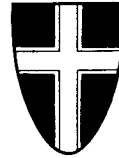


WIENER LANDESREGIERUNG



Dienststelle MD-Verfassungs- und
Rechtsmittelbüro

Adresse 1082 Wien, Rathaus

Telefonnummer 4000-82 317

MD-VfR - 1235/96

Wien, 9. September 1996

Entwurf eines

1. Bundesgesetzes, mit dem das
Krankenanstaltengesetz (KAG-
Novelle 1996) geändert wird,
2. Bundesgesetzes über die
Dokumentation im Gesundheits-
wesen,
3. Bundesgesetzes, mit dem
das Ärztegesetz 1984 geändert
wird;
Begutachtung;
Stellungnahme

SCHMIDT-GESETZENTWURF	
Zl. 74	-GE/10. P/B
Datum: 16. SEP. 1996	
Verteilt: 17.9.96 A	

Ulrich Kopyesky

zu GZ 65.083/8-I/A/96

An das
Bundesministerium für Gesundheit
und Konsumentenschutz

Zu den mit Schreiben vom 14. August 1996, GZ 65.083/8-I/A/96,
übermittelten Entwürfen der im Betreff genannten Bundesgesetze
wird nach Anhörung des Unabhängigen Verwaltungssenates Wien wie
folgt Stellung genommen:

I. GRUNDSÄTZLICHES

1.) Zu den übermittelten Entwürfen muß der grundsätzliche Vor-
behalt angemeldet werden, daß die vorliegenden Entwürfe in un-
trennbarem Zusammenhang mit der abzuschließenden Vereinbarung
nach Art. 15a B-VG stehen, über deren Inhalt es noch erhebliche

- 2 -

Auffassungsunterschiede gibt. Die Entwürfe stehen auch im Zusammenhang mit notwendigen Änderungen sozialversicherungsrechtlicher Bestimmungen, die nicht einmal als Entwurf vorliegen.

Eine abschließende Beurteilung ist daher erst nach Vorliegen aller beabsichtigten Rechtsquellen möglich, sodaß zu fordern ist, die vorliegenden Gesetzesentwürfe nach Überarbeitung und Abstimmung mit den anderen Rechtsquellen nochmals zur Begutachtung auszusenden. Dies ist deswegen unerlässlich, weil nur so beurteilt werden kann, ob die getroffenen Vereinbarungen richtig umgesetzt werden.

2.) Es wäre anzunehmen, daß so weitreichende Änderungen des Krankenanstaltenrechtes, wie sie durch die Vereinbarung über die Neuordnung der Krankenanstaltenfinanzierung ab 1. Jänner 1997 erforderlich sind, Anlaß genug wären, die gesamte Rechtsmaterie grundsätzlich zu überarbeiten und unverständliche oder sogar widersprüchliche Regelungen zu eliminieren, auch wenn sie in keinem oder nur entferntem Zusammenhang mit den Neuerungen ab 1. Jänner 1997 stehen (z.B. §§ 18 Abs. 1 oder 27 Abs. 3 KAG).

Mit den vorliegenden Entwürfen wird lediglich der Versuch unternommen, die notwendigsten Anpassungen an die vermeintlichen Vereinbarungsinhalte der noch abzuschließenden Vereinbarung nach Art. 15a B-VG vorzunehmen. Die Art und Weise dieser Anpassung wird in weiten Bereichen unter Außerachtlassung der bisherigen Rechtssystematik vorgenommen und führt zur völligen Unverständlichkeit einzelner Regelungen (z.B. §§ 27 ff. KAG).

Die Stellungnahme bezieht sich deshalb nicht nur auf die in den Entwürfen vorgesehenen Regelungen, sondern - soweit notwendig oder zweckmäßig - auch auf die bestehende Rechtslage, auch wenn sie durch die Entwürfe keine Änderung erfahren soll.

- 3 -

3.) Selbst unter Berücksichtigung, daß die in einem Grundsatzgesetz enthaltenen Regelungen nicht so bestimmt sein dürfen, daß sie unmittelbar vollziehbar wären, stellen die im vorliegenden Entwurf der KAG-Novelle 1996 teilweise ungenügend präzisierten Änderungen den Landesgesetzgeber in Ausführung der Grundsätze vor schier unlösbare Probleme. Besonders gilt dies für jene Bestimmungen des Entwurfs, die mit dem Österreichischen Krankenanstaltenplan (ÖKAP) im Zusammenhang stehen, noch dazu, wo doch die Frage der rechtlichen Qualität des ÖKAP nicht nur für die Begutachtung, sondern vor allem auch für die sich aus der Art. 15a B-VG-Vereinbarung für Bund und Länder ergebenden Verpflichtungen von zentraler Bedeutung ist.

4.) Weiters ist zu bemerken, daß Art. 15a B-VG-Vereinbarungen nur die Vertragspartner (also Bund und Länder) binden und keinesfalls Rechte und Pflichten für den einzelnen Staatsbürger schaffen. Daher sollten alle Bestimmungen im vorliegenden Entwurf der KAG-Novelle 1996, die einen Verweis auf die Art. 15a B-VG-Vereinbarung enthalten und teilweise den Eindruck vermitteln, daß die Art. 15a B-VG-Vereinbarung für die Krankenanstalten unmittelbar (verpflichtende oder berechtigende) Wirkung hat, vermieden werden.

5.) Die den jeweiligen Vorblättern zu entnehmenden Äußerungen zu den Kosten, die die Entwürfe verursachen, sind irreführend und entsprechen nicht der (bloß den Charakter einer politischen Einigung habenden) Vereinbarung über den Konsultationsmechanismus. Diesen Äußerungen ist lediglich zu entnehmen, ob und allenfalls welche finanziellen Mehrbelastungen für den Bund entstehen. Hingegen werden die Mehrkosten, die die anderen Gebietskörperschaften belasten, nicht einmal erwähnt. Dabei ist es evident, daß Ländern und Gemeinden solche entstehen, insbesondere durch die Administration von neun Landesfonds, durch die Überprüfung der Abrechnungsdaten durch die Datenqualitätskommissionen, aber auch durch zahlreiche Einzelbestimmungen in den vorliegenden Entwürfen.

