

Bericht zur Regierungsvorlage

I. Allgemeines:

1. Ziel und wesentlicher Inhalt:

1.1 Änderungen aufgrund des Vereinbarungsumsetzungsgesetzes 2024

Mit dem Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 (VUG 2024), BGBl. I Nr. 191/2023, wurden die bundesgesetzlichen Anpassungen vorgenommen, welche zur Umsetzung der im Rahmen des Finanzausgleichs für die Jahre 2024 bis 2028 im Gesundheitsbereich getroffenen Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG erforderlich sind (dies sind die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens).

Die gegenständliche Novelle des Spitalgesetzes dient der Ausführung der grundsatzgesetzlichen Bestimmungen des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), welche im Rahmen des VUG 2024 geändert wurden.

1.2 Weiters werden mit der vorliegenden Novelle folgende Änderungen vorgenommen:

- Die Ausnahme des Anwendungsbereichs betreffend medizinische Versorgungseinrichtungen für an COVID-19 Erkrankte und Krankheitsverdächtige wird auf ambulante Einrichtungen eingeschränkt und allgemeiner formuliert (Art. I § 2 Abs. 3 lit. i).
- Die Bestellung der Leitung von Abteilungen, reduzierten Organisationseinheiten, Laboratorien, Ambulatorien oder Instituten ist der Landesregierung nur mehr anzuzeigen (Art. I § 32 Abs. 8).
- Es wird eine Ausnahme vom Grundsatz der jederzeitigen und sofortigen ärztlichen Erreichbarkeit für selbständige Ambulatorien vorgesehen, in denen therapeutische Leistungen durch freiberuflich ausübende nicht-ärztliche Gesundheitsberufe erbracht werden (Art. I § 36 Abs. 2 lit. h).
- Die Bestellung einer geeigneten Person zur verantwortlichen Leitung des Pflegedienstes ist der Landesregierung anzuzeigen (Art. I § 37 Abs. 2).
- Vorübergehende Sperren einer geringfügigen Anzahl von Betten sind der Landesregierung anzuzeigen (Art. I § 69 Abs. 4).

2. Kompetenzen:

Der Gesetzesentwurf stützt sich auf Art. 12 Abs. 1 Z. 1 B-VG („Heil- und Pflegeanstalten“). In Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten ist die Erlassung von Ausführungsgesetzen Landessache.

3. Finanzielle Auswirkungen:

3.1 Personalaufwand und arbeitsplatzbezogener betrieblicher Sachaufwand

Es ist davon auszugehen, dass Errichtungsbewilligungsverfahren betreffend Krankenanstalten in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums durch den Entfall der Bedarfsprüfungen gemäß Art. I § 18a Abs. 3 deutlich beschleunigt werden. Damit ist bei der Landesregierung jährlich in geschätzt fünf Fällen eine Arbeitersparnis von jeweils ca. 40 Stunden eines Landesbediensteten der Gehaltsklasse 17/4 verbunden, woraus Einsparungen in Höhe von 25.026,00 Euro resultieren.

	Gesamtaufwendungen in Euro für eine Arbeitsstunde in GKL 17/4	Gesamtaufwendungen in Euro für eine Bedarfsprüfung	Gesamtaufwendungen in Euro für fünf Bedarfsprüfungen
Personalaufwand	92,69	3.707,60	18.538,00
Arbeitsplatzbezogener betrieblicher Sachaufwand (35 %)	32,44	1.297,60	6.488,00
Summe	125,13	5.005,20	25.026,00

Durch den Entfall der Parteistellung der Ärztekammer für Vorarlberg bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer hinsichtlich des zu prüfenden Bedarfs (Art. I § 21 Abs. 1 und 4) ist zudem davon auszugehen, dass gegen positive Errichtungsbewilligungsbescheide keine weiteren Rechtsmittel ergriffen werden, was mit entsprechenden Einsparungen bei den Gerichten verbunden ist.

