

Vorlage der Landesregierung

Gesetz

vom, mit dem das Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000
geändert wird

Der Salzburger Landtag hat beschlossen:

Das Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 – SKAG, LGBl Nr 24/2000, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBl Nr 109/2008, wird geändert wie folgt:

1. Im § 21 Abs 1 wird in der Z 12 das Zitat „§ 26 Ärztegesetz 1984“ durch das Zitat „§ 54 Ärztegesetz 1998“ ersetzt.
2. Im § 22 Abs 9 wird das Zitat „§ 172 LAO“ durch das Zitat „§ 229 BAO“ ersetzt.
3. Im § 27 Abs 2 werden die Z 2 bis 4 durch folgende Bestimmungen ersetzt:
 - „2. In Zentralkrankenanstalten muss mit Ausnahme der Sonderfächer Medizinische und Chemische Labordiagnostik, Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation sowie Pathologie uneingeschränkt eine Anwesenheit von Fachärzten aller in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben sein. Im Bereich Strahlentherapie-Radioonkologie/Nuklearmedizin ist dabei die Anwesenheit eines Facharztes aus einem der beiden Sonderfächer ausreichend. Im Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie wird das Erfordernis auch durch die Anwesenheit eines Facharztes für Psychiatrie oder Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin erfüllt.
 3. In Schwerpunktkrankenanstalten müssen jedenfalls in Abteilungen und Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Psychiatrie und Unfallchirurgie ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in der Anstalt dauernd anwesend sein; im Übrigen kann im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist.

4. In Standardkrankenanstalten muss im Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst jederzeit eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen in der Krankenanstalt anwesenden Facharzt aus den Sonderfächern Anästhesiologie und Intensivmedizin oder Chirurgie oder Innere Medizin oder Unfallchirurgie gewährleistet sowie eine Rufbereitschaft von Fachärzten der jeweiligen sonst in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben sein; im Übrigen müssen auch in Standardkrankenanstalten Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer in der Anstalt dauernd anwesend sein.
5. In Fachschwerpunkten kann außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist.
6. In Sanatorien muss jederzeit eine sofortige medizinische Versorgung durch einen in der Krankenanstalt anwesenden Facharzt oder Arzt für Allgemeinmedizin (notfallmedizinische Versorgung gemäß § 40 Abs 1 Ärztegesetz 1998) gewährleistet sowie eine Rufbereitschaft von Fachärzten der jeweils in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben sein, sofern verbindliche Qualitätskriterien nicht zwingend eine andere ärztliche Anwesenheit erfordern.
7. In Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien für physikalische Therapie, in denen keine Turnusärzte ausgebildet werden, kann an Stelle einer dauernden ärztlichen Anwesenheit der ärztliche Dienst so organisiert sein, dass ärztliche Hilfe (notfallmedizinische Versorgung gemäß § 40 Abs 1 Ärztegesetz 1998) jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige tägliche Anwesenheit die Erteilung der erforderlichen Anordnungen für das Personal nach dem MTD-Gesetz und für Heilmasseur nach dem MMHmG sowie neben den ärztlichen Anordnungen auch die erforderliche Aufsicht über die medizinischen Masseur nach dem MMHmG und das Personal nach dem MTF-SHD-Gesetz gewährleistet ist.
8. Die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte müssen sich im erforderlichen Ausmaß fortbilden können.
9. In Krankenanstalten bzw Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, muss die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet sein.“

4. Im § 35 Abs 2 wird nach der Z 9 eingefügt:

„9a. Niederschriften über Entnahmen nach § 62a KAKuG und § 4 Abs 5 des Gewebesicherheitsgesetzes;“

5. Im § 39 Abs 1 wird die Wortfolge „gemäß dem Ärztegesetz 1984“ durch die Wortfolge „gemäß dem Ärztegesetz 1998“ ersetzt.

