

122. Gesetz vom 4. Oktober 2012, mit dem das Tiroler Krankenanstaltengesetz geändert wird

122. Gesetz vom 4. Oktober 2012, mit dem das Tiroler Krankenanstaltengesetz geändert wird

Der Landtag hat beschlossen:

Artikel I Änderung des Tiroler Krankenanstaltengesetzes

Das Tiroler Krankenanstaltengesetz, LGBl. Nr. 5/1958, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBl. Nr. 32/2011, wird wie folgt geändert:

1. Im Abs. 1 des § 2a wird in der lit. a die Wortfolge „Standardkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für“ durch die Wortfolge „Standardkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs. 5 mit Abteilungen zumindest für“ ersetzt.

2. Im Abs. 1 des § 2a wird in der lit. b die Wortfolge „Schwerpunktkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für“ durch die Wortfolge „Schwerpunktkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs. 5 mit Abteilungen zumindest für“ ersetzt.

3. Der Abs. 2 des § 2a hat zu lauten:

„(2) Krankenanstalten, die neben den Aufgaben nach § 1 ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, sind Zentralkrankenanstalten im Sinn des Abs. 1 lit. c.“

4. Im Abs. 3 des § 2a hat der erste Satz zu lauten:

„Die im Abs. 1 genannten Voraussetzungen gelten auch als erfüllt, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten zwar örtlich getrennt untergebracht, aber funktionell-organisatorisch verbunden sind.“

5. Der Abs. 5 des § 2a hat zu lauten:

„(5) Mit Bewilligung der Landesregierung kann für Krankenanstalten nach Abs. 1 lit. a und b und nach Maßgabe des § 2b die Einrichtung folgender reduzierter Organisationsformen vorgesehen werden:

1. Departements

a) für Unfallchirurgie in Form von Satellitendepartements (§ 2b Abs. 2 Z. 1),

b) für Akutgeriatrie/Remobilisation im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin oder Abteilungen für Neurologie,

c) für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie,

d) für Psychosomatik für Erwachsene vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Psychiatrie oder für Innere Medizin und

e) für Kinder- und Jugendpsychosomatik vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

2. Fachschwerpunkte für die medizinischen Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie Urologie,

3. dislozierte Wochenkliniken für jedes Sonderfach sowie

4. dislozierte Tageskliniken für jedes Sonderfach.

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

6. Der Abs. 6 des § 2a wird aufgehoben.

7. Nach § 2a werden folgende Bestimmungen als §§ 2b und 2c eingefügt:

„§ 2b

Fachrichtungsbezogene Organisationsformen

(1) Abteilungen sind bettenführende Einrichtungen, die zeitlich uneingeschränkt zu betreiben sind und die im Rahmen der Abdeckung des fachrichtungsbezoge-

nen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung in ihrem Einzugsbereich nach Maßgabe des § 12 Abs. 1 die jederzeitige Verfügbarkeit fachärztlicher Akutversorgung anstaltsbedürftiger Personen im jeweiligen Sonderfach sicherzustellen haben.

(2) Neben Abteilungen bzw. an Stelle von Abteilungen können nach Maßgabe des § 2a Abs. 5 folgende fachrichtungsbezogene Organisationsformen als Organisationseinheiten vorgehalten werden:

1. Departements als bettenführende Einrichtungen mit eingeschränktem Leistungsangebot im Sinn der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit für Unfallchirurgie (Satellitendepartement) oder Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie mit jeweils 15 bis 24 Betten, für Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 20 Betten sowie für Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens zwölf Betten. Departements müssen mit Ausnahme von Satellitendepartements für Unfallchirurgie nach Maßgabe des § 12 Abs. 1 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 2a Abs. 5 Z. 1 eingerichtet werden. Satellitendepartements für Unfallchirurgie sind organisatorisch Teil jener Krankenanstalt, in der sie betrieben werden. Die ärztliche Versorgung der Satellitendepartements ist von einer Abteilung für Unfallchirurgie einer anderen Krankenanstalt oder – im Fall einer Krankenanstalt mit mehreren Standorten – von einer Abteilung für Unfallchirurgie an einem anderen Krankenanstaltenstandort sicherzustellen.