6.) Überdies ist im Entwurf zur KAG-Novelle 1996 keine zivilrechtliche Bestimmung enthalten, daß die Landesfonds zwar die zwischen Sozialversicherungsträgern und Krankenanstaltenträgern abgeschlossenen Verträge zu erfüllen haben, aber eben nur in dem Maße als Mittel zur Verfügung stehen. Diese wäre z.B. als Sonderbestimmung zu § 28 vorzusehen.

II. ZU DEN EINZELNEN ENTWÜRFEN

A) ZUM ENTWURF DER KAG-NOVELLE 1996

Zu § 3 Abs. 2a:

Durch die in dieser Bestimmung des Entwurfs enthaltene Formulierung "Der Träger der Krankenanstalt hat im Antrag auf Erteilung auf Bewilligung ... bekanntzugeben" wird der Rechtsträger der Krankenanstalt Normunterwerfener. Diese Formulierung beachtet nicht, daß das KAG in diesem Bereich lediglich Grundsätze regelt, also nur Normen enthalten kann, die an den Ausführungsgesetzgeber, nicht aber an die Vollziehung gerichtet sind.

Abgesehen von diesem formellen Mangel soll § 3 Abs. 2a des Entwurfs den Trägern von Krankenanstalten, die eine Krankenanstalt neu errichten und dabei eine teilweise Finanzierung ihrer Leistungen durch die Landesfonds ansprechen wollen, die Verpflichtung auferlegen, dies schon im Antrag auf Errichtungsbewilligung bekanntzugeben. Damit müßte die den Antrag auf Errichtungsbewilligung bearbeitende Behörde konsequenterweise sofort ein Verfahren hinsichtlich der Verleihung des Öffentlichkeitsrechts einleiten bzw. die Gemeinnützigkeit prüfen. Zusätzlich müßten - weil die Gewährung von Zuwendungen durch die Landesfonds ein Vertragsverhältnis zwischen Sozialversicherung und Krankenanstalt voraussetzt - auch diesbezügliche Schritte gesetzt werden. Abgesehen von dem damit verbundenen bürokratischen Aufwand, der womöglich nutzlos ist, wenn kein Bedarf für

- 5 -

die Krankenanstalt gegeben ist, stellt sich die Frage, ob diese Bestimmung überhaupt sinnvoll ist. Die geplante Behandlungskapazität einer Krankenanstalt kann zwar durchaus dem Österreichischen Krankenanstaltenplan bzw. den durch Verordnung festzulegenden Landeskrankenanstaltenplänen entsprechen, allerdings sagt dies nichts darüber aus, ob tatsächlich ein Bedarf gegeben ist. Da die Behörden ohnedies zur rechtmäßigen Vollziehung der Gesetze und Verordnungen, also zur Einhaltung der Landeskrankenanstaltenpläne verpflichtet sind, wird eine Bedarfsprüfung nach § 3 Abs. 2 für die Errichtungsbewilligung jedenfalls ausreichend sein.

Zu § 3 Abs. 4 lit. a:

Für eine Betriebsbewilligung ist nach dieser Bestimmung des Entwurfs "überdies" das Vorliegen einer Bewilligung gemäß Abs. 2a erforderlich. Unabhängig von den Bedenken zu § 3 Abs. 2a des Entwurfs ist dazu anzumerken, daß nach § 2a keine eigene Bewilligung vorgesehen ist, sondern die Übereinstimmung mit dem Österreichischen Krankenanstaltenplan und dem Landeskrankenanstaltenplan nur eine Voraussetzung für die Erteilung einer Errichtungsbewilligung darstellt.

Zu § 6 Abs. 1 lit. b:

Bei der genannten Definition der Tagesklinik bzw. Nachtklinik und des davon unterschiedenen teilstationären Bereiches wurde nicht darauf Rücksicht genommen, daß manche Patienten auch öfters solche Einrichtungen beanspruchen können (z.B. bei einer Chemotherapie). Es muß sichergestellt sein, daß auch Behandlungszyklen an mehreren Tagen von dieser Definition umfaßt sind. Auch der Begriff "Teilstationärer Bereich" erscheint unklar. Ziel ist es, tages- oder nachtklinische Versorgungsformen sicherzustellen, daß sowohl einmalige Tages- oder Nachtaufent-

- 6 -

halte als auch Behandlungszyklen, die mehrere aufeinanderfolgende Tage oder Nächte umfassen, möglich sind. Die verwendeten Definitionen sollten eindeutig formuliert werden.

Zu § 7a Abs. 3:

Im Gegensatz zu der vom Entwurf vorgesehenen Errichtung von Departments lediglich in Abteilungen für Chirurgie wird es für erforderlich erachtet, auch in anderen Bereichen Departments errichten zu können, wie dies bereits derzeit nach den Bestimmungen des Wiener Krankenanstaltengesetzes ermöglicht wird. Zu den in dieser Bestimmung angeführten Departments wird bemerkt, daß zwischen den Fächern "Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde" und "Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie" unterschieden werden sollte. Diese Fächer sind gemäß Ärzte-Ausbildungsordnung 1994 nicht ident.