Die Änderung in Art. I § 32 Abs. 8, wonach die Bestellung der Leitung von Abteilungen, reduzierten Organisationseinheiten, Laboratorien, Ambulatorien oder Instituten der Landesregierung nur mehr anzuzeigen und nicht mehr von dieser zu genehmigen ist, führt in geschätzt 20 Fällen zu einer Arbeitersparnis eines Landesbediensteten der Gehaltsklasse 13/5 im Ausmaß von jeweils ca. vier Stunden, woraus Einsparungen in Höhe von 7.884,00 Euro resultieren.

	Gesamtaufwendungen in Euro für eine Arbeitsstunde in GKL 13/5	Gesamtaufwendungen in Euro für ein Genehmigungsverfahren	Gesamtaufwendungen in Euro für 20 Genehmigungsverfahren
Personalaufwand	73,00	292,00	5.840,00
Arbeitsplatzbezogener betrieblicher Sachaufwand (35 %)	25,55	102,20	2.044,00
Summe	98,55	394,20	7.884,00

3.2 Direkte externe Aufwendungen

Durch die in Art. I § 36 Abs. 2 lit. h normierte Ausnahme von der ständigen ärztlichen Erreichbarkeit in selbständigen Ambulatorien, in denen therapeutische Leistungen durch freiberuflich ausübende nicht-ärztliche Gesundheitsberufe erbracht werden, ist in diesen Krankenanstalten mit entsprechenden Einsparungen bei den Personalkosten zu rechnen.

4. EU-Recht:

Die vorgesehenen Regelungen fallen nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

5. Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche:

Die gegenständlichen Änderungen haben keine besonderen Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche.

6. Besonderheiten im Normerzeugungsverfahren:

Aufgrund der im Art. I § 18 Abs. 4 vorgesehenen Mitwirkung des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger bedarf der Gesetzesbeschluss des Landtages der Zustimmung der Bundesregierung gemäß Art. 97 Abs. 2 B-VG.

II. Zu den einzelnen Bestimmungen:

Zu Z. 1 (Art. I § 2 Abs. 3 lit. a):

Die bestehende Ausnahme vom Anwendungsbereich des Spitalgesetzes wird an den aktuellen Wortlaut von § 21 StGB in der Fassung des Maßnahmenvollzugsanpassungsgesetzes 2022, BGBl. I Nr. 223/2022, angepasst. Anstelle der bisherigen Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher erfolgt nunmehr eine strafrechtliche Unterbringung in einem forensisch-therapeutischen Zentrum.

In diesem Zusammenhang soll klargestellt werden, dass von der gegenständlichen Ausnahme nur jene Zentren bzw. Anstalten erfasst sind, die als Teil des Justizwesens anzusehen sind. Die (forensischen) Abteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie bzw. in einer öffentlichen Krankenanstalt mit einer Abteilung für Psychiatrie, in welcher eine Unterbringung und Behandlung auch erfolgen kann bzw. muss, sind hingegen nicht von dieser Ausnahme umfasst, weshalb sie dem Anwendungsbereich des Spitalgesetzes unterliegen (vgl. dazu RV 1789 BlgNR 27. GP 1).

Zu Z. 2 (Art. I § 2 Abs. 3 lit. i):

Wird während einer Pandemie eine ambulante medizinische Versorgungseinrichtung errichtet und betrieben, soll diese Einrichtung für die Dauer dieser Pandemie nicht als Krankenanstalt im Sinne des Spitalgesetzes gelten, wenn sie der Behandlung von Personen dient, die an jener Krankheit erkrankt sind, welche die Pandemie verursacht hat; dies gilt auch für die Behandlung von Personen, bei denen das Vorliegen dieser übertragbaren Krankheit nach dem Stand der Wissenschaft insbesondere auf Grund von klinischen Anzeichen möglich bzw. wahrscheinlich ist (krankheitsverdächtige Personen). Als derartige ambulante medizinische Versorgungseinrichtungen können beispielsweise die während der COVID-19-

Pandemie außerhalb von Krankenanstalten betriebenen Infektionsordinationen oder Impfstraßen angesehen werden, nicht jedoch das in der Messehalle eingerichtete (bettenführende) Notspital.

