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

Zahl wie umstehend

Chiemseehof (0662)8042-

Datum - 9 -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. 74 -GE/19 96
Datum: 12. SEP. 1996
Verteilt 17.9.96 [illegible]
Mag Kopecky

zur gefl Kenntnis.

Für die Landesregierung:
Dr. Herfrid Hueber
Landesamtsdirektor

Für die Richtigkeit
der Ausfertigung:

[illegible]

Form 50-11.89

AMT DER SALZBURGER LANDESREGIERUNG
Postfach 527, A-5010 Salzburg (0662)8042-2160 633028 DVR: 0078182

Bundesministerium für
Gesundheit und Konsumentenschutz
Radetzkystraße 2
1031 Wien

Zahl	Chiemseehof	Datum
0/1-26/1082-1996	(0662)8042-2982	9.9.1996
	Frau Dr. Margon	

Betreff
1. Bundesgesetz, mit dem das Krankenanstaltengesetz (KAG-Novelle 1996) geändert wird
2. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen
3. Bundesgesetz, mit dem das Ärztegesetz 1984 geändert wird

Bezug: Do Zl 65.083/8-I/A/96

Zu den obbezeichneten Gesetzentwürfen gibt das Amt der Salzburger Landesregierung folgende Stellungnahme bekannt:

1. Zur KAG-Novelle:

Verfassungsrechtliches:

Im Art V Abs 1 wird festgelegt, daß die Ausführungsbestimmungen zu Art I bis zum 31. Dezember 1996 zu erlassen und mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen sind.
Im Hinblick auf die fortgeschrittene Zeit ist dies dem Land Salzburg mit Sicherheit nicht möglich. Es wird daher gefordert, daß in den Gesetzestext eine Bestimmung Eingang findet, die auch im Hinblick auf die Vertrauensschutzjudikatur des VfGH ein rückwirkendes Inkrafttreten der Ausführungsbestimmungen ausdrücklich gestattet.

Allgemeines:

Seitens des Bundes wurde eine Änderung in der Typisierung der Krankenanstalten in der Form in Aussicht gestellt, daß Änderungen

hinsichtlich der in einer Krankenanstalt verpflichtend zu führenden Abteilungen vorgenommen werden. So sollten in Standardkrankenanstalten zwingend nur mehr zwei Abteilungen vorgesehen werden (anstatt derzeit drei). Diese Zusicherung ist in der vorliegenden Novelle unberücksichtigt geblieben.
Die Einführung einer derartigen Bestimmung wird nachdrücklich nicht nur im Hinblick auf die finanziell relevante Facharztanwesenheit (s Ausführungen zu § 8), sondern auch im Hinblick auf die Durchführbarkeit von Strukturbereinigungsmaßnahmen gefordert.

Im einzelnen:

Zu Z 2:

Lit b wäre abzuändern. Mit der derzeitigen Formulierung könnten unter Umständen keine Betriebsbewilligungen erteilt werden, weil insb der Salzburger Krankenanstaltenplan einen Planungshorizont bis zum Jahre 2005 aufweist; selbst bei Einhaltung der Vorgaben des österreichischen Krankenanstaltenplanes wäre das Planungsziel bis spätestens 31.12.2000 zu erfüllen. Diese Bestimmung könnte bei bereits erteilten Errichtungsbewilligungen zu Problemen führen. In lit b sollte daher zum Ausdruck gebracht werden, daß den Vorgaben des österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes und des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes nicht widersprochen wird.

Zu Z 3:

Es gelten sinngemäß die Ausführungen zu Z 2.

Zu Z 5:

§ 7a Abs 3 widerspricht den Vorgaben des Österreichischen Krankenanstaltenplanes (in bezug auf Abteilungsmindestgrößen) und sollte daher ersatzlos gestrichen werden.

Zu Z 6:

§ 8 Abs 1 Z 3 (verpflichtende Facharztanwesenheit) würde vor allem in Nicht-Schwerpunktkrankenhäusern zu enormen Mehrbelastungen führen, und kann daher keinesfalls akzeptiert werden. Landesweit wäre die Anstellung von 90 Fachärzten erforderlich. Dies würde im Land Salzburg zu Mehrkosten von rd 85 Mio S führen.

