



# Landesgesetzblatt für Tirol

Jahrgang 1995

Herausgegeben und versendet am 19. September 1995

25. Stück

82. Gesetz vom 5. Juli 1995, mit dem das Tiroler Krankenanstaltengesetz geändert wird

## 82. Gesetz vom 5. Juli 1995, mit dem das Tiroler Krankenanstaltengesetz geändert wird

Der Landtag hat beschlossen:

### Artikel I

Das Tiroler Krankenanstaltengesetz, LGBl. Nr. 5/1958, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBl. Nr. 77/1992, wird wie folgt geändert:

1. Der Abs. 1 des § 1 hat zu lauten:

„(1) Krankenanstalten sind Einrichtungen, die

a) zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung,

b) zur Vornahme operativer Eingriffe,

c) zur Vorbeugung gegen Krankheiten und zur Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,

d) zur Entbindung oder

e) für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe

bestimmt sind.“

2. Im Abs. 3 des § 1 hat die lit. c zu lauten:

„c) Heime für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen;“

3. Die §§ 2 und 2a haben zu lauten:

### „§ 2

Als Krankenanstalten gelten nicht:

a) Anstalten, die für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, sowie Krankenabteilungen in Justizanstalten;

b) Einrichtungen, die von Betrieben für die Leistung Erster Hilfe bereitgehalten werden, Einrichtungen der arbeitsmedizinischen Betreuung sowie arbeitsmedizinische Zentren;

c) Kuranstalten und Kureinrichtungen nach dem Tiroler Heilvorkommen- und Kurortegesetz, LGBl. Nr. 55/1961, in der jeweils geltenden Fassung.

### § 2a

(1) Allgemeine Krankenanstalten sind einzurichten als

a) Standardkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:

1. Chirurgie,
2. Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
3. Innere Medizin und
4. Kinder- und Jugendheilkunde.

Wenn ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde als ständiger Konsiliararzt für die Betreuung von Neugeborenen und für die Behandlung von Krankheiten des Kindes- und Jugendalters verpflichtet wird, kann eine bettenführende Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde entfallen. Weiters müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein und durch Fachärzte des betreffenden Sonderfaches betreut werden. In den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muß eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte des betreffenden Sonderfaches als Konsiliarärzte gesichert sein;

b) Schwerpunktkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:

1. Augenheilkunde und Optometrie,
2. Chirurgie,
3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe einschließlich Perinatalogie,
4. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten,
5. Haut- und Geschlechtskrankheiten,
6. Innere Medizin,
7. Kinder- und Jugendheilkunde einschließlich Neonatologie,
8. Neurologie,
9. Orthopädie und Orthopädische Chirurgie,

- 10. Psychiatrie,
- 11. Unfallchirurgie und
- 12. Urologie.

Weiters müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Hämodialyse, für Strahlendiagnostik, Strahlentherapie und Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin, für Reanimation und Intensivpflege und für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde vorhanden sein und durch Fachärzte des betreffenden Sonderfaches betreut werden. In den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muß eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte des betreffenden Sonderfaches als Konsiliarärzte gesichert sein. Ferner müssen eine Anstaltsapotheke, ein Pathologisches Institut sowie ein Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik geführt werden.

c) Zentralkrankenanstalten mit grundsätzlich allen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen.

(2) Krankenanstalten, die neben den Aufgaben nach § 1 ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Fakultät dienen, sind jedenfalls in diesem Umfang Zentralkrankenanstalten im Sinne des Abs. 1 lit. c.

(3) Die im Abs. 1 lit. a und b genannten Voraussetzungen gelten auch als erfüllt, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen zwar örtlich getrennt untergebracht, aber funktionell-organisatorisch verbunden sind.

(4) Mit Bewilligung der Landesregierung kann von der Errichtung einzelner der im Abs. 1 lit. a und b vorgesehenen Abteilungen abgesehen werden. Die Bewilligung ist zu erteilen, wenn in dem Einzugsbereich, für den die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen bereits in einer anderen Krankenanstalt bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist. Die Bewilligung kann befristet erteilt werden.“

4. § 3 hat zu lauten:

„§ 3

(1) Die Errichtung einer Krankenanstalt bedarf der Bewilligung der Landesregierung (Errichtungsbewilligung), soweit im Abs. 6 nichts anderes bestimmt ist. Um die Erteilung der Errichtungsbewilligung ist schriftlich anzusuchen.

(2) Im Ansuchen um die Erteilung der Errichtungsbewilligung sind die Bezeichnung der Anstalt, der Anstaltszweck, das vorge-

sehene Leistungsangebot und allenfalls vorge-sehene Leistungsschwerpunkte genau anzugeben. Dem Ansuchen sind folgende Unterlagen anzuschließen:

a) die zur Beurteilung des Vorhabens erforderlichen Planunterlagen, wie Lagepläne, Baupläne, Baubeschreibungen und dergleichen, je in dreifacher Ausfertigung; für Inhalt und Form dieser Planunterlagen gilt die Planunterlagenverordnung, LGBl. Nr. 8/1976, sinngemäß;

b) ein Verzeichnis, aus dem die Anzahl der Anstaltsräume, getrennt nach ihrem Verwendungszweck, ersichtlich ist;

c) Pläne und Beschreibungen für die technischen Einrichtungen sowie ein Verzeichnis der wesentlichen medizinisch-technischen Apparate, je in dreifacher Ausfertigung;

d) bei bettenführenden Krankenanstalten ein Verzeichnis über den Bettenstand für die Schlafräume der Pflinglinge und des Anstaltspersonals.

Die Behörde kann die Vorlage weiterer Unterlagen, die für die Beurteilung der Zulässigkeit des Vorhabens nach diesem Gesetz und den Verordnungen auf Grund dieses Gesetzes erforderlich sind, verlangen.

(3) Vor der Entscheidung über ein Ansuchen um die Erteilung der Errichtungsbewilligung ist der Landessanitätsrat zu hören. Weiters ist ein Gutachten des Landeshauptmannes einzuholen, das zum Ansuchen vom Standpunkt der sanitären Aufsicht Stellung nimmt.

(4) Im Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung einschließlich eines allfälligen Verfahrens nach § 3a Abs. 7 haben, soweit im Abs. 5 nichts anderes bestimmt ist, hinsichtlich des nach § 3a Abs. 2 lit. a zu prüfenden Bedarfes

a) die gesetzliche Interessenvertretung der privaten Krankenanstalten,

b) die betroffenen Sozialversicherungsträger und

c) bei selbständigen Ambulatorien auch die Ärztekammer für Tirol, bei Zahnambulatorien auch die Österreichische Dentistenkammer

Parteistellung im Sinne des § 8 des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991, BGBl. Nr. 51, und das Recht der Beschwerde an den Verwaltungsgerichtshof.

(5) Im Verfahren zur Erteilung der Bewilligung für die Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums durch einen Krankenversicherungsträger hat die Ärztekammer für Tirol, bei Zahnambulatorien auch die Österreichische Dentistenkammer, Parteistellung im

Sinne des § 8 des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1991 und das Recht der Beschwerde an den Verwaltungsgerichtshof, wenn

a) über das Vorhaben ein Einvernehmen im Sinne des § 339 ASVG nicht erzielt wurde,

b) das Ansuchen nicht mit dem nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmen übereinstimmt oder

c) die Entscheidung über das Ansuchen über den Inhalt des nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmens hinausgeht.

(6) Die Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger bedarf keiner Bewilligung. Beabsichtigt ein Sozialversicherungsträger die Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt, so hat er dies der Landesregierung vor dem Baubeginn schriftlich anzuzeigen.“

5. Die Abs. 2 und 3 des § 3a haben zu lauten:

„(2) Die Errichtungsbewilligung ist, soweit im Abs. 5 nichts anderes bestimmt ist, zu erteilen, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

a) Für die vorgesehene Krankenanstalt muß nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem vorgesehenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot durch öffentliche, private gemeinnützige und sonstige Krankenanstalten mit Kassenverträgen, bei Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums auch im Hinblick auf das bestehende Versorgungsangebot durch niedergelassene Kassenvertragsärzte, kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen sowie bei Errichtung eines Zahnambulatoriums auch im Hinblick auf das bestehende Versorgungsangebot durch niedergelassene Dentisten mit Kassenvertrag, ein Bedarf gegeben sein. Bei den Krankenanstalten nach § 62a Abs. 2 ist für die Beurteilung des Bedarfes der Tiroler Krankenanstaltenplan maßgebend.

b) Das Eigentum an der für die Krankenanstalt vorgesehenen Betriebsanlage oder das sonstige Recht zu deren Benützung muß nachgewiesen oder zumindest glaubhaft gemacht werden.

c) Das Gebäude, das als Betriebsanlage für die Krankenanstalt dienen soll, muß den für solche Gebäude geltenden bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen.

d) Die vorgesehene Ausstattung mit medizinisch-technischen Apparaten und die vorgese-

hene personelle Ausstattung muß den nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft an eine Krankenanstalt der vorgesehenen Art zu stellenden Anforderungen entsprechen.

e) Es muß eine den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft entsprechende ärztliche Behandlung gewährleistet sein.

f) Der Bewilligungswerber muß eigenberechtigt und verlässlich sein. Bei juristischen Personen, eingetragenen Erwerbsgesellschaften und Personengesellschaften des Handelsrechtes muß die zur Vertretung nach außen berufene Person diese Voraussetzungen erfüllen. Als nicht verlässlich sind insbesondere Personen anzusehen, die

1. nach § 13 der Gewerbeordnung 1994, BGBl. Nr. 194, von der Ausübung eines Gewerbes auszuschließen sind oder

2. wegen Übertretung von Vorschriften auf dem Gebiet des Krankenanstaltenrechtes oder des Gesundheitswesens rechtskräftig bestraft worden sind und von denen deshalb ein ordnungsgemäßer Anstaltsbetrieb nicht erwartet werden kann.

