

Nr 116 der Beilagen zum stenographischen Protokoll des Salzburger Landtages
(5. Session der 14. Gesetzgebungsperiode)

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 /2012, wird geändert wie folgt:

1. § 1 lautet:

**"Begriffsbestimmungen und grundlegende
organisatorische Vorgaben**

§ 1

(1) Im Sinn dieses Gesetzes gelten als:

1. Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten): Einrichtungen, die folgenden Zwecken dienen:
 - a) der Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung,
 - b) der Vornahme operativer Eingriffe,
 - c) der Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,
 - d) der Entbindung,
 - e) der Durchführung von Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe,
 - f) der ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken.
2. Abteilungen: 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 § 27 Abs 2 die jederzeitige Verfügbarkeit fachärztlicher Akutversorgung anstaltsbedürftiger Personen im jeweiligen Sonderfach sicherzustellen haben.
3. Departments: bettenführende Einrichtungen mit eingeschränktem Leistungsangebot im Sinn der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) für
 - a) Unfallchirurgie (Satellitendepartment) oder Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie mit jeweils 15 bis 24 Betten,

- b) Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 20 Betten und
- c) Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens 12 Betten.

Departments müssen mit Ausnahme von Satellitendepartments für Unfallchirurgie über mindestens drei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 2 Abs 5 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 Fall einer Krankenanstalt mit mehreren Standorten von einer Abteilung für Unfallchirurgie an einem anderen Krankenanstaltenstandort sicherzustellen. Departments mit Ausnahme von Satellitendepartments für Unfallchirurgie müssen nach Maßgabe des § 27 Abs 2 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden.

4. **Fachschnittpunkte:** bettenführende Einrichtungen mit acht bis vierzehn Betten und mit auf elektive Eingriffe eingeschränktem Leistungsangebot im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG für die medizinischen Sonderfächer gemäß § 2 Abs 5 Z 2. Fachschnittpunkte 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 Fachschnittpunkten kann in Standardkrankenanstalten gemäß § 2 Abs 2 lit a und § 2 Abs 4 in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 2 Abs 2 lit b auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen. Fachschnittpunkte können eingeschränkte Betriebszeiten aufweisen, wenn außerhalb dieser Betriebszeiten eine Rufbereitschaft sichergestellt ist.
5. **Dislozierte Wochenkliniken:** bettenführende Einrichtungen, deren ärztliche Versorgung durch eine Abteilung derselben Fachrichtung erfolgt, die in einer anderen Krankenanstalt oder an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung). Sie dienen zur Durchführung von Behandlungen mit kurzer Verweildauer, wobei das Leistungsangebot auf Basisversorgungsleistungen im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG eingeschränkt ist. Die Einrichtung dislozierter Wochenkliniken ist nur in Standardkrankenanstalten gemäß § 2 Abs 2 lit a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 2 Abs 2 lit b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten sowie in Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 2 Abs 4 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend zulässig. Dislozierte Wochenkliniken müssen, wenn die Anstaltsordnung keine abweichenden Regelungen für Feiertage gemäß § 20 Abs 1 lit e enthält, jedenfalls von Montag früh bis Freitag abends zeitlich uneingeschränkt betrieben werden. Im Bedarfsfall ist durch die Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.
6. **Dislozierte Tageskliniken:** bettenführende Einrichtungen an Standorten von Krankenanstalten ohne vollstationäre bettenführende Einrichtung (Abteilung, Department oder Fachschnittpunkt) desselben Sonderfaches mit einem auf elektive tagesklinisch erbringbare konservative und operative Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinn 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). Dislozierte Tageskliniken können in Standardkrankenanstalten gemäß § 2 Abs 2

lit a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 2 Abs 2 lit b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Standardkrankenanstalten gemäß § 2 Abs 4 als Ersatz einer Abteilung für Chirurgie sowie in anderen Fachrichtungen ergänzend eingerichtet werden. Sie weisen eingeschränkte Betriebszeiten auf; außerhalb der Betriebszeit ist jedenfalls die erforderliche postoperative und konservative Nachsorge sicherzustellen.

7. Referenzzentren: spezialisierte Strukturen im Rahmen der bettenführenden Organisationsstrukturen, die grundsätzlich in Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalten zur Bündelung der Erbringung komplexer Leistungen für folgende Bereiche eingerichtet werden können:
 - a) Herzchirurgie, Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie, Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie, Onkologische Versorgung, Stammzelltransplantation, Nuklearmedizinische stationäre Therapie und Nephrologie für Erwachsene und Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, sowie
 - b) Herzchirurgie, Transplantationschirurgie, Interventionelle Kardiologie, Onkologische Versorgung und Stammzelltransplantation für Kinder, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(2) Als Krankenanstalten (Abs 1 Z 1) gelten nicht:

