf zu decken, der ansonsten nur mit einer zusätzlichen Abteilung bewältigt werden müßte, so wird sich wohl auch die Personalstruktur erweitern müssen, die Mehrkosten werden aber wegen der innerorganisatorischen Verknüpfung dieser Einrichtungen mit Sicherheit unter den Kosten eines selbständigen Abteilungsbetriebes liegen, sodaß sie nicht dem Titel "Departmentsystem" zuzurechnen sind, sondern eben einer notwendigen Kapazitätserweiterung der Krankenanstalt.

Da ferner die Betriebskosten der Krankenanstalt zum größten Teil von den Versicherungsträgern, vom Nö Krankenanstaltensprengel, vom KRAZAF und vom Träger selbst getragen werden, ergibt sich für das Land nur eine verhältnismäßig geringfügige Belastung. Solange der KRAZAF besteht und seine Leistungen aus begrenzten Länderquoten erbringt und weiters die Sozialversicherungen nur einnahmebezogen ihre finanziellen Leistungen erhöhen, verbleiben dem Land allerdings von jeder zusätzlichen kostensteigernden Maßnahme im Spital im allgemeinen 40 % der daraus resultierenden Kosten (durchschnittlich entfallen auf den NÖKAS 35 % und auf die Trärgesamtheit 25 %).

Abgesehen davon können solche Maßnahmen seitens der Landesregierung durch ihre wirtschaftlichen Aufsichtsmöglichkeiten unter Kontrolle gehalten werden.

Mit Rücksicht auf die mit den vorstehenden Neuerungen verbundenen Verbesserungen in der Nö Spitalsversorgung ist den zu setzenden Maßnahmen bzw. die Eröffnung der rechtlichen Möglichkeiten hiefür wohl gegenüber der Kostenseite der Vorzug zu geben, auch wenn vom Grundsatzgesetzgeber nicht eine zwingende Verpflichtung dazu besteht, zumal ohne Zweifel die legitimen Bedürfnisse der Bevölkerung auf dem Spitalssektor nicht

ausgeschöpft sind und Niederösterreich, das ja als Gebietskörperschaft grundsätzlich von der Verfassung her für die Spitalsversorgung vorzusorgen hat, nicht gegenüber manch anderen Bundesländern in Rückstand kommen darf.

Eine finanzielle Entlastung wird die Verkürzung der Aufbewahrungsfrist für Röntgenbilder bringen, die die Mehraufwendungen für die Verbesserung der Krankengeschichten übersteigen wird, zumal die kostenrelevante Pflegedokumentation heute schon vielfach praktiziert wird.

Zusätzliche, nicht näher bezifferbare Einnahmen können auch aus den Pflegegebühren für ausländische Staatsangehörige bei Vornahme von sog. Spitzenleistungen erwartet werden.

Durch die Tages- und Nachtkliniken sowie die interdisziplinären Stationen sollen aus längerer Sicht gegenüber den jetzigen Gegebenheiten Kosteneinsparungen erfolgen.

Mit augenscheinlichen Mehrkosten verbunden ist die Einrichtung des psychotherapeutischen und des psychologischen Dienstes, wobei bei volle Ausschöpfung dieser Dienste pro Krankenhaus wohl mit Kosten bis zu 1 Mill. Schilling gerechnet werden muß, wenn in jedem Fall zusätzliches Fachpersonal eingestellt werden muß und dieser Fachbereich nicht zum Teil werkvertraglich oder von mehreren Anstalten gemeinsam abgedeckt werden kann.

Die Bereitstellung von geeigneten Diensträumen geschah/geschieht in der Praxis bereits jetzt bei allen Neubauten und Adaptierungen von Krankenhäusern und sind mögliche damit verbundene zusätzliche Kosten nicht gesondert ausweisbar.

Die Qualitätssicherungsmaßnahmen, wie auch die Erstellung von Gutachten für den Personalbedarf und die auswärtige Supervision fallen kostenmäßig im Verhältnis zum Gesamtaufwand der Krankenanstalten nicht wesentlich ins Gewicht. Diese Maßnahmen können außerdem vom Umfang her sparend vom Träger des Krankenhauses beeinflußt werden. Sie können sogar die kostensparende Wirkung haben, wenn man an die möglichen günstigen Auswirkungen auf die Arbeitsmoral oder an den Abbau ungünstiger Personaleinsätze denkt.

Kostensparend kann sich auch die flexible Abteilungsbelegung und die Verpflichtung auswirken, keine überzähligen Gerätschaften anzuschaffen.

Die Verpflichtung, auch Stellvertreter für Konsiliarärzte vorzusehen, wird sich kostenmäßig ebenfalls in Grenzen halten, zumal ja schon jetzt für den Verhinderungsfall solcher Ärzte, wenn es notwendig war, ein entsprechender Ersatz Gesetz herangezogen werden mußte. Dies gilt auch für die Fälle, wo ein Oberarzt für die Vertretung eines Primararztes nicht vorhanden war.

Die im Nö Spitalsärztegesetz 1990 vorgesehene Anzahl von Spitalsärzten müßte es möglich machen, daß der für medizinische Sonderanliegen vorgeschriebene Arzt nicht zusätzlich eingestellt werden muß. Diese Hoffnung wird insbesondere dadurch bestärkt, als in Hinkunft beabsichtigt wird, sog. Dauersekundärärzte zu beschäftigen und durch entsprechende organisatorische Maßnahmen für deren Anwesenheit auch am Nachmittag gesorgt werden kann/soll.

