

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 Spitälern.

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-Krankenanstellen 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 Krankenanstellen, die die Anpassung der Leistungen an den tatsächlichen Bedarf kaum zulassen.

Auswirkungen des Regelungsvorhabens:

- Finanzielle Auswirkungen:

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

Die vorliegende Novelle ermöglicht Umstrukturierungen von Krankenanstellen, schreibt diese aber nicht zwingend vor. Das bedeutet, dass es in der Hand der Länderausführungsgesetzgeber liegt, ob überhaupt und bejahendenfalls in welcher Höhe Mehrkosten entstehen. 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. Aus diesem Grund entsprechen die vorgesehenen Änderungen auch den von den Ländern an den Bund herangetragenen Anliegen.

Da die Festlegungen in dieser Novelle dem Ausführungsgesetzgeber und, wenn dieser das im Ausführungsgesetz so vorsieht, den Krankenanstellenträgern verschiedene Änderungen zwar ermöglichen, aber nicht zwingend vorsehen, ist derzeit nicht seriös abschätzbar, ob etwa im Bereich der krankenanstellenrechtlichen Verfahren für die Länder oder etwa im Zusammenhang mit Krankentransporten für die Sozialversicherung Mehrkosten entstehen und allenfalls in welcher Höhe.

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 Krankenanstaltenrecht 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.

In diesem Zusammenhang ist davon auszugehen, dass die Träger der Krankenanstellen schon im Hinblick auf den Konsumentenschutz verpflichtet sind, durch geeignete Maßnahmen (z.B. Anbringen entsprechender Informationen) sicherzustellen, dass für PatientInnen und deren Angehörige leicht erkennbar ist, welche Organisationsformen das jeweilige Krankenhaus für welches Sonderfach vorhält und um welche Betriebsform es sich handelt. Des Weiteren müssen – im Falle von Organisationsformen bzw. Betriebsformen mit eingeschränkter Betriebszeit – die Betriebszeiten für die PatientInnen und deren Angehörige leicht erkennbar sein. Entsprechenden Regelungen in der Anstaltsordnung reichen nicht aus.

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.

Zuständigkeit:

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 bis 5 (§ 2a):**

Im Hinblick auf Krankenanstalten, die auch der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, wird durch Streichung des Unklarheiten schaffenden Einschubs „in diesem Umfang“ in Abs. 2 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.

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

Standard-Krankenanstalten der Basisversorgung

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

Die Standard-Krankenanstalten der Basisversorgung sind eine spezielle Kategorie von Standard-Krankenanstalten 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.

Die Abteilung für Innere Medizin muss jedenfalls alle Leistungen erbringen, für die kein Additivfach erforderlich ist und die in einer Standardkrankenanstalt anzubieten sind. Bei Bedarf können etwa auch Leistungen aus Additivfächern erbracht werden, wenn die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen und insbesondere festgelegte Qualitätskriterien eingehalten werden. Die ärztliche Versorgung von Einrichtungen für Akutgeriatrie/Remobilisation oder Remobilisation/Nachsorge muss dementsprechend durch geeignete ÄrztInnen erfolgen.

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 mit zu berücksichtigen. 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.

Hinsichtlich der Erbringung ambulanter Leistungen durch Standardkrankenanstellen der Basisversorgung ist in Verbindung mit § 26 KAKuG Folgendes festzuhalten:

1. Für das von der – auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG beschränkten - Organisationseinheit zur Sicherstellung der Basisversorgung für Chirurgie (dislozierte Wochen- oder Tagesklinik) angebotene Leistungsspektrum sind auch die entsprechenden ambulanten Leistungen anzubieten. Dafür wird grundsätzlich eine ambulante Erstversorgungseinheit ausreichen.
2. 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 gemäß § 26 KAKuG sicherzustellen. Das kann im Wege von Fachambulanzen oder interdisziplinär geführten Ambulanzen erfolgen, eine ambulante Erstversorgungseinheit ist dafür nicht ausreichend.

Dementsprechend bleibt der § 26 KAKuG unter Berücksichtigung dieser Ausführungen unberührt.

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 oder geeignete Sonderkrankenanstellen in Betracht. Handelt es sich bei den kooperierenden Krankenanstellen um Krankenanstellen desselben Rechtsträgers sind etwa Vereinbarungen zwischen den Krankenanstellen analog zu den Verwaltungsübereinkommen zwischen Ministerien denkbar. Eine schriftliche Festlegung der Kooperation allenfalls auch in den Anstaltsordnungen ist aus Gründen der Rechtssicherheit und Transparenz notwendig.