6. Im § 94 werden die Z 1 bis 25 durch folgende Bestimmungen ersetzt:

- „1. Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB), JGS Nr 946/1811, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 75/2009;
2. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl Nr 189/1955, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 147/2009;
3. Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 (AVG), BGBl Nr 51, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 20/2009;
4. Apothekengesetz, RGG Nr 5/1907, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 135/2009;
5. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, BGBl Nr 450/1994, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 147/2006;
6. Arbeitskräfteüberlassungsgesetz (AÜG), BGBl Nr 196/1988, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 70/2009;
7. Arzneimittelgesetz, BGBl Nr 185/1983, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 63/2009;
8. Ärztegesetz 1998, BGBl I Nr 169, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 144/2009;
9. Asylgesetz 2005 (AsylG 2005), BGBl I Nr 106, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 29/2009;
10. Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG), BGBl Nr 200/1967, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 147/2009;
11. Bundesabgabenordnung (BAO), BGBl Nr 194/1961, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 9/2010;
12. Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl Nr 460/1992, zuletzt geändert durch das Gesetzes BGBl I Nr 101/2008;
13. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl Nr 1/1957, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 124/2009;
14. Datenschutzgesetz 2000 (DSG 2000), BGBl I Nr 165/1999, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 2/2008;
15. Diagnose- und Leistungsdokumentationsverordnung, BGBl II Nr 589/2003;
16. Finanzausgleichsgesetz 2008 (FAG 2008), BGBl I Nr 103/2007, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 85/2008;
17. Gewebesicherheitsgesetz, BGBl. I Nr. 49/2008, zuletzt geändert durch das Gesetz 63/2009;
18. Heeresversorgungsgesetz (HVG), BGBl Nr 27/1964, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 129/2008;
19. Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten, BGBl II Nr 18/2007, zuletzt geändert durch die Verordnung BGBl II Nr 18/2007;

20. Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz (MMHmG), BGBl I Nr 169/2002, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 57/2008;
21. MTF-SHD-Gesetz, BGBl Nr 102/1961, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 57/2008;
22. Patientenverfügungs-Gesetz (PatVG), BGBl I Nr 55/2006;
23. Statistikverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten, BGBl II Nr 639/2003, geändert durch die Verordnung BGBl II Nr 406/2009;
24. Strahlenschutzgesetz (StrSchG), BGBl Nr 227/1969, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 13/2006;
25. Universitätsgesetz 2002, BGBl I Nr 120, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 81/2009;
26. Unterbringungsgesetz (UbG), BGBl Nr 155/1990, in der Fassung des Gesetzes BGBl I Nr 12/1997;
27. Verwaltungsvollstreckungsgesetz 1991 (VVG), BGBl Nr 53, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 3/2008.“

7. Im § 98 wird angefügt:

„(8) Die §§ 21 Abs 1, 27 Abs 2, 35 Abs 2, 39 Abs 1 und 94 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr/..... treten mit 1. Jänner 2011 in Kraft.“

Erläuterungen

1. Allgemeines:

Der Gesetzesvorschlag zur Änderung des Salzburger Krankenanstaltengesetzes dient der Ausführung der grundsatzgesetzlichen Bestimmungen des KAKuG (Novellen BGBl Nr 751/1996, I Nr 5/2001 und BGBl I Nr 49/2008); außerdem werden erforderliche Zitateanpassungen vorgenommen.

Mit dem Gesetz BGBl Nr 751/1996 (KAG-Novelle 1996) wurden ua die Grundsatzbestimmungen über die Einrichtung des ärztlichen Dienstes in Krankenanstalten grundlegend neu gestaltet. Differenziert nach Krankenanstaltentyp sieht § 8 Abs 1 KAKuG seither eine abgestufte ärztliche Anwesenheit vor, die von einer uneingeschränkten Anwesenheit von Fachärztinnen und -ärzten aller in Betracht kommenden Fachrichtungen in Zentralkrankenanstalten bis zur Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe in Ambulatorien reicht.

