

Zl.u.Betr.w.v.

Eisenstadt, am 10.9.1996

- 1. Präsidium des Nationalrates, Dr. Karl Renner-Ring 3, 1017 Wien, 25-fach
- 2. Allen Ämtern der Landesregierungen (z.H. der Herren Landesamtsdirektoren)
- 3. Der Verbindungsstelle der Bundesländer beim Amt der NÖ. Landesregierung, Schenkenstraße 4, 1014 Wien

zur gefälligen Kenntnis.

|                                    |               |
|------------------------------------|---------------|
| BUNDESVERFASSUNGSGESAMTSCHREIBEREI |               |
| Zl.                                | 79 -GE/19 P6  |
| Datum:                             | 25. SEP. 1996 |
| Verteilt:                          | 7.9.96        |

Für die Landesregierung:  
 Im Auftrag des Landesamtsdirektors:  
 Dr. Rauchbauer eh.  
 (Leiter des Verfassungsdienstes)

*Mag Kovesky*

F.d.R.d.A.:  
*Schlaffer*

**Amt der Burgenländischen Landesregierung**  
**Landesamtsdirektion - Verfassungsdienst**

---

Bundesministerium für Gesundheit  
und Umweltschutz  
Radetzkystraße 2  
1031 Wien

Eisenstadt, am 10.9.1996  
7000 Eisenstadt, Freiheitsplatz 1  
Tel.: 02682/600 DW 2344  
Hr. Mag. Muskovich

**Zahl:** LAD-VD-B240/9-1996

**Betr:** Entwürfe einer KAG-Novelle 1996, eines Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen und eines Bundesgesetzes, mit dem das Ärztegesetz geändert wird; Stellungnahme

**Bezug:** Zl. 65.083/8-I/A/96 vom 14.8.1996

Beiliegend darf das Amt der Burgenländischen Landesregierung, Landesamtsdirektion-Verfassungsdienst, zum o.a. Betreff folgende Stellungnahme abgeben:

**Bundesgesetz, mit dem das Krankenanstaltengesetz  
(KAG-Novelle 1996) geändert wird**

Zu 4: § 6 Abs. 1 lit. b:

Diese Änderung wird vollinhaltlich unterstützt.

Zu Z 5: § 7a Abs. 3:

Es wäre weiters zielführend, daß für Departmentlösungen auch ein Zusammenhang zwischen Unfallchirurgie und Orthopädie in der Form hineingenommen werden soll, daß in den Abteilungen für Unfallchirurgie ein Department für Orthopädie möglich ist.

Zu 6: § 8 Abs. 1:

Besonders im ärztlichen Bereich sind Formulierungen "im erforderlichen Ausmaß" zu unbestimmt und geben nur weiteren Spielraum zu Spannungen zwischen den Ärzten und den Krankenanstaltenträgern.

Diese allgemeine Formulierung sollte entweder weglassen oder genauer spezifiziert werden, umso mehr als dadurch ein weiterer Druck auf den Stellenplan durch das Arbeitszeitgesetz entsteht.

(siehe gesonderte Stellung zur Änderung des Ärztegesetzes, insbesondere betreffend den Hintergrunddienst)

Zu Z 8: § 10a Z 4:

Der Satz, "Tageskliniken sollen nur an Standorten von bzw. im organisatorischen Verbund mit gut erreichbaren bettenführenden Abteilungen der betreffenden Fachrichtung eingerichtet werden", sollte als Vorgabe für den Krankenanstaltenplan gesehen werden, da er in dieser Formulierung sehr unscharf ist. Bei den Nebenfächern soll im Schwerpunkt-Krankenhaus auch eine eigenständige Tagesklinik eingerichtet werden können.

Zu Z 8: § 10a Z 6:

Die wirtschaftliche Größe wird im Krankenanstaltenplan geregelt, hier werden sicher noch Modifikationen bei Möglichkeit der besseren Nachsorge gegenüber dem jetzigen Entwurf vorgenommen werden müssen.

Zu Z 8: § 10 Z 7.:

Die Einschränkung der Tätigkeit von Konsiliarärzten ist zu begrüßen.

