

Begutachtungsentwurf

betreffend das Landesgesetz, mit dem das Oö. Krankenanstaltengesetz 1997 und das Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013 geändert werden

A. Allgemeiner Teil

I. Anlass und Inhalt des Gesetzentwurfs

Der Bund hat das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) durch eine Novelle (BGBl. I Nr. 13/2019) sowie durch das 2. Materien-Datenschutz-Anpassungsgesetz 2018, BGBl. I Nr. 37/2018 und durch das Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (SV-OG), BGBl. I Nr. 100/2018, geändert. Diese Bestimmungen sind im Landes-Ausführungsgesetz umzusetzen. Auf Grund des SV-OG ergeben sich auch Anpassungserfordernisse im Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013.

Des Weiteren sind auf Grund des § 4 Abs. 3 und § 5 Abs. 3 des Bundesgesetzes betreffend ergänzende Regelungen im Bereich der sozialen Sicherheit im Verhältnis zur Europäischen Union und anderen Vertragsstaaten (Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz - SV-EG), in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 122/2011, gesetzliche Regelungen im Landes-Ausführungsgesetz zu treffen.

Als wesentliche Punkte dieses Gesetzentwurfs sind anzuführen:

- Anpassung der Regelungen zu den fachrichtungsbezogenen Organisationsformen an den ÖSG 2017;
- Festlegung von Typen und Betriebsformen von Anstaltsambulatorien;
- Verpflichtung von psychiatrischen Krankenanstalten und Abteilungen für Psychiatrie zur Dokumentation im Zusammenhang mit dem Unterbringungsgesetz;

- Umsetzung des bundesweit einheitlich anzuwendenden Bepunktungsmodells für den spitalsambulanten Bereich.

II. Kompetenzgrundlagen

In der Angelegenheit der Heil- und Pflegeanstalten kommt dem Bund die Zuständigkeit der Grundsatzgesetzgebung und den Ländern die Zuständigkeit zur Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung zu (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG).

Das Grundsatzgesetz ist das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG); die vom Land zu erlassenden Ausführungsbestimmungen enthält das Oö. Krankenanstaltengesetz 1997.

Kompetenzgrundlage für die Änderungen im Gesundheitsfonds-Gesetz 2013 ist Art. 15 Abs. 1 B-VG.

III. Finanzielle Auswirkungen auf die Gebietskörperschaften

Durch diese Gesetzesnovelle werden (voraussichtlich) weder dem Land noch den Gemeinden (oder dem Bund) gegenüber der derzeitigen Rechtslage (nennenswerte) Mehrkosten erwachsen.

Sowohl hinsichtlich nosokomialer Infektionen als auch freiheitsbeschränkender Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Unterbringungsgesetz erfolgt bereits derzeit eine entsprechende Dokumentation insbesondere im Hinblick auf mögliche Beschwerdefälle der Patientinnen und Patienten bzw. Betroffenen. Es ist davon auszugehen, dass diese Dokumentationen großteils bereits digital erfolgten. Daher ist auf Grund der Festlegungen in dieser Novelle nur mit geringen zusätzlichen Kosten zu rechnen.

Hinsichtlich der Umsetzung des ambulanten Bepunktungsmodells ist auszuführen, dass bereits seit 1997 die Mittel für Ambulanzleistungen (Ambulanz-Gebührenersätze) auf die einzelnen Rechtsträger der Krankenanstalten im Verhältnis der für das Jahr 1994 von den Sozialversicherungsträgern geleisteten Ambulanzgebühren aufgeteilt werden.

Durch die Umsetzung des ambulanten Bepunktungsmodells sollen seither eingetretene Änderungen des Leistungsaufkommens und des Leistungsspektrums berücksichtigt und damit eine leistungsorientierte Verteilung implementiert werden. Es kommt zu keinen finanziellen Auswirkungen auf die Gebietskörperschaften, sondern lediglich zu einer Umverteilung der Mittel zwischen den Rechtsträgern der Krankenanstalten.

IV. Finanzielle Auswirkungen auf Bürgerinnen und Bürger und auf Unternehmen einschließlich der Auswirkungen auf den Wirtschaftsstandort Oberösterreich

Die in diesem Landesgesetz enthaltenen Regelungen bringen keinerlei finanzielle Belastungen für die Bürgerinnen und Bürger im Allgemeinen und für Wirtschaftstreibende im Besonderen mit sich.

V. Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union

Diesem Landesgesetz stehen - soweit ersichtlich - keine zwingenden unionsrechtlichen Vorschriften entgegen.

VI. Auswirkungen auf die verschiedenen Gruppen der Gesellschaft, insbesondere auf Frauen und Männer

Die in diesem Landesgesetz enthaltenen Regelungen haben - soweit ersichtlich - weder direkt noch indirekt unterschiedliche Auswirkungen auf die verschiedenen Gruppen der Gesellschaft, insbesondere auf Frauen und Männer.

Aus der nicht durchgängig geschlechtergerechten Textierung des nunmehr novellierten Oö. Krankenanstaltengesetzes darf keinesfalls die Zulässigkeit tatsächlicher Differenzierungen bei denjenigen Bestimmungen abgeleitet werden, die noch nicht geschlechtergerecht formuliert sind.

VII. Auswirkungen in umweltpolitischer Hinsicht, insbesondere Klimaverträglichkeit

Die in diesem Landesgesetz enthaltenen Regelungen weisen keinerlei umweltpolitische Relevanz auf.

VIII. Besonderheiten des Gesetzgebungsverfahrens

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält keine Verfassungsbestimmungen.

Der vorliegende Gesetzentwurf hat keine Landes- oder Gemeindeabgabe im Sinn des § 9 Abs. 1 F-VG 1948 zum Gegenstand. Da eine Mitwirkung von Bundesorganen im Sinn des Art. 97 Abs. 2 B-VG im vorliegenden Gesetzentwurf im § 59 Abs. 4 und 5 (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger bzw. ab 2020 Dachverband der Sozialversicherungsträger als Verbindungsstelle bzw. Betreiber der Zugangsstelle für den Oö. Gesundheitsfonds gemäß § 4 Abs. 3 und § 5 Abs. 3 Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz) vorgesehen ist, ist er gemäß Art. 97 Abs. 2 iVm. Art. 98 B-VG vor seiner Kundmachung dem Bundeskanzleramt bekanntzugeben und die Zustimmung der Bundesregierung einzuholen.

