

Gesetz vom, mit dem das Burgenländische Krankenanstaltengesetz 2000 - Bgld. KAG 2000 geändert wird (Burgenländische Krankenanstaltengesetz-Novelle 2013)

Der Landtag hat - teilweise in Ausführung der Grundsatzbestimmungen des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten - KAKuG, BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 147/2011, beschlossen:

Das Burgenländische Krankenanstaltengesetz 2000 - Bgld. KAG 2000, LGBl. Nr. 52/2000, in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 75/2012, wird wie folgt geändert:

1. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:

- a) Nach dem Eintrag zu § 3 wird die Zeile „§ 3a Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationsformen/-einheiten“ eingefügt.*
- b) Nach dem Eintrag zu § 3a wird die Zeile „§ 3b Fachrichtungsbezogene Organisationsformen“ eingefügt.*
- c) Nach dem Eintrag zu § 3b wird die Zeile „§ 3c Referenzzentren“ eingefügt.*
- d) Nach dem Eintrag zu § 22 wird die Zeile „§ 22a Mitwirkung von Spitalsärzten“ eingefügt.*
- e) Der Eintrag „§ 31 Supervision“ wird durch den Eintrag „§ 31 Supervision und betriebliche Gesundheitsförderung“ ersetzt.*

2. Im § 3 Abs. 1 Z 1 lautet der Einleitungssatz:

„Standardkrankenanstalten nach Maßgabe der Abs. 3 und 4 mit Abteilungen zumindest für:“

3. Im § 3 Abs. 1 Z 2 lautet der Einleitungssatz:

„Schwerpunktkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs. 4 mit Abteilungen zumindest für:“

4. Im § 3 Abs. 2 wird das Zitat „Abs. 1 Z 2 und 3“ durch das Zitat „Abs. 1“ ersetzt.

5. § 3 Abs. 4 erhält die Absatzbezeichnung „(5)“. Als neue Abs. 3 und 4 werden eingefügt:

„(3) Standardkrankenanstalten, die mit 1. Jänner 2011 über eine rechtskräftige Errichtungs- und Betriebsbewilligung verfügen, können als Standardkrankenanstalten der Basisversorgung geführt werden, wenn sie über einen natürlichen Einzugsbereich von weniger als 50 000 Einwohnern verfügen und/oder wenn eine rasche Erreichbarkeit einer Standardkrankenanstalt gemäß Abs. 1 Z 1 oder einer Krankenanstalt höherer Versorgungsstufe gemäß Abs. 1 Z 2 und 3 vorliegt. Für Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gilt Folgendes:

1. Standardkrankenanstalten der Basisversorgung müssen zumindest:
 - a) eine Abteilung für Innere Medizin ohne weitere Spezialisierung führen,
 - b) eine auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) beschränkte und in einer reduzierten Organisationsform gemäß § 3b Abs. 2 Z 3 oder 4 geführte Organisationseinheit zur Sicherstellung der Basisversorgung in der Chirurgie führen und
 - c) eine permanente Erstversorgung von Akutfällen samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Versorgungsstruktur gewährleisten.
2. Darüber hinaus können weitere auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG beschränkte reduzierte Organisationsformen gemäß § 3b in Verbindung mit Abs. 4 für operativ tätige Fachrichtungen geführt werden.
3. Die Organisation der entsprechend dem Patientenbedarf erforderlichen komplexeren medizinischen Versorgung ist durch Kooperation mit einer Standardkrankenanstalt gemäß Abs. 1 Z 1, einer Krankenanstalt höherer Versorgungsstufe gemäß Abs. 1 Z 2 oder 3 oder einer geeigneten Sonderkrankenanstalt gemäß § 1 Abs. 2 Z 2 sicherzustellen.

4. Eine Erweiterung des Leistungsspektrums über die Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG hinaus ist unzulässig.
 5. Bei Bedarf sind entsprechend § 43 ergänzende Einrichtungen für Akutgeriatrie/Remobilisation oder Remobilisation/Nachsorge mit zu berücksichtigen. Die Fortführung sonstiger bestehender Fachrichtungen, soweit sie konservativ tätig sind, in einer Organisationsform gemäß § 3b ist nur in Ausnahmefällen zulässig und wenn dies im Regionalen Strukturplan Gesundheit vorgesehen ist.
 6. Standardkrankenanstalten der Basisversorgung können auch als dislozierte Betriebsstätten einer räumlich nahen Standardkrankenanstalt gemäß Abs. 1 Z 1 oder einer Krankenanstalt einer höheren Versorgungsstufe gemäß Abs. 1 Z 2 und 3 geführt werden.
- (4) Krankenanstalten gemäß Abs. 1 Z 1 und 2 sowie Abs. 3, können, soweit dort vorgesehen, und nach Maßgabe des § 3b, die Errichtung folgender reduzierter Organisationsformen vorsehen:
1. Departments
 - a) für Unfallchirurgie in Form von Satellitendepartments (§ 3b Abs. 2 Z 1),
 - b) für Akutgeriatrie/Remobilisation im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin oder Abteilungen für Neurologie,
 - c) für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie,
 - d) für Psychosomatik für Erwachsene vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Psychiatrie oder für Innere Medizin und
 - e) für Kinder- und Jugendpsychosomatik vorrangig im Rahmen von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie.
 2. Fachschwerpunkte für die medizinischen Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie Urologie,
 3. dislozierte Wochenkliniken für jedes Sonderfach sowie
 4. dislozierte Tageskliniken für jedes Sonderfach.

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

6. Nach § 3a werden folgende §§ 3b und 3c samt Überschriften eingefügt:

„§ 3b

Fachrichtungsbezogene Organisationsformen

- (1) Abteilungen sind bettenführende Einrichtungen, die zeitlich uneingeschränkt zu betreiben sind und die im Rahmen der Abdeckung des fachrichtungsbezogenen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung in ihrem Einzugsbereich nach Maßgabe des § 21 Abs. 1 die jederzeitige Verfügbarkeit fachärztlicher Akutversorgung anstaltsbedürftiger Personen im jeweiligen Sonderfach sicherzustellen haben.
- (2) Neben Abteilungen bzw. an Stelle von Abteilungen können nach Maßgabe des § 3 Abs. 4 folgende fachrichtungsbezogene Organisationsformen als Organisationseinheiten vorgehalten werden:
 1. Departments als bettenführende Einrichtungen mit eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG für Unfallchirurgie (Satellitendepartment) oder Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie mit jeweils 15 bis 24 Betten, für Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 20 Betten sowie für Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens 12 Betten. Departments müssen mit Ausnahme von Satellitendepartments für Unfallchirurgie nach Maßgabe des § 21 Abs. 1 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 3 Abs. 4 Z 1 eingerichtet werden. Satellitendepartments für Unfallchirurgie sind organisatorisch Teil jener Krankenanstalt, in der sie betrieben werden. Die ärztliche Versorgung der Satellitendepartments ist von einer Abteilung für Unfallchirurgie einer anderen Krankenanstalt oder - im Falle einer Krankenanstalt mit mehreren Standorten - von einer Abteilung für Unfallchirurgie an einem anderen Krankenanstaltenstandort sicherzustellen.
 2. Fachschwerpunkte als bettenführende Einrichtungen mit acht bis vierzehn Betten und mit auf elektive Eingriffe eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG für

die medizinischen Sonderfächer gemäß § 3 Abs. 4 Z 2. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Betriebszeiten aufweisen, wenn außerhalb dieser Betriebszeiten eine Rufbereitschaft sichergestellt ist. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden sein. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 und § 3 Abs. 3 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 2 auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen.

3. Dislozierte Wochenkliniken als bettenführende Einrichtungen, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie dienen zur Durchführung von Behandlungen mit kurzer Verweildauer, wobei das Leistungsangebot auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG eingeschränkt ist. Die Einrichtung dislozierter Wochenkliniken ist nur in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 2 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten sowie in Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 3 Abs. 3 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend zulässig. Dislozierte Wochenkliniken müssen, sofern die Anstaltsordnung keine abweichenden Regelungen für Feiertage im Sinne des § 15 Abs. 1 Z 2 enthält, jedenfalls von Montag früh bis Freitag abends zeitlich uneingeschränkt betrieben werden. Im Bedarfsfall ist durch die Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.
4. Dislozierte Tageskliniken als bettenführende Einrichtungen an Standorten von Krankenanstalten ohne vollstationäre bettenführende Einrichtung (Abteilung, Department oder Fachschwerpunkt) desselben Sonderfaches mit einem auf tagesklinisch elektiv erbringbare konservative und operative Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG. Dislozierte Tageskliniken können in der betreffenden Krankenanstalt entweder eigenständig geführt und an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden werden oder auch als bettenführende Einrichtungen eingerichtet werden, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie weisen eingeschränkte Betriebszeiten auf. Außerhalb der Betriebszeit ist jedenfalls die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sicherzustellen. Dislozierte Tageskliniken können in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 Z 2 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 3 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend eingerichtet werden.