Die landesrechtliche Ausführung dieser Grundsatzbestimmungen erwies sich als schwierig, da mit massiven Mehrkosten insbesondere für die Standardkrankenanstalten zu rechnen war. Die Notfallversorgung im Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst in diesen Krankenanstalten wurde bzw wird noch immer durch Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin geleistet. Dies wäre aber nach der Umsetzung von Art I Z 7 der KAG-Novelle 1996 unzulässig, da nur die Anwesenheit von Fachärztinnen oder -ärzten den Erfordernissen genügt. In die Beurteilung, ob die Bestimmungen über die Einrichtung des ärztlichen Dienstes aus dem Bundesgrundsatzgesetz übernommen werden sollten, ist auch der Gesichtspunkt eingeflossen, dass für die Erstbeurteilung in einer Notfallsituation oft den Patientinnen oder Patienten mit einer Ärztin oder einem Arzt für Allgemeinmedizin im Hinblick auf deren bzw dessen breites medizinisches Wissen besser gedient ist als mit einer Fachärztin bzw einem Facharzt. Diese Überlegungen haben zusammengefasst zur Entscheidung geführt, die bisher bestehende landesrechtliche Regelung über den ärztlichen Dienst (§ 27 SKAG) unverändert zu lassen.

In der Begründung eines jüngst ergangenen arbeitsgerichtlichen Urteils (9 ObA 53/08x) hat jedoch der OGH völlig überraschend dargelegt, dass die nach der geltenden Salzburger Rechtslage erforderliche sofortige Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe (§ 27 Abs 2 Z 1 SKAG) im Sinn einer dauernden Facharztanwesenheit zu interpretieren sei. Die Anwesenheit einer Ärztin bzw eines Arztes für Allgemeinmedizin genügt offenbar nach Ansicht des OGH nicht, um ärztliche Hilfe im Sinn dieser Bestimmung sicher zu stellen. Diese Interpretation des § 27 Abs 2 Z 1 SKAG würde für die Träger von Standardkrankenanstalten eine noch höhere Kostenbelastung verursachen, als dies durch die Umsetzung von Art I Z 7 der KAG-Novelle 1996 der Fall wäre. Aus diesem Grund und um für die Krankenanstalten für die Zukunft Rechtssicherheit über das tatsächlich erforderliche Ausmaß der Facharztanwesenheit zu schaffen, wird vorgeschlagen, eine dem § 8 Abs 1 KAKuG entsprechende Regelung auch im Landesrecht vorzusehen (Z 2).

Neben diesem Hauptinhalt enthält der Gesetzentwurf noch eine Ausführungsbestimmung zu der anlässlich der Erlassung des Gewebesicherheitsgesetzes, BGBl I Nr 49/2008, vorgenommenen Änderung im § 10 KAKuG (Ergänzung der Krankengeschichte um Niederschriften zu allfälligen Gewebeentnahmen) und einige Zitataktualisierungen.

2. Verfassungsrechtliche Grundlage:

Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG.

3. Übereinstimmung mit dem EU-Recht:

Der Gesetzentwurf sieht nur Regelungen vor, die nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union fallen.

4. Kostenfolgen:

Von den vorgeschlagenen Änderungen wird nur die Z 2 (ärztliche Anwesenheit) Kostenfolgen haben, wobei gleichermaßen **öffentliche** als auch **nicht öffentliche** Krankenanstalten betroffen sind. Für die über den SAGES finanzierten Krankenanstalten sind in Vorbereitung des Gesetzentwurfs Kostenfolgen ermittelt worden. Die folgenden Ausführungen gehen auf Schätzungen der Verwaltungsdirektoren zurück, wobei vom Aö Krankenhaus Hallein keine Äußerungen vorliegen.

