

20/AB XXI.GP

B e a n t w o r t u n g
der Anfrage der Abgeordneten Grünewald,
Gabriela Moser, Freundinnen und Freunde, betreffend
Wahrnehmung der Aufsichtsrechte
über Krankenanstalten
(Nr. 421J)

Zur gegenständlichen Anfrage führe ich Folgendes aus:

Zu Frage 1:

Ich weise die Aussage, dass die Sanitäre Aufsicht in den Jahren 1957 bis 1999 nicht ordnungsgemäß geregelt gewesen sei, zurück. Das Krankenanstaltengesetz (KAG) enthielt vielmehr bereits in seiner Stammfassung BGBl. Nr.1/1957 in seinem Hauptstück E (§§ 60 bis 62) Regelungen über die Sanitäre Aufsicht. Eine Novellierung des § 60 ist durch die KAG - Novelle BGBl. Nr.801/1993 erfolgt. Im Jahr 1999 ist hingegen keine Änderung der Bestimmungen über die Sanitäre Aufsicht eingetreten. Die Vollziehung erfolgt seit Inkrafttreten des KAG entsprechend § 60 KAG durch die Bezirksverwaltungsbehörden.

Zu Frage 2:

Zunächst ist festzuhalten, dass seit dem Jahr 1957 keine Änderung in den diesbezüglichen Aufgaben der Bezirksverwaltungsbehörden eingetreten ist. Im Übrigen kommt dem Bund im Bereich der mittelbaren Bundesverwaltung kein Einfluss auf die Sach- und Personalausstattung der Bezirksverwaltungsbehörden zu.

Zu Frage 3:

Durch eine Änderung des Bundesverfassungsgesetzes könnte die Sanitäre Aufsicht den ohnehin für die Vollziehung im Bereich der Heil- und Pflegeanstalten zuständigen Ländern übertragen werden.

Zu Frage 4:

Da mein Ressort dem Thema Qualität im Gesundheitswesen seit Jahren besondere Bedeutung zumisst, hat es bereits unter österreichischer EU - Präsidentschaft im zweiten Halbjahr 1998 wesentliche Schritte im Hinblick auf einen internationalen Erfahrungsaustausch gesetzt und im Qualitätsbereich Pionierarbeit geleistet. In diesem

Sinne wurde in Bad Tatzmannsdorf eine informelle Konferenz der Gesundheitsminister einberufen, anlässlich derer die Mitgliedstaaten und die Kommission die Möglichkeit hatten, ihre Qualitätspolitiken im Gesundheitsbereich vorzustellen. Als Ergebnis der genannten Konferenz wurde eine Broschüre erstellt, die erstmals einen Überblick über die gesundheitsspezifischen Qualitätspolitiken der Gemeinschaft und der Mitgliedstaaten ermöglicht und Felder für zukünftige Zusammenarbeit definiert. Es zeigt sich, dass aufgrund der unterschiedlichen Strukturen der Gesundheitssysteme und der nicht vergleichbaren Kompetenzverteilungen in den einzelnen Mitgliedstaaten kein Mitgliedstaat das System eines anderen eins zu eins übernehmen kann, dass sich aber gegenseitiger Erfahrungsaustausch auf strukturierter Basis als sehr hilfreich für die Verbesserung und Fortentwicklung der nationalen Politiken erweist.

Zu berücksichtigen ist weiters, dass die Sanitäre Aufsicht über Krankenanstalten und die Qualitätssicherung auf unterschiedlichen Kompetenztatbeständen beruhen (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B - VG bzw. Art. 12 Abs. 1 Z 1 B - VG) und die Qualitätssicherung daher nicht mit der Sanitären Aufsicht vermennt werden darf.

Zu Frage 5:

Eine derartige Einrichtung wäre aus rechtlichen Gründen unzulässig. Die Vollziehung im Bereich der Sanitären Aufsicht erfolgt in mittelbarer Bundesverwaltung (Art. 102 B - VG). Nach der Judikatur des Verfassungsgerichtshofes wäre es verfassungswidrig, das System der mittelbaren Bundesverwaltung in einem Verwaltungszweig auszuhöheln und eine Vollzugskonstruktion zu erfinden, die den Landeshauptmann schlechthin umgeht (VfSlg. Nr.11.403).

Zu Frage 6 und 7:

Mein Ressort misst der Qualitätsarbeit im Rahmen der Gesundheitspolitik nicht erst seit den Vorfällen im Krankenhaus Freistadt, sondern bereits seit Jahren besondere Bedeutung zu.