§ 3c

Referenzzentren

Als Referenzzentren werden spezialisierte Strukturen im Rahmen der bettenführenden Organisationsstrukturen bezeichnet, die grundsätzlich in Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalten zur Bündelung der Erbringung komplexer Leistungen für folgende Bereiche eingerichtet werden können:

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

7. Im § 13 erhält der geltende Text die Absatzbezeichnung „(1)“, folgender Abs. 2 wird angefügt:

„(2) Die Verwendung von Räumlichkeiten und Einrichtungen einer Krankenanstalt für Zwecke einer freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit ist zulässig, wenn nachstehende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. der Betriebsablauf der Krankenanstalt darf nicht beeinträchtigt sein;
2. die hygienisch und fachlich einwandfreie Nutzung muss gewährleistet sein;
3. die Zustimmung des Rechtsträgers muss vorliegen;

4. für Patienten muss klar erkennbar sein, mit wem der Behandlungsvertrag abgeschlossen wird, und
 5. der Zeitraum, während dessen die freiberufliche Tätigkeit ausgeübt wird, ist zweifelsfrei erkennbar festzulegen.“
8. Im § 14 Abs. 2 Z 4 wird das Wort „Organisationseinheiten“ durch die Wortfolge „fachrichtungsbezogenen Organisationsformen“ ersetzt.
9. § 14 Abs. 2 Z 6 lautet:
- „6. die maximale Bettenzahl je Fachbereich bezogen auf das Land und die Versorgungsregionen oder bezogen auf die Standorte, und“
10. Dem § 14 werden folgende Abs. 3 und 4 angefügt:
- „(3) Erfolgen die Festlegungen gemäß Abs. 2 Z 6 nicht bezogen auf die Standorte, sind in Zusammenhang mit § 5 Abs. 4 und 5 die zur Realisierung beabsichtigten Bettenkapazitäten je Fachbereich und Standort im Regionalen Strukturplan Gesundheit zumindest unverbindlich mit Informationscharakter auszuweisen.
- (4) Die Landesregierung ist verpflichtet, den auf Landesebene zwischen dem Land und der Sozialversicherung in der Landesgesundheitsplattform abgestimmten Regionalen Strukturplan Gesundheit auf der Homepage des jeweiligen Landes in der jeweils aktuellen Fassung zu veröffentlichen.“
11. § 15 lautet:

„§ 15

Anstaltsordnung

(1) Der innere Betrieb einer Krankenanstalt wird durch die Anstaltsordnung geregelt. Die Anstaltsordnung hat unter Anführung des Rechtsträgers, der Betriebsform und der Bezeichnung der Krankenanstalt jedenfalls Bestimmungen zu enthalten über:

1. die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in Abteilungen und/oder in andere fachrichtungsbezogene Organisationsformen für Akutkranke und, neben diesen, auch in zusätzliche Einrichtungen für Langzeitbehandlung, oder in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranker und für Langzeitbehandlung innerhalb von Abteilungen;
2. die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur einmalig über Tag (Tagesklinik) oder über Nacht (Nachtklinik), oder längerfristig im halbstationären Bereich, wo sie nur über Tag oder nur über Nacht verweilen, oder in sonstigen Betriebsformen gemäß Abs. 7 aufgenommen werden;
3. Regelungen betreffend die Leitung der in § 3b genannten fachrichtungsbezogenen Organisationsformen sowie der in Abs. 7 genannten Betriebsformen;
4. Regelungen über den Betrieb von dislozierten Wochenkliniken an Feiertagen;
5. die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;
6. das von Patienten und Besuchern in der Krankenanstalt zu beachtende Verhalten;
7. die Festlegung von Räumen, in denen das Rauchen gestattet ist;
8. Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 3b) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 15 Abs. 7).

(2) Die einzelnen Organisationseinheiten und Pflegegruppen sind hinsichtlich ihrer Bettenanzahl unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin in einer überschaubaren Größe zu halten. Sofern Betten für Patienten von Organisationseinheiten verschiedener Sonderfächer zur Verfügung stehen (interdisziplinär geführte Bereiche), ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Patienten jederzeit zweifelsfrei einer bestimmten fachrichtungsspezifischen Organisationseinheit zugeordnet werden können.

(3) Die Anstaltsordnung hat Bestimmungen über die Leitung der Krankenanstalt zu enthalten. Im Falle der Einrichtung einer kollegialen Führung (§ 19) hat sie Bestimmungen über ein gemeinsames Vorgehen festzulegen. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass die kollegiale Führung ihre Aufgaben hinsichtlich der Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 23 Abs. 3 erfüllen kann. Die diesen

Führungskräften nach § 25 Abs. 1, § 27 Abs. 1 und § 28 Abs. 1 jeweils zukommenden Aufgaben dürfen nicht beeinträchtigt werden.

(4) Die Anstaltsordnung darf keine Bestimmungen enthalten, die die Durchführung eines straflosen Schwangerschaftsabbruches oder die Mitwirkung daran verbieten oder die Weigerung, einen solchen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen oder daran mitzuwirken, mit nachteiligen Folgen verbinden.

(5) Die Anstaltsordnung und jede wesentliche Änderung derselben bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Diese ist zu erteilen, wenn sie gesetzeskonform erstellt ist und die Art der Regelung einen ordnungsgemäßen Anstaltsbetrieb gewährleistet. Hinsichtlich nicht wesentlicher Änderungen genügt die schriftliche Anzeige der Änderung an die Landesregierung. Die Genehmigung ist bei Errichtung einer Krankenanstalt zugleich mit der Genehmigung zum Betrieb zu erteilen.

(6) Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die Anstaltsordnung zumindest Leitern von Organisationseinheiten nachweislich zur Kenntnis zu bringen und sie auf die Strafbarkeit von Verletzungen der Verschwiegenheitspflicht gemäß § 30 aufmerksam zu machen. Die Anstaltsordnung ist ferner an geeigneter, für das Personal leicht zugänglicher Stelle aufzulegen. Die Teile der Anstaltsordnung gemäß Abs. 1 Z 1, 2, 6 und 7 sind den Patienten zugänglich zu machen.

(7) Folgende Arten der Betriebsformen sind in Krankenanstalten neben der herkömmlichen Art der fachrichtungsspezifischen und/oder zeitlich durchgängigen Betriebsform möglich:

1. Interdisziplinär geführte Bereiche zur Behandlung von Patienten aus verschiedenen Sonderfächern, die in der Krankenanstalt in einer der fachrichtungsbezogenen Organisationsformen gemäß § 3b vorgehalten werden. Es ist sicherzustellen, dass die Patienten jederzeit zweifelsfrei einem bestimmten Sonderfach zugeordnet werden können.
2. Als Wochenklinik geführte Bettenbereiche für stationäre Behandlungen von Fällen, in denen die Entlassung innerhalb der bewilligten Betriebszeit zu erwarten ist. Wochenkliniken können fachspezifisch oder interdisziplinär im Sinne der Z 1 betrieben werden.
3. Als Tagesklinik geführte Bettenbereiche zur tagesklinischen Behandlung (Aufnahme und Entlassung am selben Tag). Das Leistungsspektrum ist auf tagesklinisch erbringbare konservative und elektive operative Leistungen beschränkt. Tageskliniken können fachspezifisch oder interdisziplinär im Sinne der Z 1 betrieben werden.
4. Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten als Einrichtungen mit uneingeschränkter Betriebszeit, die aus einer Erstversorgungsambulanz und einem Aufnahmebereich mit bewilligungspflichtigen (systemisierten) Betten zur stationären Beobachtung von Patienten für längstens 24 Stunden bestehen. Das zulässige Leistungsspektrum umfasst die Durchführung ambulanter Erstversorgung von Akut- und Notfällen inklusive basaler Unfallversorgung sowie Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung sonstiger ungeplanter Zugänge samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Fachstruktur innerhalb oder außerhalb der jeweiligen erstversorgenden Krankenanstalt im stationären oder ambulanten Bereich, die kurze stationäre Behandlung oder Beobachtung bis zu 24 Stunden sowie die organisatorische Übernahme ungeplanter stationärer Aufnahmen außerhalb der Routine-Betriebszeiten (Nachtaufnahmen) mit Verlegung auf geeignete Normalpflegebereiche bei Beginn der Routinedienste (Tagdienst). Eine dislozierte Führung dieser Einrichtungen ist nur in begründeten Ausnahmefällen, etwa zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen oder zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig.
5. Ambulante Erstversorgungseinheit als interdisziplinäre Struktur zur Erstbegutachtung und erforderlichenfalls Erstbehandlung samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und erforderlichenfalls Weiterleitung der Patienten in die erforderliche ambulante oder stationäre Versorgungsstruktur. Die ambulante Erstversorgungseinheit kann über eine angemessene Zahl von nicht bewilligungspflichtigen Betten (Funktionsbetten) verfügen, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist. Disloziert geführte ambulante Erstversorgungseinheiten sind zeitlich uneingeschränkt zu betreiben. Ambulante Erstversorgungseinheiten, die örtlich in einer Krankenanstalt oder in unmittelbarer Nähe einer Krankenanstalt betrieben werden, können den Betrieb für maximal acht Stunden, die tageszeitlich in der Anstaltsordnung festzulegen sind, einstellen, wenn die Erfüllung der Aufgaben der ambulanten Erstversorgungseinheit durch die Krankenanstalt in anderer Form sichergestellt ist. Im Übrigen sind Z 4 und § 54 sinngemäß anzuwenden.“