Zu § 8 Abs. 1 Z 3:

Die vorgesehene Regelung des ärztlichen Dienstes und der Rufbereitschaft wird in dieser Form abgelehnt. Sie entspricht insbesondere nicht den an Krankenanstalten zu stellenden Qualitätsanforderungen hinsichtlich der fachärztlichen Betreuung und der Verantwortung für den Patienten. Die Einschränkung der Anwesenheitspflicht für Fachärzte auf Rufbereitschaft gefährdet das Patientenrecht auf fachgerechte Behandlung und Pflege. Möglicherweise stellt die in Aussicht genommene Regelung der Rufbereitschaft auf den Nachtbetrieb ab. Es ist aber weder aus dem Text noch aus den Erläuterungen eine Unterscheidung zwischen Nacht- und Tagbetrieb erkennbar. Die im Entwurf genannte Erreichbarkeit innerhalb von 15 Minuten kann in der Praxis wohl ohnedies nur durch Anwesenheit des Facharztes im Krankenhaus gewährleistet werden. Jedenfalls erscheint diese Regelung - auch aus der Sicht der Qualität der Patientenversorgung - pro-

- 7 -

blematisch. Allenfalls wäre eine Unterscheidung im Hinblick auf Schwerpunkt- und Standardkrankenanstalt sowie Tag- und Nachtbetrieb vorstellbar.

Zu § 10 Abs. 1 Z 4:

In dieser Bestimmung der vorgesehenen Novelle soll die Pflicht der Krankenanstalten normiert werden, den Organen von Landesfonds Kopien von Krankengeschichten etc. zu übermitteln, wobei die Landesfonds mit Gerichten und Verwaltungsbehörden gleichgestellt werden. Die Formulierung "... in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist ..." ist für Angelegenheiten der Landesfonds nicht zutreffend, weil diese keine Entscheidungen oder Verfügungen erlassen. Diese Bestimmung ist - dem eindeutigen Wortlaut nach zu schließen - auf Behörden und Gerichte abgestellt, eine Gleichschaltung der Landesfonds mit Gerichten und Verwaltungsbehörden ist nicht zutreffend. Es geht hier primär darum, eine gesetzliche Grundlage dafür zu schaffen, die den Landesfonds entsprechende Überprüfungsrechte in bezug auf die Abrechnungen einräumt (etwa durch Einsicht in die Bücher der Krankenanstalten). Den Organen der Landesfonds sollten zumindest die gleichen Rechte wie den Sozialversicherungsträgern zustehen, soweit dies zur Wahrnehmung aller den Landesfonds obliegenden Aufgaben erforderlich ist.

Zu §§ 10a und 10b:

Die noch abzuschließende Vereinbarung nach Art. 15a B-VG soll die Bestimmung enthalten, daß ein "verbindlicher österreichweiter Krankenanstaltenplan zwischen Bund und Ländern einvernehmlich festzulegen ist". Mit einer Art. 15a B-VG-Vereinbarung übernehmen Bund und Länder die Verpflichtung, die vereinbarten, in ihre verfassungsmäßige Zuständigkeit fallenden Maßnahmen zu

- 8 -

setzen, wobei sich die Kompetenz in örtlicher Hinsicht in der Regel nach der Bundes- bzw. Landesgrenze, in sachlicher Hinsicht hingegen nach der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung bestimmt. Für die gegenständliche Art. 15a B-VG-Vereinbarung bzw. für das KAG, mit dem die Art. 15a B-VG-Vereinbarung hinsichtlich des ÖKAP speziell transformiert wird, bedeutet dies - bezogen auf die sachliche Kompetenz -, daß - nachdem dem Bund nach Art. 12 Abs. 1 B-VG in Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten nur die Gesetzgebung über Grundsätze vorbehalten ist, die Länder hingegen zur Erlassung von Ausführungsgesetzen und Vollziehung zuständig sind - ein einvernehmlich festgelegter verbindlicher österreichweiter Krankenanstaltenplan schon allein auf Grund der Kompetenzverteilung nur schwer mit dem geltenden Bundesverfassungsrecht in Einklang zu bringen ist. Es wird zwar im § 10a des Entwurfs durch die Formulierung "Die Landesgesetzgebung hat ... eine verbindliche österreichische Krankenanstaltenplanung ... nach folgenden Grundsätzen sicherzustellen" der Versuch unternommen, die Kompetenzverteilung zu beachten und nur die Grundsätze für eine österreichische Krankenanstaltenplanung festzulegen, wobei sich allerdings die Begriffe "Verbindlichkeit" und "Festlegung von Grundsätzen" mehr oder weniger ausschließen. Für die Länder tritt dabei aber die Schwierigkeit auf, diese Grundsatzbestimmung auszuführen, weil die Länder bei Erlassung der Ausführungsgesetze in örtlicher Hinsicht keine Kompetenz besitzen, eine verbindliche österreichweite Krankenanstaltenplanung sicherzustellen. Der räumliche Geltungsbereich einer Norm bringt es mit sich, daß der Normsetzer - abgesehen von hier nicht anwendbaren Ausnahmefällen - nur für sein Rechtsgebiet - das ist für das Land das Landesgebiet - Rechtsätze erlassen kann, sodaß die sich mittels Grundsatzgesetz an die Landesgesetzgebung richtende Verpflichtung zur Sicherstellung einer österreichweiten Krankenanstaltenplanung auch unter diesem Gesichtspunkt nicht durchführbar erscheint.

- 9 -

Dem geltenden Bundesverfassungsrecht entsprechend sollen im § 10a nur die Grundsätze der österreichischen Krankenanstaltenplanung geregelt werden, obwohl in den Erläuterungen auch hier vom ÖKAP die Rede ist. Dazu im Widerspruch stehen verschiedene Bestimmungen des Gesetzentwurfs, so z.B. § 15, in dem normiert werden soll "... wenn (die Krankenanstalt) der Vorgabe des ÖKAP ... entspricht"; damit wird dem ÖKAP normativer Charakter zugestanden. Rechtliche Verbindlichkeit kann aber der ÖKAP nur dann besitzen, wenn er Bestandteil der Rechtsordnung wird, was weder durch die im Entwurf enthaltenen grundsatzgesetzlichen Regelungen möglich ist, noch durch sonstige derzeit geltende gesetzliche Bestimmungen der Fall ist.