Landeskrankenhaus Salzburg – Universitätsklinikum der PMU:	keine Auswirkungen unter Berücksichtigung der im Begutachtungsverfahren angeregten Sonderregelungen;
Christian-Doppler-Klinik - Universitätsklinikum der PMU:	dauernde Facharztanwesenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie;
Landesklinik St. Veit:	zusätzliche Dienstposten im Bereich der Inneren Medizin, ca 110.000 € jährlich;
Aö Krankenhaus der Barmherzigen Brüder:	keine Auswirkungen;
Aö Krankenhaus Zell am See:	keine unmittelbaren Auswirkungen, als indirekte Auswirkung wird aber befürchtet, dass der Druck in Richtung fachärztliche Anwesenheit rund um die Uhr für alle Fachrichtungen zunehmen wird;

Aö Krankenhaus Mittersill:	Mehrkosten von ca 70.000 € pro Jahr;
Aö Krankenhaus Oberndorf:	Mehrkosten von ca 320.000 € pro Jahr durch Erhöhung der Dienstposten um drei Facharztstellen. Dem steht eine Kostenreduktion um ca 80.000 € durch den Entfall einer weniger hoch bewerteten Arztstelle gegenüber.
Aö Krankenhaus Tamsweg:	Mehrkosten von ca 177.000 € pro Jahr;
Aö Krankenhaus Schwarzach:	fünf zusätzliche Facharztstellen im Bereich der Psychiatrie, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Kinder- und Jugendheilkunde mit Mehrkosten zwischen 375.000 € und 500.000 € je nach Anzahl der Dienste.

Zusammen wird die Umsetzung der Bestimmung des § 8 Abs 1 KAKuG für **öffentliche** Krankenanstalten Mehrkosten in der Höhe von ca 972.000 € bis 1.115.000 € pro Jahr (ohne KH Hallein) zur Folge haben. Außerdem ist zu befürchten, dass die derzeit vorgehaltenen Ausbildungsstellen für Sonderfächer reduziert werden müssen, ohne dass die zusätzlichen Ressourcen anders als zur Sicherstellung der fachärztlichen Anwesenheit genützt werden können.

5. Ergebnis des Begutachtungsverfahrens:

Entsprechend der im Pkt 1 der Erläuterungen geschilderten schwierigen Ausgangslage sind auch die im Begutachtungsverfahren eingelangten Stellungnahmen zum Teil kritisch bis ablehnend. Dies gilt insbesondere für die für Sanatorien vorgeschlagene Lösung (im Entwurf: Gleichstellung mit Standardkrankenanstalten), die sowohl von der Wirtschaftskammer Salzburg als auch vom Evangelischen Diakoniewerk negativ beurteilt worden ist. Während die Wirtschaftskammer eine gesetzliche Sonderregelung für Sanatorien überhaupt ablehnt, hat das Evangelische Diakoniewerk in einer differenzierteren Stellungnahme eine rechtliche Klarstellung grundsätzlich begrüßt. Eine solche wird auch trotz der Einwände der Wirtschaftskammer für erforderlich erachtet, da sich zwar das im Pkt 1 der Erläuterungen zitierte Urteil des OGH formal nur auf Standardkrankenanstalten bezogen hat, jedoch zu einer gesetzlichen Bestimmung ergangen ist, die auf alle (private und öffentliche) Krankenanstalten Anwendung findet. Aus diesem

Grund enthält die Vorlage in Z 2 (§ 27 Abs 2 Z 6 SKAG) nunmehr einen Regelungsvorschlag für Sanatorien, der keine Gleichstellung mit Standardkrankenanstalten mehr vorsieht, sondern inhaltlich dem Vorschlag des Evangelischen Diakoniewerkes entspricht.