12. Im § 21 Abs. 1 erhalten die Z 6 bis 8 die Bezeichnungen „8.“ bis „10.“; nach Z 5 werden folgende Z 6 und 7 eingefügt:

- „6. in dislozierten Wochenkliniken die Bestimmungen zur Rufbereitschaft gemäß Z 3 und 4 sinngemäß gelten und außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden kann, wenn im Bedarfsfall die Weiterbetreuung der Patienten durch die Mutterabteilung außerhalb der Betriebszeit sichergestellt ist;
7. in dislozierten Tageskliniken außerhalb der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden kann, wenn die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sichergestellt ist;“

13. Nach § 22 wird folgender § 22a samt Überschrift eingefügt:

„§ 22a

Mitwirkung von Spitalsärzten

Vorbehaltlich der Zustimmung der Rechtsträger der Krankenanstalten dürfen auch die in den Fondskrankenanstalten tätigen Ärzte, welche zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind (§ 4 ÄrzteG 1998), zu Aufgaben, die den Gebietskörperschaften auf Grund von Bundes- oder Landesgesetzen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens zukommen, herangezogen werden. Diese Ärzte gelten als im öffentlichen Sanitätsdienst stehend und sind der Landesregierung vom Rechtsträger zu melden.“

14. Dem § 23 wird folgender Abs. 6 angefügt:

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

15. § 31 lautet:

„§ 31

Supervision und betriebliche Gesundheitsförderung

(1) In Krankenanstalten oder Organisationseinheiten, in denen das Personal besonderen psychischen Belastungen ausgesetzt ist, hat der Rechtsträger sicherzustellen, dass diesen Personen im Rahmen ihrer Dienstzeit im erforderlichen Ausmaß Gelegenheit zur Teilnahme an einer berufsbegleitenden Supervision geboten wird. Die Supervision hat durch fachlich qualifizierte Personen zu erfolgen.

(2) Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben ferner sicherzustellen, dass den in der Krankenanstalt beschäftigten Personen Maßnahmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten werden.“

16. Im § 37 Abs. 1 wird das Zitat „§ 1 Abs. 2 Z 1 bis 5“ durch das Zitat „§ 1 Abs. 2 Z 1, 2 und 4“ ersetzt.

17. § 43 Abs. 1 lautet:

„(1) Das Land Burgenland ist verpflichtet, unter Bedachtnahme auf den Landeskrankenanstaltenplan (§ 14) und unter Berücksichtigung des Bedarfes auf dem Gebiet der Langzeitversorgung und der in diesem Zusammenhang zu erwartenden künftigen Entwicklung, Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen (§ 50 Abs. 3) entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen, wobei je 250 000 bis 300 000 Einwohner, zumindest jedoch für das gesamte Bundesland, eine Schwerpunktkrankenanstalt (§ 3 Abs. 1 Z 2) einzurichten ist. Je nach den örtlichen Verhältnissen ist ferner für 50 000 bis 90 000 Einwohner eine Standardkrankenanstalt (§ 3 Abs. 1 Z 1 oder Abs. 3) einzurichten. Von der Errichtung einer Standardkrankenanstalt kann abgesehen werden, wenn im jeweiligen Einzugsgebiet die Voraussetzungen des § 3 Abs. 1 Z 1 oder § 3 Abs. 3 durch Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten erfüllt werden, die von einer Schwerpunktkrankenanstalt disloziert geführt werden. Unter Berücksichtigung besonderer topographischer oder verkehrsmäßiger Verhältnisse dürfen diese Zahlen sowohl unter - als auch überschritten werden.“

18. Dem § 50 wird folgender Abs. 6 angefügt:

„(6) Im Fall der Behandlung eines Patienten in fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 3b) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 15 Abs. 7) ist der Patient jener Krankenanstalt zuzurechnen, in der er sich befindet.“

19. Dem § 86 werden folgende Abs. 12 bis 14 angefügt:

„(12) Die Änderung des Inhaltsverzeichnisses, ferner § 3 Abs. 1 Z 1 und 2 sowie Abs. 2 bis 5, §§ 3b, 3c, 13 Abs. 2, § 14 Abs. 2 Z 4 und 6, § 14 Abs. 3 und 4, §§ 15, 21 Abs. 1 Z 6 bis 10, §§ 22a, 23 Abs. 6, §§ 31, 37 Abs. 1, § 43 Abs. 1 und § 50 Abs. 6 treten mit dem auf die Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(13) Die vor dem 1. Jänner 2012 im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie eingerichteten Departments für Unfallchirurgie sind bis 31. Dezember 2015 in Satellitendepartments gemäß § 3 Abs. 4 Z 1 lit. a umzuwandeln.

(14) Die vor dem 1. Jänner 2012 im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie eingerichteten Departments für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sind bis 31. Dezember 2015 in Fachschwerpunkte gemäß § 3 Abs. 4 Z 2 umzuwandeln.“

Vorblatt

Gegenstand:

Mit dem vorliegenden Entwurf werden die grundsatzgesetzlichen Vorgaben des Bundesgesetzes, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten- und Kuranstalten geändert wird, BGBl. I Nr. 147/2011, in das Burgenländische Krankenanstaltengesetz 2000 - Bgld. KAG 2000, LGBl. Nr. 52/2000, in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 75/2012, eingebaut und erforderliche Zitateanpassungen durchgeführt. Im Zusammenhang mit einer freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit in Krankenanstalten wird eine entsprechende Rechtsgrundlage geschaffen.

Ziel:

Herbeiführung einer grundsatzkonformen Rechtslage, Durchführung erforderlicher Zitateanpassungen, Schaffung einer Rechtsgrundlage für freiberufliche ärztliche Tätigkeit in Krankenanstalten.

Die wesentlichen Inhalte des Entwurfs umfassen

- Verankerung einer abgestuften Versorgung durch Akut-Krankenanstalten bis hin zur Definition von Leistungsbündeln, die den Versorgungsstufen jeweils zugeordnet sind.
- Transparente und klar strukturierte Festlegung der unterschiedlichen innovativen, prozessorientiert funktionierenden Organisations- und Betriebsformen.
- Schaffung einer Berechtigung für Spitalsärzte, Aufgaben im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens zu übernehmen.

Lösung:

Erlassung einer entsprechenden Novelle zum Bgld. KAG 2000.

Alternative:

Soweit es sich um die Ausführung von bundessgesetzlichen Vorgaben des KAKuG handelt, keine. Ferner wäre eine mögliche Synergienutzung und Einkommensquelle der Krankenanstalten rechtlich nicht zweifelsfrei gedeckt.

Finanzielle Auswirkungen:

Durch den Entwurf entstehen weder dem Land noch den burgenländischen Gemeinden Mehrkosten. Vielmehr werden den Krankenanstaltenträgern Organisations- und Betriebsformen eröffnet, die einen wesentlich wirtschaftlicheren Betrieb von Krankenanstalten als bisher ermöglichen.