Zu Z. 3 und 4 (Art. I § 8 Abs. 3 lit. a und c):

Mit diesen Änderungen erfolgt eine Klarstellung, wonach Fachschwerpunkte, dislozierte Wochenkliniken oder dislozierte Tageskliniken nicht nur an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden bzw. eingebunden sein können, sondern – im Falle einer Mehrstandortkrankenanstalt – auch an eine Abteilung derselben Fachrichtung an einem bestimmten anderen Krankenanstaltenstandort.

Zu Z. 5 (Art. I § 8b Abs. 1):

Diese Änderung entspricht § 2b Abs. 2 Z. 1 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 13/2019.

Zu Z. 6 und 8 (Art. I §§ 8b Abs. 2 und 8c Abs. 2):

Im Hinblick auf die Zielsetzung des VUG 2024, durch die Stärkung der Digitalisierung im Gesundheitswesen und durch die Stärkung des ambulanten Bereichs eine Entlastung des stationären Bereichs zu erreichen, wird für Departments (Art. I § 8b Abs. 2) und Fachschwerpunkte (Art. I § 8c Abs. 2) die Möglichkeit geschaffen, ambulante Betreuungsplätze bis zur Hälfte auf die Mindestbettenanzahl anzurechnen; dies entspricht § 2b Abs. 2 Z. 1 und 2 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023.

Zu Z. 7 und 11 (Art. I §§ 8c Abs. 1 und 11a Abs. 6):

Zur Ausführung von § 2a Abs. 5 Z. 2 lit. b KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 13/2019 wird die Möglichkeit zur Einrichtung von Fachschwerpunkten auch für die Sonderfächer gemäß Art. I § 8c Abs. 1 lit. b normiert. Die Einrichtung dieser Fachschwerpunkte ist nur in Standardkrankenanstalten möglich (vgl. Art. I § 11 Abs. 3 in Verbindung mit Art. I § 11a Abs. 6 letzter Satz). Ein Fachschwerpunkt für Gynäkologie (ohne Geburtshilfe) kann in Standardkrankenanstalten unter Berücksichtigung der Voraussetzungen des Art. I § 8 Abs. 2 und 3 eingerichtet werden, ein Fachschwerpunkt für Gynäkologie und Geburtshilfe (auf Versorgungsstufe Grundversorgung) darüber hinaus nur bei unzulänglicher Erreichbarkeit der nächsten Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe. Im Zusammenhang mit der Beurteilung der Unzulänglichkeit der Erreichbarkeit wird insbesondere auf die Planungsrichtwerte zur Erreichbarkeit im ÖSG bzw. RSG verwiesen.

Zu Z. 9 und 10 (Art. I §§ 11 Abs. 3 und 11a Abs. 6):

Es erfolgt eine Klarstellung, dass die genannten reduzierten Organisationseinheiten in Standardkrankenanstalten (Art. I § 11 Abs. 3) bzw. Schwerpunktkrankenanstalten (Art. I § 11a Abs. 6) nur in Ergänzung zu den in Abs. 1 als Mindestanforderung festgelegten Abteilungen eingerichtet werden dürfen.

Zu Z. 12 und 13 (Art. I §§ 13 Abs. 1 lit. a und Abs. 5 und 51 Abs. 1 lit. f):

Bei der klinischen Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten handelt es sich nicht um eine aus dem Spitalgesetz ableitbare Zuständigkeit der Ethikkommission, weshalb eine Klarstellung erfolgt, dass sich diese Zuständigkeiten nach den Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes und des Medizinproduktegesetzes 2021 richtet.

Zu Z. 14 (Art. I § 17 Abs. 5):

Da bei selbständigen Ambulatorien keine Versorgungsstufen gemäß §§ 11 bis 11b festgelegt werden können, erfolgt eine Klarstellung dahingehend, dass im Errichtungsbewilligungsbescheid bei selbständigen Ambulatorien, die an mehreren Standorten betrieben werden, für jeden Standort der jeweilige Leistungsumfang festzulegen ist.