Zu Z 16: § 27 Abs. 3.:

Hier werden die selben Formulierungen aus dem alten KAG übernommen, vor allem in der Frage, ob die ordentliche Abschreibung in die kostendeckende Kalkulation einzubeziehen ist. Siehe dazu auch einen Artikel von Univ.Prof. DDr. Heinz Mayer in Mazal, Krankenanstaltenfinanzierung (1995) S 142 ff.

Folgende Stellungnahme zusammenfassend:

Zu jeder vollen Kostenkalkulation gehört die Einbeziehung der Abschreibung dazu. Der Hinweis, daß Auslagen (?) nicht miteinzubeziehen sind, ist kein Widerspruch, da die Anschaffungskosten auch nicht in die Kalkulation einbezogen werden. Dasselbe gilt für Liegenschaften, die normalerweise außerordentlich abgeschrieben werden, wenn sich in der möglichen Nutzung Einschränkungen ergeben. Es wäre zielführend, hier zumindest in den Erläuterungen einen diesbezüglichen Hinweis zu geben, da ordentliche Abschreibungen selbstverständlich in die kostendeckende Kalkulation einzubeziehen sind.

Durch die Hereinnahme der Abschreibungen können auch die Unterschiede zwischen dem Standard des Baues und der Ausstattung optimal dargestellt werden.

### Exkurs: Leistungsorientierte Finanzierung und Umsatzsteuer:

Die Kalkulationsgrundlagen für die LDF's, die ab dem Jahre 1989 in 20 Referenzkrankenanstalten mit großem Einsatz von Mitarbeitern in diesen Krankenanstalten ermittelt wurden, wurden auf Basis netto (ohne USt) berechnet.

Das betrifft sowohl das Kalkulationsschema für die Einzelleistungen als auch die Tageskosten der einzelnen Abteilungen. Es wurden dann über alle Häuser statistisch aufgrund der mehrjährigen Mengenerfassung entsprechend signifikante und medizinisch sinnvolle Fallgruppen herausgearbeitet.

Im Falle, daß die Umsatzsteuer ab 1.1.1997 nicht neutral refundiert wird, sind die auf Basis der bisher durchgeführten Kalkulationen ermittelten LDF-Punkte falsch. Die Auswirkungen der USt-Änderung, so sie kostenwirksam wird, sind aber für die Krankenhäuser viel weitgehender.

Die Konsequenzen sind:

1. - wie noch zu beweisen sein wird - falsche LDF-Punkte,
2. sämtliche Entscheidungen über Outsourcing sind zu überprüfen bzw. Berechnungen sind neu anzustellen,
3. Investitionsentscheidungen werden zu größeren Belastungen des Budgets führen. Sollte der Fonds ab dem 1.1.1997 die volle Abdeckung der Krankenhauskosten übernehmen sind die Fondsberechnungen zum 1.1.1997 neu anzustellen, wobei die wesentlichen Unterlagen erst ermittelt werden müssen.

Die Konsequenzen:

- ♦ kein LKF mit 1. Jänner 1997
- ♦ zusätzliche Belastungen der Länderbudgets

#### ad 1. - LKF - Kalkulation:

Die Punkteermittlungen stellen im Rahmen der Pauschalabrechnung Äquivalenzziffern dar, die die Relationen der Fallgruppen untereinander festlegen. In diesen Leistungen sind sowohl Materialien, Personalkosten als auch Gemeinkosten als Zuschlag zu den Personalkosten enthalten. Ist jetzt die Umsatzsteuer nicht neutral, so werden die teureren Materialien (die extern zugekauft werden), um 20 % teurer; die Personalkosten bleiben gleich und die Gemeinkosten werden je nach Grad des Outsourcings (Wäsche, Küche, etc.) teilweise ebenfalls um 20 % teurer. Bei Leistungen mit hohem Geräteinsatz kommt zusätzlich die Abschreibung der Umsatzsteuer für die Wiederbeschaffung hinzu. Diese Änderungen schlagen sich natürlich auch bei der Ermittlung der tagesabhängigen Kosten je Abteilung zu Buche.