Verhältnis zu den Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

Der Entwurf berührt keine gemeinschaftsrechtlichen Normen.

Erläuterungen

Allgemeiner Teil

Mit dem vorliegenden Entwurf werden die grundsatzgesetzlichen Vorgaben des Bundesgesetzes, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten- und Kuranstalten geändert wird, BGBl. I Nr. 147/2011, in das Burgenländische Krankenanstaltengesetz 2000 - Bgld. KAG 2000, LGBl. Nr. 52/2000, in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 75/2012, eingebaut und erforderliche Zitateanpassungen durchgeführt. Im Zusammenhang mit einer freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit in Krankenanstalten wird eine entsprechende Rechtsgrundlage geschaffen.

Die wesentlichen Inhalte des Entwurfs umfassen

- Verankerung einer abgestuften Versorgung durch Akut-Krankenanstalten bis hin zur Definition von Leistungsbündeln, die den Versorgungsstufen jeweils zugeordnet sind.
- Transparente und klar strukturierte Festlegung der unterschiedlichen innovativen, prozessorientiert funktionierenden Organisations- und Betriebsformen.
- Schaffung einer Berechtigung für Spitalsärzte, Aufgaben im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens zu übernehmen.

Im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2010 (ÖSG 2010) wurden erstmals sowohl patientenorientierte als auch effizienzfördernde Flexibilisierungsmöglichkeiten in Spitälern und an den Nahtstellen zwischen Spital und ambulantem Bereich in Form innovativer, prozessorientiert funktionierender Organisations- und Betriebsformen festgelegt. Dadurch können die Leistungen besser an den tatsächlichen Bedarf vor Ort angepasst werden, wodurch die Effizienz der Spitäler gesteigert wird.

Die im ÖSG 2010 dargestellte abgestufte Versorgung durch Akut-Krankenanstalten bis hin zur Definition von Leistungsbündeln, die den Versorgungsstufen jeweils zugeordnet sind (inkl. Basisversorgung), sowie die unterschiedlichen Organisations- und Betriebsformen sollen mit dieser Novelle in das Krankenanstaltenrecht Eingang finden. Dabei werden insbesondere die sogenannten reduzierten Organisationsformen (Departments, Fachschwerpunkte usw.) ergänzt, neustrukturiert sowie teilweise geändert und somit umfassend geregelt. Mit diesen Neuregelungen wird vor allem größtmögliche Transparenz und Rechtsklarheit bezweckt.

Mit den durch diesen Entwurf geschaffenen Möglichkeiten für die modulare Zusammensetzung von Krankenanstalten und der daraus entstehenden Optionen kann eine höhere Flexibilität bei der Gestaltung einer auf den regionalen Bedarf abgestimmten Angebotsstruktur für die jeweiligen Krankenanstaltenstandorte erreicht werden. Damit kann die medizinische Akutversorgung patientenorientiert, wohnortnah und in hoher Versorgungsqualität langfristig sichergestellt werden.

Als neu vorgesehene Versorgungsform sind insbesondere die Standard-Krankenanstalten der Basisversorgung (§ 3 Abs. 3 Z 1) zu nennen. Als solche können ausschließlich bisherige Standard-Krankenanstalten unter bestimmten Voraussetzungen geführt werden (vgl. Erläuterungen Besonderer Teil).

Weiters werden im neuen § 3c für bestimmte Leistungsbereiche Referenzzentren zur Durchführung komplexer medizinischer Leistungen vorgesehen.

Im Zusammenhang mit einer freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit in Krankenanstalten soll eine Synergienutzung einerseits eine Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung ermöglichen, andererseits aber auch eine zusätzliche Einnahmequelle für Krankenanstalten erschließen.

Besonderer Teil

Zu Z 1 (Änderung des Inhaltsverzeichnisses):

Auf Grund der Einfügung neuer bzw. der Umbenennung bestehender Paragraphen (§§ 3a, 3b und 3c sowie § 22a und § 31) ist eine Anpassung des Inhaltsverzeichnisses vorzunehmen.

Zu Z 2 bis 5 (§ 3 Abs. 1 Z 1 und 2, Abs. 2 bis 4):

Die Änderungen erfolgen in Ausführung des Bundesgesetzes, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten- und Kuranstalten geändert wird, BGBl. I Nr. 147/2011. Die Bezug nehmenden Regelungen des Bundes finden sich im § 2a. Zu diesen Regelungen hat der Bund wie folgt ausgeführt:

„Durch die Änderung des Zitates in Abs. 3 wird klargestellt, dass es auch in Standardkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. a möglich ist, die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt unterzubringen, sofern diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind. Eine funktionell-organisatorische Verbindung örtlich getrennt untergebrachter Abteilungen oder sonstiger Organisationseinheiten setzt eine bestimmte räumliche Nähe voraus. So hat etwa der VwGH die Entfernung von der Stadt Salzburg ins Gasteinertal als zu groß für die örtliche Unterbringung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten angesehen.

In Abs. 1 lit. a und b iVm. Abs. 4 und 5 werden einerseits als neue Versorgungsform die Standard-Krankenanstalten der Basisversorgung vorgesehen und andererseits die sogenannten reduzierten Organisationsformen (Departments, Fachschwerpunkte usw.) neu strukturiert und umfassend geregelt.

Standard-Krankenanstalten der Basisversorgung

Als solche können ausschließlich bisherige Standard-Krankenanstalten (§ 2a Abs. 1 lit. a) geführt werden, wenn sie über einen natürlichen Einzugsbereich von unter 50 000 Einwohnern verfügen und/oder wenn eine rasche Erreichbarkeit einer Standardkrankenanstalt gemäß § 2a Abs. 1 lit. a oder einer höherrangigen Krankenanstalt (Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalt) vorliegt. Damit soll klargestellt werden, dass Standard-Krankenanstalten der Basisversorgung nicht zusätzlich errichtet werden dürfen, sondern ausschließlich durch Umwandlung aus bestehenden Standard-Krankenanstalten hervorgehen können. Für die Einrichtung ist das Vorliegen einer der beiden genannten Voraussetzungen ausreichend.

Die Standard-Krankenanstalten der Basisversorgung sind eine spezielle Kategorie von Standard-Krankenanstalten und müssen zumindest

- eine Abteilung für Innere Medizin ohne weitere Spezialisierung aufweisen,
- eine auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG beschränkte und als dislozierte Wochen- oder Tagesklinik geführte Organisationseinheit zur Sicherstellung der Basisversorgung für Chirurgie umfassen und
- eine permanente Erstversorgung von Akutfällen samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Versorgungsstruktur gewährleisten.

Bei der Basisversorgung handelt es sich im Wesentlichen um Leistungen, die ohne besondere Anforderungen an die medizinisch-technische Infrastruktur (zB Großgeräte, Intensivversorgung) und an das Komplikationsmanagement in einer Krankenanstalt auch im Rahmen einer Wochenklinik erbracht werden können.

Die Erstversorgung muss insbesondere in jenen Akutfällen gewährleistet sein, bei denen im Fall einer späteren medizinischen Intervention eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands zu erwarten wäre. Für den Fall, dass das Behandlungsmanagement in der Krankenanstalt vor Ort nicht ausreichend ist, ist nach einer Erstversorgung (zB Stabilisierung, Wundverband/Fixierung, etc.) ein unverzüglicher Weitertransport der betroffenen PatientInnen an eine dafür geeignete Krankenanstalt zu veranlassen. Für den Fall einer erforderlichen nachsorgenden Begutachtung oder Weiterbehandlung im ambulanten Bereich ist eine entsprechende Zuweisung an diesen durchzuführen.

Die Abteilung für Innere Medizin muss jedenfalls alle Leistungen erbringen, für die kein Additivfach erforderlich ist und die in einer Standardkrankenanstalt anzubieten sind. Bei Bedarf können etwa auch Leistungen aus Additivfächern erbracht werden, wenn die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen und insbesondere festgelegte Qualitätskriterien eingehalten werden. Die ärztliche Versorgung von Einrichtungen für Akutgeriatrie/Remobilisation oder Remobilisation/Nachsorge muss dementsprechend durch geeignete ÄrztInnen erfolgen.

Ergänzend zu den beschriebenen Mindestanforderungen können weitere auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG beschränkte und in reduzierten Organisationsformen (Departments, Fachschwerpunkte usw.) geführte operativ tätige Fachrichtungen vorgehalten werden.

