



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

Wirtschaftskammer Österreich
Wiedner Hauptstraße 63 | 1045 Wien
T +43 (0)5 90 900-DW | F +43 (0)5 90 900-3588
E sp@wko.at
W <http://wko.at/sp>

per E-Mail:
daniel.dorlando@sozialministerium.at

CC:
begutachtungsverfahren@parlament.gv.at

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom
BMASGK-92600/0012-IX/A/4/2019
vom 19.7.2019

Unser Zeichen, Sacharbeiter
Sp 3/25/2019/Mag. MKi/SM
Mag. Martin Kircher

Durchwahl
4213

Datum
06.09.2019

Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) geändert wird; Stellungnahme

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Übermittlung des Entwurfs eines Bundesgesetzes, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) geändert wird.

I. Allgemeines

Für die Wirtschaftskammer Österreich gehen die geplanten Adaptierungen des Kuranstalten- und Krankenanstaltengesetzes grundsätzlich in Ordnung.

II. Im Detail

Zu Ziffer 7. des „Bundesgesetzes über Krankenanstalten“ - (Grundsatzbestimmung) 63a entfällt

Die Streichung der zitierten Bestimmung, wonach Bewilligungen und Genehmigungen, die den Rechtsträgern von Kuranstalten auf Grund der in Ausführung des Bundesgesetzes über natürliche Heilvorkommen und Kurorte erlassenen landesgesetzlichen Regelungen erteilt worden sind, soll bestehen bleiben. Wir gehen davon aus, dass aufgrund des Vertrauensschutzes bereits bestehende Bewilligungen und Genehmigungen, unabhängig ob diese aufgrund von Bestimmungen vor dem Inkrafttreten der Bestimmungen über Kuranstalten im KAKuG oder nach Inkrafttreten der Bestimmungen im KAKuG erteilt wurden, weiterhin aufrecht bleiben.

III. Ergänzende Forderungen

Weiters möchten wir die Gelegenheit der Novellierung des KAKuG nutzen, um auf wichtige Anliegen aufmerksam zu machen und zu dem Zweck die nachstehenden Novellierungsvorschläge für andere Bereiche des KAKuG einzubringen. Die Änderungen sind in gelber Farbe gekennzeichnet:

§ 2. (1) Krankenanstalten im Sinne des § 1 sind:

Sonderkrankenanstalten, das sind Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke; **die Durchführung von Besuchen von Arbeitsplätzen oder anderen Lebensbereichen von Rehabilitanden zum Zwecke der Therapie im Rahmen des Rehabilitationsverfahrens ist zulässig;**

Hierbei handelt es sich um eine Adaptierung des KAKuG, in die auf die Möglichkeit Bedacht genommen wird, dass Therapeuten Rehabilitanden auch an ihren Arbeitsplatz oder in andere Lebensbereiche, in denen diese Unterstützung benötigen, begleiten. Die Therapien können demnach auch außerhalb der Sonderkrankenanstalt für Rehabilitation stattfinden. In diesem Zusammenhang verweisen wir insbesondere auf deutsche Rehabilitationseinrichtungen, in denen die Therapeuten bereits heute die Rehabilitanden an den Arbeitsplatz begleiten oder in anderen Lebensbereichen unterstützen können.

Qualitätssicherung

§ 5b. (3) Die kollegiale bzw. **die monokratische** Führung hat die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen. In Krankenanstalten ohne kollegiale **oder monokratische** Führung hat der Träger der Krankenanstalt für jeden Bereich dafür zu sorgen, dass die jeweiligen Verantwortlichen die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherstellen.

(5) Aufgabe der Kommission ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die kollegiale bzw. **die monokratische** Führung der Krankenanstalt bzw. in Krankenanstalten ohne kollegiale **oder monokratische** Führung den jeweiligen Verantwortlichen über alle hierfür erforderlichen Maßnahmen zu beraten.

Siehe diesbezüglich den nächsten Punkt. Hierbei handelt es sich nur um eine konsequente Angleichung an die Neutextierung des § 6a KAKuG.

§ 6a. (1) Die Landesgesetzgebung kann Vorschriften über die kollegiale Führung **jener Krankenanstalten, denen ein Öffentlichkeitsrecht gem. § 14ff KAKuG verliehen wurde und jenen Krankenanstalten, denen kein Öffentlichkeitsrecht verliehen wurde, die aber gem. § 16 KAKuG gemeinnützig organisiert sind,** durch den ärztlichen Leiter (§ 7 Abs. 1), den Verwalter (§ 11 Abs. 1) und den Leiter des Pflegedienstes (§ 11a Abs. 1) erlassen. Die diesen Führungskräften nach den §§ 7 Abs. 1, 11 Abs. 1 und 11a Abs. 1 jeweils zukommenden Aufgaben dürfen hiedurch nicht beeinträchtigt werden. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass die kollegiale Führung ihre Aufgaben hinsichtlich der Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 5b Abs. 3 erfüllen kann.

