

## **Vorlage der Landesregierung**

### **Gesetz**

vom ..... , mit dem das Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000  
geändert wird

Der Salzburger Landtag hat beschlossen:

Das Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000, LGBl Nr 24, zuletzt geändert durch das Gesetz  
LGBl Nr 112/2006, wird geändert wie folgt:

1. Im Inhaltsverzeichnis wird nach der den § 49 betreffenden Zeile eingefügt:

„§ 49a Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von Abteilungen oder sonstigen  
Organisationseinheiten“

2. Im § 2 Abs 3 wird nach dem ersten Satz eingefügt: „Dies gilt auch bei der örtlich getrennten  
Unterbringung in einem anderen Bundesland und unter den im § 49a geregelten Vorausset-  
zungen auf dem Gebiet eines anderen Staates.“

3. Im § 20 Abs 1 lautet die lit h:

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

4. Im § 25 wird angefügt:

„(3) Erfolgt die Beschäftigung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und  
Krankenpflege und von Angehörigen der Pflegehilfe im Weg der Arbeitskräfteüberlassung nach  
den Bestimmungen des Arbeitskräfteüberlassungsgesetzes, ist das im § 35 Abs 2 Z 1 und im  
§ 90 Abs 2 Z 1 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes festgelegte Verhältnis pro Abtei-  
lung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten.“

5. § 27 Abs 4 lautet:

„(4) Behandlungen dürfen an einem Patienten nur mit dessen Einwilligung durchgeführt wer-  
den; fehlt dem Patienten in diesen Angelegenheiten die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, ist die

Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters erforderlich, soweit nicht die Vornahme der medizinischen Behandlung durch eine verbindliche Patientenverfügung ausgeschlossen ist. Die Einwilligung bzw Zustimmung ist nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, dass der mit der Einholung der Einwilligung des Patienten oder der Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters oder mit der Bestellung eines gesetzlichen Vertreters verbundene Aufschub das Leben gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung seiner Gesundheit verbunden wäre. Über die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Behandlung entscheidet der ärztliche Leiter der Krankenanstalt oder der für die Leitung der betreffenden Anstaltsabteilung verantwortliche Arzt.“

6. Im § 28 werden folgende Änderungen vorgenommen:

6.1. Im Abs 5:

6.1.1. Im ersten Satz wird nach dem Wort „Erkennung“ ein Beistrich und das Wort „Überwachung“ eingefügt.

6.1.2. In der lit f entfällt das Wort „und“ und wird die lit g durch folgende Bestimmungen ersetzt:

- „g) die Beratung bei der Auswahl von Ge- und Verbrauchsgütern mit hygienischer Relevanz und
- h) die fachliche und inhaltliche Begleitung der Maßnahmen zur Überwachung nosokomialer Infektionen. Die Überwachung hat nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen.“

6.2. Die Abs 6, 7 und 8 erhalten die Absatzbezeichnungen „(7)“ bis „(9)“ und nach Abs 5 wird eingefügt:

„(6) Die Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen berechtigt, Daten der Patienten indirekt personenbezogen zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten.“

7. § 31 lautet:

### **„Personalplanung**

#### **§ 31**

(1) Die Träger von Krankenanstalten sind verpflichtet, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen sowie auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermit-

teilen. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist dafür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung ist durch die für den jeweiligen Bereich Verantwortlichen oder, wenn eine gemeinschaftliche Leitung der Krankenanstalt eingerichtet ist, durch diese jährlich bis spätestens 31. März des Folgejahres der Landesregierung zu berichten. Dieser Bericht ist nach Maßgabe der technischen Voraussetzungen in EDV-lesbarer Form zu übermitteln. Bei Krankenanstalten, die Abteilungen aufweisen, ist der Bericht auch nach Abteilungen zu untergliedern.

