

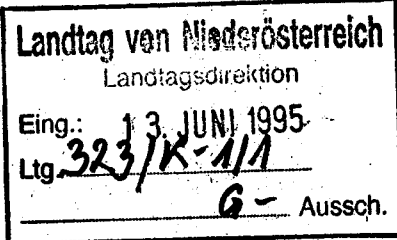
AMT DER NIEDERÖSTERREICHISCHEN LANDESREGIERUNG

Postanschrift 1014 Wien
Postfach 6

Parteienverkehr Dienstag 8-12 Uhr
Wien 1, Teinfaltstraße 8

Fernschreibnummer 13 4145
Telefax 53110/2785

Amt der NÖ Landesregierung, 1014



Beilagen

VII/3-20/I-2/208-95

Bei Antwort bitte Kennzeichen angeben

Bezug

Bearbeiter (0222) 53110
Dr. Ladenbauer DW 2910
Dr. Bachinger 2855

Datum

13. Juni 1995

Betrifft

NÖ Krankenanstaltengesetz-Novelle 1995;
Motivenbericht

Hoher Landtag!

Zum Gesetzesentwurf wird berichtet:

A

Allgemeiner Teil

Der Nationalrat hat eine Novelle zum Krankenanstaltengesetz beschlossen, welche unter BGBl.Nr.801/1993 am 26. November 1993 ausgegeben worden ist. Diese Krankenanstaltengesetz-Novelle sieht allein im Bundes-Grundsatzgesetz 46 Neuerungen vor, die zum Teil gravierende Veränderungen gegenüber der derzeitigen Gesetzeslage darstellen. Schwerpunkte der KAG-Novelle sind die Neuregelung der Bedarfsprüfung auf Grund eines Erkenntnisses des Verfassungsgerichtshofes, die Verankerung der Patientenrechte im Spitalsbereich, die Einsetzung von Hygieneteams, die Schaffung von Ethikkommissionen, die Einführung der Qualitätssicherung, die Sicherstellung der psychologischen und psychotherapeutischen Betreuung im Krankenhaus, die Verpflichtung zur Anbietung der

Supervision für das besonderen Belastungen ausgesetzte Krankenhauspersonal und schließlich die Anpassungen, die durch den EWR und EG-Beitritt Österreichs im Krankenhausbereich notwendig geworden sind.

Lt. Art.III Abs.1 dieser KAG-Novelle haben die Länder innerhalb eines Jahres ab deren Verlautbarung Ausführungsgesetze zu erlassen. Die KAG-Novelle enthält im Detail einerseits unmittelbar wirksames Bundesrecht, das keiner ausführungsgesetzlichen Überführung bedarf; dies betrifft einerseits Honorarregelungen der Vorstände von Universitätskliniken für die Behandlungen von erkrankten Patienten, die für NÖ dzt. noch keine Aktualität besitzen. Weitere unmittelbar wirksame grundsatzgesetzliche Neuerungen betreffen eine Verbesserung der sanitären Aufsicht (§ 60) und eine Neuformulierung der Diagnoseerfassungsverpflichtung für die Träger von Krankenanstalten für die in stationärer Behandlung befindlichen Pfleglinge.

Die auszuführenden KAG-Bestimmungen betreffen im wesentlichen folgende Bereiche:

1. Erweiterung des Begriffes "Krankenanstalt" um die Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe
2. Neudefinierung, welche Einrichtungen nicht als Krankenanstalten gelten
3. konsiliarfachärztliche Betreuung nur mehr entsprechend dem Anstaltszweck und Leistungsangebot
4. Angabe des Leistungsangebotes bei Antrag auf Errichtungsbewilligung - kein Regelungsbedarf, da schon in der NÖ KAG-Novelle 1993 berücksichtigt
5. Neuregelung des Bedarfes
6. Voraussetzung für die Erteilung der Betriebsbewilligung (Sicherung u.a. der erforderlichen personellen Ausstattung)

7. Einräumung der Parteistellung im Bedarfsprüfungsverfahren für Ärztekammer, Handelskammer, Sozialversicherungsträger etc.
8. Verankerung der Patientenrechte
9. Qualitätssicherung und Qualitätssicherungskommission
10. Verpflichtung zu regelmäßigen Dienstbesprechungen zwischen den in Betracht kommenden Berufsgruppen
11. Festlegung von Rauchverböten
12. hauptberufliche Ausübung der ärztlichen Direktion
13. Erfordernisse für die Einrichtung des ärztlichen Dienstes
 - daß sich die Ärzte fortbilden können
 - daß die Ausbildung der Turnusärzte möglich ist
14. Hygieneschwester, -team
15. Ethikkommissionen
16. verpflichtende Personalbedarfsermittlung - nur mehr Detailregelungsbedarf, da im Prinzip schon in der NÖ KAG-Novelle 1993 berücksichtigt
17. Änderungen des Inhaltes und bei der Führung der Krankengeschichten
18. Pflegedienstleitung hauptberuflich
19. Sicherstellung der psychologischen Betreuung und psychotherapeutischen Versorgung

20. Verpflichtung zur Anbietung der Supervision
21. Sicherstellung der Fortbildung für das nichtärztliche Personal
22. Verpflichtung, Patientenvertretungen vorzusehen; wurde in Niederösterreich durch die NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft im § 90 der NÖ KAG-Novelle 1993 auf landesweiter Ebene schon verwirklicht; sinnvoll wäre jedoch als nächster Schritt die Einrichtung einer Beschwerde- und Beratungsstelle zumindest in jedem öffentlichen Krankenhaus, um derartige Patienten Anliegen primär vor Ort behandeln zu können, damit nur wirklich schwierige oder auf dieser Ebene nicht lösbare Fälle an den Patientenanwalt herangetragen werden
23. Krankenanstaltenplan - Langzeitversorgung ist zu berücksichtigen
24. Neudefinition der Anstaltsbedürftigkeit
25. Verpflichtung zur Aufnahme von Begleitpersonen
26. Erweiterung der Aufgaben der Spitalsambulanzen
27. Neuregelung für die Befreiung von der Kostenbeitragspflicht
28. Gleichstellung der Behandlung von Bürgern aus EWR-Staaten mit Angehörigen jener Staaten, mit denen Sozialversicherungsabkommen bestehen, hinsichtlich der Verpflichtung erhöhte Pflegegebührenersätze zu bezahlen
29. Verbot der unsachlichen oder unwahren Information für den Träger und die Bediensteten der Krankenanstalt - diese Regelung im § 13 Abs.1 der Novelle wird auf Grund des ausdrücklichen Wunsches des NÖ Landtages anlässlich der Beschlußfassung der NÖ KAG-Novelle 1993 nicht ausgeführt

30. Möglichkeit, die Aufnahme von mittellosen Personen ohne Wohnsitz in Österreich auf Fälle der Unabweisbarkeit zu beschränken - kein Handlungsbedarf, da Regelung bereits im § 52 der NÖ KAG-Novelle 1993 erfolgt ist

31. Verpflichtung zur Aufnahme und Behandlung von EWR-Bürgern (wurde zwar in der NÖ KAG-Novelle 1993 berücksichtigt, muß aber nunmehr detaillierter ausgeführt werden)

Auf die weiteren ausführenden, nicht gravierenden Änderungen der KAG-Novelle wird im Besonderen Teil des Motivenberichtes eingegangen werden.

Außerdem wurden im vorliegenden Gesetzesentwurf einige dzt. besonders aktuelle Themen aufgegriffen bzw. soll schon jetzt eine gesetzliche Basis für mögliche künftige Entwicklungen geschaffen werden:

- Berücksichtigung von Kapitalgesellschaften oder anderen Privatrechtsformen als Träger von öffentlichen Krankenanstalten bei Beibehaltung der für die Bestreitung des Erweiterungsaufwandes und des Betriebsabganges maßgeblichen Bestimmungen (§§ 70 - 72)
- Klarstellung, daß die Besorgung der Verwaltungsaufgaben des NÖKAS durch die für rechtlichen Angelegenheiten des Krankenanstaltenwesens zuständige Abteilung des Amtes der NÖ Landesregierung erfolgt
- Neudefinition der Finanzkraft der Gemeinde für die NÖKAS-Umlage (Landtagsresolution)
- Neuregelung bei der Einbehaltung der NÖKAS-Umlage

- Stärkung der Position des NÖKAS
- Berücksichtigung der Novelle zum Bauernsozialversicherungsgesetz (90 % statt 80 % Pflegegebührenersatz durch die Krankenkasse)
- Ausführungsregelung zu § 5 a STVO 1960 auf Grund der 19. STVO-Novelle

Als nächster Schritt - nach der Verlautbarung des vorliegenden Gesetzesentwurfes - ist eine völlige Überarbeitung und Neuverlautbarung des aus dem Jahre 1974 stammenden NÖ Krankenanstaltengesetzes geplant, da das Stammgesetz durch die zahlreichen Novellen (mit der jetzigen 9!) und die dadurch notwendigen Einschübe keine Systematik mehr aufweist; außerdem müssen auch die notwendigen Änderungen für eine Strukturreform der öffentlichen Krankenanstalten NÖ's legislativ in die Wege geleitet und sodann umgesetzt werden. Für diese Totalrevision des NÖ KAG ist jedoch mindestens ein Gesetzwerdungszeitraum von einem Jahr zu veranschlagen, sodaß mit einer Neuverlautbarung frühestens 1996 gerechnet werden kann.