Weder rechtlich noch grundsätzlich kann im § 10b akzeptiert werden, daß die Landeskrankenanstaltenpläne an den ÖKAP "anzupassen" sind. Dies würde bedeuten, daß der Landesgesetzgeber bei der Normierung der für den Landeskrankenanstaltenplan erforderlichen Voraussetzungen keinerlei Gestaltungsmöglichkeit besitzt, was schon im Hinblick auf die verfassungsrechtliche Zuordnung der Materie "Heil- und Pflegeanstalten" zur Grundsatzgesetzgebung äußerst bedenklich ist. Dem ÖKAP entsprechende und angepaßte Landeskrankenanstaltenpläne sind auch insofern nicht haltbar, als es den Ländern möglich sein muß, die im ÖKAP vorgegebenen Höchstzahlen zu unterschreiten.

Zu § 10a Z 8 ist darauf hinzuweisen, daß unklar erscheint, was unter den für jedes Land festzulegenden "Standortstrukturen" zu verstehen ist. Darüber hinaus soll nicht nur die Möglichkeit einer maximalen Gesamtbettenzahl bestehen, sondern sollen unbedingt auch Mindestbettenzahlen pro Bundesland festgelegt werden.

Ein nicht unerheblicher Schwachpunkt im geplanten System der Versorgungssicherung für die vorgesehene österreichweite Krankenanstaltenplanung ist darin zu sehen, daß für nicht durch den

- 10 -

KRAZAF bezuschußte Krankenanstalten keine generelle Planung bzw. Miteinbeziehung in die Versorgungsüberlegungen besteht. Es sind daher einerseits Überkapazitäten, wie sie durch den ÖKAP ausgeschaltet werden sollen, nicht zu verhindern, andererseits ergibt sich eine gewisse nicht sehr erfreuliche Abhängigkeit vom Verhalten dieser "anderen" Krankenanstalten.

Zu § 11 Abs. 4:

Offenbar übersehen wurde das Erfordernis, den Landesfonds in § 11 Abs. 4 ein Genehmigungs- bzw. Zustimmungsrecht einzuräumen. Eine entsprechende Anpassung ist notwendig.

Zu § 12:

Im Zuge der Verhandlungen bezüglich der endgültigen Ausformung der Einigung vom 29. März 1996 wurde vom Bund mitgeteilt, daß die Abänderung und Zurücknahme von rechtskräftig erteilten Bewilligungen grundsätzlich zulässig sei, sofern dies rechtlich klar geregelt wird. Da einige Länder die Befürchtung äußerten, im Falle der Rücknahme krankenanstaltenrechtlicher Bewilligungen Schadenersatzforderungen der Krankenanstaltenträger ausgesetzt zu sein, wurde vom Bund zugesagt, dieses Problem ebenso zu klären wie die Frage, ob auch privaten Krankenanstalten erteilte Bewilligungen abgeändert oder zurückgenommen werden können. Beide Punkte bleiben im vorliegenden Entwurf ungeklärt. § 12 bedarf jedenfalls diesbezüglich einer deutlichen Präzisierung.

Zu § 15:

Hingewiesen wird auf die Stellungnahme zu § 10a und § 10b.

Zu § 16 Abs. 1 lit. e:

Diese Regelung steht im Widerspruch zu der Bestimmung der §§ 27 Abs. 1 und 28 Abs. 1, weil "LKF-Gebühren" nicht festgesetzt

- 11 -

werden, sondern als jenes Entgelt gedacht sind, welches die Landesfonds entrichten (als Pendant zum Pflegegebührensatz).

Abgesehen davon stellt sich die Frage, weshalb bei den Pflegegebühren einer Gebührenklasse nur die hier vorgesehene Differenzierung, nicht aber eine z.B. nach Fachbereichen, zulässig ist, während eine solche darüber hinausgehende Differenzierung bei der "LKF-Gebühr" (gemeint ist aber offensichtlich die "kostendeckende LKF-Gebühr") begriffsnotwendig sehr wohl Platz greift.

Zu § 18:

§ 18 der geltenden Fassung des KAG soll unverändert bleiben, womit die Frage, wie sich die Umsetzung des ÖKAP, die Landeskrankenanstaltenpläne und der Versorgungsauftrag des Landes nach § 18 KAG vereinbaren lassen, völlig offen bleibt. Fest steht jedenfalls, daß jedes Land verpflichtet ist, für Anstaltspflege im eigenen Land Vorsorge zu treffen und daß sich der Versorgungsauftrag des Landes auf anstaltsbedürftige Personen, die im Bundesland wohnhaft sind, beschränkt. Im Zusammenhang mit dem im jeweiligen Bundesland bereits bestehenden Leistungsangebot hat sich daher die Frage des Ausmaßes der bereitzustellenden Behandlungskapazität an der Anstaltsbedürftigkeit der Landesbürger zu orientieren. Unklar ist und bleibt das Verhältnis von ÖKAP, Landeskrankenanstaltenplänen und § 18 Abs. 1 zweiter Satz, weil die im ÖKAP vorgesehenen Behandlungskapazitäten Höchstzahlen darstellen, die durchaus unterschritten werden können. § 18 Abs. 1 zweiter Satz normiert aber, daß für Personen, die im Grenzgebiet zweier oder mehrerer Länder wohnen, die Anstaltspflege auch dadurch sichergestellt werden kann, daß diese Personen im Falle der Anstaltsbedürftigkeit in Krankenanstalten eines benachbarten Landes eingewiesen werden. Da nicht konkretisiert wird, von wem "eingewiesen werden kann", ist für das "benachbarte" Land der Umfang der bereitzuhaltenden

- 12 -

Versorgungskapazität nie endgültig kalkulierbar, sodaß - will man bei diesem die Krankenanstaltenplanung überhaupt in Frage stellenden Problem Abhilfe schaffen - eine Novellierung des § 18 Abs. 1 zweiter Satz angezeigt wäre.

