

**Sekretariat  
der Österreichischen Bischofskonferenz**

4/SN-74/ME XX. GP - Stellungnahme (gescanntes Original)

4/SN-74/ME<sub>2</sub>

A-1010 Wien, Rotenturmstraße 2

Wien, 1996 09 06

BK 256/1/96

**Beiliegend** werden 25 Ausfertigungen der Stellungnahme zum Entwurf einer Novelle zum Krankenanstaltengesetz, d.BG über die Dokumentation im Gesundheitswesen und Novelle zum Ärztegesetz d.Bundesministeriums f.Gesundheit u.Konsumentenschutz v.14.Aug.1996, GZ 65.083/8-I/A/96

- Kenntnisnahme
- direkte Erledigung
- Stellungnahme
- Rücksprache
- Weiterleitung
- Weitere Veranlassung
- Rücksendung

ohne Begleitschreiben an:

übermittelt.

- Zur freundlichen Information
- Im Sinne des Tel. Gesprächs vom .....
- In Beantwortung des Schreibens vom .....

An den  
Präsidenten des  
Nationalrates

Dr.Karl Renner-Ring 3  
1017 W i e n

GESETZENTWURF  
74 - GE/10 96  
Datum: 16. SEP. 1996  
Verf. 17.9.96

Mit besten Empfehlungen

Sekretariat der  
Österreichischen Bischofskonferenz

Uray Kopcsky

M. W. W. W.



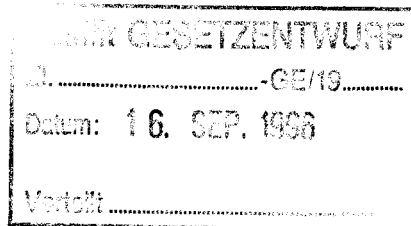
# Sekretariat der Österreichischen Bischofskonferenz

A-1010 Wien, Rotenturmstraße 2, Telefon 51 552/DW 280 - DVR-0029874(001)

BK 256/96

Wien, 1996 09 06

An das  
Bundesministerium für  
Gesundheit und Konsumentenschutz  
Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds  
Radetzkystraße 2  
1031 Wien



Betr.: Entwurf einer Novelle zum Krankenanstaltengesetz, des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen und Novelle zum Ärztegesetz - Stellungnahme

Mit Schreiben vom 14. August 1996, GZ 65.083/8-I/A/96 wurden die oben angeführten Entwürfe zur Begutachtung mit Frist bis 9. September 1996 ausgesandt.

Das Sekretariat der Österreichischen Bischofskonferenz übermittelt in der Beilage seine Stellungnahme mit dem dringenden Ersuchen, die vorgeschlagenen Änderungen zu berücksichtigen.

Dabei soll ausdrücklich betont werden, daß ein gutes Gelingen der Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung Voraussetzung für die weitere Existenz der in katholischer Trägerschaft befindlichen Krankenanstalten ist, welche, wie auch in der Stellungnahme dargelegt, einen beachtlichen Teil des Bettenangebots in Österreich verwalten und vertreten.

Schon aus diesem Grunde wird dringend ersucht, der beiliegenden Stellungnahme das nötige Gewicht beizumessen.

Wenn es auch im do. Schreiben vom 14. August 1996 nicht ausdrücklich gefordert war, werden dennoch 25 Ausfertigungen der Stellungnahme an den Präsidenten des Nationalrates mit gleicher Post übermittelt.



*Michael Wilhelm*

(Msgr. Dr. Michael Wilhelm)  
Sekretär  
der Bischofskonferenz

DR. CHRISTIAN KUHN  
DR. WOLFGANG VANIS  
RECHTSANWÄLTE

1010 WIEN · ELISABETHSTRASSE 22  
TELEFON 587 13 87-0 · TELEFAX 587 13 87/13  
CA-BV 0971 - 36063/00

## **STELLUNGNAHME ZUM ENTWURF DER KAG-NOVELLE 1996**

### I.

#### Allgemeine Bemerkungen

Die gesetzliche Regelung der Finanzierung der Krankenanstalten stellt einen äußerst komplexen Bereich dar, der sich schon bisher durch eine Aufsplitterung in zahlreichen Normen (Krankenanstaltengesetze, ASVG, Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfondsgesetz und zahlreiche andere Normen) auszeichnete. Schon bisher war die Rechtslage nur für einige mit der Materie ständig befaßte Fachleute überblickbar, für die Normunterworfenen, daß heißt für die Patienten und Rechtsträger von Spitälern, war und bleibt die Materie unlesbar und unverständlich, dies insbesondere in den Kernbereichen der Neuregelung. Diese Unübersichtlichkeit und Unlesbarkeit folgt aus dem Umstand, daß die KAG-Novelle nur einen - kleinen - Teil der gesamten Neuregelung beinhaltet, und daß die übrigen Teile der Neuregelung im Zeitpunkt des Begutachtungsverfahrens noch nicht in Form von Gesetzesentwürfen vorliegen. Dies gilt insbesondere für

- die gesetzliche Regelung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-Gebühren) auf die in der KAG-Novelle zwar wiederholt hingewiesen wird, die aber nirgendwo definiert ist;
- die Vereinbarung gemäß Art 15 a B-VG, die derzeit nur in einem nicht aktuellen Entwurf vorliegt;
- die erforderlichen Novellen der sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen;

- die erforderlichen Novellen des Landes-KAG.