2. Fachschwerpunkte als bettenführende Einrichtungen mit acht bis vierzehn Betten und mit auf elektive Eingriffe eingeschränktem Leistungsangebot im Sinn der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit für die medizinischen Sonderfächer nach § 2a Abs. 5 Z. 2. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Betriebszeiten aufweisen, wenn außerhalb dieser Betriebszeiten eine Rufbereitschaft sichergestellt ist. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden sein. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten nach § 2a Abs. 1 lit. a in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten nach § 2a Abs. 1 lit. b auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen.

3. Dislozierte Wochenkliniken als bettenführende Einrichtungen, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie dienen zur Durchführung von Behandlungen mit kurzer Verweildauer, wobei das Leistungsangebot auf Basisversorgungsleistungen im Sinn der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit eingeschränkt ist. Die Einrichtung dislozierter Wochenkliniken ist nur in Standardkrankenanstalten nach § 2a Abs. 1 lit. a und in Schwerpunktkrankenanstalten nach § 2a Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten zulässig. Dislozierte Wochenkliniken müssen, sofern die Anstaltsordnung keine abweichenden Regelungen für Feiertage im Sinn des § 10 Abs. 1 lit. f enthält, jedenfalls von Montag früh bis Freitag abends zeitlich uneingeschränkt betrieben werden. Im Bedarfsfall ist durch die Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.

4. Dislozierte Tageskliniken als bettenführende Einrichtungen an Standorten von Krankenanstalten ohne vollstationäre bettenführende Einrichtung (Abteilung, Departement oder Fachschwerpunkt) desselben Sonderfaches mit einem auf tagesklinisch elektiv erbringbare konservative und operative Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinn der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit. Dislozierte Tageskliniken können in der betreffenden Krankenanstalt entweder eigenständig geführt und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden werden oder auch als bettenführende Einrichtungen eingerichtet werden, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie weisen eingeschränkte Betriebszeiten auf. Außerhalb der Betriebszeit ist jedenfalls die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sicherzustellen. Dislozierte Tageskliniken können in Standardkrankenanstalten nach § 2a Abs. 1 lit. a und in Schwerpunktkrankenanstalten nach § 2a Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen eingerichtet werden.

§ 2c

Referenzzentren

Als Referenzzentren werden spezialisierte Strukturen im Rahmen der bettenführenden Organisations-

strukturen bezeichnet, die grundsätzlich in Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalten zur Bündelung der Erbringung komplexer Leistungen für folgende Bereiche eingerichtet werden können:

1. Herzchirurgie, Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie, Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie, Onkologische Versorgung, Stammzelltransplantation, Nuklearmedizinische stationäre Therapie und Nephrologie für Erwachsene einschließlich Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, sowie

2. Herzchirurgie, Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie, Onkologische Versorgung und Stammzelltransplantation für Kinder, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.“

8. Im § 9a erhält der bisherige Wortlaut die Absatzbezeichnung „(1)“ und wird folgende Bestimmung als Abs. 2 angefügt:

„(2) Die Träger der öffentlichen sowie der privaten gemeinnützigen Krankenanstalten haben dafür Sorge zu tragen, dass für die in Betracht kommenden Organisationseinheiten ein transparentes Wartelistenregime in anonymisierter Form für elektive Operationen sowie für Fälle invasiver Diagnostik zumindest für die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie eingerichtet wird, sofern jeweils Wartezeiten von regelmäßig mehr als vier Wochen bestehen. Im Rahmen des transparenten Wartelistenregimes ist eine Reihung der Patienten vorzunehmen. Kriterien für die Reihung stellen dabei insbesondere die Art der Indikationsstellung für den Eingriff sowie die Dringlichkeit der Durchführung nach medizinischen Priorisierungskriterien dar. Die Gesamtzahl der vorgemerkten Patienten je Organisationseinheit sowie die davon auf die Sonderklasse entfallenden Patienten sind ebenfalls ersichtlich zu machen. Der für einen Eingriff vorgemerkte Patient ist auf Verlangen über die voraussichtliche Wartezeit zu informieren. Dabei ist nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten tunlichst eine Information auf elektronischem Weg zu ermöglichen.“