Die Finanzabteilung des Amtes der Landesregierung spricht sich grundsätzlich gegen das Vorhaben aus und wendet ein, dass das eingangs erwähnte OGH-Urteil kein ausreichender Grund für sei, die bisherige Sichtweise – ärztliche Hilfe kann auch von einer Ärztin oder einem Arzt für Allgemeinmedizin geleistet werden – aufzugeben, weil „der OGH ein Zivil- und Strafgericht ist, das im gegebenen Anlassfall einer arbeitsrechtlichen Auseinandersetzung seine Rechtsmeinung auch zu einer dem öffentlichen Recht zugehörigen Frage kundgetan hat, die aber keine über diesen Fall hinausreichende Wirkung zeitigt.“ Dieser Ansicht ist entgegenzuhalten, dass dem zitierten Urteil eben die Wertung des zivil- und strafgerichtlichen Höchstgerichtes entnommen werden kann, dass (zumindest) die Organisation des ärztlichen Dienstes in Standardkrankenanstalten im Land Salzburg derzeit eindeutig rechtswidrig ist. Ohne gesetzliche Klärstellung könnte ein nach Ansicht des Höchstgerichtes rechtskonformer Zustand nur durch die Sicherstellung der Facharztanwesenheit in allen (!) in Betracht kommenden Fächern hergestellt werden, wäre also wohl unfinanzierbar. Das auch nur fahrlässige Beibehalten des klar als rechtswidrig erkannten Zustandes setzt jedoch alle Beteiligten der Gefahr der zivil- oder auch strafgerichtlichen Verantwortlichkeit aus. Die entstehende Rechtsunsicherheit wäre für alle Verantwortungsträgerinnen und -träger unzumutbar, daher wird die Ausführung der grundsatzgesetzlichen Vorgaben trotz aller finanziellen Bedenken nach wie vor vorgeschlagen.

Die Geschäftsführung der SALK hat darauf hingewiesen, dass sowohl im Landeskrankenhaus Salzburg – Universitätsklinikum der PMU als auch in der Christian-Doppler-Klinik – Universitätsklinikum der PMU auch Organisationseinheiten bestehen, in denen keinerlei Bedarf für eine ununterbrochene Facharztanwesenheit besteht (Physikalische Medizin, Labor, Transfusionsmedizin, Pathologie). Die Festlegung, dass diese Fächer nicht als gemäß § 8 Abs 1 Z 2 KAKuG „in Betracht kommende“ Sonderfächer anzusehen sind und daher keine durchgehende Facharztanwesenheit erforderlich ist, soll im Gesetz erfolgen, um im Sinn des vorstehend zu den Ausführungen der Finanzabteilung dargelegten Erfordernisses der Rechtssicherheit die Verantwortung für sinnvolle Organisationsstrukturen nicht auf die Vollziehung abzuwälzen. Aus den gleichen Überlegungen heraus wird im Gesetz klargestellt, dass im Bereich Strahlentherapie-Radioonkologie/Nuklearmedizin die durchgehende Anwesenheit einer Fachärztin bzw eines Facharztes aus einer der beiden Abteilungen ausreicht. Einen Sonderfall stellt das Sonderfach für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Christian-Doppler-Klinik dar, in dem auf Grund des Mangels an einschlägig ausgebildeten Fachärztinnen und -ärzten keine durchgehende Facharztanwesenheit organisiert werden kann, obwohl eine solche aus fachlichen Gründen erforderlich wäre. Als Kompromisslösung ist in der Z 2 (§ 27 Abs 2 Z 2 SKAG) nun vorgesehen, dass an Stelle von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie auch Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie eingesetzt werden können.

6. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen:

Zu den Z 1 und 5:

Die Zitate des Ärztegesetzes (1998) werden aktualisiert.

Zu Z 2:

Auf Grund des § 7 Abs 6 F-VG 1948, der mit dem Gesetz BGBl I Nr 103/2007 neu geschaffen worden und mit 1. Jänner 2010 in Kraft getreten ist, fällt die Regelung des Abgabenvorgangs weitgehend in die Kompetenz des Bundesgesetzgebers. Soweit durch Bundesgesetz nicht anderes bestimmt wird, treten mit diesem Zeitpunkt in den Angelegenheiten des § 7 Abs 6 bestehende landesrechtliche Vorschriften außer Kraft (§ 17 Abs 3d letzter Satz F-VG 1948). Das bedeutet die weitgehende Außerkraftsetzung der Salzburger Landesabgabenordnung (LAO). Die Verweisung auf die bisher den Rückstandsausweis regelnde Bestimmung (§ 172 LAO) ist daher durch eine Verweisung auf die entsprechende Bestimmung der BAO (dort: § 229) zu ersetzen.