(2) In Krankenanstalten gemäß § 2 Abs 1 Z 1 bis 6 ist durch die Personalplanung sicherzustellen, dass in jeder Abteilung und Organisationseinheit jederzeit ausreichendes und qualifiziertes Pflegepersonal zur Verfügung steht. Die erforderliche Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals ist insbesondere nach der Anzahl der Patienten, dem mit deren Betreuung verbundenen Pflegeaufwand und den räumlichen Gegebenheiten in der Krankenanstalt nach wissenschaftlich anerkannten Methoden zu ermitteln. Ziel hat dabei die Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen, wirtschaftlichen, sparsamen und an einem ganzheitlichen Pflegekonzept orientierten Pflege zu sein.“

8. Im § 35 Abs 2 lautet die Z 8:

„8. gemäß den Bestimmungen des Patientenverfügungsgesetzes errichtete Patientenverfügungen,“

9. § 49 Abs 1 lautet:

„(1) Verträge, die zwischen den Rechtsträgern einer öffentlichen oder zwischen den Rechtsträgern einer öffentlichen und einer nicht öffentlichen Krankenanstalt über die stationäre und/oder ambulante Behandlung von Patienten der einen Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der anderen Krankenanstalt (angegliederten Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt abgeschlossen werden (Angliederungsverträge), bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der Genehmigung der Landesregierung.“

10. Nach § 49 wird eingefügt:

**„Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von Abteilungen  
oder sonstigen Organisationseinheiten**

§ 49a

(1) Die Berücksichtigung von einzelnen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten – jeweils in ihrer Gesamtheit – in den in der Bundesrepublik Deutschland, Land Bayern, gelegenen Landkreisen Altötting, Berchtesgadener Land, Traunstein und Rosenheim gemäß § 2 Abs 3 bedarf einer gesonderten Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung darf nur räumlich beschränkt für beidseits in Staatsgrenznähe gelegene Krankenanstalten und nur dann erteilt werden, wenn das Vorliegen folgender Voraussetzungen nachgewiesen wird:

1. Durch die im ausländischen Staatsgebiet geltende Rechtslage sowie durch das zugrunde liegende Kooperationsübereinkommen entspricht der Standard von Behandlung und Pflege zumindest jenem Standard, der auf Grund der österreichischen Rechtsordnung gegeben ist.
2. Das Vorhaben ist im Salzburger Landeskrankenanstaltenplan vorgesehen.
3. Den österreichischen Finanzierungsregelungen wird Rechnung getragen.
4. Auf den Behandlungsvertrag ist österreichisches Recht anzuwenden. Ein österreichischer Gerichtsstand ist gegeben.
5. Die Behandlung und Pflege von Patienten erfolgt ausschließlich durch Personal der in Österreich gelegenen Krankenanstalt und unter deren Leitung.

(2) Eine erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn eine der Voraussetzungen des Abs 1 nicht oder nicht mehr vorliegt.

(3) Bei der dislozierten Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten einer im Ausland gelegenen Krankenanstalt in einer österreichischen Krankenanstalt hat ausschließlich die Behandlung und Pflege von Patienten der im Ausland gelegenen Krankenanstalt und ausschließlich durch Personal dieser Krankenanstalt sowie unter der Leitung der im Ausland gelegenen Krankenanstalt zu erfolgen.“

11. § 72 Abs 3 lautet:

„(3) Geschlossene Bereiche dienen der Anhaltung von psychisch Kranken, auf die das Unterbringungsgesetz Anwendung findet. Geschlossene Bereiche von Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie dienen auch der Anhaltung von Personen, deren Anhaltung oder vorläufige Anhaltung in einer Krankenanstalt oder Abteilung für Psychiatrie gemäß § 21 Abs 1 StGB, § 167a StVG oder § 429 Abs 4 StPO angeordnet wurde.“

12. Im § 94 werden folgende Änderungen vorgenommen:

12.1. Nach Z 5 wird eingefügt:

„5a. Arbeitskräfteüberlassungsgesetz, BGBl Nr 196/1988, zuletzt geändert durch das Gesetz BGBl I Nr 104/2005;“

12.2. Nach Z 18 wird eingefügt:

„18a. Patientenverfügungsgesetz, BGBl I Nr 55/2006;“

13. Im § 98 wird angefügt:

„(3) Es treten in Kraft:

1. die §§ 2 Abs 3, 20 Abs 1 lit h, 25 Abs 3, 27 Abs 4, 28 Abs 5 bis 9, 35 Abs 2, 49 Abs 1, 49a, 72 Abs 3 und 94 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr ...../..... mit dem auf die Kundmachung dieses Gesetzes folgenden Monatsersten;
2. § 31 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr ...../..... mit 1. Jänner 2008.“

## Erläuterungen

### 1. Allgemeines:

Die Vorlage enthält zum einen Ausführungsbestimmungen zum Gesundheitsrechtsänderungsgesetz 2006 – GRÄG 2006, BGBl I Nr 122, zum anderen eine Neuregelung der Bestimmung über die Personalbedarfsermittlung (§ 31 des Salzburger Krankenanstaltengesetzes 2000 – SKAG).