9. Der Abs. 6 des § 9b hat zu lauten:

„(6) Die Träger der Krankenanstalten haben an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen und die dafür nach § 6 des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen, BGBl. I Nr. 179/2004, erforderlichen nicht personenbezogenen Daten dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister sowie der Landesregierung zur Verfügung zu stellen, soweit diese nicht ohnehin aufgrund anderer Dokumentationsverpflichtungen zu melden sind.“

10. Die Abs. 1 und 2 des § 10 haben zu lauten:

„(1) Der Träger der Krankenanstalt hat deren inneren Betrieb durch eine Anstaltsordnung zu regeln. Diese hat insbesondere Bestimmungen zu enthalten über:

a) den Träger und die Art (§ 1 Abs. 3) der Krankenanstalt;

b) die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allgemeinen Krankenanstalten und bei Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in Abteilungen sowie in allfällige andere fachrichtungsbezogene Organisationsformen für Akutkranke und allfällige zusätzliche Einrichtungen für Langzeitbehandlung oder innerhalb von Abteilungen in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranker und für Langzeitbehandlung;

c) die Organisation der Krankenanstalt, bei bettenführenden Krankenanstalten insbesondere auch nähere Bestimmungen über die kollegiale Führung (§ 10a);

d) die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur einmalig über Tag (Tagesklinik) oder über Nacht (Nachtklinik) oder längerfristig im halbstationären Bereich, wo sie nur über Tag oder nur über Nacht verweilen, oder in sonstigen Betriebsformen nach Abs. 7 aufgenommen werden;

e) Regelungen betreffend die Leitung der in § 2b genannten fachrichtungsbezogenen Organisationsformen sowie der in Abs. 7 genannten Betriebsformen;

f) Regelungen über den Betrieb von dislozierten Wochenkliniken an Feiertagen;

g) die Dienstpflichten aller in der Krankenanstalt beschäftigten Personen, insbesondere auch einen Hinweis auf die Verschwiegenheitspflicht und die Ahndung ihrer Verletzung, sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;

h) den für die Aufnahme in die Krankenanstalt in Betracht kommenden Personenkreis und die Bedingungen der Aufnahme und der Entlassung der Pflinglinge;

i) das von den Pflinglingen, den Besuchern und den sich zur Ausbildung in der Krankenanstalt befindlichen Personen zu beobachtende Verhalten;

j) die Festlegung jener Räume, in denen das Rauchen gestattet ist;

k) die Behandlung der Beschwerden von Pflinglingen, deren Angehörigen oder deren Vertrauenspersonen;

l) Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten nach § 2b oder in dislozierten Betriebsformen nach Abs. 7.

(2) Die einzelnen Organisationseinheiten und Pflegegruppen sind hinsichtlich ihrer Bettenzahl unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin in einer überschaubaren Größe zu halten, sofern nicht ohnehin eine Beschränkung der Bettenzahl nach § 2b Abs. 2 besteht. Stehen Betten für Pfleglinge verschiedener Organisationseinheiten im Sinn einer interdisziplinären Belegung zur Verfügung, so ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Pfleglinge jederzeit zweifelsfrei einer bestimmten fachrichtungsspezifischen Organisationseinheit zugeordnet werden können.“

11. Im Abs. 5 des § 10 haben die lit. b und c zu lauten:

„b) die Teile der Anstaltsordnung nach Abs. 1 lit. a, b, d, h, i, j und k den Pfleglingen in geeigneter Weise zugänglich zu machen;

c) jenen Teil der Anstaltsordnung, der das Verhalten der Pfleglinge und Besucher regelt (Abs. 1 lit. i), an geeigneter, leicht zugänglicher Stelle auszuhängen.“

12. Im § 10 wird nach Abs. 6 folgende Bestimmung als Abs. 7 angefügt:

„(7) Neben einem auf eine Fachrichtung beschränkten, zeitlich uneingeschränkten Betrieb sind folgende Betriebsformen in Krankenanstalten zulässig:

1. Interdisziplinär geführte Bereiche zur Behandlung von Pfleglingen verschiedener Fachrichtungen, die in der Krankenanstalt in einer der fachrichtungsbezogenen Organisationsformen nach § 2b vorgehalten werden. Es ist sicherzustellen, dass die Pfleglinge jederzeit zweifelsfrei einer bestimmten Fachrichtung zugeordnet werden können.

