

Vorblatt

Problem:

Fehlende Flexibilisierungsmöglichkeiten in Spitälern und an den Nahtstellen zwischen Spital und ambulantem Bereich und dadurch teilweise fehlende Anpassungsmöglichkeit der Leistungen an den tatsächlichen Bedarf vor Ort und nur teilweise Nutzung der möglichen Effizienzsteigerung der Spitäler.

Ziel:

Schaffung patientenorientierter und effizienzfördernder Flexibilisierungsmöglichkeiten in Spitälern und an den Nahtstellen zwischen Spital und ambulantem Bereich.

Inhalt/Problemlösung:

- 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

Alternativen:

Beibehaltung der bestehenden Vorgaben und damit der unflexiblen Strukturen in den Krankenanstalten, die die Anpassung der Leistungen an den tatsächlichen Bedarf kaum zulassen.

Auswirkungen des Regelungsvorhabens:

- Finanzielle Auswirkungen:

Die Festlegungen dieser Novelle ermöglichen den Krankenanstaltenträgern verschiedene strukturelle Änderungen und eröffnen diesen dadurch Flexibilisierungsmöglichkeiten, die eine bedarfsorientierte Versorgung bei gleichzeitiger Effizienzsteigerung erlauben. Durch diese Novelle werden den Krankenanstaltenträgern Organisations- und Betriebsformen eröffnet, die einen wesentlich wirtschaftlicheren Betrieb von Krankenanstalten als bisher ermöglichen.

Die vorliegende Novelle ermöglicht effiziente Umstrukturierung von Krankenanstalten, schreibt diese aber nicht zwingend vor.

Im Hinblick auf die bisher bekannten in den Bundesländern geplanten Änderungen ist davon auszugehen, dass die Festlegungen dieser Novelle nicht nur keine zusätzlichen Kosten schaffen, sondern den effizienteren Einsatz der vorhandenen Mitteln ermöglichen.

Festgehalten wird, dass diese Novelle primär den Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2010 (ÖSG 2010) umsetzt, der in der Bundesgesundheitskommission einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung beschlossen wurde.

- Wirtschaftspolitische Auswirkungen:

--Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:

Keine.

--Auswirkungen auf die Verwaltungskosten für Bürger/innen und für Unternehmen:

Es sind keine konkreten Informationsverpflichtungen für Bürger/innen und Unternehmen vorgesehen.

--Auswirkungen in umweltpolitischer, konsumentenschutzpolitischer sowie sozialer Hinsicht:

Mit dieser Novelle wird ein wesentlicher Beitrag zur nachhaltigen Finanzierbarkeit einer für alle frei zugänglichen, regional ausgewogenen, qualitativ hochwertigen und effizienten Gesundheitsversorgung geleistet.

-Geschlechtsspezifische Auswirkungen:

Keine.

Verhältnis der Rechtsvorschriften zur Europäischen Union:

Die vorgesehenen Regelungen fallen nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

Besonderheiten des Normsetzungsverfahrens:

Keine.

Allgemeiner Teil

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-Krankenanstellen 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 Krankenstellenrecht 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 diese Novelle geschaffenen Möglichkeiten für die modulare Zusammensetzung von Krankenanstellen und der daraus entstehenden Optionen kann eine höhere Flexibilität bei der Gestaltung einer auf den regionalen Bedarf abgestimmten Angebotsstruktur für die jeweiligen Krankenanstellenstandorte erreicht werden. Damit kann die medizinische Akutversorgung patientenorientiert, wohnortnah und in hoher Versorgungsqualität langfristig sichergestellt werden.

Mit den vorgesehenen 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 diesen Betriebs- und Organisationsformen dem patientenspezifischen Bedarf auch bei längeren Rekonvaleszenz-Phasen entsprochen werden. Auf diese Weise besteht die Möglichkeit, jeweils diejenige Versorgungsform zu nutzen, die dem jeweiligen fallspezifischen Bedarf (Patientenstatus und Behandlungserfordernis) am besten entspricht. Daraus ergeben sich als innerbetriebliche Optimierungsaufgaben ein entsprechendes Patienten- und Belegungsmanagement und daraus folgend eine Anpassung bzw. Redimensionierung des vollstationären Bettenangebots in den Akut-Krankenanstellen und dessen allfällige bedarfsorientierte Umwidmung beispielsweise in Einrichtungen für Übergangs- und Kurzzeitpflege.

Als neu vorgesehene Versorgungsform sind insbesondere die Standard-Krankenanstellen der Basisversorgung (§ 2a Abs. 1 lit. a iVm Abs. 4 und 5) zu nennen. Als solche können ausschließlich bisherige Standard-Krankenanstellen (§ 2a Abs. 1 lit. a) unter bestimmten Voraussetzungen geführt werden (vgl. Erläuterungen Besonderer Teil).

Zur Schaffung der erforderlichen Rechtssicherheit und der notwendigen Transparenz werden mit dieser Novelle nunmehr sowohl die möglichen fachrichtungsbezogenen Organisationsformen (neu eingefügter § 2b) von Krankenanstellen als auch die verschiedenen Arten der Betriebsformen (ergänzter bzw. geänderter § 6) samt Definitionen und Voraussetzungen im Kranken- und Kuranstaltengesetz geregelt.