Zu Z 3:

Zur grundsätzlichen Problematik der Umsetzung von Art I Z 7 der KAG-Novelle 1996 wird auf Pkt 1 und 4 der Erläuterungen verwiesen. Der vorgeschlagene Text orientiert sich weitgehend am Bundesgrundsatzgesetz. Ergänzend wird für Sanatorien eine rechtliche Klarstellung vorgesehen, die auf eine Anregung des Evangelischen Diakoniewerkes im Begutachtungsverfahren zurückgeht (§ 27 Abs 2 Z 6 SKAG).

§ 27 Abs 2 Z 1 SKAG 2000 kann unverändert bleiben; in jeden Krankenanstaltentyp, für den keine Sonderregelung gilt (zB für Sonderkrankenanstalten, § 2 Abs 1 Z 2 SKAG 2000), muss ärztliche Hilfe zumindest jederzeit erreichbar sein (siehe auch § 8 Abs 1 Z 1 KAKuG). Die nachfolgenden Bestimmungen entsprechen den grundsatzgesetzlichen Vorgaben für die verschiedenen Formen der allgemeinen Krankenanstalten (Z 2 bis 4) mit den unter Pkt 5 näher erläuterten Abweichungen. Die Bezeichnungen der jeweiligen Sonderfächer entsprechen den Vorgaben der Ärztinnen-/Ärzteausbildungsordnung 2006 – ÄAO 2006, BGBl II Nr 286/2006. Die Z 5 enthält eine ergänzende Sonderbestimmung für die mit dem Gesetz BGBl I Nr 5/2001 neu vorgesehenen Fachschwerpunkte, die als Einrichtungen mit beschränktem Leistungsangebot konzipiert sind und daher auch nur eine weniger intensive Facharztanwesenheit erfordern. Die Z 7 und 8 SKAG 2000 entsprechen dem geltenden Recht (bisher § 27 Abs 2 Z 3 und 4 SKAG 2000).

Da sich der vorgeschlagene Text eng an das Bundesgrundsatzgesetz anlehnt, wird zur Erläuterung der in den Z 2 bis 4 vorgeschlagenen Bestimmungen auf folgende Erläuterungen der Re-

gierungsvorlage zum Gesetz BGBl Nr 751/1996 (Nr 379 BlgNR XX. GP) verwiesen: „In Zentralkrankenanstalten, die an der Spitze der Versorgungshierarchie stehen, ist weiterhin eine ständige Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer erforderlich. In Schwerpunktkrankenanstalten ist in bestimmten Abteilungen und Organisationseinheiten ebenfalls eine Dauerfacharztpräsenz rund um die Uhr erforderlich. Die Anführung der Abteilungen für Psychiatrie ergibt sich insbesondere auch aus den Bestimmungen des Unterbringungsgesetzes, das eine ‚unverzögliche‘ fachärztliche Untersuchung eines potentiell Unterzubringenden fordert. In den in Z 3 nicht explizit angeführten Abteilungen und Organisationseinheiten von Schwerpunktkrankenanstalten kann im Nachtdienst und vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst der ärztliche Dienst ohne ständige Anwesenheit von Fachärzten der einschlägigen Sonderfächer organisiert sein, wenn für sie eine Rufbereitschaft eingerichtet ist. Das Wort ‚vorübergehend‘ im Zusammenhang mit dem Wochenend- und Feiertagsdienst soll sicherstellen, dass in der Zeit von Freitag abends bis Montag früh Fachärzte zumindest für Visiten die Abteilung aufsuchen. Dies ist im Interesse der Patienten erforderlich. Auch in Standardkrankenanstalten ist im Tagdienst eine ständige Facharztpräsenz in allen Abteilungen bzw Organisationseinheiten erforderlich. Im Nachtdienst und Wochenend- und Feiertagsdienst ist es ausreichend, wenn eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch **einen** Facharzt aus den in Z 4 angeführten Sonderfächern gegeben ist und für die Fachärzte der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer Rufbereitschaft besteht.“