2. Wochenklinisch geführte Bettenbereiche für stationäre Behandlungen von Fällen, in denen die Entlassung innerhalb der bewilligten Betriebszeit zu erwarten ist. Wochenkliniken können auf die jeweilige Fachrichtung beschränkt oder interdisziplinär im Sinn der Z. 1 betrieben werden.

3. Tagesklinisch geführte Bettenbereiche zur tagesklinischen Behandlung (Aufnahme und Entlassung am selben Tag). Das Leistungsspektrum ist auf tagesklinisch erbringbare konservative und elektive operative Leistungen beschränkt. Tageskliniken können auf die jeweilige Fachrichtung beschränkt oder interdisziplinär im Sinn der Z. 1 betrieben werden.

4. Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten als Einrichtungen mit uneingeschränkter Betriebszeit, die aus einer Erstversorgungsambulanz und einem Aufnahmebereich mit bewilligungspflichtigen (systemisierten) Betten zur stationären Beobachtung von Pfleglingen für längstens 24 Stunden bestehen. Das zulässige Leistungsspektrum umfasst die Durchführung

ambulanter Erstversorgung von Akut- und Notfällen inklusive basaler Unfallversorgung sowie Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung sonstiger ungeplanter Zugänge samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Fachstruktur innerhalb oder außerhalb der jeweiligen erstversorgenden Krankenanstalt im stationären oder ambulanten Bereich, die kurze stationäre Behandlung oder Beobachtung bis zu 24 Stunden sowie die organisatorische Übernahme ungeplanter stationärer Aufnahmen außerhalb der Routine-Betriebszeiten (Nachtaufnahmen) mit Verlegung auf geeignete Normalpflegebereiche bei Beginn der Routinesdienste (Tagdienst). Eine dislozierte Führung dieser Einrichtungen ist nur in begründeten Ausnahmefällen, etwa zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen oder zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig.

5. Ambulante Erstversorgungseinheiten als interdisziplinäre Struktur zur Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und erforderlichenfalls Weiterleitung der Pfleglinge in die erforderliche ambulante oder stationäre Versorgungsstruktur. Ambulante Erstversorgungseinheiten können über eine angemessene Zahl von nicht bewilligungspflichtigen Betten (Funktionsbetten) verfügen, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist. Disloziert geführte ambulante Erstversorgungseinheiten sind zeitlich uneingeschränkt zu betreiben. Ambulante Erstversorgungseinheiten, die örtlich in einer Krankenanstalt oder in unmittelbarer Nähe einer Krankenanstalt betrieben werden, können den Betrieb für maximal acht Stunden, die tageszeitlich in der Anstaltsordnung festzulegen sind, einstellen, wenn die Erfüllung ihrer Aufgaben durch die Krankenanstalt in anderer Form sichergestellt ist. Im Übrigen sind Z. 4 und § 38 sinngemäß anzuwenden.“

13. Im Abs. 2 des § 11 wird folgender Satz angefügt:

„In Abteilungen von Krankenanstalten, in deren Rahmen Departements geführt werden, kommt die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben für das Departement nicht dem mit der Führung der Abteilung betrauten Arzt, sondern dem Leiter des Departements zu.“

14. § 11a hat zu lauten:

„§ 11a

(1) Die organisatorische Gliederung von Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten des allge-

meinen öffentlichen Landeskrankenhauses Innsbruck, die als Universitätskliniken oder als Klinische Institute in Klinische Abteilungen gegliedert sind, ist vom Träger des allgemeinen öffentlichen Landeskrankenhauses Innsbruck mit der Medizinischen Universität Innsbruck abzustimmen. Der Organisationsplan für den Klinischen Bereich bedarf der Genehmigung der Landesregierung (§ 5).