B

Besonderer Teil

Zu den einzelnen Bestimmungen des Entwurfes wird ausgeführt:

Zu Art.I Z 1 (§ 1 Abs.1)

In Ausführung der KAG-Novelle wird die Umschreibung des Krankenanstaltenbegriffes durch Maßnahmen der Fortpflanzungshilfe erweitert, da die in § 1 Abs.2 Z 2 des FortpflanzungsmedizinG, BGBl.Nr.275/1992, angeführte Maßnahme keiner der in § 1 Abs.1 KAG genannten Zweckbestimmungen entspricht, derartige Maßnahmen nach dem FortpflanzungsmedizinG aber nur in Krankenanstalten durchgeführt werden dürfen. Dementsprechend erfolgte auch eine Anpassung in den §§ 39 und 43.

Zu Art.I Z 2 (§ 2 Abs.2 lit.a):

In Ausführung der KAG-Novelle gelten nunmehr auch Krankenabteilungen in allgemeinen Justizanstalten (gerichtlichen Gefangenenhäusern, Strafvollzugsanstalten und Sonderanstalten) nicht als Krankenanstalten.

Zu Art.I Z 3 und 4 (§ 2a Abs.1 lit.a und § 2a Abs.1 lit.b):

Die in der KAG-Novelle enthaltene Neuregelung sieht eine Vereinheitlichung der Formulierungen vor, wobei der umfassenden Wendung "Betreuung" der Vorzug vor dem engeren Ausdruck "Behandlung" gegeben wird.

Weiters ist im Hinblick auf den geltenden Gesetzestext festzuhalten, daß die gegenwärtige Rechtslage auch dahin verstanden werden könnte, daß konsiliarfachärztliche Betreuung auf allen Gebieten sicherzustellen ist. Dies birgt - sofern es überhaupt möglich ist, in der notwendigen Zahl entsprechende

Fachärzte als Konsiliarfachärzte zu verpflichten - die Gefahr in sich, daß schon aus personellen Gründen während der Zeiten der Abwesenheit des jeweiligen Konsiliarfacharztes kein geeigneter Facharzt zur Verfügung steht. Hinzu kommt die wohl nicht unbeträchtliche finanzielle Komponente, wenn der Anstaltszweck und das Leistungsangebot durch Einrichtungen auf diversen Sonderfachgebieten, die durch Konsiliarärzte betreut werden, wesentlich erweitert werden.

Unter den Gesichtspunkten der Qualitätssicherung sowie der gebotenen ökonomischen Betrachtung kann festgehalten werden, daß es sicher nicht der Systematik des Krankenanstaltenrechts entspricht, das Versorgungsgefüge von Standard-, Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten dadurch zu verschieben, daß durch die Errichtung diverser zusätzlicher, unter konsiliarfachärztlicher Betreuung stehender Einrichtungen das Leistungsangebot von Spitälern der einen Kategorie beträchtlich dem der nächsthöheren angenähert wird. Sofern eine intensive ärztliche Betreuung durch medizinische Einrichtungen geboten ist, die - einschließlich des fachärztlichen Personals - in einer Krankenanstalt nicht zur Verfügung stehen, ist eine Verlegung des Patienten in eine geeignete Krankenanstalt geboten.

Aus diesen Gründen sollen § 2a Abs.1 lit.a und lit.b in Hinkunft deutlicher zum Ausdruck bringen, daß die ärztliche Betreuung durch Konsiliarärzte nur in jenen medizinischen Sonderfächern gesichert zu sein hat, die nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt in Betracht kommen. Andernfalls wird eine Verlegung des Patienten in eine geeignete Krankenanstalt zu erfolgen haben.

Zu Art.I Z 5 (§ 5 Abs.4):

Die Neufassung steht im Zusammenhang mit der Neuregelung der Bedarfsprüfung. Um Grundrechtsverletzungen durch ungerechtfertigte Abweisungen von Anträgen auf Erteilung einer Errichtungsbewilligung auszuschließen, muß die Behörde konkrete Informationen über das beabsichtigte Spitalsprojekt erhalten.

Zu Art.I Z 6 und 7 (§ 5 Abs.5 und § 8 Abs.1 lit.a):

Der Verfassungsgerichtshof hat mit Erkenntnis vom 7.3.1992, GZ G 198, 200/90 u.a., § 3 Abs.2 lit.a des KAG und die Wortfolge "die gesetzliche Interessensvertretung der privaten Krankenanstalten, bei Bewilligung der Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums (§ 2 Abs.1 Z 7), sofern nicht Abs.6 anzuwenden ist, auch die zuständige Ärztekammer und" im § 3 Abs.3 zweiter Satz des KAG wegen Verletzung des Grundrechtes auf Erwerbsfreiheit (Art.6 StGG) als verfassungswidrig aufgehoben.

Da sich die im NÖ KAG 1974 enthaltene Regelung bei der Bedarfsprüfung an die vom Verfassungsgerichtshof aufgehobenen Bestimmungen anlehnte, mußte nunmehr die dem zitierten Erkenntnis Rechnung tragende neue KAG-Regelung übernommen werden. Besonders müssen die Aussagen des Verfassungsgerichtshofes hervorgehoben werden, wonach der medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch gemeinnützige Einrichtungen, unabhängig davon, ob sie von einer Gebietskörperschaft oder einem sonstigen Rechtsträger betrieben werden, vorrangige Bedeutung zukommt und private, nicht gemeinnützig betriebene Krankenanstalten nur einen subsidiären Charakter besitzen.

Der Auftrag einer flächendeckenden und erschwinglichen medizinischen Versorgung der gesamten Bevölkerung wird aber nicht nur durch öffentliche und private gemeinnützige Krankenanstalten erfüllt. Im Rahmen des bestehenden Systems der Gesundheitsversorgung kommen daneben auch niedergelassene Kassenvertragsärzte und Dentisten, kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen in Betracht.

Zu Art.1 Z 8 (§ 8 Abs.1):

Es handelt sich um die Richtigstellung eines Verweises.

Zu Art. I Z 9 (§ 8 Abs. 6)

Hier erfolgte nur mehr die Klarstellung in Ausführung zu § 3 Abs. 7 KAG, daß diese beiden gesetzlichen Interessenvertretungen nicht nur Parteistellung, sondern auch das Beschwerderecht an den Verwaltungsgerichtshof haben.

Zu Art.I Z 10 (§ 10 Abs.1 lit.f):

In Ausführung des § 3 Abs.4 lit.d KAG wird nunmehr festgelegt, daß eine sanitätsbehördliche Betriebsbewilligung nur erteilt werden darf, wenn u.a. sichergestellt ist, daß die nach dem Leistungsangebot und Anstaltszweck erforderliche personelle und apparative Ausstattung gesichert ist. Dieser Nachweis wird vom Antragsteller etwa durch die Vorlage entsprechender Organisationskonzepte oder Vorverträge zu erbringen sein.

Zu Art. I Z 11 und Z 12 (§ 11 Abs. 1 lit.f und lit.g):

Die unkontrollierte Ausweitung des medizinischen Leistungsangebotes vor allem in den öffentlichen Standardkrankenanstalten, und die dadurch verursachte Kostenexplosion machen es erforderlich, daß die Landesregierung sowohl das exakte medizinische und pflegerische Leistungsangebot jedes öffentlichen Krankenhauses als auch jede wesentliche Änderung der apparativen Ausstattung bewilligen muß.

Zu Art.I Z 13 (§ 16 Abs.1):

Als ein wesentlicher Nachteil für eine effektive und effiziente Betriebsführung durch die Anstaltsleitung hat sich bei den Überlegungen für eine Strukturreform der öffentlichen Krankenanstalten NÖ's und bei der Überarbeitung der Musteranstalts-

ordnung für die Krankenanstalten herausgestellt, daß seitens des Trägers der Krankenanstalt keine klaren Vorgaben bestehen, welche Aufgaben er sich vorbehält bzw. welche Aufgaben er an die Anstaltsleitung delegiert. Es gehört jedoch zu den fundamentalen Grundsätzen eines modernen Managements, daß eine Trennung zwischen Grundsatz- und strategischen Entscheidungen, die dem Eigentümer oder Träger einer Einrichtung zustehen und der operativen und Durchführungsebene, welche die Anstaltsleitung darstellt, vorhanden ist. Die beabsichtigte Änderung trägt diesem wichtigen Bedürfnis Rechnung.

Zu Art.I Z 14 und Z 15 (§ 16 Abs.1 lit.c):

Diese Erweiterung der Regelung über die Anstaltsordnung über regelmäßige Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen dient der Umsetzung von Expertenvorschlägen zur Verbesserung der inneren Betriebsstruktur in Krankenanstalten.