Weiters werden im neuen § 2c für bestimmte Leistungsbereiche Referenzzentren zur Durchführung komplexer medizinischer Leistungen vorgesehen.

Darüber hinaus wird der ÖSG mit der vorliegenden Gesetzesnovelle zum objektivierten Sachverständigengutachten erklärt, um eine engere und nachhaltigere Verknüpfung mit den Planungsvorgaben des ÖSG zu erreichen. Durch den Verweis auf die Leistungsmatrix des ÖSG hinsichtlich der in den jeweiligen Organisationsformen zulässigen Leistungsbündel wird eine enge Verzahnung mit dem ÖSG sichergestellt. In diesem Zusammenhang wird insbesondere auch auf die erstmalige Festlegung von Leistungsbündeln der Basisversorgung vor allem für operierende Fachrichtungen in der Leistungsmatrix hingewiesen. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um Leistungen, die ohne besondere Anforderungen an die medizinisch-technische Infrastruktur (z. B. Großgeräte, Intensivversorgung) und an das Komplikationsmanagement in einer Krankenanstalt auch im Rahmen einer Wochenklinik erbracht werden können.

Besonderer Teil

Zu Z 1 bis 5 (§ 2a):

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

Standard-Krankenanstellen der Basisversorgung

Als solche können ausschließlich bisherige Standard-Krankenanstellen (§ 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-Krankenanstellen der Basisversorgung nicht zusätzlich errichtet werden dürfen, sondern ausschließlich durch Umwandlung aus bestehenden Standard-Krankenanstellen hervorgehen können. Für die Einrichtung ist das Vorliegen einer der beiden genannten Voraussetzungen ausreichend.

Die Standard-Krankenanstellen der Basisversorgung sind eine spezielle Kategorie von Standard-Krankenanstellen 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 (z. B. 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 (z.B. 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.

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 anzubieten. 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.

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 in Betracht.

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 Standardkrankenanstalt gemäß § 2a Abs. 1 lit. a oder einer Schwerpunkt- bzw. Zentralkrankenanstellen geführt werden (Mehr-Standort-Krankenanstalt). Eine Abgrenzung zwischen diversen Standorten derselben Krankenanstalt im Hinblick auf die Finanzierung ist möglich (z.B. Festlegung unterschiedlicher Steuerungsfaktoren aufgrund Leistungsspektren unterschiedlicher Versorgungsstufen).

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.

Im Hinblick auf Krankenanstalten, die auch der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, wird durch Streichung des Unklarheiten schaffenden Einschubs „in diesem Umfang“ Rechtsklarheit geschaffen. Diese Bestimmung gilt nur für öffentliche Medizin-Universitäten, private Medizin-Universitäten sind davon ebenso wie akademische Lehrkrankenanstalten nicht umfasst.

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.

Zu Z 6 (§§ 2b und 2c):

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 organisatorischer Teil der Krankenanstalt, in der es sich örtlich befindet. Es ist eine bettenführende Einheit, 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 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 (z.B. 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 z.B. 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 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 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 (z.B. 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 Einheiten 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 postoperative Nachsorge sicherzustellen.

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 Festlegung der Standorte dieser Referenzzentren und deren Versorgungsstufen erfolgt, sofern nicht direkt im ÖSG festgelegt, im Rahmen des jeweiligen RSG und in den Landeskrankenanstaltenplänen.

Zu Z 7 (§ 5b Abs. 6):

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 (z.B. 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 8 bis 12 (§ 6):

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 Beziehung 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 sind, 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 Routinedienste (Tagdienste). Für stationäre Aufnahmen in einer zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheit bedarf es der Vorhaltung von 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 Beobachtungsbetten (Funktionsbetten) – kann auch durch eine ambulante Versorgungsstruktur, nämlich durch eine ambulante Erstversorgungseinheit 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.

Zu Z 13 (§ 8 Abs. 1 Z 6 und 7):

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

Zu Z 14 bis 16 (§ 10a):

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 20) den aktuellen ÖSG auf seiner Homepage veröffentlichen.

Mit dem neuen Abs. 5 wird der ÖSG in Form eines Sachverständigengutachtens in die Rechtsordnung integriert.

Zu Z 17 (§ 18 Abs. 2):

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

Zu Z 19 (§ 59a Abs. 1 Z 4):

Im Hinblick auf den immer größer werdenden Bedarf und der zunehmenden Bedeutung des Rehabilitationsbereiches werden die Aufgaben der Bundesgesundheitskommission im Bereich der integrierten Planung um die bundesweite Abstimmung des Angebots im Bereich der Rehabilitation erweitert.

Zu Z 21 (§ 65 Abs. 4g bis 4i):

Auf Grund der Dringlichkeit insbesondere bei der Restrukturierung der Krankenanstalten und weil diese Änderungen insbesondere auch im Interesse der Länder erfolgen und mit diesen eng abgestimmt wurden, ist vorgesehen, dass die Umsetzung der grundsatzgesetzlichen Vorgaben durch die Länder innerhalb von sechs Monaten zu erfolgen hat.

Sowohl 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 wird eine Übergangsfrist von vier Jahren (31. Dezember 2015) vorgesehen.