(2) Kann im Hinblick auf die organisatorische Gliederung des Klinischen Bereiches oder deren Änderung kein Einvernehmen zwischen der Medizinischen Universität Innsbruck und dem Träger des allgemeinen öffentlichen Landeskrankenhauses Innsbruck herbeigeführt werden, so kann der Träger des allgemeinen öffentlichen Landeskrankenhauses Innsbruck Organisationseinheiten außerhalb des Klinischen Bereiches der Medizinischen Universität Innsbruck (bettenführend bzw. nicht bettenführend) einrichten, wenn dies erforderlich ist, um die öffentliche Anstaltspflege sicherzustellen.

(3) In Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten des allgemeinen öffentlichen Landeskrankenhauses Innsbruck, die als Universitätskliniken oder als Klinische Institute in Klinische Abteilungen gegliedert sind, kommt die Verantwortung für die zu erfüllenden ärztlichen Aufgaben nicht dem nach § 11 Abs. 2 mit der Führung der Abteilung bzw. sonstigen Organisationseinheit betrauten Arzt, sondern dem Leiter der Klinischen Abteilung zu.

(4) In gemeinsamen Einrichtungen von Kliniken und Instituten an der Medizinischen Universität Innsbruck, zu deren Aufgaben auch die Erbringung ärztlicher Leistungen gehört, kommt die Verantwortung für diese ärztlichen Aufgaben dem Leiter der gemeinsamen Einrichtung zu.“

15. Im Abs. 1 des § 12 hat die lit. c zu lauten:

„c) in Schwerpunktkrankenanstalten jedenfalls in den Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie, Psychiatrie und Unfallchirurgie ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in der Anstalt dauernd anwesend ist; im Übrigen kann im Nachtdienst sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von der ständigen Anwesenheit von Fachärzten in den weiteren bettenführenden Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten abgesehen werden, wenn stattdessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist;“

16. Im Abs. 1 des § 12 erhalten die bisherigen lit. f und g die Buchstabenbezeichnungen „h)“ und „i)“ und

werden nach lit. e folgende Bestimmungen als neue lit. f und g eingefügt:

„f) in dislozierten Wochenkliniken die Bestimmungen zur Rufbereitschaft nach lit. c und d sinngemäß anzuwenden sind, wobei außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden kann, wenn im Bedarfsfall die Weiterbetreuung der Pflinglinge durch die Mutterabteilung sichergestellt ist;

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

17. Der Abs. 1 des § 12a hat zu lauten:

„(1) Zur Beurteilung der klinischen Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, der Anwendung neuer medizinischer Methoden und nicht-interventioneller Studien (biomedizinische Forschungsvorhaben) sowie angewandter medizinischer Forschung, der Durchführung von Pflegeforschungsprojekten (experimentellen oder Pflegeinterventionsstudien) sowie der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden in Krankenanstalten in Tirol hat der Träger des allgemeinen öffentlichen Landeskrankenhauses (Universitätskliniken) Innsbruck an dieser Anstalt eine Ethikkommission einzurichten. Er hat durch Bereitstellung der erforderlichen Personal- und Sachausstattung der Ethikkommission zu ermöglichen, ihre Tätigkeit fristgerecht durchzuführen.“

18. Der Abs. 7 des § 12a hat zu lauten:

„(7) Die Ethikkommission hat sich in einem ausgewogenen Verhältnis aus Frauen und Männern zusammenzusetzen. Sie hat mindestens zu bestehen aus:

a) einem Arzt, der im Inland zur selbstständigen Berufsausübung berechtigt und weder ärztlicher Leiter der betreffenden Krankenanstalt noch Prüfer bzw. Klinischer Prüfer ist,

b) einem Facharzt, der nicht Prüfer ist und in dessen Sonderfach das jeweilige biomedizinische Forschungsvorhaben oder das angewandte medizinische Forschungsprojekt fällt, oder gegebenenfalls einem Zahnarzt oder einem sonstigen entsprechenden Angehörigen eines Gesundheitsberufes, der nicht Prüfer ist,

