

Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten geändert wird

Vereinfachte wirkungsorientierte Folgenabschätzung

Einbringende Stelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
Vorhabensart: Bundesgesetz
Laufendes Finanzjahr: 2018
Inkrafttreten/
Wirksamwerden: 2018

Vorblatt

Problemanalyse

Die Umsetzung des von Bund, Ländern und der Sozialversicherung beschlossenen Österreichischen Strukturplanes Gesundheit 2017 (ÖSG 2017) erfordert Anpassungen des Krankenanstaltenrechts.

Ziel(e)

Anpassung des Krankenanstaltenrechts zur Ermöglichung der Umsetzung des ÖSG 2017

Inhalt

Das Vorhaben umfasst hauptsächlich folgende Maßnahme(n):

- Anpassung der Regelungen zu den fachrichtungsbezogenen Organisationsformen an den ÖSG 2017
- Festlegung von Typen und Betriebsformen von Anstaltsambulatorien
- Verpflichtung von psychiatrischen Krankenanstalten und Abteilungen für Psychiatrie zur Dokumentation im Zusammenhang mit dem UbG

Beitrag zu Wirkungsziel oder Maßnahme im Bundesvoranschlag

Das Vorhaben hat keinen direkten Beitrag zu einem Wirkungsziel.

Aus der gegenständlichen Maßnahme ergeben sich keine finanziellen Auswirkungen auf den Bund, die Länder, die Gemeinden oder auf die Sozialversicherungsträger

Verhältnis zu den Rechtsvorschriften der Europäischen Union

keines

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens

keine

Diese Folgenabschätzung wurde mit der Version 5.4 des WFA – Tools erstellt (Hash-ID: 131017124).

Erläuterungen

Allgemeiner Teil

Im Juni 2017 hat die Bundes-Zielsteuerungskommission den Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG 2017) beschlossen, der über mehrere Jahre von Bund, Ländern und Sozialversicherung neu erarbeitet und neu strukturiert wurde. Während der Entstehung des ÖSG 2017 wurden der Österreichischen Ärztekammer, der Wirtschaftskammer Österreich sowie weiteren betroffenen Interessensvertretungen gemäß § 20 Abs. 4 G-ZG die Möglichkeit zur Stellungnahme zum kompletten ÖSG-Entwurf eingeräumt. Ebenso wurde die Patientenanwaltschaft eingebunden.

Im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG 2017) wurden sowohl die bereits bestehenden patientenorientierten als auch effizienzfördernden Flexibilisierungsmöglichkeiten in Spitälern und an den Nahtstellen zwischen Spital und ambulantem Bereich in Form innovativer, prozessorientiert funktionierender Organisations- und Betriebsformen weiterentwickelt. Dadurch können die Leistungen besser an den tatsächlichen Bedarf vor Ort angepasst werden, wodurch die Effizienz der Spitäler gesteigert wird. Darüber hinaus legt der ÖSG 2017 inhaltliche Vorgaben für Organisationsformen und Betriebsformen im ambulanten und im akutstationären sowie tagesklinischen Bereich fest bzw. wurden diese adaptiert. (siehe ÖSG 2017 im RIS kundgemacht)

Die im ÖSG 2017 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 Krankenanstaltenrecht Eingang finden bzw. an die Regelungen des ÖSG 2017 angepasst werden. Dabei werden insbesondere die sogenannten reduzierten Organisationsformen (Departments, Fachschwerpunkte usw.) neu strukturiert sowie teilweise geändert. Mit diesen Neuregelungen wird vor allem größtmögliche Transparenz und Rechtsklarheit bezweckt. Mit den durch diese Novelle erweiterten Möglichkeiten für die modulare Zusammensetzung von Krankenanstalten und der daraus entstehenden Optionen kann eine höhere Flexibilität bei der Gestaltung einer auf den regionalen Bedarf abgestimmten Angebotsstruktur für die jeweiligen Krankenanstaltenstandorte erreicht werden. Damit kann die medizinische Akutversorgung patientenorientiert, wohnortnah und in hoher Versorgungsqualität langfristig sichergestellt werden. 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.