Zu § 27:

Die sich aus den §§ 27 und 28 KAG ergebende derzeitige Rechtslage ist einigermaßen klar. Das gesetzliche Entgelt von öffentlichen, aber gemäß § 40 KAG auch aller privaten Krankenanstalten, ist die Pflegegebühr, deren Begriffsinhalt vom Gesetzgeber nicht definiert, sondern offensichtlich als bekannt vorausgesetzt wird. Diese Annahme ist insofern zutreffend, als man zur Klärung des Begriffsinhaltes auf die Rechtslage vor der KAG-Novelle 1974 zurückgreifen kann.

Aus der Bestimmung des § 27 Abs. 3 könnte vordergründig der Schluß gezogen werden, daß diese Gebühr höchstens kostendeckend sein darf, andernfalls das Verbot der Einrechnung diverser Kostenfaktoren keinen Sinn ergäbe.

Andererseits gebieten die Bestimmung des § 28 Abs. 3 und die Regelung des § 40 KAG, wonach diese Bestimmung auch für private (gewinnorientierte) Krankenanstalten gilt, auch eine andere Deutung, weil in Verfolgung der Bestimmung des § 27 Abs. 3 als höchstens kostendeckende Pflegegebühr eine Gewinnerzielung ausgeschlossen wäre bzw. § 28 Abs. 3 mitunter unanwendbar wird.

Abgesehen von der nicht erkennbaren ratio der Bestimmung des § 27 Abs. 3 dürfte der derzeitige Regelungsinhalt des § 27 feststehen. Der Gesetzgeber normiert ein zulässiges Entgelt, welches vom Betreiber der Krankenanstalt vom Leistungsempfänger, nämlich dem Patienten bzw. den unterhaltspflichtigen Angehörigen verlangt werden darf.

- 13 -

Jene Sondernormen, wonach von Patienten, für die ein Träger der sozialen Krankenversicherung leistungszuständig ist, abweichend davon ein anderes Entgelt zu verrechnen ist, macht dieses nicht zum "gesetzlichen" Entgelt.

Eine Differenzierung wird nach derzeitiger Rechtslage (§ 28) zwischen öffentlichen und privaten Krankenanstalten insofern vorgenommen, als für öffentliche Krankenanstalten das Entgelt behördlich festzusetzen (nicht "festzuhalten" gemäß § 28 Abs. 1) ist, wogegen für private Krankenanstalten eine solche Festsetzung nicht vorgesehen ist. Jedenfalls geht aus dieser Regelung eindeutig hervor, daß die festgesetzte Gebühr mit der kostendeckend ermittelten nicht ident sein muß.

Völlige Verwirrung bringt die Neufassung dieser Bestimmungen im vorliegenden Entwurf.

Wie sich aus § 27 Abs. 5 des Entwurfes ergibt, bezweckt auch die Neuregelung des § 27 nur die Normierung eines gesetzlich geregelten Entgeltes, welches von Pfleglingen oder ihren Angehörigen verlangt werden darf.

Diese Regelung gilt nach der Systematik des KAG zunächst nur für öffentliche Krankenanstalten, wird aber auf Grund des unverändert bleibenden § 40 KAG auch für alle Krankenanstalten als anwendbar erklärt.

Demgegenüber ist im § 27 Abs. 1 nur von Krankenanstalten laut Art. 15a B-VG-Vereinbarung die Rede und von "LKF-Gebühren", die von den Landesfonds zu leisten sind.

Diese "LKF-Gebühren" sind weder dem Grunde noch der Höhe nach determiniert, sie können daher kein "gesetzliches Entgelt" darstellen. Außerdem zahlen die Landesfonds keine "Gebühren", sondern wie bisher die Träger der sozialen Krankenversicherung ein

- 14 -

privatrechtliches Entgelt, welches allerdings - anders als bisher - für den Anspruchsberechtigten (den Krankenanstaltenträger) der Höhe nach nicht bestimmbar ist.

Völlig unklar ist überdies, für welche "Gruppen von Pflegelingen" außerdem von Landesfonds "LKF-Gebühren" geleistet werden sollten. Die Landesfonds werden nämlich zweifelsfrei nur als Erfüllungsgehilfen der Krankenversicherungsträger tätig, d.h. sie sind nur für jene Patienten zuständig, für die eine Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung besteht.

Die Inkonsequenz dieser Bestimmung wird aber noch dadurch fortgesetzt, daß die Landesgesetzgebung für alle Krankenanstalten festzulegen hat, ob die Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse durch kostendeckende LKF-Gebühren oder Pflegegebühren abgegolten werden. Der Ausdruck "für alle" kann offensichtlich nur bedeuten, daß darunter auch jene Krankenanstalten zu verstehen sind, die nicht unter die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG fallen, also insbesondere auch die privaten auf Gewinn gerichteten Krankenanstalten. Abgesehen davon, daß diese Bestimmung ohnedies gemäß § 40 KAG auch für die letztgenannten Krankenanstalten gilt, wird sie durch den neuen Begriff der "kostendeckenden LKF-Gebühren" für die Privatkrankenanstalten unanwendbar, wie in der Folge aufgezeigt wird.

Eine weitere Unklarheit birgt der Begriff der "kostendeckenden LKF-Gebühr". Es gibt damit die Begriffe "LKF-Gebühr", "kostendeckende LKF-Gebühr", "Pflegegebühr" und "kostendeckend ermittelte Pflegegebühr" (zum letzten Begriff siehe § 28 Abs. 1).