1. Anstalten, die nur für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, sowie Krankenabteilungen in Justizanstalten;
2. Einrichtungen, die von Betrieben für die Leistung erster Hilfe bereitgehalten werden, und arbeitsmedizinische Zentren gemäß § 80 des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes;
3. Einrichtungen zur Anwendung von medizinischen Behandlungsarten, die sich aus einem ortsgebundenen Heilvorkommen oder dessen Produkten ergeben, einschließlich der Anwendung von solchen Zusatztherapien, die zur Ergänzung der Kurbehandlung nach ärztlicher Anordnung angewendet werden und bei denen nach dem Stand der Wissenschaft davon auszugehen ist, dass die ärztliche Aufsicht über den Betrieb ausreicht, um schädliche Wirkungen auf das Leben oder die Gesundheit von Menschen auszuschließen;
4. Krankenanstalten, die dem Bundesheer organisatorisch eingegliedert und der Erfüllung seiner Aufgaben zu dienen bestimmt sind;
5. Ordinationsstätten von Ärzten oder Zahnärzten und Betriebsstätten von Dentisten; als solche gelten jedoch nicht Einrichtungen, die eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglichen und durch die Anstellung insbesondere von Angehörigen von Gesundheitsberufen eine Organisationsdichte und -struktur aufweisen, die insbesondere im Hinblick auf das arbeitsteilige Zusammenwirken und das Leistungsvolumen eine Anstaltsordnung erfordern;
6. die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH;
7. Gruppenpraxen."

2. Im § 2 werden folgende Änderungen vorgenommen:

- 2.1. Im Abs 1 wird in der Z 1 der Klammerausdruck "(§ 1 Abs 1 und 2)" durch den Klammerausdruck "(§ 1 Abs 1 Z 1)" ersetzt.

2.2. Im Abs 2 lit a lautet der einleitende Satzteil: "Standardkrankenanstalten nach Maßgabe der Abs 4 und 5 mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:"

2.3. Im Abs 2 lit b lautet der einleitende Satzteil: "Schwerpunktkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs 5 mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:"

2.4. Im Abs 2 lit c lautet der auf den einleitenden Satzteil folgende Satz: "Krankenanstalten, die neben den Aufgaben gemäß § 1 Abs 1 Z 1 der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität gemäß § 6 des Universitätsgesetzes 2002 dienen (Universitätsklinik und klinische Institute), gelten in diesem Umfang als Zentralkrankenanstalten."

2.5. Im Abs 3 entfällt im ersten Satz der Ausdruck "lit b und c".

2.6. Die Abs 4 und 5 werden durch folgende Bestimmungen ersetzt:

"(4) Standardkrankenanstalten, die am 1. Jänner 2011 über eine rechtskräftige Errichtungs- und Betriebsbewilligung verfügen, dürfen als Standardkrankenanstalten der Basisversorgung geführt werden, wenn sie über einen natürlichen Einzugsbereich von weniger als 50.000 Einwohnern verfügen oder wenn eine rasche Erreichbarkeit einer Standardkrankenanstalt gemäß Abs 2 lit a oder einer Krankenanstalt höherer Versorgungsstufe gemäß Abs 2 lit b oder c gegeben ist. 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 Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG beschränkte und in einer reduzierten Organisationsform gemäß § 1 Abs 1 Z 5 und 6 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 Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG beschränkte reduzierte Organisationsformen gemäß § 1 Abs 1 Z 2 bis 6 in Verbindung mit Abs 5 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 2 lit a, einer Krankenanstalt höherer Versorgungsstufe gemäß Abs 2 lit b oder c oder einer geeigneten Sonderkrankenanstalt gemäß Abs 1 Z 2 sicherzustellen.
4. Eine Erweiterung des Leistungsspektrums über die Basisversorgungsleistungen im Sinn der Leistungsmatrix des ÖSG hinaus ist unzulässig.
5. Bei Bedarf sind entsprechend § 46 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 § 1 Abs 1 Z 2 bis 6 ist nur in Ausnahmefällen zulässig, wenn dies im Salzburger Krankenanstaltenplan vorgesehen ist.

6. Standardkrankenanstalten der Basisversorgung können auch als dislozierte Betriebsstätten einer räumlich nahen Standardkrankenanstalt gemäß Abs 2 lit a oder einer Krankenanstalt einer höheren Versorgungsstufe gemäß Abs 2 lit b oder c geführt werden; als räumlich nahe gilt eine Standardkrankenanstalt dann, wenn sie im motorisierten Individualverkehr in einer Fahrzeit von 45 bis 60 Minuten erreicht werden kann.

(5) In Standardkrankenanstalten, Standardanstalten der Basisversorgung und Schwerpunktkrankenanstalten können nach Maßgabe des § 1 Abs 1 Z 3 bis 6 folgende reduzierte Organisationsformen eingerichtet werden:

1. Departments

- a) für Unfallchirurgie in Form von Satellitendepartments (§ 1 Abs 1 Z 3),
- 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;

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) Die Landesregierung kann von Amts wegen oder auf Antrag des Rechtsträgers der Krankenanstalt mit Bescheid feststellen,

1. dass die vom Rechtsträger geführte Krankenanstalt als Allgemeine Krankenanstalt, Sonderkrankenanstalt, Pflegeanstalt für chronisch Kranke, Sanatorium oder selbstständiges Ambulatorium gilt. Bei Allgemeinen Krankenanstalten kann weiters das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Abs 2 lit a bis c sowie Abs 4 und 5 festgestellt werden;
2. in welchem Umfang ein Leistungsangebot für eine bestimmte Krankenanstalt bewilligt worden ist."

3. Im § 4 werden folgende Änderungen vorgenommen:

3.1. Im Abs 2 wird in der Z 4 das Wort "Organisationseinheiten" durch den Ausdruck "fachrichtungsbezogenen Organisationsformen" ersetzt.