(3) Die Errichtungsbewilligung ist mit Auflagen oder unter Bedingungen zu erteilen, soweit dies zur Erfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 2 und zur Gewährleistung einer den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft entsprechenden ärztlichen Behandlung oder aus anderen öffentlichen Interessen, insbesondere im Interesse der bestmöglichen gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung, erforderlich ist. Die Errichtungsbewilligung ist jedenfalls unter der Bedingung zu erteilen, daß innerhalb eines angemessenen festzusetzenden Zeitraumes um die Betriebsbewilligung angesucht wird. Diese Frist kann von der Landesregierung bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Gründe verlängert werden. Nach dem Ablauf dieser Frist erlischt die Errichtungsbewilligung.“

6. Im § 3a wird folgende Bestimmung als Abs.7 angefügt:

„(7) Vor dem Ansuchen um die Erteilung der Errichtungsbewilligung kann der Bewilligungswerber bei der Landesregierung schriftlich um die Feststellung des Bedarfes nach Abs. 2 lit. a ansuchen. In diesem Ansuchen sind die Bezeichnung der Anstalt, der Anstaltszweck, das vorgesehene Leistungsangebot und allenfalls vorgesehene Leistungsschwerpunkte anzugeben. Weiters hat der Bewilligungswerber glaubhaft zu machen, daß die Vorlage der Unterlagen

nach § 3 Abs. 2 lit. a bis d mit einem erheblichen wirtschaftlichen Aufwand verbunden wäre und die Feststellung des Bedarfes auch ohne diese Unterlagen erfolgen kann. Die Landesregierung kann die Vorlage von Unterlagen, die für die Beurteilung des Bedarfes erforderlich sind, verlangen. Die Landesregierung hat über ein Ansuchen nach dem ersten Satz mit schriftlichem Bescheid zu entscheiden. Ein Bescheid, mit dem der Bedarf für die vorgesehene Krankenanstalt festgestellt wird, tritt nach dem Ablauf von drei Jahren nach seiner Erlassung außer Kraft.“

7. Im Abs. 2 des § 4 hat die lit. b zu lauten:

„b) Die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen technischen Einrichtungen und medizinisch-technischen Apparate müssen vorhanden sein und die Betriebsanlage sowie alle medizinisch-technischen Apparate und technischen Einrichtungen müssen den sicherheitstechnischen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen.“

Der Träger der Krankenanstalt hat der Behörde zum Nachweis der Erfüllung der sicherheitstechnischen Vorschriften die allenfalls erforderliche Baubewilligung, eine Bestätigung des Technischen Sicherheitsbeauftragten über die vorschriftsmäßige Ausführung der technischen Einrichtungen und medizinisch-technischen Apparate sowie erforderlichenfalls auf Verlangen der Behörde ein sicherheitstechnisches Gutachten und ein krankenhaushygienisches Gutachten vorzulegen.“

8. Im Abs. 2 des § 4 hat in der lit. d der zweite Satz zu lauten:

„Für die Führung der im § 11 Abs. 2 genannten Organisationseinheiten der Krankenanstalt müssen geeignete Ärzte zur Verfügung stehen.“

9. Im § 4 wird folgende Bestimmung als Abs. 6 angefügt:

„(6) Stellt sich nach der Erteilung der Betriebsbewilligung heraus, daß die Betriebsanlage, technische Einrichtungen oder medizinisch-technische Apparate den sicherheitstechnischen oder gesundheitspolizeilichen Vorschriften nicht entsprechen, so hat die Landesregierung andere oder zusätzliche Auflagen vorzuschreiben, soweit dies zur Vermeidung einer Gefahr für das Leben oder die Gesundheit von Menschen erforderlich ist.“

10. Der Abs. 2 des § 5 hat zu lauten:

„(2) Eine wesentliche Änderung liegt vor,  
a) wenn die Betriebsanlage oder ein Teil davon verlegt wird,

b) bei einem Zu- oder Umbau größeren Umfangs, durch den der medizinische Bereich berührt wird,

c) wenn neue Organisationseinheiten (Abteilungen, Institute und dergleichen) geschaffen werden, auch wenn dies nicht mit einer räumlichen Erweiterung der Krankenanstalt verbunden ist,

d) bei wesentlichen Veränderungen in der apparativen Ausstattung, insbesondere bei der Anschaffung von Großgeräten, oder im Leistungsangebot.“

11. Nach § 5 wird folgende Bestimmung als § 5a eingefügt:

„§ 5a

Bei der Errichtung und beim Betrieb von Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Fakultät dienen, sind die Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Das Zusammenwirken beim Betrieb der Krankenanstalt ist in einer Vereinbarung zwischen dem Träger der Krankenanstalt und dem Träger der Medizinischen Fakultät näher zu regeln.“

12. Die Abs. 2 und 3 des § 6 haben zu lauten:

„(2) Die Verpachtung oder Übertragung ist zu bewilligen, wenn der Pächter bzw. der neue Träger der Krankenanstalt die Voraussetzungen nach § 3a Abs. 2 lit. b und f erfüllt. Die Änderung der Bezeichnung ist zu bewilligen, wenn die neue Bezeichnung nicht zu Zweifeln über den Anstaltszweck führt und öffentliche Interessen nicht beeinträchtigt werden.“

(3) Für die Übertragung eines selbständigen Ambulatoriums auf einen Krankenversicherungsträger gilt § 3 Abs. 5 sinngemäß.“

13. § 7 hat zu lauten:

„§ 7

### **Enteignung**

(1) Zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Krankenanstaltspflege kann für die Errichtung oder die Erweiterung öffentlicher Krankenanstalten enteignet werden.

(2) Eine Enteignung ist nur zulässig, wenn die Bewilligung nach § 3 Abs. 1 bzw. § 5 Abs. 1 vorliegt.

(3) Im übrigen gelten für die Enteignung die Bestimmungen des 12. Abschnittes des Tiroler Straßengesetzes, LGBl. Nr. 13/1989, in der jeweils geltenden Fassung sinngemäß.“

14. Im Abs. 2 des § 9 wird die Wortfolge „des Werbeverbotes“ durch die Wortfolge „der Bestimmungen des § 21“ ersetzt.

15. Nach § 9 werden folgende Bestimmungen als §§ 9a und 9b eingefügt:

„§ 9a

### **Patientenrechte**

Die Träger der Krankenanstalten haben unter Beachtung des Anstaltszweckes und des Leistungsangebotes sicherzustellen, daß

1. Pfleglinge Informationen über die ihnen zustehenden Rechte erhalten sowie ihr Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte und die Herstellung von Abschriften oder Ablichtungen davon ausüben können;

2. Pfleglinge ihr Recht auf Aufklärung und Information über die Behandlungsmöglichkeiten samt Risiken ausüben können;

3. auf Wunsch des Pfleglings ihm oder Vertrauenspersonen medizinische Informationen durch einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt in möglichst verständlicher und schonungsvoller Art gegeben werden;

4. ausreichend Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten mit der Außenwelt bestehen und Vertrauenspersonen des Pfleglings im Fall einer nachhaltigen Verschlechterung seines Gesundheitszustands auch außerhalb der Besuchszeiten Kontakt mit dem Pflegling aufnehmen können;

5. auf Wunsch des Pfleglings eine seelsorgerische Betreuung möglich ist;

6. auf Wunsch des Pfleglings eine psychologische Unterstützung möglich ist;

7. die Intimsphäre der Pfleglinge ausreichend gewahrt ist;

8. neben der Erbringung fachärztlicher Leistung auch für allgemeine medizinische Anliegen des Pfleglings ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt zur Verfügung steht;

9. ein würdevolles Sterben sichergestellt ist und Vertrauenspersonen Kontakt mit dem Sterbenden pflegen können;

10. bei der Leistungserbringung möglichst auf den im allgemeinen üblichen Lebensrhythmus abgestellt wird;

11. bei der stationären und ambulanten Versorgung von Kindern eine möglichst kindergerechte Ausstattung der Krankenzimmer gegeben ist;

12. für stationär aufgenommene Pfleglinge eine qualifizierte Pflege dauernd gesichert ist.

§ 9b

### **Qualitätssicherung**

(1) Die Träger der Krankenanstalten haben im Rahmen der Organisation der Kranken-

anstalt Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten möglich sind.

(2) Die Träger der Krankenanstalten haben die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung zu schaffen. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität zu umfassen.

(3) Die kollegiale Führung hat die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen. In Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Träger der Krankenanstalt für jeden Bereich dafür zu sorgen, daß die jeweiligen Verantwortlichen die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherstellen.

(4) In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person steht. Dieser Kommission haben zumindest ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören. In Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Fakultät dienen, gehört der Kommission auch der Dekan oder ein von der Fakultät vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Fakultät an.

(5) Aufgabe der Kommission ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen einzuleiten, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die kollegiale Führung der Krankenanstalt bzw. in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung den jeweiligen Verantwortlichen über alle hierfür erforderlichen Maßnahmen zu beraten.“

16. Der Abs. 1 des § 10 hat 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 für Akutranke und in Abteilungen für Langzeitbehandlung oder innerhalb von Abteilungen in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranker und für Langzeitbehandlung;

c) die Organisation der Krankenanstalt, bei bettenführenden Krankenanstalten insbeson-

dere auch nähere Bestimmungen über die kollegiale Führung (§ 10a);

d) die Grundzüge der Verwaltung und der Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur über Tag oder nur über Nacht aufgenommen werden;

e) 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;

f) den für die Aufnahme in die Krankenanstalt in Betracht kommenden Personenkreis und die Bedingungen der Aufnahme und der Entlassung der Pfléglinge;

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

h) die Festlegung jener Räume, in denen das Rauchen gestattet ist.“

17. Im § 10 wird folgende Bestimmung als Abs. 6 angefügt:

„(6) Die Anstaltsordnung für eine Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Fakultät dient, hat die Bedürfnisse der Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Vor der Einholung der Genehmigung hat der Anstaltssträger den Bundesminister für Wissenschaft, Forschung und Kunst zu hören.“

18. Nach § 10 wird folgende Bestimmung als § 10a eingefügt:

„§ 10a  
**Kollegiale Führung**

(1) Die Anstaltsordnung einer bettenführenden Krankenanstalt hat nähere Bestimmungen über die kollegiale Führung der Anstalt durch den ärztlichen Leiter, den verantwortlichen Leiter des Pflegedienstes und den Verwaltungsleiter zu enthalten. Die diesen Führungskräften nach diesem Gesetz zukommenden Aufgaben dürfen hiedurch nicht beeinträchtigt werden.