Um wirtschaftliche und versorgungstechnische Synergien bestmöglich nutzbar zu machen, kann die am Krankenanstellenstandort 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. Zentralkrankenanstalt 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). Es ist beispielsweise zulässig, dass die Standardkrankenanstalt der Basisversorgung A am Standort X etwa im Wege eines Angliederungsvertrages oder durch Übertragung auf einen anderen Rechtsträger zu einem Teil einer Krankenanstalt B am Standort Y (andere Gemeinde oder andere Adresse in derselben Gemeinde) wird. Die Krankenanstalt B erhält dadurch den neuen Standort X und wird – wenn sie es nicht ohnehin schon war - dadurch zu einer Mehr-Standort-Krankenanstalt mit den Standorten X und Y. Handelt es sich beim Standort Y der Krankenanstalt B beispielsweise um eine Schwerpunktkrankenanstalt, so kann im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstellenfinanzierung für diesen Standort Y – wie bisher – der Faktor für die Schwerpunktversorgung festgelegt werden und für den neuen Standort X (= Standardkrankenanstalt der Basisversorgung) kein besonderer Faktor (= Faktor 1) festgelegt werden.

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.

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 organisatorisch, worunter jedenfalls die gesamte datenschutzrechtliche, sicherheitstechnische und IKT-technische 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 (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, 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 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, 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 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 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 Verwaltungsübereinkommen 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 und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten sowie in Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 2a Abs. 4 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 v.a. 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 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 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 10 (§ 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 Beiziehung 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 ist, 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 bewilligungspflichtigen (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 nicht bewilligungspflichtiger Beobachtungsbetten (Funktionsbetten) – kann auch durch eine ambulante Versorgungsstruktur, nämlich durch eine ambulante Erstversorgungseinheit 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. Bei rechtlicher Integration solcher ambulanter Erstversorgungseinheiten in eine Krankenanstalt sind die ambulanten Erstversorgungseinheiten als dislozierte Spitalsambulanzen zu führen.

Wenn die Voraussetzungen dafür vorliegen und die ambulante Erstversorgungseinheit den Betrieb für maximal 8 Stunden einstellt, ist die Erfüllung der Aufgaben der ambulanten Erstversorgungseinheit durch andere Einrichtungen der Krankenanstalt, deren Teil die ambulante Erstversorgungseinheit ist oder in deren unmittelbarer Nähe sie betrieben wird, sicherzustellen.

Weiters wird festgelegt, dass die Anstaltsordnung jedenfalls auch Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 2b) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 6 Abs. 7) und Regelungen für Entscheidungen im Zusammenhang mit der Versorgung von Pfinglingen bei Rufbereitschaften unter Berücksichtigung des jeweils konkreten Einzelfalls, der topographischen Verhältnisse sowie weiterer relevanter Umstände zu enthalten hat.

Für die Regelungen zum Innenverhältnis zwischen Krankenanstalten bei fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 2b) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 6 Abs. 7) gilt insbesondere Folgendes:

1. Die PatientInnen stehen in einem Behandlungsvertrag mit der Krankenanstalt, an der der Aufenthalt örtlich stattfindet. Die Krankenanstalt, in der dislozierte fachrichtungsbezogene Organisationseinheiten eingerichtet sind oder sich die dislozierte Betriebsform befindet, trägt sämtliche Rechte und Pflichten gegenüber den PatientInnen.

2. 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.
3. 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.

Zu Z 11 (§ 8 Abs. 1 Z 6 und 7):

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

Zu Z 12 bis 14 (§ 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 18) den aktuellen ÖSG auf seiner Homepage veröffentlichen, wobei klargestellt wird, dass dieser in Form eines Sachverständigengutachtens in die Rechtsordnung integriert wird. Der ÖSG und die RSG enthalten keine personenbezogenen Daten im Sinne des DSG 2000, sondern – wenn überhaupt – nur statistische Daten. Mit RSG ist die alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende und zwischen Land und Sozialversicherung abzustimmende Planungsgrundlage auf Landesebene als Konkretisierung des ÖSG gemeint und nicht die Verordnungen der Länder (Landeskrankenanstaltenpläne), auch wenn diese Verordnungen gelegentlich als RSG bezeichnet werden. Die Landeskrankenanstaltenpläne sind als Verordnung – unabhängig vom eigentlichen RSG – wie bisher im Landesgesetzblatt kundzumachen.