Ziel jeder gesetzlichen Regelung sollte die klare und übersichtliche Ordnung eines Bereiches für alle von der Norm Betroffenen, im vorliegenden Fall also für Patienten, Rechtsträger von Krankenanstalten und Finanzierungseinrichtungen von Krankenanstalten darstellen. Diesen Ansprüchen wird die KAG-Novelle 1996 in keiner Weise gerecht:

- für die Patienten ist völlig unvorhersehbar, welche Kosten durch die Behandlung entstehen und wer diese trägt,
- für die Rechtsträger von Krankenanstalten ist völlig unvorhersehbar, welche Kostenersätze sie in Hinkunft erhalten werden und wer allenfalls entstehende Defizite trägt;
- lediglich für die Sozialversicherungsträger wird völlige Klarheit geschaffen, sie werden, völlig unabhängig von den tatsächlich von den Krankenanstalten erbrachten Leistungen, fixe Beträge leisten müssen, sodaß für die Sozialversicherungsträger jeder Anreiz wegfällt, in Hinkunft Einsparungen vorzunehmen.

Auf der anderen Seite sieht die KAG-Novelle ihr uneingeschränktes Heil in einer alles erfassenden Planung, die allerdings nicht auf bestehende Strukturen bedacht nimmt und auch durch keinerlei gesetzliche Rahmenbestimmungen determiniert ist. Nirgendwo kann man in der KAG-Novelle lesen

- in welcher Form der österreichische Krankenanstaltenplan erlassen wird und an welchen Zielen er sich orientiert;
- welches Verfahren der Erlassung des österreichischen Krankenanstaltenplanes vorangeht und

- welchen Rechtsschutz die Betroffenen, nämlich die seit Jahrzehnten oder Jahrhunderten bestehenden Krankenanstalten haben, wenn in für sie nicht vorhersehbarer und offensichtlich auch nicht begründungspflichtiger Weise in ihren Bestand eingegriffen wird.

Es ist zwar möglicherweise nicht ausdrücklich beabsichtigt, jedoch vorhersehbar, daß das Ergebnis dieser Entwicklung

- die totale Verstaatlichung der Krankenanstalten im Bereich der öffentlichen und gemeinnützigen Spitäler
- die Senkung der Qualität der Krankenversorgung und
- die Erhöhung der Verwaltungskosten

sein wird.

#### a) Totale Verstaatlichung der Krankenanstalten im Bereich der öffentlichen und gemeinnützigen Spitäler

Da es für die einzelnen Rechtsträger der Krankenanstalten, insbesondere jener, die sich nicht in der Trägerschaft von Gebietskörperschaften befinden, völlig unvorhersehbar ist, mit welchen Kostenersätzen sie in Zukunft rechnen können und wohl auch damit zu rechnen ist, daß diese Kostenersätze geringer sind als derzeit, Eigenmittel dieser Rechtsträger jedoch nur in unmaßgeblichem Umfang vorhanden sind, kann man sich ausrechnen, wie lange es noch derartige Krankenanstalten geben wird. Auch die Regelungen über die Betriebsabgangsdeckung, die bislang unverzichtbarer Teil der Sicherstellung des Betriebes der Krankenanstalten waren, werden deutlich verwässert, dies durch die Regelung, daß die Betriebsabgänge in den Landesfonds einbezahlt werden können und die entsprechenden Beträge dann offensichtlich vom Landesfonds nach eigenem Ermessen verteilt werden.

Es ist daher aus der Sicht des Konsumenten = Patienten, für den eine Angebotsvielfalt immer von Vorteil ist, zu befürchten, daß er früher oder später nur mehr auf staatliche Gesundheitseinrichtungen zurückgreifen kann.

#### b) Senkung der Qualität der Krankenversorgung

Auch das nunmehr einzuführende System ist von der Prämisse getragen, daß die Kostenersätze, die von den Ländertöpfen an die Rechtsträger der Krankenanstalten geleistet werden, nicht die tatsächlichen Kosten decken. Dies ergibt sich schon daraus, daß im vorhinein jene Beträge gesetzlich festgelegt werden, die in die Ländertöpfe einzubezahlen sind. Für die betroffenen Krankenanstalten kann es daher keine andere Möglichkeit geben, als ihr Leistungsangebot zu reduzieren, sofern sie nicht in unübersehbare Defizite hineinschlittern wollen. Daß dies nicht bloß für Krankenanstalten gilt, die sich nicht in der Rechtsträgerschaft von Gebietskörperschaften befinden, zeigt sich schon daraus, daß das Bundesland Wien - verständlicherweise - reklamiert, daß die im österreichischen Krankenanstaltenplan in den einzelnen Ländern vorgesehenen Behandlungskapazitäten Höchstzahlen und nicht Mindestzahlen darstellen sollen.