Weiters erfolgen Änderungen im Zusammenhang mit dem ab 1. Jänner 2019 verbindlich anzuwendenden spitalsambulanten Abrechnungsmodell im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung.

Finanzielle Auswirkungen:

Sowohl hinsichtlich nosokomialer Infektionen als auch freiheitsbeschränkenden Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Unterbringungsgesetz erfolgt bereits derzeit eine entsprechende Dokumentation insbesondere im Hinblick auf mögliche Beschwerdefälle der Patientinnen/Patienten bzw. Betroffenen. Es ist davon auszugehen, dass diese Dokumentation größtenteils bereits digital erfolgt. Daher ist auf Grund der Festlegungen in dieser Novelle nur mit geringen zusätzlichen Kosten zu rechnen.

Kompetenzgrundlage:

Die Zuständigkeit des Bundes zur Erlassung dieser Gesetzesnovelle ergibt sich für das Bundesgesetz über Krankenanstalten- und Kuranstalten aus Art. 12 Abs. 1 Z 1 (Grundsatzbestimmungen) sowie aus Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG (unmittelbar anwendbares Bundesrecht).

Besonderer Teil

Zu Z 1 (§ 2a Abs. 3):

In Ziffer 1 erfolgt die Klarstellung, dass bei örtlich getrennt untergebrachten Abteilungen die Bestimmung gemäß § 3 Abs. 3a KAKuG hinsichtlich Festlegung und Ausweis von Versorgungsstufe und

Leistungsangebot analog anzuwenden ist. Des Weiteren muss sichergestellt sein, dass höheren Versorgungsstufen vorbehaltene Leistungsspektren (z. B. Leistungen von Referenzzentren) ausnahmslos auch den Standorten mit der höheren Versorgungsstufe und der entsprechenden Personalausstattung und Infrastruktur vorbehalten bleiben.

„Versorgungsstufen“ sind im Sinne des Versorgungsstufenmodells (siehe auch ÖSG 2017, S. 27 ff) als Stufen der abgestuften Gesundheitsversorgung zu verstehen. Die drei großen Stufen der professionell betreuten Gesundheitsversorgung sind die Primärversorgung, die ambulante Fachversorgung und die stationäre Versorgung. Innerhalb dieser großen Versorgungsstufen gibt es weitere Abstufungen, die sich durch die Art der Leistungserbringung bzw. das Leistungsspektrum in den einzelnen Anbieterstrukturen ergeben und an die unterschiedliche Anforderungen an den planerischen und organisatorischen Rahmen sowie an die Qualität bestehen. Die Versorgungsstufen im akutstationären Bereich allgemeiner Krankenanstalten orientieren sich an den unterschiedlichen Krankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 und gliedern sich somit grob in Grundversorgung (grundsätzlich in Standardkrankenanstalten), Schwerpunktversorgung (grundsätzlich in Schwerpunktkrankenanstalten, in begründeten Ausnahmefällen können Teilbereiche der Schwerpunktversorgung auch in Standard-KA verortet sein) und in hochspezialisierte Versorgung (Referenzzentren und Spezialzentren in Zentralkrankenanstalten, wobei Referenzzentren in begründeten Ausnahmefällen auch in Schwerpunktkrankenanstalten verortet sein können). Auf diesen unterschiedlichen Versorgungsstufen stehen unterschiedliche fachrichtungsbezogene Organisationsformen gemäß § 2b und Referenzzentren gemäß § 2c zur Verfügung, an die jeweils unterschiedliche Anforderungen hinsichtlich Ausstattung, Betrieb und Leistungsspektrum bestehen.

In Ziffer 2 werden die bisher bestehenden Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten sowie Ambulanten Erstversorgungseinheiten durch die neu zu schaffende Zentrale Ambulante Erstversorgung ersetzt (siehe auch ÖSG 2017, S. 59 und 150f).

Zu Z 2 bis 4 iVm. Z 6 (§ 2a Abs. 5 Z 1 lit. a, c und d sowie Z 2 iVm. § 2b Abs. 2):

Anstatt der Möglichkeit der Einrichtung von Satellitendepartments für Unfallchirurgie sowie von Departments für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie sollen diese beiden Bereiche nunmehr in Form eines Fachschwerpunktes betrieben werden können.

