



AMT DER SALZBURGER LANDESREGIERUNG

Postfach 527, A-5010 Salzburg Fax (0662)8042-2160 Tx 633028 DVR: 0078182

Zahl

wie umstehend

Chiemseehof

(0662) 8042-

Datum

28-09-1996

Betreff

wie umstehend

Beilage: 1

1. Amt der Burgenländischen Landesregierung
Landhaus
7000 Eisenstadt
2. Amt der Kärntner Landesregierung
Arnulfplatz 1
9020 Klagenfurt
3. Amt der NÖ Landesregierung
Herrengasse 9
1014 Wien
4. Amt der OÖ Landesregierung
Klosterstraße 7
4020 Linz
5. Amt der Steiermärkischen Landesregierung
Hofgasse
8011 Graz
6. Amt der Tiroler Landesregierung
Maria-Theresien-Straße 43
6020 Innsbruck
7. Amt der Vorarlberger Landesregierung
Landhaus
6901 Bregenz
8. Amt der Wiener Landesregierung
Lichtenfelsgasse 2
1082 Wien
9. Verbindungsstelle der Bundesländer
beim Amt der NÖ Landesregierung
Schenkenstraße 4
1014 Wien
- ✓ 10. Präsidium des Nationalrates
Dr. Karl-Renner-Ring 3
1017 Wien

Betrifft GESETZENTWURF	
Zl.	58-GE/19.06
Datum:	2. OKT. 1996
Verteilt	<i>[Handwritten Signature]</i>

Dr. Hueber

zur gefl Kenntnis.

Für die Landesregierung:
Dr. Herfrid Hueber
Landesamtsdirektor

Für die Richtigkeit
der Ausfertigung:

[Handwritten Signature]

**AMT DER SALZBURGER LANDESREGIERUNG**

☐ Postfach 527, A-5010 Salzburg ☐ (0662)8042-2160 ☐ 633028 DVR: 0078182

Bundesministerium
für Arbeit und Soziales
Stubenring 1
1010 Wien

Zahl
0/1-1257/5-1996

Chiemseehof
(0662) 8042-2982
Frau Dr. Margon

Datum
26.9.1996

Betreff

Entwurf eines Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes; Stellungnahme

Bezug: Do Z1 52.015//25-2/96

Zum obbezeichneten Gesetzentwurf gibt das Amt der Salzburger Landesregierung folgende Stellungnahme bekannt:

Finanzielle Auswirkungen des Entwurfes:

Die Finanzausgleichspartner haben sich in ihrer Beratung am 29.3.1996 über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 geeinigt. Diese Einigung sieht ua vor, daß die Zahlungen seitens der für die stationäre und ambulante Anstaltspflege gesetzlich sachleistungsverpflichteten Träger der sozialen Krankenversicherungen auf der Basis jener für das Jahr 1994 festgeschrieben und jährlich nur nach Maßgabe ihrer Beitragseinnahmenentwicklung (allerdings ausdrücklich ohne Einbeziehung der jüngst erfolgten Erhöhung des Beitragssatzes für Pensionisten) angepaßt werden. Auch die bisher in den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds von Bund, Ländern und Gemeinden eingeflossenen Mittel bleiben von ihrer Dotierung her unverändert. Dh, soweit sie auf Absolutbeträgen basieren, verharren sie überhaupt auf gleicher Höhe, soweit sie sich an Hundertsätzen der Umsatzsteuererträge orientieren, verändern sie sich nur nach Maßgabe der Entwicklung dieser Abgabe. Der Bund stellt - unter gewissen Bedingungen (Zustandekommen des Österreichischen Krankenanstalten-

- 2 -

planes und Großgeräteplanes zum 1.1.1997) - 3 Mrd S zur Verfügung, wovon 1,25 Mrd S bereits seit 1995 geleistet werden (zunächst ausschließlich von den Sozialversicherungen, heuer teils von diesen und teils vom Bund). An effektiv zusätzlicher Dotierung verbleiben lediglich 1,75 Mrd S pa, die zur Abmilderung der Konsequenzen für die Rechtsträger der Spitäler als Folge des Umstieges vom alten, hauptsächlich pflage- bzw abgangsorientierten Finanzierungssystem auf das neue leistungsorientierte Abgeltungssystem benötigt werden. Auf die Spitäler Salzburgs entfallen davon rund 95 Mio S pa.