3.2. Abs 3 wird durch folgende Bestimmungen ersetzt:

"(3) Erfolgen die Festlegungen gemäß Abs 2 Z 6 nicht bezogen auf die Standorte, sind im Zusammenhang mit § 7 Abs 2 und 3 die zur Realisierung beabsichtigten Bettenkapazitäten je Fachbereich und Standort im Salzburger Landeskrankenanstaltenplan zumindest unverbindlich mit Informationscharakter auszuweisen.

(4) Der Salzburger Landeskrankenanstaltenplan ist bei einer wesentlichen Änderung der im Abs 1 genannten Pläne an die geänderten Bedingungen anzupassen. Erteilte Bewilligungsbescheide zur Errichtung und zum Betrieb von im Abs 1 genannten Krankenanstalten sind dabei zu ändern oder aufzuheben, wenn und soweit dies zur Einhaltung der Planvorgaben erforderlich ist.

(5) Die Landesregierung hat den regionalen Strukturplan Gesundheit im Rahmen des Internetauftritts der Landesregierung in der jeweils aktuellen Fassung zu veröffentlichen."

4. Im § 20 Abs 1 werden die lit a bis h durch folgende Bestimmungen ersetzt:

- "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 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, einschließlich des Verhältnisses der Aufgabenbereiche des ärztlichen Leiters, des Verwaltungsleiters und des Leiters des Pflegedienstes zueinander. Dabei sind Formen der gemeinschaftlichen Leitung vorzusehen; dadurch dürfen jedoch die diesen Führungskräften nach § 24 Abs 2, § 36 Abs 1 bzw § 25 Abs 1 jeweils zukommenden Aufgaben nicht beeinträchtigt werden. Insbesondere ist auch sicherzustellen, dass bei gemeinschaftlicher Leitung diese ihre Aufgaben in Bezug auf Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 33 Abs 2) erfüllen kann. In einer Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dient und in der eine gemeinschaftliche Leitung eingerichtet ist, ist der Rektor oder ein von der Medizinischen Universität vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Universität den Sitzungen der gemeinschaftlichen Leitung mit beratender Stimme beizuziehen;
3. die Festlegung, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen in eine der folgenden Betriebsformen aufgenommen werden:
 - a) Tageskliniken oder Nachtkliniken, bei denen die Aufnahme nur einmalig über Tag oder über Nacht erfolgt;
 - b) halbstationäre Bereiche, bei denen Patienten längerfristig nur über Tag oder nur über Nacht bleiben;
 - c) interdisziplinär geführte Bereiche zur Behandlung von Patienten aus verschiedenen Sonderfächern, die in der Krankenanstalt in einer der fachrichtungsbezogenen Organisationsformen gemäß § 1 Abs 1 Z 2 bis 6 vorgehalten werden, wobei sicherzustellen ist, dass die Patienten jederzeit zweifelsfrei einem bestimmten Sonderfach zugeordnet werden können;

- d) 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 betrieben werden;
 - e) 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 betrieben werden;
 - f) 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;
 - g) ambulante Erstversorgungseinheiten als interdisziplinäre Strukturen 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 8 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 die Bestimmungen über die zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten und § 50 sinngemäß anzuwenden;
4. Regelungen betreffend die Leitung der in § 1 Abs 1 Z 2 bis 6 genannten fachrichtungsbezogenen Organisationsformen sowie der in der Z 3 genannten Betriebsformen;
 5. Regelungen über den Betrieb von dislozierten Wochenkliniken an Feiertagen;
 6. bei einer Gliederung in Organisationseinheiten und Pflegegruppen die jeweilige Bettenzahl. Dabei darf die unter Berücksichtigung des Faches und des Fortschrittes der Medizin jeweils überschaubare Größe nicht überschritten werden; eine Obergrenze von 120 Betten soll keinesfalls überschritten werden. Wenn 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;

7. die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen, getrennt nach leitenden und verantwortlichen Ärzten, dem übrigen ärztlichen Personal, den Pflegepersonen, dem Verwaltungsleiter und allen anderen in der Krankenanstalt beschäftigten Personen, in dem durch die besonderen Verhältnisse der einzelnen Krankenanstalten gegebenen Umfang sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;
8. Angaben über den für die Aufnahme als Patient der Anstalt in Betracht kommenden Personenkreis sowie Regelungen über die Aufnahme und die Entlassung der Patienten;
9. Bestimmungen über das von Patienten und Besuchern in der Krankenanstalt zu beobachtende Verhalten und die Regelung der Besuchszeiten;
10. Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 1 Abs 1 Z 2 bis 6) oder in dislozierten Betriebsformen (Z 3);
11. die Festlegung jener Räume, in denen das Rauchen gestattet ist. "

5. Im § 20a Abs 1 wird im ersten Satz der Klammerausdruck "(§ 1 Abs 1 und 2)" durch den Klammerausdruck "(§ 1 Abs 1 Z 1)" ersetzt.

6. Im § 27 Abs 2 erhalten die Z 6 bis 9 die Ziffernbezeichnungen "8." bis "11." und wird nach der Z 5 eingefügt:

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

7. Im § 33 wird angefügt:

"(6) Die Rechtsträger der Krankenanstalten sind verpflichtet, an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen und die dafür gemäß § 6 des Gesundheitsqualitätsgesetzes erforderlichen, nicht personenbezogenen Daten dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung zu stellen, soweit diese nicht ohnehin aufgrund anderer Dokumentationsverpflichtungen zu melden sind."