1. Das GRÄG 2006 beinhaltet auch eine Novellierung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten. Die Vorlage enthält dazu folgende Ausführungsbestimmungen:

- Grenzüberschreitende Kooperationen zwischen Krankenanstalten (Führung dislozierter Abteilungen) werden ermöglicht; dies entspricht besonders einem Anliegen Oberösterreichs (Kooperation Braunau/Simbach).
- Entsprechend den Vorgaben des Tabakgesetzes soll in der Anstaltsordnung künftig nicht mehr festgelegt werden, in welchen Räumen nicht geraucht werden darf, sondern in welchen Räumen geraucht werden darf (Umkehrung von einer grundsätzlichen Zulässigkeit des Rauchens in eine grundsätzliche Unzulässigkeit des Rauchens).
- Die Aufgaben des Hygieneteams im Zusammenhang mit der Überwachung nosokomialer Infektionen (= Krankenhausinfektionen) werden präzisiert.
- Das im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz festgelegte Verhältnis für die Beschäftigung von Leiharbeitskräften (höchstens 15 %) ist in Krankenanstalten pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten.
- Es wird klargestellt, dass geschlossene Bereiche von Krankenanstalten für Psychiatrie auch der Aufnahme von Personen dienen, deren Anhaltung dort gemäß § 21 StGB und § 429 StPO (Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher) angeordnet wurde.

2. § 31 Abs 2 des Salzburger Krankenanstaltengesetzes (SKAG) sieht derzeit vor, dass die Landesregierung nähere Bestimmungen über die Ermittlung des Personalbedarfs sowie die Form des von den Krankenanstalten über die Personalplanung zu erstattenden Berichts durch Verordnung zu erlassen hat. Vorarbeiten zur Erstellung dieser Verordnung haben aber gezeigt, dass die in diesem Bereich vorhandenen wissenschaftlichen Grundlagen der leistungsbezogenen Personalbedarfsberechnung überwiegend nicht für alle in einer Krankenanstalt tätigen Berufsgruppen, sondern nur für den Pflegedienst konkret ausgestaltet wurden (vgl zB Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege – Pflege-Personalregelung, dt BGBl 1992 I S 2316; Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie – Psychiatrie-Personalverordnung, dt BGBl I S 2930; „Qualitätsmanagement in der Pflege, Strukturstandards-Personalmanagement in der allgemeinen Erwachsenenpflege - PflegePersonalRegelung – Österreich“, ON-Regel 116150).

Der gesetzliche Auftrag, für alle Berufsgruppen durch Verordnung konkrete und im Sinn des Art 18 Abs 1 B-VG ausreichend bestimmte Berechnungsmethoden vorzugeben, kann daher wegen fehlender Grundlagen nicht erfüllt werden. Aber auch die für den Pflegedienst vorhandenen Unterlagen erweisen sich in der Umsetzung als problematisch, da die komplizierte Einstufung der Patientinnen und Patienten in Pflegestufen und Patientengruppen eine hochkomplexe und umfangreiche Verordnungsregelung erfordern würde, deren praktische Bedeutung bzw deren Wert zweifelhaft ist, da – wie dargestellt – die leistungsbezogene Personalbedarfsberechnung eine wissenschaftlich gut fundierte Standardmethode zur Pflegepersonalschätzung darstellt. Das mit dem Verordnungsauftrag angestrebte Ziel des Gesetzgebers, die Anwendung dieser Methode in den Krankenanstalten sicherzustellen, kann daher auch mit einem gesetzlichen Auftrag erzielt werden, bei der Berechnung des Pflegepersonalbedarfs wissenschaftlich anerkannte Methoden anzuwenden.