#### c) Erhöhung der Verwaltungskosten

Durch die Schaffung der neun Landestöpfe entsteht ein - vom Umfang derzeit nicht vorhersehbarer - Mehraufwand an Verwaltungskosten, dem voraussichtlich keine Einsparungen auf Seiten der Sozialversicherungsträger gegenüberstehen, weil es für diese keinen Anreiz für Einsparungen gibt. Auch auf Bundesebene wird es zu keinen Einsparungen kommen, weil für die bisherige KRAZAF-Verwaltung andere Aufgaben vorgesehen sind. Dem "Mehr" an Verwaltungsaufwand steht allerdings kein "Mehr" an Finanzmitteln gegenüber, sodaß die tatsächlich für die Krankenanstalten zur Verfügung stehenden Mittel eher weniger werden.

Vielmehr ist damit zu rechnen, daß auf Landesebene neun neue Verwaltungsapparate für die Abrechnung der Krankenhauskosten entstehen, zumal aufgrund des schon derzeit bestehenden Spannungsverhältnisses zwischen Sozialversicherungsträgern und Gebietskörperschaften nicht damit zu rechnen ist, daß das Personal der Sozialversicherungsträger von den jeweiligen Ländern übernommen wird oder daß die jeweiligen Länder die Sozialversicherungsträger mit der Verwaltung bevollmächtigen.

Insbesondere das im Entwurf vorliegende "Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen" schafft einen Mehraufwand, der sich nicht anders als in zahlreichen Dienstposten widerspiegeln kann.

Durch die vorstehenden Ausführungen soll nicht der Eindruck erweckt werden, daß eine leistungsorientierte Form der Krankenanstaltenfinanzierung abgelehnt wird, ganz im Gegenteil:

Nur die tatsächlich leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung ist eine gerechte Form der Finanzierung. Durch die KAG-Novelle 1996 wird allerdings keine leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung eingeführt, sondern es wird lediglich den Ländern ein weitgehend undeterminierter Freiraum eingeräumt, die bisher zur Verfügung stehenden Mittel anders - allerdings nicht unbedingt leistungsorientiert - zu verteilen. Dies ergibt sich insbesondere aus dem Kernstück der Novelle, nämlich der Regelung des § 27 b, wonach zahlreiche Qualitätskriterien bei der Gestaltung des LKF-Steuerungsbereiches eingeführt werden können ohne, daß das Ausmaß der Gewichtung in irgendeiner Weise begrenzt wäre.

Schließlich ist noch auf folgenden Umstand hinzuweisen:

Die kirchlichen Rechtsträger halten rund 1/5 aller österreichischen Spitalsbetten vor. Dennoch waren kirchliche Einrichtungen in die Gesetzgebungsphase in keiner Weise einbezogen. Die im Begutachtungsverfahren gesetzte Frist von drei Wochen grenzt daher an eine Zumutung, dies umso mehr, als die



KAG-Novelle 1996 nur einen Teil der gesamten Neuregelung darstellt. Eine vollständige Stellungnahme würde in jedem Fall die Kenntnis des endgültigen Textes der Art 15 a B-VG-Vereinbarung voraussetzen. Der - inzwischen schon wieder überholte - Entwurf in der Fassung vom 30.7.1996 ist der Österreichischen Bischofskonferenz erst nach Urgenz und 10 Tage vor Ablauf der Frist für das vorliegende Begutachtungsverfahren zugegangen.

## II.

### Bemerkungen zu einzelnen Bestimmungen der KAG-Novelle 1996

#### 1. Zu § 3 Absatz 2 a

Bei der Erteilung von neuen krankenanstaltenrechtlichen Bewilligungen für Krankenanstalten, die beabsichtigen, öffentliche Mittel in Anspruch zu nehmen, ist nunmehr auch zu prüfen, ob die Errichtung "sowohl dem österreichweit einheitlichen und verbindlichen österreichischen Krankenanstaltenplan einschließlich des Großgeräteplanes als auch dem jeweiligen auf der Grundlage des österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes von jedem Land als Verordnung zu erlassenden Landeskrankenanstaltenplan entspricht."

Die sich auf den österreichischen Krankenanstaltenplan beziehenden Worte "österreichweit einheitlich" sind irreführend und wären zu streichen.