B. Besonderer Teil

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

Im Abs. 3 soll eine Klarstellung, dass bei örtlich getrennt untergebrachten Abteilungen die Bestimmung gemäß § 5 Abs. 5a hinsichtlich Festlegung und Ausweis von Versorgungsstufe und Leistungsangebot analog anzuwenden ist, erfolgen. Des Weiteren muss sichergestellt sein, dass höheren Versorgungsstufen vorbehaltene Leistungsspektren (zB Leistungen von Referenzzentren) ausnahmslos auch den Standorten mit der höheren Versorgungsstufe und der entsprechenden Personalausstattung und Infrastruktur vorbehalten bleiben.

„Versorgungsstufen“ sind im Sinn des Versorgungsstufenmodells (siehe auch ÖSG 2017, S 27 ff.) als Stufen der abgestuften Gesundheitsversorgung zu verstehen. Die Versorgungsstufen im akutstationären Bereich allgemeiner Krankenanstalten orientieren sich an den unterschiedlichen Krankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 und gliedern sich somit grob in Grundversorgung (grundsätzlich in Standardkrankenanstalten), Schwerpunktversorgung (grundsätzlich in Schwerpunktkrankenanstalten, in begründeten Ausnahmefällen können Teilbereiche der Schwerpunktversorgung auch in Standardkrankenanstalten verortet sein) und in hochspezialisierte Versorgung (Referenzzentren und Spezialzentren in Zentralkrankenanstalten, wobei Referenzzentren in begründeten Ausnahmefällen auch in Schwerpunktkrankenanstalten verortet sein können). Auf diesen unterschiedlichen Versorgungsstufen stehen unterschiedliche fachrichtungsbezogene Organisationsformen gemäß § 3a und Referenzzentren gemäß § 3b zur Verfügung, an die jeweils unterschiedlichen Anforderungen hinsichtlich Ausstattung, Betrieb und Leistungsspektrum bestehen.

Im Abs. 3a sollen die bisher bestehenden Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten sowie Ambulante Erstversorgungseinheiten durch die neu zu schaffende Zentrale Ambulante Erstversorgung ersetzt (siehe auch ÖSG 2017, S 59 und 150 f.) werden.

Zu Art. I Z 3 bis 5 iVm. Z 6 (§ 3 Abs. 7 Z 1 und 2 iVm. § 3a Abs. 2):

Anstatt der Möglichkeit der Einrichtung von Satellitendepartments für Unfallchirurgie sowie von Departments für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie sollen diese beiden Bereiche nunmehr in Form eines Fachschwerpunkts betrieben werden können.

Mit dem Entfall der Möglichkeit zur Einrichtung von Departments im Rahmen von Abteilungen für Teilgebiete desselben Sonderfachs soll im Zuge der umzusetzenden Organisationsänderungen eine Anpassung an das Grundsatzgesetz erfolgen.

Mit Z 2 lit. b soll die Einschränkung, dass die Einrichtung von Fachschwerpunkten in den dort angeführten Sonderfächern ausschließlich Standardkrankenanstalten vorbehalten bleiben soll und daher für Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten nicht vorgesehen ist, erfolgen.

Zu Art. I Z 6 (§ 3a Abs. 2 bis 4):

Mit dieser Bestimmung soll im Bereich der reduzierten Organisationsformen eine, wie im ÖSG 2017 (S 64 f.) bereits vorgesehen, Harmonisierung stattfinden, als für Fachschwerpunkte sowie dislozierte Wochen- und Tageskliniken nunmehr einheitliche Regeln bezüglich der Versorgung der Patientinnen und Patienten und der organisatorischen Ausgestaltung (nicht eigenständig als Satellit einer Mutterabteilung bzw. eigenständig mit Anbindung an eine Partnerabteilung in den aufgezählten Bereichen) festgelegt werden.

Weiters sollen Festlegungen hinsichtlich der Versorgung der Patientinnen und Patienten innerhalb der Öffnungszeiten, im Zeitraum außerhalb der Öffnungszeiten und innerhalb der Betriebszeiten sowie außerhalb der Betriebszeiten, erfolgen.

„Betriebszeit“ ist die Zeit, in der (stationäre) Patientinnen und Patienten in der Krankenanstalt fachspezifisch versorgt werden. „Öffnungszeit“ ist die Zeit, in der Patientinnen und Patienten die Krankenanstalt (oder andere Angebote der Gesundheitsversorgung) zur Begutachtung und Behandlung aufsuchen können (siehe auch ÖSG 2017, S 184 und 187).

Die Details der Kooperation mit Mutter- und Partnerabteilungen sollen zweckmäßigerweise in schriftlichen Vereinbarungen festgelegt werden.

In Standardkrankenanstalten kann ergänzend zu den zwei jedenfalls vorzuhaltenden Abteilungen (darunter eine für innere Medizin) die Einrichtung von Fachschwerpunkten in folgenden Sonderfächern erfolgen: Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Orthopädie und Traumatologie, Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie, für Chirurgie sowie Kinder- und Jugendheilkunde und in Ausnahmefällen auch für Gynäkologie und Geburtshilfe (der Grundversorgung) bei unzulänglicher Erreichbarkeit der nächsten Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe.

In Schwerpunktkrankenanstalten kann ergänzend oder ersetzend zu den mindestens vorzuhaltenden Abteilungen die Einrichtung von Fachschwerpunkten in folgenden Sonderfächern erfolgen: Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Orthopädie und Traumatologie, Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie Urologie.

Des Weiteren sollen im Abs. 4 Voraussetzungen für die standortübergreifende Führung von Abteilungen geschaffen werden, um eine Versorgung der Patientinnen und Patienten an jedem Standort auf hohem Qualitätsniveau sicherzustellen.

Zu Art. I Z 7 und 8 (§ 3b Z 1 und 2):

Im Zusammenhang mit Referenzzentren sollen die in Frage kommenden Versorgungsbereiche erweitert werden (siehe auch ÖSG, S 64).

Zu Art. I Z 9 (§ 4 Abs. 4):

Da das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz sogenannte Anstaltsgutachten, das sind Gutachten von juristischen Personen, grundsätzlich nur als sonstige Beweismittel zulässt, soll mit dieser Bestimmung, angelehnt an die bestehende Bestimmung bei den selbständigen Ambulatorien im § 6a, auch im Verfahren zur Errichtungsbewilligung und im Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfs bei bettenführenden Krankenanstalten die Einholung eines Gutachtens der Gesundheit Österreich GmbH bzw. einem vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstitut ermöglicht werden.