Die Vorlage sieht daher vor, dass der bisher vorhandene Auftrag zur Erlassung einer alle Berufsgruppen umfassenden Verordnung durch einen unmittelbar an die Krankenhausverwaltung gerichteten Auftrag ersetzt wird, in bettenführenden Krankenanstalten nach Anzahl und Qualifikation ausreichendes Pflegepersonal zur Verfügung zu stellen. Die im Gesetz angegebenen Kriterien (Anzahl der Patientinnen und Patienten, Pflegebedarf, räumliche Gegebenheiten in der Krankenanstalt) sind den einleitend zitierten Pflegepersonalregelungen entnommen, da die leistungsbezogene Personalbedarfsberechnung in der Ausprägung, wie sie insbesondere in der ON-Regel 116150 dargestellt wird, unzweifelhaft derzeit die wissenschaftlich maßgebliche Berechnungsmethode darstellt. Diese ON-Regel bezieht sich nur auf die Pflege von erwachsenen Patientinnen und Patienten. Für die Ermittlung des Personalbedarfs bei der Pflege von Kindern und Jugendlichen kann auf die gleichfalls zitierten deutschen Rechtsquellen zurückgegriffen werden.

## **2. Kompetenzrechtliche Grundlage:**

Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG.

## **3. Übereinstimmung mit dem EU-Recht:**

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

Die Bedeutung der Bekämpfung nosokomialer Infektionen wurde allerdings auch auf EU-Ebene erkannt. Innerhalb der letzten fünf Jahre wurden einige wichtige Netzwerke und Projekte initiiert und finanziert, die zur Reduktion der Infektionsrate in Krankenanstalten in der Europäischen Gemeinschaft wesentlich beitragen, den kritischen Umgang mit Antibiotika fördern und darüber hinaus innereuropäische Vergleiche ermöglichen sollen. Dazu gehören insbesondere die Projekte HELICS (Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance), IPSE (Improv-

ing Patient Safety in Europe) und EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System).

#### **4. Kosten:**

Ländern, Städten und Gemeinden entstehen durch die Änderungen voraussichtlich keine zusätzlichen Kosten.

Wie bereits dargestellt, ist die leistungsbezogene Personalbedarfsberechnung eine Standardmethode bei der Ermittlung des erforderlichen Pflegepersonals. Es ist daher davon auszugehen, dass diese Methode bereits jetzt in den betroffenen Krankenanstalten als internes Steuerungsinstrument breite Anwendung findet. Mehrkosten für die Krankenanstalten werden daher nicht erwartet.

Die Überwachung nosokomialer Infektionen gehört schon jetzt zu den Aufgaben der Krankenhaushygiene. Die Teilnahme an einem anerkannten Surveillancesystem ist grundsätzlich mit keinen Kosten verbunden. In der Phase der Einführung kann es allerdings krankenhaushygieneintern – abhängig vom Stand der Surveillance in den einzelnen Krankenanstalten – zu nicht quantifizierbaren Mehrbelastungen des betroffenen Personals kommen.

Die Durchführung der Verfahren zur Genehmigung der örtlich getrennten Unterbringung in grenznahen Gebieten eines Nachbarstaates stellt auf Grund der in einem solchen Verfahren zu prüfenden umfangreichen Vorgaben einen nicht unerheblichen Aufwand dar, der im Bereich der Vollziehung zu einem erhöhten Aufwand führen kann. Da aber derzeit im Salzburger Landeskrankenanstaltenplan kein derartiges Vorhaben vorgesehen ist, werden die zusätzlichen Kosten erst bei einer entsprechenden (derzeit nicht beabsichtigten) Änderung dieses Plans anfallen.

#### **5. Ergebnis des Begutachtungsverfahrens:**

Einwände sind nur gegen die Änderung der Bestimmungen über die Personalbedarfsermittlung (Z 7) erhoben worden. Diese Einwände thematisieren zum Teil die Einschränkung des § 31 Abs 2 auf die Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs und hinterfragen zum anderen die dort vorgesehene Festlegung auf die Methode der leistungsorientierten Pflegebedarfsberechnung. Die Begründung für die Einschränkung auf das Pflegepersonal ist im Pkt 1.2 der Erläuterungen bereits eingehend dargelegt; maßgeblich ist dafür das Fehlen ausreichender wissenschaftlicher Grundlagen für die Personalbedarfsberechnung bei anderen Berufsgruppen. Die Vorgabe der leistungsorientierten Pflegebedarfsberechnung ist besonders vom Verwaltungsdirektor des Krankenhauses Hallein kritisiert worden. Andererseits ist der Entwurf von der Arbeitsgemeinschaft der Pflegedirektoren (unter dem Vorsitz des Pflegedirektors des Krankenhauses Hallein) ausdrücklich begrüßt worden.