(2) Kollegiale Führung bedeutet für jene Krankenanstalten, denen kein Öffentlichkeitsrecht gem. § 14ff KAKuG verliehen wurde und die nicht gem. § 16 KAKuG gemeinnützig organisiert sind, dass der ärztliche Leiter (§ 7), der Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten (§ 11), und der Leiter des Pflegedienstes (§ 11a) allgemeine und grundsätzliche Angelegenheiten zu besprechen sowie allfällige Entscheidungen gemeinsam zu fällen und im Sinne der Ergebnisse ihrer Beratungen in ihren jeweils zukommenden Aufgabenbereichen vorzugehen haben. Die monokratische Führung hat durch eine vom Rechtsträger der Krankenanstalt zu bestimmende Person wahrgenommen zu werden. Diese Funktion kann auch gleichzeitig mit einer der im ersten Satz genannten Führungsfunktionen ausgeübt werden. Die den Führungskräften nach den §§ 7 Abs. 1, 11 Abs. 1 und §

11a Abs. 1 jeweils zukommenden Aufgaben dürfen unabhängig von der Organisation der Führung nicht beeinträchtigt werden. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass die kollegiale bzw. die monokratische Führung die Aufgaben hinsichtlich der Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 5b Abs. 3 erfüllen kann. Die Leitung von Krankenanstalten, denen kein Öffentlichkeitsrecht gem. § 14ff KAKuG verliehen wurde und die nicht gem. § 16 KAKuG gemeinnützig organisiert sind, muss als monokratische oder kollegiale Führung eingerichtet sein. Die Wahl zwischen monokratischer oder kollegialer Führung liegt alleine im Ermessen des Rechtsträgers.

Diese Umformulierung resultiert daraus, dass ein privater nicht gemeinnütziger Träger ohnehin ein hohes wirtschaftliches Interesse an der effizienten Aufstellung seiner Organisationsstruktur hat und er selbst wählen sollte, in welcher Form seine Führungskräfte zusammenarbeiten bzw. welcher Führungskraft, welche Führungsaufgaben zukommen. Unser Änderungsvorschlag hat zur Folge, dass die bisherigen Bestimmungen des KAKuG für öffentliche bzw. gemeinnützig organisierte Träger unverändert bleiben und eine Neuregelung lediglich für private gewinnorientierte Träger geschaffen wird.

Die krankenanstaltenrechtliche (Letzt)verantwortung des ärztlichen Leiters, des Leiters des Pflegedienstes sowie des Leiters der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten bleibt trotz dieser größeren organisatorischen Freiheitsgrade unberührt.

Ärztlicher Dienst

§ 7. (1) Für jede Krankenanstalt ist ein fachlich geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes und für die mit der ärztlichen Behandlung der Pflegenden zusammenhängenden Aufgaben zu bestellen. Ob darüber hinaus in Krankenanstalten, denen kein Öffentlichkeitsrecht gem. § 14ff KAKuG verliehen wurde und die nicht gem. § 16 KAKuG gemeinnützig organisiert sind, eine entsprechende Managementausbildung des ärztlichen Leiters erforderlich ist, liegt im Ermessen des jeweiligen Krankenanstaltenträgers. Für Pflegeanstalten für chronisch Kranke (§ 2 Abs. 1 Z 4) kann die Landesregierung von der Bestellung eines ärztlichen Leiters Abstand nehmen, wenn die Aufsicht durch einen geeigneten Arzt gewährleistet ist. Das Verfügungsrecht des Rechtsträgers der Anstalt in wirtschaftlichen Angelegenheiten bleibt unberührt (§ 11 Abs. 1).

(2) Bei Verhinderung des ärztlichen Leiters muss dieser durch einen geeigneten Arzt vertreten werden. In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, ist die Leitung des ärztlichen Dienstes hauptberuflich auszuüben. In jenen Krankenanstalten, denen kein Öffentlichkeitsrecht gem. § 14ff KAKuG verliehen wurde und die nicht gem. § 16 KAKuG gemeinnützig organisiert sind, muss die Ausübung der Tätigkeit des ärztlichen Leiters nicht hauptberuflich erfolgen.