Zu Art. I Z 10, 11 und 42 (§ 5 Abs. 3, § 6a Abs. 7 und § 88a Abs. 1 Z 1):

Mit dem SV-OG sollen die Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) zusammengelegt werden, wobei die Einrichtung von Landesstellen vorgesehen ist. Hinkünftig soll die jeweilige Landesstelle der ÖGK die bisher von der zuständigen GKK wahrgenommenen Aufgaben übernehmen.

Zu Art. I Z 13, 30, 38 und 39 (§ 6a Abs. 11, § 41a Abs. 4 Z 3 und Abs. 7, § 48 Abs. 2, § 51 Abs. 2, § 59 Abs. 4 und 5, § 66 Abs. 2 und 3, § 69 Abs. 1 und 2, § 70 Abs. 1 Z 2 und 4 und § 71 Z 1 und 2):

Das SV-OG sieht statt dem derzeitigen Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger den Dachverband vor. Daher sind die Bezeichnungen anzupassen.

Zu Art. I Z 14 bis 18 (§ 10 Abs. 2 Z 3, Abs. 9 Z 2 bis 6 und Abs. 10):

Im § 10 Abs. 9 Z 2 und 3 sollen zur besseren Unterscheidung zwischen Organisationsformen im Sinn des § 3a und Betriebsformen im Sinn des § 10 Abs. 9 für wochen- bzw. tagesklinisch betriebene Einheiten die Bezeichnung „Wochenstation“ bzw. „Tagesstation“ eingeführt werden.

Im Abs. 9 Z 4 bis 6 werden die Betriebsformen „interdisziplinäre Aufnahmestationen“, „Anstaltsambulatorien“ und „Zentrale Ambulante Erstversorgung“ definiert und näher geregelt (siehe auch ÖSG, S 64 und 69). Die Details der Kooperation mit Mutter- bzw. Partnerabteilungen sollen zweckmäßigerweise in schriftlichen Vereinbarungen festgelegt werden.

Demnach werden bei Anstaltsambulatorien einerseits allgemeine Fach- und Spezialambulanzen, andererseits Akut- und Termin-Ambulanzen unterschieden (siehe auch ÖSG, S 59).

Während allgemeine Fachambulanzen im Wesentlichen das gesamte Spektrum eines Sonderfachs abdecken, nehmen Spezialambulanzen nur spezielle Aufgaben aus dem Spektrum des Sonderfachs wahr (siehe auch ÖSG, S 59).

Eine weitere Form eines Anstaltsambulatoriums stellt die im Abs. 9 Z 6 und Abs. 10 geregelte Zentrale Ambulante Erstversorgung dar (siehe auch ÖSG, S 59).

Weiters wird zwischen Akut- und Termin-Ambulanzen unterschieden, wobei in Terminambulanzen in der Regel keine Akutfälle behandelt werden und diese fixe Öffnungszeiten aufweisen (siehe auch ÖSG 2017, S 59 und 149 f.).

Zu Art. I Z 19 (§ 11 Abs. 4):

Mit der Einschränkung der Pflicht zur Vorlage des Tätigkeitsberichts an die Patientenvertretung soll die derzeit bestehende Doppelgleisigkeit im Sinn der Verwaltungsvereinfachung bereinigt werden.

Zu Art. I Z 20 und 21 (§ 15):

Es soll einerseits eine Anpassung der Bezeichnung der Sonderfächer an die Ärzteausbildungsverordnung 2015 erfolgen, andererseits werden die Regelungen betreffend Anwesenheit von Fachärztinnen bzw. Fachärzten an die geänderten Festlegungen des § 3a angeglichen.

Zu Art. I Z 22, 26 und 28 (§ 16 Abs. 4a, § 21 Abs. 10 und § 28a Abs. 1):

Es erfolgt eine terminologische Anpassungen auf Grund der Datenschutz-Grundverordnung bzw. des 2. Materien-Datenschutz-Anpassungsgesetzes. Das Wort „pseudonymisiert“ entspricht dem Art. 4 Nr. 5 der Datenschutz-Grundverordnung und bezeichnet eine Datenverarbeitung, bei der die Daten erst mit Hilfe eines „Schlüssels“ direkt bestimmten Personen zugeordnet werden können. Da eine anonymisierte Warteliste keinerlei Aussagekraft hat, soll sie pseudonymisiert geführt werden.

Zu Art. I Z 23 (§ 16 Abs. 7 bis 9):

Im Zusammenhang mit der Hygiene in Krankenanstalten soll nunmehr ausdrücklich festgelegt werden, dass in jeder Krankenanstalt laufend Aufzeichnungen in elektronischer Form über

nosokomiale Infektionen (Infektionen mit Krankenhauskeimen) zu führen sind. Bei Bedarf sind umgehend erforderliche Maßnahmen zur Abhilfe und Prävention zu setzen.

Zu Art. I Z 24 (§ 18a Abs. 7a):

Durch die Einbeziehung einer unabhängigen externen Person im Verdachtsfall eines sexuellen Übergriffs oder einer körperlichen Misshandlung einer Patientin bzw. eines Patienten durch Anstaltspersonal in die Opferschutzgruppe soll sichergestellt werden, dass das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung und die Menschenwürde gewahrt bleiben. Die Einbeziehung einer Person etwa aus dem Bereich der Patientenvertretung würde dazu beitragen. Dies entspricht auch der Empfehlung einer Arbeitsgruppe des Menschenrechtsbeirats in der Volksanwaltschaft, welche sich auf Grund eines Anlassfalls mit dieser Thematik befasst hatte.

Die beigezogenen unabhängigen externen Personen sind in diesen Fällen als Mitglieder der Opferschutzgruppe zu betrachten und es sind ihnen selbstverständlich alle Informationen zugänglich zu machen, die auch den anderen Mitgliedern der Opferschutzgruppen zur Erfüllung ihrer Aufgaben zur Verfügung stehen.