8. Im § 46 Abs 2 lautet der letzte Satz: "Unter Berücksichtigung der topographischen und verkehrsmäßigen Lage ist dem Erfordernis der Einrichtung von Standardkrankenanstalten auch dann entsprochen, wenn für die politischen Bezirke Hallein, St Johann im Pongau, Tamsweg und Zell am See eine bezirkswise Krankenhausversorgung durch Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten, die von einer Schwerpunktkrankenanstalt disloziert geführt werden, sichergestellt ist."

9. Im § 54 wird angefügt:

"(8) Im Fall der Behandlung eines Patienten in fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 1 Abs 1 Z 2 bis 6) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 20 Abs 1 Z 3) ist dieser Patient der Krankenanstalt, in der er sich befindet."

10. Im § 80 lauten die Abs 1 und 2:

"(1) Für die Errichtung und den Betrieb privater Krankenanstalten gelten die Bestimmungen des 1. und 2. Abschnittes (§§ 1 bis 39); von den Bestimmungen des 3. Abschnittes gelten die §§ 42, 47 Abs 3, 50, 51a, ausgenommen Abs 7, 56 Abs 1 zweiter Satz, 56 Abs 2 mit der Maßgabe, dass der Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibeweise bei Empfehlungen über die weitere Medikation nur dann zu berücksichtigen sind, wenn der Patient die Heilmittel auf Kosten eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung beziehen wird, und 56 Abs 3 und 4 sinngemäß.

(2) Für gemeinnützige private Krankenanstalten (§ 42) finden darüber hinaus auch die §§ 51a Abs 7, 60, 61, 62, 64 Abs 2 und 3 und 67 Abs 1 und 4 sinngemäß Anwendung. Für die Feststellung der Gemeinnützigkeit, Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit der Einrichtung einer privaten Krankenanstalt ist die Landesregierung zuständig."

11. Im § 94 werden folgende Änderungen vorgenommen:

11.1. In den Z 2 und 10 wird jeweils das Zitat "BGBl I Nr 147/2009" durch das Zitat "BGBl I Nr 35/2012" ersetzt.

11.2. Nach der Z 13a wird eingefügt:

"13b. Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz), BGBl I Nr 179/2004;"

12. Im § 98 wird angefügt:

"(15) Die §§ 1, 2, 4 Abs 2 bis 5, 20 Abs 1, 20a Abs 1, 27 Abs 2, 33 Abs 6, 46 Abs 2, 54 Abs 8, 80 Abs 1 und 2 und 94 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr/2012 treten mit Beginn des auf dessen Kundmachung folgenden Monats in Kraft."

Erläuterungen

1. Allgemeines:

Die Gesetzesvorlage enthält Ausführungsbestimmungen zu den mit dem Gesetz BGBl I Nr 147/2012 geänderten grundgesetzlichen Vorgaben im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG). Mit diesen Änderungen sollen die im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2010 (ÖSG 2010) vorgesehenen flexiblen Organisations- und Betriebsformen in das Krankenanstaltenrecht Eingang finden. Dabei werden sämtliche fachrichtungsbezogenen einschließlich der reduzierten Organisationsformen (Departments, Fachschwerpunkte usw) ergänzt, neustrukturiert sowie teilweise geändert und somit erstmals umfassend gesetzlich geregelt. Weiters werden im neuen § 1 SKAG (Z 1) für bestimmte Leistungsbereiche Referenzzentren zur Durchführung komplexer medizinischer Leistungen vorgesehen. Als neue Versorgungsform sieht die Vorlage (Z 2) schließlich ergänzend die Standardkrankenanstalten der Basisversorgung (§ 2 Abs 2 lit a iVm Abs 4 und 5 SKAG) vor. Als solche können ausschließlich bisherige Standardkrankenanstalten (§ 2 Abs 2 lit a SKAG) unter bestimmten Voraussetzungen geführt werden (siehe die Erläuterungen zu Z 2).

Mit den vorgesehenen Möglichkeiten für die modulare Zusammensetzung von Krankenanstalten und den daraus entstehenden Optionen kann die Angebotsstruktur am jeweiligen Krankenanstaltenstandort besser als bisher auf den regionalen Bedarf abgestimmt werden. Damit soll die medizinische Akutversorgung patientenorientiert, wohnortnah und in hoher Versorgungsqualität langfristig sichergestellt werden.

Der ÖSG 2010 führt zu diesen flexibleren Organisationsmöglichkeiten Folgendes aus (S 23): "Mit der Wahl von prozessorientierten Betriebsformen können einerseits die Möglichkeiten aus der medizinischen Entwicklung hin zu Behandlungsformen mit höherer Planbarkeit sowie geringeren Verweildauern bzw ambulanter Form genutzt werden. Andererseits kann mit solchen Betriebs- und Organisationsformen dem patientenspezifischen Bedarf auch bei längeren Rekonvaleszenzphasen entsprochen werden. Auf diese Weise soll jeweils diejenige Versorgungsform genutzt werden können, die dem jeweiligen fallspezifischen Bedarf (Patientenstatus und Behandlungserfordernis) am besten entspricht. Daraus ergeben sich als innerbetriebliche Optimierungsaufgabe ein entsprechendes Patienten- und Belegungsmanagement und daraus folgend eine Anpassung bzw Redimensionierung des vollstationären Bettenangebots in den Akut-KA und dessen allfällige bedarfsorientierte Umwidmung (zB für Übergangs-/ Kurzzeitpflege)."