Wirtschaftsführung und Wirtschaftsaufsicht

§ 11. (1) Für jede Krankenanstalt sind eine hierfür geeignete Person als verantwortlicher Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten und das erforderliche Verwaltungspersonal zu bestellen. In jenen Krankenanstalten, denen kein Öffentlichkeitsrecht gem. § 14ff KAKuG verliehen wurde und die nicht gem. § 16 KAKuG gemeinnützig organisiert sind, gilt der Geschäftsführer des Rechtsträgers jedenfalls als geeignet. Die notwendigen Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen liegen im Ermessen des jeweiligen Krankenanstaltenträgers.

Pflegedienst

§ 11a. (1) Für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ist ein geeigneter Angehöriger der gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege als verantwortlicher Leiter des Pflegedienstes zu bestellen. Bei Verhinderung des verantwortlichen Leiters beispielsweise wegen Urlaub oder Krankenstand muss dieser von einem geeigneten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege vertreten werden, wobei für den Vertreter die Ausbildung im Mittleren und Basalen Pflegemanagement als ausreichend anzusehen ist. Für Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation ist eine Ausbildung im Mittleren und Basalen Pflegemanagement als ausreichend für die Leitung des Pflegedienstes anzusehen.

(2) In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, ist die verantwortliche Leitung des Pflegedienstes hauptberuflich auszuüben. In jenen Krankenanstalten, denen kein Öffentlichkeitsrecht gem. § 14ff KAKuG verliehen wurde

und die nicht gem. § 16 KAKuG gemeinnützig organisiert sind, muss die Ausübung der Tätigkeit des Leiters des Pflegedienstes nicht hauptberuflich erfolgen.

In diesem Zusammenhang muss wiederum angeführt werden, dass es dem privaten gewinnorientierten Träger obliegen sollte, wie er sein Topmanagement organisiert. Der guten Ordnung halber muss festgehalten werden, dass die krankenanstaltenrechtliche Verantwortlichkeit dieser drei Funktionen sowie die Haftung vom Geschäftsführer bzw. dem Rechtsträger ohnehin von dieser Neuregelung unberührt bleibt. Weiters handelt es sich bei privaten gewinnorientierten Einrichtungen in der Regel um kleinere Einheiten.

Betreffend die Ausbildung der stellvertretenden Pflegedienstleitung handelt es sich um eine organisationsrechtliche Klarstellung, da es keine entsprechende Regelung für die stellvertretende Pflegedienstleitung im GuKG gibt. Die stellvertretende Pflegedienstleitung vertritt die Pflegedienstleitung nur bei zeitlich begrenzten Absenzen (wie zum Beispiel bei Krankenständen oder Urlauben). Auch eine stellvertretende ärztliche Leitung wird im Gesetz anders behandelt als der ärztliche Leiter selbst.

In den Rehabilitationszentren nimmt die Pflege gegenüber der Medizin und Therapie eine im Vergleich zu Akutkrankenanstalten quantitativ weniger bedeutsame Stellung ein. Die Anzahl der in Rehabilitationszentren tätigen Pflegepersonen ist häufig nicht größer als die einer einzelnen Pflegestation einer Akutkrankenanstalt. Aufgrund der mit einer Stationsleitung einer Akutkrankenanstalt vergleichbaren Führungsaufgabe ist daher eine Ausbildung im mittleren und basalen Pflegemanagement für die Ausübung der Tätigkeit einer Pflegedienstleitung in Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation ausreichend.

§ 8. (1) Der ärztliche bzw. zahnärztliche Dienst muss so eingerichtet sein, dass

in Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien für physikalische **Medizin und allgemeine Rehabilitation**, in denen keine Turnusärzte ausgebildet werden, kann an Stelle einer dauernden ärztlichen Anwesenheit der ärztliche Dienst so organisiert sein, dass ärztliche Hilfe jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige tägliche Anwesenheit die erforderlichen ärztlichen Anordnungen für das Personal nach dem MTD-Gesetz, BGBl. Nr. 460/1992, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 33/2015, und für Heilmasseure nach dem MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 33/2015, sowie, neben ärztlichen Anordnungen, auch die erforderliche Aufsicht über medizinische Masseure nach dem MMHmG und Personal nach dem MABG, BGBl. I Nr. 89/2012, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 33/2015 und MTF-SHD-G, BGBl. Nr. 102/1961, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 89/2012, gewährleistet ist;

Begründung für diesen Änderungsvorschlag ist die historische Entwicklung der Bezeichnung des Faches laut Ausbildungsverordnung der ÖÄK. Es handelt sich um eine rein formelle Angleichung des krankenanstaltenrechtlichen Wortlauts an jenen des Berufsrechts.