Eigenartigerweise gibt es unterschiedliche Konsequenzen je nach dem, ob sich der Landesgesetzgeber für eine Pflegegebühr als gesetzliches Entgelt entscheidet oder für eine Gebühr auf "LKF-Basis". Während die von der Landesregierung festzusetzende (nicht "festzuhaltende") Pflegegebühr durchaus nicht mit der

- 15 -

"kostendeckend ermittelten" ident sein muß, ist die Gebühr auf "LKF-Basis" (für den Patienten als Zahlungspflichtigen) nach dem Gesetzeswortlaut immer die "kostendeckende LKF-Gebühr". Diese unterschiedlichen Konsequenzen sind weder sachlich begründbar, noch halten sie einer Prüfung auf Verfassungsmäßigkeit stand, weil im letztgenannten Fall der Grundsatzgesetzgeber die Regelung bis ins letzte Detail vorwegnimmt. Überdies schließt die letztgenannte Gebühr auch eine Gewinnerzielung von vornherein aus, sodaß sie für private, nicht gemeinnützige Spitäler unanwendbar wird, obwohl deren Anwendung auch für diese Spitäler in § 27 Abs. 1 vorgesehen ist.

Eine Bereinigung dieser unlösbaren Widersprüche wäre dadurch zu erreichen, daß man die Regelung des gesetzlichen Entgelts, auch wie dies Fallpauschalien "auf LKF-Basis" sein sollten, nicht unzulässigerweise mit der Abgeltung durch die Landesfonds vermengt, sondern die Regelung bezüglich der Landesfonds dort ansiedelt, wo sie systematisch hingehört, nämlich in Konnex zu § 28 Abs. 4.

Zu § 27 Abs. 3 ist noch anzumerken, daß - abgesehen davon, daß an der Sinnhaftigkeit dieser Bestimmung Zweifel gehegt werden (siehe Widerspruch zu §§ 28 Abs. 3 und 40) - speziell das Verbot der Einrechnung der Pensionslasten in Frage gestellt werden muß, weil nicht einzusehen ist, daß hier ein gleicher Sachverhalt ungleich behandelt wird. Während nämlich der Dienstgeberbeitrag zur Pensionsversicherung als Teil der Lohnnebenkosten bei privatrechtlichen Dienstverhältnissen in die Berechnung der Gebühren einfließen kann, ist dies bei öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen nicht möglich. Zufolgedessen erscheint diese Normierung im Hinblick auf das Gleichheitsgebot des Art. 7 B-VG bedenklich.

In den bisherigen Besprechungen zur Ausgestaltung des LKF-Systems wurde immer auch davon ausgegangen, daß auch Investitions-

- 16 -

kosten bzw. Abschreibungen in die kostendeckende LKF-Gebühr Eingang finden. Dies ist auch deshalb notwendig, da viele Grundlagen des Systems auf der Kostenrechnung beruhen (z.B. Festlegung der LKF-Punkte, Feststellung der Kosten von Nebenkostenstellen), die die Abschreibungen inkludiert.

Zu § 27 Abs. 4 wird darauf hingewiesen, daß von Wien schon mehrfach eine Änderung dieser Bestimmung gefordert wurde, durch die in den Ausführungsgesetzen der Länder auch eine direkte Honorarvereinbarung zwischen Arzt und Patienten ermöglicht wird. Da dies wieder nicht berücksichtigt wurde, wird neuerlich eine diesbezügliche Änderung vorgeschlagen.

Zu § 27a:

Der Versuch der Neuformulierung bezüglich der Ausnahmen von der Kostenbeitragspflicht für Personen, für die bereits ein "Kostenbeitrag" geleistet wird, ist mißglückt. Die Bestimmung ist unverständlich, da für verschiedene "Kostenbeiträge" (offenbar ist z.B. an den Angehörigenselbstbehalt gedacht) dieselben Begriffe verwendet werden. Warum überhaupt eine Regelung überarbeitet wird, die sich bewährt und nie Anlaß zu Kritik gegeben hat, bleibt auch unter Zuhilfenahme der Erläuterungen unklar.

Im Zusammenhang mit der nach wie vor ungelösten Frage hinsichtlich der unechten Steuerbefreiung von Gesundheitsleistungen ab 1. Jänner 1997 ist § 27a allerdings überhaupt in Frage zu stellen, weil den Ländern bzw. Spitalerhaltern - wie dies ansonsten jedem unecht steuerbefreiten Unternehmer zusteht - durch diese Bestimmung jegliche Möglichkeit genommen wird, die Umsatzsteuer auf die Leistungsempfänger zu überwälzen. Es wurde offensichtlich übersehen, daß ab 1. Jänner 1997 (von Ausnahmen abgesehen) die Umsätze der in dieser Bestimmung angesprochenen Krankenanstalten von der Umsatzsteuer befreit sind. Die selbstverständliche Konsequenz daraus ist, daß die nicht abziehbare Vorsteuer

- 17 -

zu einem Kostenfaktor wird und damit entgelterhöhend wirkt. Eine Anhebung allein aus diesem Titel auf etwa 80 S pro Tag wäre die zwingende Folge. Demnach sind Mehrbelastungen der Krankenanstaltenträger zu erwarten, was im Widerspruch zur zwischen den Finanzausgleichspartnern beschlossenen "Vereinbarung über die Neutralisierung der Auswirkungen der EU-bedingten Umsatzsteueranpassung" steht.

Zu § 27b:

Auf die Stellungnahmen zu § 27 und § 28 wird hingewiesen. Aufgabe der Landesfonds ist nur die Abrechnung für die in der Krankenversicherung sozialversicherten Patienten.