c) einem Vertreter des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege,

d) einem Juristen mit Erfahrung auf den Gebieten des Strafrechts und des Schadenersatzrechts,

e) einem Pharmazeuten mit wissenschaftlicher Erfahrung,

f) einer Person, die über biometrische Expertise verfügt,

g) einem Bediensteten der Tiroler Patientenvertretung,

h) einem Vertreter einer repräsentativen Behindertenorganisation,

i) einem Vertreter der Senioren, welcher einer Seniorenorganisation, deren Einrichtung dem Bundes-Seniorenrechtsgesetz, BGBl. I Nr. 84/1998, entspricht, anzugehört hat,

j) einem Vertreter der organisierten chronisch Kranken und

k) einer weiteren, nicht unter die lit. a bis j fallenden Person, die mit der Wahrnehmung seelsorglicher Angelegenheiten in einer Krankenanstalt betraut ist oder die sonst über die entsprechende ethische Kompetenz verfügt.

Für jedes Mitglied ist ein in gleicher Weise qualifizierter Vertreter zu bestellen.“

19. Der Abs. 16 des § 12a hat zu lauten:

„(16) Der Sponsor bzw. der sonst zur Befassung der Ethikkommission Berechtigte oder Verpflichtete hat für die Beurteilung eines Vorhabens nach Abs. 1 durch die Ethikkommission einen angemessenen Beitrag zu deren Verwaltungsaufwand an den Träger des allgemeinen öffentlichen Landeskrankenhauses (Universitätskliniken) Innsbruck zu leisten.“

20. § 12b hat zu lauten:

„§ 12b

Kinder- und Opferschutzgruppen, Gewaltschutzgruppen

(1) In allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde sind Kinderschutzgruppen einzurichten. Sofern dies der besseren Erfüllung der Aufgaben nach Abs. 2 dient, können auch für mehrere derartige Krankenanstalten gemeinsam Kinderschutzgruppen eingerichtet werden.

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

(3) Der Kinderschutzgruppe haben jedenfalls anzugehören:

a) ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder ein Facharzt für Kinderchirurgie,

b) ein Vertreter des Krankenpflegedienstes,

c) eine Person, die zur psychologischen oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig ist.

Die Kinderschutzgruppe kann im Einzelfall beschließen, einen Vertreter des zuständigen Jugendwohlfahrtsträgers beizuziehen.

(4) In allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten sind Opferschutzgruppen für volljährige Betroffene häuslicher Gewalt einzurichten. Sofern dies der besseren Erfüllung der Aufgaben nach Abs. 5 dient, können auch für mehrere derartige Krankenanstalten gemeinsam Opferschutzgruppen eingerichtet werden.

(5) Der Opferschutzgruppe obliegt die Früherkennung von häuslicher Gewalt und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für häusliche Gewalt an volljährig Betroffenen.

(6) Der Opferschutzgruppe haben jedenfalls anzugehören:

a) ein Facharzt für Unfallchirurgie sowie ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,

b) ein Vertreter des Krankenpflegedienstes,

c) eine Person, die zur psychologischen oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig ist.

(7) Anstelle einer Kinderschutzgruppe und einer Opferschutzgruppe kann in einer Krankenanstalt auch eine Gewaltschutzgruppe eingerichtet werden. Diese nimmt die Aufgaben sowohl nach Abs. 2 als auch nach Abs. 5 in der jeweiligen personellen Zusammensetzung nach Abs. 3 oder nach Abs. 6 wahr. Sofern dies der besseren Erfüllung der Aufgaben nach Abs. 2 und nach Abs. 5 dient, können auch für mehrere Krankenanstalten gemeinsam Gewaltschutzgruppen eingerichtet werden.“

21. Im Abs. 1 des § 15 wird in der lit. e der letzte Satz aufgehoben.

22. § 22 hat zu lauten:

„§ 22

Begriff

Öffentliche Krankenanstalten sind Krankenanstalten der im § 1 Abs. 3 lit. a, b und c bezeichneten Arten, denen das Öffentlichkeitsrecht verliehen wurde.“