Gleichzeitig wurde Klarheit darüber geschaffen, daß durch diese vereinbarte Dotierung, die im Weg der neu einzurichtenden Landesfonds an die Träger der zuschubberechtigten Krankenanstalten fließt, auch die Kosten für die durch den medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen abgegolten sind. Mit anderen Worten müssen die in Relation zu den Gesamtbeträgen (Sozialversicherungen + KRAZAF zahlten schon 1994 mehr als 41 Mrd S) bescheidenen zusätzlichen 1,75 Mrd S und die ebenfalls in nur bescheidener Höhe zu erwartenden Valorisationen aus Beitragseinnahmensteigerungen bzw USt-Ertragserhöhungen ausreichen, um den sich laufend verteuernden Spitalsbereich sowie alle zusätzlichen Anforderungen an die medizinische Versorgung, seien sie einmaliger oder wiederkehrender Natur, einschließlich der Auswirkungen der Systemumstellung, anteilig adäquat abzudecken, wenn nicht die Länder bzw Gemeinden als beitragszahlende Gebietskörperschaften und/oder die Rechtsträger der Spitäler (also wiederum ganz maßgeblich die Länder bzw Gemeinden, aber auch etwa private Träger wie Orden) unverhältnismäßige Mehrbelastungen in Kauf zu nehmen haben sollen. Letzteres würde jedoch mit den Vorgaben, die die Länder und Gemeinden zur Einhaltung der Konvergenzkriterien erreichen sollen, in keiner Weise in Einklang zu bringen sein (von den 3 % des BIP an öffentlichem Defizit hat sich der Bund selbst 2,7%-Punkte zugesprochen und den Ländern/Gemeinden in Summe bloß 0,3%-Punkte zugestanden).

Aus diesem Grund haben die Vertreter der Länder ebenso wie jene der Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden allergrößten Wert auf die verbindliche Installierung eines Konsultationsmechanismus in der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 - 2000 gelegt. Dieser Mechanismus sollte garantieren, daß grundsätzlich Gesetze und Verordnungen des Bundes, die für die anderen Gebietskörperschaften unmittelbar finanzielle Belastungen im Krankenanstaltenwesen verursachen, nur mit Zustimmung der Landesregierungen und des Österreichischen Städtebundes sowie des Österreichischen Gemeindebundes beschlossen bzw erlassen oder geändert werden dürfen. Gleiches hätte selbstverständlich auch für entsprechende Gesetze und Verordnungen eines Landes zu gelten, bei denen das Zustimmungsrecht der Bundesregierung bzw wiederum den Interessensvertretungen der Städte und Gemeinden zukäme. Seitens der Spitalsträger wird bereits jetzt massiv über die Kostenbelastungen geklagt, die allein seit 1994, also jenem Jahr, auf dessen Grundlage die finanziellen Dotierungen nun festgeschrieben werden, auf Grund legislatischer Maßnahmen entstanden sind, und für die es keine adäquate Zusatzdotierung gibt.

Für das gegenständliche Vorhaben im besonderen gilt, daß - trotz Würdigung des Bemühens um eine Milderung der finanziellen Konsequenzen von noch weiterreichenden Überlegungen, die bereits in einem früheren Stadium der Diskussion angestellt worden waren - die finanziellen Konsequenzen des Entwurfes bei dessen vollem Wirksamwerden nach den heutigen Verhältnissen allein für die Salzburger Spitäler in der Größenordnung bis zu rund 200 Mio S pa an zusätzlichen Kosten nur für ärztliches Personal (ab dem Jahr 2004 210 zusätzliche Fachärzte) liegen dürften.

Dies entspricht den Kosten der dritten Stufe. In der ersten Stufe wären - in Übereinstimmung mit § 8 Abs 1 Z 3 der jüngst zur Begutachtung vorgelegenen KAG-Novelle 1996 - 90 zusätzliche Fachärzte ab 1.1.1997, in der zweiten Stufe ab 1.1.2000 weitere 60 Fachärzte und in der dritten Stufe ab 1.1.2004 schließlich

nochmals weitere 60 Fachärzte (= in Summe 210) erforderlich. Bereits die erste Stufe würde landesweit Mehrkosten von rund 85 Mio S verursachen. In den Kosten von insgesamt 210 Mio S wurden Nebenkosten wie zusätzliche Ausbildungskosten, Infrastrukturkosten etc nicht berücksichtigt.

Zu den genannten Kosten für das ärztliche Personal kommt noch der Mehrbedarf für nichtärztliches Personal, welcher mangels vollständig vorliegender Daten nicht abgeschätzt werden konnte, aber in namhafter zweistelliger Millionenhöhe (landesweit) liegen dürfte. Allein aus den eingelangten Mitteilungen der Krankenhäuser Zell am See, Tamsweg und Hallein ergäbe sich ein geschätzter Mehraufwand von zusammen 22,3 Mio S im genannten Bereich!

Der gesamte Mehrbedarf im ärztlichen und nichtärztlichen Bereich resultiert aus der Reduktion der Anzahl der verlängerten Dienste. Neueinstellungen wären erforderlich. Andererseits ist es als unmöglich anzunehmen, daß beim Spitalspersonal wegen künftig nicht mehr zulässiger Mehrleistungen ohne massive Proteste zum Teil sehr erhebliche Gehaltseinbußen durchgesetzt werden können. Von seiten der Ärzteschaft wurden bereits Forderungen zur Anhebung der "Grundgehälter" angekündigt.