Zu den Z 16 bis 19:

Der vorliegende Entwurf bereitet beim Verständnis der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung deshalb Schwierigkeiten, weil offenbar versucht wird, die bisherige Systematik, die die Abrechnung nach Pflegetagen unter Heranziehung des Begriffes der (kostendeckenden) Pflegegebühr zum Inhalt hatte, beizubehalten, wobei im wesentlichen nur der Begriff "Pflegegebühr" durch den Begriff "LKF-Gebühr" ersetzt bzw um diesen Begriff ergänzt wird. Jene Bestimmungen, die die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung charakterisieren, finden sich im Entwurf verteilt. Nach hiesigem Verständnis handelt es sich hiebei um § 27 Abs 1 und § 27b Abs 2, insb Z 4, Abs 3 und Abs 4. Verzichtbar, und daher zu streichen bzw anzupassen, erscheinen jene Bestimmungen, die sich auf solche Krankenanstalten beziehen, denen nicht Zahlungen iS des Art 2 des Entwurfes der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG gewährt werden. In diesen Fällen besteht ausschließlich eine Beziehung Krankenanstalt - Versicherung (§ 28 Abs 1 3. bis 5. Satz, § 27 Abs 1 vorletzter Satz). Andererseits kann es bei den unter Art 2 fallenden Krankenanstalten auch Bereiche geben, in welchen nicht die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung zur Anwendung kommt (zB hinsichtlich der nicht sozialversicherten Pfleglinge).

§ 27 Abs 1 vorletzter Satz sollte daher lauten wie folgt: "Darüber hinaus hat die Landesgesetzgebung für alle öffentlichen Krankenanstalten gemäß § 2 Abs 1 Z 1 und 2 sowie private Krankenanstalten der im § 2 Abs 1 Z 1 bezeichneten Art, die gemäß § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, festzulegen, in welchen Fällen die Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse

durch kostendeckende LKF-Gebühren oder durch Pflegegebühren abgegolten werden."
Der Begriff einer LKF-"Gebühr" erscheint, sofern nicht von kostendeckenden LKF-Gebühren die Rede ist, problematisch und sollte durch den Ausdruck "LKF-Abgeltung" oder "LKF-Zahlung" bzw im § 27 Abs 1 erster Satz das Wort "Gebühren" durch das Wort "Zahlungen" ersetzt werden.
Im übrigen erscheint die Heranziehung einer kostendeckenden LKF-Gebühr in bestimmten Fällen nicht zwingend notwendig. Es sollte der Landesgesetzgebung im § 28 Abs 1 freigestellt werden, ob die Krankenanstaltenträger der Ermittlung ihrer Voranschläge und Rechnungsabschlüsse kostendeckende LKF-Gebühren oder sonst auf Grund durch den Landesfonds vorzulegender Zahlen andere Daten zugrundelegen.

Im § 28 Abs 2 und 3 sollten die kostendeckenden LKF-Gebühren nicht zwingend vorgesehen bzw die Regelung der Landesgesetzgebung überlassen werden.

Die vorgesehene Formulierung des § 28 würde jedenfalls mehr bewirken als die in den Erläuterungen beschriebene Anpassung von Bestimmungen an das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung:
Ausgehend von kostendeckenden LKF-Gebühren gemäß § 28 Abs 1 ergäbe sich, daß entweder auch im Steuerungsbereich nur LKF-Punkte zur Anwendung kommen oder offenbar der Steuerungsbereich, und damit die Berücksichtigung von strukturspezifischen Qualitätskriterien, überhaupt nicht zum Tragen kommen soll.
Dies zeigt sich vor allem im Zusammenhang mit § 28 Abs 3. Die derzeitige Formulierung würde dazu führen, daß trotz unterschiedlichen Leistungsumfanges (vgl Zentralkrankenanstalt - eine am gleichen Ort befindliche andere Krankenanstalt) gleiche Leistungsentgelte (kostendeckende LKF-Gebühren) eingehoben werden würden. Ein Widerspruch zu § 27b Abs 2 Z 4 würde damit zwangsläufig vorliegen.