Leistungen, die sehr personalintensiv sind (geringfügig teure Materialien und geringer Geräteinsatz, dafür ein hoher Gemeinkostenzuschlag), werden daher etwas bevorzugt, da keine Umsatzsteuer-Mehrbelastung, ausgenommen auf den Gemeinkostenzuschlag, erfolgt. Leistungen, bei

denen für die teuren Materialien zugekauft werden, nach Implantate etc., werden um den vollen Betrag der Umsatzsteuer auf die teuren Materialien teurer.

Es ist daher unmittelbar einsichtig, daß bei solchen Verzerrungen die gesamte LKF-Kalkulation neu erstellt werden muß.

In der Art. 15a-B-VG-Vereinbarung ist über die Umsatzsteuer kein Absatz enthalten, d.h. ungeachtet der Lösung der Umsatzsteuer soll das LKF eingeführt werden.

Sollte die Umsatzsteuer ab 1.1.1997 nicht neutral an die Häuser rückgeführt werden können (in welcher Form auch immer), so kann das LKF sinnvollerweise nicht eingeführt werden.

Zu Z 16: § 27 Abs. 5.:

Dieser Passus kann sich ja nur auf einen Selbstbehalt für die Krankenbehandlung beziehen, nicht aber auf ev. Nebenleistungen, die vom Haus dem Patienten zur Verfügung gestellt werden können (Telefon und sonstige Nebenleistungen).

Zu Z 17: § 27a.:

Hier wurde die Formulierung aus dem alten KAG auch wertmäßig übernommen. Die Frage der Selbstbehalte, vor allem auch der Angehörigen ist noch offen. Ein Lösungsansatz bei der Umstellung auf LKF war es, daß der Kostenbeitrag sowohl für Angehörige als auch für Selbstversicherte in einer Höhe festgesetzt wird, sodaß der Angehörigenselbstbehalt damit wertmäßig auch gedeckt wird und kein Unterschied mehr zwischen Angehörigen und Selbstversicherten vorgenommen werden muß.

Über diesen Punkt ist im Arbeitskreis noch keine Einigung zu erzielen.

Zu Z 18: § 27b Abs. 3:

Die Frage, in welcher Form Ambulanzen und Nebenkostenstellen abgegolten werden, ist gemäß Art. 22 der Art. 15a B-VG Vereinbarung Aufgabe der Landeskommision.

Warum dieses im KAG-Entwurf eine landesgesetzliche Regelung sein soll, ist nicht klar, vor allem, da es in den nächsten Jahren zu beabsichtigten Verschiebungen (Zielsetzung LKF, Zielsetzungen ÖKAP) kommen wird, die auch in der Finanzierung der Nebenkostenstellen und Ambulanzen Änderungen mit sich bringen muß.

Zu Z 26: § 42:

In der Meldepflicht gemäß § 42 müssen gemeldet werden:

Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme, ferner die Bestellung oder Abberufung leitender Ärzte, die die Landesbehörden auf Grund der einschlägigen Bestimmungen

der Ausführungsgesetze der Länder zu diesem Teil dieses Bundesgesetzes erteilen bzw. verfügen, sind dem Landeshauptmann unverzüglich bekanntzugeben.

Die Ergänzung "und der Strukturkommission" kann sich nur auf die Bewilligung und Benehmigung sowie deren Zurücknahme beziehen, da Personalfragen landesinterne Angelegenheiten sind und eine Meldepflicht an die Bundesstrukturkommission als nicht notwendig erachtet wird.

Diese Einschränkung ist vorzunehmen.

Zu Z 30: § 59c Abs. 2.:

Über die Fristen der Überweisung der Mittel gemäß Abs. 1 Z 3 ist noch keine Einigung zustande gekommen.

Die im Entwurf festgelegte Frist ist seitens der Ländervertreter in den Arbeitskreisen nicht akzeptiert, da sie mit der Zielsetzung der Einbehaltungsmöglichkeiten nicht im Konnex steht, da ja bei bestimmungswidrigem Verhalten die nächst fällige Rate einbehalten werden kann.