Zu Z. 15 (Art. I § 18 Abs. 3):

Die schriftliche Erklärung des Antragstellers, den Ausgang des Vertragsvergabeverfahrens abzuwarten, ist so lange möglich, als die Abweisungsentscheidung noch nicht zugestellt wurde.

Zu Z. 16 und 17 (Art. I § 18 Abs. 4 und 5):

Da sich die verbindliche Planung des ÖSG bzw. Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) für den ambulanten Bereich der Sachleistung nur auf selbständige Ambulatorien mit Kassenvertrag bezieht (vgl. § 21 Abs. 2 Z. 2 in Verbindung mit § 3 Z. 2 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz), kann eine Errichtungsbewilligung ohne Durchführung einer Bedarfsprüfung nur dann erteilt werden, wenn eine entsprechende Zusage der Sozialversicherung bzw. Finanzierungszusage durch den Landesgesundheitsfonds vorliegt.

Die schriftliche Erklärung des Antragstellers, dass ein Bedarfsprüfungsverfahren durchgeführt werden soll, ist so lange möglich, als die Abweisungsentscheidung noch nicht zugestellt wurde.

Das Einfügen eines neuen Abs. 4 macht die Neubezeichnung des bisherigen Abs. 4 erforderlich.

Zu. Z. 18 und 49 (Art. I §§ 18a Abs. 1 lit. a und 51 Abs. 6):

Mit diesen Änderungen wird der Struktur und Aufgabenaufteilung innerhalb der Österreichischen Gesundheitskasse Rechnung getragen (vgl. § 3 Abs. 2a KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023).

Zu. Z. 19 bis 23, 30 bis 32, 34, 35, 37 und 38 (Art. I §§ 18a Abs. 2 bis 7, 20 Abs. 2 und 3, 21 Abs. 2 und 3, 22 Abs. 3 und 5):

Im Hinblick auf die stärkere Verbindlichkeit der Planung im RSG sowie im Sinne einer Entbürokratisierung und effizienteren Gestaltung der Bewilligungsverfahren ist für den Fall einer verbindlichen Regelung im RSG von der Durchführung einer Bedarfsprüfung abzusehen, da der Bedarf bereits bei der Planung im Zusammenhang mit der Erlassung des RSG geprüft wurde; dies entspricht den §§ 3 Abs. 2b und 3a Abs. 4 Z. 1 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023.

Zu Art. I § 18a Abs. 2:

Gemäß § 21 Abs. 3 Z. 1 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz erfolgt im RSG die Festlegung der Kapazitätsplanung im akutstationären Bereich standortbezogen unter Angabe der Kapazitäten, Organisationsformen, Versorgungsstufen, Referenz-, Spezial- und Expertisezentren je Fachbereich. Da die verbindliche Planung im RSG somit auch den Standort umfasst, kann von einer Bedarfsprüfung nur dann abgesehen werden, wenn auch der Krankenanstaltenstandort mit dem RSG übereinstimmt.

Klargestellt wird, dass diese Bestimmung auch für selbständige Ambulatorien gilt, wenn im RSG eine Kapazitätsplanung standortbezogen für den Versorgungstypus eines selbständigen Ambulatoriums erfolgt.

Zu Art. I § 18a Abs. 3:

Gemäß § 21 Abs. 3 Z. 2 lit. d Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz ist im RSG im Rahmen der Kapazitätsplanung des ambulanten Bereichs der Sachleistung der Versorgungstypus nicht zwingend festzulegen. Daher ist bei selbständigen Ambulatorien – über Abs. 1 und 2 hinaus – von einer Bedarfsprüfung auch dann abzusehen, wenn für den ambulanten Bereich der Sachleistung der Versorgungstypus im RSG nicht festgelegt wurde, Leistungsumfang und Einzugsgebiet jedoch mit der verbindlichen Planung im RSG übereinstimmen.

