



AMT DER STEIERMÄRKISCHEN LANDESREGIERUNG

Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft

Bundesministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Konsumentenschutz
Stubenring 1
1010 Wien

→ **Fachabteilung Gesundheit
und Pflegemanagement**

Bearbeiter/in: Sabine Müller
Tel.: +43 (316) 877-4551
Fax: +43 (316) 877-3373
E-Mail: sanitaetsrecht@stmk.gv.at

Bei Antwortschreiben bitte
Geschäftszeichen (GZ) anführen

GZ: ABT03VD-1222/2012-25; Bezug: BMASGK-71100/0017- Graz, am 02.11.2018
ABT08-40325/2018-23 VIII/B/7/2018

Ggst.: Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz - KAKuG-Novelle
2018, Bundesbegutachtung, Stellungnahme

Sehr geehrte Damen und Herren!

Zu dem mit do. Schreiben vom 21. September 2018, obige Zahl, übermittelten Entwurf einer Novelle zum Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) wird seitens des Landes Steiermark folgende Stellungnahme abgegeben:

I. Zu den einzelnen Bestimmungen

1. Zu § 2a:

In Angleichung an die Terminologie des § 2a Abs. 1 lit. b KAKuG und der Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 sollte es in § 2a Abs. 5 Z 2 lit. a statt „Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten“ besser „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“ lauten.

Darüber hinaus darf zu der derzeitigen Einteilung der Krankenanstalten in § 2a im Sinne der Weiterentwicklungsmöglichkeit in der Planung angeregt werden, sich in den entsprechenden Gremien mit der Frage auseinanderzusetzen, ob und inwieweit die derzeit verwendeten

Begrifflichkeiten zur Abstufung der Kategorie von bettenführenden Krankenanstalten weiterverwendet werden sollen bzw. können. Dies betrifft beispielsweise den Begriff der Standardkrankenanstalt in § 2a Abs. 1 lit. a, welcher insinuiert, dass mit internistischer und allgemeinchirurgischer Versorgung eine „Standardversorgung“ gegeben sei. Abgesehen davon, dass es auch Standardversorgung im Sinne einer Basisversorgung für alle anderen medizinischen Fächer benötigt, gibt es de facto heute keine zwei Standardversorgungskrankenhäuser mehr, die gleich strukturiert sind.

Moderne Versorgungsplanung definiert für jedes Haus eine regional- und fachspezifische Struktur mit zugehörigem Versorgungsauftrag, der theoretisch alle medizinischen Fächer umfasst und dabei auch das Einzugsgebiet nicht mehr für ganze Krankenanstalten, sondern für fachspezifische Strukturen definiert. Eine abgestufte Versorgung im Sinne des ÖSG (auch der Leistungsmatrix) und der medizinischen Erfordernisse wird für Fächer sowie spezielle Versorgungsthemen leistungsspezifisch ausgearbeitet und sollten nicht feste abgestufte Zuordnungen ganzer Häuser präeterminiert werden. Es wird daher vorgeschlagen, die Begriffe Standard-, Schwerpunkt- und Zentralkrankenhaus zu Gunsten leistungsspezifischer Versorgungsaufträge aufzugeben.

2. Zu § 2b Abs. 2 Z 2:

In § 2b Abs. 2 Z 2 ist von „Akutfallversorgung“ die Rede, womit jedoch „Akutversorgung“ wie in § 2b Abs. 1 gemeint sein dürfte (vgl. auch § 20 Z 7 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz).

3. Zu § 3 Abs. 2d:

Vorweg darf festgehalten werden, dass es ursprünglich ein Wunsch aus der Steiermark war, die Möglichkeit vorzusehen, ein Gutachten hinsichtlich des Bedarfs auch bei bettenführenden Krankenanstalten einholen zu können. Die Entwicklung der Zielsteuerung-Gesundheit mit der Verordnung des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG-Verordnung) hat hier eine weitere Entwicklung gebracht, sodass es nunmehr sinnvoll wäre, ein Gutachten nur mehr in jenen Fällen zuzulassen, in denen die RSG-Verordnung keine Aussage trifft, anstatt es als generelle Möglichkeit vorzusehen. Damit soll gewährleistet werden, dass die RSG-Verordnung ein Bedarfsprüfungsverfahren überflüssig macht, wenn es bereits entsprechende normative Festlegungen gibt.