Als Folge von Anregungen aus dem Begutachtungsverfahren ist im § 31 Abs 1 der 31. März des Folgejahres als Endtermin für die Berichterstattung fixiert (Anregung Krankenhaus Schwarzach) und wird im § 31 Abs 2 nicht mehr auf „international“, sondern auf „wissenschaftlich“ anerkannte Methoden verwiesen (Anregung Krankenhaus Hallein). Im § 49a (Z 10) wird auch der Landkreis Altötting in die Liste der grenznahen Gebiete einbezogen (Anregung SAGES); der gleichfalls vom SAGES angesprochene Landkreis Mühldorf am Inn grenzt nicht an Österreich und ist (daher) auch nicht in der Auflistung der grenznahen Gebiete im Art I des Abkommens BGBl Nr 167/1988 enthalten.

Die Kammer für Arbeiter und Angestellte für Salzburg hat die Vermutung geäußert, dass die im § 72 Abs 3 (Z 11) getroffene Klarstellung mit einem Mangel an geeigneten Unterbringungsplätzen für geistig abnorme Rechtsbrecherinnen und Rechtsbrecher zusammenhängen könnte. Dem ist zu entgegen, dass sich die Möglichkeit der Unterbringung geistig abnormer Rechtsbrecherinnen und Rechtsbrecher in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und die Verpflichtung solcher Krankenanstalten, diese Personen aufzunehmen, bereits unmittelbar aus dem Strafvollzugsgesetz ergibt (§§ 158 Abs 4 und 167a). Durch die im § 72 Abs 3 vorgenommene Ergänzung stehen daher nicht mehr Unterbringungsplätze zur Verfügung, sondern es wird lediglich ein krankenanstaltenrechtlicher Zusammenhang zum Strafvollzugsrecht hergestellt.

## **6. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen:**

### **Zu Z 2:**

Die örtlich getrennte Unterbringung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten stellt künftig grundsätzlich kein Hindernis für eine gesetzeskonforme Führung von Standard- und Schwerpunktkrankenanstalten dar. Für Kooperationen mit ausländischen Krankenanstalten enthält § 49a nähere Vorgaben.

### **Zu Z 3:**

Derzeit sehen die Bestimmungen über die Anstaltsordnung vor, dass jene Räume festgelegt werden müssen, in denen ein Rauchverbot besteht. Diese Bestimmung ist mit dem seit dem 1. Jänner 2005 gemäß § 13 Abs 1 des Tabakgesetzes geltenden allgemeinen Rauchverbot in „Räumen öffentlicher Orte“ nicht mehr zu vereinbaren, da ein Großteil der Räumlichkeiten einer Krankenanstalt ohne Zweifel der im § 1 Z 11 des Tabakgesetzes enthaltenen Definition eines „öffentlichen Ortes“ entspricht („jeder Ort, der von einem nicht von vornherein beschränkten Personenkreis ständig oder zu bestimmten Zeiten betreten werden kann“). Bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 13 Abs 2 des Tabakgesetzes können aber in der Anstaltsordnung Räume bezeichnet werden, in denen das Rauchen zulässig ist.

#### **Zu Z 4:**

Mit dieser Bestimmung wird hinsichtlich des im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz festgelegten Verhältnisses für die Beschäftigung von Leiharbeitskräften in Krankenanstalten klargestellt, dass dieses Verhältnis (höchstens 15 % Leiharbeitskräfte) pro Abteilung oder sonstiger Organisationseinheit einzuhalten ist. Eine Berechnung auf die Krankenanstalt insgesamt könnte nämlich zur Folge haben, dass einzelne Organisationseinheiten – im Sinn der Qualität völlig unverantwortbar – großteils oder ausschließlich mit Leiharbeitskräften betrieben werden.