Den Anforderungen der Qualitätspolitik wurde zunächst im Jahr 1993 mit der Novelle des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr.801/1993, Rechnung getragen. Die Schwerpunkte der Novelle liegen bei der Kodifizierung von Patientenrechten, bei der Ausweitung der Kompetenzen der Krankenhaushygieniker und insbesondere in der Aufnahme einer eigenen Regelung für die interne Qualitätssicherung in Krankenanstalten.

Weiters trat am 1. Jänner 1997 eine Reform des Gesundheitswesens in Kraft, in deren Rahmen eine Strukturkommission für das Gesundheitswesen auf Bundesebene eingerichtet wurde. Eine explizit genannte Aufgabe der Strukturkommission ist die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.

Ich habe anlässlich der 8. Sitzung der Strukturkommission am 15. September 1999 insbesondere festgestellt, dass die Sicherheit im Gesundheitswesen auf eine breite Basis gestellt werden muss. Die Qualitätsarbeit hat sich dabei insbesondere an den Bedürfnissen der PatientInnen und MitarbeiterInnen zu orientieren.

Weiters ist meiner Ansicht nach die Qualität im Gesundheitswesen nur dann beurteilbar, wenn die einzelnen Vorgänge ausreichend dokumentiert und transparent dargestellt werden. Dokumentation und Transparenz sind daher die Grundlage für wirksame Qualitätsverbesserung.

Mein Ressort sieht im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung in den österreichischen Krankenanstalten - neben der Initiierung - seine Hauptaufgabe darin, unterstützend und koordinierend zu wirken. Es zeigt sich zunehmend, dass Koordination, Information, Aufklärung und Aufbereitung wissenschaftlicher Entwicklungen einen entsprechenden Rahmen benötigen. Daher ist auch die Schaffung einer nationalen Koordinationsfunktion ein wichtiges Vorhaben für die allernächste Zukunft.

Wie ich in der 8. Sitzung der Strukturkommission festgestellt habe, sollen aus der Sicht meines Ressorts folgende Maßnahmen gesetzt werden:

- Errichtung einer Clearing - Stelle zur Qualität im Rahmen der Strukturkommission. Diese soll insbesondere einen Informationsaustausch ermöglichen, Qualitätsrichtlinien und Anreizsysteme ausarbeiten sowie die Durchführung von Qualitätsmaßnahmen evaluieren und kontrollieren.
- Auf Landesebene sollen verpflichtend Einrichtungen zur Qualitätssicherung geschaffen werden, die unter anderem die Umsetzung der Richtlinien kontrollieren und Qualitätsmaßnahmen ständig überwachen sowie der Clearing - Stelle darüber berichten sollen.
- Die Umsetzung der Qualitätsmaßnahmen auf Krankenanstaltenebene obliegt den Qualitätssicherungskommissionen gemäß § 5b KAG

Notwendige Evaluierungen beziehen sich einerseits auf die Implementierung gesetzlicher Vorschriften hinsichtlich der organisatorischen Voraussetzungen für die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen in den Krankenanstalten (eine erste diesbezügliche Evaluierungsstudie erfolgte seitens meines Ressorts 1996/97 - eine weitere ist für das Jahr 2000 geplant), andererseits auf die tatsächliche Evaluierung der zu erbringenden Leistungen. Nach der Philosophie meines Ressorts sind solche Evaluierungen solide vorzubereiten und anhand valider, wissenschaftlich abgesicherter Instrumente durchzuführen.

Zu diesem Zweck läuft im Auftrag meines Ressorts beispielsweise das „Quality Indicator Project“, ein internationales Projekt, bei welchem bis dato 15 österreichische Krankenanstalten mitmachen und das den teilnehmenden Krankenhäusern anhand aggregierter Daten für ausgewählte Indikatoren einen direkten Vergleich mit anderen Krankenanstalten ermöglicht und auf diese Weise zu einer Selbstevaluierung führt.

Überdies werden zukünftige Bemühungen vor allem auch darauf gerichtet sein, die Qualität der Gesundheitsleistungen länderübergreifend vergleichbar zu machen. Diesem Anspruch kann nur durch gemeinsame Anstrengungen Rechnung getragen werden. Einen wesentlichen Schritt in diese Richtung stellt das österreichweite Projekt „Qualität im Krankenhaus“ dar. Im Rahmen dieses Projektes werden seit Anfang 1998 für relevante Bereiche im Krankenhaus in Zusammenarbeit mit elf Krankenhäusern Standards und Richtlinien erarbeitet.