(2) Die Mitglieder der kollegialen Führung haben bei der Besorgung ihrer jeweiligen Aufgaben den Aufgabenbereich der übrigen Mitglieder zu berücksichtigen. Sie sind zur engen Zusammenarbeit und wechselseitigen Information verpflichtet. Zur Beratung gemeinsamer

Angelegenheiten haben sie regelmäßig Besprechungen durchzuführen.

(3) Entscheidungen, die auch den Aufgabenbereich eines anderen Mitgliedes der kollegialen Führung wesentlich berühren, sind von den betreffenden Mitgliedern einvernehmlich zu treffen. Wenn kein Einvernehmen erzielt werden kann, hat der Träger der Krankenanstalt zu entscheiden. Jedes Mitglied der kollegialen Führung ist berechtigt, in Angelegenheiten, die auch den Aufgabenbereich eines anderen Mitgliedes wesentlich berühren, die Entscheidung durch den Träger der Krankenanstalt zu verlangen. Bei Gefahr im Verzug kann jedes Mitglied der kollegialen Führung die in seinem Aufgabenbereich erforderlichen Entscheidungen allein treffen. Den übrigen Mitgliedern der kollegialen Führung ist die getroffene Entscheidung unverzüglich zur Kenntnis zu bringen.

(4) In einer Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Fakultät dient, ist der Dekan oder ein von der Fakultät vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Fakultät den Sitzungen der kollegialen Führung mit beratender Stimme beizuziehen.“

19. Die Abs. 2 bis 7 des § 11 haben zu lauten:

„(2) Die Führung von Abteilungen und Instituten für die Behandlung bestimmter Krankheiten, von Laboratorien und Prosekturen darf nur Fachärzten des betreffenden medizinischen Sonderfaches, wenn ein solches nicht besteht, nur Fachärzten eines anderen hierfür in Betracht kommenden Sonderfaches übertragen werden. Für den Fall der Verhinderung ist die Vertretung durch einen in gleicher Weise qualifizierten Arzt sicherzustellen.

(3) Für jede Krankenanstalt ist ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes und der mit der ärztlichen Behandlung der Pfléglinge zusammenhängenden Aufgaben zu bestellen (ärztlicher Leiter). Zur Vertretung des ärztlichen Leiters ist ein geeigneter Arzt als Stellvertreter zu bestellen. Die Bestellung des ärztlichen Leiters und des Stellvertreters hat auf Dauer oder befristet zu erfolgen. Die Bestellung des Stellvertreters des ärztlichen Leiters ist der Landesregierung schriftlich anzuzeigen. In Zentral- und Schwerpunkt-Krankenanstalten ist die Leitung des ärztlichen Dienstes hauptberuflich auszuüben. Das Verfügungsrecht des Trägers der Krankenanstalt in wirtschaftlichen Angelegenheiten bleibt unberührt. Bei bettenführenden Krankenanstal-

ten führt der ärztliche Leiter die Bezeichnung „ärztlicher Direktor“.

(4) Mit Bewilligung der Landesregierung kann bei Genesungsheimen (§ 1 Abs. 3 lit. c) und bei Pflegeanstalten für chronisch Kranke (§ 1 Abs. 3 lit. d) von der Bestellung eines ärztlichen Leiters abgesehen werden, wenn die Aufsicht durch einen geeigneten Arzt sichergestellt ist.

(5) Die Bestellung des ärztlichen Leiters und des Leiters der Prosektur (Prosektor) bedarf, sofern diese Stellen nicht auf Grund der universitätsrechtlichen Vorschriften zu besetzen sind, der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die bestellten Ärzte die Voraussetzungen nach den Abs. 1 und 2 erfüllen und wenn die Bestimmungen der §§ 31 und 31a eingehalten worden sind. Die Genehmigung ist bei Erteilung der Betriebsbewilligung der Krankenanstalt gleichzeitig mit dieser, sonst vor dem Dienstantritt des Arztes zu erteilen. Die Bestellung der Leiter der Abteilungen (Primärärzte) ist der Landesregierung schriftlich anzuzeigen.

(6) Eine nach Abs. 5 erteilte Genehmigung ist von der Landesregierung zu widerrufen, wenn die für die Erteilung maßgebend gewesenen Voraussetzungen weggefallen sind, wenn nachträglich hervorkommt, daß sie nie gegeben waren, oder wenn die betreffenden Ärzte sich schwerwiegender oder wiederholter Verstöße gegen ihre Pflichten schuldig gemacht haben.

(7) Die nach den universitätsrechtlichen Vorschriften zur Besetzung von Stellen des ärztlichen Dienstes zuständigen Behörden haben der Landesregierung hierüber innerhalb einer angemessenen Frist Mitteilung zu machen.“

20. Der Abs. 8 des § 11 wird aufgehoben.

21. Die Abs. 1 und 2 des § 12 haben zu lauten:

„(1) Der ärztliche Dienst muß so eingerichtet sein, daß

a) ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar ist;

b) die in der Krankenanstalt tätigen Ärzte sich im erforderlichen Ausmaß fortbilden können;

c) in Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet ist.

(2) In selbständigen Ambulatorien für physikalische Therapie, in denen keine Turnus-

ärzte ausgebildet werden, kann anstelle einer dauernden ärztlichen Anwesenheit der ärztliche Dienst so organisiert sein, daß ärztliche Hilfe jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige tägliche Anwesenheit die erforderliche Aufsicht über das in Betracht kommende Pflegepersonal und Personal des medizinisch-technischen Dienstes gewährleistet ist.“

22. Die bisherigen Abs. 2 und 3 des § 12 erhalten die Absatzbezeichnungen „(3)“ und „(4)“.

23. Nach § 12 wird folgende Bestimmung als § 12a eingefügt:

„§ 12a

### **Ethikkommission**

(1) Zur Beurteilung der klinischen Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie der Anwendung neuer medizinischer Methoden (biomedizinische Forschungsvorhaben) in Krankenanstalten in Tirol hat der Träger des allgemeinen öffentlichen Landeskrankenhauses (Universitätskliniken) Innsbruck an dieser Anstalt eine Ethikkommission einzurichten.

(2) Die Verpflichtung nach Abs. 1 besteht nicht, wenn durch einen schriftlichen Vertrag sichergestellt ist, daß eine an der Medizinischen Fakultät der Universität Innsbruck nach universitätsrechtlichen Vorschriften eingerichtete gleichwertige Kommission die Aufgaben der Ethikkommission nach Abs. 1 wahrnimmt. In diesem Fall hat der Träger des allgemeinen öffentlichen Landeskrankenhauses (Universitätskliniken) Innsbruck der Kommission das erforderliche Hilfspersonal und die erforderlichen Sachmittel zur Verfügung zu stellen sowie den sonstigen aus der Besorgung der Aufgaben der Ethikkommission sich ergebenden Verwaltungsaufwand zu tragen.

(3) Die Ethikkommission ist rechtzeitig vor Beginn der Durchführung eines biomedizinischen Forschungsvorhabens zu befassen. Die Ethikkommission hat ihre Stellungnahme ohne unnötigen Aufschub, spätestens jedoch innerhalb von sechs Monaten unter Bezugnahme auf die eingereichten Unterlagen in schriftlicher Form abzugeben.

(4) Der Sponsor hat die Durchführung eines biomedizinischen Forschungsvorhabens in einer Krankenanstalt vor deren Beginn unter Anschluß der Stellungnahme der Ethikkommission dem ärztlichen Leiter zu melden. Ebenso hat er auch dessen Beendigung zu melden. Gleichzeitig hat der Sponsor diese Meldungen abschriftlich der Ethikkommission zu übermitteln.

(5) Die Beurteilung durch die Ethikkommission hat sich insbesondere zu beziehen auf

a) die mitwirkenden Personen und die vorhandenen Einrichtungen,

b) den Prüfplan im Hinblick auf die Zielsetzung und die wissenschaftliche Aussagekraft sowie das Nutzen/Risiko-Verhältnis,

c) die Art und Weise, in der die Auswahl der Versuchspersonen durchgeführt wird und in der Aufklärung und Zustimmung zur Teilnahme erfolgen, wobei gegebenenfalls klarzustellen ist, daß der Versuchsperson kein persönlicher Nutzen aus der Teilnahme erwächst,

d) die Vorkehrungen, die für den Eintritt eines Schadensfalles im Zusammenhang mit dem biomedizinischen Forschungsvorhaben getroffen werden,

e) das Ausmaß, in dem die Teilnahme von Prüfern, Personal und Versuchspersonen entgolten wird,

f) die Art und Weise, in der sichergestellt ist, daß allen Mitarbeitern, die in die Durchführung des biomedizinischen Forschungsvorhabens oder in die Betreuung der Versuchspersonen eingebunden sind, alle relevanten Informationen zur Verfügung stehen.