Zu Z 30: § 59g Abs. 2:

Zählt man die taxativen Mitglieder gemäß Punkt 1 - 5 zusammen, so ergeben sich 25 Mitglieder der Strukturkommission und nicht - wie in der Überschrift geschrieben - 20 Mitglieder, wobei sich bei 25 Mitglieder, zählt man den Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger zur Bundeseite, sich eine Mehrheit für den Bund von 13 : 12 ergibt.

### **Bundesgesetz, mit dem das Ärztegesetz 1984 geändert wird**

Als eine der Einsparungsmaßnahmen im Rahmen des Arbeitszeitgesetzes wurde seitens der VAMED die Aufhebung der 24-Stunden Facharzt-Anwesenheit und die Möglichkeit, daß der Facharzt "nur" Hintergrunddienst macht, aufgezeigt.

In der jetzigen, zur Begutachtung ausgesendeten, KAG-Änderung und in der Änderung des Ärztegesetzes ist vorgesehen, daß - bis auf die Kernfächer Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Unfallchirurgie und Neurochirurgie - bei einer Rufbereitschaft eines Facharztes mit 15-minütiger Erreichbarkeit ein Turnusarzt (auch ein Turnusarzt zur Allgemeinmedizin) den Hauptdienst machen kann.

Diese Vorgangsweise ist für die Nebenfächer wie Dermatologie, HNO (wenn eine Chirurgie im Haus vorhanden ist), Neurologie, Urologie, etc. durchaus ausreichend, obwohl die 15-minütige Erreichbarkeit zu eng gesetzt ist, 30 Minuten würden der Erfahrung nach ausreichen.

Für die Standardkrankenhäuser ist die Pflichtenwesenheit von Fachärzten auch in den anderen Fächern, ausgenommen Intensivstation, kritisch.

Hier sollte der Begriff "Kernfächer" reduziert werden auf Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie Unfallchirurgie (auch wenn Department auf der Chirurgie) und für die Fächer Chirurgie, Interne und Gynäkologie-Geburtshilfe sollte eine andere Organisationsform gefunden werden. Es sollte möglich sein, daß ein Ausbildungsassistent ab dem zweiten Jahr bzw. ein Dauersekundärarzt mit ius practicandi, der einer Abteilung fix zugeordnet ist, Hauptdienst, und der Facharzt mit 30-minütiger Erreichbarkeit Hintergrunddienst macht.

Die Notwendigkeit ergibt sich aus folgender Überlegung:

Bei kleinen Häusern müßten ab dem Jahre 2004 mindestens fünf Fachärzte der jeweiligen Fachrichtung beschäftigt werden, um die Beschränkung der Nachtdienstzahlen einhalten zu können, wobei der Primarius im Durchschnitt der Einfachheits- und Gerechtigkeitshalber genausoviel Nachtdienste macht wie ein anderer Facharzt, in Urlaubszeiten aber einspringen müßte (und mehr machen muß). Für fünf Fachärzte ist in kleinen Häusern zu wenig anspruchsvolle Arbeit vorhanden, ausgenommen es werden (nicht gewünschte) Spezialisierungen vorgenommen.

Bei der Gynäkologie-Geburtshilfe ist dies bei kleineren Abteilungen noch viel kritischer, denn bei fünf Fachärzten müßten mindestens 500 bis 600 Geburten sein, um einen Routinebetrieb qualitativ absichern zu können.

Es gibt derzeit österreichweit ca. acht bis zehn Abteilungen mit unter 300 Geburten und in sieben bis acht Abteilungen zwischen 300 und 400 Geburten. Deren Existenz ist jedenfalls dann in Frage zu stellen.