Da sich die verbindliche Planung für den ambulanten Bereich der Sachleistung auf niedergelassene Ärzte, Gruppenpraxen, Primärversorgungseinheiten und selbständige Ambulatorien, jeweils mit Kassenvertrag, bezieht (vgl. § 21 Abs. 2 Z. 2 in Verbindung mit § 3 Z. 2 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz), kann eine Errichtungsbewilligung für ein selbständiges Ambulatorium ohne Durchführung einer Bedarfsprüfung nur dann erteilt werden, wenn eine entsprechende Zusage der Sozialversicherung vorliegt. Von einer Bedarfsprüfung soll aber auch dann abgesehen werden können, wenn das verfahrensgegenständliche selbständige Ambulatorium eine Finanzierung durch den Landesgesundheitsfonds anstrebt, da auch dies eine Finanzierung mit öffentlichen Mitteln darstellt (zur medizinischen Versorgung durch gemeinnützige Einrichtungen vgl. VfSlg. 15.456/1999). Einem Kassenvertrag bzw. einer Finanzierungszusage durch den Landesgesundheitsfonds gleichzustellen ist zudem der Betrieb eines selbständigen Ambulatoriums durch einen Krankenversicherungsträger, da auch in diesem Fall eine Finanzierung durch öffentliche Mittel erfolgt. Dementsprechend kann – in Übereinstimmung mit dem Entfall von § 3a Abs. 9 KAKuG durch BGBl. I Nr. 191/2023 – Art. I § 20 Abs. 2 betreffend die speziellen Voraussetzungen der Errichtungsbewilligung für selbständige Ambulatorien von Krankenversicherungsträgern entfallen.

Um die Übereinstimmung mit dem ÖSG bzw. RSG beurteilen zu können, ist eine Stellungnahme des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger zum bestehenden Versorgungsangebot im ambulanten Bereich der Sachleistung gemäß Abs. 6 lit. b einzuholen.

Das Einfügen eines neuen Abs. 3 in Art. I § 18a macht die Neubezeichnung der bisherigen Abs. 3 bis 6 und damit verbunden die Anpassung von Verweisen erforderlich.

Zu Z. 24 und 25 (Art. I § 18a Abs. 5 lit. a und Abs. 6 lit. a):

Es erfolgt eine Klarstellung, dass Prüfungsmaßstab das bestehende Versorgungsangebot durch Krankenanstalten mit Kassenverträgen ist. Denn auch die Beziehungen zu öffentlichen oder privat gemeinnützigen Krankenanstalten, die über den Landesgesundheitsfonds finanziert werden, sind durch privatrechtliche Verträge mit den Versicherungsträgern geregelt (vgl. § 148 Z. 10 ASVG).

Zu Z. 26 (Art. I § 18a Abs. 6 lit. b):

Da Gesundheitsdiensteanbieter, die keinen Kassenvertrag haben, nur beschränkt zur Versorgungswirksamkeit beitragen, wird zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Prüfungsmaßstab auf Vertragseinrichtungen eingeschränkt; dies entspricht § 3a Abs. 2 Z. 1 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023.

Zu Z. 27 (Art. I § 18a Abs. 6 lit. e):

Es erfolgt eine Anpassung an § 3a Abs. 3 Z. 3 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023.

Zu Z. 28 und 29 (Art. I § 18a Abs. 6 lit. g und h):

Bei der Beurteilung, ob ein selbständiges Ambulatorium zu einer Verbesserung des Versorgungsangebots beiträgt, sind nunmehr auch die Öffnungszeiten bestehender Leistungsanbieter sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähiger Leistungen, insbesondere an Tagesrandzeiten (das sind die Zeiten vor 8:00 Uhr und nach 18:00 Uhr) und an Wochenenden, zu berücksichtigen; dies entspricht § 3a Abs. 3 Z. 5 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023.

Das Einfügen einer neuen lit. g macht eine Neubezeichnung der bisherigen lit. g erforderlich.