(6) Neue medizinische Methoden im Sinne des Abs. 1 sind Methoden, die auf Grund der Ergebnisse der Grundlagenforschung und angewandten Forschung sowie unter Berücksichtigung der ärztlichen Erfahrung die Annahme rechtfertigen, daß eine Verbesserung der medizinischen Versorgung zu erwarten ist, die jedoch in Österreich noch nicht angewendet werden und einer methodischen Überprüfung bedürfen. Vor der Anwendung einer neuen medizinischen Methode hat der Leiter der Organisationseinheit, in deren Bereich die neue medizinische Methode angewendet werden soll, die Ethikkommission zu befragen.

(7) Die Ethikkommission hat sich aus Frauen und Männern zusammenzusetzen und mindestens zu bestehen aus:

a) einem Arzt, der im Inland zur selbständigen Berufsausübung berechtigt und weder ärztlicher Leiter einer Krankenanstalt noch Prüfungsleiter ist,

b) einem Facharzt, in dessen Sonderfach das jeweilige biomedizinische Forschungsvorhaben fällt,

c) einem Vertreter des Krankenpflegefachdienstes,

d) einem Juristen mit Erfahrung auf den Gebieten des Strafrechtes und des Schadenersatzrechtes,

e) einem Pharmazeuten mit wissenschaftlicher Erfahrung,

f) einem Biometriker oder Statistiker,

g) einem Patientenvertreter und

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

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

(8) Erforderlichenfalls können der ärztliche Leiter der Krankenanstalt, an der das biomedizinische Forschungsvorhaben durchgeführt wird, und weitere Experten beigezogen werden. Bei der Beurteilung eines Medizinproduktes ist jedenfalls ein Technischer Sicherheitsbeauftragter beizuziehen.

(9) Die Ethikkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben. Diese bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Keiner Genehmigung bedarf die Geschäftsordnung, wenn die Aufgaben der Ethikkommission von der Kommission nach Abs. 2 wahrgenommen werden.

(10) Über jede Sitzung der Ethikkommission ist ein Protokoll aufzunehmen. Das Protokoll bzw. der betreffende Teil davon ist dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt, an der das biomedizinische Forschungsvorhaben durchgeführt wird, bei der Beurteilung einer klinischen Prüfung auch dem Prüfungsleiter bzw. bei der Anwendung einer neuen medizinischen Methode auch dem Leiter der Organisationseinheit zur Kenntnis zu bringen. Die Protokolle sind gemeinsam mit allen für die Beurteilung wesentlichen Unterlagen wie Krankengeschichten nach § 15 aufzubewahren.

(11) Die Ethikkommission muß durch den Prüfer über etwaige nachträgliche Änderungen des Prüfplanes und über alle schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse, die während der klinischen Prüfung auftreten, informiert werden. Darüber hinaus muß die Ethikkommission durch den Prüfer auch über nicht klinische und gegebenenfalls vorhandene klinisch relevante Daten und Ergebnisse, die während des Verlaufes der klinischen Prüfung verfügbar werden, informiert werden. Die Information hat unverzüglich und schriftlich zu erfolgen. Bei Änderungen, die möglicherweise zu einer Erhöhung des Risikos führen, muß die Ethikkommission neu befaßt werden.

(12) Der Sponsor hat für die Beurteilung eines biomedizinischen Forschungsvorhabens



durch die Ethikkommission einen angemessenen Beitrag zu deren Verwaltungsaufwand an den Träger des allgemeinen öffentlichen Landeskrankenhauses (Universitätskliniken) Innsbruck zu leisten.

(13) (Landesverfassungsbestimmung) Die Mitglieder der Ethikkommission sind bei Ausübung dieser Funktion an keine Weisungen oder Aufträge gebunden.“

24. § 13b hat zu lauten:

„§ 13b  
**Pflegedienst**

(1) Für jede bettenführende Krankenanstalt ist eine geeignete diplomierte Krankenpflegeperson als verantwortlicher Leiter des Pflegedienstes zu bestellen. Zur Vertretung des verantwortlichen Leiters ist eine geeignete diplomierte Krankenpflegeperson als Stellvertreter zu bestellen. Der Leiter des Pflegedienstes führt die Bezeichnung „Pflegedirektor“.

(2) In Krankenanstalten mit mehr als 100 Betten ist die verantwortliche Leitung des Pflegedienstes hauptberuflich auszuüben.“

25. Der Abs. 3 des § 13c hat zu lauten:

„(3) Der Technische Sicherheitsbeauftragte hat bei seiner Tätigkeit mit den zur Wahrnehmung des Schutzes des Lebens und der Gesundheit von Menschen nach den strahlenschutzrechtlichen und den arbeitnehmerschutzrechtlichen Vorschriften bestellten Personen zusammenzuarbeiten.“

26. Nach § 13c werden folgende Bestimmungen als §§ 13d und 13e eingefügt:

„§ 13d  
**Fortbildung  
des nichtärztlichen Personals**

Die Träger der Krankenanstalten haben eine ausreichende Fortbildung des Krankenpflegepersonals, der Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste sowie des übrigen in Betracht kommenden nichtärztlichen Personals sicherzustellen.

§ 13e  
**Patientenvertreter**

(1) Die Träger der Krankenanstalten haben zur Wahrung und Sicherung der Rechte und Interessen der Pfleglinge einen unabhängigen Patientenvertreter zu bestellen. Ein Patientenvertreter kann auch für mehrere Krankenanstalten bestellt werden.

(2) Der Patientenvertreter hat folgende Aufgaben:

a) Entgegennahme und Behandlung von Beschwerden von Pfleglingen und deren Angehörigen oder deren Vertrauenspersonen,

b) Aufzeigen von Mängeln oder Mißständen in der Krankenanstalt und Hinwirken auf deren Beseitigung,

c) Erteilung von Auskünften im Zusammenhang mit den Rechten und Pflichten von Pfleglingen,

d) Prüfung von Anregungen und Abgabe von Empfehlungen zur Verbesserung der Stellung der Pfleglinge.

(3) Der Patientenvertreter ist zur Verschwiegenheit über alle ihm ausschließlich aus dieser Tätigkeit bekanntgewordenen Tatsachen, an deren Geheimhaltung ein schutzwürdiges Interesse einer Person besteht, verpflichtet.

(4) Die Träger der Krankenanstalten sowie die zuständigen Landes- und Gemeindeorgane haben den Patientenvertreter bei der Besorgung seiner Aufgaben zu unterstützen und ihm auf Verlangen die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Andere Personen oder Einrichtungen sind vom Patientenvertreter einzuladen, zu konkreten Vorbringen Stellung zu nehmen.

(5) Die Träger der Krankenanstalten haben den Personal- und Sachaufwand für den Patientenvertreter zu tragen. Die Inanspruchnahme der Dienste des Patientenvertreeters ist kostenlos.

(6) Durch geeignete Vorkehrungen ist sicherzustellen, daß in jeder Krankenanstalt die Person des Patientenvertreeters und deren Erreichbarkeit für jedermann leicht erkennbar ist.“

27. Der Abs. 3 des § 14 hat zu lauten:

„(3) Die Abs. 1 und 2 gelten auch für alle für die Ethikkommission tätigen Personen.“

28. Der bisherige Abs. 3 des § 14 erhält die Absatzbezeichnung „(4)“.

29. Die §§ 15 und 16 haben zu lauten:

„§ 15  
**Führung von Krankengeschichten  
und sonstigen Vormerkungen**

(1) Die Träger der Krankenanstalten haben  
a) über die Aufnahme und die Entlassung der Pfleglinge Vormerkungen zu führen sowie im Fall der Ablehnung der Aufnahme die dafür maßgebenden Gründe zu dokumentieren;

b) Krankengeschichten anzulegen, in denen  
1. die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese), der Zustand des Pfleglings zur Zeit der Aufnahme (status praesens), der Krankheitsverlauf (decursus morbi), die angeordneten

Maßnahmen sowie die erbrachten ärztlichen Leistungen einschließlich Medikation (insbesondere hinsichtlich Name, Dosis und Darreichungsform) und Aufklärung des Pfléglings und

2. sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen und einer allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung, sowie Leistungen der medizinisch-technischen Dienste,

darzustellen sind;

c) über jede Entnahme von Organen oder Organanteilen eines Verstorbenen zum Zweck der Transplantation eine Niederschrift aufzunehmen, die einen Bestandteil der Krankengeschichte bildet;

d) die Krankengeschichten mindestens 30 Jahre, allenfalls in Form von Mikrofilmen oder auf sonst geeigneten Datenträgern in doppelter Ausfertigung, aufzubewahren. Die Verwahrung muß so erfolgen, daß eine mißbräuchliche Kenntnisnahme ihres Inhaltes ausgeschlossen ist. Röntgenbilder und andere Hilfsmittel zur Erstellung von Befunden sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren;

e) den Gerichten und Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, ferner den Versicherungsträgern (§ 52), soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie den einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten oder Krankenanstalten auf Anforderung kostenlos Abschriften oder Ablichtungen von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Pfléglingen zu übermitteln. Den privatrechtlichen Versicherungsträgern sind auf Verlangen Abschriften oder Ablichtungen von Krankengeschichten ihrer Versicherten gegen Kostenersatz auszufolgen, wenn der Versicherte dem schriftlich zugestimmt hat;

f) den mit Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes betrauten Behörden alle Mitteilungen zu erstatten, die zur Einhaltung zwischenstaatlicher Verpflichtungen und zur Überwachung der Einhaltung bestehender Vorschriften erforderlich sind;

g) bei der Führung der Krankengeschichte Verfügungen des Pfléglings, durch die dieser erst für den Fall des Verlustes seiner Handlungsfähigkeit das Unterbleiben bestimmter Behandlungsmethoden wünscht, zu dokumen-

tieren, um darauf bei allfälligen künftigen medizinischen Entscheidungen Bedacht nehmen zu können;

h) im Rahmen der Krankengeschichte allfällige Widersprüche zur Entnahme von Organen im Sinne des § 62a Abs. 1 des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl. Nr. 801/1993, zu dokumentieren.