Der vorgesehene Kostenersatz für die Arzneimittelprüfung wird den betroffenen Krankenhäusern zusätzliche Einnahmen bringen.

Mehrkosten nicht näher quantifizierbarer Art wird auch die Reduktion der kostenlosen Geräteüberprüfungen durch das Amt der Landesregierung bringen, da der Ausfall durch private Institutionen ausgeglichen werden muß. Dem steht allerdings der Entfall potentieller Haftungsansprüche und die Tatsache, daß beim Land sonst zwingende Personaleinstellungen wegfallen, gegenüber.

Mehreinnahmen werden auch aus der Bereitstellung der Ordinationsmöglichkeiten in den Krankenhäusern erfolgen.

Die Restkosteneinhebung bei den Versicherten der Sozialversicherungsanstalt der Bauern wird bereits seit 1. Jänner 1991 praktiziert, sodaß durch die Gesetzesänderung keine Mehrkosten mehr zu erwarten sind. Geringfügige Mehreinnahmen sind auch aus den ambulanten Begutachtungen in Leistungssachen der Sozialversicherung zu erwarten.

Nicht unerhebliche Kosten, was die räumliche und personelle Vorhaltung betrifft, wurden den Krankenanstalten für Psychiatrie vom Unterbringungsgesetz aufgelastet. Außerdem resultiert daraus auch ein nicht unmaßgeblicher Einnahmeentfall durch den Rückgang an Pfllegetagen wegen der rigorosen Einweisungspraxis. Da die krankenanstaltenrechtlichen Anpassungen nur einen unbeeinflußbaren Nachvollzug dieses Gesetzes bedeuten, erübrigt sich hier eine genauere Kostendarstellung. Abgesehen davon sind die personellen Anpassungen in den vorhandenen Dienstpostenplänen bzw. in der Budgetgestaltung der betroffenen Landesnervenkliniken bereits berücksichtigt und mußten auch die räumlichen Vorsorgen inzwischen getroffen werden.

Ähnlich liegt es mit den Kosten, die aus der Verpflichtung zur ausreichenden Personalausstattung der Krankenhäuser resultieren, da es

sich auch hier de facto nur um die rechtliche Angleichung an die aus der Wirklichkeit erfließenden, faktisch zwingenden Notwendigkeiten des Personaleinsatzes, die einen ständigen Entwicklungsprozeß unterliegen, an denen sich auch wissenschaftliche Bedarfsanalysen halten müssen und die zum Teil von anderen Gesetzesvorschriften bestimmt werden, handelt. Die aus dem gegenständlichen Gesetzauftrag erfließenden Personalmaßnahmen müßten daher auch ohne denselben geschehen, wenn ein den modernen Grundsätzen und der ständigen Leistungsausweitung entsprechender Spitalsbetrieb aufrecht erhalten werden soll. Die tatsächliche Einstellung wird aber vom gegebenen Personalangebot abhängig sein, sodaß diese Bestimmung wegen des herrschenden Mangels an Fachpersonal nur sehr zögernd und nur langfristig wirksam wird. Für die Ausstattung mit ärztlichem Personal hat das NÖ Spitalsärztegesetz 1990 bereits ausreichend Vorsorge getroffen.

Durch die vermehrte Einbindung von niedergelassenen Ärzten in das Krankenhausgeschehen werden allfällig damit verbundene Mehrkosten durch eine daraus zu erwartende verbesserte Zusammenarbeit und damit auch einer möglichen Verbesserung der Spitalversorgung aufgewogen.

Mögliche Einnahmen geringfügiger Art für das Land können aus der Ausweitung der Strafbestimmungen erfließen.

Abschließend kann daher gesagt werden, daß durch die disponiblen Vorschläge im vorliegenden Gesetzesentwurf für die Krankenanstalten in Niederösterreich folgende Mehraufwendungen entstehen, wobei allerdings zu rechnen ist, daß später dafür auf Grund der Expertenberichte sowieso entsprechende grundsatzgesetzliche Vorgaben kommen:

- |  |                 |
|--|-----------------|
| 1. Hygieneteam   | ca. S 4,5 Mio.  |
| 2. Departmentsystem-<br>(in geschätzten 10 budgetwirksamen Fällen)   | ca. S 10,0 Mio. |
| 3. Psychologischer und Psychotherapeutischer<br>Dienst<br>(wenn in allen NÖ Spitälern außer in Nerven-<br>kliniken, wo solche Dienste bereits bestehen,<br>je zwei zusätzliche Dienstposten vollwertig<br>anfallen. Es handelt sich also auf jeden<br>Fall hier um eine Höchstsumme) | ca. S 26,0 Mio. |

---

insgesamt ca. S 40,5 Mio.,

=====

das sind etwas weniger als ein halbes Promille vom heurigen Gesamtaufwand der Krankenanstalten, wobei zu erwarten ist, daß nur ein sukzessiver Anfall erfolgt.

- . - . - . - . -

Die NÖ Landesregierung beehrt sich daher, den Antrag zu stellen:

Der Hohe Landtag wolle die beiliegende Vorlage der NÖ Landesregierung über den Entwurf einer Novelle zum NÖ Krankenanstaltengesetz 1974 der verfassungsgemäßen Behandlung unterziehen und einen entsprechenden Gesetzesbeschluß fassen.

NÖ Landesregierung  
W a g n e r  
Landesrat

Für die Richtigkeit  
der Ausfertigung  
*J. J. J.*