



**II-6966** der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen  
des Nationalrates XVII. Gesetzgebungsperiode

REPUBLIK ÖSTERREICH

Bundesminister für Gesundheit  
und öffentlicher Dienst  
ING. HARALD ETTL

A-1014 Wien, Ballhausplatz 1  
Tel. (0222) 531 15/0  
DVR: 0000019

Zl. 353.260/31-I/6/89

29. März 1989

An den  
Präsidenten des Nationalrates  
Rudolf PÖDER

3158 IAB

Parlament  
1017 W i e n

1989 -03- 30

zu 3219 IJ

Die Abgeordneten zum Nationalrat Mag. Haupt, Huber haben am 1. Feber 1989 unter der Nr. 3219/J an meinen Amtsvorgänger eine schriftliche parlamentarische Anfrage betreffend Kostenbeitrag für Krankenhausaufenthalt gerichtet, die folgenden Wortlaut hat:

- "1. Wie hoch waren die 1988 aus dem 50,-- S-Kostenbeitrag erzielten Einnahmen,  
a) brutto, b) nach Abzug der Manipulationskosten,  
aufgegliedert nach Bundesländern?
2. Für wieviele Patienten und Verpflegstage wurde, aufgegliedert nach Bundesländern, 1988 der 50,-- S-Kostenbeitrag vorgeschrieben?
3. Ist Ihnen bekannt, inwieweit für  
a) Neugeborene,  
b) im Sterben liegende Patienten,  
c) Kranke auf Null-Diät,  
d) Kurzzeit-Patienten, die nicht verköstigt wurden,  
e) ambulant behandelte Patienten  
Kostenbeiträge vorgeschrieben wurden bzw. werden?

- 2 -

4. Ist Ihnen bekannt, ob in den Fällen 3a) bis e) vom zuständigen Träger der sozialen Krankenversicherung Pflegegebührensätze zur Gänze geleistet wurden bzw. werden bzw. wie hoch diese Pflegegebührensätze sind?
5. Was hat Ihr Ressort bisher unternommen, um
  - a) die Vorschreibung des Kostenbeitrages in gesetzeskonformer Weise zu gewährleisten,
  - b) die Berechnung und Auszahlung von Pflegegebührensätzen auf eine realistische Basis zu stellen?"

Diese Anfrage beantworte ich wie folgt:

Zu Frage 1:

- a) Die Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds, BGBl.Nr. 619/1988, und die Ausführungsge setze der Länder zu § 27a des Krankenanstaltengesetzes, BGBl.Nr. 1/1957, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl.Nr. 282/1988, sehen die Einhebung des Spitalskostenbeitrages ab dem 1. Juli 1988 vor.

Die in der zweiten Jahreshälfte 1988 aus dem Spitalskostenbeitrag erzielten Einnahmen haben etwa 200 Millionen Schilling betragen. Dies läßt sich einerseits aus der Auswertung einer Umfrage der Geschäftsstelle des KRAZAF hochrechnen, wobei 91 % der vom KRAZAF erfaßten Krankenanstalten die entsprechenden Fragen bis Mitte Februar beantwortet haben, und andererseits aus dem Umstand ableiten, daß der Spitalskostenbeitrag bei rund 47 % aller in der allgemeinen Gebührenklasse angefallenen Pflegetage verrechnet wird: In den Krankenanstalten, die Zuschüsse des KRAZAF in Anspruch nehmen, fallen jährlich 17 Millionen Pflegetage in der allgemeinen Gebührenklasse an. 47 % dieser Pflegetage (= 7,990.000) multipliziert mit dem Kostenbeitrag ergeben Gesamteinnahmen von jährlich rund 400 Millionen Schilling bzw. von rund 200 Millionen Schilling im Halbjahr.

- 3 -

b) Die Manipulationskosten betragen 30 bis 50 Schilling pro verpflichteten Patienten. Da hiezu keine genaueren, für alle Krankenanstalten gültigen Aussagen getroffen werden können, läßt sich die gegenständliche Frage nach den "Nettогesamteinnahmen" nicht beantworten.

Eine Aufgliederung der Einnahmen nach Bundesländern zeigt vorläufig folgendes Bild:

Burgenland:	5,052.500,--
Kärnten:	14,351.950,--
Niederösterreich:	26,950.950,--
Oberösterreich:	28,527.050,--
Salzburg:	11,479.750,--
Steiermark:	27,380.450,--
Tirol:	13,440.150,--
Wien:	48,160.600,--

Da mehrere Krankenanstalten des Bundeslandes Vorarlberg die Umfrage der Geschäftsstelle des KRAZAF noch nicht beantwortet haben, läßt sich über die diesbezüglichen Einnahmen noch keine Aussage treffen.

Zu Frage 2:

Aus der Umfrage der Geschäftsstelle des KRAZAF läßt sich hochrechnen, daß im Jahre 1988 rund 390.000 Patienten der Spitalskostenbeitrag für rund 4 Millionen Pflegetage vorgeschrieben worden ist.

Die Zahl der Patienten, denen im Erhebungszeitraum der Kostenbeitrag in Rechnung gestellt wurde, beträgt aufgrund der bisherigen Auswertungen aufgegliedert nach Bundesländern:

- 4 -

Burgenland:	11.149
Kärnten:	24.449
Niederösterreich:	58.821
Oberösterreich:	62.027
Salzburg:	23.999
Steiermark:	56.034
Tirol:	31.444
Wien:	80.569

Für das Bundesland Vorarlberg kann auch hier noch keine Zahl genannt werden.