(2) Die Führung der Krankengeschichte obliegt hinsichtlich der Aufzeichnungen

1. nach Abs. 1 lit. b Z. 1 dem für die ärztliche Behandlung verantwortlichen Arzt und

2. nach Abs. 1 lit. b Z. 2 der jeweils für die erbrachten sonstigen Leistungen verantwortlichen Person.

(3) Die Niederschrift nach Abs. 1 lit. c hat jedenfalls Angaben darüber zu enthalten, wie der Tod festgestellt wurde, wann der Tod eingetreten ist, welche Organe oder Organteile entnommen wurden und wann die Entnahme durchgeführt wurde. Die Niederschrift ist vom Arzt, der den Tod festgestellt hat, und vom Arzt, der die Entnahme durchgeführt hat, zu unterfertigen.

(4) Die Abgabe wissenschaftlich begründeter Gutachten wird durch Abs. 1 nicht berührt.

(5) Für ambulante Untersuchungen und Behandlungen gilt Abs. 1 sinngemäß mit der Maßgabe, daß die Aufbewahrungsfrist mindestens zehn Jahre beträgt.

(6) Aufzeichnungen, die Geheimnisse betreffen, die Angehörigen des klinisch-psychologischen, gesundheitspsychologischen und psychotherapeutischen Berufes und ihren Hilfspersonen sowie Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste in Ausübung ihres Berufes anvertraut oder bekannt geworden sind, dürfen im Rahmen der Krankengeschichte oder der sonstigen Vormerke im Sinne des Abs. 1 lit. a nicht geführt werden.

## § 16

### Wirtschaftsführung

(1) Für jede Krankenanstalt sind von ihrem Träger eine geeignete Person als verantwortlicher Leiter der wirtschaftlichen, administrativen, technischen und personellen Angelegenheiten (Verwaltungsleiter) und das erforderliche Verwaltungspersonal zu bestellen. Zur Vertretung des Verwaltungsleiters ist eine geeignete Person als Stellvertreter zu bestellen. Das Verfügungsrecht des Trägers der Krankenanstalt in wirtschaftlichen, administrativen, technischen und personellen Angelegenheiten

bleibt unberührt. Bei bettenführenden Krankenanstalten führt der Verwaltungsleiter die Bezeichnung „Verwaltungsdirektor“.

(2) In Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Verwaltungsleiter Entscheidungen, die den ärztlichen Betrieb der Anstalt berühren, im Einvernehmen mit dem ärztlichen Leiter zu treffen.

(3) Für die Ausbildung und Fortbildung der in der Verwaltung und Leitung der Krankenanstalt tätigen Personen hat der Träger der Krankenanstalt zu sorgen.

(4) Ist der Träger der Krankenanstalt eine physische Person und selbst mit der Führung der wirtschaftlichen, administrativen, technischen und personellen Angelegenheiten befaßt, so kann von der Bestellung eines Verwaltungsleiters abgesehen werden.“

30. Nach § 16 wird folgende Bestimmung als § 16a eingefügt:

„§ 16a  
**Personalplanung**

Die Träger der Krankenanstalten haben regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen und auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist hierfür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung ist durch die kollegiale Führung bzw. in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung durch die für den jeweiligen Bereich Verantwortlichen, jährlich der Landesregierung zu berichten.“

31. Im Abs. 1 des § 19 wird das Zitat „zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl. Nr. 138/1989“ durch das Zitat „zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl. Nr. 100/1994“ ersetzt.

32. § 21 hat zu lauten:

„§ 21  
**Verbot unsachlicher  
oder unwahrer Information**

Den Trägern von Krankenanstalten ist es verboten, selbst oder durch andere physische oder juristische Personen unsachliche oder unwahre Informationen im Zusammenhang mit dem Betrieb der Krankenanstalt zu geben.“

33. Der Abs. 1 des § 25 hat zu lauten:

„(1) Das Land Tirol hat die Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen (§ 33 Abs. 3), die in Tirol einen Wohnsitz haben, unter Bedachtnahme auf den Tiroler Kranken-

anstaltenplan (§ 62a) entweder durch die Errichtung und den Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarungen mit Trägern anderer Krankenanstalten sicherzustellen. Dabei sind auch der Bedarf auf dem Gebiet der Langzeitversorgung und die in diesem Zusammenhang zu erwartende künftige Entwicklung zu berücksichtigen. Für Personen, die im Grenzgebiet zweier oder mehrerer Länder wohnen, kann die Krankenanstaltspflege auch dadurch sichergestellt werden, daß diese Personen im Falle der Anstaltsbedürftigkeit in Krankenanstalten eines benachbarten Landes aufgenommen werden.“

34. Im Abs. 2 des § 28 wird im dritten Satz die Wortfolge „das Bundesministerium für soziale Verwaltung“ durch die Wortfolge „das Bundesministerium für Arbeit und Soziales“ ersetzt.

35. Der Abs. 5 des § 31 hat zu lauten:

„(5) Dem Antrag auf Genehmigung der Bestellung eines ärztlichen Leiters (Prosektors) sind die Bewerbungsgesuche aller Bewerber sowie die Unterlagen des Bestellten anzuschließen.“

36. Der Abs. 3 des § 33 hat zu lauten:

„(3) Als anstaltsbedürftig im Sinne des Abs. 2 gelten Personen,

a) deren auf Grund ärztlicher Untersuchung festgestellter geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Anstaltspflege erfordert;

b) die ein Versicherungsträger (§ 52) oder ein Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zum Zwecke einer Befundung oder einer Begutachtung in die Krankenanstalt einweist;

c) an denen eine klinische Prüfung eines Arzneimittels oder eines Medizinprodukts durchgeführt werden soll, auch wenn es sich um gesunde Personen handelt;

d) die der Aufnahme in die Krankenanstalt zur Durchführung von Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin bedürfen.“

37. § 34 hat zu lauten:

„§ 34  
**Erste Hilfe, Begleitperson**

(1) Die unbedingt notwendige Erste ärztliche Hilfe darf in öffentlichen Krankenanstalten niemandem verweigert werden.

(2) Kann ein Säugling nur gemeinsam mit der nicht anstaltsbedürftigen Mutter oder einer anderen Begleitperson oder eine anstaltsbedürftige Mutter nur gemeinsam mit ihrem Säugling aufgenommen werden, so sind Mutter (Begleit-

person) und Säugling gemeinsam in Anstaltspflege zu nehmen.

(3) In sonstigen Fällen ist die Aufnahme nicht anstaltsbedürftiger Begleitpersonen im Interesse der Pfleglinge zulässig, wenn die Unterbringung der Begleitperson nach Maßgabe der räumlichen Verhältnisse in der Krankenanstalt möglich ist.“

38. § 38 hat zu lauten:

„§ 38  
**Ambulante Untersuchungen  
und Behandlungen**

(1) In öffentlichen allgemeinen Krankenanstalten und in öffentlichen Sonderkrankenanstalten sind Personen, die der Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen, ambulant zu untersuchen oder zu behandeln, wenn dies

a) zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe,

b) zur Behandlung nach Erster ärztlicher Hilfe oder in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt gewährten Pflege, die im Interesse des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muß,

c) zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen, die außerhalb der Krankenanstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen,

d) über ärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege,

e) im Zusammenhang mit Organ- oder Blutspenden,

f) zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten,

g) für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin,

h) zur Blutabnahme nach straßenpolizeilichen Vorschriften (§ 38a)

notwendig ist.

(2) In Krankenanstalten der im Abs. 1 genannten Arten können, soweit dadurch die Besorgung der im Abs. 1 lit. a bis h genannten Aufgaben nicht beeinträchtigt wird, Gesundenuntersuchungen ambulant durchgeführt werden. Die Aufnahme der Durchführung von Gesundenuntersuchungen ist der Landesregierung anzuzeigen.

(3) An Universitätskliniken können zu Zwecken der Forschung und Lehre Personen auch ohne Vorliegen der Voraussetzungen nach Abs. 1 untersucht und behandelt werden.“

39. Der Abs. 2 des § 41 hat zu lauten:

„(2) Von Personen, die ambulant untersucht

oder behandelt werden (§ 38), ist eine Ambulanzgebühr als Sondergebühr einzuheben.“

40. § 41a hat zu lauten:

„§ 41a  
**Kostenbeitrag**

(1) Der Träger der Krankenanstalt hat von Pfleglingen der allgemeinen Gebührenklasse einen Kostenbeitrag in der Höhe von 65,- Schilling pro Pflage tag einzuheben, wenn die Kosten der Anstaltspflege zur Gänze von einem Versicherungsträger im Sinne des § 52 getragen werden. Dieser Kostenbeitrag darf pro Pfling für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden.

(2) Von der Kostenbeitragspflicht sind Pflinglinge ausgenommen,

a) die zum Zwecke einer Organspende in Anstaltspflege aufgenommen werden,

b) die Anstaltspflege im Fall der Mutterschaft sowie im Krankheitsfall im Zusammenhang mit der Mutterschaft oder als Folge der Niederkunft in Anspruch nehmen,

c) die besonders sozial schutzbedürftig sind; als solche gelten jedenfalls Pflinglinge, die von der Rezeptgebühr nach den sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften befreit sind.

(3) Für die Einbringung des Kostenbeitrages nach Abs. 1 gilt § 43 sinngemäß mit der Maßgabe, daß die Vorschreibung einer Vorauszahlung des Kostenbeitrages für höchstens 28 Tage erfolgen darf.

(4) Der Kostenbeitrag nach Abs. 1 vermindert oder erhöht sich zum 1. Jänner eines jeden Jahres in dem Ausmaß, das sich aus der Änderung des vom Österreichischen Statistischen Zentralamt verlautbarten Verbraucherpreisindex 1986 oder des an seine Stelle tretenden Index für den Monat Oktober des vorangegangenen Jahres gegenüber dem Oktober des zweitvorangegangenen Jahres ergibt. Der demnach sich ergebende Betrag ist auf volle Schilling aufzurunden. Die Landesregierung hat die Höhe des Kostenbeitrages im Landesgesetzblatt kundzumachen.