Mit Ziffer 2 litera b erfolgt die Einschränkung, dass die Einrichtung von Fachschwerpunkten in den dort angeführten Sonderfächern ausschließlich Standardkrankenanstalten vorbehalten bleibt und daher für Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten nicht vorgesehen ist.

(Siehe auch ÖSG 2017, S. 64)

Zu Z 5 (§ 2a Abs. 5 Schlusssatz):

Hierbei handelt es sich um eine Verweiskorrektur.

Zu Z 6 (§ 2b Abs. 2 bis 4):

Mit dieser Bestimmung soll im Bereich der reduzierten Organisationsformen eine, wie im ÖSG 2017 (S. 64f) bereits vorgesehene, Harmonisierung stattfinden, als für Fachschwerpunkte sowie dislozierte Wochen- und Tageskliniken nunmehr einheitliche Regeln bezüglich der Versorgung der Patientinnen und Patienten und der organisatorischen Ausgestaltung (nicht eigenständig als Satellit einer Mutterabteilung bzw. eigenständig mit Anbindung an eine Partnerabteilung in den aufgezählten Bereichen) festgelegt werden. Weiters erfolgen Festlegungen hinsichtlich der Versorgung der Patientinnen und Patienten innerhalb der Öffnungszeiten, im Zeitraum außerhalb der Öffnungszeiten und innerhalb der Betriebszeiten sowie außerhalb der Betriebszeiten. „Betriebszeit“ ist die Zeit, in der (stationäre) Patientinnen und Patienten in der Krankenanstalt fachspezifisch versorgt werden. „Öffnungszeit“ ist die Zeit, in der Patientinnen und Patienten die Krankenanstalt (oder andere Angebote der Gesundheitsversorgung) zur Begutachtung und Behandlung aufsuchen können (siehe auch ÖSG 2017, S. 184 und 187).

Die Details der Kooperation mit Mutter- bzw. Partnerabteilungen werden zweckmäßigerweise in schriftlichen Vereinbarungen festzulegen sein.

In Standardkrankenanstalten kann ergänzend zu den zwei jedenfalls vorzuhaltenden Abteilungen (darunter eine für Innere Medizin) die Einrichtung von Fachschwerpunkten in folgenden Sonderfächern erfolgen: Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Orthopädie und Traumatologie, Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie, für Chirurgie sowie Kinder- und Jugendheilkunde und in Ausnahmefällen auch für Gynäkologie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe (der Grundversorgung) bei unzulänglicher Erreichbarkeit der nächsten Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe

In Schwerpunktkrankenanstalten kann ergänzend oder ersetzend zu den mindestens vorzuhaltenden Abteilungen die Einrichtung von Fachschwerpunkten in folgenden Sonderfächern erfolgen: Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Orthopädie und Traumatologie, Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie Urologie.

Des Weiteren werden in Abs. 4 Voraussetzungen für die standortübergreifende Führung von Abteilungen geschaffen, um eine Versorgung der Patientinnen und Patienten an jedem Standort auf hohem Qualitätsniveau sicherstellen.

Zu Z 7 und 8 (§ 2c):

Im Zusammenhang mit Referenzzentren wurden die in Frage kommenden Versorgungsbereiche erweitert (siehe auch ÖSG, S. 64)

Zu Z 9 (§ 3 Abs. 2d):

Nachdem das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz sogenannte Anstaltsgutachten, das sind Gutachten von juristischen Personen, grundsätzlich nur als sonstige Beweismittel zulässt, wird mit dieser Bestimmung angelehnt an die bestehende Bestimmung bei den selbstständigen Ambulatorien in § 3a auch im Verfahren zur Errichtungsbewilligung und im Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfes bei bettenführenden Krankenanstalten die Einholung eines Gutachtens bei der Gesundheit Österreich GesmbH bzw. einem vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstitut ermöglicht.

Zu Z 10, 12, 13,, 25, 26, 27, 30 und 31 (§ 3 Abs. 4, § 3d Abs. 1, § 4 Abs. 1., § 15, § 18 Abs. 1, § 19 Abs. 1, § 27b Abs. 5 und § 29 Abs. 1a):

Hier erfolgen redaktionelle Anpassungen im Zusammenhang mit den §§ 23 und 24 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes, BGBl. I Nr. 26/2017 idGF.