Es wäre hingegen klarzustellen, daß der österreichweite Krankenanstaltenplan zwischen dem Bund und den Ländern einvernehmlich festzulegen ist, und zwar in der Rechtsform einer Verordnung des Gesundheitsministers, die erst nach Zustimmung aller Bundesländer erlassen werden darf.

Darüberhinaus sollte ein rechtsstaatlichen Grundsätzen entsprechendes Verfahren im Zuge der Erlassung und der laufenden Anpassung des Krankenanstaltenplanes vorgesehen werden dürfen; weiters sollten auch die Kriterien geregelt

werden, die bei Erlassung und Änderung des Planes jedenfalls zu berücksichtigen sind. So sollte beispielsweise gesetzlich definiert werden, daß der Krankenanstaltenplan auch unter den Aspekten der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu errichten ist, daß heißt, es sollten nicht jene Abteilungen geschlossen werden dürfen, die besonders wirtschaftlich und sparsam arbeiten.

#### 2. Zu § 4 Absatz 1

Die Bindung der Bewilligung auch von Veränderungen von Krankenanstalten an die Vorgaben des jeweiligen Landes bewirkt, daß die Autonomie der Rechtsträger extrem eingeschränkt wird. Ein rasches Reagieren auf aktuelle Bedürfnisse wird damit unmöglich gemacht. Wegen der allgemein gehaltenen Formulierung der entsprechenden Bestimmung wäre es demnach beispielsweise auch bewilligungspflichtig, wenn das Leistungsangebot einer Krankenanstalt eingeschränkt wird. Da in keiner Weise vorhersehbar ist, welche tatsächlichen Zahlungsflüsse aufgrund des neuen Finanzierungssystems stattfinden, sollte die Regelung jedenfalls dahingehend angepaßt werden, daß die Übereinstimmung mit dem jeweiligen Plan nur dann Voraussetzung für die Bewilligung der Änderung ist, wenn die Änderung für die betreffende Krankenanstalt mit einer Aufwandserhöhung verbunden ist. Die Einschränkung des Leistungsangebotes sollte nicht nur dann zulässig sein, wenn sie dem Plan entspricht. Die Rechtsträger dürfen aufgrund der Planung nicht gezwungen werden, bestimmte Abteilungen oder Einrichtungen zu betreiben.

#### 3. Zu § 6 Absatz 1

Tagesklinik und Nachtklinik werden offensichtlich als "teilstationärer Bereich" definiert, Begriffe, die im Gesetz nirgendwo erläutert sind. Klargestellt werden sollte, was der Unterschied zwischen Tagesklinik und Ambulanz ist, da sich hieraus Auswirkungen auf die Finanzierung ergeben.

#### 4. Zu § 7 a Absatz 3

Die diesbezügliche Regelung ist eine sachlich nicht gerechtfertigte Einschränkung, weil schon bisher die

Möglichkeit bestand, entsprechende Departments "außerhalb von Universitätskliniken" zu bilden, und zwar uneingeschränkt auf allen Abteilungen (z.B. § 10 Wiener KAG). Die Bildung von Departments sollte daher auch bundesgesetzlich uneingeschränkt möglich bleiben.

#### 5. Zu § 8 Absatz 1

Entgegen der offensichtlichen Absicht des Gesetzgebers führt die nunmehrige Regelung nicht zu einer Reduktion des Aufwandes, sondern zu einer Aufwandserhöhung.

Bisher war es zumindest strittig, ob - wenn es sachlich gerechtfertigt war - fachärztliche oder bloß ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar sein mußte. Nunmehr ist für die in § 8 Abs (1) Ziff 3 genannten Abteilungen jedenfalls die dauernde Anwesenheit eines Facharztes des betreffenden Sonderfaches gefordert, dies auch dann, wenn sich aus der Natur des Patientengutes keine diesbezügliche Notwendigkeit für die betreffende Krankenanstalt rechtfertigen läßt und bisher eine klaglose Funktion auch dann gegeben war, wenn bloß Ärzte (und nicht Fachärzte) in der Krankenanstalt erreichbar waren. Durch die für die betreffenden Abteilungen normierte undifferenzierte Notwendigkeit der Anwesenheit von Fachärzten wird eine deutliche Erhöhung des Personalaufwandes eintreten, der kein wesentlicher Vorteil gegenübersteht. Eine derartige Gesetzgebung ignoriert die Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit.

Die dauernde Anwesenheit von Fachärzten sollte auf die Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten

- für Anästhesiologie und Intensivmedizin
- Unfallchirurgie und
- Neurochirurgie

eingeschränkt werden.

Im übrigen sollte es ausreichend sein, wenn ein entsprechender Facharzt binnen 30 Minuten in der Krankenanstalt anwesend ist und bis dahin entweder durch einen Turnusarzt, der bereits über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt, vertreten wird oder durch einen sonstigen Arzt, der über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt.