(5) Die Träger der Krankenanstalten haben unverzüglich von den Versicherungsträgern (§ 52) die für die Einhebung des Kostenbeitrages notwendigen Daten zu verlangen.“

41. Im Abs. 8 des § 43 wird das Zitat „Heeresversorgungsgesetz, BGBl. Nr. 27/1964,“ durch das Zitat „Heeresversorgungsgesetz, BGBl. Nr. 27/1964, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl. Nr. 314/1994“ ersetzt.

42. Im Abs. 9 des § 43 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Versicherungsträger (§ 52) haben den Trägern der Krankenanstalten auf deren Verlangen die zur Feststellung und Überprüfung allfälliger Ansprüche auf Pflegegebührenerersatz durch den Krankenversicherungsträger sowie die zur Feststellung, Überprüfung und Durchsetzung der Ersatzansprüche gegenüber Pflinglingen und deren Angehörigen notwendigen Auskünfte unverzüglich zu erteilen.“

43. § 44 hat zu lauten:

„§ 44

**Besondere Bestimmungen  
für Personen ohne Wohnsitz im Inland  
und für fremde Staatsangehörige**

(1) Die Aufnahme von Personen, die keinen Wohnsitz in Österreich haben und die die voraussichtlichen Pflege-(Sonder-)Gebühren und Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Kosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, ist auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 33 Abs. 4) beschränkt. Fremde Staatsangehörige, die nicht Staatsangehörige einer Vertragspartei des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind, haben, abgesehen von den Fällen der Unabweisbarkeit, die angeführten Kosten auch dann zu erlegen oder sicherzustellen, wenn sie nicht seit mindestens sechs Monaten einen Wohnsitz in Österreich haben.

(2) Die Landesregierung kann durch Verordnung bestimmen, daß im Falle der Aufnahme fremder Staatsangehöriger, ausgenommen Staatsangehörige einer Vertragspartei des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, die in Österreich einen Wohnsitz haben, abgesehen von den Fällen der im Inland eingetretenen Unabweisbarkeit, statt der Pflege-(Sonder-)Gebühren und der Kostenbeiträge die tatsächlich erwachsenen Behandlungskosten zu bezahlen sind.

(3) Die Abs. 1 und 2 gelten nicht für

a) Personen, die nach § 2 Abs. 1 des Asylgesetzes, BGBl. Nr. 126/1968, als Flüchtlinge anerkannt wurden und zum unbefristeten Aufenthalt in Österreich berechtigt sind, und Personen, denen nach dem Asylgesetz 1991, BGBl. Nr. 8/1992, in der Fassung des Gesetzes BGBl. Nr. 838/1992 die vorläufige Aufenthaltsberechtigung zukommt oder Asyl gewährt worden ist,

b) Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen

Vorschriften in der Krankenversicherung als Angehörige gelten,

c) Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund eines von der Republik Österreich abgeschlossenen zwischenstaatlichen Übereinkommens im Bereich der Sozialen Sicherheit oder auf Grund der im Anhang VI nach Art. 29 des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum enthaltenen Verordnungen des Rates (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind.“

44. Im Abs. 2 des § 46 hat der erste Halbsatz zu lauten:

„Ist die Sozialversicherungsanstalt der Bauern Versicherungsträger, so sind die den öffentlichen Krankenanstalten zustehenden Pflegegebühren zu 90 v. H. vom Versicherungsträger und zu 10 v. H. vom Versicherten zu entrichten;“

45. § 51 hat zu lauten:

„§ 51

(1) Die von den Versicherungsträgern (§ 52) an die Anstaltsträger zu entrichtenden Pflegegebühren

a) sind in den Fällen der Befundung oder Begutachtung nach § 33 Abs. 3 in voller Höhe zu entrichten;

b) werden ansonsten hinsichtlich des Ausmaßes – unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe – ebenso wie allfällige Sondergebühren und der Dauer, für welche die Pflegegebühren zu zahlen sind, abgesehen von den Fällen des Abs. 9, ausschließlich durch privatrechtliche Verträge geregelt. Solche Verträge sind, soweit es sich nicht um einen der im § 52 Abs. 2 lit. c bis e genannten Versicherungsträger handelt, zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern einerseits und dem Anstaltsträger andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Schriftform;

c) nach lit. b erhöhen sich für Personen, die auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen über Soziale Sicherheit oder auf Grund der im Anhang VI nach Art. 29 des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum enthaltenen Verordnungen des Rates (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 einer Gebietskrankenkasse zur Betreuung zugewiesen und in einer Krankenanstalt betreut werden, deren Rechts-

träger im Sinne des § 1 des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 700/1991, zuschlußberechtigt ist, im selben Verhältnis, das sich für einen Verpflegstag eines Versicherten bei Berücksichtigung aller zusätzlichen Kosten der Gebietskrankenkasse für Anstaltspflege ergibt, die aus der gesetzlichen Verpflichtung über die finanzielle Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds entstehen. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat den Hundertsatz dieser Erhöhung für jede Gebietskrankenkasse und für jedes Geschäftsjahr auf Grund der Verpflegstage in zuschlußberechtigten Krankenanstalten zu errechnen. Bei der Berechnung der erhöhten Pflegegebühren sind für ein Jahr zunächst die Hundertsätze der Erhöhung des zweitvorangegangenen Geschäftsjahres als vorläufige Hundertsätze heranzuziehen. Die endgültige Berechnung und Abrechnung ist im zweitfolgenden Jahr auf Grund der für das Geschäftsjahr festgestellten Hundertsätze der Erhöhung vorzunehmen.

(2) Die für die Versicherungsträger (§ 52) geltenden Pflegegebührenersätze sind mit jedem 1. Jänner im prozentuellen Ausmaß der Erhöhung der Beitragseinnahmen aller dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger angehörenden Krankenversicherungsträger vom Vorjahr auf das laufende Jahr zu erhöhen. Die jeweils neu berechneten Pflegegebührenersätze sind auf volle Schillingbeträge zu runden.

(3) Von den Beitragseinnahmen eines Kalenderjahres sind vor der Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses abzuziehen:

1. die Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung nach § 51b ASVG, § 27a GSVG, § 24a BSVG und § 20a B-KUVG;

2. jene Beträge, die die Krankenversicherungsträger nach § 447f Abs. 2 Z. 1 und 2 ASVG zur Finanzierung der Krankenanstalten bereitstellen;

3. jene Beitragseinnahmen, die sich ab 1. Jänner 1991 aus Änderungen des Beitragsrechts ergeben, sofern der daraus erfließende Ertrag gesetzlich zweckgebunden ist; weiters haben bei der Berechnung des prozentuellen Beitragszuwachses nach Abs. 2 die auf Grund der 50. Novelle zum ASVG, der 18. Novelle zum GSVG, der 16. Novelle zum BSVG und der 21. Novelle zum B-KUVG vorgesehenen Beitragsveränderungen außer Betracht zu bleiben.

(4) Die Beitragseinnahmen des laufenden Kalenderjahres aller dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger angehörenden Krankenversicherungsträger sind den Beitragseinnahmen des zuletzt vorangegangenen Kalenderjahres unter Berücksichtigung des Abs. 3 gegenüberzustellen. Als Beitragseinnahmen gelten alle Beiträge für Pflichtversicherte und für freiwillig Versicherte, die nach den Weisungen des Bundesministers für Arbeit und Soziales über die Rechnungslegung als Beitragseinnahmen in Betracht kommen, in der Krankenversicherung der Bauern einschließlich des Bundesbeitrages; maßgebend sind die in den Erfolgsrechnungen der Krankenversicherungsträger ausgewiesenen Beträge. Der Erhöhungsprozentsatz ist vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger auf zwei Dezimalstellen zu runden und bedarf der Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales.

(5) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat jeweils spätestens bis zum 15. Dezember für das nächstfolgende Kalenderjahr einen provisorischen Hundertsatz zu errechnen, der nach Zustimmung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales für die Erhöhung der Pflegegebührenersätze ab dem nachfolgenden 1. Jänner maßgeblich ist. Die neuen Pflegegebührenersätze sind auf volle Schillingbeträge zu runden. Den Anstaltsträgern sind die erhöhten Pflegegebührenersätze so rechtzeitig bekanntzugeben, daß sie ab 1. Jänner der Verrechnung zugrunde gelegt werden können.

(6) Weicht der provisorische Hundertsatz vom endgültigen Hundertsatz ab, so hat zwischen den Versicherungsträgern (§ 52) und den Anstaltsträgern ein finanzieller Ausgleich durch Nachzahlung oder Gutschrift im laufenden Kalenderjahr zu erfolgen. Bei der Erhöhung der Pflegegebührenersätze ab dem nächsten 1. Jänner sind sodann für das Vorjahr fiktiv jene Pflegegebührenersätze zu errechnen, die sich bei Anwendung des endgültigen Hundertsatzes ergeben hätten. Diese fiktiven Pflegegebührenersätze sind sodann um den in Betracht kommenden provisorischen Hundertsatz zu erhöhen.

(7) Alle von den Krankenversicherungsträgern und vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zur Durchführung der Regelung nach den Abs. 3 bis 6 erstellten Unterlagen und Berechnungen unterliegen der Überprüfung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales.

(8) Über Streitigkeiten, die sich zwischen dem Anstaltsträger einerseits und einem Versicherungsträger (§ 52) oder dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger andererseits aus einem nach Abs. 1 abgeschlossenen Vertrag ergeben, entscheidet die Schiedskommission nach § 51a. Der Antrag auf Entscheidung kann von jedem der Streitteile gestellt werden.