Zu Z. 33, 35 und 36 (Art. I § 21 Abs. 1, 3 und 4):

Zur Sicherstellung einer raschen Umsetzung der verbindlichen Planung und zur Schaffung geeigneter Versorgungsstrukturen werden die Partei- und Stellungnahmerechte im Errichtungsbewilligungsverfahren an die grundsatzgesetzlichen Bestimmungen der §§ 3 Abs. 6 und 3a Abs. 5 und 8 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023 angepasst. Dies stimmt mit den Regelungen zum ÖSG bzw. RSG insoweit überein, als den betroffenen gesetzlichen Interessensvertretungen auch im Verfahren vor Beschlussfassung des ÖSG bzw. RSG Stellungnahmerechte eingeräumt wurden (vgl. die §§ 20 Abs. 4 und 21 Abs. 10 Z. 2 Gesundheits- Zielsteuerungsgesetz bzw. § 41 Abs. 4 Landesgesundheitsfondsgesetz).

Zu Z. 39 (Art. I § 23 Abs. 5):

Durch die gegenständliche Umformulierung soll klarer zum Ausdruck kommen, dass bei selbständigen Ambulatorien eine Errichtungsbewilligung vorliegen muss, ehe eine Betriebsbewilligung erteilt werden kann; dies entspricht § 3b Abs. 2 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023.

Zu Z. 40, 41 und 60 (Art. I § 26 Abs. 1 lit. b, Abs. 2 lit. b und Abs. 5, Art. II Z. 9):

Zu Art. I § 26 Abs. 1 lit. b und Abs. 2 lit. b:

Die gegenständlichen Verweise sind an den Entfall der Bedarfsprüfung bei Krankenanstalten gemäß § 18a Abs. 2 und 3 anzupassen. Da das Vorliegen eines Kassenvertrages eine Voraussetzung dafür ist, dass diese Krankenanstalten ohne Bedarfsprüfung errichtet werden können und der RSG nur Versorgungseinrichtungen der Sachleistung plant, ist in diesem Zusammenhang klarzustellen, dass die Kündigung des Kassenvertrags (durch den Antragsteller oder den Sozialversicherungsträger) dazu führt, dass den Vorgaben des RSG nicht mehr entsprochen wird, weshalb die Errichtungs- bzw. Betriebsbewilligung zurückzunehmen ist.

Zu Art. I § 26 Abs. 5 und Art. II Z. 9:

Die fünfjährige Mindestfrist, die für das Wirksamwerden der Abänderung oder Zurücknahme der Errichtungs- oder Betriebsbewilligung festgelegt werden muss, soll für den Fall nicht gelten, dass der Bewilligungsinhaber (das ist der Rechtsträger der Krankenanstalt) den der Bewilligung zugrundeliegenden Kassenvertrag kündigt. In diesem Fall ist für die Zurücknahme der Bewilligung lediglich eine angemessene Frist festzulegen.

Zu Z. 42 (Art. I § 32 Abs. 3a):

Die gegenständliche Änderung dient einer geschlechtergerechten Sprache.

Zu Z. 43 und 44 (Art. I § 32 Abs. 8):

In Übereinstimmung mit § 7 Abs. 5 KAKuG bedarf nur mehr die Bestellung der Leitung des ärztlichen Dienstes sowie der Leitung einer Prosektur der Genehmigung der Landesregierung. Im Sinne einer Deregulierung ist die Bestellung der Leitung von Abteilungen, reduzierten Organisationseinheiten, Laboratorien, Ambulatorien oder Instituten der Landesregierung nur mehr anzuzeigen. Die Voraussetzungen für eine Betrauung mit der Leitung einer Abteilung bzw. reduzierten Organisationseinheit, eines Laboratoriums, Ambulatoriums oder Instituts bleiben von dieser Änderung unberührt.