Zu Art. I Z 25 (§ 21 Abs. 7):

Hier soll die gebotene Anpassung an Art. 15 Abs. 3 der Datenschutz-Grundverordnung erfolgen. Die gesetzliche vorgesehene Aufbewahrungsfrist beträgt 30 Jahre (im stationären) und 10 Jahre (im ambulanten Bereich). Gemäß Art. 17 Abs. 3 lit. e Datenschutz-Grundverordnung besteht auch nach diesen Fristen die Möglichkeit, von der Löschung zum Zweck der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen abzusehen.

Zu Art. I Z 27 (§ 27 Abs. 1):

Die von den Trägern der Krankenanstalten im Rahmen der Organisation zur Qualitätssicherung vorzusehenden Maßnahmen sollen um Maßnahmen zur Wahrung der Patientensicherheit erweitert werden.

Zu Art. I Z 29 (§ 41 Abs. 4):

Im Hinblick auf das System der Landesverwaltungsgerichte kann die sukzessive Gerichtszuständigkeit bei Entschädigungsverfahren nach Abs. 4 aufgehoben werden.

Zu Art. I Z 31 (§ 48 Abs. 5):

Es soll klargestellt werden, dass die Abschlussdokumentation, die Patientinnen und Patienten am Ende einer rein ambulanten Behandlung erhalten, als Entlassungsbrief gilt. Durch den Verweis auf die Abs. 2 und 4 wird sowohl der Mindestinhalt dieser Abschlussdokumentation als auch an wen diese zu übergeben ist, analog zum Entlassungsbrief nach einer stationären Behandlung festgelegt.

Zu Art. I Z 32 (§ 59 Abs. 4 und 5):

Entsprechend § 4 Abs. 3 Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz soll von der Möglichkeit, den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für landesgesetzlich eingerichtete Rechtsträger von Systemen der sozialen Sicherheit als Verbindungsstelle und entsprechend § 5 Abs. 3 leg. cit. als Betreiber der Zugangsstelle hinsichtlich des europarechtlich vorgesehenen Datenaustauschs im Bereich der Systeme der sozialen Sicherheit vorzusehen, Gebrauch gemacht werden. Der Hauptverband soll jeweils im übertragenen Wirkungsbereich tätig werden und an die Weisungen der Landesregierung gebunden sein.

Zu Art. I Z 33 bis 37 (§§ 60 und 61):

Mit 1. Jänner 2019 ist das bundesweit einheitliche Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich (LKF-ambulant) als Teil der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung verbindlich anzuwenden. Dementsprechend sollen die Bestimmungen der §§ 59 bis 61 entsprechend angepasst werden.

Nach dem bundesweit einheitlichen Modell werden die ambulanten Mittel, welche sich aus Pauschalen für Leistungen (Leistungspunkte für die zugeordneten Leistungen in den definierten Gruppen), Pauschalen für Kontakte (Kontaktpunkte zur Abgeltung aller nicht den definierten Gruppen zugeordneten Leistungen) sowie einer Strukturpauschale (pauschale Abgeltung der vorgehaltenen Versorgungsstruktur) zusammensetzen, verteilt.

Nähere Ausführungen finden sich in der von der Oö. Gesundheitsplattform gemäß § 8 Abs. 2 Z 1 und 7 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, LGBl. Nr. 83/2013, in der Fassung des Landesgesetzes LGBl. Nr. 96/2017, am 16. November 2018 beschlossenen Richtlinie über die Abrechnung und Auszahlung der Ambulanz-Gebührenersätze des Oö. Gesundheitsfonds.

Zu Art. I Z 40 (§ 84):

Mit dieser Bestimmung soll die Empfehlung zu Punkt 124 aus dem Bericht des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT), das im Rahmen des Europaratsübereinkommens zur Verhütung von Folter und

unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe eingerichtet ist, über sein im Herbst 2014 in Österreich durchgeführtes Audit umgesetzt werden. Das CPT überprüft bei derartigen Audits die Einhaltung seiner festgelegten Standards.

In diesen Standards wird festgehalten, dass ein besonderes Register Aufzeichnungen über jeden Fall körperlichen Zwangs zu beinhalten hat, welches tagesaktuell abgerufen werden kann; dies zusätzlich zu den Aufzeichnungen in der Krankengeschichte. Die Volksanwaltschaft hat sich dieser Empfehlung im Rahmen ihrer Aufgabe der präventiven Menschenrechtskontrolle angeschlossen (vgl. den Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und Bundesrat 2015, Teil II Präventive Menschenrechtskontrolle, S 53 f.). Aus verwaltungsökonomischen Gründen scheint jedoch auch die Aufnahme des ärztlichen Zeugnisses über die Unterbringung und die Gründe für die Anordnung weitergehender Beschränkungen zu weitgehend, diesbezüglich sollte die Einsicht in die Krankengeschichte ausreichen.

Abs. 3 stellt klar, dass die Einsicht in diese Dokumentation, die im Wesentlichen zur Erfüllung menschenrechtlicher Standards eingeführt wird, den einschlägigen Kontrollmechanismen zukommt. Dies ist auf nationaler Ebene die Volksanwaltschaft und die von ihr eingerichteten Besuchskommissionen, auf völkerrechtlicher Ebene das Europäische Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) nach dem genannten Europaratsübereinkommen und der UN-Ausschuss gegen Folter (CAT), eingerichtet auf Basis der Konvention gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung der UNO. Die Frage, wer in der Krankenanstalt in diese Dokumentation Einsicht nehmen darf, wird durch Abs. 3 nicht berührt.

Zu Art. I Z 41 (§ 88 Abs. 1 Z 1):

Mit dieser Regelung soll sichergestellt werden, dass Obduktionen - unabhängig davon, in welchen Krankenanstalten Patientinnen und Patienten versterben - durchgeführt werden, wenn diese wegen diagnostischer Unklarheiten des Falls oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffs erforderlich sind. Es erfolgt somit für private Krankenanstalten eine Anpassung an die Vorgaben für öffentliche Krankenanstalten im § 49.

Dies bedeutet nicht, dass Obduktionen zwingend von der betroffenen Krankenanstalt selbst durchgeführt werden müssen. Vielmehr müssen jene Krankenanstalten, die nicht über geeignetes Personal bzw. entsprechende Räumlichkeiten verfügen, etwa durch Vereinbarungen mit anderen Krankenanstalten sicherstellen, dass die Obduktionen in geeigneter Form erfolgen.