§ 27a geht von einem Kostenbeitrag in der Höhe von 50 S (valorisiert) aus. Dies entspricht den bisherigen Bestimmungen, wonach der Kostenbeitrag unter Zugrundelegung der Valorisierung derzeit

bereits 66 S beträgt. Es sollte daher entweder 66 S statt 50 S lauten oder aber ein entsprechender Zeitpunkt, ab welchem die Valorisierung zu gelten hat, festgesetzt werden, sodaß sich kein geringerer Betrag als 66 S (zum gegenwärtigen Zeitpunkt berechnet) ergibt.

Darüber hinaus wird angeregt, im § 27 Abs 2 eine Definition des Begriffes "Therapeutische Behelfe" aufzunehmen.

Zu Z 22:

Gemäß § 32 sollen die LKF-Gebühren für sozialversicherte Pfleglinge mit dem Tag der Vorschreibung fällig sein und Verzugszinsen nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstag verrechnet werden können.
Nach dem hiesigen Verständnis muß nicht notwendigerweise von einer Vorschreibung seitens der Krankenanstalten ausgegangen werden bzw ist dies überhaupt nicht möglich. Vielmehr sollte die Landesgesetzgebung vorzusehen haben, daß die von den Krankenanstalten dem Landesfonds gemeldeten Daten von letzterem mit einer Punktebewertung zu versehen sind bzw eine von den Krankenanstalten bereits vorgenommene Punktebewertung überprüft wird und hierauf vom Landesfonds nach Maßgabe der zum jeweiligen Abrechnungszeitpunkt vorhandenen Mittel und unter Zugrundelegung der landesspezifischen Gewichtungsfaktoren (Berücksichtigung des Steuerungsbereiches), sohin also leistungsbezogen, die entsprechenden Mittel an die Krankenanstaltenträger überwiesen werden. Da im übrigen eine derartige Bestimmung über den Verfahrensablauf gänzlich fehlt, wird davon ausgegangen, daß dieser Regelungsbereich dem Landesgesetzgeber überlassen bleibt. Zum Begriff der "LKF-Gebühr" siehe die Ausführungen zu den Z 16 bis 19.

Zu Z 23:

Der vorliegende Entwurf versucht weitestgehend, die Systematik des geltenden Systems beizubehalten. In diesem Sinn ist im § 34 Abs 1 nach wie vor vorgesehen, daß durch entsprechende landesgesetzliche Anordnung der Betriebsabgang in einem bestimmten Verhältnis von Rechtsträger, Gemeinden und Land zu decken ist. Im

Abs 3 soll sichergestellt werden, daß die zur Deckung des Betriebsabganges Verpflichteten ihre Verpflichtung durch Zahlung ihres Anteiles an den Landesfonds erfüllen können, da in verschiedenen Ländern die Abwicklung der Beitragszahlungen von Gemeinden und Land nicht mehr in der bisherigen Form geschehen soll.
§ 34 Abs 3 scheint dem Erfordernis, eine andere Form der Abwicklung der Beitragszahlungen zu ermöglichen, nicht zu genügen bzw zu eng gefaßt zu sein. In den Verhandlungen am 23.7.1996 in Wien wurde den Ländervertretern zugesichert, § 34 KAG so zu ändern, daß die verschiedenen Systeme der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung ermöglicht werden.
Um sicherzustellen, daß das für das Land Salzburg entwickelte Modell, welches vor allem von jenem Prinzip getragen ist, das in der in der Art 15a B-VG-Vereinbarung vorgesehenen Schutzklausel zugunsten der Städte und Gemeinden seinen Ausdruck findet (keine Verschiebung der Anteile an der Aufbringung der Mittel und der Betriebsabgangsdeckung zuungunsten der Städte und Gemeinden), im Rahmen des Grundsatzgesetzes seine Deckung findet, sollte § 34 Abs 3 wie folgt lauten:
"(3) Abweichend von Abs 1 kann die Landesgesetzgebung auch anordnen, daß die in einem bestimmten Jahr vor Inkrafttreten der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung vom Land und den Gemeinden (Krankenanstaltensprengel und Beitragsbezirk) geleisteten Abgangsdeckungsbeiträge valorisiert dem Landesfonds zufließen und von diesem leistungsorientiert vergeben werden können."