Zu Frage 3:

Es sind Fälle bekannt, in denen Krankenanstaltenträger auch für Neugeborene sowie für ambulant behandelte Patienten Kostenbeiträge vorgeschrieben haben.

Aus § 27 Abs. 6 in Verbindung mit § 23 Abs. 2 erster Satz des (nicht unmittelbar anwendbaren) Krankenanstaltengesetzes folgt aber, daß bei einem Krankenhausaufenthalt der Mutter und des Neugeborenen infolge der Geburt vom Träger der Krankenanstalt nur ein Pflegegebührenersatz in Rechnung zu stellen ist. Gemäß § 27a KAG ist daher in diesem Fall nur ein Kostenbeitrag pro Verpflegstag (der Mutter und des Neugeborenen) einzuheben.

Das Bundeskanzleramt hat die Träger von Krankenanstalten wiederholt auf diese Rechtslage aufmerksam gemacht.

Bei ambulant behandelten Patienten ist die Vorschreibung des Kostenbeitrages bei grundsatzgesetzkonformer Ausführung des § 27a KAG unzulässig, weil diese Regelung nur die Einhebung von Kostenbeiträgen von Pfleglingen der allgemeinen Gebührenklasse vorsieht, zu denen die ambulant behandelten Patienten zweifellos nicht gehören. Ebenso sieht Art. 1 Abs. 2 Z. 8 der KRAZAF-

- 5 -

Vereinbarung, BGBl.Nr. 619/1988, nur die Einhebung des Kostenbeitrages "...pro Tag eines stationären Aufenthaltes in einer Krankenanstalt..." vor.

Auch darauf wurde seitens des Bundeskanzleramts wiederholt hingewiesen.

Im Sterben liegende Patienten sowie Kranke auf Null-Diät bzw. (stationäre) Kurzzeit-Patienten sind von der Kostenbeitragspflicht gesetzlich nicht ausgenommen.

In diesem Zusammenhang verweise ich auf den Allgemeinen Teil der Erläuterungen zur RV 546 BlgNr XVII. GP, der, als Begründung zur Einhebung des Kostenbeitrages, nicht nur auf die Ersparnis der Patienten von Krankenanstalten im Zusammenhang mit der Verköstigung verweist, sondern auch andere Kostenersparnisse im Zusammenhang mit der Haushaltstsführung nennt.

Zu Frage 4:

Die Abrechnung der Pflegegebührensätze erfolgt jeweils zwischen den zuständigen Trägern der Sozialen Krankenversicherung und den einzelnen Krankenanstalten.

Die amtlichen Pflegegebühren und Sondergebühren sind in den Landesgesetzblättern kundzumachen. Die Höhe der für die Sozialversicherungsträger geltenden Pflegegebührenersätze ist seit dem Jahre 1978 gesetzlich geregelt und selbstverständlich bekannt.

Bezüglich der Zulässigkeit der Leistung von Pflegegebührener-sätze für Neugeborene und ambulant behandelte Patienten verweise ich auf die Ausführungen zu Frage 3.

- 6 -

Zu Frage 5:

a) Das Bundeskanzleramt hat bereits im Februar 1988 über die Verbindungsstelle Kontakt mit allen Ämtern der Landesregierungen aufgenommen, um zu erreichen, daß die Länder möglichst akkordierte Landesausführungsgesetze zu Art. 1 Abs. 2 Z. 8 der KRAZAF-Vereinbarung bzw. zu § 27a KAG über den Spitalskostenbeitrag ausarbeiten.

Die Landtage haben in weiterer Folge auch weitgehend einheitliche Bestimmungen über den Kostenbeitrag verabschiedet.

Des weiteren haben mehrere Besprechungen mit den Ländern und anderen Trägern von Krankenanstalten über die Einhebung des Kostenbeitrages und über entsprechende Problemfälle stattgefunden, um eine gesetzeskonforme Einhebung des Kostenbeitrages zu gewährleisten. Dabei ist seitens des Bundeskanzleramtes insbesondere großer Wert darauf gelegt worden, daß die Patienten, die wegen besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit von der Leistung des Kostenbeitrages gesetzlich befreit sind, von den Trägern der Krankenanstalten tatsächlich befreit werden. Das gleiche gilt für die Patienten, die entsprechend befreit sind, weil sie bereits einen Selbstbehalt zu leisten haben oder weil sie im Kalenderjahr bereits über 28 Kalendertage in bisweilen mehreren Krankenanstalten verbracht und den Kostenbeitrag geleistet haben.

Zur umfassenden Information der Patienten über den Kostenbeitrag unter besonderer Berücksichtigung der Befreiungsbestimmungen hat das Bundeskanzleramt weiters ein Informationsblatt ausgearbeitet und an alle Spitäler mit dem Er suchen verteilt, es den Patienten zur Kenntnis zu bringen.

- 7 -

Selbstverständlich wurden und werden auch von den zuständigen Beamten des Bundeskanzleramtes umfassende telefonische Auskünfte erteilt.

b) Die Berechnung der Pflegegebührenersätze ist gesetzlich geregelt (vgl. § 28 KAG). Sie orientiert sich an den Beitrags-  
einnahmen aller Krankenversicherungsträger ("Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik der Sozialen Krankenversicherung") und steht somit auf einer durchaus realistischen Basis, die sich seit dem Jahre 1978 bestens bewährt hat.

Die Auszahlung der Pflegegebührenersätze erfolgt durch die jeweils zuständigen Krankenversicherungsträger in Zusammenarbeit mit den Spitalsverwaltungen.

S/Re