Zu Art. I Z 43 und 44 (§ 94 Abs. 1 und 3):

Für eine geordnete Gesundheitsversorgung in Krankenanstalten ist die Verarbeitung der relevanten Daten in der Krankengeschichte (§ 21) unbedingt erforderlich und liegt in diesem Sinn ein überwiegendes schutzwürdiges öffentliches Interesse an der Datenverarbeitung vor (Art. 9 Abs. 2

lit. h Datenschutz-Grundverordnung). Der Ausschluss der Betroffenenrechte nach Art. 13, 14, 18 und 21 ist somit unabdingbar erforderlich, weil sonst der Zweck der Dokumentation nicht erreicht werden könnte (Art. 17 Abs. 3 lit. e). Das Recht auf Löschung ist bereits durch Art. 17 Abs. 3 lit. b Datenschutz-Grundverordnung ausgeschlossen, weil die Datenverarbeitung zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung nach dem nationalen Recht erfolgt. Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten im Rahmen der Dokumentation bleibt bestehen, allerdings muss dabei § 20 Abs.1 und 5 Gesundheitstelematikgesetz 2012 berücksichtigt werden und müssen auch sonstige nachträgliche Änderungen im Rahmen der Krankengeschichte nachvollziehbar sein.

Zu Art. II (Gesundheitsfonds-Gesetz 2013):

Es müssen die Bezeichnungen an die durch das SV-OG erfolgten Änderungen angepasst werden.

Zu Art. III (Inkrafttreten):

Die Begriffsanpassungen in den § 5 Abs. 3, § 6a Abs. 7 und 11, § 41a Abs. 4 Z 3 und Abs. 7, § 48 Abs. 2, § 51 Abs. 2, § 59 Abs. 4 und 5, § 66 Abs. 2 und 3, § 69 Abs. 1 und 2, § 70 Abs. 1 Z 2 und 4, § 71 Z 1 und 2 sowie § 88a Abs. 1 Z 1 sollen, wie auch das SV-OG, mit 1. Jänner 2020 in Kraft treten.

**Landesgesetz,
mit dem das Oö. Krankenanstaltengesetz 1997 und das
Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013 geändert werden**

Der Oö. Landtag hat beschlossen:

Artikel I

Das Oö. Krankenanstaltengesetz 1997 (Oö. KAG 1997), LGBl. Nr. 132/1997, in der Fassung des Landesgesetzes LGBl. Nr. 73/2018, wird wie folgt geändert:

1. § 3 Abs. 3 lautet:

„(3) Die Voraussetzungen des Abs. 1 sind auch erfüllt, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern

1. diese Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind, wobei die örtlich getrennte Unterbringung auch in einem anderen Bundesland und unter den im § 6c geregelten Voraussetzungen auch auf dem Gebiet eines anderen Staates zulässig ist, und
2. die örtlich getrennt untergebrachten Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten die Versorgung in dem Umfang wahrnehmen, die der Versorgungsstufe des jeweiligen Krankenhauses oder Krankenhausstandorts gemäß § 5 Abs. 5a entspricht.“

2. Im § 3 Abs. 3a wird die Wortfolge „Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit oder eine Ambulante Erstversorgungseinheit“ durch die Wortfolge „Zentrale Ambulante Erstversorgungseinheit“ ersetzt.

3. Im § 3 Abs. 7 Z 1 entfallen die lit. a, c und g.

4. § 3 Abs. 7 Z 1 lit. f lautet:

f) für Remobilisation und Nachsorge im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie Unfallchirurgie bzw. Orthopädie und Traumatologie, Neurologie und Neurochirurgie;

5. § 3 Abs. 7 Z 2 lautet:

„2. Fachschwerpunkte:

- a) für die medizinischen Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Orthopädie und Traumatologie, Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie Urologie und

b) für Chirurgie, Kinder- und Jugendheilkunde, in Ausnahmefällen auch für Gynäkologie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe (der Grundversorgung) bei unzulänglicher Erreichbarkeit der nächsten Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, nur in Standardkrankenanstalten gemäß Abs. 1 Z 1;“

6. § 3a Abs. 2 bis 4 lauten:

„(2) Neben Abteilungen bzw. an Stelle von Abteilungen können nach Maßgabe des § 3 Abs. 7 und 8 folgende fachrichtungsbezogene reduzierte Organisationsformen als Organisationseinheiten vorgehalten werden:

1. Departments als bettenführende Einrichtungen für Remobilisation und Nachsorge sowie für Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 15 Betten sowie für Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens 12 Betten. Departments müssen nach Maßgabe des § 15 Abs. 1 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei Fachärztinnen bzw. Fachärzte oder Ärztinnen bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin mit entsprechender Qualifikation verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des gemäß § 3 Abs. 7 Z 1 eingerichtet werden.
2. Fachschwerpunkte als bettenführende Einrichtungen mit 8 bis 14 Betten und eingeschränktem Leistungsangebot im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG einschließlich Akutfallversorgung während der Öffnungszeiten für die medizinischen Sonderfächer gemäß § 3 Abs. 7 Z 2. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Öffnungs- und Betriebszeiten aufweisen. Außerhalb der Öffnungszeiten aber während der Betriebszeiten ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Außerhalb der Betriebszeit des Fachschwerpunkts ist die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten durch die Partner- oder Mutterabteilung sicherzustellen. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärztinnen bzw. Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärztinnen bzw. Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 2 auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen.
3. Dislozierte Wochenkliniken als bettenführende Einrichtungen. Sie dienen zur Durchführung von Behandlungen mit kurzer Verweildauer, wobei das Leistungsangebot auf Basisversorgungsleistungen im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG eingeschränkt ist. Die Einrichtung dislozierter Wochenkliniken ist nur in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 2 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten zulässig. Betriebszeiten dislozierter Wochenkliniken sind auf Wochenbetrieb und Öffnungszeiten tageszeitlich einschränkbar. Außerhalb der Öffnungszeiten aber während der Betriebszeiten ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Die Anstaltsordnung kann abweichende Regelungen für Feiertage vorsehen. Im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder 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, Department

oder Fachschwerpunkt) desselben Sonderfachs mit einem auf tagesklinisch elektiv erbringbaren Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG. Sie weisen eingeschränkte Öffnungs- und Betriebszeiten auf. Außerhalb der Öffnungszeit aber während der Betriebszeit ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen. Dislozierte Tageskliniken können in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 2 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen eingerichtet werden.