§ 8a. (2) In bettenführenden Krankenanstalten ist zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten mindestens eine qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Hygienefachkraft zu bestellen. Diese hat ihre Tätigkeit in Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, hauptberuflich auszuüben. **In Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation ist die qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Hygienefachkraft nur insofern zu bestellen, als die Tätigkeit nicht durch die Leitung des Pflegedienstes ausgeübt wird.**

(5) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien **oder einer Sonderkrankenanstalt für Rehabilitation** kann die Funktion des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten auch der ärztliche Leiter **oder dessen Vertreter** ausüben. Für die im Abs. 4 genannten Aufgaben ist jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.

In Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation sollten die Aufgaben der Hygienefachkraft durch die Pflegedienstleitung besorgt werden können und die Aufgaben des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten durch den ärztlichen Leiter oder dessen Stellvertreter.

§ 8c. (1) Die Träger von Krankenanstalten haben zur Beurteilung

1. klinischer Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten,
2. der Anwendung neuer medizinischer Methoden und Nicht-interventioneller Studien,
3. angewandter medizinischer Forschung, und
4. der Durchführung von Pflegeforschungsprojekten (experimentellen oder Pflegeinterventionsstudien) sowie der Anwendung neuer Pflege- und Behandlungskonzepte und neuer Pflege- und Behandlungsmethoden

in der Krankenanstalt Ethikkommissionen einzurichten oder sich einer bei einem anderen Träger eingerichteten Ethikkommission zu bedienen. Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass eine Ethikkommission auch für mehrere Krankenanstalten eingerichtet wird. Die Träger sind zu verpflichten, durch Bereitstellung der erforderlichen Personal- und Sachausstattung den Ethikkommissionen zu ermöglichen, ihre Tätigkeit fristgerecht durchzuführen. Die Träger sind berechtigt, vom Sponsor bzw. sonst zur Befassung Berechtigten oder Verpflichteten einen Kostenbeitrag entsprechend der erfahrungsgemäß im Durchschnitt erwachsenden Kosten einer Beurteilung zu verlangen.

Bereits jetzt sind bei zahlreichen Trägern Ethikkommissionen eingerichtet, die von mehreren Krankenanstalten genutzt werden (vgl. diesbezüglich auch Multicenterstudien, bei denen nach Genehmigung durch eine Ethikkommission an mehreren Krankenanstalten und das manchmal sogar länderübergreifend gearbeitet wird).

§ 8d. Die Landesgesetzgebung hat die Träger von bettenführenden Krankenanstalten, denen ein Öffentlichkeitsrecht gem. § 14ff KAKuG verliehen wurde und jenen Krankenanstalten, denen kein Öffentlichkeitsrecht verliehen wurde, die aber gem. § 16 KAKuG gemeinnützig organisiert sind, zu verpflichten, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist hierfür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung ist durch die kollegiale Führung bzw. in Krankenanstalten, in denen keine kollegiale Führung besteht, durch die für den jeweiligen Bereich Verantwortlichen, jährlich der Landesregierung zu berichten.

An dieser Stelle handelt es sich um einen Beitrag zur Deregulierung für die Unternehmen. Die gegenständliche Regelung ist ein Instrument der staatlichen Wirtschaftsaufsicht und sollte daher private gewinnorientierte Träger nicht umfassen.

Arzneimittelkommission

§ 19a. (1) Die Träger von Krankenanstalten haben hinsichtlich der Auswahl und des Einsatzes von Arzneimitteln Arzneimittelkommissionen einzurichten. Dies gilt nicht für Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation. Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass eine Arzneimittelkommission auch für mehrere Krankenanstalten eingerichtet wird.

Arzneimittelkommissionen sind in Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation insofern nicht notwendig, als regelhaft die Fortführung der externen Medikation geübt wird und allein Medikationsverschreibung für interkurrente Erkrankungen anfallen sollten.

§ 10 Abs. 1 Z 3

die Krankengeschichten mindestens 30 Jahre, allenfalls in Mikrofilmen in doppelter Ausfertigung oder auf anderen gleichwertigen Informationsträgern, deren Lesbarkeit für den Aufbewahrungszeitraum gesichert sein muss, aufzubewahren; für Röntgenbilder, Videoaufnahmen und andere Bestandteile von Krankengeschichten, deren Beweiskraft nicht 30 Jahre hindurch gegeben ist, sowie bei ambulanter Behandlung **oder der Dokumentation von Krankengeschichten in Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation** kann durch die Landesgesetzgebung eine kürzere Aufbewahrungsfrist, mindestens jedoch zehn Jahre vorgesehen werden;

Die Bestimmung sollte für Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation hinsichtlich der Aufbewahrungsfristen an die ambulante Behandlung angeglichen werden.

Wir ersuchen um Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüße

Dr. Harald Mahrer
Präsident

Karlheinz Kopf
Generalsekretär