2. Verfassungsrechtliche Grundlage:

Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG.

3. Übereinstimmung mit dem EU-Recht:

Zum Regelungsgegenstand besteht kein Unionsrecht.

4. Kostenfolgen:

Die Änderungen dienen in erster Linie der Umsetzung des ÖSG 2010, der in der Bundesgesundheitskommission einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung unter Einbeziehung von Vertretern und Vertreterinnen der

Interessensvertretungen der Städte und Gemeinden, der konfessionellen Krankenanstalten, der Patientenvertretungen und der Österreichischen Ärztekammer beschlossen wurde.

Die vorgeschlagenen Änderungen ermöglichen den Krankenanstaltenträgern verschiedene strukturelle Änderungen und eröffnen diesen dadurch Flexibilisierungsmöglichkeiten, die eine bedarfsorientierte Versorgung bei gleichzeitiger Effizienzsteigerung erlauben. Durch die Novelle werden daher den Krankenanstaltenträgern Organisations- und Betriebsformen eröffnet, die einen wesentlich wirtschaftlicheren Betrieb von Krankenanstalten als bisher ermöglichen. Mehrkosten können dagegen im Zusammenhang mit allenfalls vermehrt erforderlichen krankenanstaltenrechtlichen Behördenverfahren oder Krankentransporten entstehen. Die Höhe dieser Mehrausgaben kann derzeit jedoch nicht seriös abgeschätzt werden, da nicht absehbar ist, in welchem Umfang von den neuen Organisationsformen Gebrauch gemacht wird.

5. Ergebnis des Begutachtungsverfahrens:

Im Entwurf war eine Änderung im § 9 Abs 1 lit b vorgesehen, nach der im Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt nicht mehr den betroffenen Sozialversicherungsträgern, sondern dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger Parteistellung und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG zukommen soll. Gegen diesen Änderungspunkt sind im Begutachtungsverfahren Einwände erhoben worden, er ist daher in der Regierungsvorlage nicht mehr enthalten.

Auf Anregung der Krankenanstalt Zell am See wurde in der Z 2.6. (§ 2 Abs 4 Z 6 SKAG) eine Definition des Kriteriums der "räumlichen Nähe" ergänzt.

Die Ärztekammer Salzburg hat auf die bereits von der Österreichischen Ärztekammer gegen das Bundesgesetz BGBl I Nr 147/2011 erhobenen Einwände hingewiesen und neuerlich betont, dass die Ausführungsbestimmungen im SKAG zu einer massiven Verschlechterung des Leistungsangebotes führen werde. Diese Einwände ändern jedoch nichts an der verfassungsrechtlichen Verpflichtung des Landesgesetzgebers, solche Ausführungsbestimmungen zu erlassen.

Die Wirtschaftskammer Salzburg hat zu der in der Z 4 (§ 20 Abs 1 Z 3 lit g) vorgesehenen Änderung eingewendet, dass die ambulante Erstversorgung eine Aufgabe des extramuralen niedergelassenen Bereiches sei. Die vorgesehenen Änderungen könnten für die privaten Krankenanstalten keinesfalls akzeptiert werden. Auch diesem Einwand ist entgegenzuhalten, dass die Z 4 ausschließlich Ausführungsbestimmungen zu grundsatzgesetzlichen Vorgaben enthält. Darüber hinaus sieht § 20 Abs 3 SKAG in der Fassung der Vorlage lediglich Gestaltungsmöglichkeiten für Krankenanstaltenträger vor, ob davon in der Anstaltsordnung Gebrauch gemacht wird, bleibt den Rechtsträgern überlassen.

6. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen:

Zu Z 1:

Die bundesgesetzlichen Vorgaben machen die Aufnahme zahlreicher neuer Begriffsdefinitionen erforderlich. Zur Wahrung der Übersichtlichkeit wird daher vorgeschlagen, die bisherige absatzweise Untergliederung mit einer Definition je Absatz aufzugeben und alle Begriffsbestimmungen ziffernweise untergliedert in einem Absatz zusammenzufassen (§ 1

Abs 1 SKAG). Der neue Abs 2 enthält die dem bisherigen § 1 Abs 3 SKAG entsprechende Auflistung jener Einrichtungen, die nicht als Krankenanstalten gelten.

Die im § 1 Abs 1 Z 1 enthaltene Begriffsbestimmung entspricht inhaltlich der geltenden Rechtslage (§ 1 Abs 1 und 2 SKAG). Die neu vorgesehenen Definitionen (§ 1 Abs 1 Z 2 bis 7 SKAG) beschreiben die möglichen fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten sowie die Referenzzentren. Diese Einrichtungen sind zum Teil ohne nähere Festlegung des Begriffsinhaltes bereits jetzt im Gesetz oder im Salzburger Krankenanstalten- und Großgeräteplan vorgesehen (zB Abteilungen, Departements, Referenzzentren), zum Teil handelt es aber auch um inhaltlich neu vorgesehene Organisationsformen. Zu diesen grundsatzgesetzlich vorgegebenen Neuerungen führen die Gesetzesmaterialien (RV BlgNR Nr 1519 XXIV GP), im Internet auffindbar unter <http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/II/01519/index.shtml>, Folgendes aus (die Anmerkungen sind im Erläuterungstext nicht enthalten):

"Ein Satellitendepartment für Unfallchirurgie ist organisatorisch, worunter jedenfalls die gesamte datenschutzrechtliche, sicherheitstechnische und IKT-technische (Anm: informations- und kommunikationstechnische) 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 Abteilung, 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 [Anm: dislozierter Wochenklinik] und jener mit zugehöriger Mutterabteilung sicherzustellen.