#### **Zu Z 5:**

Das Patientenverfügungsgesetz, BGBl I Nr 55/2006, sieht vor, dass Patientinnen und Patienten im Vorhinein durch eine Willenserklärung eine medizinische Behandlung für den Fall ablehnen können, dass sie im Zeitpunkt der Behandlung nicht mehr einsichts-, urteils- oder äusserungsfähig sein sollten. Krankenanstaltenrechtlich ist derzeit noch vorgesehen, dass bei solchen (einsichts- und urteilsunfähigen) Patientinnen und Patienten die Zustimmung der gesetzlichen Vertreterin bzw des gesetzlichen Vertreters zur Behandlung einzuholen ist. Diese Einholung der Zustimmung der gesetzlichen Vertreterin bzw des gesetzlichen Vertreters ist in Hinkunft dann unzulässig, wenn die Patientin oder der Patient eine gemäß den §§ 4 ff des Patientenverfügungsgesetzes verbindliche Patientenverfügung errichtet hat.

#### **Zu Z 6:**

Das Hygieneteam hat die die generelle Aufgabe, alle Maßnahmen vorzunehmen, die der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen in Krankenanstalten und der Gesunderhaltung dienen. Die Überwachung von nosokomialen Infektionen, dh von Infektionen, die im kausalen Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt stehen (zB beatmungs-assoziierte Pneumonien) ist daher zumindest im intramuralen Bereich schon jetzt eine essentielle Aufgabe der Krankenhaushygiene. Die Einfügung des Wortes „Überwachung“ im Abs 1 dient daher der Klarstellung und bewirkt keine Aufgabenerweiterung des Hygieneteams.

Zu einer effizienten Überwachung gehört auch – neben einer anerkannten Methodik – ein Vergleich der eigenen Ergebnisse mit denen anderer, vergleichbarer Institutionen. Aus diesen Gründen ist die verpflichtende Teilnahme an einem international anerkannten, dem Stand der Wissenschaften entsprechenden Surveillance-System vorgesehen.

Den Krankenanstalten stehen bereits derartige Systeme zur Verfügung, und zwar:

- das ANISS Projekt (Austrian Nosocomial Infection Surveillance System);
- das deutsche Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System KISS;
- das Quality Indicator Project(r) – QIP der Maryland Hospital Association.

Ein bestimmtes Überwachungssystem wird nicht vorgeschrieben, die Wahl bleibt den Krankenanstaltenträgern überlassen. Im Rahmen der sanitären Aufsicht soll lediglich überprüft werden,

ob die Krankenanstalten an einem anerkannten Überwachungssystem teilnehmen und welche relevanten Maßnahmen zur Reduzierung der Infektionsraten sie gesetzt haben bzw zu setzen beabsichtigen.

Die Infektions-Surveillance ist vom Hygieneteam zu initiieren und zu begleiten. Ihre Durchführung liegt jedoch im Verantwortungsbereich der betroffenen Abteilung oder Krankenanstalt. Die Bewertung der Ergebnisse erfolgt gemeinsam durch Hygieneteam und Abteilungen. Weitere Schritte sind von den Abteilungen und der Krankenanstaltenführung zu setzen. Die Überwachung von nosokomialen Infektionen soll den Krankenanstalten einen Vergleich der eigenen Ergebnisse über die Zeit und ein nationales oder internationales Benchmarking ermöglichen. Die Umsetzung auch der dabei gewonnenen Erkenntnisse liegt in der Verantwortung der Abteilungen und der Führung der Krankenanstalt.

#### **Zu Z 7:**

§ 31 Abs 1 entspricht weitgehend der geltenden Rechtslage, lediglich die Übermittlung des Berichtes in EDV-lesbarer Form und die Gliederung in Abteilungen ist neu vorgesehen, um die Auswertung der Daten zu erleichtern. Bei Krankenanstalten mit Abteilungsstrukturen haben die einzelnen Abteilungen erfahrungsgemäß einen unterschiedlich hohen Pflegepersonalbedarf, so dass die gemeinsame, durchschnittsbildende Beurteilung zB einer Abteilung für Akutgeriatrie/Remobilisation und einer Abteilung für Augenheilkunde/Optomietrie ein verzerrtes und letztlich für keine der betroffenen Abteilungen zutreffendes Bild liefert. Auch die Vergleichbarkeit der einzelnen Häuser wird erst bei einer nach Abteilungen gegliederten Auswertung ermöglicht.