23. Im Abs. 4 des § 31b hat die lit. c zu lauten:

„c) bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das im Fall einer entgeltlichen Beschaffung ökonomisch günstigste gewählt und, wenn medizinisch vertretbar, der vom Hauptver-

band der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex und die darin enthaltenen Richtlinien für die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden;“

24. Im § 31b wird nach Abs. 6a folgende Bestimmung als Abs. 6b eingefügt:

„(6b) Die Mitglieder der Arzneimittelkommission haben allfällige Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie oder Medizinprodukteindustrie gegenüber dem Träger der Krankenanstalt offenzulegen. Sie haben sich ihrer Tätigkeit in der Arzneimittelkommission – unbeschadet weiterer allfälliger Befangenheitsgründe – in allen Angelegenheiten zu enthalten, in denen eine Beziehung zur pharmazeutischen Industrie oder Medizinprodukteindustrie geeignet ist, ihre volle Unbefangenheit in Zweifel zu ziehen.“

25. Im § 33 wird nach Abs. 5 folgende Bestimmung als Abs. 6 eingefügt:

„(6) Im Fall der Behandlung eines Pflégling in fachrichtungsbezogenen Organisationsformen (§ 2b) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 10 Abs. 7) ist der Pflégling jener Krankenanstalt zuzurechnen, in der er sich befindet.“

26. Der Abs. 5 des § 35 hat zu lauten:

„(5) Kann der Pflégling nicht sich selbst überlassen werden, ist der Träger der Sozialhilfe rechtzeitig von der Entlassung zu verständigen, wenn nicht die Übernahme des Pflégling durch Angehörige oder sonst ihm nahestehende Personen bereits feststeht.“

27. Im § 38 wird nach Abs. 4 folgende Bestimmung als Abs. 5 angefügt:

„(5) Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der Krankenanstalt dürfen in Ausnahmefällen durchgeführt werden, soweit dies im öffentlichen Interesse liegt und insbesondere zur Sicherstellung der Betreuungskontinuität erforderlich ist. Die beabsichtigte Durchführung derartiger Untersuchungen und Behandlungen ist der Landesregierung schriftlich anzuzeigen. Mit der Durchführung der angezeigten Untersuchungen und Behandlungen kann begonnen werden, soweit dies von der Landesregierung nicht binnen sechs Wochen nach dem Einlangen der Anzeige untersagt wird. Die Landesregierung hat die Durchführung von Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der Krankenanstalt mit Bescheid zu untersagen, soweit die Voraussetzungen hierfür nicht vorliegen.“

28. Der Abs. 1 des § 48 hat zu lauten:

„(1) Die Träger der Fondskrankenanstalten haben Vorkehrungen dafür zu treffen, dass der gesamte Da-

tenaustausch zwischen Krankenanstalten und Sozialversicherungsträgern für den stationären und ambulanten Bereich elektronisch nach den bundesweit einheitlichen Datensatzaufbauten und Codeverzeichnissen erfolgen kann. Die Träger der Fondskrankenanstalten haben weiters dafür Sorge zu tragen, dass die e-card und die e-card-Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit verwendet und im Zweifelsfall die Identität des Patienten und die rechtmäßige Verwendung der e-card überprüft werden.“

29. Der Abs. 3 des § 54b hat zu lauten:

„(3) Geschlossene Bereiche dienen der Anhaltung von psychisch Kranken, auf die das Unterbringungsgesetz, BGBl. Nr. 155/1990, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl. I Nr. 18/2010, anzuwenden ist. Geschlossene Bereiche von Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie dienen auch der Anhaltung von Personen, deren Anhaltung oder vorläufige Anhaltung nach § 21 Abs. 1 StGB, § 71 Abs. 3 und § 167a StVG oder § 429 Abs. 4 StPO in einer Krankenanstalt oder Abteilung für Psychiatrie angeordnet wurde, sofern für diese Personengruppen geeignete Organisationseinheiten bestehen, die von den geschlossenen Bereichen für die Unterbringung von Personen nach dem Unterbringungsgesetz getrennt sind.“