Als weitere flankierende Maßnahmen sind vorzusehen:

1. Der im Ärztegesetz vorgesehene Schlüssel - pro 15 Betten ein Turnusarzt zum Allgemeinmediziner unter Anrechnung der Ausbildungsassistenten in den Mangelfächern - soll auf 20:1 geändert werden. Dadurch könnte erreicht werden, daß die frei werdenden Stellen durch Dauersekundärärzte besetzt werden können. Diese würde somit zu einer wesentlich qualitativen Verbesserung in den Abteilungen führen (auch im Nachtdienst, siehe oben).
2. Die in der Ärzteausbildungsordnung vorgesehene Anwesenheitspflicht der Auszubildenden in der Zeit von 08.00 bis 13.00 Uhr (§ 15 Abs. 3 bzw. § 25 Abs. 3 der

Ärzte-Ausbildungsordnung, BGBl.Nr. 48/1994) soll geändert werden, da dies eine zusätzliche Einschränkung der Möglichkeiten der flexibleren Diensterteilung bringt. Es muß auch in diesem Zusammenhang möglich sein, Fachambulanzen auf den Nachmittag zu verlegen.

3. Durch die qualitative Verbesserung bei den Hauptdiensten wäre auch eine im ländlichen Bereich praktikable Erreichbarkeit von 30 Minuten durchaus ausreichend.

### **Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen**

In verschiedenen Gesetzen, vor allem in den §§ 62d und 62e KAG ist die Dokumentationspflicht der Krankenanstalten gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz gegeben.

Nun soll die gesamte Dokumentation im österreichischen Krankenanstaltenwesen aus den verschiedenen Rechtsquellen in diesem Gesetz zusammengefaßt werden:

1. Das Gesetz beruft sich im Vorblatt auf die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, die in Ausarbeitung ist, in der aber zumindest vereinbart wurde, daß vor der Anforderung von zusätzlichen Daten eine Beratung in der Bundesstrukturkommission mit den Landesvertretern zu erfolgen hat.

Diese Einschränkung fehlt im Gesetz und ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz ohne Befristung durch Verordnung zur weiteren Datenerfassung. Das kann mit hohen Mehrkosten für die Krankenanstaltenträger verbunden sein.

2. Im Vorblatt ist zu dem Begriff "Kosten, auf die KRAZAF-Vereinbarungen und auf die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG hingewiesen, nach der die Länder im wesentlichen die Kosten für die Entwicklungsarbeit des Gesundheitsplanes (primär Krankenanstalten- und Großgeräteplan) aus ihrem Anteil bezahlen. Diese Vereinbarung, die die Kosten übernimmt, ist mit 4 Jahren befristet. In weiterer Folge würden dann sehr wohl dem Bund Kosten entstehen.

3. Die bisherige Entwicklungsarbeit des LKF, die aufgrund von Diagnosen und Kostendaten durchgeführt wurde, sieht eine kostenneutrale Umsatzsteuer vor. Aufgrund der jetzigen Gesetzeslage (UStG 1994) ist rechtlich noch nicht die Umsatzsteuerrückführung an die Krankenanstalten abgesichert. Es ist darauf hinzuweisen, daß die gesamte LKF-Entwicklungsarbeit und damit auch die bisher in den Referenzkrankenhäusern übernommene Arbeit de facto umsonst war, wenn die Kostenneutralität der Umsatzsteuer wegfällt. In diesem Falle ist jeglicher Anforderung des Bundes über Kostendaten, Leistungsdaten etc. nur dann zuzustimmen, wenn der Bund alle Kosten, auch die in den Krankenanstalten dafür übernimmt, da die Verantwortung für die jetzige Situation ausschließlich im Bereich des Bundes zu suchen ist.



4. Im Hauptstück C ist vorgesehen, daß der Landeshauptmann (Amt der Landesregierung) die Statistik- und Kostendaten zu prüfen und dem Ministerium bis 31. März jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr zu übermitteln hat.

Es sollten hier die Krankenanstalten verpflichtet werden, diese zu übermitteln.

Im Hauptstück D behält sich das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz vor, jederzeit weitere erforderliche Daten anzufordern. Hier ist unbedingt auf den Konsultationsmechanismus zu verweisen, da solche Anforderungen mit hohen Aufwendungen für die Krankenanstalten verbunden sein können.

Für die Landesregierung:  
Im Auftrag des Landesamtsdirektors:  
Dr. Rauchbauer eh.  
(Leiter des Verfassungsdienstes)

F.d.R.d.A.:

Schlaffer