(3) Fachschwerpunkte sowie dislozierte Wochen- und Tageskliniken können in der betreffenden Krankenanstalt entweder

1. eigenständig geführt werden und hinsichtlich Qualitätssicherung, Komplikationsmanagement, Sicherung der Nachsorge sowie ärztlicher Ausbildung an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden sein (Partnerabteilung) oder
2. nicht eigenständig als Satellit eingerichtet werden. Die ärztliche Versorgung von als Satelliten eingerichteten Fachschwerpunkten sowie dislozierten Wochen- und Tageskliniken hat durch eine Abteilung derselben Fachrichtung zu erfolgen, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung) oder
3. im Rahmen von standortübergreifenden Abteilungen gemäß Abs. 4 geführt werden.

(4) Abteilungen gemäß Abs. 1 können unter gemeinsamer Leitung unter folgenden Voraussetzungen standortübergreifend geführt werden:

1. Am Krankenanstaltenstandort der höchsten Versorgungsstufe ist die Organisationseinheit jedenfalls nach den Kriterien gemäß Abs. 1 eingerichtet. An anderen Standorten können die Organisationseinheiten die Kriterien gemäß Abs. 1 oder 2 erfüllen.
2. Im jeweiligen RSG sind die standortübergreifenden Abteilungen an den entsprechenden Standorten mit ihren Organisationseinheiten nach den Kriterien gemäß Abs. 1 bis 3 explizit ausgewiesen.
3. Die Leistungsspektren der Organisationseinheiten an den jeweiligen Standorten sind analog zu jenen in der Leistungsmatrix des ÖSG für Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten vorgesehenen Leistungsspektren definiert.
4. Für die jeweilige Versorgungsstufe des Krankenanstaltenstandorts und die nach Abs. 1 oder 2 eingerichteten Organisationseinheiten werden die einzuhaltenden Kriterien hinsichtlich Vorhaltung und Betrieb an allen Standorten erfüllt.
5. § 5 Abs. 5a wird analog angewendet.
6. Es muss sichergestellt sein, dass höheren Versorgungsstufen vorbehaltene Leistungsspektren ausnahmslos auch den Standorten mit der höheren Versorgungsstufe und der entsprechenden Infrastruktur vorbehalten bleiben.“

7. Im § 3b Z 1 wird nach dem Wort „Herzchirurgie,“ die Wortfolge „Traumatologie, Geburtshilfe/Perinatalversorgung,“ eingefügt und die Wortfolge „Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben“ durch „Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben“ ersetzt.

8. § 3b Z 2 lautet:

„2. Herzchirurgie, Traumaversorgung, Kinder- und Jugendheilkunde (inklusive Kinder- und Jugendchirurgie), Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie für Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Onkologische Versorgung und Stammzelltransplantation für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.“

9. Im § 4 Abs. 4 wird folgender zweiter Satz angefügt:

„Weiters kann ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstituts zum Vorliegen der Kriterien gemäß § 5 Abs. 5 eingeholt werden.“

10. Im § 5 Abs. 3 wird die Wortfolge „oberösterreichische Gebietskrankenkasse“ durch die Wortfolge „Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse“ ersetzt.

11. Im § 6a Abs. 7 wird die Wortfolge „Oberösterreichische Gebietskrankenkasse“ durch die Wortfolge „Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse“ ersetzt.

12. Im § 6a Abs. 8 wird das Wort „Planungsinstituts“ durch das Wort „Gesundheitsplanungsinstituts“ ersetzt.

13. Im § 6a Abs. 11, § 41a Abs. 7, § 48 Abs. 2, § 51 Abs. 2, § 59 Abs. 4 und 5, § 66 Abs. 2 und 3, § 69 Abs. 1 und 2 erster, dritter und vierter Satz und § 71 Z 1 und 2 wird jeweils die Wortfolge „Hauptverband der österreichischen“ durch die Wortfolge „Dachverband der“ ersetzt.

14. Im § 10 Abs. 2 Z 3 entfällt die Wortfolge „,oder längerfristig im halbstationären Bereich, wo sie nur über Tag oder nur über Nacht verweilen,“.

15. Im § 10 Abs. 9 Z 2 werden das Wort „Wochenklinik“ durch das Wort „Wochenstation“ und das Wort „Wochenkliniken“ durch „Wochenstationen“ ersetzt.

16. Im § 10 Abs. 9 Z 3 werden das Wort „Tagesklinik“ durch das Wort „Tagesstation“ und das Wort „Tageskliniken“ durch „Tagesstationen“ ersetzt.

17. § 10 Abs. 9 Z 4 bis 6 lauten:

- „4. als interdisziplinäre Aufnahme- bzw. Notfallstationen geführte Bettenbereiche für Erst- oder Kurzaufnahmen von Patientinnen und Patienten für maximal 36 Stunden im Not- oder Akutfall mit festgestellter Anstaltsbedürftigkeit bis zur Übernahme in andere bettenführende Organisationseinheiten oder direkten Entlassung;
5. Anstaltsambulatorien gemäß § 50 können
 - a) als allgemeine Fachambulanz, als Spezialambulanz zur Diagnostik und/oder Therapie im Rahmen spezieller Aufgaben der Sonderfächer oder Zentrale Ambulante Erstversorgung gemäß Z 6 geführt werden,
 - b) als Akut-Ambulanzen mit uneingeschränkter oder eingeschränkter Öffnungszeiten oder als Termin-Ambulanzen mit eingeschränkter Öffnungszeiten betrieben werden,
 - c) für die Versorgung in einem Sonderfach, für das am Krankenanstaltenstandort keine bettenführende Organisationseinheit geführt wird, nur dann betrieben werden, wenn dies zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich und dies im RSG vorgesehen ist. Solche Anstaltsambulatorien sind als dislozierte Ambulanz einer Partner- oder Mutterabteilung an einem anderen Standort einzurichten. § 3a Abs. 3 ist sinngemäß anzuwenden;
6. Zentrale Ambulante Erstversorgung als Akut-Ambulanzen zur Erstversorgung von Akut- und Notfallpatienten einschließlich basaler Unfallchirurgie, deren Leistungsspektrum auf den Umfang der allgemeinmedizinischen Versorgung beschränkt ist.“