(9) Wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung eines Vertrages ein neuer Vertrag zwischen dem Anstaltsträger und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Versicherungsträger nach § 52 Abs. 2 lit. c bis e nicht zustande kommt, entscheidet die Schiedskommission auf Antrag mit Wirksamkeit ab der ansonsten bewirkten Vertragsauflösung über die nach Abs. 1 zu regelnden Angelegenheiten. Das gleiche gilt für den Fall, daß der Anstaltsträger, der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einer der genannten Versicherungsträger zum Abschluß eines Vertrages aufgefordert hat, jedoch innerhalb von zwei Monaten ein solcher Vertrag nicht zustande gekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom Anstaltsträger, von der Landesregierung, vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder von einem der genannten Versicherungsträger gestellt werden.

(10) Wenn ein Antrag nach Abs. 9 vor dem Zeitpunkt gestellt wird, zu dem der Vertrag aufgelöst würde, bleibt der Vertrag bis zur rechtskräftigen Entscheidung vorläufig in Kraft.

(11) Besteht für die Zeit der Rückwirkung der beantragten Entscheidung der Schiedskommission vorerst keine Verpflichtung zur Erbringung von Gebührenersätzen, so haben die Versicherungsträger (§ 52) für Pflinglinge, für deren Anstaltspflege sie aufzukommen haben, gegen nachträgliche Verrechnung Vorauszahlungen in der Höhe der zuletzt vertraglich vereinbarten Gebührenersätze zu erbringen.

(12) Bei der Festsetzung der Höhe der Pflegegebührenersätze nach Abs. 9 ist die Schiedskommission an die mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales festgesetzten Erhöhungssätze nach den Abs. 2 bis 6 gebunden.

(13) Über Streitigkeiten, die sich zwischen dem Anstaltsträger einerseits und einem Versicherungsträger (§ 52) oder dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger andererseits aus einer Entscheidung nach Abs. 9 oder aus der Anwendung der Bestim-

mungen über Vorauszahlungen nach Abs. 11 ergeben, entscheidet die Schiedskommission. Der Antrag auf Entscheidung kann von jedem der Streitteile gestellt werden.

(14) Entscheidungen der Landesregierung nach § 42 Abs. 3 über die Gleichartigkeit oder annähernde Gleichwertigkeit dürfen von der Schiedskommission nicht berücksichtigt werden, wenn die Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit

a) Krankenanstalten betrifft, die nach dem Krankenanstaltenplan nicht ausdrücklich als gleichartig oder annähernd gleichwertig bezeichnet sind, oder

b) Krankenanstalten betrifft, deren Ausstattung hinsichtlich der Zahl der Abteilungen, der Bettenzahl, des Personalstandes oder der medizinisch-technischen Geräte wesentliche Unterschiede aufweist, oder

c) dazu führen würde, daß Krankenanstalten, die für Gebiete mit deutlich unterschiedlicher Größe und Bevölkerungszahl bestimmt sind (§ 57), als gleichartig oder annähernd gleichwertig bezeichnet werden.

(15) In den Fällen des Abs. 14 hat die Schiedskommission nach den von ihr angenommenen sachlichen Kriterien zu entscheiden.“

46. Nach § 51 werden folgende Bestimmungen als §§ 51a und 51b eingefügt:

„§ 51a  
**Schiedskommission**

(1) Beim Amt der Landesregierung wird eine Schiedskommission eingerichtet.

(2) Die Schiedskommission besteht aus:

a) einem Richter des Aktivstandes als Vorsitzendem,

b) einem von der Tiroler Landeskrankenanstalten-Gesellschaft m.b.H. als Träger der öffentlichen Landeskrankenanstalten vorzuschlagenden Mitglied,

c) einem vom Tiroler Gemeindeverband vorzuschlagenden Mitglied,

d) einem von den Orden, die Träger einer öffentlichen Krankenanstalt in Tirol sind, vorzuschlagenden Mitglied,

e) einem vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vorzuschlagenden Mitglied,

f) einem rechtskundigen Beamten des Amtes der Landesregierung.

(3) Die Vorschläge nach Abs. 2 lit. b bis e sind innerhalb einer von der Landesregierung angemessen festzusetzenden Frist zu erstatten. Wird innerhalb dieser Frist ein Vorschlag nicht

erstattet, so ist die Bestellung ohne Vorschlag vorzunehmen. Für jedes Mitglied ist in gleicher Weise ein Ersatzmitglied zu bestellen. Jedes Mitglied wird im Falle seiner Verhinderung durch sein Ersatzmitglied vertreten. Vor der Bestellung des Vorsitzenden und dessen Stellvertreters ist der Präsident des Oberlandesgerichtes Innsbruck zu hören.

(4) Die Mitglieder und die Ersatzmitglieder der Schiedskommission sind von der Landesregierung auf die Dauer von fünf Jahren zu bestellen. Eine Wiederbestellung ist zulässig. Die Mitglieder und die Ersatzmitglieder haben ihr Amt auch nach dem Ablauf ihrer Amtsdauer bis zur Bestellung der neuen Mitglieder bzw. Ersatzmitglieder auszuüben.

(5) Ein Mitglied oder Ersatzmitglied der Schiedskommission scheidet vorzeitig aus dem Amt durch Verzicht oder Widerruf der Bestellung, ein Mitglied oder Ersatzmitglied nach Abs. 2 lit. a und f auch durch Ausscheiden aus dem Dienststand. Der Verzicht ist gegenüber der Landesregierung schriftlich zu erklären. Er wird eine Woche nach dem Einlangen der Verzichtserklärung unwiderruflich und, sofern in der Verzichtserklärung nicht ein späterer Zeitpunkt dafür angegeben ist, wirksam. Die Bestellung ist zu widerrufen, wenn die Voraussetzungen für die Bestellung nicht mehr gegeben sind oder wenn Umstände eintreten, die der ordnungsgemäßen Ausübung des Amtes voraussichtlich auf Dauer entgegenstehen oder wenn eine rechtskräftige Verurteilung zu einer Disziplinarstrafe nach einem gesetzlich geregelten Disziplinarrecht vorliegt. Scheidet ein Mitglied oder Ersatzmitglied vorzeitig aus, so ist unverzüglich für die restliche Amtsdauer ein neues Mitglied oder Ersatzmitglied zu bestellen.

(6) Wird ein Mitglied oder Ersatzmitglied nach einem gesetzlich geregelten Disziplinarrecht von der zuständigen Disziplinarkommission von seinem Dienst bzw. von seiner Tätigkeit suspendiert, so ruht sein Amt für die Dauer der Suspendierung.

(7) Die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Schiedskommission sind bei der Ausübung ihres Amtes an keine Weisungen gebunden.

(8) Die Mitglieder und Ersatzmitglieder der Schiedskommission haben gegenüber dem Land Tirol Anspruch auf Reisegebühren nach den für Landesbeamte der Dienstklasse VIII geltenden Vorschriften. Der Vorsitzende hat überdies Anspruch auf eine angemessene Vergütung, die durch Verordnung der Landes-

regierung entsprechend dem Zeitaufwand und der Mühewaltung festzusetzen ist.

## § 51b

### Verfahrensbestimmungen

(1) Auf das Verfahren der Schiedskommission ist das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz 1991, BGBl. Nr. 51, anzuwenden, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt ist.

(2) Die Entscheidungen der Schiedskommission haben schriftlich zu ergehen. Sie unterliegen nicht der Aufhebung oder Abänderung im Verwaltungsweg.

(3) Ändert sich die Zusammensetzung der Schiedskommission während eines Verfahrens, so ist dieses neu durchzuführen.

(4) Die Schiedskommission entscheidet durch den Vorsitzenden und zwei weiteren Beisitzern. Beisitzer sind:

a) das Mitglied nach § 1 Abs. 2 lit. e oder, wenn ein Versicherungsträger nach § 52 Abs. 2 lit. c, d oder e am Streit beteiligt ist, das Mitglied nach § 1 Abs. 2 lit. f und

b) von den Mitgliedern nach § 1 Abs. 2 lit. b bis d dasjenige, das nach der Art des am Streit beteiligten Trägers der Krankenanstalt in Betracht kommt.

(5) Die Schiedskommission ist vom Vorsitzenden nach Bedarf einzuberufen. Dem Vorsitzenden obliegt die Vorbereitung und Durchführung der Sitzungen, die Festsetzung der Tagesordnung und die Leitung der Beratungen und Abstimmungen. Zu den Sitzungen sind die in Betracht kommenden Mitglieder vom Vorsitzenden rechtzeitig schriftlich und nachweislich unter Bekanntgabe der Tagesordnung zu laden. Ist ein Mitglied verhindert, so hat es unverzüglich den Vorsitzenden davon zu verständigen. Dieser hat sodann das betreffende Ersatzmitglied zu laden.

(6) Die Schiedskommission ist beschlußfähig, wenn die Mitglieder ordnungsgemäß geladen wurden und der Vorsitzende und die beiden Beisitzer anwesend sind. Die Beschlüsse werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefaßt. Stimmenthaltung ist nicht zulässig. Die Beisitzer stimmen in alphabetischer Reihenfolge, der Vorsitzende zuletzt ab.

(7) Über die Sitzungen der Schiedskommission sind Niederschriften zu führen, in denen jedenfalls Ort und Zeit der Sitzung, die Namen der anwesenden Mitglieder bzw. Ersatzmitglieder und der sonstigen teilnehmenden Personen, die Feststellung der Beschlußfähigkeit, die An-



träge und die darauf Bezug nehmenden zusammengefaßten Ausführungen sowie die Beschlüsse festzuhalten sind. Die Niederschriften sind vom Vorsitzenden und vom Schriftführer zu unterfertigen und spätestens zwei Wochen nach der Sitzung den Mitgliedern und Ersatzmitgliedern nachweislich zu übermitteln.