Eine Erweiterung des Leistungsspektrums über die definierten Basisversorgungs-Leistungen hinaus ist unzulässig.

Weiters sind im Bedarfsfall Einrichtungen für Akutgeriatrie/Remobilisation oder Remobilisation/Nachsorge mit zu berücksichtigen. Darüber hinaus ist im Rahmen von Standard-Krankenanstellen der Basisversorgung in Ausnahmefällen und wenn dies im RSG vorgesehen ist, die Fortführung bestehender Fachrichtungen, sofern sie konservativ tätig sind, - auch in Form von Abteilungen - möglich. Als Ausnahmefall ist jedenfalls die Notwendigkeit der (regionalen) Versorgung der Bevölkerung in dieser Fachrichtung zu sehen.

Hinsichtlich der Erbringung ambulanter Leistungen durch Standardkrankenanstellen der Basisversorgung ist in Verbindung mit § 26 KAKuG Folgendes festzuhalten:

1. Für das von der - auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG beschränkten - Organisationseinheit zur Sicherstellung der Basisversorgung für Chirurgie (dislozierte Wochen- oder Tagesklinik) angebotene Leistungsspektrum sind auch die entsprechenden ambulanten Leistungen anzubieten. Dafür wird grundsätzlich eine ambulante Erstversorgungseinheit ausreichen.
2. Im Zusammenhang mit den auf der Abteilung für Innere Medizin oder in sonstigen Fachrichtungen in bettenführenden Organisationseinheiten angebotenen Leistungsspektren ist auch eine entsprechende ambulante Versorgung gemäß § 26 KAKuG sicherzustellen. Das kann im Wege von Fachambulanzen oder interdisziplinär geführten Ambulanzen erfolgen, eine ambulante Erstversorgungseinheit ist dafür nicht ausreichend.

Dementsprechend bleibt der § 26 KAKuG unter Berücksichtigung dieser Ausführungen unberührt.

Die Organisation der entsprechend dem Patientenbedarf erforderlichen komplexeren medizinischen Versorgung ist durch Kooperation mit anderen Krankenanstellen sicherzustellen. Als andere Krankenanstellen kommen sowohl Standardkrankenanstellen gemäß § 2a Abs. 1 lit. a als auch Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstellen oder geeignete Sonderkrankenanstellen in Betracht. Handelt es sich bei den kooperierenden Krankenanstellen um Krankenanstellen desselben Rechtsträgers sind etwa Vereinbarungen zwischen den Krankenanstellen analog zu den Verwaltungsübereinkommen zwischen Ministerien denkbar. Eine schriftliche Festlegung der Kooperation allenfalls auch in den Anstaltsordnungen ist aus Gründen der Rechtssicherheit und Transparenz notwendig.

Um wirtschaftliche und versorgungstechnische Synergien bestmöglich nutzbar zu machen, kann die am Krankenanstellenstandort als Standardkrankenanstalt der Basisversorgung strukturierte Versorgungseinheit auch unter gemeinsamer Leitung als integraler Teil einer Standardkrankenanstalt gemäß § 2a Abs. 1 lit. a oder einer Schwerpunkt- bzw. Zentralkrankenanstalt geführt werden (Mehr-Standort-Krankenanstalt). Eine Abgrenzung zwischen diversen Standorten derselben Krankenanstalt im Hinblick auf die Finanzierung ist möglich (zB Festlegung unterschiedlicher Steuerungsfaktoren aufgrund Leistungsspektren unterschiedlicher Versorgungsstufen). Es ist beispielsweise zulässig, dass die Standardkrankenanstalt der Basisversorgung A am Standort X etwa im Wege eines Angliederungsvertrages oder durch Übertragung auf einen anderen Rechtsträger zu einem Teil einer Krankenanstalt B am Standort Y (andere Gemeinde oder andere Adresse in derselben Gemeinde) wird. Die Krankenanstalt B erhält dadurch den neuen Standort X und wird - wenn sie es nicht ohnehin schon war - dadurch zu einer Mehr-Standort-Krankenanstalt mit den Standorten X und Y. Handelt es sich beim Standort Y der Krankenanstalt B beispielsweise um eine Schwerpunktkrankenanstalt, so kann im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstellenfinanzierung für diesen Standort Y - wie bisher - der Faktor für die Schwerpunktversorgung festgelegt werden und für den neuen Standort X (= Standardkrankenanstalt der Basisversorgung) kein besonderer Faktor (= Faktor 1) festgelegt werden.

Departments und Fachschwerpunkte

Mit der neuen Regelung in Abs. 5 (bisher Abs. 4) werden die reduzierten Organisationsformen Department und Fachschwerpunkt insbesondere im Hinblick auf die Verständlichkeit neu strukturiert und teilweise neu geregelt.

Die Änderungen zur bisherigen Rechtslage bestehen darin, dass

1. für die Fachrichtung Unfallchirurgie anstelle eines Departments im Rahmen einer Abteilung für Chirurgie nunmehr ein sogenanntes Satellitendepartment (siehe Erläuterungen zur Z 6) vorgesehen wird

und

2. für die Fachrichtung Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zukünftig nicht mehr die reduzierte Organisationsform Department, sondern ein Fachschwerpunkt in Betracht kommt.

Für Departments und Fachschwerpunkte gilt, dass diese mit Ausnahme der Departments für Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychosomatik nur in begründeten Ausnahmefällen, etwa zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen oder zur Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung zulässig sind, wenn der wirtschaftliche Betrieb einer Abteilung mangels ausreichender Auslastung nicht erwartet werden kann.“

Zu Z 6 (§§ 3b und 3c):

Die Neuregelungen erfolgen in Ausführung des Bundesgesetzes, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten- und Kuranstalten geändert wird, BGBl. I Nr. 147/2011. Die Bezug nehmenden Regelungen des Bundes finden sich in den §§ 2b und 2c. Zu diesen Regelungen hat der Bund wie folgt ausgeführt:

„In den neuen §§ 2b bzw. 2c werden bereits bestehende und neu hinzukommende fachrichtungsbezogene Organisationseinheiten sowie neu Referenzzentren kompakt dargestellt und beschrieben.

Ein Satellitendepartment für Unfallchirurgie ist organisatorisch, worunter jedenfalls die gesamte datenschutzrechtliche, sicherheitstechnische und IKT-technische Verantwortung fällt, Teil der Krankenanstalt, in der es sich örtlich befindet. Es ist eine bettenführende Einrichtung, deren ärztliche Versorgung von einer Abteilung für Unfallchirurgie einer anderen Krankenanstalt (Variante 1) oder im Fall einer Mehr-Standort-Krankenanstalt von einer Abteilung für Unfallchirurgie an einem anderen Krankenanstaltenstandort (Variante 2) sichergestellt wird. In Variante 1 wird die ärztliche Versorgung des Satellitendepartments, das sich in der Krankenanstalt A befindet, von der fachgleichen Abteilung der Krankenanstalt B sichergestellt. In Variante 2 wird die ärztliche Versorgung des Satellitendepartments, das sich am Standort X der Krankenanstalt A befindet, von der fachgleichen Abteilung der Krankenanstalt A am Standort Y sichergestellt. Für Satellitendepartments für Unfallchirurgie gilt Folgendes:

1. Sofern nicht im Rahmen einer Mehr-Standort-Krankenanstalt geführt, ist die fachärztliche Führung und der ärztliche Dienst für das Satellitendepartment durch Kooperationsvereinbarung zwischen der Krankenanstalt mit dem Satellitendepartment und jener mit zugehöriger Mutterabteilung sicherzustellen.
2. Die ärztlichen Mitarbeiter sind dienstrechtlich der Krankenanstalt der Mutterabteilung zugeordnet. Der /Die AbteilungsleiterIn der Mutterabteilung kann die abteilungsbezogene organisatorische Verantwortung für das Satellitendepartment dem mit der Führung des Departments vor Ort betrauten Arzt seiner Abteilung übertragen.
3. Das Satellitendepartment ist in organisatorischen Belangen, worunter jedenfalls die gesamte datenschutzrechtliche, sicherheitstechnische und IKT-technische Verantwortung fällt, der Krankenhausführung der Ärztlichen Leitung des Krankenhauses, in dem diese eingerichtet ist, unterstellt. Die Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Besetzung, die in qualitativer und zeitlicher Hinsicht zum Betrieb des Satellitendepartments im Rahmen der vereinbarten Betriebszeit erforderlich ist, ist Aufgabe der Mutterabteilung. Die fachliche Aufsicht und Verantwortung obliegt dem/der AbteilungsleiterIn der Mutterabteilung.
4. Zum Zweck der Qualitätssicherung und dem Qualifikationserhalt der im Satellitendepartment eingesetzten ärztlichen Mitarbeiter ist für diese eine regelmäßige Tätigkeit über einen längeren Zeitraum im Rahmen der Mutterabteilung vorzusehen.
5. Die PatientInnen stehen in einem Behandlungsvertrag mit der Krankenanstalt, an der der Aufenthalt örtlich stattfindet. Die Krankenanstalt, in der das Satellitendepartment eingerichtet ist, trägt sämtliche Rechte und Pflichten gegenüber den PatientInnen.
6. Im Innenverhältnis zwischen den beteiligten Krankenanstalten übernimmt in Fragen der ärztlichen Behandlung im Rahmen des Satellitendepartments und daraus resultierender Haftungsfragen jene Krankenanstalt die Verantwortung, in der die Mutterabteilung eingerichtet ist.
7. Die mit dem Behandlungsvertrag verbundenen Rechte und Pflichten schließen neben der Führung von Krankengeschichten und Dokumentation auch die Rechnungslegung gegenüber den PatientInnen (zB Kostenbeiträge, Selbstzahler) und den Finanzierungsträgern (Landesgesundheitsfonds, Rechtsträger, Versicherungen, etc.) ein.

Im Zusammenhang mit Fachschwerpunkten wird klargestellt, dass diese in Standardkrankenanstalten in Ergänzung, sowie in Schwerpunktkrankenanstalten auch als Ersatz zu den als Mindestanforderung festgelegten Abteilungen eingerichtet werden können. Die fachliche Anbindung eines Fachschwerpunkts an eine Fachabteilung einer anderen Krankenanstalt dient zum einen einer gesicherten Übernahme von PatientInnen eines Fachschwerpunkts, wenn für dessen Versorgung - aus welchen Gründen auch immer - das Behandlungsmanagement der Krankenanstalt, in der der Fachschwerpunkt eingerichtet ist, nicht bzw. nicht mehr ausreicht, um die Behandlungserfordernisse zu erfüllen. Darüber hinaus soll die fachliche Anbindung den Qualifikationserhalt der in Fachschwerpunkten tätigen Ärzte durch zB die Einbindung in abteilungsinterne Fortbildungsmaßnahmen sowie Abteilungs- und Fallbesprechungen sicherstellen. Die Anbindung, an die der Fachschwerpunkt anzubinden ist, ist aber nicht als Kontrollinstanz mit oder ohne Weisungsrecht zu verstehen und übernimmt jedenfalls keine fachliche Letztverantwortung für die Leistungserbringung im Fachschwerpunkt.

Für dislozierte Wochenkliniken als Organisationsformen gilt:

1. Dislozierte Wochenkliniken sind jedenfalls keine Betriebsstätten einer anderen Krankenanstalt, sondern organisatorisch, worunter jedenfalls die gesamte datenschutzrechtliche, sicherheitstechnische und IKT-technische Verantwortung fällt, und rechtlich Teil jener Krankenanstalt, an der sie räumlich eingerichtet sind. Sofern nicht im Rahmen einer Mehr-Standort-Krankenanstalt geführt, ist die fachärztliche Führung und der ärztliche Dienst für die dislozierte Wochenklinik durch Kooperationsvereinbarung zwischen der Krankenanstalt mit dWK und jener mit zugehöriger Mutterabteilung sicherzustellen.
2. Die ärztlichen Mitarbeiter sind dienstrechtlich der Krankenanstalt der Mutterabteilung zugeordnet. Der /Die AbteilungsleiterIn der Mutterabteilung kann die abteilungsbezogene organisatorische Verantwortung für die dislozierte Wochenklinik dem mit der Führung der dislozierten Wochenklinik vor Ort betrauten Arzt seiner Abteilung übertragen.
3. Die dislozierte Wochenklinik ist in organisatorischen Belangen, worunter jedenfalls die gesamte datenschutzrechtliche, sicherheitstechnische und IKT-technische Verantwortung fällt, der Krankenhausführung der Ärztlichen Leitung des Krankenhauses, in dem diese eingerichtet ist, unterstellt. Die Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Besetzung, die in qualitativer und zeitlicher Hinsicht zum Betrieb der dislozierten Wochenklinik im Rahmen der vereinbarten Betriebszeit erforderlich ist, ist Aufgabe der Mutterabteilung. Die fachliche Aufsicht und Verantwortung obliegt dem/der AbteilungsleiterIn der Mutterabteilung.
4. Zum Zweck der Qualitätssicherung und dem Qualifikationserhalt der in der dislozierten Wochenklinik eingesetzten ärztlichen Mitarbeiter ist für diese eine regelmäßige Tätigkeit über einen längeren Zeitraum im Rahmen der Mutterabteilung vorzusehen.
5. Die PatientInnen stehen in einem Behandlungsvertrag mit der Krankenanstalt, an der der Aufenthalt räumlich stattfindet. Die Krankenanstalt, in der die dislozierte Wochenklinik eingerichtet ist, trägt sämtliche Rechte und Pflichten gegenüber den PatientInnen.
6. Im Innenverhältnis zwischen den beteiligten Krankenanstalten übernimmt in Fragen der ärztlichen Behandlung im Rahmen der dislozierten Wochenklinik und daraus resultierender Haftungsfragen jene Krankenanstalt die Verantwortung, in der die Mutterabteilung eingerichtet ist.
7. Die mit dem Behandlungsvertrag verbundenen Rechte und Pflichten schließen neben der Führung von Krankengeschichten und Dokumentation auch die Rechnungslegung gegenüber den PatientInnen (zB Kostenbeiträge, Selbstzahler) und den Finanzierungsträgern (Landesgesundheitsfonds, Rechtsträger, Versicherungen, etc.) ein.

Bei dislozierten Tageskliniken als Organisationsformen können folgende Varianten unterschieden werden:

1. Eigenständig in einer Krankenanstalt geführte und analog zu Fachschwerpunkten an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebundene dislozierte Tageskliniken und
2. analog der dislozierten Wochenklinik (siehe oben) als bettenführende Einrichtung eingerichtete dislozierte Tageskliniken, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung sicherzustellen ist, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung).

Dislozierte Tageskliniken beziehen sich auf ein, auf den tagesklinischen Aufenthalt beschränktes Leistungsangebot und weisen fixe Betriebszeiten auf. Außerhalb der Betriebszeit ist jedenfalls die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sicherzustellen.

Im Falle der Kooperation von dislozierten Wochen- und Tageskliniken mit Krankenanstalten desselben Rechtsträgers sind etwa Vereinbarungen zwischen den Krankenanstalten eines Rechtsträgers analog zu den Verwaltungsübereinkommen zwischen Ministerien denkbar. Eine schriftliche Festlegung der Kooperation allenfalls auch in den Anstaltsordnungen ist aus Gründen der Rechtssicherheit und Transparenz notwendig.

Die Einrichtung dislozierter Wochen- und Tageskliniken ist nur in Standardkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten sowie in Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 2a Abs. 4 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend zulässig. Gemäß § 2a Abs. 3 KAKuG kann die Landesgesetzgebung bestimmen, dass bei Schwerpunktkrankenanstalten von der Einrichtung einzelner der in § 2a Abs. 1 lit. b KAKuG vorgesehenen Abteilungen abgesehen werden kann, wenn in jenem Einzugsbereich, in dem die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkte in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist. Im Falle einer Schwerpunktkrankenanstalt, die auf Grund dieser Regelung (§ 2a Abs. 3) etwa keine Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe vorhält, ist bei entsprechendem Bedarf beispielsweise die ergänzende Führung einer dislozierten Wochen- oder Tagesklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe zulässig.