18. Im § 10 wird dem Abs. 9 folgender Abs. 10 angefügt:

„(10) Für die Zentrale Ambulante Erstversorgung gemäß Abs. 9 gilt Folgendes:

1. Die Organisation der Erstversorgung in den Bereichen Traumatologie bzw. Unfallchirurgie, Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin sowie Kinder-Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin hat in Abstimmung mit der betreffenden in der Krankenanstalt eingerichteten Abteilung bzw. in Kooperation mit einem anderen Krankenanstaltenstandort zu erfolgen.
2. Patientinnen und Patienten sind nach Feststellung der Dringlichkeit der Behandlung zunächst ambulant zu begutachten und erstzubehandeln oder abschließend zu behandeln.
3. Akutfälle können bei Bedarf auch bis zu 24 Stunden beobachtet werden.
4. Im Bedarfsfall sind Patientinnen und Patienten in den stationären Bereich aufzunehmen bzw. an die nächste für die Erkrankung geeignete Krankenanstalt weiterzuleiten.
5. Die Betriebszeit eigenständig geführter Einrichtungen zur Zentralen Ambulanten Erstversorgung ist tageszeitlich einschränkbar, wenn außerhalb der Betriebszeiten die Erstversorgung in der Krankenanstalt durch andere Organisationseinheiten sichergestellt ist.
6. Der Zentralen Ambulanten Erstversorgung kann eine interdisziplinäre Aufnahmestation (Z 4) direkt angeschlossen werden.“

19. § 11 Abs. 4 lautet:

„(4) Die Leiterin bzw. der Leiter der Informations- und Beschwerdestelle hat der Landesregierung auf Verlangen, der Patientenvertretung und dem Rechtsträger der betroffenen Krankenanstalt mindestens jedoch vierteljährlich einen vollständigen Tätigkeitsbericht, der auch die Art der erfolgten Erledigung der Begehren zu umfassen hat, vorzulegen.“

20. Im § 15 Abs. 1 Z 3 entfällt die Wortfolge „(bei Vorhandensein einer neurologischen Intensivbehandlungseinheit)“ und das Wort „Unfallchirurgie“ wird durch die Wortfolge „Unfallchirurgie bzw. Orthopädie und Traumatologie“ ersetzt.

21. § 15 Abs. 1 Z 4c bis 4e lauten:

„4c. In Fachschwerpunkten kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärztinnen bzw. Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.“

4d. In dislozierten Wochenkliniken gelten die Bestimmungen zur Rufbereitschaft gemäß Z 3, 3a, 4 und 4b sinngemäß und kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärztinnen bzw. Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn im Bedarfsfall die Weiterbetreuung der Patientinnen und Patienten durch die Partner - oder Mutterabteilung außerhalb der Betriebszeiten sichergestellt ist.

4e. In dislozierten Tageskliniken kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärztinnen bzw. Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.“

22. Im § 16 Abs. 4a wird die Wortfolge „indirekt personenbezogen“ durch die Wortfolge „in pseudonymisierter Form“ ersetzt.

23. Im § 16 werden nach Abs. 6 folgende Abs. 7 bis 9 angefügt:

„(7) In jeder Krankenanstalt sind in elektronischer Form laufend Aufzeichnungen über nosokomiale Infektionen zu führen.“

(8) Die Leitung jeder Krankenanstalt hat die in ihrem Wirkungsbereich erfassten nosokomialen Infektionen zu bewerten und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher

Maßnahmen zur Abhilfe und Prävention zu ziehen und dafür zu sorgen, dass die erforderlichen Maßnahmen umgehend umgesetzt werden.

(9) Die Rechtsträger der Krankenanstalten sind verpflichtet, an einer österreichweiten, regelmäßigen und systematischen Erfassung von nosokomialen Infektionen teilzunehmen und die dafür erforderlichen anonymisierten Daten dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium jährlich in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen.“

24. Im § 18a wird nach Abs. 7 folgender Abs. 7a eingefügt:

„(7a) Wird ein Vorwurf erhoben oder besteht ein Verdacht, dass es zu sexuellen Übergriffen oder körperlichen Misshandlungen oder zur Zufügung seelischer Qualen einer Patientin oder eines Patienten durch Anstaltspersonal gekommen sei, so hat die Opferschutzgruppe eine unabhängige externe Person, etwa aus dem Bereich der Patientenvertretung (§ 12), beizuziehen.“

25. Im § 21 Abs. 7 erster Satz wird die Wortfolge „gegen Kostenersatz“ durch die Wortfolge „nach Maßgabe des Art. 15 Abs. 3 der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung)“ ersetzt.

26. § 21 Abs. 10 letzter Satz lautet:

„Die Übermittlungen von personenbezogenen Daten im Weg eines Auftragsverarbeiters, dem die Verarbeitung übertragen wurde, durch den Rechtsträger einer Krankenanstalt ist nur an Ärztinnen, Ärzte, Zahnärztinnen, Zahnärzte oder Krankenanstalten zulässig, in deren Behandlung die Betroffene bzw. der Betroffene steht.“

27. § 27 Abs. 1 erster Satz lautet:

„Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben die Qualität (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) der Leistungen der Krankenanstalten sowie die Patientensicherheit zu gewährleisten.“

28. Im § 28a Abs. 1 wird das Wort „anonymisierter“ durch das Wort „pseudonymisierter“ ersetzt.

29. Im § 41 Abs. 4 entfällt der dritte, vierte und fünfte Satz.

30. Im § 41a Abs. 4 Z 3 wird die Wortfolge „Hauptverband der Österreichischen“ durch die Wortfolge „Dachverband der“ ersetzt.

31. *Im § 48 wird nach Abs. 4 folgender Abs. 5 angefügt:*

„(5) Die Abschlussdokumentation einer Behandlung in einer Ambulanz gilt als Entlassungsbrief. Die Abs. 2 und 4 sind sinngemäß anzuwenden.“

32. *§ 59 Abs. 4 und 5 lauten:*

„(4) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ist gemäß § 4 Abs. 3 Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz (SV-EG) Verbindungsstelle für den Oö. Gesundheitsfonds. Er besorgt diese Aufgabe im übertragenen Wirkungsbereich und ist dabei an die Weisungen der Landesregierung gebunden.