Zu Z 29:

Im § 58 Abs 1 sind die den Ländern zustehenden Zweckzuschüsse im Hundertsatzverhältnis aufgegliedert. Abs 2 sieht für die vorschußweise Bereitstellung sowie für die Abrechnung vor, daß sich dies nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder an der Umsatzsteuer richtet.
Eine derartige Verteilung würde aber zwangsläufig zu einem anderen als dem im Abs 1 dargelegten und ausverhandelten Schlüssel führen. Es wären daher im Abs 2 erster Satz die Worte "an der Umsatzsteuer" zu streichen oder klärend festzuhalten, daß die

Aufteilung der Zweckzuschüsse gemäß § 57 Abs 1 Z 1 auf die Länder nach dem im § 58 Abs 1 genannten Hundertsatzverhältnis zu erfolgen hat.
Die im § 59a Z 3 und 6 erwähnten Aufgaben des Strukturfonds dürfen nur im Einvernehmen mit den Ländern wahrgenommen werden.

Zu Z 30:

Im § 59d ist vorgesehen, daß nicht nur bei maßgeblichen Verstößen gegen den Krankenanstaltenplan einschließlich des Großgeräteplanes der Strukturfonds den entsprechenden Länderanteil aus den Mitteln gemäß § 57 Abs 2 zurückzuhalten hat, sondern generell bei Verstößen gegen die Dokumentationspflicht auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen. Die Maßnahme soll so lange dauern, bis der Landesfonds Maßnahmen zur Herstellung des plan- bzw gesetzeskonformen Zustandes gegenüber den Krankenanstalten eingeleitet hat.
Diese Bestimmung stellt de facto eine Strafbestimmung dar, die sich nicht nur gegen den Fonds, sondern gegen das ganze Land richtet, und ist auch nicht im Rahmen der Art 15a B-VG-Vereinbarung akkordiert!
Es wäre daher jener Passus, der sich auf Verstöße gegen die Dokumentationspflicht bezieht, ersatzlos zu streichen. Im übrigen wird auf die im § 12 ohnehin vorgesehene Strafbestimmung verwiesen.
Die Zahl von 20 Mitgliedern gemäß § 59g Abs 2 kann in Anbetracht der im einzelnen aufgezählten Mitglieder nicht nachvollzogen werden.

Zu Art V:

In Anbetracht der kurzen bis Jahresende noch zur Verfügung stehenden Zeit erscheint der im Abs 1 im Hinblick auf die Erlassung des Ausführungsgesetzes vorgesehene Termin nicht einhaltbar, der Inkraftsetzungszeitpunkt auf Grund einer rückwirkenden Inkraftsetzung jedenfalls möglich.
Die im Abs 2 gesetzte Frist erscheint in Anbetracht der Tatsache, daß diese Regelung frühestens mit 1.1.2001 in Kraft treten könnte, als knapp bemessen.

2. Zum Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen:

Die Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG-Vereinbarung über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 sieht in mehreren Punkten vor, daß bestimmte Daten (Diagnose- und Leistungsdokumentation im spitalsambulanten Bereich - § 6, Erfassung weiterer Daten - § 11) für den Landesfonds bzw die Länder erforderlich sind, um bestimmte Maßnahmen in die Wege zu leiten.

a) Art 13 Abs 7:
Abgeltung von Ambulanzleistungen im ambulanten Bereich im Rahmen der Landesfonds;

b) Art 23 Abs 1:
Regelung und Veränderungen der Leistungsangebote im stationären, ambulanten und niedergelassenen Bereich;

c) Art 24 Abs 4:
Leistungseinschränkungen im stationären, ambulanten und niedergelassenen Bereich.

Um diese Daten benützen zu können, ist vorzusehen, daß das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz den Bericht für die Diagnosen der ambulant zu behandelnden Fälle sowie über die dabei erbrachten ausgewählten medizinischen Einzelleistungen im Sinne des § 7 und weitere erfaßte Daten im Sinne des § 11 sowie daraus erstellte Auswertungen jährlich dem Land (oder dem Landesfonds) zu übermitteln hat.

Es wird weiter bemerkt, daß die Diagnosen- und Leistungsdokumentation vor allem im spitalsambulanten Bereich zu enormen Verwaltungsmehraufwendungen führen wird.