Zu Art.I Z 16 (§ 16 Abs.1 lit.e):

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

Es wird daher bei der Umsetzung des § 6 Abs.1 lit.e durch die Träger der Krankenanstalt in der Anstaltsordnung davon auszugehen sein, daß in allen allgemein zugänglichen Bereichen Rauchverbot herrscht und den Bedürfnissen der Raucher - soweit dies erforderlich erscheint - durch die Einrichtung eigener "Raucherzimmer" Rechnung getragen wird.

Zu Art.I Z 17 (§ 16 Abs.2 Z 9):

Da die Ethikkommissionen nunmehr in das Gesetz (§ 19c der NÖ KAG-Novelle 1994) aufgenommen wurden, ist der Hinweis auf Regelungen in der Anstaltsordnung durch die Zitierung der diesbezüglichen Gesetzesstelle sowie um die Anführung der Medikamentenkommission zu erweitern.

Zu Art.I Z 18 (§ 16 Abs.3):

Da die Maßnahmen der Qualitätssicherung in der NÖ KAG-Novelle 1994 (§ 16c) Eingang gefunden haben, ist ein dementsprechender Hinweis beim Inhalt der Anstaltsordnung anzubringen. Daher kann der derzeitige Text des § 16 Abs.3 entfallen.

Zu Art.I Z 19 (§§ 16 b und 16 c):

Zu den Patientenrechten (§ 16b) führt der Motivenbericht zum KAG (§ 5a) auszugsweise folgendes aus:

Der Begriff der "Vertrauensperson" ist bewußt in den Gesetzestext aufgenommen, während in diesem Zusammenhang der Begriff "Angehöriger" keine Erwähnung findet (siehe § 6 Abs.3 Z 6). Dadurch soll zum Ausdruck gebracht werden, daß nicht jede Person, die im familienrechtlichen Sinn als Angehöriger zu verstehen ist, auch von der vorliegenden Regelung erfaßt wird, während umgekehrt eine Reihe von Personen, die nicht Angehörige sind, unter den Begriff der "Vertrauensperson" fallen.

Zu Z 1: Patienten können nur dann ihre Rechte auch wahrnehmen, wenn sie über die ihnen zustehenden Rechte informiert sind. Diese Information ist daher die Grundvoraussetzung für die Ausübung aller anderen Patientenrechte. Die organisationsrechtliche Verpflichtung, sicherzustellen, daß sich Patienten über ihre Rechte informieren können, steht daher an der Spitze der Patientenrechte.

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

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

Zu Z 3 ist anzumerken, daß durch die Weitergabe von Informationen an Vertrauenspersonen keine Verletzung der umfassend geregelten ärztlichen Verschwiegenheit (vgl. z.B. § 121 StGB und § 26 Ärztegesetz 1984) erfolgen darf. Die Weitergabe von Informationen an andere Personen als den Patienten wird daher davon abhängen, daß der Patient eine bestimmte Person als Person seines Vertrauens bezeichnet, was beispielsweise schon im Rahmen der Aufnahmeformalitäten erfolgen kann. Dies wird wohl auch konkludent durch die Angabe von Vertrauenspersonen, mit denen die Krankenanstalt im Bedarfsfall Kontakt aufnehmen kann, geschehen können. Auch die Angabe solcher Personen wird als Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht gewertet werden können (vgl. auch § 26 Abs.2 Z 1 Ärztegesetz 1984). Umgekehrt wird auch besonders zu respektieren sein, wenn ein Patient bestimmte Personen, selbst wenn es nächste Angehörige sind, von einer Weitergabe bestimmter Auskünfte ausdrücklich ausnimmt.

Der Vorschlag der Z 7, eine ausreichende Wahrung der Intimsphäre vorzusehen, muß keinesfalls mit einer nennenswerten

finanziellen Belastung der Spitalsträger verbunden sein. Es darf darauf hingewiesen werden, daß schon einfachste Mittel, wie z.B. Paravents oder Vorhangschienen zwischen den Betten von Mehrbetträumen sicherstellen können, daß sich in bestimmten Situationen ein Patient den Blicken der mit ihm gemeinsam in einem Raum befindlichen anderen Patienten entziehen kann.

Als Forderung der schon mehrfach erwähnten Expertengremien wurde auch darauf hingewiesen, daß auch für allgemeine medizinische Anliegen der Patienten ständig ein Arzt zur Verfügung zu stehen hat. Dieses Anliegen kann im Rahmen der Regelungen über Patientenrechte umgesetzt werden.

Die Z 9 soll sicherstellen, daß für Patienten, deren Ableben erwartet werden muß, ein möglichst humanes Umfeld einschließlich der Gelegenheit zur Kontaktnahme mit Vertrauenspersonen gewährt wird. Ein Faktor, der im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes zusätzlich belastend wirkt, ist die grundlegende Umgestaltung des Lebensrhythmus, der sich oft auch aus der Organisation des Dienstes der Leistungserbringer im Krankenhaus ergibt. Es soll daher bei der Leistungserbringung, soweit dies möglich ist, auf den allgemein üblichen Lebensrhythmus Rücksicht genommen werden.

Schließlich kann auch die von der in Rede stehenden Gesetzesstelle in Z 11 geforderte "kindergerechte Ausstattung" schon mit verhältnismäßig geringem Aufwand vorgenommen werden. Dabei wird nicht übersehen, daß ohnehin schon eine Reihe von Krankenanstalten in Bereichen, die der Versorgung von Kindern dienen, bemüht sind, ihren jungen Patienten den Spitalsaufenthalt altersgemäß möglichst freundlich zu gestalten. Die grundsatzgesetzliche Vorgabe soll aber sicherstellen, daß dieses Prinzip in jeder Krankenanstalt zu beachten ist.

Zur Qualitätssicherung wurden im Motivenbericht des KAG (§ 5b) folgende wesentliche Überlegungen vorgebracht:

Zu § 5b:

Die Weltgesundheitsorganisation hat in ihrem Programm "Gesundheit 2000" unter Ziel 31 die Empfehlung ausgesprochen, daß jeder Mitgliedsstaat in seinem Gesundheitsversorgungssystem effektive Verfahren der Qualitätssicherung in der Patientenversorgung realisiert. Von großer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang natürlich die Einführung von qualitätssichernden Strukturen, Verfahren und Maßnahmen in den Krankenanstalten. Ziel dabei ist in jedem Fall eine verbesserte Versorgung der Patienten durch eine fortlaufende Optimierung möglichst aller Krankenhausleistungen.

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

- wissenschaftlich/technische, die sich am wissenschaftlichen Kenntnisstand von Medizin und Krankenpflege (unter Einschluß der medizinisch-technischen Dienste) und an den derzeit möglichen Technologien orientieren,

- interpersonale Ziele, die sich vor allem an der Übereinstimmung ärztlicher und pflegerischer Handlungen (unter Einschluß der medizinisch-technischen Dienste) mit den gültigen Wertvorstellungen und den Rechten und Bedürfnissen der Patienten orientieren und

- ökonomische Ziele, die sich daran orientieren, ob die vorgegebenen medizinischen Ziele mit dem rationellsten Mittelseinsatz erreicht werden (eine Senkung der Kosten ist nur dann wirtschaftlich und medizinisch vertretbar, wenn sie nicht zu Lasten der Leistung und damit der Qualität geht).

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

Abs.1 und 2 verpflichten nun die Träger von Krankenanstalten zu umfassenden Aktivitäten, die zur Sicherung der Qualität der Krankenhausleistungen gesetzt werden müssen. Eine der Voraussetzungen für Qualitätssicherung liegt mit Sicherheit in einer Mindestanzahl von qualifiziertem ärztlichen und nichtärztlichen Personal, doch ist zu betonen, daß mehr Personal nicht in jedem Fall gleichbedeutend mit Qualität sein muß. Die personelle Ausstattung kann aber ein Indikator für Qualität sein. Ähnlich verhält es sich mit den medizinisch-technischen Geräten und den infrastrukturellen Einrichtungen. Auch sind für Qualitätssicherung bestimmte bauliche und organisatorische Voraussetzungen notwendig.

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

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

Die im Abs.4 des § 5b vorgesehene Kommission hat die Aufgabe, für fortlaufende Qualitätssicherung zu sorgen (vgl. auch Abs.5). Wesentlich wird dabei auch die Förderung von berufsgruppenübergreifenden Teamarbeiten sein. Eine Verbesserung der Qualität der erbrachten Leistungen wird nämlich nach den vorliegenden Erfahrungen insbesondere aus interdisziplinärer Teamarbeit erwachsen. Nur im Zusammenwirken aller beteiligten Berufsgruppen können verbindliche Kriterien für die Erstellung von Qualitätsstandards (Soll-Werten) gefunden und die entsprechenden Maßnahmen eingeleitet werden. Als methodischer Ansatz hat sich eine Vorgangsweise nach praxisorientiertem Arbeiten am besten bewährt.