Im übrigen schießt die Regelung wieder insoweit über das Ziel hinaus, als sich die Erreichbarkeitsregelung in der Praxis wohl nur während der Nachtzeit und an Wochenenden bewährt hat. Während der üblichen Kernarbeitszeit auf den Fachabteilungen wird wohl immer ein entsprechender Facharzt anwesend sein.

Diese Regelung steht auch in Widerspruch mit dem Entwurf der Vereinbarung nach Art 15a B-VG, wonach ohne Zustimmung der Länder keine bundesgesetzlichen Regelungen eingeführt werden, die zu einer zusätzlichen Belastung der Krankenanstalten führen.

#### 6. Zu § 10

Diese Bestimmung ist überflüssig, ein Einsichtsrecht genügt.

#### 7. Zu § 10 a und b

Die Regelung des § 10 a ist im Rahmen der derzeitigen Verfassungslage nicht haltbar. Für den ÖKAP fehlt jede gesetzliche Grundlage.

Das nunmehr vorgesehene strikte Planungskorsett wird jegliches bedarfsorientiertes und individuelles Vorgehen zumindest kurzfristig ausschließen und daher im Ergebnis zu einer Verteuerung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung führen.

Der in § 10 a Ziff 2 verwendete Begriff der "Akutkrankeanstalten" sollte entweder definiert oder nicht verwendet werden.

Die in § 10 a Ziff 4 normierte Voraussetzung, daß Tageskliniken nur an Standorten von bzw. im organisatorischen Verbund mit gut erreichbaren bettenführenden Abteilungen eingerichtet werden

sollen, ist nicht begründbar. Die Begriffe "gut erreichbar" und "dislozierter Lage" (§ 10 a Ziff 5) sind zu unbestimmt und daher abzulehnen. Zu § 10 a Ziff 5 ist weiters zu bemerken, daß der Begriff "dislozierter Lage" auch insoweit unklar ist, als damit sowohl gemeint sein könnte, daß es sich um eine dislozierte Lage zu einer anderen Krankenanstalt oder zu einem besiedelten Gebiet handelt.

Auch Ziff 6 ist inhaltsleer, weil keine Aussage darüber getroffen wird, bei welcher Größe einer bettenführenden Abteilung oder sonstigen Organisationseinheit eine medizinisch und wirtschaftlich sinnvolle Versorgung gewährleistet wird. Dies kann in derart genereller Form überhaupt nicht ausgesagt werden.

Auch innerhalb dieses Systems stellt § 10 a Ziff 7 einen Systembruch dar, wenn die Tätigkeit von Konsiliarärzten offensichtlich eingeschränkt werden soll. Durch den Einsatz von Konsiliarärzten konnten bisher Kosten eingespart werden; es ist nicht einzusehen, warum dies eingeschränkt werden soll. Ziff 7 wäre daher ersatzlos zu streichen.

Zu § 10 a Ziff 8 gehört klargestellt, daß dadurch der Charakter des bestehenden Krankenanstalten-Typs nicht verändert werden darf (§ 27 b Abs 2 Ziff 3).

#### 8. Zu § 11 Absatz 2

Hier wäre legislativ klarzustellen, daß gemeint ist, daß bei bezuschußten Krankenanstalten die wirtschaftliche Aufsicht statt durch die Landesregierung auch durch den Fonds wahrgenommen werden kann.

#### 9. Zu § 12

Die Regelung des § 12, die vorsieht, daß Errichtungs- und Betriebsbewilligungen auch dann zurückgenommen werden können, wenn die Übereinstimmung mit dem österreichischen Krankenanstaltenplan und dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan nicht mehr gegeben ist, eröffnet eine bisher nicht da

gewesene Eingriffsmöglichkeit in rechtskräftig erteilte Bewilligungen, die sachlich in dieser Allgemeinheit nicht zu rechtfertigen ist. Die Regelung führt auch zu einer Ungleichbehandlung zwischen bezuschuften und nicht-bezuschuften Spitälern, weil die Übereinstimmung mit den entsprechenden Plänen nur bei bezuschuften Spitälern Voraussetzung für die Erteilung der Betriebsbewilligung ist, bei den nicht-bezuschuften Spitälern jedoch nicht. Systemkonform wäre daher nur eine Regelung dahingehend, daß die Bezuschußung dann reduziert oder mit nicht-öffentlichen bzw. nicht-gemeinnützigen Spitälern gleichgestellt wird, wenn die entsprechenden Pläne nicht eingehalten werden. Die Sanktion der Zurücknahme von Errichtungs- und Betriebsbewilligungen geht zu weit.