Referenzzentren sind besondere Bereiche oder Abteilungen, die im Rahmen der Fachstruktur der Krankenanstalten bei Erfüllung der im ÖSG festgelegten Qualitätskriterien v.a. betreffend die Qualifikation der behandelnden Ärzte, ausreichende Ausbildungsstellen und spezielle Infrastruktur als solche besonders ausgewiesen werden. Die Einrichtung von Referenzzentren stellt keine selbstständige Organisationsform dar, für welche eine krankenanstaltenrechtliche Errichtungs- und Betriebsbewilligung bzw. Änderungsgenehmigung erforderlich ist, sondern es geht beim Referenzzentrum im Wesentlichen um die Qualifizierung bzw. Charakterisierung bestehender Strukturen. Die Festlegung der Standorte dieser Referenzzentren und deren Versorgungsstufen erfolgt, sofern nicht direkt im ÖSG festgelegt, im Rahmen des jeweiligen RSG und in den Landeskrankenanstaltenplänen. Mögliche Referenzzentren sollen daher in Abstimmung mit dem ÖSG sowie dem Regionalen Strukturplan Gesundheit im jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan ausgewiesen werden.“

Zu Z 7 (§ 13 Abs. 2):

Um Räumlichkeiten und Einrichtungen von Krankenanstalten effizienter zu nutzen, wird eine Regelung geschaffen, dass nach „Ende“ des Anstaltsbetriebes (zB einer Ambulanz) oder im Falle von dauerhaft ungenutzten Räumen diese Bereiche unter gewissen Voraussetzungen im Rahmen einer freiberuflichen Tätigkeit von Ärzten (gegen Entgelt) genützt werden können. Dadurch soll auch eine Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung erreicht werden. Die Nutzung derartiger Räumlichkeiten als Ordinationsstätte ist durch die Bestimmungen des Ärztegesetzes 1998 nicht ausgeschlossen. Im Zusammenhang mit der Ausnützung von Kooperationsmöglichkeiten könnte somit eine sinnvolle Kooperation zwischen dem intra- und extramuralem Bereich erreicht werden.

Zu Z 8 bis 10 (§ 14 Abs. 2 Z 4 und 6 sowie Abs. 3 und 4):

Die Neuregelungen erfolgen in Ausführung des Bundesgesetzes, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten- und Kuranstalten geändert wird, BGBl. I Nr. 147/2011. Die Bezug nehmenden Regelungen des Bundes finden sich im § 10a. Zu diesen Regelungen hat der Bund wie folgt ausgeführt:

„Die nunmehr vorgesehene Normierung, dass im Landeskrankenanstaltenplan die maximale fachbereichsspezifische Bettenzahl bezogen auf das Land und die Versorgungsregion oder auf die Standorte festzulegen ist, dient der Wahrung der Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit der Landeskrankenanstaltenpläne. Sie ist insbesondere im Hinblick auf das vereinbarte Monitoring des ÖSG und der RSG von großer Bedeutung. Darüber hinaus kann die Erfüllung von ÖSG-Vorgaben betreffend die Einhaltung der Mindestbettenzahl je Organisationseinheit sowie betreffend die Einhaltung der Erreichbarkeiten einzelner Fachbereiche durch die Landeskrankenanstaltenpläne bei fehlender Darstellung standortspezifischer Bettenkapazitäten weder gewährleistet noch geprüft werden. (Abs. 2 Z 6 iVm. Abs. 3)

Die Verpflichtung zur Veröffentlichung des aktuellen RSG auf der Homepage des jeweiligen Landes (neuer Abs. 4) dient der Steigerung der Transparenz. Analog dazu muss das BMG auf Grund des neuen § 59j (Novellierungsanordnung Z 18) den aktuellen ÖSG auf seiner Homepage veröffentlichen, wobei klargestellt wird, dass dieser in Form eines Sachverständigengutachtens in die Rechtsordnung integriert wird. Der ÖSG und die RSG enthalten keine personenbezogenen Daten im Sinne des DSG 2000, sondern - wenn überhaupt - nur statistische Daten. Mit RSG ist die alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende und zwischen Land und Sozialversicherung abzustimmende Planungsgrundlage auf Landesebene als Konkretisierung des ÖSG gemeint und nicht die Verordnungen der Länder (Landeskrankenanstaltenpläne), auch wenn diese Verordnungen gelegentlich als RSG bezeichnet werden.

Die Landeskrankenanstaltenpläne sind als Verordnung - unabhängig vom eigentlichen RSG - wie bisher im Landesgesetzblatt kundzumachen.“

Zu Z 11 (§ 15):

Abs. 1, 2 und 7 entspricht dem Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten- und Kuranstalten geändert wird, BGBl. I Nr. 147/2011. Die Bezug nehmenden Regelungen des Bundes finden sich im § 6 Abs. 1, 2 und 7. Zu diesen Regelungen hat der Bund wie folgt ausgeführt:

„Diese Bestimmung ist einerseits im Zusammenhang mit den fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten zu adaptieren, andererseits werden im neuen Abs. 7 jene Betriebsformen kompakt und übersichtlich dargestellt und beschrieben, die neben der herkömmlichen Art der fachrichtungsbezogenen und/oder zeitlich durchgängigen Betriebsform möglich sind.

Die Betriebsformen „Wochenklinik“ und „Tagesklinik“ sind von den fachrichtungsspezifischen Organisationseinheiten „dislozierte Wochenklinik“ und „dislozierte Tagesklinik“ strikt zu trennen. Während es sich bei den „dislozierten Wochenkliniken“ und „dislozierten Tageskliniken“ um Organisationseinheiten wie etwa auch eine Abteilung handelt, stellen Wochenkliniken und Tageskliniken Betriebsformen von Organisationseinheiten oder Teilen davon dar. So können beispielsweise Teile von Abteilungen auch als Wochen- oder Tageskliniken betrieben werden.

Eine besondere Betriebsform effizienter Versorgungseinheiten stellen zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten für ungeplante Patientenzugänge mit vor allem akuter Symptomatik dar, die unter ärztlicher Zuständigkeit eines in der Notfallversorgung erfahrenen Arztes / einer Ärztin mit ius practicandi und erforderlichen weiteren Zusatzqualifikationen geführt werden.

Der/dem dafür qualifizierten Ärztin/Arzt obliegt die Entscheidung über Art der Behandlung und allfällige Zuleitung in die bedarfsspezifisch erforderliche Versorgungsstruktur bei gesicherter konsiliarischer Beiziehung von Fachärztinnen/-ärzten aus den in der Krankenanstalt eingerichteten Fachstrukturen. Zielsetzung der Einrichtung von zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten ist die qualitative, am Patientenbedarf ausgerichtete Versorgung von Akutfällen, wobei vermeidbare stationäre Aufnahmen hintangehalten werden sollen. Die zentralen Funktionen einer solchen Einheit bestehen in der

- Erstbegutachtung und -behandlung ungeplanter Krankenanstalten-Zugänge (ohne Termin zur stationären Aufnahme oder zur Behandlung in einer Ambulanz),
- Weiterleitung zur Folgebehandlung in der dafür zuständigen Fachstruktur innerhalb oder außerhalb der jeweiligen Erstversorgungs-Krankenanstalt im stationären oder ambulanten Bereich oder
- einfachen abschließenden Versorgung.

Nicht geeignet ist diese Einrichtung für die Erstversorgung von Schwerverletzten und für die Geburtshilfe.

Da die zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit rund um die Uhr geöffnet ist, ist eine durchgängige qualifizierte Erstversorgung von Notfällen sichergestellt. Eine enge Zusammenarbeit mit dem Notarzt- und Rettungswesen ist anzustreben, um ein verlässliches Notfallversorgungssystem zu gewährleisten.

Zur Abklärung der Behandlungserfordernisse sowie zur Patientenbeobachtung sind stationäre Kurzaufenthalte bis max. 24 Stunden im Rahmen dieser Einheit ebenso zulässig wie die organisatorische Übernahme ungeplanter stationärer Aufnahmen außerhalb der Routine-Betriebszeiten (Nachtaufnahmen) mit Verlegung auf geeignete Normalpflege-Stationen bei Beginn der Routedienste (Tagdienste). Für stationäre Aufnahmen in einer zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheit bedarf es der Vorhaltung von bewilligungspflichtigen (systemisierten) Betten (umgewidmet aus dem Normalpflegebereich der Krankenanstalt, nicht additiv einzurichten), die im Tagesverlauf auch mehrfach belegt werden können.

Bei einer Direktentlassung nach Abklärung und ggf. Behandlung einer Akutsymptomatik ist eine allenfalls erforderliche (häusliche) Betreuung familiär oder institutionell organisatorisch sicherzustellen.

Die ausschließlich ambulante Begutachtung und Behandlung ungeplanter Patientenzugänge rund um die Uhr im Sinne der zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheit - allenfalls einschließlich einiger nicht bewilligungspflichtiger Beobachtungsbetten (Funktionsbetten) - kann auch durch eine ambulante Versorgungsstruktur, nämlich durch eine ambulante Erstversorgungseinheit in Form einer Spitalsambulanz oder eines selbstständigen Ambulatoriums wahrgenommen werden.