[Anm: Die Punkte 2 bis 7 entsprechen inhaltlich weitgehend wortgleich den entsprechenden Ausführungen zu den Satellitendepartements, so dass auf eine Wiedergabe verzichtet wird.]

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 Verwaltungsvereinbarungen 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 [Anm: KAKuG] und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 2a Abs 1 lit b [Anm: KAKuG] in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten sowie in Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 2a Abs 4 [KAKuG] 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 va 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 [Anm: Regionaler Strukturplan Gesundheit] 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 2:

Die Z 2.1 enthält lediglich eine Anpassung der Verweisung an die neue Gliederung des § 1. In den Z 2.2 und 2.3. wird auf die unten näher erläuternden Änderungen bei Standard- und Schwerpunktkrankenanstalten sprachlich (in Form einer Verweisung) Bedacht genommen.

Die bisher im § 2 Abs 2 lit c SKAG vorgesehene Wortfolge "in diesem Umfang" im Zusammenhang mit der Beurteilung, ob eine Krankenanstalt auch der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dient und deshalb als Zentralkrankenanstalt gilt, hat in der Vollziehung zu Unklarheiten geführt und soll daher entfallen (Z 2.3). Diese Bestimmung gilt

nur für öffentliche Medizin-Universitäten, private Medizin-Universitäten sind davon ebenso wie akademische Lehrkrankenanstalten nicht umfasst.

Die örtlich getrennte Unterbringung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten war bisher nur für Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten vorgesehen, soll in Zukunft aber auch für Standardkrankenanstalten möglich sein. Bewirkt wird dies durch den Entfall der bisher im § 2 Abs 3 SKAG enthaltenen Verweisung auf (lediglich) § 2 Abs 2 lit b und c SKAG (Z 2.4).

Die Z 2.5 sieht als neue Versorgungsform die Standardkrankenanstalten der Basisversorgung vor (§ 2 Abs 4) und enthält weiters detaillierte Bestimmungen über reduzierte Organisationsformen (Departments, Fachschwerpunkte; § 2 Abs 5). Die bisher im § 2 Abs 4 SKAG geregelten Feststellungsbescheide finden sich nunmehr im § 2 Abs 6.

Standardkrankenanstalten der Basisversorgung weisen ein gegenüber anderen Standardkrankenanstalten reduziertes Leistungsangebot auf und dürfen daher nur dann als solche geführt werden, wenn entweder der Einzugsbereich eine verhältnismäßig geringe Einwohneranzahl aufweist oder aber eine Standard-, Schwerpunkt oder Zentralkrankenanstalt rasch erreicht werden kann. Die Abteilung für Innere Medizin (Abs 4 Z 1 lit a) muss jedenfalls alle Leistungen erbringen können, für die kein Additivfach erforderlich ist und die in einer Standardkrankenanstalt anzubieten sind. Die in der Bestimmung mehrfach, ua auch im Abs 4 Z 1 lit b, erwähnte Leistungsmatrix des ÖSG definiert als Basisversorgung jene Leistungen, die ohne besondere Anforderungen an die medizinisch-technische Infrastruktur und an das Komplikationsmanagement in einer Krankenanstalt erbracht werden können. Die Erstversorgung (Abs 4 Z 1 lit c) muss insbesondere in jenen Akutfällen gewährleistet sein, bei denen im Fall einer späteren medizinischen Intervention eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands zu erwarten wäre.

Ergänzend zu den beschriebenen Mindestanforderungen können weitere auf Basisversorgungsleistungen beschränkte und in reduzierten Organisationsformen (Departments, Fachschwerpunkte usw) geführte operativ tätige Fachrichtungen vorgehalten werden (Abs 4 Z 2). Die Fortführung konservativ tätiger Fachrichtungen in Abteilungen oder in reduzierten Organisationsformen ist dagegen nur in Ausnahmefällen (zB bei einem regional gegebenen Versorgungsbedarf der Bevölkerung) und bei einer entsprechenden Vorgabe im Salzburger Krankenanstalten- und Großgeräteplan zulässig (Abs 4 Z 5); die Erweiterung des Leistungsangebotes über die Basisversorgungsleistungen hinaus ist überhaupt unzulässig (Abs 4 Z 4). Um wirtschaftliche und versorgungstechnische Synergien bestmöglich nutzbar zu machen, kann die am Krankenanstaltenstandort als Standardkrankenanstalt der Basisversorgung strukturierte Versorgungseinheit auch unter gemeinsamer Leitung als integraler Teil einer räumlich nahen Standardkrankenanstalt gemäß § 2 Abs 2 lit a oder einer Schwerpunkt- bzw Zentralkrankenanstalt geführt werden (Mehr-Standort-Krankenanstalt, Abs 4 Z 6). Die im Begutachtungsverfahren von der Krankenanstalt Zell am See vorgeschlagene und hier ergänzte Definition des Kriteriums der räumlichen Nähe berücksichtigt einerseits den Vorschlag, im neuen ÖSG 2012 die Erreichbarkeitsrichtwerte (dh jene Fristen, innerhalb der 90 % der Wohnbevölkerung eine entsprechende Abteilung erreichen können) in den Sonderfächern Chirurgie und Unfallchirurgie von 30 auf 45 Minuten heraufzusetzen, und andererseits die bestehenden Standorte der Salzburger Krankenanstalten. Ein Erreichbarkeitswert von 45 bis 60 Minuten erscheint angesichts dieser Vorgaben sinnvoll.