4. Zu § 3a:

Unter Hinweis auf die Ausführungen zu § 3 wird Folgendes festgehalten: Auch bei den nicht bettenführenden Krankenanstalten (Ambulatorien) ist ein Gutachten zum Bedarf vorgesehen. Hier stellt sich ebenso die Frage der Einschränkung der Pflicht zur Einholung eines Gutachtens, sofern

die RSG-VO/ÖSG-VO eine Aussage trifft (Verknüpfung mit § 3a Abs. 3a). In diesem Zusammenhang ist weiter zu beachten, dass die Formulierung in § 3a strenger ist als die Formulierung in § 3, da gemäß § 3a im Unterschied zu § 3 zwingend ein Gutachten einzuholen.

5. Zu § 5b Abs. 1:

Die Erweiterung um Maßnahmen zur Wahrung der Patientensicherheit wird begrüßt.

6. Zu § 6 Abs. 7:

Die Novellierung der Organisations- und Betriebsformen ist grundsätzlich zu begrüßen; auch die in § 6 Abs. 7 Z 4 vorgesehene Möglichkeit, im Rahmen einer Interdisziplinären Aufnahmestation Patientinnen und Patienten für 36 Stunden im Not- oder Akutfall aufnehmen zu können, wird begrüßt. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob darunter zu verstehen ist, dass darüber hinaus auch die Möglichkeit einer Unterbringung laut KAKuG auf einer Bettenstation besteht (z.B. bei interdisziplinär vorgesehenen Betten); falls dies nicht zutrifft, sollte dies vorgesehen werden.

Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass die Darstellung in Bezug auf die Notfallaufnahmen nicht den tatsächlich vorhandenen Organisationsstrukturen in vielen Krankenanstalten in Hinblick auf die einzelnen Fachdisziplinen, beispielsweise auch in Graz (EBA), entspricht. Insbesondere trifft dies auf die Regelung der „Zentrale Ambulante Erstversorgung“ zu, welche eine Beschränkung auf ein Leistungsspektrum auf den Umfang der allgemeinmedizinischen Versorgung vorsieht.

7. Zu § 8:

Es wird vorgeschlagen, in § 8 eine Bestimmung dahingehend aufzunehmen, dass – außerhalb der regulären Betriebszeiten – auch für jene Sonderkrankenanstalten, in denen keine Akutbehandlungen durchgeführt werden, eine Rufbereitschaft möglich ist. Es ist nämlich sachlich nicht nachvollziehbar, dass es für Zentralkrankenanstalten (§ 8 Abs. 1 Z 2) bereits eine derartige Regelung gibt, nicht aber für Sonderkrankenanstalten. Die Länder Kärnten und Wien haben bereits eine derartige Bestimmung ohne grundsatzgesetzliche Deckung eingeführt.

8. Zu § 8a Abs. 6 bis 8:

In § 8a Abs. 6 ist vorgesehen, dass in jeder Krankenanstalt Aufzeichnungen über „nosokomiale Infektionen“ in elektronischer Form laufend zu führen sind. Die Verwendung dieses generellen Begriffes lässt darauf schließen, dass alle nosokomialen Infektionen elektronisch dokumentiert werden müssen. Dies steht jedoch im Widerspruch zu den (inter-)nationalen Surveillancemodulen, welche immer nur ausgewählte Infektionen in Risikobereichen erfassen (z.B. OP-Modul: gewisse Risikoeingriffe; Intensiv-Modul: Device-assoziierte Infektionen). Seitens des Bundesministeriums für Gesundheit werden folgende Surveillancesysteme anerkannt: KISS, ANIS, ASDI, NISS light,

wobei die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. ihrer Verpflichtung über NISS light sowohl für den OP-, als auch den Intensivbereich nachkommt. Es wird in diesem Zusammenhang auch darauf hingewiesen, dass die in den Erläuterungen verwendete Definition „(Infektionen mit Krankenhauskeimen)“ nicht den Anforderungen eines zeitgemäßen Hygiene- und Qualitätsmanagement entspricht. Derzeit werden folgende Datenerfassungen kommuniziert:

- a) Erreger- und Resistenzsurveillance,
- b) Infektionssurveillance und
- c) Antibiotic stewardship.