So könnten z.B. von den betroffenen Mitarbeitern in interdisziplinärer Teamarbeit konkrete, besonders verbesserungswürdige Anliegen und Probleme eines Krankenanstaltenbereiches angesprochen, allenfalls mit Hilfe eines ihnen zur Verfügung gestellten Fachmannes Lösungsvorschläge erarbeitet und daraus resultierend rückwirkend Qualitätskriterien bzw. -standards aufgestellt werden. Diese (heuristische) Vorgangsweise ermöglicht sodann ein zielorientiertes Handeln in Richtung Qualitätsverbesserung.

Zu Art.I Z 20 und Z 21 (§ 17 Abs.4):

Der Gesetzeswortlaut wird an die in Niederösterreich gebräuchlichen Bezeichnungen der Leitungspersonen angepaßt.

Die KAG-Novelle sieht die Möglichkeit einer hauptberuflichen Funktionsausübung für den ärztlichen Leiter ab einer Größe, die dies erfordert, vor.

Es war vorgesehen, daß es jedem Träger überlassen bleiben soll, diese Entscheidung zu treffen. Aufgrund von massiven angemeldeten Zweifeln im Begutachtungsverfahren, daß diese Lösung grundsatzgesetzwidrig ist, wurde der Gesetzestext dem Grundsatzgesetz entsprechend umformuliert. Von der Verpflichtung zur hauptberuflichen Tätigkeit des ärztlichen Leiters sind nunmehr nur die beiden größten Krankenanstalten in NÖ, nämlich

das A.ö. Krankenhaus St.Pölten und das A.ö. Krankenhaus Wr.Neustadt, betroffen.

Zu Art.I Z 22 (§ 19):

Hiezu wird im Motivenbericht zur KAG-Novelle (§ 8 Abs.1) ausgeführt, daß in Krankenanstalten allen Ärzten Gelegenheit geboten werden muß, ihrer aus dem Ärztegesetz ergebenden Fortbildungsverpflichtung nachkommen zu können. Korrespondierend zu den Bestimmungen des Ärztegesetzes über die Ausbildung der Turnusärzte sollen die Träger von Krankenanstalten durch krankenanstaltenrechtliche Vorgaben verpflichtet werden, durch die Organisation des ärztlichen Dienstes sicherzustellen, daß in anerkannten Ausbildungsstätten die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet ist.

Die in dieser Grundsatzbestimmung enthaltene Erleichterung bei den selbständigen Ambulatorien für physikalische Medizin in der Weise, daß unter bestimmten Voraussetzungen nicht ständig ein Arzt anwesend sein muß, wurde nicht ausgeführt. Eine hohe medizinische Qualität soll wie bisher auch bei den physikalischen Ambulatorien beibehalten werden; es handelt sich nur um eine "kann" Bestimmung, die von Landesgesetzgebern nicht umgesetzt werden muß. In der jüngsten Novelle zum Wiener Krankenanstaltengesetz wurden diese Bestimmungen ebenfalls nicht umgesetzt, da ein Absinken der Qualität befürchtet wurde. Die Novelle zum Wiener KAG ist bereits kundgemacht (es erfolgte kein Einspruch des Bundes).

Zu Art.I Z 23 (§ 19a):

Zur Neuregelung der Organisation der Krankenhaushygiene wird im Motivenbericht folgendes ausgeführt:

Schon bisher hatten die Träger von Krankenanstalten durch die Bestellung eines zur Wahrung der Belange der Hygiene verant

wortlichen fachlich geeigneten Arztes Sorge zu tragen, daß die Aufgaben der Krankenhaushygiene erfüllt werden können.

Aus Hygienefachkreisen wurde in den letzten Jahren wiederholt Kritik geübt, daß der im bisherigen § 8a KAG allein vorgesehene Krankenhaushygieniker nicht allen Anforderungen gerecht werden kann. Dies sei schon aus der Fülle der mit dieser Stellung verbundenen Aufgaben unmöglich.

Es wird daher vorgeschlagen, § 8a KAG im fachlich gebotenen Ausmaß zu erweitern, wobei der Entwurf den aus Fachkreisen der Hygiene geäußerten Vorstellungen über eine Regelung dieses Bereiches entspricht.

Da es nicht möglich sein wird, für jede Krankenanstalt einen Facharzt für Hygiene als Krankenhaushygieniker bestellen zu können, soll alternativ auch - dem bisherigen § 8a KAG folgend - ein sonst fachlich geeigneter Arzt für die Wahrung der Belange der Hygiene bestellt werden können. Die Bezeichnung "Krankenhaushygieniker" sollte aber dem Facharzt für Hygiene vorbehalten sein, während der sonst fachlich geeignete Arzt die Bezeichnung "Hygienebeauftragter" erhalten soll.

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

In bettenführenden Krankenanstalten sind die Aufgaben der Hygiene so mannigfach und umfassend, daß mit der Bestellung eines Arztes i.S. des § 8a Abs.1 aber keinesfalls das Auslangen gefunden werden kann.

In diesem Sinn schlägt daher § 8a Abs.2 vor, dem Krankenhaushygieniker oder dem Hygienebeauftragten aus dem Kreis des diplomierten Krankenpflegefachdienstes eine die Hygienebelange hauptberuflich wahrnehmende Person als Hygienefachkraft zur

Seite zu stellen. Die notwendige Wissensvermittlung wird insbesondere durch die im sog. Krankenpflegegesetz für Spezialaufgaben vorgesehene Abhaltung spezieller Kurse erfolgen können (vgl. § 57b Krankenpflegegesetz).

Der grundsatzgesetzliche Auftrag, mindestens eine Hygienefachkraft zu bestellen, wird durch die Ausführungsgesetzgebung näher zu präzisieren sein. Die Anzahl der Hygienefachkräfte in einer Krankenanstalt hängt von deren Umfang oder Aufgabenbereich ab. So wird beispielsweise eine Hygienefachkraft für je 300 Betten in bestimmten, besonders infektionsrelevanten Bereichen zu bestellen sein. Hierzu gehören beispielsweise Pflegeeinheiten für Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Gynäkologie, Kinderheilkunde, Infektionskrankheiten, Intensivmedizin, Dialyse und Maximalversorgung in der Inneren Medizin. Für die übrigen Fachbereiche der Krankenanstalt für Akutkranke (einschließlich Neurologie) wird eine Hygienefachkraft für 600 Betten und für Sonderkrankenanstalten (einschließlich Krankenanstalten für Psychiatrie) eine Hygienefachkraft für 1000 Betten als angemessen erachtet.

Weiters wird es als unumgänglich angesehen, in bettenführenden Krankenanstalten auch Hygieneteams zu bilden, denen neben dem Krankenhaushygieniker bzw. dem Hygienebeauftragten und der Hygienefachkraft weitere Mitarbeiter des ärztlichen und nichtärztlichen Dienstes anzugehören haben. Dem Aufgabenbereich des Hygieneteams (wie z.B. Infektionsüberwachung, Ausarbeitung von Richtlinien für infektionsrelevante Tätigkeiten, Ausarbeitung eines Hygiene- und Abfallplanes, Stellungnahme zu Planungsunterlagen für Neu-, Zu- und Umbauten sowie bei der Anschaffung infektionsrelevanter Geräte und Güter) sollte ein eigener Abschnitt in der Anstaltsordnung gewidmet sein. Dies hätte durch die Ausführungsgesetzgebung und die grundsatzgesetzlichen Vorgaben des § 6 KAG hinaus angeordnet zu werden.

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

Da die Bestimmungen über die Bildung eines Hygieneteams jedenfalls nach dem Grundsatzgesetz für Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien nicht vorgesehen sind, gilt es in einem eigenen Abs.5 sicherzustellen, daß zu den demonstrativ im Abs.4 genannten Aufgaben des Hygieneteams in Ambulatorien jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder Hygienebeauftragte beizuziehen ist.

Zur Umsetzung der grundsatzgesetzlichen Bestimmungen wurden in einem Arbeitskreis, der sich aus in NÖ beschäftigten Krankenhaushygieniker zusammensetzt, Lösungsvorschläge und wesentliche Impulse erarbeitet.

Die hauptberufliche Tätigkeit als Krankenhaushygieniker oder Hygienebeauftragter ist erst ab einer Größe einer Krankenanstalt von 800 Betten sinnvoll; für jede Schwerpunktkrankenanstalt ist jedenfalls ein Facharzt für Hygiene zu bestellen, der aber erst ab einer Größe von mehr als 800 Betten seine Tätigkeit hauptberuflich auszuüben hat. Krankenanstalten mit weniger als 800 Betten haben daher die Möglichkeit, gemeinsam einen Krankenhaushygieniker zu bestellen. Da, aufgrund des Mangels an Fachärzten für Hygiene, die Verpflichtung des Abs.2 unter den gegebenen Verhältnissen von Rechtsträgern nicht erfüllt werden kann, wurde eine ausreichend lange Übergangsfrist (siehe Art.II) vorgesehen.