30. Der Abs. 1 des § 60 hat zu lauten:

„(1) Die Beziehungen der Sozialversicherungsträger (§ 52 Abs. 1) zu den privaten Krankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der Schriftform und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die im Zweifelsfall vorzunehmende Überprüfung der Identität des Patienten und die rechtmäßige Verwendung der e-card, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles, wie z. B. in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, weiters über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser zu enthalten. Die Träger der privaten Krankenanstalten haben dafür Sorge zu tragen, dass die e-card und die e-card-Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit verwendet werden.“

31. Im Abs. 2 des § 62a wird in der lit. c vor dem Wort „Organisationsformen“ das Wort „fachrichtungsbezogenen“ eingefügt.

32. Im Abs. 2 des § 62a hat die lit. d zu lauten:

„d) die maximalen Bettenzahlen je Fachrichtung bezogen auf die jeweilige Fondskrankenanstalt,“

33. Im § 62a wird nach Abs. 3 folgende Bestimmung als Abs. 4 eingefügt:

„(4) Die Landesregierung hat den auf Landesebene zwischen dem Land und der Sozialversicherung in der Gesundheitsplattform des Tiroler Gesundheitsfonds abgestimmten Regionalen Strukturplan Gesundheit Tirol in der jeweils aktuellen Fassung auf der Internetseite des Landes Tirol zu veröffentlichen.“

34. Nach § 62a wird folgende Bestimmung als § 62b eingefügt:

„§ 62b
Qualitätskriterien

Die Landesregierung kann mit Verordnung nähere Bestimmungen darüber erlassen, welche Qualitätskriterien durch die in Betracht kommenden Krankenanstalten einzuhalten sind. Dabei kann die Landesregierung unter Bedachtnahme auf den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit angemessene Fristen festlegen, innerhalb deren die betroffenen Organisationseinheiten die Qualitätskriterien erfüllen müssen.“

35. Im Abs. 2 des § 64 wird nach der lit. j folgende Bestimmung als lit. k eingefügt:

„k) nach § 38 Abs. 5 anzeigepflichtige Untersuchungen und Behandlungen nicht oder nicht rechtzeitig an-

zeigt oder ohne Anzeige bzw. trotz Untersagung durchführt,“

Artikel II
Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt mit dem Ablauf des Tages der Kundmachung in Kraft, soweit in den Abs. 2, 3 und 4 nichts anderes bestimmt ist.

(2) Art. I Z. 8 tritt vier Monate nach dem Ablauf des Tages der Kundmachung dieses Gesetzes in Kraft.

(3) Opferschutz- bzw. Gewaltschutzgruppen nach Art. I Z. 20 sind innerhalb von vier Monaten nach dem Ablauf des Tages der Kundmachung des Gesetzes einzurichten.

(4) Krankenanstalten, die Untersuchungen und Behandlungen im Sinn des § 38 Abs. 5 in der Fassung des Art. I Z. 27 zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bereits durchführen, sind verpflichtet, dies binnen zwei Monaten ab Inkrafttreten dieses Gesetzes schriftlich der Landesregierung anzuzeigen. Soweit die Durchführung von Untersuchungen und Behandlungen nicht binnen sechs Wochen nach dem Einlangen der Anzeige untersagt wird, darf diese weiterhin erfolgen. Für die Untersagung gilt § 38 Abs. 5 in der Fassung des Art. I Z. 27.

Der Landtagspräsident:
van Staa

Das Mitglied der Landesregierung:
Tilg

Der Landesamtsdirektor:
Liener

Der Landeshauptmann:
Platter

Erscheinungsort Innsbruck Verlagspostamt 6020 Innsbruck	Österreichische Post AG Info.Mail Entgelt bezahlt
DVR 0059463	
<p>Herausgeber: Amt der Tiroler Landesregierung 6010 Innsbruck</p> <p>Das Landesgesetzblatt erscheint nach Bedarf, die Bezugsgebühr beträgt € 60,- jährlich.</p> <p>Verwaltung und Vertrieb: Landeskanzleidirektion, Neues Landhaus, Zi. A 039.</p> <p>Druck: Eigendruck</p>	