Zu Z 14 (§ 5b Abs. 1):

Die von den Trägern der Krankenanstalten im Rahmen der Organisation zur Qualitätssicherung vorzusehenden Maßnahmen werden um Maßnahmen zur Wahrung der Patientensicherheit erweitert.

Zu Z 15 bis 18 (§ 6):

In Abs. 7 Z 2 und 3 wird zur besseren Unterscheidung zwischen Organisationsformen im Sinne des § 2b und Betriebsformen im Sinne des § 6 Abs. 7 für wochen- bzw. tagesklinisch betriebene Einheiten die Bezeichnung „Wochenstation“ bzw. „Tagesstation“ eingeführt.

In Abs. 7 Z 4 bis 6 werden die Betriebsformen „interdisziplinäre Aufnahmestationen“, „Anstaltsambulatorien“ und „Zentrale Ambulante Erstversorgung“ definiert und näher geregelt (siehe auch ÖSG, S. 64 und 69). Die Details der Kooperation mit Mutter- bzw. Partnerabteilungen werden zweckmäßigerweise in schriftlichen Vereinbarungen festzulegen sein.

Demnach werden bei Anstaltsambulatorien einerseits allgemeine Fach- und Spezialambulanzen, andererseits Akut- und Termin-Ambulanzen unterschieden (siehe auch ÖSG, S. 59).

Während allgemeine Fachambulanzen im Wesentlichen das gesamte Spektrum eines Sonderfaches abdecken, nehmen Spezialambulanzen nur spezielle Aufgaben aus dem Spektrum des Sonderfaches wahr (siehe auch ÖSG, S. 59).

Eine weitere Form eines Anstaltsambulatoriums stellt die in Z 6 geregelte Zentrale Ambulante Erstversorgung dar (siehe auch ÖSG, S. 59).

Weiters wird zwischen Akut- und Termin-Ambulanzen unterschieden, wobei in Terminambulanzen in der Regel keine Akutfälle behandelt werden und diese fixe Öffnungszeiten aufweisen (siehe auch ÖSG 2017, S. 59 und S. 149f).

Zu Z 19 bis 22 (§ 8 Abs. 1):

Es erfolgt einerseits eine Anpassung der Bezeichnung der Sonderfächer an die Ärzteausbildungsordnung 2015, andererseits werden die Regelungen betreffend Anwesenheit von Fachärztinnen/-ärzten an die geänderten Festlegungen in § 2b angeglichen.

Zu Z 23 (§ 8a Abs. 6 bis 8):

Im Zusammenhang mit der Hygiene in Krankenanstalten wird nunmehr ausdrücklich festgelegt, dass in jeder Krankenanstalt laufend Aufzeichnungen in elektronischer Form über nosokomiale Infektionen (Infektionen mit Krankenhauskeimen) zu führen sind. Bei Bedarf sind umgehend erforderliche Maßnahmen zur Abhilfe und Prävention zu setzen.

Zu Z 24 (§ 8e Abs. 8):

Durch die Einbeziehung einer unabhängigen externen Person im Verdachtsfall eines sexuellen Übergriffes oder einer körperlichen Misshandlung eines Pfleglings durch Anstaltspersonal in die Opferschutzgruppe soll sichergestellt werden, dass das Recht des Pfleglings auf sexuelle Selbstbestimmung und die Menschenwürde gewahrt bleiben. Die Einbeziehung einer Person etwa aus dem Bereich der Patientenadvokatur würde dazu beitragen. Dies entspricht auch der Empfehlung einer Arbeitsgruppe des Menschenrechtsbeirates in der Volksanwaltschaft, welche sich aufgrund eines Anlassfalles mit dieser Thematik befasst hatte.

Die beigezogenen unabhängigen externen Personen sind in diesen Fällen als Mitglieder der Opferschutzgruppe zu betrachten und es sind ihnen selbstverständlich alle Informationen zugänglich zu machen, die auch den anderen Mitgliedern der Opferschutzgruppen zur Erfüllung ihrer Aufgaben zur Verfügung stehen.