Zu Z. 45 (Art. I § 36 Abs. 2 lit. h):

Nach der derzeit geltenden Rechtslage ist eine Ausnahme vom Grundsatz der jederzeitigen und sofortigen ärztlichen Anwesenheit nur für Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien für physikalische Therapie vorgesehen. Mit der gegenständlichen Änderung wird § 8 Abs. 1 Z. 8 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 24/2024 ausgeführt und damit der im Bereich der ambulanten medizinisch-therapeutischen Betreuung zu beobachtenden ärztlichen Unterversorgung begegnet. Dementsprechend wird die Möglichkeit der Ausnahme vom Grundsatz der jederzeitigen und sofortigen Anwesenheit auf jene Krankenanstalten in der Betriebsform eines selbstständigen Ambulatoriums ausgedehnt, deren Leistungsangebot in der Erbringung therapeutischer Leistungen durch freiberuflich ausübende nicht-ärztliche Gesundheitsberufe besteht (beispielsweise im Bereich der Logopädie, Ergotherapie, physikalischen Therapie oder Psychotherapie). Diese Ausdehnung erfolgt insbesondere vor dem Hintergrund, dass im Falle der sonstigen freiberuflichen Berufsausübung auch keine Verpflichtung zur Sicherstellung einer jederzeitigen ärztlichen Erreichbarkeit vorgesehen ist. Die Ergänzung durch nichtinvasive ärztliche Leistungen dient der Ermöglichung lediglich vorbereitender oder begleitender ärztlicher Leistungen (z.B. Anamnese oder Diagnostik) in diesen selbstständigen Ambulatorien.

Zu Z. 46 und 47 (Art. I § 37 Abs. 2):

In Übereinstimmung mit § 11a Abs. 1 KAKuG und wie bei der Hygienefachkraft (Art. I § 34 Abs. 3), dem Verwaltungsdirektor (Art. I § 40 Abs. 1) bzw. dem Technischen Sicherheitsbeauftragten (Art. I § 41 Abs. 1) vorgesehen, ist eine geeignete Person aus dem Bereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zur verantwortlichen Leitung des Pflegedienstes zu bestellen. Diese Bestellung ist der Landesregierung anzuzeigen.

Zu Z. 48 (Art. I § 51 Abs. 1 lit. f bis h):

Mit dieser Bestimmung wird § 26 Abs. 1 Z. 8 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023 ausgeführt und damit klargestellt, dass das Aufgabenspektrum von Spitalsambulanzen in allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch jene Aufgaben und Leistungen umfasst, die einer konkreten Einrichtung im Rahmen der regionalen Planung des ambulanten Bereichs durch den ÖSG bzw. RSG zugewiesen werden.

Das Einfügen einer neuen lit. h erfordert die gegenständlichen Änderungen in den lit. f und g.

Zu Z. 50 (Art. I §§ 52 Abs. 1):

Die Bestimmung betreffend die Bevorratung von Arzneimitteln wird entsprechend § 20 Abs. 1 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023 dahingehend ergänzt, dass dieser Vorrat der Arzneimittelliste gemäß § 56 Abs. 1 lit. a zu entsprechen hat.

Zu Z. 51 bis 53 (Art. I §§ 56 Abs. 2, Abs. 3 lit. c und Abs. 5):

Zur bedarfsgerechten Versorgung mit Arzneimitteln einschließlich der Sicherstellung von bundesweit einheitlich festgelegten Regelungen, insbesondere zum Einsatz von innovativen und hochpreisigen Arzneimitteln, wurden mit dem VUG 2024 ein einheitlicher Bewertungsprozess und ein Bewertungsboard für ausgewählte Arzneimittel im intramuralen Bereich oder an der Nahtstelle zwischen extra- und intramuralem Bereich normiert (vgl. §§ 62d bis 62i KAKuG).

Zu Art. I § 56 Abs. 2:

In Ausführung von § 19a Abs. 3 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023 hat die Arzneimittelkommission bei der Erfüllung ihrer Aufgaben die Empfehlungen des Bewertungsboardes gemäß § 62d KAKuG anzuwenden.

Zu Art. I § 56 Abs. 3 lit. c:

Mit dieser Änderung wird § 19a Abs. 4 Z. 3 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023 ausgeführt, wonach bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung der vom Dachverband der Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex und die Richtlinien für die ökonomische Verschreibeweise zu berücksichtigen sind.