Der Eingriff in bestehende krankenanstaltenrechtliche Errichtungs- und Betriebsbewilligungen ist grundsätzlich abzulehnen, da durch ihn wohlerworbene Rechte beeinträchtigt werden und Strukturen, die unter Inanspruchnahme öffentlicher Mittel und Eigenmittel geschaffen wurden, mutwillig und sinnlos zerstört werden. Um gewünschte Einsparungseffekte zu erzielen, wäre es ausreichend, die Grundsätze der Planung bei künftigen krankenanstaltenrechtlichen Bewilligungen zu berücksichtigen. Es gibt genügend derzeit in Planung befindliche Projekte, die noch einer Revision unterzogen werden können; ein Eingriff in bestehende Rechte und Strukturen ist zu weitgehend.

Dem Gesetzgeber scheint die Einhaltung der Planung die absolute Maxime zu sein; nach § 12 Abs (3) kann die Betriebsbewilligung zurückgenommen werden, wenn schwerwiegende Mängel trotz Aufforderung nicht behoben werden, nach § 12 Abs (2) ist die Bewilligung jedoch zurückzunehmen, wenn der Plan nicht eingehalten wird.

Zu § 12 Abs (4) wäre klarzustellen, daß die Durchführung des ÖKAP erst bis zum Jahr 2005 abgeschlossen zu sein hat; dies ergibt sich aus der derzeit maßgeblichen Fassung des Österreichischen Krankenanstaltenplanes (Punkt 2 Zielvorstellungen).

10. Zu § 15

Kein Einwand

11. Zu § 16 Absatz 1 lit e

Hier wäre klarzustellen, ob LKF-Gebühren und/oder kostendeckende LKF-Gebühren gemeint sind.

12. Zu § 19 Absatz 1

Kein Einwand

13. Zu § 27

Nach dem System des Gesetzes wird es in Hinkunft

- LKF-Gebühren
- Kostendeckende LKF-Gebühren
- Pflegegebühren
- möglicherweise auch kostendeckende Pflegegebühren

geben.

Darüber hinaus soll der Landesgesetzgebung anscheinend ein Wahlrecht eingeräumt werden, ob und welche Krankenanstalten die Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse

- durch kostendeckende LKF-Gebühren oder
- durch Pflegegebühren

abgegolten werden.

Schließlich soll anscheinend durch die Landesgesetzgebung festgelegt werden können, für welche Gruppen von Patienten (sozialversicherte Patienten und "allfällige weitere festzulegende Gruppen von Pflinglingen") nach LKF-Gebühren abgerechnet werden.

Diese Regelung kann zu einer chaotischen Zersplitterung der Leistungsverrechnung führen und wäre deutlich einzuschränken.

In § 27 Abs (1) wäre im letzten Satz klarzustellen, daß damit alle Leistungen der Krankenanstalt für Patienten der allgemeinen Gebührenklasse abgegolten sind.

In § 27 Abs (3) ist erstmals davon die Rede, daß bei der Berechnung des Schillingwertes je LKF-Punkt die dort genannten Kriterien einzuhalten sind. Hier wäre zuerst klarzustellen wer den Schillingwert je LKF-Punkt festsetzt und in welchem Verhältnis Schillingwert je LKF-Punkt zu den kostendeckenden LKF-Gebühren steht. Welchem Zweck soll die Ermittlung der kostendeckenden LKF-Gebühren und der Pflegegebühren überhaupt dienen?

§ 27 Abs 3 sollte dahingehend geändert werden, daß Abschreibungen bei der Berechnung des Schillingwertes der kostendeckenden LKF-Gebühren zu berücksichtigen sind.

Zu § 27 Abs 5 wäre klarzustellen, daß dies nicht für Zusatzleistungen gilt, die vom Patienten ausdrücklich gewünscht werden (z.B. Telefon, Fernsehen, Zusatzverpflegung etc).

Bisher konnten die Spitäler für mitversicherte Patienten 10 % der Pflegegebührenersätze im Bereich der größten Sozialversicherungen zusätzlich verrechnen. Wenn derartige Beträge in Hinkunft nicht mehr verrechnet werden können, entgehen den Spitälern Millionenbeträge, ohne daß auf der anderen Seite erhöhte Beiträge von den Sozialversicherungsträgern an die Landestöpfe zu leisten sind.

#### 14. Zu § 27 a

Hier wäre es wesentlich naheliegender, den derzeit maßgeblichen Schillingwert einzusetzen und nicht jenen, der im Jahre 1988 maßgeblich war.



15. Zu § 27 b

Es bleibt offen, ob sich die LKF-Regelung auch auf Patienten bezieht, die im teilstationären Bereich (Tagesklinik, Nachtklinik) untergebracht werden.

In § 27 b Abs (1) Ziff 1 bleibt offen, wer im LKF-Kernbereich die LKF-Punkte für den einzelnen Pflegling ermittelt.

Undefiniert bleibt die Abgrenzung zwischen LKF-Kernbereich und LKF-Steuerungsbereich.