In solchen Fällen sind formal und rechtlich abgesicherte enge Kooperationen mit einer Akutkrankenanstalt einzugehen, insbesondere für Fallbesprechungen, Fortbildung und zur Organisation der Unterbringung von stationär weiter zu versorgenden PatientInnen. Bei rechtlicher Integration solcher

ambulanter Erstversorgungseinheiten in eine Krankenanstalt sind die ambulanten Erstversorgungseinheiten als dislozierte Spitalsambulanzen zu führen.

Wenn die Voraussetzungen dafür vorliegen und die ambulante Erstversorgungseinheit den Betrieb für maximal 8 Stunden einstellt, ist die Erfüllung der Aufgaben der ambulanten Erstversorgungseinheit durch andere Einrichtungen der Krankenanstalt, deren Teil die ambulante Erstversorgungseinheit ist oder in deren unmittelbarer Nähe sie betrieben wird, sicherzustellen.

Weiters wird festgelegt, dass die Anstaltsordnung jedenfalls auch Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 2b) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 6 Abs. 7) und Regelungen für Entscheidungen im Zusammenhang mit der Versorgung von Pflegenden bei Rufbereitschaften unter Berücksichtigung des jeweils konkreten Einzelfalls, der topographischen Verhältnisse sowie weiterer relevanter Umstände zu enthalten hat.

Für die Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 2b) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 6 Abs. 7) gilt insbesondere Folgendes:

1. Die PatientInnen stehen in einem Behandlungsvertrag mit der Krankenanstalt, an der der Aufenthalt örtlich stattfindet. Die Krankenanstalt, in der dislozierte fachrichtungsbezogene Organisationseinheiten eingerichtet sind oder sich die dislozierte Betriebsform befindet, trägt sämtliche Rechte und Pflichten gegenüber den PatientInnen.
2. Im Innenverhältnis zwischen den beteiligten Krankenanstalten übernimmt in Fragen der ärztlichen Behandlung im Rahmen des Satellitendepartments und daraus resultierender Haftungsfragen jene Krankenanstalt die Verantwortung, in der die Mutterabteilung eingerichtet ist.
3. Die mit dem Behandlungsvertrag verbundenen Rechte und Pflichten schließen neben der Führung von Krankengeschichten und Dokumentation auch die Rechnungslegung gegenüber den PatientInnen (zB Kostenbeiträge, Selbstzahler) und den Finanzierungsträgern (Landesgesundheitsfonds, Rechtsträger, Versicherungen, etc.) ein.“

Die Abs. 3 bis 6 entsprechen den geltenden Abs. 2 bis 6.

Zu Z 12 (§ 21 Abs. 1 Z 6 und 7):

Diese Bestimmungen regeln in grundsatzkonformer Ausführung die ärztliche Anwesenheit in dislozierten Wochen- und Tageskliniken.

Zu Z 13 (§ 22a):

Im Zusammenhang mit der Durchführung von UbG-Untersuchungen wurde seitens der Landesgesundheitsreferenten anlässlich ihrer Tagung am 3. Oktober 2012 der Beschluss gefasst „zu prüfen, ob und inwieweit eine Einbindung von Spitalsärzten (die nicht Distrikts-, Gemeinde-, Kreis- und Sprengelärzte sind) und Notärzten zur Durchführung von Unterbringungsuntersuchungen zweckmäßig ist und ob dementsprechend eine Ausweitung der Pauschalabgeltung auf Spitalsärzte ermöglicht wird“.

Hintergrund dieses Beschlusses ist die Tatsache, dass die Länder vermehrt mit dem Problem konfrontiert sind, dass gemäß § 197 Ärztegesetz zur Vornahme von Untersuchungen zwecks Ausstellung einer Bescheinigung gemäß § 8 UbG – wenn hierfür ein anderer im öffentlichen Sanitätsdienst stehender Arzt oder ein Polizeiarzt nicht zur Verfügung steht – verpflichtete Distrikts-, Gemeinde-, Kreis- und Sprengelärzte von Gemeinden nicht mehr vorgehalten werden können bzw. nicht zur Verfügung stehen.

Durch die Neuregelung soll daher die Möglichkeit geschaffen werden, dass (auch) fachlich geeignete Spitalsärzte im Rahmen von Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens tätig werden dürfen.

Zu Z 14 (§ 23 Abs. 6):

Die Neuregelung erfolgt in Ausführung des Bundesgesetzes, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten- und Kuranstalten geändert wird, BGBl. I Nr. 147/2011. Die Bezug nehmende Regelung des Bundes findet sich im § 5b Abs. 6. Zu der Regelung hat der Bund wie folgt ausgeführt:

„Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG sieht in Art. 6 Abs. 10 vor, dass eine bundesländer- und sektorenübergreifende regelmäßige Berichterstattung über die Qualität im Gesundheitswesen sicherzustellen ist. Diese Berichterstattung hat die österreichweite Erfassung der für die Beobachtung der Qualität des österreichischen Gesundheitswesens relevanten Daten zu gewährleisten. Das Berichtswesen ist als flexibles, laufend weiter zu entwickelndes Instrument anzulegen, welches als Grundlage für die Identifizierung von Verbesserungspotenzialen und für eine umfassende Planung im österreichischen Gesundheitswesen sowie für die Information von PatientInnen dienen soll. Der administrative Aufwand bei der Dokumentation und Berichterstattung ist so gering wie möglich zu halten.“

Ziel ist die regelmäßige Erstellung eines aus mehreren Komponenten bestehenden österreichweiten einheitlichen Qualitätsberichtes. Derzeit werden auf verschiedenen Ebenen unter anderem auch auf Landesebene Qualitätsberichte erstellt, die hinsichtlich Inhalt und Struktur große Unterschiede aufweisen. Die Sicherstellung einer österreichweiten einheitlichen Qualitätsberichterstattung ist nur möglich, wenn der regelmäßige Qualitätsbericht auf Basis einer inhaltlich und strukturell abgestimmten Datenmeldung erfolgt.

Dementsprechend normiert die vorliegende Novelle, dass die Landesgesetzgebung die Krankenanstalten zu verpflichten hat, an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen und die dafür erforderlichen Daten (§ 6 des Gesundheitsqualitätsgesetzes) zur Verfügung zu stellen. Dabei wird diese Verpflichtung dahingehend eingeschränkt, dass Daten nur zu übermitteln sind, soweit diese nicht ohnehin bereits aufgrund anderer Dokumentationsverpflichtungen (zB Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen) zu melden sind. Dadurch soll im Sinne der Vermeidung eines unnötigen administrativen Aufwandes für die Krankenanstalten, eine mehrfache Meldung derselben Daten vermieden werden.“

Zu Z 15 (§ 31):

Abs. 1 stellt unverändert die geltende Rechtslage dar.

Abs. 2 verpflichtet die Rechtsträger, für das bei ihnen beschäftigte Personal präventive Maßnahmen der Gesundheitsförderung anzubieten.

Die bisher in Abs. 2 enthaltene Verpflichtung der Rechtsträger, die näheren Ausführungen über die Gestaltung der Supervision in der Anstaltsordnung zu verankern, entfällt. Diese Verpflichtung ist durch Abs. 1 hinreichend abgedeckt und sind diesbezügliche nähere Ausführungen in der Anstaltsordnung entbehrlich.

Zu Z 16 (§ 37 Abs. 1):

Es erfolgt eine Zitat Anpassung.

Zu Z 17 (§ 43 Abs. 1):

Die vorgenommenen Anpassungen sind insbesondere auf Grund der neugeschaffenen Standardkrankenanstalten der Basisversorgung notwendig.

Zu Z 18 (§ 50 Abs. 6):

Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass Patienten im Fall der Behandlung in fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 3b) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 15 Abs. 7) Patienten jener Krankenanstalt sind, in der sie sich befinden.

Zu Z 19 (§ 86 Abs. 12 bis 14):

Abs. 12 regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.

In den Abs. 13 und 14 wird für die Umwandlung der vor 1. Jänner 2012 im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie eingerichteten Departments für Unfallchirurgie in Satellitendepartments als auch für die Umwandlung der vor 1. Jänner 2012 im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie eingerichteten Departments für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in Fachschwerpunkte grundsatzgesetzkonform eine Übergangsfrist von vier Jahren (31. Dezember 2015) vorgesehen.