(8) Die Geschäfte der Schiedskommission werden nach den Anordnungen des Vorsitzenden vom Amt der Landesregierung besorgt (Geschäftsstelle der Schiedskommission). Die Geschäftsstelle hat für die Sitzungen einen Schriftführer beizustellen. Die Geschäftsstelle hat für die Ausfertigung der Bescheide und für die sonstigen Kanzleiarbeiten der Schiedskommission zu sorgen.“

47. § 54f hat zu lauten:

„§ 54f

Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie müssen unter der ärztlichen Leitung eines Facharztes für Psychiatrie stehen.“

48. Im Abs. 1 des § 57 hat die lit. c zu lauten:

„c) für das Landeskrankenhaus Natters und das Psychiatrische Krankenhaus des Landes Tirol das Gebiet aller politischen Bezirke Tirols.“

49. § 61a hat zu lauten:

„§ 61a

Die Höhe des Anspruchs auf Ersatz der Pflegekosten in einer privaten Krankenanstalt für Pfléglinge, denen nach dem Heeresversorgungsgesetz Anstaltspflege gewährt wird, ist durch privatrechtliche Verträge allgemein oder für besondere Fälle zu regeln. Solche Verträge bedürfen, wenn sie von einem Bundessozialamt abgeschlossen werden, der Genehmigung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales.“

50. Der Abs. 1 des § 62a hat zu lauten:

„(1) Die Landesregierung hat die geeignetste Form der Sicherstellung öffentlicher Anstaltspflege durch ein Raumordnungsprogramm nach § 7 des Tiroler Raumordnungsgesetzes 1994, LGBl. Nr. 81/1993, festzulegen (Tiroler Krankenanstaltenplan).“

51. § 64 hat zu lauten:

„§ 64

### **Strafbestimmungen**

(1) Wer

a) eine Krankenanstalt oder einzelne Organisationseinheiten derselben ohne die nach diesem Gesetz erforderliche Bewilligung errichtet oder betreibt,

b) eine nach § 5 bewilligungspflichtige Änderung einer Krankenanstalt ohne diese Bewilligung vornimmt,

c) eine Krankenanstalt ohne Bewilligung nach § 6 Abs. 1 verpachtet oder auf einen anderen Rechtsträger überträgt,

d) biomedizinische Forschungsvorhaben an einer Krankenanstalt durchführt, ohne die Ethikkommission nach § 12a zu befragen,

e) eine der im Abs. 2 angeführten Übertretungen wiederholt oder in einer Art und Weise begeht, mit der eine erhebliche Gefährdung oder Schädigung von Menschen oder von Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege verbunden ist,

begeht, sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet, eine Verwaltungsübertretung und ist von der Bezirksverwaltungsbehörde mit einer Geldstrafe bis zu 300.000,- Schilling zu bestrafen.

(2) Wer

a) eine nach § 5 nicht bewilligungspflichtige Änderung nicht rechtzeitig anzeigt,

b) die Bezeichnung einer Krankenanstalt ohne Bewilligung nach § 6 Abs. 1 ändert,

c) entgegen § 10 Abs. 4 die Anstaltsordnung ändert,

d) der Verpflichtung nach § 10 Abs. 5 nicht nachkommt,

e) gegen die genehmigte Anstaltsordnung gröblich verstößt,

f) gegen die Verschwiegenheitspflicht nach § 14 verstößt,

g) den Verpflichtungen nach § 15 nicht nachkommt,

h) wiederholt gegen § 17 Abs. 1 lit. a oder die Buchführungsvorschriften nach § 17 Abs. 3 verstößt,

i) dem Verbot nach § 21 zuwiderhandelt,

j) den Verpflichtungen nach § 28 nicht nachkommt,

begeht, sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet, eine Verwaltungsübertretung und ist von der Bezirksverwaltungsbehörde mit einer Geldstrafe bis zu 50.000,- Schilling zu bestrafen.

(3) Die Bezirksverwaltungsbehörde hat von jedem auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Strafbescheid nach dem Eintritt der Rechtskraft eine Ausfertigung der Landesregierung zu übersenden.“

52. Nach § 64a wird folgende Bestimmung als § 64b eingefügt:

## „§ 64b

**Geschlechtsspezifische Bezeichnung**

Soweit in diesem Gesetz personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form verwendet werden, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung der Bezeichnung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form zu verwenden.“

**Artikel II**

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

(2) § 51 in der Fassung des Art. I Z. 45 dieses Gesetzes tritt mit 1. Jänner 1995 in Kraft und gleichzeitig mit dem Außerkrafttreten der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1995 außer Kraft.

(3) Art. I Z. 46 tritt mit 1. Jänner 1995 in Kraft. Gleichzeitig tritt das Gesetz über die Einrichtung einer Schiedskommission zur Schlichtung und Entscheidung bestimmter Streitigkeiten nach dem Tiroler Krankenanstaltengesetz, LGBl. Nr. 46/1976, in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 7/1986 außer Kraft. Noch nicht abgeschlossene Verfahren vor der Schiedskommission nach dem genannten Gesetz sind vor der Schiedskommission nach § 51a in der Fassung des Art. I Z. 46 dieses Gesetzes fortzusetzen.

(4) Mit dem Außerkrafttreten der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1995 tritt § 51 in folgender Fassung in Kraft:

## „§ 51

(1) In den Fällen der Befundung oder Begutachtung nach § 33 Abs. 3 sind die Pflegegebühren von den Versicherungsträgern (§ 52) in voller Höhe zu entrichten. Ansonsten werden das Ausmaß der von den Versicherungsträgern (§ 52) an die Anstaltsträger zu entrichtenden Pflegegebührenersätze - unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe - und Sondergebührenersätze sowie die Dauer, für die diese Gebührenersätze zu entrichten sind, abgesehen von den Fällen des Abs. 3, durch privatrechtliche Verträge geregelt. Solche Verträge sind, soweit es sich nicht um einen der im § 52 Abs. 2 lit. c bis e genannten Versicherungsträger handelt, zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen

mit den in Betracht kommenden Versicherungsträgern einerseits und dem Anstaltsträger andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Schriftform.

(2) Über Streitigkeiten, die sich zwischen dem Anstaltsträger einerseits und einem Versicherungsträger (§ 52) oder dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger andererseits aus einem nach Abs. 1 abgeschlossenen Vertrag ergeben, entscheidet die Schiedskommission nach § 51a. Der Antrag auf Entscheidung kann von jedem der Streitparteien gestellt werden.

(3) Wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung eines Vertrages ein neuer Vertrag zwischen dem Anstaltsträger und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Versicherungsträger nach § 52 Abs. 2 lit. c bis e nicht zustande kommt, entscheidet die Schiedskommission auf Antrag mit Wirksamkeit ab der ansonsten bewirkten Vertragsauflösung über die nach Abs. 1 zu regelnden Angelegenheiten. Das gleiche gilt für den Fall, daß der Anstaltsträger, der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einer der genannten Versicherungsträger zum Abschluß eines Vertrages aufgefordert hat, jedoch innerhalb von zwei Monaten ein solcher Vertrag nicht zustande gekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom Anstaltsträger, von der Landesregierung, vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder von einem der genannten Versicherungsträger gestellt werden.

(4) Wenn ein Antrag nach Abs. 3 vor dem Zeitpunkt gestellt wird, zu dem der Vertrag aufgelöst würde, bleibt der Vertrag bis zur rechtskräftigen Entscheidung vorläufig in Kraft.

(5) Besteht für die Zeit der Rückwirkung der beantragten Entscheidung der Schiedskommission vorerst keine Verpflichtung zur Erbringung von Gebührenersätzen, so haben die Versicherungsträger (§ 52) für Pflinglinge, für deren Anstaltspflege sie aufzukommen haben, gegen nachträgliche Verrechnung Vorauszahlungen in der Höhe der zuletzt vertraglich vereinbarten Gebührenersätze zu erbringen.

(6) Bei der Festsetzung der Höhe der Gebührenersätze nach Abs. 3 ist insbesondere auf die durch den Betrieb der Anstalt entstehenden Kosten, soweit sie bei der Ermittlung der Pflegegebühren zugrunde gelegt werden dürfen (§ 42 Abs. 4), sowie auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Anstaltsträgers und der

Versicherungsträger (§ 52) Bedacht zu nehmen. Die Pflegegebührenersätze dürfen hiebei 60 v.H. der nach § 42 Abs. 1 festgesetzten Pflegegebühren nicht unterschreiten.

(7) Über Streitigkeiten, die sich zwischen dem Anstaltsträger einerseits und einem Versicherungsträger (§ 52) oder dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträ-

ger andererseits aus einer Entscheidung nach Abs. 3 oder aus der Anwendung der Bestimmungen über Vorauszahlungen nach Abs. 5 ergeben, entscheidet die Schiedskommission. Der Antrag auf Entscheidung kann von jedem der Streitparteien gestellt werden.“

(5) Der Art. III des Gesetzes LGBl. Nr. 77/1992 tritt mit 1. Jänner 1995 außer Kraft.

Der Landtagspräsident:  
**Mader**

Der Landeshauptmann:  
**Weingartner**

Das Mitglied der Landesregierung:  
**Zanon**

Der Landesamtsdirektor:  
**Gstrein**

**Herausgeber: Amt der Tiroler Landesregierung  
6010 Innsbruck**

Das Landesgesetzblatt erscheint nach Bedarf. Der Preis für das Einzelstück beträgt S 1,- je Seite, jedoch mindestens S 6,-. Die Bezugsgebühr beträgt S 92,- für das Halbjahr. – Verwaltung und Vertrieb: Kanzleidirektion/Amtswirtschaftsstelle, Neues Landhaus, Zimmer 555.  
Druck: Thaurdruck, Giesriegl. Ges. m. b. H., 6065 Thaur, Krumerweg 9

**Erscheinungsort Innsbruck  
Verlagspostamt 6020 Innsbruck P. b. b.**