(5) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger betreibt gemäß § 5 Abs. 3 SV-EG die Zugangsstelle für den Oö. Gesundheitsfonds hinsichtlich des europarechtlich vorgesehenen Datenaustauschs. Er besorgt diese Aufgabe im übertragenen Wirkungsbereich und ist dabei an die Weisungen der Landesregierung gebunden.“

33. *Im § 60 Abs. 2 entfällt der letzte Satz.*

34. *Im § 60 Abs. 3 fünfter Satz wird die Zahl „7.“ durch den Ausdruck „zum 21.“ ersetzt.*

35. *Im § 60 Abs. 3 entfällt der letzte Satz.*

36. *§ 61 Abs. 2 bis 4 lauten:*

„(2) Die Auszahlung der Mittel für Ambulanzleistungen erfolgt ab 1. Jänner 2019 nach dem bundesweit einheitlichen Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich (LKF-ambulant). Für die Valorisierung der Ambulanz-Gebührenersätze gilt § 447f Abs. 1 ASVG.

(3) Die Fondskrankenanstalten haben quartalsweise eine Diagnosen- und Leistungsdokumentation im ambulanten Bereich gemäß § 6 des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen zu erstellen und dem Oö. Gesundheitsfonds zu übermitteln. Die Anweisung der Mittel durch den Oö. Gesundheitsfonds an die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten erfolgt zu den Terminen 21. April, 21. Juli, 21. Oktober und 21. Jänner des Folgejahres.

(4) Mit den Zahlungen gemäß Abs. 1 bis 3 sind sämtliche Ansprüche der Fondskrankenanstalten für erbrachte ambulante Leistungen gegenüber dem Oö. Gesundheitsfonds abgegolten.“

37. *Im § 61 entfallen die Abs. 5 und 6.*

38. Im § 69 Abs. 2 zweiter Satz wird das Wort „Hauptverband“ durch die Wortfolge „Dachverband der Sozialversicherungsträger“ ersetzt.

39. Im § 70 Abs. 1 Z 2 und 4 wird die Wortfolge „Hauptverbands der österreichischen“ durch die Wortfolge „Dachverbands der“ ersetzt.

40. Dem Text des § 84 wird die Absatzbezeichnung „(1)“ vorangestellt und dem Abs. 1 werden folgende Abs. 2 und 3 angefügt:

„(2) Psychiatrische Krankenanstalten und Abteilungen für Psychiatrie haben eine elektronische Dokumentation zu führen, die jedenfalls auch statistische Auswertungen ermöglicht und aus der tagesaktuell folgende Daten ersichtlich sind:

1. Name der untergebrachten Personen,
2. weitergehende Beschränkungen (§ 33 Abs. 3 UbG) bei Personen nach Z 1,
3. Beginn und Ende der Unterbringung und der weitergehenden Beschränkungen,
4. anordnende Ärztin bzw. anordnender Arzt,
5. allfällige Verletzungen, die die untergebrachte Person oder das Personal im Zusammenhang mit weitergehenden Beschränkungen erlitten haben.

(3) Zur Sicherstellung des Kontrollzwecks dürfen in die Dokumentation nach Abs. 2 die Volksanwaltschaft und die Mitglieder der von ihr eingesetzten Kommissionen (Art. 148h Abs. 3 B-VG) und internationale Besuchsmechanismen (CPT und CAT) Einsicht nehmen.“

41. § 88 Abs. 1 Z 1 lautet:

„1. § 49 (Leichenöffnungen) mit der Maßgabe, dass Obduktionen durchzuführen sind, wenn diese wegen diagnostischer Unklarheiten des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffs erforderlich sind. Über jede Leichenöffnung ist eine Niederschrift aufzunehmen;“

42. Im § 88a Abs. 1 Z 1 wird die Wortfolge „örtlich zuständige Gebietskrankenkasse“ durch die Wortfolge „Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse“ ersetzt.

43. § 94 Abs. 1 lautet:

„(1) Die Rechtsträger der Krankenanstalten sind ermächtigt, zum Zweck der Wahrnehmung der den Krankenanstalten gesetzlich übertragenen Aufgaben die dafür erforderlichen personenbezogenen Daten zum Zweck der Dokumentation und Auskunftserteilung (§ 21) und der Abrechnung (§§ 59 bis 62 und § 88 Abs. 3) unter Einhaltung der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung) zu verarbeiten.“

44. Im § 94 wird nach Abs. 2 folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Abs. 1 sind die Pflichten und Rechte gemäß Art. 13, 14, 18 und 21 der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung) ausgeschlossen. Personenbezogene Daten gemäß Abs. 1, die der Geltendmachung, Ausübung und Verteidigung von Rechtsansprüchen dienen, dürfen jedenfalls bis zu 30 Jahre gespeichert und gegebenenfalls sonst verarbeitet werden.“

Artikel II

Das Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, LGBl. Nr. 83/2013, in der Fassung des Landesgesetzes LGBl. Nr. 96/2017, wird wie folgt geändert:

1. Im § 5 Abs. 3 wird die Wortfolge „der Obfrau bzw. dem Obmann der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse“ durch die Wortfolge „der bzw. dem Vorsitzenden des Landesstellenausschusses der ÖGK“ ersetzt.

2. Im § 6 Abs. 1 Z 11 wird die Wortfolge „Hauptverband der österreichischen“ durch die Wortfolge „Dachverband der“ ersetzt.

3. Im § 6 Abs. 5 wird die Wortfolge „die Obfrau oder der Obmann der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse“ durch die Wortfolge „die oder der Vorsitzende des Landesstellenausschusses der ÖGK“ ersetzt.

4. Im § 10 Abs. 2 wird die Wortfolge „der Obfrau oder dem Obmann der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse“ durch die Wortfolge „der bzw. dem Vorsitzenden des Landesstellenausschusses der ÖGK“ ersetzt.

Artikel III

(1) Artikel I tritt mit Ablauf des Tages seiner Kundmachung im Landesgesetzblatt für Oberösterreich in Kraft, soweit im Abs. 2 nichts anderes bestimmt ist.

(2) Die Bestimmungen des Artikel I Z 10, 11, 13, 30, 38, 39 und 42 sowie des Artikel II treten mit 1. Jänner 2020 in Kraft.

(3) Die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Landesgesetzes bestehenden Satellitendepartments für Unfallchirurgie sowie Departments für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie sind bis spätestens 1. Jänner 2021 in eine zulässige Organisationsform umzuwandeln.