Für die Erbringung ambulanter Leistungen gelten für Standardkrankenanstalten der Basisversorgung keine von § 50 SKAG abweichenden Bestimmungen. Daher sind für das im Bereich der chirurgischen Basisversorgung angebotene Leistungsspektrum auch die entsprechenden ambulanten Leistungen anzubieten. Dafür wird grundsätzlich eine ambulante Erstversorgungseinheit ausreichen. 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 sicherzustellen. Das kann im Weg von Fachambulanzen oder interdisziplinär geführten Ambulanzen erfolgen, eine ambulante Erstversorgungseinheit ist dafür nicht ausreichend.

Abs 5 enthält die schon bisher im § 2 Abs 4 SKAG vorgesehenen Bestimmungen über die reduzierten Organisationsformen Department und Fachschwerpunkt in übersichtlich gegliedert Form. Ergänzend sind folgende inhaltlichen Änderungen vorgesehen:

- Für die Fachrichtung Unfallchirurgie ist anstelle eines Departments im Rahmen einer Abteilung für Chirurgie nunmehr ein sogenanntes Satellitendepartment (siehe Erläuterungen zur Z 1) vorgesehen.
- Für die Fachrichtung Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie kommt zukünftig nicht mehr die reduzierte Organisationsform Department, sondern ein Fachschwerpunkt in Betracht.
- Das Zulässigkeitsanfordernis der zu erwartenden unzureichenden Auslastung einer Abteilung bezieht sich in Hinkunft auch auf Departments und wird überdies im Hinblick auf die Rahmenbedingungen (Versorgungslücken in peripheren Regionen, Herstellung einer regional ausgewogenen Versorgung) näher präzisiert.

Zu Z 3:

In der Z 3.1 werden die durch die Novelle erweiterten Möglichkeiten zur Einrichtung fachrichtungsbezogener Organisationseinheiten sprachlich berücksichtigt.

Bereits bisher war im Salzburger Krankenanstalten- und Großgeräteplan die maximale fachbereichsspezifische Bettenzahl entweder bezogen auf das Land und die Versorgungsregion oder auf die Standorte festzulegen (§ 4 Abs 2 Z 6). Diese Bestimmung wird um die Verpflichtung ergänzt, bei einer versorgungsregionsbezogenen Festlegung die Bettenkapazitäten je Fachbereich und Standort zumindest unverbindlich anzugeben (§ 4 Abs 3). Diese Ergänzung 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.

Neu vorgesehen ist auch die Verpflichtung zur Veröffentlichung des aktuellen RSG auf der Homepage des Landes (§ 4 Abs 5; § 4 Abs 4 beinhaltet den bisherigen § 4 Abs 3 SKAG). Sowohl der Regionale Strukturplan Gesundheit Salzburg 2010 als auch der Salzburger Krankenanstalten- und Großgeräteplan sind bereits jetzt auf der Homepage des Landes unter <http://www.salzburg.gv.at/themen/gs/gesundheit/abt9gesundheitsplanung.htm> abrufbar, so dass die Umsetzung dieser grundsatzgesetzlichen Vorgabe in Salzburg keine praktischen Auswirkungen haben wird.

Zu Z 4:

Die Bestimmungen über die Anstaltsordnung sind einerseits im Zusammenhang mit den fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten zu adaptieren, andererseits werden im Abs 1 in der Z 3 jene Betriebsformen zusammengefasst dargestellt und beschrieben, die neben der herkömmlichen Art der fachrichtungsbezogenen und/oder zeitlich durchgängigen Betriebsform möglich sind. Um eine übersichtliche Gliederung der gesamten inhaltlichen Anforderungen an die Anstaltsordnung zu gewährleisten, wird die Neuerlassung des gesamten § 20 Abs 1 vorgeschlagen.