Im Rahmen von Erreger- und Resistenzberichten werden die Erreger und entsprechenden Resistenzdaten von Häusern und/oder Abteilungen dargestellt. Präzise gesagt gibt es Infektionen, die im Krankenhaus erworben wurden (nosokomiale Infektionen), wobei 70 % der Erreger nosokomialer Infektionen der Patientenflora (endogen) entstammen und nur ca. 30 % aus einer exogenen Quelle.

Aus den genannten Gründen wird vorgeschlagen, den Begriff „nosokomiale Infektionen“ dahingehend zu konkretisieren und zu normieren, dass zusätzlich zur Infektionssurveillance (mit einem anerkannten System) auch Erreger- und Resistenzberichte vorliegen müssen.

Schließlich wird darauf hingewiesen, dass die Umsetzung der Regelungen in § 8a Abs. 6 bis 8, welche eine wesentliche Erweiterung der Dokumentationspflichten normieren, erhebliche Kosten nach sich ziehen könnte.

9. Zu § 24:

Bezüglich des Themas der Entlassung von Pflegelingen darf auf folgende Problematik hingewiesen werden: Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Medikamenten nach der Entlassung aus einem stationären Aufenthalt in einem Akutkrankenhaus kann bei Entlassungen an Freitagnachmittagen und Wochenenden, unter anderem, wenn es bei den Medikamenten Neuverordnungen gibt, ein Problem an der Versorgungsschnittstelle zwischen intramuralem und extramuralem Bereich darstellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn Medikamente durch die mobilen Dienste (Hauskrankenpflege), durch die stationäre Pflege oder durch Pflegepersonal, welches im Bereich des Chancengleichheitsgesetzes tätig ist, zu verabreichen sind. Bei Entlassungen aus dem Krankenhaus beinhaltet der Arztbrief lediglich eine Empfehlung ("Therapieempfehlung", "Empfohlene Maßnahmen", „Empfehlung hinsichtlich weiterer Medikation“ etc.). Eine Anordnung kann ausschließlich durch einen Arzt/eine Ärztin bzw. einen betreuenden Hausarzt/eine betreuende Hausärztin im niedergelassenen Bereich erfolgen. In diesem Fall muss die Anordnung zur Durchführung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege beim jeweiligen Hausarzt eingeholt werden. Hinter diesem Thema steht primär die Frage der Haftung. Eine Verabreichung von Medikamenten durch das Pflegepersonal ohne ärztliche

Anordnung wäre eine eigenmächtige Heilbehandlung, da die Verordnung von Medikamenten eine ärztliche Vorbehaltstätigkeit darstellt.

Daher wird ersucht, eine entsprechende Regelung ins KAKuG aufzunehmen, damit seitens der Krankenhäuser Anordnungen getroffen werden können, die die entsprechende Versorgung und Betreuung von den Patientinnen und Patienten direkt sicherstellen. Dies würde zu einer Entschärfung der soeben beschriebenen Problematik an den Freitagnachmittagen sowie an den Wochenenden führen. Hierbei könnte es sich auch um eine auf das Wochenende beschränkte bzw. um eine auf mehrere Tage befristete Regelung handeln.

Die Klarstellung in § 24 Abs. 5, wonach die Abschlussdokumentation einer Behandlung in einer Ambulanz als Entlassungsbrief gilt, wird begrüßt.