Kurse zur Erlangung der fachlichen Qualifikation als Hygienebeauftragter werden in Wien und in einigen Bundesländern angeboten; auch hier wurde eine ausreichend lange Übergangsfrist (siehe Art.II) vorgesehen.

Zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers bzw. Hygienebeauftragten soll in jeder bettenführenden Krankenanstalt, unabhängig von der Größe, mindestens 1 Hygienefachkraft tätig werden; für allgemeine Krankenanstalten und Sonderkranken-

anstalten ist für je 500 Betten eine solche qualifizierte Person erforderlich.

Zu Art. I Z 24 (§ 19e):

Im Motivenbericht zur KAG-Novelle werden zur Einführung der Ethikkommissionen auszugsweise folgende Aussagen gemacht:

Die schon seit der KAG-Novelle BGBl.Nr.282/1988 vorgesehene Kommission zur Beurteilung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln in Krankenanstalten soll nunmehr auch grundsatzgesetzlich ausdrücklich als Ethikkommission bezeichnet und in ihrer personellen Zusammensetzung internationalen Standard angeglichen werden.

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

Medizinprodukte (medizinische Geräte und Bedarfsartikel sowie Labordiagnostikprodukte) werden in Hinkunft im EWR und in der EU auch hinsichtlich der Vorgangsweise bei der klinischen Prüfung einheitlichen Regeln unterliegen. Demgemäß wird die Befassung einer Ethikkommission vor der klinischen Prüfung

bestimmter Medizinprodukte obligatorisch sein. Für eine entsprechende Infrastruktur, d.h. die Errichtung von Ethikkommissionen auch für diese Aufgaben, ist daher ebenfalls vorzusehen. Aufgrund der ähnlichen Aufgabenstellung kann die Zusammensetzung weitgehend der Ethikkommission für die Beurteilung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln entsprechen. Im Hinblick auf die erforderliche technische Sicherheit und die fachliche Heterogenität dieses Produktbereiches müssen aber zusätzlich ein technischer Sicherheitsbeauftragter und erforderlichenfalls weitere Experten kooptiert werden.

Schließlich soll die Ethikkommission auch die Anwendung neuer medizinischer Methoden in der Krankenanstalt beurteilen. Vor dem Hintergrund des § 8 Abs.2 KAG, wonach eine ärztliche Behandlung nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft erfolgen darf, muß es sich dabei um Methoden handeln, deren Anwendung nach vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen und praktischen Erfahrungen eine verbesserte medizinische Behandlung erwarten läßt (vgl. dazu auch schon Loebenstein "Die strafrechtliche Haftung des Arztes bei operativen Eingriffen", ÖJZ 1978/313). Nach diesen vorliegenden Ergebnissen muß es sich dabei insgesamt auch um eine Methode handeln, deren Anwendung und Evaluierung nach den anerkannten Verfahren der Schulmedizin vorgenommen wurde und die an Patienten Anwendung finden soll, bei denen traditionelle medizinische Routineverfahren versagen oder einen geringeren Behandlungserfolg erwarten lassen.

Damit wird am Prinzip des § 8 Abs.2 KAG nichts geändert. Es soll bloß in jenem Bereich, in dem zur Rettung oder sonst bestmöglichen Behandlung eines Patienten eine neue Methode, wie z.B. eine neue Operationstechnik, aus ärztlicher Sicht geboten ist, zur Unterstützung der Güterabwägung zwischen § 8 Abs.2 KAG einerseits und der Anwendung einer neuen, für einen konkreten Patienten oder eine Patientengruppe erfolgversprechenderen Methode andererseits eine Befassung der Ethikkommission erfolgen.

Darüberhinaus wurden bei der NÖ Ausführungsregelung weitere Detailregelungen wie die Bestelldauer auf 3 Jahre, die Unentgeltlichkeit der Tätigkeit in der Kommission, die Ersatzleistung der Kosten der klinischen Prüfungen an die Krankenanstalten, das ausdrückliche Zustimmungsrecht des Trägers zur Durchführung von klinischen Prüfungen und die Verpflichtung zur Mitteilung der Ergebnisse der klinischen Prüfung an die Landesregierung vorgesehen.

Der Anregung, daß die Weisungsfreistellung der Mitglieder der Ethikkommission bei Ausübung der Funktion in Form einer Verfassungsbestimmung vorzusehen wäre, wurde gefolgt (Art.20 Abs.1 B-VG).

Zu Art.I Z 25 und Z 26 (§ 21 Abs.1 lit.a und § 21 Abs.1 lit.b):

Zu diesen beiden Änderungen bzgl. des Inhaltes der Krankengeschichte wird im Motivenbericht zur KAG-Novelle folgendes bemerkt:

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

Der Krankengeschichte kommt aber auch erhebliche Bedeutung als Beweismittel im rechtlichen Sinn zu. Aus diesem Grund soll in der Krankengeschichte auch die Aufklärung, die einem Patienten gegeben wird, festgehalten werden. Ebenso soll aus Beweisgründen in Hinkunft dokumentiert werden, aus welchen Gründen

eine Aufnahme eines Patienten durch die Krankenanstalt abgelehnt wird (§ 10 Abs.1 Z 1).

Zu Art.I Z 27 (§ 21 Abs.1 lit.c und d):

Diese beiden grundsatzgesetzlich vorgegebenen Änderungen betreffen das Widerspruchsrecht des Patienten gegen lebensverlängernde Maßnahmen im Falle des Verlustes der Handlungsfähigkeit sowie gegen Organentnahmen, wobei diese Wideräußerungen in der Krankengeschichte zu dokumentieren sind.

Zu Art.I Z 28 (§ 21 Abs.2):

Zur Neuregelung betr. Führung der Krankengeschichte werden im Motivenbericht zur KAG-Novelle folgende Bemerkungen gemacht:

Die Erweiterung der Dokumentationspflichten in der Krankengeschichte auf nichtärztliche Bereiche erfordert auch eine Festlegung, wer für die Dokumentation der nichtärztlichen Bereiche die Verantwortung trägt.

Zu Art.I Z 29 (§ 21 Abs.3):

Hier sieht die KAG-Novelle eine Einschränkung der Übermittlungspflicht von Krankengeschichten an die Sozialversicherungsträger auf jenen Rahmen vor, der zur Wahrnehmung der ihnen obliegenden Aufgaben erforderlich ist.

Zu Art.I Z 30 (§ 21 Abs.3):

Das Recht des Patienten zur Einsicht in die Krankengeschichte soll sowohl seiner Vertrauensperson als auch der im Interesse des Patienten tätigen NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, die an die Verschwiegenheitspflicht gebunden ist, zustehen.

Zu Art. I Z 31 (§ 21 Abs. 10):

Nach den Bestimmungen des Psychologengesetzes, des Psychotherapiegesetzes und des MTD-Gesetzes gilt für die Angehörigen der entsprechenden Berufsgruppen und ihre Hilfspersonen eine absolute Verschwiegenheitspflicht. Daher dürfen Geheimnisse, die den angeführten Personen in Ausübung ihres Berufes anvertraut oder bekannt geworden sind, im Rahmen der in der Krankenanstalt zu führenden Dokumentation nicht aufgezeichnet werden, da § 10 KAG eine Reihe von Personen bzw. Stellen nennt, denen unter bestimmten Voraussetzungen Abschriften der Krankengeschichte zu übermitteln sind.

Zu Art. I Z 32, 33 und 34 (§ 21a):

Hier wurde eine Klarstellung insoweit getroffen, als das Ziel eines entsprechenden Abbaues der personellen und apparativen Kapazität sowie der tatsächlichen Akutbetten für sämtliche Krankenanstalten gemäß § 21a Abs. 2 Z 1, 2 und 3 gelten soll.

Zu Art. I Z 35 (§ 22):

Es wurden terminologische Anpassungen an die in Niederösterreich gebräuchlichen und verwendeten Leitungsbezeichnungen getroffen.

Zu Art. I Z 36 (§ 22 a):

Die regelmäßige Personalbedarfsplanung und die jährliche Berichterstattungspflicht an die Landesregierung wurde schon i.R. der NÖ KAG-Novelle 1993 berücksichtigt. Es ist nunmehr nur die detailliertere Bundesregelung zu übernehmen, die u.a. noch vorsieht, daß die Personalbedarfsplanung nach Berufsgruppen vorzunehmen ist und hierfür fachlich geeigneten Personen zu übertragen ist. Im Motivenbericht der KAG-Novelle wird besonders in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, daß eine

ausreichende personelle Ausstattung der Qualitätssicherung im Krankenhaus dient.

Zu Art. I Z 37 und Z 38 (§ 23 Abs. 2):

Es handelt sich um eine terminologische Klarstellung. Die Möglichkeit der Zugrundelegung der Zinsen für ein Betriebsmitteldarlehen in einer Höhe von mehr als 25 % des veranschlagten Betriebsaufwandes entspricht einem ausdrücklichen Wunsch der Gemeindevertreterverbände. Dies soll allerdings nur nach Genehmigung und nach Prüfung der Erforderlichkeit durch die Landesregierung erfolgen.