Im Abs 2, der nur bettenführende Krankenanstalten betrifft, wird die bisher vorgesehene Durchführungsverordnung durch eine unmittelbar anwendbare Bestimmung ersetzt (vgl dazu Pkt 1.2. der Erläuterungen).

#### **Zu Z 8:**

An Stelle der bisher bereits vorgesehenen Verfügungen der Patientin bzw des Patienten über das Unterbleiben bestimmter Behandlungen im Fall der Handlungsunfähigkeit sind in Hinkunft die nach den bundesgesetzlichen Vorgaben errichteten Patientenverfügungen in der Krankengeschichte zu dokumentieren.

#### **Zu Z 9:**

Angliederungsverträge sollen auch für Organisationseinheiten zur ambulanten Behandlung zulässig sein.

### **Zu Z 10:**

Abs 1 ermöglicht die Führung von Standard- und Schwerpunktkrankenhäusern unter örtlich getrennter Unterbringung von vorgesehenen Abteilungen oder sonstiger Organisationseinheiten (dislozierte Organisationseinheiten) im grenznahen Gebiet der Bundesrepublik Deutschland. Unter sonstigen Organisationseinheiten sind neben bettenführenden Einheiten wie Departments, Fachschwerpunkten und Tageskliniken auch nicht bettenführende Einheiten (zB Institute für Radiologiediagnostik, Labordiagnostik) zu verstehen. Dies ist allerdings nur dann möglich, wenn es sich um beidseits in grenznahem Gebiet gelegene Krankenanstalten handelt, die sich zueinander in räumlicher Nähe befinden. Die Abgrenzung des grenznahen Gebietes orientiert sich am Art 1 des Abkommens zwischen der Regierung der Republik Österreich und der Regierung der Bundesrepublik Deutschland über den Kleinen Grenzverkehr und den Ausflugsverkehr, BGBl Nr 167/1988. Durch diese Einschränkung wird auch das durch die Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes bestätigte grundsätzliche Konzept einer Krankenanstalt als eine im Wesentlichen eine örtliche Einheit darstellende Einrichtung gewahrt.

Mit dem Wort „einzelne“ kommt zum Ausdruck, dass es sich maximal um einige wenige der im § 2 vorgesehenen Abteilungen bzw Organisationseinheiten handeln kann. Die Wortfolge „jeweils in ihrer Gesamtheit“ schließt die grenzüberschreitend dislozierte Führung von Teilen von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten aus.

Derzeit sind in Salzburg keine konkreten grenzüberschreitenden Projekte geplant. Sollten solche verwirklicht werden, wird sich die Zuständigkeit der Salzburger Patientenvertretung einschließlich der Möglichkeit, Zahlungen aus dem Patientinnen- und Patienten – Entschädigungsfonds zu erhalten, auch auf diejenigen Patienten erstrecken, die in einer im nahen bayerischen Grenzraum gelegenen dislozierten Organisationseinheit behandelt werden: Auch bei diesen handelt es sich um Patienten der inländischen Krankenanstalt; der Behandlungsvertrag wird mit dem Träger der österreichischen Krankenanstalt geschlossen und auf seine Erfüllung findet österreichisches Recht einschließlich § 62 SKAG (Kostenbeiträge) Anwendung.

### **Zu Z 11:**

Im Hinblick auf in der Praxis aufgetretene Probleme soll – neben den ohnehin bestehenden Regelungen in der StPO und im StVG – auch im Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 klargestellt werden, dass geschlossene Bereiche von Krankenanstalten für Psychiatrie auch der Aufnahme von geistig abnormen Rechtsbrechern bzw solchen Tatverdächtigen nach § 429 Abs 4 StPO dienen.

### **Zu Z 12:**

Die Liste jener Bundesgesetze und -verordnungen, auf die der Gesetzestext verweist, wird um das Arbeitskräfteüberlassungsgesetz und das Patientenverfügungsgesetz ergänzt.

Die Landesregierung stellt sohin den

Antrag,

der Salzburger Landtag wolle beschließen:

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