Zu Z 28 (§ 24 Abs. 5):

Es wird klargestellt, dass die Abschlussdokumentation, die Patientinnen und Patienten am Ende einer rein ambulanten Behandlung erhalten, als Entlassungsbrief gilt. Durch den Verweis auf die Abs. 2 bis 4 wird sowohl der Mindestinhalt dieser Abschlussdokumentation als auch an wem diese zu übergeben ist, analog zum Entlassungsbrief nach einer stationären Behandlung festgelegt.

Zu Z 29 (§ 27b Abs. 3):

Mit 1. Jänner 2019 ist das spitalsambulante Abrechnungsmodell als Teil der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung verbindlich anzuwenden. Daher ist § 27b Abs. 3 entsprechend anzupassen.

Zur Unterstützung der Umsetzung des spitalsambulanten Abrechnungsmodells haben die Länder die Möglichkeit, die Einhebung von Sonderklassegebühren für jene Leistungen vorzusehen, die bisher stationär erbracht und für die die Verrechnung von Sonderklassegebühren möglich war, die nunmehr auf Grund des spitalsambulanten Abrechnungsmodells ambulant zu erbringen sein werden. Der Einhebung solcher Sondergebühren haben adäquate Leistungen gegenüber zu stehen.

Zu Z 32 (§ 38d Abs. 2):

Mit dieser Bestimmung wird die Empfehlung zu Punkt 124 aus dem Bericht des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT), das im Rahmen der Europaratsübereinkommens zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe eingerichtet ist, über sein im Herbst 2014 in Österreich durchgeführtes Audit umgesetzt. Das CPT überprüft bei derartigen Audits die Einhaltung seiner festgelegten Standards (<https://rm.coe.int/16806ccea6>).

In diesen Standards wird festgehalten, dass ein besonderes Register Aufzeichnungen über jeden Fall körperlichen Zwangs zu beinhalten hat, welches tagesaktuell abgerufen werden kann; dies zusätzlich zu den Aufzeichnungen in der Krankengeschichte. Die Volksanwaltschaft hat sich dieser Empfehlung im Rahmen ihrer Aufgabe der präventiven Menschenrechtskontrolle angeschlossen (vgl. den Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und Bundesrat 2015, Teil II Präventive Menschenrechtskontrolle, S 53f). Aus verwaltungsökonomischen Gründen scheint jedoch auch die Aufnahme des ärztliche Zeugnisses über die Unterbringung und die Gründe für die Anordnung weitergehender Beschränkungen zu weitgehend, diesbezüglich sollte die Einsicht in die Krankengeschichte ausreichen.

Abs. 3 stellt klar, dass die Einsicht in diese Dokumentation, die im Wesentlichen zur Erfüllung menschenrechtlicher Standards eingeführt wird, den einschlägigen Kontrollmechanismen zukommt. Dies ist auf nationaler Ebene die Volksanwaltschaft und die von ihr eingerichteten Besuchskommissionen, auf völkerrechtlicher Ebene das Europäische Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) nach dem genannten Europaratsübereinkommen und der UN-Ausschuss gegen Folter (CAT) eingerichtet auf Basis der Konvention gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung der UNO. Die Frage, wer in der Krankenanstalt in diese Dokumentation Einsicht nehmen darf, wird durch Abs. 3 nicht berührt.

Zu Z 33 (§ 40 Abs. 1 lit. b):

Mit dieser Regelung soll sichergestellt werden, dass Obduktionen – unabhängig davon, in welchen Krankenanstalten Patientinnen und Patienten versterben – durchgeführt werden, wenn diese wegen diagnostischer Unklarheiten des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffes erforderlich sind. Es erfolgt somit für private Krankenanstalten eine Anpassung an die Vorgaben für öffentliche Krankenanstalten in § 25 Abs. 1 KAKuG.

Dies bedeuten nicht, dass Obduktionen zwingend von der betroffenen Krankenanstalt selbst durchgeführt werden müssen. Vielmehr müssen jene Krankenanstalten, die nicht über geeignetes Personal und/oder entsprechende Räumlichkeiten verfügen, etwa durch Vereinbarungen mit anderen Krankenanstalten sicherstellen, dass die Obduktionen in geeigneter Form erfolgen.