Zu Art. I Z 39 (§ 27a):

Es handelt sich um eine Anpassung der Leitungsbezeichnungen in der Krankenanstalt an die in NÖ gebräuchlichen Ausdrücke.

Zu Art. I Z 40 (§ 27a Abs. 1):

In sämtlichen Krankenanstalten sowohl privaten als auch öffentlichen soll die verantwortliche Leitung des Pflegedienstes hauptberuflich ausgeübt werden und zwar unabhängig von der Anzahl der vorhandenen Betten.

Da die hauptberufliche Leitung des Pflegedienstes in den öffentlichen Krankenanstalten NÖ's schon verwirklicht ist, kommt der Aufnahme dieser Bestimmung im Gesetz für den Bereich der öffentlichen Krankenanstalten nur mehr ein formaler Charakter zu.

Zu Art. I Z 41 (§ 27 a Abs. 4 und 5):

Da sich die Notwendigkeit der regelmäßigen Personalbedarfs-ermittlung auf alle Berufsgruppen richtet und daher in einem eigenen Paragraphen (§ 22 a) geregelt wurde, konnte § 27 a Abs. 5, der sich nur auf das Pflegepersonal bezieht, entfallen. Durch den neuen § 27 d (Z 42) wird die Fortbildung für

sämtliches nichtärztliches Personal neu geregelt; der Abs.4 konnte daher entfallen.

Art.I Z 42 (§§ 27 b bis 27 d):

Diese Neuerungen betreffen die psychologische und psychotherapeutische Betreuung der Patienten, die Einführung der Supervision für besonders belastetes Krankenpflegepersonal und die Sicherstellung der Fortbildungspflicht auch des nicht-ärztlichen Krankenhauspersonals.

Zur klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Betreuung sowie zur psychotherapeutischen Versorgung wird im Motivenbericht zur KAG-Novelle auszugsweise folgendes bemerkt:

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

Dem Anliegen einer bestmöglichen Patientenversorgung wird auch durch die Verpflichtung der Krankenanstaltenträger entsprochen, ausreichende klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung und ausreichende Versorgung auf dem Gebiet der Psychotherapie anzubieten. Im übrigen wird es an der Ausführungsgesetzgebung liegen, die näheren Regelungen über die Ausgestaltung der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung zu treffen.

Da der ursprünglich vorgesehene Entwurf nicht dem Grundsatzgesetz entsprochen hat, wurde vorgesehen, daß sowohl für die klinisch-psychologische und die gesundheitspsychologische sowie für die psychotherapeutische Versorgung durch entsprechend qualifizierte Personen vorzusehen ist.

Fachlich qualifiziert sind nach Auskunft des Ministeriums gemäß dem Psychologen- und dem Psychotherapiegesetz solche Personen, die in die Liste der Psychologen bzw.

Psychotherapeuten eingetragen sind. Eine solche Eintragung kann auch durch Ärzte erreicht werden.

Es ist davon auszugehen, daß grundsätzlich für jeden dieser drei Bereiche zumindest je eine Person erforderlich ist; falls ausnahmsweise eine Person in alle drei Listen eingetragen ist, ist auch dem Gesetz entsprochen.

Da in bestimmten Krankenanstalten auf diesen drei Gebieten für die Patienten ein großer Bedarf besteht, wurde vorgesehen, daß in allgemeinen Krankenanstalten, Sonderkrankenanstalten, Pflegeanstalten für chronisch Kranke und Sanatorien, abgestuft nach der Größe dieser Krankenanstalt, diese Dienste anzubieten sind.

Lt. Motivenbericht sind die Krankenanstaltenträger darüberhinaus verpflichtet, dem Krankenhauspersonal im Rahmen ihrer Dienstzeit eine den konkreten Bedürfnissen entsprechende Supervisionsmöglichkeit zur Verfügung zu stellen. Um die erforderliche Qualifikation des Supervisors sicherzustellen, wurde im Ausführungsgesetz eine Ausbildung als Psychologe oder als Psychotherapeut, jeweils mit Zusatzausbildung als Supervisor, festgelegt.

Um eine für diese Tätigkeit erforderliche Unabhängigkeit vom Dienstgeber zu erzielen, wurde für den Supervisor (als Verfassungsbestimmung) die Weisungsfreiheit normiert.

Zur Sicherstellung der Fortbildung des nichtärztlichen Personals bemerkt der Motivenbericht zur KAG-Novelle, daß diese

Fortbildungspflicht jedoch nicht nur für das Krankenpflegepersonal gilt, sondern vielmehr für sämtliche in Betracht kommenden nichtärztlichen Berufsgruppen (vgl. zur ärztlichen Fortbildungspflicht den neu gefaßten § 19). Die Pflicht der Träger von Krankenanstalten zur Fortbildung ist nach der vorgeschlagenen Regelung nicht mehr darauf beschränkt, "anstaltsmäßig Vorsorge zu treffen". Dies bedeutet, daß selbstverständlich anstaltsintern Fortbildungsveranstaltungen organisiert werden können, andererseits können Anstaltsträger ihrer Fortbildungspflicht aber auch dadurch nachkommen, daß der Besuch externer Veranstaltungen ermöglicht wird. Allenfalls könnte es sich auch als zweckmäßig erweisen, daß Krankenanstalten einer Region gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen durchführen.

Zu Art. I Z 43 und 44 (§ 35 Abs. 1):

Zu dieser Änderung wird in der grundsatzgesetzlichen Bestimmung ausgeführt, daß es die demographische Entwicklung der Bevölkerung gebietet, bei der langfristigen Planung der Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege auch das Gebiet der Langzeitversorgung miteinzubeziehen.

Zu Art. I Z 45 (§ 39 Abs. 3):

Im § 39 Abs. 3 erfolgt eine Anpassung der Definition der Anstaltsbedürftigkeit um die Erweiterung des Anstaltszweckes im § 1 KAG (Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin), sowie eine Erweiterung auf gesunde Personen zur Vornahme einer klinischen Prüfung eines Arzneimittels oder eines Medizinproduktes.

Zu Art. I Z 46 (§ 40 Abs. 3):

Nach der bisherigen Formulierung lag es im Ermessen des ärztlichen Leiters, die Zulässigkeit der Aufnahme nicht anstaltsbedürftiger Begleitpersonen (sofern es sich nicht um die Begleitung von Säuglingen handelt) vorzusehen. Nunmehr wird

verpflichtend vorgeschrieben, daß ein Spitalsaufenthalt, der besonders für Kinder durch eine Trennung von den gewohnten Bezugspersonen doppelt belastend wirkt, die Zulässigkeit der Mitaufnahme von sonstigen Begleitpersonen vorzusehen; die Begleitpersonen sollen in räumlicher Nähe des Patienten untergebracht werden.

Zu Art. I Z 47 (§ 43 Abs.1):

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

Zu Art. I Z 48 (§ 43 Abs.3):

Bei den Anstaltsambulatorien erfolgt auf Grund des KAG (§ 26 Abs. 1) eine Erweiterung ihres Zweckes. Außerdem ist klarzustellen, für welche Leistungen tatsächlich die Zuweisung eines niedergelassenen Arztes vorliegen muß, zumal die öffentlichen Krankenanstalten ja verpflichtet sind, für die gesetzlich vorgesehenen Fälle Anstaltsambulatorien einzurichten.

Zu Art. I Z 49 (§ 43 Abs. 6):

Durch die 19.StVO-Novelle, BGBl.Nr. 518/1994, wurde die Verpflichtung für den diensthabenden Arzt eines öffentlichen Krankenhauses vorgesehen, bei einem Betroffenen, der von den Organen der Straßenaufsicht zu ihm gebracht wird, eine Blutabnahme durchzuführen. Diese Verpflichtung trifft den Spitalsarzt auch auf Verlangen einer Person, die angibt, bei ihr habe der Alkotest (§ 5 Abs. 2) die Alkoholbeeinträchtigung ergeben. Die gegenständliche Regelung stellt nur die Ausführung der diesbezüglichen Novelle dar.