Zu § 28:

Abgesehen von den bereits ausführlich dargelegten Einwänden gegen die "kostendeckenden LKF-Gebühren" wird Abs. 3 dieser Gesetzesstelle nunmehr unvollziehbar. Vollziehbar ist sie nur dann, wenn die Pflegegebühr auch höher sein darf als die kostendeckend ermittelte Pflegegebühr (derzeitige Rechtslage). Die "kostendeckende LKF-Gebühr" darf begriffsnotwendig maximal die Kosten decken. Wenn aber die "kostendeckende LKF-Gebühr" für ein bestimmtes Spital nicht niedriger sein darf, als die "kostendeckende LKF-Gebühr" eines von einer Gebietskörperschaft betriebenen öffentlichen Spitals, obwohl sich auf Grund der tatsächlichen Kosten des erstgenannten Spitals eine niedrigere "kostendeckende Gebühr" ergäbe, wird der Konflikt für den Verordnungsgeber unlösbar.

Abs. 4 dieser Gesetzesstelle in der Fassung des Entwurfs ist unhaltbar. Hier ist nur von Pflegegebühren die Rede, obwohl der Entwurf auch Fallpauschalen "auf LKF-Basis" (der Begriff "LKF-Gebühr" bzw. "kostendeckende LKF-Gebühr" wird bewußt vermieden) vorsieht, im Verhältnis zu den Landesfonds als Erfüllungsgelhilfen der Sozialversicherungsträger sogar zwingend vorschreibt.

- 18 -

Die Regelung im Abs. 4 erster Satz steht nicht nur im Widerspruch zu § 27 Abs. 1 und § 27b Abs. 1, sie wird auch unanwendbar, wenn sich der Landesgesetzgeber für ein gesetzliches Entgelt auf "LKF-Basis" entscheidet, weil es in diesem Fall keine Pflegegebühren gibt.

Ebenso systemwidrig ist es, in weiterer Folge in Abs. 4 ausschließlich von Pflegegebühren zu reden, wenn gemäß § 27 Abs. 1 auch ein Entgelt auf "LKF-Basis" zulässig ist.

Außerdem trägt diese Bestimmung der Vereinbarung über die Krankenanstaltenfinanzierung nicht Rechnung. Es kann unmöglich hingenommen werden, einen Vertragsabschluß zwischen Hauptverband und Krankenanstaltenträgern für gesetzlich zulässig zu erklären, dessen Erfüllung den Länderfonds per Gesetz auferlegt wird. Hier bedürfte es zumindest eines Zustimmungsrechtes des betroffenen Landesfonds zum Vertragsabschluß.

Zu § 30 Abs. 2:

Die unterschiedlichen Vorauszahlungsregelungen (28 bzw. 30 Tage) erscheinen nicht sachlich begründet und werden zu - überflüssigem - Verwaltungsaufwand führen.

Zu § 30 Abs. 3:

Diese Bestimmung ist nicht zu akzeptieren. Es wird neuerlich auf die Ausführungen zu § 27 und zu § 28 hingewiesen.

Die Formulierung ist auch grammatikalisch unklar. In der fünften Zeile dürfte zwischen den Worten "Krankenanstalten" bzw. "kostendeckende ..." das Wort "für" fehlen.

Zu § 34:

Nicht nachvollziehbar ist auch die Regelung des § 34 Abs. 3. Regelungsinhalt der Abs. 1 und 2 dieser Bestimmung ist, daß der

- 19 -

Rechtsträger einer Krankenanstalt maximal 50 % des tatsächlichen Betriebsabganges zu tragen hat. Welchen Sinn sollte es also haben, daß der Rechtsträger den sich ergebenden Teil des von ihm zu tragenden Abganges in den Landesfonds einzahlt, um ihn postwendend wieder zurückzuerhalten? Gemeint ist offensichtlich - entgegen dem Wortlaut des § 34 - eine Art "Soll-Betriebsabgang", der einerseits einzuzahlen und andererseits abzudecken ist. Allerdings führt auch eine solche Interpretation zu keinem brauchbaren Ergebnis, weil niemand verhindern könnte, daß der tatsächliche Betriebsabgang den "Soll-Betriebsabgang" überschreitet, der wiederum vom Land, Krankenanstaltensprengel und Beitragsbezirk (zur Gänze) abzudecken wäre, weil der Rechtsträger seine Verpflichtung mit dem Anteil am "Soll" bereits erfüllt hat.

Zu § 42:

Da hier das Wort "Strukturkommission" erstmals genannt wird, sollte ein Klammerverweis auf die Regelungsstelle (§ 59d) erfolgen.

Zu § 55:

Eine Änderung ist im vorliegenden Entwurf nicht vorgesehen. Daher gibt es in den Fällen der Z 3 nur eine Abgeltung nach Pflegegebühren. Diese Bestimmung wird daher unanwendbar, wenn sich der Landesgesetzgeber gemäß § 27 Abs. 1 für ein gesetzliches Entgelt nach Fallpauschalen "auf LKF-Basis" entscheidet.

Zu § 58:

Die in den Abs. 3 und 5 vorgesehenen Zahlungstermine sind von den Ländern nicht akzeptiert.

- 20 -

Zu § 59c:

Im Abs. 1 sollte klargestellt werden, daß die Vorweganteile gemäß Z 1 nicht den dort genannten Bundesländern, sondern den in diesen Ländern eingerichteten Fonds zufließen sollen.

Der Begriff Volkszahl in Z 3 ist zu wenig präzise; es müßte heißen "Volkszahl auf Grund der ordentlichen Volkszählung 1991".

Die im Abs. 2 vorgesehenen Zahlungstermine sind ebenfalls von den Ländern nicht akzeptiert.

Zu § 59d:

Diese Bestimmung geht mit der Einigung vom 29. März 1996 insofern nicht konform, als dort nicht paktiert wurde, daß bei Verstößen gegen die Dokumentationspflicht der entsprechende Länderanteil zurückzuhalten ist. Die Regelung kann daher keinesfalls akzeptiert werden.