Diese Bedenken bestehen unabhängig davon, daß nicht sichergestellt ist, daß genügend qualifizierte Kräfte (Fachärzte, Krankenpfleger) am Arbeitsmarkt gefunden werden können.

Im übrigen kann der Entwurf in keiner Weise mit EU-Richtlinienanforderungen gerechtfertigt werden bzw geht weit darüber hinaus, sodaß auch aus diesem Grund kein Anlaß besteht, derartige die Länder, Gemeinden und Rechtsträger massiv belastende Regelungen einzuführen.

Angesichts dieser Dimensionen, die zwar wegen des stufenweisen Wirksamwerdens der Plafondierung verlängerter Dienste zunächst noch teils etwas gemildert, aber nach und nach (2000 bzw 2004) verschärft zu Buche schlagen, und angesichts der geschilderten Rahmenbedingungen ist bei einer Beschlußfassung dieses Gesetzes-

vorhabens die Geschäftsgrundlage der Einigung am 29.3.1996 als nicht mehr gegeben anzusehen. Die gesamte Spitalsfinanzierung ab dem Jahre 1997 müßte neu verhandelt werden. Aus diesen Überlegungen wird der vorliegende Entwurf abgelehnt.

Zu einzelnen Bestimmungen:

Zu § 1:

Die Abgrenzung der Einrichtungen, für welche dieses Bundesgesetz gelten soll, ist nicht eindeutig. Im Titel werden Krankenanstalten (§ 1 Abs 1 Z 1 bis 7) genannt. Pflegeanstalten im Sinne von Alten- und Pflegeheimen werden im § 1 Abs 1 nicht mehr erwähnt. Die Definition von ähnlichen Einrichtungen hat eine große Bandbreite (§ 1 Abs 2 Z 8 bis 10 sowie gesetzlich nicht aufgezählte Bereiche, wie zB Behinderteneinrichtungen).

Neben der oben erwähnten, unklaren Definition ist auch der Personenkreis nicht eindeutig. Zwar werden die Gesundheitsberufe im Abs 2 taxativ aufgezählt, welche weiteren Berufsgruppen für die Aufrechterhaltung des ununterbrochenen Betriebes sonst noch notwendig sind, wird nicht festgelegt. Die Bandbreite kann zB vom Portier, Reinigungspersonal (in den Erläuterungen erwähnt), Techniker, Justizvollzugsbeschäftigten, Sicherheitsdienst bis zum Sozialarbeiter reichen, wenn mit "ununterbrochen" ein Rund-um-die-Uhr-Dienst gemeint ist. Es stellt sich auch die Frage, ob nicht auch das Verwaltungspersonal "ununterbrochen" zur Aufrechterhaltung des Betriebes beiträgt.

Hinsichtlich der Erläuterungen ist anzunehmen, daß DesinfektionsgehilfInnen, OrdinationsgehilfInnen und ErgotherapiegehilfInnen auch zu den Sanitätshilfsdiensten gezählt werden.

Im Abs 3 sollte eine Definition der leitenden DienstnehmerInnen enthalten sein. Die Definition sollte sich aus dem Gesetz und nicht aus den Erläuterungen ergeben.

Zu § 2:

Die Begriffsbestimmungen als solche sind eindeutig. In den Erläuterungen wird jedoch nur allgemein von Dienstzeiten inklusive Bereitschaftsdiensten gesprochen. Es ist fraglich, ob Bereitschaft als Arbeitszeit im eigentlichen Sinn gilt; weiter fehlt eine Abgrenzung zur Rufbereitschaft. Eine Definition dieser Begriffe erscheint erforderlich.

Zu Abs 2 wird bemerkt, daß die EU-Richtlinie einen längeren Durchrechnungszeitraum von 17 Wochen vorsieht.

Zu § 4:

Die Bestimmung des Abs 7, daß ab 1.1.2004 nur noch ÄrztInnen verlängerte Dienste leisten dürfen, führt bei den anderen nicht-ärztlichen Berufsgruppen zu einem Personalmehrbedarf.

Die im Abs 8 vorgesehene schrittweise Reduzierung der verlängerten Dienste ist auch in diesem Entwurf das ausschlaggebende Element, das einen Personalmehrbedarf mit sich bringt. Gegenüber dem ursprünglichen Entwurf des Ärztarbeitszeitgesetzes wurde die Höchstzahl der verlängerten Dienste nur von vier auf sechs ab dem 1.1.2004 angehoben.

Gleichschriften dieser Stellungnahme ergehen ue an die Verbindungsstelle der Bundesländer, an die übrigen Ämter der Landesregierungen und in 25 Ausfertigungen an das Präsidium des Nationalrates.

Für die Landesregierung:



Dr. Herfrid Hueber
Landesamtsdirektor