Zu Art.I Z 50 und 51 (§ 45 Abs.1 lit.b und § 45 Abs.7):

Der Rechnungshof hat bei der Gebarungüberprüfung des NÖKAS neuerlich massiv die Ärztebeteiligung bei den Ambulanzeinnahmen kritisiert und deren Abschaffung gefordert. Diese Kritik des Rechnungshofes ist berechtigt, da für die stark steigende Ambulanztätigkeit nur ein Kostendeckungsgrad von ca. 30 % erreicht werden kann, während viele Primärärzte aus der Beteiligung an den Ambulanzeinnahmen teilweise pro Jahr Millionenbeträge lukrieren. Außerdem hat die dzt. Gesetzeslage laufend zu Auslegungsschwierigkeiten und Mißverständnissen Anlaß gegeben. Durch die nunmehrige Regelung soll klargestellt werden, daß künftighin eine Beteiligung der Ärzte nur mehr bei stationärer Aufnahme von Sonderklassepatienten in Betracht kommt. Wegen des Grundsatzes der Wahrung wohlerworbener Rechte können vertraglich zwischen Träger und Primararzt fixierte Beteiligungen nicht rückgängig gemacht werden, bestehende Vereinbarungen mit Ärzten über die Beteiligung an Ambulanzgebühren sollen daher auch weiterhin aufrecht bleiben. Sollte in der Zukunft trotzdem ein Träger eine "neue" Ambulanzbeteiligung auch bei sozialversicherten Patienten und Sozialhilfepatienten vereinbaren, hätte dies zur Folge, daß diese Mindereinnahmen bzw. Ausgaben zu seinen Lasten gehen und im Rechnungsabschluß nicht anerkannt werden. Zu diesem Thema muß abschließend festgestellt werden, daß auch eine Ambulanzgebührenbeteiligung der nachgeordneten Ärzte im Hinblick auf die gegenüber den sonstigen Akademikern im öffentlichen Dienst seit dem NÖ SÄG 1990 bis 1992 sehr hohen Bezüge der Spitalsärzte auf Grund der äußerst angespannten Finanzlage der Spitalshalter und der an der Abgangsfinanzierung beteiligten Gebietskörperschaften nicht mehr gerechtfertigt erscheint. Die weiterhin bestehenden Ansprüche aus den Ambulanzbeteiligungen sind analog der bei den BVA- und VA-Sondergebührenbeteiligung getroffenen Regelung nicht ruhegenußfähig. Eine besondere begleitende gesetzliche Regelung in den Dienstrechtsgesetzen bezüglich der Nichtruhegenußfähigkeit der

Ambulanzgebührenbeteiligung ist in Hinblick auf die letzte DPL- und GBDO-Novelle nicht erforderlich.

Zu Art. I Z 52 (§ 45 a Abs. 1)

Die Anhebung des Kostenbeitrages stellt auf den tatsächlichen Beitrag für 1994 ab; wobei auch weiterhin eine automatische jährliche Valorisierung erfolgt.

Zu Art. I Z 53 (§ 45 a Abs. 4):

Zur Neuregelung der Kostenbeitragspflicht führt der Motivenbericht zur KAG-Novelle folgendes aus:

Die Republik Österreich hat sich durch die Ratifizierung der Teile II und VIII des Übereinkommens (Nr.102) der Internationalen Arbeitsorganisation über die Mindestnormen der Sozialen Sicherheit (BGBl.Nr.33/1970) verpflichtet, den in diesem Übereinkommen festgelegten Mindestnormen in den Bereichen ärztliche Betreuung und Leistungen bei Mutterschaft Rechnung zu tragen.

Nach Art.10 Abs.1 lit.b dieses Übereinkommens hat die ärztliche Betreuung im Falle der Schwangerschaft und der Niederkunft sowie deren Folgen u.a. erforderlichenfalls Krankenhauspflege zu umfassen. Aus Art.10 Abs.2 ergibt sich, daß diese Anstaltspflege in diesem Fall ohne Kostenbeteiligung des Betroffenen zu erfolgen hat.

Auch nach Teil VIII haben die Leistungen bei Mutterschaft erforderlichenfalls Krankenhauspflege zu umfassen (Art.49 Abs.2 lit.b).

Aufgrund dieser Verpflichtungen wurde auch § 148 Z 2 ASVG dahingehend geändert, daß die für Angehörige eines Versicherten vorgesehen gewesene Kostenbeteiligung in der Höhe von 10 % der Pflegegebührenersätze bei einer aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft gewährten Anstaltspflege entfällt.

Dieser von Österreich eingegangenen Verpflichtung, bei Mutterschaft Anstaltspflege ohne Kostenbeteiligung der Betroffenen zu gewähren, steht die geltende Fassung des § 27a KAG entgegen, da nach dieser Regelung auch bei Anstaltspflege im Falle der Mutterschaft der Kostenbeitrag zu entrichten ist. Zur Einhaltung der völkerrechtsverbindlichen Pflicht ist eine entsprechende Ergänzung des § 27a Abs.1 vorzunehmen.

Bei dieser Gelegenheit wurden die Tatbestände sozialer Schutzbedürftigkeit exakt angeführt bzw. sonstige Befreiungsgründe in den Gesetzesentwurf aufgenommen, da sich hier immer wieder Unklarheiten ergeben haben.

Zu Art. I Z 54 (§ 49 Abs.3):

Hier handelt es sich um die Umsetzung eines Wunsches der Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sowie der Privatversicherungen, um bei Vereinbarungen über Sonderklassepatienten einen größeren Verhandlungsspielraum zu erreichen.

Zu Art.55 (§ 52 Abs.1):

Nach dem Grundsatzgesetz des Bundes (§ 29 Abs. 1) soll nunmehr die Aufnahme von mittellosen Personen ohne Wohnsitz in Österreich auf die Fälle der Unabweisbarkeit beschränkt werden.

Zu Art.I Z 56 bis Z 59 (§ 52 Abs.2 Z 4, 52 Abs.2 Z 6 und § 52 Abs. 3):

Das Erfordernis der Ergänzung der Z 4 des § 52 Abs.2 ergibt sich im Hinblick auf das in Anhang VI zu Art.29 des EWR-Abkommens enthaltene einschlägige EG-Recht. Angesichts des im Art.4 des EWR-Abkommens enthaltenen Diskriminierungsverbotes sind Staatsangehörige von Vertragsparteien des EWR-Abkommens ausdrücklich vom persönlichen Geltungsbereich des § 52 Abs.2 NÖ

KAG auszunehmen. Die in Z 4 (neue Fassung) angeführten in den EWR-Abkommen übernommenen Verordnungen (EWG) Nr.1408/71 und Nr.574/72 des Rates der Europäischen Gemeinschaften erfassen nämlich nicht die Gesamtheit aller EG- und EFTA-Bürger (nicht einbezogen ist vor allem die Gruppe der nicht mitversicherten Nicht-Erwerbstätigen). Aus diesem Grund ist es im Sinne des Gebots der Inländergleichbehandlung erforderlich, die EWR-Bürger explicit vom Anwendungsbereich einer fremde Staats angehörige betreffenden Regelung auszunehmen. Daher kann der bisherige Hinweis im § 52 Abs. 3 entfallen.

Zu Art.I Z 60 (§ 54 a):

In Umsetzung einer Novelle des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes wurde der Selbstbehalt für Patienten von 20 % auf 10 % herabgesetzt.

Zu Art.I Z 61 und Z 62 (§ 61 Abs.2):

Die Aufgaben des NÖKAS werden durch verschiedene Vorkehrungen erweitert. Es soll sowohl die Beteiligung an Rechtssubjekten, die Krankenanstalten betreiben, möglich werden, als auch die Rechtsträgerschaft durch den NÖKAS alleine.

Durch die Erarbeitung von Richtlinien durch den NÖKAS wird eine Vereinheitlichung und auch klarere Beurteilung von Gemeinde- und Gemeindeverbandskrankenanstalten erreicht.

Zu Art.I Z 63 und 64 (§ 63):

Im Zuge der Rechnungshofüberprüfung hat sich auch die Frage nach der Auflösung oder einer Umstrukturierung des NÖKAS, da er als Gemeindeverband eine eigene Rechtspersönlichkeit besitzt, gestellt. Da der NÖKAS-Ausschuß jedoch beschlossen hat, die NÖKAS-Verwaltung weiterhin von der Abteilung VII/3 des Amtes der NÖ Landesregierung besorgen zu lassen, mußte zur Klar

stellung ein dementsprechender Hinweis in den § 63 aufgenommen werden.

Zu Art. I Z 65 - 67 (§ 66):

Die monatliche anstelle des vierteljährlichen Bezahlung des NÖKAS-Beitrages für den Ausbau und den Betriebsabgang der öffentlichen Krankenanstalten entspricht laut Mitteilung des Gemeindereferates einem Wunsch der nichtspitalerhaltenden Gemeinden. Da bisher eine gesetzliche Grundlage für die Bezahlung (Einbehaltung) der NÖKAS-Umlage fehlte, wurde die dzt. geübte Praxis ins Gesetz übernommen. Die Finanzkraft der Gemeinden kann infolge Wegfalls der Landesumlage nun nicht mehr auf diese Bezugsgröße gestützt werden. Daher ist entsprechend einem Landtagsbeschluß vom 14. April 1994 der Begriff "Finanzkraft der Gemeinde" neu zu definieren.