In der Z 1 wird lediglich auf die neu vorgesehenen fachrichtungsbezogenen Organisationsformen Bedacht genommen, die Z 2 entspricht unverändert der geltenden Rechtslage. Die Z 3 beschreibt, wie einleitend bereits ausgeführt worden ist, jene nicht herkömmlichen (dh nicht fachrichtungsbezogenen und/oder nicht zeitlich durchgängigen) Betriebsformen, in denen eine Krankenanstalt betrieben werden kann. Die Betriebsformen "Wochenklinik" und "Tagesklinik" sind dabei nicht mit den fachrichtungsspezifischen Organisationseinheiten "dislozierte Wochenklinik" und "dislozierte Tagesklinik" zu verwechseln. "Dislozierte Wochenkliniken" und "dislozierte Tageskliniken" sind Organisationseinheiten wie etwa auch Abteilungen, Wochenkliniken und Tageskliniken sind dagegen 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 (Z 3 lit f) für ungeplante Patientenzugänge mit vor allem akuter Symptomatik dar, die unter ärztlicher Zuständigkeit einer in der Notfallversorgung erfahrenen Ärztin bzw eines solchen Arztes mit ius practicandi und erforderlichen weiteren Zusatzqualifikationen geführt werden. Zielsetzung der Einrichtung von zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten ist die qualitativ hochwertige, am Patientenbedarf ausgerichtete Versorgung von Akutfällen, wobei vermeidbare stationäre Aufnahmen hintangehalten werden sollen. Zur Abklärung der Behandlungserfordernisse sowie zur Patientenbeobachtung sind stationäre Kurzaufenthalte bis höchstens 24 Stunden im Rahmen dieser Einheit ebenso zulässig wie Nacht-aufnahmen mit Verlegung auf geeignete Normalpflege-Stationen bei Beginn der Routinedienste.

Die ausschließlich ambulante Begutachtung und Behandlung ungeplanter Patientenzugänge rund um die Uhr im Sinn der zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheit kann auch durch eine ambulante Erstversorgungseinheit (Z 3 lit g) 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 und Patienten. Bei rechtlicher Integration solcher ambulanten Erstversorgungseinheiten in eine Krankenanstalt sind die ambulanten Erstversorgungseinheiten als dislozierte Spitalsambulanzen zu führen.

In der Z 4 wird lediglich klargestellt, dass die Anstaltsordnung auch Bestimmungen über die Leitung der fachrichtungsbezogenen Organisationsformen sowie der allenfalls vorgesehenen nicht herkömmlichen Betriebsformen (Z 3) enthalten muss. Die Z 5 steht im Zusammenhang mit der Definition des Begriffs der "dislozierten Wochenkliniken" im § 1 Z 5. Dort ist vorgesehen, dass diese Organisationsform von Montag früh bis Freitag abends durchgehend zu betreiben ist, wenn die Anstaltsordnung keine abweichenden Regelungen für Feiertage enthält. § 20 Abs 1 Z 5 enthält den entsprechenden Hinweis für eine mögliche Sonderregelung (zB im Sinn eines eingeschränkten Betriebs an Feiertagen) in der Anstalts-

ordnung. Weiters wird festgelegt, dass die Anstaltsordnung jedenfalls auch Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 1 Abs 1 Z 2 bis 6) oder in dislozierten Betriebsformen zu enthalten hat (Z 10). Zu den näheren Inhalten dieses Innenverhältnisses wird auch auf die in den Erläuterungen zu Z 1 wiedergegebenen Ausführungen in der Regierungsvorlage zum Bundesgrundsatzgesetz (BlgNR Nr 1519 XXIV GP) verwiesen.

Zu Z 5:

Das Zitat wird an die im § 1 vorgenommenen Änderungen angepasst (vgl Z 1 der Vorlage).

Zu Z 6:

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

Zu Z 7:

Art 6 Abs 10 der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sieht eine bundesländer- und sektorenübergreifende regelmäßige Berichterstattung über die Qualität im Gesundheitswesen vor. Ziel ist die regelmäßige Erstellung eines aus mehreren Komponenten bestehenden österreichweiten einheitlichen Qualitätsberichtes. Derzeit werden auf verschiedenen Ebenen, ua 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 inhaltlich und strukturell abgestimmter Datenmeldungen erfolgt. Daher sieht die Vorlage die Verpflichtung der Krankenanstalten vor, an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen und die dafür erforderlichen Daten (§ 6 des Gesundheitsqualitätsgesetzes) zur Verfügung zu stellen, soweit diese Daten nicht ohnehin bereits aufgrund anderer Dokumentationsverpflichtungen (zB Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen) zu melden sind. Dadurch soll zur Vermeidung eines unnötigen administrativen Aufwandes für die Krankenanstalten eine mehrfache Meldung derselben Daten vermieden werden.

Zu Z 8:

Die vorgenommenen Anpassungen sind auf Grund der neu geschaffenen Standardkrankenanstalten der Basisversorgung (Z 2.6) notwendig, da diese auch als dislozierte Betriebsstätten einer räumlich nahen Standardkrankenanstalt oder einer Krankenanstalt einer höheren Versorgungsstufe geführt werden können (§ 2 Abs 4 Z 6). Die Sicherstellung der öffentlichen Krankenanstaltenpflege kann daher auch durch eine solche dislozierte Führung sichergestellt werden, wobei als Trägerkrankenanstalt in Salzburg lediglich Schwerpunktkrankenanstalten vorgesehen sind.

Zu Z 9:

Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass die Patientin oder der Patient im Fall der Behandlung in fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten oder in dislozierten Betriebsformen immer als Patientin oder Patient der Krankenanstalt gilt, in der sie bzw er sich befindet.

Zu Z 10:

Die Zitate jener Bestimmungen, die auch für die Errichtung und den Betrieb von privaten Krankenanstalten Anwendung finden, werden an die grundsatzgesetzlichen Vorgaben angepasst.

Zu Z 11:

In der Auflistung jener Bundesgesetze, auf die im SKAG verwiesen wird, ist das Gesundheitsqualitätsgesetz zu ergänzen (vgl Z 6).

Zu Z 12:

Die Änderungen sollen möglichst unverzüglich in Kraft treten.

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

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.