Zu Art. I § 56 Abs. 5:

Entsprechend § 19a Abs. 5 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023 dürfen in einer Krankenanstalt ausschließlich die in der Arzneimittelliste enthaltenen Arzneimittel angewendet werden, wofür der Rechtsträger der Krankenanstalt Sorge zu tragen hat.

Zu Z. 54 (Überschrift zu Art. I § 58):

Es erfolgt die Korrektur eines legistischen Versehens.

Zu Z. 55 und 56 (Überschrift zu Art. I § 69 und § 69 Abs. 4):

Gemäß Art. I § 7 Abs. 1 ist das Land dazu verpflichtet, die Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen sicherzustellen, wozu eine ausreichende Anzahl an Betten der allgemeinen Pflegeklasse einzurichten ist. Damit zusammenhängend besteht für öffentliche Krankenanstalten gemäß Art. I § 67 Abs. 1 eine Betriebspflicht. Dem Bedarf entsprechend werden in Krankenanstalten pro Abteilung eine bestimmte Anzahl an Betten bewilligt und betrieben, bei der anzunehmen ist, dass damit die notwendige Anstaltspflege sichergestellt werden kann. Zudem soll – dem Wesen der Bedarfsprüfung entsprechend – die Bereitstellung überflüssiger Kapazitäten verhindert werden.

Das Land, das zur Sicherstellung der Anstaltspflege verpflichtet ist, muss daher unverzüglich und unter Angabe von Gründen über die vorübergehende Sperre von Betten informiert werden, um beurteilen zu können, ob diese Bettensperre eine bewilligungspflichtige Unterbrechung des Anstaltsbetriebs darstellt (vgl. Art. I § 67 Abs. 2) oder ob die vorübergehende und geringfügige Bettensperre zur Kenntnis genommen werden kann (vgl. VwSlg 5461 A/1960).

Zu Z. 57 (Art. I § 92a Abs. 2 bis 5):

Aufgrund des Entfalls von § 3a Abs. 9 und 10 KAKuG durch BGBl. I Nr. 191/2023 sind die entsprechenden Ausführungsbestimmungen zu streichen und die Absatzbezeichnungen entsprechend anzupassen. Es wird auf die Ausführungen zu Art. I §§ 18a Abs. 3 und 21 Abs. 4 hingewiesen.

Zu Z. 58 (Art. I § 101 lit. n):

Mit der Aufnahme der Information über die minimale Anzahl an Tagesklinikplätzen und ambulanten Betreuungsplätzen je Fachrichtung und Standort im Rahmen der Spitalplanung erfolgt eine Anpassung an die Planungsvorgaben des RSG gemäß § 21 Abs. 3 Z. 1 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz; dies entspricht § 10a Abs. 2 Z. 7 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023.

Zu Z. 59 (Art. I § 115):

Diese Bestimmung regelt das Inkrafttreten der gegenständlichen Novelle.

Entsprechend § 65b Abs. 15 KAKuG in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023 hat die Landesgesetzgebung die Ausführungsbestimmungen zu den grundsatzgesetzlichen Änderungen innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und rückwirkend mit 1. Jänner 2024 in Kraft zu setzen.

Die weiteren Änderungen treten mit 1. Oktober 2024 in Kraft.

Zum Zeitpunkt der Kundmachung der gegenständlichen Novelle anhängige Rechtsmittelverfahren betreffend die Errichtungsbewilligung sowie die Vorabfeststellung des Bedarfs sind nach der Rechtslage vor Inkrafttreten der gegenständlichen Novelle zu beenden. Wird die Angelegenheit zur Erlassung eines neuen Bescheides gemäß § 28 Abs. 3 Verwaltungsgerichtsverfahrensgesetz an die Landesregierung zurückverwiesen, so ist in dem von der Landesregierung fortzuführenden Verfahren die neue Rechtslage anzuwenden.