Der in § 27 b Abs (2) Ziff 3 enthaltene Hinweis, daß "nur" die dort genannten Qualitätskriterien möglich sind, ist irreführend, weil keinerlei Begrenzung der Gewichtung der genannten - nicht näher definierten - Qualitätskriterien vorgesehen ist und sich diese teilweise überschneiden. Die Regelung läuft darauf hinaus, daß der jeweilige Landesfonds beliebig gewichten kann. Klarzustellen wäre, was unter dem Begriff "Krankenanstalten-Typ" zu verstehen ist.

Es fehlt eine Regelung darüber, daß von den Landesfonds auch Investitionszuschüsse bereitgestellt werden können.

Zu § 27 b Abs (5) wird nochmals darauf hingewiesen, daß die dort vorgesehene Sanktion viel zu weitgehend ist und sich keinesfalls auf die gesamte Krankenanstalt beziehen darf. Daß der Träger einer Krankenanstalt zur Gänze den Anspruch auf das gesetzliche Entgelt verliert, wenn er in irgendeinem untergeordneten Bereich nicht den Bestimmungen eines Plans entspricht, ist weit überschießend. Darüber hinaus kann es keinesfalls darauf ankommen, daß eine Übereinstimmung mit "Zielen" der genannten Pläne besteht, sondern nur darauf, daß konkrete Anforderungen der genannten Pläne nicht eingehalten werden. Die Ziele der genannten Pläne sind erst bis zum Jahr 2005 einzuhalten.

16. Zu § 28

§ 28 Abs (1) sieht vor, daß das österreichweit einheitliche System der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems dann in der aktuellen Fassung im Landesgesetzblatt kundzumachen ist, wenn auch außerhalb des Landesfonds LKF-Gebühren zur Verrechnung gelangen. Diese Formulierung könnte bedeuten, daß dann, wenn sich irgendeine - beispielsweise nicht-öffentliche Krankenanstalt - entschließt, nach LKF-System abzurechnen, eine entsprechende Verpflichtung des Landesgesetzgebers entsteht. Es ist allerdings nirgendwo geregelt, wo das österreichweit einheitliche System der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen kundgemacht wird. Aus § 28 Abs (1) kann der Unterschied zwischen kostendeckender LKF-Gebühr und LKF-Gebühr nicht abgeleitet werden. Das Produkt der für den einzelnen Pflegling ermittelten LKF-Punkte mit dem Schillingwert je LKF-Punkt stellt wohl den zur Verrechnung gelangenden Schillingwert dar.

Welchem Zweck dient die in § 28 Abs (2) vorgesehene Festsetzung von kostendeckenden LKF-Gebühren; anscheinend ist diese bei der Honorierung von Selbstzahlern zugrunde zu legen, wenn sich das entsprechende Krankenhaus bzw. das entsprechende Land dafür entscheidet, diese nicht nach kostendeckend ermittelten Pflegegebühren abzurechnen.

Unrichtig ist jedenfalls § 28 Abs 1 zweiter Satz, wo von einem "von der Landesregierung festgelegten Schillingwert je LKF-Punkt" die Rede ist. Es fehlt die Klarstellung, daß die Landesregierung den von der Krankenanstalten ermittelten kostendeckenden Schillingwert festzusetzen hat (bisher § 28 Abs 1 zweiter Satz).

17. Zu § 28 Abs (4) - (8)

Die in § 28 Abs (4) - (8) erwähnten Verträge haben kaum mehr eine praktische Bedeutung, es sei denn, es entschließt sich ein Land für die Abrechnung nach Pflegegebühren.

Die Regelung und insbesondere ihr Anwendungsbereich ist völlig unverständlich.

Es fehlt eine Regelung darüber, die ausschließt, daß die Sozialversicherungsträger während der Maßgeblichkeit des LKF-Systems bestehende Verträge aufkündigen, dies auch bei nicht-bezuschuften Krankenanstalten. Auf diese Weise könnten die Sozialversicherungsträger ihre Leistungen insgesamt reduzieren, weil eine Reduktion der Leistungen bei nicht-bezuschuften Spitälern nicht zu einer Erhöhung der Leistungen der Sozialversicherungsträger an die Landesfonds führt.

An geeigneter Stelle sollte eine Regelung getroffen bzw. eine Ermächtigung der Landesgesetzgebung eingeräumt werden, Schiedskommissionen einzuführen, die über Streitigkeiten zwischen Krankenanstalten und der Landesfonds zu entscheiden haben.