10. Zu § 27b:

Diese Bestimmung trifft Vorsorge für das spitalsambulante Abrechnungsmodell. Da die Umsetzung der Abgeltung der Landesgesetzgebung übertragen wird, stellt sich die Frage, ob es nicht sinnvoll wäre, diesbezüglich für eine einheitliche Vorgangsweise unter den Ländern zu sorgen bzw. eine solche allenfalls schon im KAKuG festzuschreiben.

11. Zu § 38d Abs. 2:

Der Entwurf sieht in § 38d Abs. 2 vor, dass psychiatrische Krankenanstalten und Abteilungen für Psychiatrie eine elektronische Dokumentation tagesaktuell zu den dort angeführten Daten zu führen haben. Gemäß Z 5 sollen unter anderem allfällige Verletzungen, die der Kranke oder das Personal im Zusammenhang mit weitergehenden Beschränkungen erlitten hat, anzuführen sein, und nach dem Schlusssatz des Abs. 2 muss diese Dokumentation jedenfalls auch statistische Auswertungen ermöglichen.

Der konkrete Umfang und die der Statistik zu Grunde zu legenden Kriterien lassen sich der gesetzlichen Vorgabe nicht entnehmen. Daher wird um eine Präzisierung der Definitionen „statistische Auswertungen“ und „Verletzungen“ (alle Arten von Verletzungen oder beispielsweise nur schwere Körperverletzungen im Sinne des Strafgesetzbuches) ersucht.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Umsetzung der Regelung des § 38d Abs. 2, welche im Rahmen des Unterbringungsrechts wie oben angeführt u.a. die Ermöglichung von „statistischen Auswertungen“ vorsieht, erhebliche Kosten nach sich ziehen könnte.

II: Darüber hinaus werden noch folgende Änderungsvorschläge bezüglich des KAKuG erstattet:1. Zu § 26:

In einigen Bundesländern bestehen bereits Regelungen betreffend die Tätigkeit außerhalb eines Krankenhauses (z.B. in § 38 Abs. 5 des Tiroler Krankenanstaltengesetz oder in § 51 Abs. 6 des Vorarlberger Gesetzes über Krankenanstalten). In § 48 der Kärntner Krankenanstaltenordnung ist beispielsweise vorgesehen, dass öffentliche allgemeine Krankenanstalten und öffentliche Sonderkrankenanstalten Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der Krankenanstalten durchführen dürfen, soweit es sich um Tätigkeiten handelt, die in Zusammenarbeit mit den extramuralen Gesundheitsdiensteanbietern, insbesondere zur Sicherstellung der Betreuungskontinuität, erforderlich sind und/oder im Rahmen des integrierten Gesundheitssicherungssystems im Sinne der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit erbracht werden. Die Art und Weise der Tätigkeit ist in der Anstaltsordnung festzulegen. Die beabsichtigte Durchführung derartiger Untersuchungen und Behandlungen ist der Landesregierung drei Monate vor Beginn der Tätigkeit unter Nachweis der Voraussetzungen schriftlich anzuzeigen. Zur Frage des Vorliegens der Voraussetzungen der Leistungserbringung im Rahmen des integrierten Gesundheitssicherungssystems im Sinne der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit ist von der Behörde eine Stellungnahme des Kärntner Gesundheitsfonds einzuholen. Die Behörde hat die Durchführung von Untersuchungen und Behandlungen außerhalb von Krankenanstalten mit Bescheid binnen drei Monaten zu untersagen, soweit die Voraussetzungen hierfür nicht oder nicht mehr vorliegen. Eine entsprechende Regelung sollte auch ins KAKuG aufgenommen werden, um generell Rechtssicherheit dahingehend herzustellen, dass Krankenhauspersonal zum Zweck von Untersuchungen und Behandlungen von Patientinnen und Patienten auch außerhalb des Krankenhauses tätig sein darf, wenn damit die Betreuungskontinuität für die Patientinnen und Patienten insbesondere unter dem Aspekt der fachlichen Expertise eines Krankenhauses sichergestellt werden soll.