Zu Z 15 (§ 14):

Das Zitat wird angepasst.

Zu Z 16 (§ 18 Abs. 2):

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

Zu Z 16a (§ 22 Abs. 6):

Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass der Pflegling im Fall der Behandlung in fachrichtungsbezogenen Organisationseinheiten (§ 2b) oder in dislozierten Betriebsformen (§ 6 Abs. 7) Pflegling der Krankenanstalt ist, in der er sich befindet. Siehe dazu auch § 6 Abs. 1 lit. h.

Zu Z 18 (§ 59j):

§ 59j enthält nunmehr eine Verpflichtung des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministers, bestimmte für Träger von Krankenanstalten, aber auch für Behörden relevante Grundlagen auf seiner Home-Page zu publizieren.

Mit der neuen Z 1 wird eine solche Publizierungspflicht für den ÖSG festgelegt, wobei klargestellt wird, dass dieser in Form eines Sachverständigengutachtens in die Rechtsordnung integriert wird. Dabei geht es primär – soweit möglich – um die Eingliederung der Qualitätskriterien des ÖSG in die Rechtsordnung geht. § 8 Abs. 2 KAKuG sieht vor, dass Pfleglinge von Krankenanstalten nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen bzw. zahnmedizinischen Wissenschaft ärztlich bzw. zahnärztlich behandelt werden dürfen. Die Qualitätskriterien des ÖSG sind, sofern sie nicht ohnehin durch die Landesregierungen mittels Verordnung überbunden wurden, insofern von den Behörden (Landesregierung beim Vollzug des Landeskrankenanstaltengesetzes bzw. Landeshauptmann und Bezirksverwaltungsbehörden im Rahmen der Vollziehung der sanitären Aufsicht) und Krankenanstaltenträgern als Maßstab heranzuziehen, als sie als Stand der Wissenschaft anzusehen sind. Im Einzelfall besteht in diesem Fall sowohl für Behörden als auch für Krankenanstaltenträger die

Möglichkeit, davon abzuweichen, wenn die Qualitätskriterien des ÖSG veraltet, praktisch unanwendbar geworden sind oder durch andere Maßnahmen nachweisbar gleichwertige Ergebnisse erzielbar sind.

Die im ÖSG festgelegten Qualitätskriterien gelten auch für private nicht gemeinnützig geführte Krankenanstalten. Private nicht gemeinnützig geführte Krankenanstalten unterscheiden sich aber bereits auf Grund der rechtlichen Vorgaben in mehrerlei Hinsicht von privaten gemeinnützig geführten Krankenanstalten und öffentlichen Krankenanstalten. So besteht für die privaten nicht gemeinnützig geführten Krankenanstalten weder die Verpflichtung zur Vorhaltung von Ressourcen für Notfälle noch ein Kontrahierungszwang mit PatientInnen. Darüber hinaus sind die privaten nicht gemeinnützig geführten Krankenanstalten nicht verpflichtet, bestimmte organisatorische Strukturen aufzuweisen. Ausgehend vom Sachlichkeitsgebot des Gleichheitsgrundsatzes ist diesen Unterschieden auch im Zusammenhang mit der Überbindung von Qualitätskriterien Rechnung zu tragen. Daraus ergibt sich, dass nicht alle im ÖSG festgelegten Qualitätskriterien eins zu eins auf private nicht gemeinnützig geführte Krankenanstalten angewendet werden können und entsprechend umzulegen (zu transformieren) sind. So können beispielsweise bei Sanatorien gem. § 2 Z 4, die keine organisatorischen Strukturen gem. § 2b aufweisen (müssen), Qualitätskriterien des ÖSG, die auf Organisationsstrukturen abstellen (z.B. die Spalte „Mindestversorgungsstruktur (MVS)“ in der Leistungsmatrix des ÖSG), nur in transformiertem Sinn also etwa prozessbezogen angewendet werden. Sofern also Qualitätskriterien des ÖSG nicht unmittelbar auf private nicht gemeinnützig geführte Krankenanstalten anwendbar sind und der ÖSG selbst keine entsprechende Transformation bzw. Transformationskriterien für die Einhaltung der Qualitätskriterien in diesen Krankenanstalten enthält, muss eine Einzelfallinterpretation durch die Behörde erfolgen.

Zu Z 19 (§ 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.