18. Zu § 29

Kein Einwand

19. Zu § 30

Kein Einwand

20. Zu § 32

Kein Einwand

21. Zu § 34

§ 34 Abs (1) sieht vor, daß die Anteile des Beitragsbezirkes, des Krankenanstaltensprengels und des Bundeslandes bei der Betriebsabgangsdeckung so festzusetzen sind, daß sie zusammen mindestens die Hälfte des Betriebsabganges decken. § 34 Abs (3) regelt allerdings, daß der zur Deckung des Betriebsabganges Verpflichtete seine Verpflichtung durch Zahlung seines Anteiles an den Landesfonds erfüllen kann. Es bleibt allerdings offen, wie diese Betriebsabgangsdeckungsbeiträge vom Landesfonds verteilt werden müssen. § 34 Abs (3) könnte dazu führen, daß

die einzelne Krankenanstalt weniger als 50 % (oder des jeweils landesgesetzlich geregelten Prozentsatzes) des Betriebsabganges im Ergebnis ersetzt bekommt und wäre daher ersatzlos zu streichen. Von einer Betriebsabgangsdeckung wäre sonst keine Rede mehr.

Die Regelung wird von einzelnen Bundesländern bereits dahingehend gelesen, daß auch die Rechtsträger, ja sogar die privaten Rechtsträger, verpflichtet seien, ihren Anteil am Betriebsabgang in den Landestopf einzuzahlen.

Die Regelung, die zu zahllosen Mißverständnissen Anlaß ist, wäre hinsichtlich der Zahlung der Betriebsabgänge ersatzlos zu streichen. Der Anspruch auf Betriebsabgangsdeckung muß ein öffentlich-rechtlicher Anspruch des Trägers der Krankenanstalt gegenüber dem Land bleiben.

Eine derartige Regelung war im politischen Grundkonsens vom 29.3.1996 nicht enthalten.

22. Zu § 35 Absatz 2

Kein Einwand

23. Zu § 36 Absatz 2

Kein Einwand

24. Zu § 42

Die Regelung ist überflüssig und verursacht sinnlosen Mehraufwand.

25. Zu § 48

Die Regelung ist unsachgemäß und widerspricht der bisherigen Praxis. Der Anspruch sollte zur Gänze auf den Landesfonds übergehen, der Landesfonds sollte seinerseits verpflichtet sein, die diesbezüglichen Leistungen der Spitäler direkt zu honorieren.

26. Zu § 57 - 58

Kein Einwand, soferne die Regelung dem politischen Konsens entspricht und eine sachgerechte Regelung für die USt-Vergütung erfolgt, die über das Jahr 2000 hinausgehen muß.

27. Zu § 59 und 59 a

Kein Einwand

28. Zu § 59 b - 59 j

In § 59 g sollte das bisherige System der Beschlußfassung im Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds übernommen werden. In § 59 g Abs (2) sollte die Zahl der Mitglieder auf 25 korrigiert werden.

## III.

Bemerkungen zum Entwurf des Bundesgesetzes über  
die Dokumentation im Gesundheitswesen

Für jene Krankenanstalten, die die Patientenabrechnung derzeit noch nicht im Wege der elektronischen Datenverarbeitung erstellen, ist die Erfassung und Übermittlung der geforderten Daten - soweit sie bisher nicht vorgesehen war (z.B. Ambulanzleistungen) - ab 1. Jänner 1997 unmöglich. In jenen Spitälern, in denen die Patientenabrechnung über elektronische Datenverarbeitung durchgeführt wird oder der Aufbau der elektronischen Datenverarbeitung projektiert ist, würde die Datenerfassung und Datenübermittlung im Sinne des vorliegenden Gesetzesentwurfes, Systemerweiterungen und Systemumstellungen bedingen, die einen Zeitaufwand von zumindest einem Jahr erfordern.

Die Umsetzung des genannten Bundesgesetzes erfordert daher jedenfalls erhöhte Personalaufwendungen und einen Übergangszeitraum von mindestens 1 Jahr.

## IV.

Hinweise zum Bundesgesetz, mit dem das Ärztegesetz  
1984 geändert wird

Diesbezüglich wird auf die Ausführungen zu § 8 Absatz 1 der KAG-Novelle 1996 verwiesen.

Der Hinweis, daß durch den Gesetzesentwurf weder dem Bund noch den sonstigen Gebietskörperschaften Kosten entstehen, sondern dieser bei allen Trägern von Krankenanstalten zu Einsparungen auf dem Personalsektor führt, zeigt, daß die Verfasser des Gesetzes über die tatsächlichen Verhältnisse im Krankenanstaltenbereich nicht vollständig informiert sind. Die offensichtliche Annahme der Gesetzesverfasser, daß in allen österreichischen Krankenanstalten rund um die Uhr Fachärzte auf allen Abteilungen anwesend sind, entspricht weder der derzeitigen Rechtslage noch der Wirklichkeit. Tatsächlich wird die Neuregelung daher zu einem erheblichen Kostenanstieg im Personalbereich (Ärzte) führen und ist in dieser Form abzulehnen.

Wien, den 4.9.1996

Dr. Christian Kuhn

K/r/krank01