Zu § 59e:

Auch hier ist der Begriff "Volkszahl" zu präzisieren.

Es erscheint fraglich, ob eine derartige Spezialregelung wie in Z 2 lit. b dieser Bestimmung des Entwurfs unter exakter Namensnennung sinnvoll ist. Letztlich wären - unbeschadet der "begrenzten" Geltungsdauer dieses Abschnittes - schon bei einer bloßen Änderung des Organisationsnamens legislative Maßnahmen erforderlich.

Zu § 59g Abs. 2 und Abs. 5:

Im Abs. 2 stimmt der Einleitungssatz, in dem von 20 Mitgliedern die Rede ist, mit den nachfolgenden Bestellungsregelungen der

- 21 -

Z 1 bis 5 nicht überein, weil sich aus diesen Bestimmungen 25 Mitglieder ergeben, wozu noch der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz als 26. Mitglied kommt.

Zu § 59g Abs. 3:

Es empfiehlt sich, auch für die (möglichen) Ersatzmitglieder bzw. Einzelvertretungen das Erfordernis der Wählbarkeit zum Nationalrat zu normieren.

Zu Art. V:

Es fehlt eine Regelung, daß Art. III mit 1. Jänner 2001 in Kraft zu setzen ist.

B) ZUM ENTWURF DES BUNDESGESETZES ÜBER DIE DOKUMENTATION IM GESUNDHEITSWESEN

Zu § 2 Abs. 4:

Es geht aus dieser Bestimmung nicht hervor, ob die Berichte pro "stationärem Krankenhausaufenthalt" auch tages- oder nachtklinische Leistungen enthalten sollen.

Zu § 3 Abs. 2 und § 5:

Die Bestimmung des § 3 Abs. 2, demnach die von den Ländern (Landesfonds) an das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz zu übermittelnden Berichte die Ergebnisse der Bepunktung im LKF-Kernbereich zu beinhalten haben, ist sinnlos, weil aus dem LKF-Kernbereich allein keinerlei taugliche Schlüsse gezogen werden können. Dasselbe gilt zu § 5, wobei hier die Gefahr von sogar fehlerhaften Schlußfolgerungen besteht.

- 22 -

Zu § 6 und § 7:

Die Ausweitung der Leistungsmeldungen auf den Ambulanzbereich bedeutet in bezug auf den Umfang der Datensätze eine etwa dreifache Anzahl des bisherigen Aufwandes und dürfte daher auf massive Probleme bei der Bewältigung sowohl in den Krankenanstalten als auch im Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz stoßen. Die Stadt Wien hat bereits im Jahr 1985 gegenüber dem Gesundheitsministerium zum Ausdruck gebracht, daß der "ambulante Fall" ungeeignet ist, das Geschehen im Ambulanzbereich von Spitälern aufzuzeigen. Auch hinsichtlich der übrigen Datenfelder gibt es massive Definitionsprobleme, die eine sinnvolle Datenmeldung in diesem Umfang derzeit unmöglich machen.

Unabhängig davon, daß die Dokumentation in dieser Form nicht abgesprochen wurde, sind auch aus den den Trägern von Krankenanstalten auferlegten Dokumentationspflichten erhebliche Mehrkosten zu erwarten.

Zu § 8:

Auf Grund der Ausführungen zu den §§ 6 und 7 des Entwurfs sollte daher der Bundesminister durch Verordnung das erforderliche Ausmaß der Datenmeldungen nicht nur einschränken können, sondern mit Rücksicht auf die Durchführbarkeit und den Status der Systementwicklung dieser Meldedaten einschränken müssen.

Zu § 9:

Der im Abs. 2 Z 1 genannte Termin wird kaum einhaltbar sein. Aus Gründen der Durchführbarkeit wären die Termine für die Vorlage der statistischen Meldungen um zumindest ein Monat zu erweitern. Für die Vorlage der Kostennachweise gemäß § 9 Abs. 2 Z 2 wäre eine weitere Zwei-Monatsfrist vorzusehen, da schon

- 23 -

wegen der Verfügbarkeit der Abschlußdaten aus der Buchhaltung mit Ende März eine Vorlage an das Bundesministerium - bei Nachprüfung durch den Landeshauptmann - per Ende April nicht durchführbar ist.

Zu § 10 Abs. 1:

Die Information über derzeit nicht vom KRAZAF bezuschusste Spitäler sollte ebenfalls im Wege des zuständigen Landeshauptmannes an das Bundesministerium mit einer um einen Monat verlängerten Frist vorgelegt werden, da die Bundesländer ebenso Interesse an diesen Daten haben.

Zu § 11 Abs. 1:

Die gewählte Formulierung ist zu unbestimmt und ermöglicht dem Bundesminister die Erfassung weiterer Daten vorzuschreiben, ohne daß für die Länder eine Möglichkeit zur Einflußnahme besteht.

C) ZUM ENTWURF DES BUNDESGESETZES, MIT DEM DAS ÄRZTEGESETZ 1984 GEÄNDERT WIRD

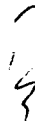
Auf die Bedenken zu § 8 des Entwurfs der KAG-Novelle 1996 wird hingewiesen.

Überdies wurde bei der gewählten Formulierung nicht darauf Rücksicht genommen, daß gemäß § 8 Abs. 1 Z 2 des Entwurfs der KAG-Novelle 1996 der ärztliche Dienst so eingerichtet sein muß, daß in Universitätskliniken und -instituten uneingeschränkt eine Anwesenheit von Fachärzten aller in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben ist.

- 24 -

Gleichzeitig werden 25 Ausfertigungen dieser Stellungnahme an das Präsidium des Nationalrates übermittelt.

Für den Landesamtsdirektor:



SR Dr. Kahler

Dr. Teynor
Senatsrat