3. Zum Bundesgesetz, mit dem das Ärztegesetz 1984 geändert wird:

Der Entwurf muß in Zusammenhalt mit § 8 Abs 1 Z 3 KAG in der Fassung der entworfenen KAG-Novelle 1996 gelesen werden, wodurch im Land Salzburg Mehrkosten von rd 85 Mio S verursacht werden würden. § 8 Abs 1 Z 3 und somit auch die gegenständliche Änderung

des Ärztegesetzes werden nicht akzeptiert und die Beibehaltung des geltenden Rechtes gefordert.
Auf den zwischen den FAG-Partnern im Bereich des Gesundheits- und Krankenanstaltenwesens vereinbarten Konsultationsmechanismus wird verwiesen.

Unbeschadet dessen wird aus ärztlicher Sicht folgendes bemerkt:

Es ist medizinisch nicht nachvollziehbar, daß in den Fachrichtungen, die von der Möglichkeit der vorübergehenden Rufbereitschaft nicht ausgenommen sind, die Kenntnisse und Erfahrungen eines Turnusarztes ausreichend sein sollen, um akute Diagnostik, Einleitung notwendiger Therapien und Erstversorgung für den Zeitraum von 15 Minuten durchzuführen.
Da die Möglichkeit der Rufbereitschaft hauptsächlich für Nachtdienste angewendet werden soll, muß in Erinnerung gerufen werden, daß auch in den nicht ausgenommenen Sonderfächern, wie zB Augenheilkunde, HNO, Urologie, Orthopädie und anderen, schwerwiegende Notfallsituationen auftreten können, die eine sofortige fachärztliche Intervention erfordern. Gerade die allererste Untersuchung eines Notfallpatienten erfordert grundlegende Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik, um in der Folge überhaupt die richtige Therapie festzusetzen und durchzuführen. In derartigen Notsituationen spielen gerade die ersten Minuten eine wesentliche Rolle.
Es ist zB nicht vorstellbar, in welcher Weise ein Turnusarzt bei einem HNO-Patienten, der während der Nachtstunden eine postoperative arterielle Nachblutung erleidet, tätig werden soll.
Die Auflistung bedrohlicher Zwischenfälle ließe sich, gerade in Spezialfächern, fortsetzen.

Im § 2 Abs 2 Ärztegesetz 1984 ist ausdrücklich festgelegt, daß Turnusärzte bloß zur unselbständigen Ausübung ärztlicher Tätigkeiten unter Anleitung und Aufsicht der ausbildenden Ärzte tätig werden dürfen. Es ist gerade für den Turnusarzt unzumutbar, derart große Verantwortung übernehmen zu müssen, indem er gerade in den ersten Minuten bei Notfallpatienten fachärztliche Kompetenz aufbringen soll. Dies ist insb unter dem Aspekt nicht vorstellbar, da gerade in "kleineren Spezialfächern", wie zB HNO,

nur eine zweimonatige Ausbildungszeit für Turnusärzte vorgesehen ist. Wie ein Turnusarzt in dieser kurzen Zeit entsprechende Kenntnisse zur Akutversorgung von Patienten in lebensbedrohendem Zustand erlangen soll, entbehrt jeglicher realistischer Vorstellungskraft.

Es ist weiterhin nicht realistisch, daß Fachärzte, welche Rufbereitschaft haben, innerhalb von 15 Minuten tatsächlich beim Notfallpatienten eingelangt sind. In der Stadt Salzburg und in den Bezirken sind längere Anfahrtswege zu erwarten. Gerade bei Notfällen in der Nacht ist auch Zeit für bestimmte Tätigkeiten wie Ankleiden, Zurücklegung des Weges zum Auto, Umkleiden in der Krankenanstalt (zB OP-Kleidung) notwendig, sodaß die geforderten 15 Minuten nicht einhaltbar sind.
Auch stellt sich die Frage, in welcher Weise die Einhaltung der geforderten 15 Minuten überprüft werden soll.
Aus ärztlicher Sicht wird aber auch die Befürchtung geäußert, daß in den wenigen medizinischen Zentren, hauptsächlich Zentralkrankenanstalten, in welchen vom Patienten höchster medizinischer Standard erwartet werden darf, die Zulassung der Rufbereitschaft einen schwerwiegenden Einbruch der medizinischen Versorgungsqualität ermöglicht.

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