Die Z 5 führt die mit dem Gesetz BGBl I Nr 5/2001 getroffenen Regelungen für die Fachschwerpunkte aus, die im Rahmen der ÖKAP/GGP-Revision 2001 als neue Organisationsform im stationären Bereich vorgesehen worden sind. Grund dafür war, dass in Regionen, in denen wegen geringer Besiedlungsdichte die erforderliche Auslastung einer Abteilung nicht gegeben ist, trotzdem eine Krankenhauseinrichtung mit beschränktem Leistungsangebot weiter geführt werden soll. Entsprechend diesem beschränkten Leistungsangebot werden diese Einrichtungen grundsätzlich mit fixen Betriebszeiten geführt, außerhalb der fixen Betriebszeiten ist eine Rufbereitschaft vorgesehen (vgl die Erläuternden Bemerkungen der Regierungsvorlage Nr 396 BlgNR XXI. GP).

Die Z 6 enthält, wie im Pkt 5 der Erläuterungen bereits dargelegt worden ist, eine Sonderbestimmung für Sanatorien, die im Begutachtungsverfahren vom Evangelischen Diakoniewerk angeregt worden ist. Die Bestimmung gewährt den Krankenanstaltenträgern einen breiten Spielraum für die Ausgestaltung der ärztlichen Anwesenheit bzw Rufbereitschaft. Zu beachten ist allerdings auch, dass gemäß § 31 Abs 3 Z 3 des Ärztegesetzes 1998 nur Fachärztinnen bzw Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin und Unfallchirurgie mit entsprechender Zusatzausbildung in Krankenanstalten in der Notfallversorgung eingesetzt werden dürfen. Diese ärztrechtlichen Rahmenbedingungen können auf Landesebene nicht modifiziert werden. Der im letzten Halbsatz enthaltene Hinweis auf mögliche weiter gehende Anforderungen bezieht sich auf die über den PRIKRAF (Privatkrankenanstalten-

Finanzierungsfondsgesetz – PRIKRAF-G, BGBl I Nr 165/2004 idgF) finanzierten Krankenanstalten (vgl die im Internet abrufbare Liste http://www.prikraf.at/organisation/liste_ka.htm), die grundsätzlich zur Einhaltung der im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2008 (ÖSG 2008) festgelegten Qualitätskriterien verpflichtet sind. Ungeachtet der gesetzlichen Bestimmungen über die Rufbereitschaft bleiben die Verpflichtungen der Belegärztin oder des Belegarztes gegenüber ihren bzw seinen Patientinnen und Patienten im Rahmen des Behandlungsvertrages aufrecht.

Zu Z 4:

Anlässlich der Neuerlassung des Gewebesicherheitsgesetzes, BGBl I Nr 49/2008, wurde auch eine geringfügige Änderung der im KAKuG enthaltenden Grundsatzbestimmungen vorgenommen, die hier umgesetzt wird. Gewebeentnahmen sind auch in der Krankengeschichte einer Patientin bzw eines Patienten festzuhalten.

Zu Z 6:

Die Auflistung jener bundesrechtlichen Normen, auf die das SKAG 2000 verweist, wird aktualisiert und um die Bundesabgabenordnung (vgl die Erläuterungen zu Z 2) das Gewebesicherheitsgesetz ergänzt.

Zu Z 7:

Die Änderungen sollen mit Jahreswechsel 2010/11 in Kraft treten.

Die Landesregierung stellt sohin den

Antrag,

der Salzburger Landtag wolle beschließen:

1. Das vorstehende Gesetz wird zum Beschluss erhoben.
2. Die Gesetzesvorlage wird dem Verfassungs- und Verwaltungsausschuss zur Beratung, Berichterstattung und Antragstellung zugewiesen.