Zu Art. I Z 68 (§ 73a):

Mit dieser Regelung ist beabsichtigt, die in 6 Bundesländern (ausgenommen nur mehr Oberösterreich und Wien als Sonderkonstruktion) schon vollzogene Ausgliederung der öffentlichen Krankenanstalten aus der Verwaltung der Gebietskörperschaften und deren Führung in Form einer Gesellschaft des Privatrechts oder als öffentlich-rechtliche Körperschaft zu ermöglichen, wobei wegen des geringeren Haftungsrisikos einer Ges.m.b.H. der Vorzug zu geben sein wird. Da sich die in den anderen Bundesländern bestehenden landesweiten Krankenhausgesellschaften jedoch teilweise nicht bewährt haben, ist in Niederösterreich eher an eine dezentrale Lösung gedacht. Die geplante Lösung soll jedoch grundsätzlich alle Rechtskonstruktionen zulassen, um den politischen Entscheidungsträgern die Wahl der ihnen am günstigsten erscheinenden Variante zu ermöglichen. Ferner ist klarzustellen, daß auch bei diesen Betriebsformen die maßgeblichen Bestimmungen über die Tragung des Errichtungs- bzw. Erweiterungsaufwandes sowie des Betriebs-

abganges für die an der Gesellschaft beteiligten Spitalsgemeinden aufrecht bleiben. Wenngleich schon bisherige Regelungen im NÖ KAG 1974 (§§ 31, 32 und 70 bis 72) die Trägerschaft von öffentlichen Krankenanstalten durch Ges.m.b.H., Stiftungen, Fonds etc. zuließen, soll durch die nunmehr erfolgte Regelung eine eindeutige gesetzliche Basis für die Führung von Ö Krankenanstalten in Privatrechtsform geschaffen werden.

Zu Art. I Z 69 (§ 73b):

Es handelt sich um die Richtigstellung eines Verweises.

Zu Art. I Z 70 (§ 77 d):

Hier wurde in Ausführung zur KAG-Novelle (§ 38 d) auf Grund der umfangreichen Änderungen in der Krankengeschichte der entsprechende § 21 als solcher zitiert; diese Regelung gilt sinngemäß für die Dokumentation und Aufbewahrung der Aufzeichnungen nach dem Unterbringungsgesetz.

Zu Art. I Z 71 (§ 90 Z 10 lit.a):

Zu dieser auszuführenden Regelung führt die KAG-Novelle im Motivenbericht folgendes aus:

Im Zuge der Anpassung des Österreichischen Bundesrechts an die im EWR-Abkommen übernommenen EG-rechtlichen Bestimmungen ergibt sich die Notwendigkeit, die Verweisung des § 28 Abs. 4 Z 3 erster Halbsatz KAG (entspricht dem § 52 Abs. 2 Z 4 des vorliegenden Gesetzesentwurfes) um einen Hinweis auf einschlägige EG-Normierungen zu ergänzen. Dabei handelt es sich um die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates "zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern", und die entsprechende Durchführungs-Verordnung (EWG) Nr. 574/72. In Anhang VI nach Art. 29

EWR-Abkommen enthalten, schaffen sie - gemäß der Vorgabe des Art.51 EWGV - ein harmonisierendes System zwischen grundsätzlich selbständig bleibenden, nationalen Versicherungssystemen.

Bei den betreffenden EG-Rechtsetzungsakten handelt es sich um "Verordnungen"; sie werden daher unmittelbar - ohne Umsetzung durch den nationalen Gesetzgeber - als solche in innerstaatliches Recht übernommen (vgl. Art.7 lit.a EWR-Abkommen).

Das durch die beiden Verordnungen geschaffene Koordinierungssystem ersetzt im Rahmen seines persönlichen und sachlichen Geltungsbereiches die von Österreich mit EG- und EFTA-Staaten bisher geschlossenen bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit.

Der persönliche Geltungsbereich umfaßt EWR-Staatsangehörige, die Arbeitnehmer, Selbständige oder Hinterbliebene eines Arbeitnehmers oder Selbständigen sind; ohne Rücksicht auf die Staatsangehörigkeit Familienangehörige und Hinterbliebene eines EWR-Staatsangehörigen, der Arbeitnehmer oder Selbständiger ist oder war, sowie Staatenlose und Flüchtlinge mit Wohnsitz im Gebiet eines Mitgliedstaates.

Zu Art.II

Mit dieser Übergangsbestimmung sollen die bisher bestehenden Vereinbarungen über die Beteiligung der Ärzte an den Ambulanzgebühren als rechtlich bindend festgelegt werden; es sollen allfällige Rechtsstreitigkeiten aufgrund der bisher bestehenden unklaren Gesetzeslage ausgeschlossen werden.

C

Finanzielle Auswirkungen

Aus den zwingend umzusetzenden Bestimmungen der KAG-Novelle sind folgende Belastungen schon für 1995 zu erwarten:

1. die psychologische und psychotherapeutische Versorgung erfordert an den 27 öffentlichen Krankenanstalten Niederösterreichs zwischen 30 - 40 Dienstposten à S 500.000,-- bis 700.000,-- (je nach Besetzung); dies ergibt zwischen 15 - 28 Mio. S
2. die Einführung der Supervision bei anzunehmenden Kosten zwischen S 50.000,-- bis S 200.000,-- je Krankenhaus 1,3 - 5,4 Mio. S
3. Verwirklichung der Patientenrechte - Wahrung der Intimsphäre (kurzfristige Maßnahme: Vorhänge zwischen den Betten) 5 - 10 Mio. S *)
4. hauptberufliche ärztliche Leiter in den Zentral- und in Schwerpunktkrankenhäusern (dadurch jeweils 1 Primarius mehr) 3 - 5 Mio. S *)
5. Hygieneschwester, teilweise hauptberuflich notwendig (ab ca. 500 Betten), erfordert ungefähr 10 Dienstposten in NÖ 6 - 8 Mio. S

*) Schätzung jeweils mit Lohnnebenkosten

6. Personalbedarfsermittlung (teilweise Beiziehung von externen Fachleuten notwendig)	2 - 5 Mio. S
7. Qualitätssicherung (Beiziehung von Experten notwendig!)	5 - 10 Mio. S
8. Fortbildungsverpflichtung für das gesamte Krankenhauspersonal	1 - 3 Mio. S
9. Entfall von Kostenbeiträgen	1 - 5 Mio. S
<hr/>	
Gesamtsumme	39,9 - 81,4 Mio.S

10. Hinzu kommen nicht ganz abschätzbare Größen wie die Verpflichtung zur Aufnahme von Begleitpersonen, die Auswirkungen aus den Aktivitäten der diversen Kommissionen, die Umstellung des Krankenhausbetriebes auf den Lebensrhythmus des Patienten, die Inanspruchnahme von NÖ Krankenanstalten durch EWR/EU-Bürger etc., die mit 5 - 10 Mio. Schilling zu veranschlagen sind, sodaß auf jeden Fall auch bei sparsamster Budgetierung mit Mehrkosten von 50 Mio. Schilling zu rechnen ist.

Langfristige finanzielle Belange sind darüberhinaus von folgenden Änderungen der auszuführenden KAG-Novelle zu erwarten: Wahrung der Intimsphäre (bauliche Maßnahmen durch längere bzw. weitere Patientenzimmer bei Neubauten), kindergerechte Ausstattung (bauliche Maßnahmen), Personalbedarfsplanung, psychologische und psychotherapeutische Versorgung (weiterer Ausbau), Patientenvertretungen (weiterer Ausbau), verstärkte Aufnahme von Begleitpersonen (bauliche Maßnahmen) etc.

Außer den im Detail nicht abschätzbaren Investitionskosten für die baulichen Maßnahmen bei Krankenhausneu-, -zu- und -umbauten müssen die dadurch verursachten Betriebskosten in der Höhe von ca. 1/3 der Errichtungskosten veranschlagt werden und die erwähnten zusätzlichen Personalkosten. Beide kostentreibende Faktoren sind jedoch dzt. noch nicht quantifizierbar.

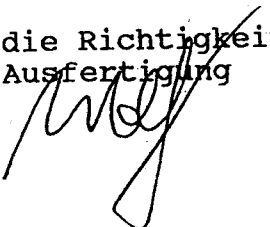
Diesen Belastungen sind jedoch die aus der NÖ KAG-Novelle 1994 resultierenden möglichen Einnahmensteigerungen gegenüberzustellen (unsichere Prognose): Kostenersatz aus klinischen Arzneimittelprüfungen 1 - 10 Mio. Schilling, mögliche Einsparungen aus der Tätigkeit des Hygieneteams oder der Qualitätssicherung, der Ausgliederung der Krankenanstaltenbetriebsführung etc.

Da die Größenordnung dieser Zusatzeinnahmen vor allem vom Ergebnis des Begutachtungsverfahrens und der daraufhin notwendigen politischen Meinungsbildung im Landtag abhängt, kann hier nur eine vage Annahme erfolgen, die zwischen 10 - 100 Mio. Schilling schwankt. Selbst wenn also nur ein Teil der erhofften Mehreinnahmen hereinkommen sollte, würden die 1995 erwachsenden Mehrbelastungen aufgefangen werden können, sodaß die kurzfristige Umsetzung der KAG-Novelle bzw. die zusätzlichen Änderungen in der NÖ KAG-Novelle 1994 für das Land Niederösterreich kostenneutral verlaufen werden.

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 des NÖ Krankenanstaltengesetzes der verfassungsmäßigen Behandlung unterziehen und einen entsprechenden Gesetzesbeschluß fassen.

Für die Richtigkeit
der Ausfertigung



NÖ Landesregierung
W a g n e r
Landesrat