Neben der Vermeidung von Rehospitalisierungen kann die Tätigkeit des Krankenhauspersonals außerhalb des Krankenhauses der fachlichen Unterstützung der niedergelassenen Anbieter von Gesundheitsdiensten dienen, den Rahmen für die Übergabe der Patientinnen und Patienten an die im extramuralen Bereich tätigen Gesundheitsberufe bilden und dazu beitragen, dass die niedergelassenen Anbieter von Gesundheitsdiensten ihre Patientinnen und Patienten über einen längeren Zeitraum behandeln und betreuen können, als dies ohne diese Tätigkeit möglich wäre; zu denken ist in diesem Zusammenhang etwa an mobile Palliativteams, die ambulante geriatrische Remobilisation sowie den geriatrischer Konsiliardienst. Durch diese Form der Kooperation würde der Zielsetzung eines integrierten Gesundheitsversorgungssystems und den Intentionen der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit entsprochen werden.

Es wird daher dringend ersucht, eine entsprechende Regelung auch ins KAKuG aufzunehmen.

2. Zu § 27:

Aufgrund des ambulanten Abrechnungsmodells (siehe hierzu die Regelung in § 27b) werden einige derzeitige Leistungen der Krankenanstalten, wie z.B. Chemotherapien und Strahlenleistungen, statt wie bisher stationär künftig ambulant zu dokumentieren und abzurechnen sein. Damit wird das Ziel verfolgt, einerseits die stationäre Krankenhaushäufigkeit im internationalen Vergleich zu senken und andererseits den kostengünstigeren ambulanten Bereich zu stärken. Allerdings könnten diese dann ambulant erbrachten Leistungen nicht mehr mit den Sonderklasseversicherungen abgerechnet werden. Es sollte daher den öffentlichen Krankenanstalten die Möglichkeit eingeräumt werden, diese Leistungen weiterhin mit den Sonderklasseversicherungen abzurechnen. Die bestehende Regelung des § 27 Abs. 4 sollte dementsprechend um eine Ziffer 1a ergänzt werden, die folgendermaßen lauten könnte: *„ob und welche Entgelte für Leistungen, die am 31. Dezember 2017 im stationären Bereich vom Leistungsumfang der privaten Krankenversicherungen umfasst waren, bisher stationär, aber zukünftig stationär ersetzend im spitalsambulanten Bereich erbracht werden, unter sinngemäßer Anwendung des § 16 Abs. 2 letzter Satz, neben den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren eingehoben werden können;“*

3. Zu den §§ 60 und 61:

Derzeit dürfen lediglich die Bezirksverwaltungsbehörden im Rahmen der sanitären Aufsicht Überprüfungen vor Ort durchführen, dem Landeshauptmann obliegt nur die Erlassung von Bescheiden (§ 61 KAKuG). Es sollte künftig auch dem Landeshauptmann die Möglichkeit eingeräumt werden, neben den oder anstelle der Bezirksverwaltungsbehörden Überprüfungen in Kranken- und Kuranstalten durchzuführen. Dem Landeshauptmann müssten dabei dieselben Rechte zukommen wie den Bezirksverwaltungsbehörden (§ 60 Abs. 2 KAKuG; vgl. § 14 Abs. 1a Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012).

Eine Ausfertigung dieser Stellungnahme wird in elektronischer Form auch dem Präsidium des Nationalrates übermittelt.

Mit freundlichen Grüßen
Für die Steiermärkische Landesregierung
Der Landesamtsdirektor

Mag. Helmut Hirt
(elektronisch gefertigt)

Ergeht per E-Mail:

1. dem Präsidium des Nationalrates
begutachtungsverfahren@parlament.gv.at
2. allen steirischen Mitgliedern des Nationalrates
3. allen steirischen Mitgliedern des Bundesrates
4. allen Ämtern der Landesregierungen
5. allen Klubs des Landtages Steiermark
sowie der Direktion des Landtages Steiermark
6. der Verbindungsstelle der Bundesländer
beim Amt der NÖ Landesregierung

zur gefälligen Kenntnisnahme.