



Bundesministerium für Gesundheit  
Abteilung I / B / 12  
Radetzkystraße 2  
1030 Wien

an [thomas.worel@bmg.gv.at](mailto:thomas.worel@bmg.gv.at)  
cc: [begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at](mailto:begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at)

Wien, 13.10.2011  
Dr.S/Mag.G/si

**Betrifft: BMG-71100/0003-I/B/12/2011  
KAKuG-Novelle Umsetzung ÖSG 2010, Allgemeines  
Begutachtungsverfahren**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Österreichische Ärztekammer dankt für die Einladung zur Stellungnahme im Rahmen des Begutachtungsverfahrens zum Entwurf einer KAKuG-Novelle zur Umsetzung des ÖSG 2010 und hält dazu fest:

### I. Allgemeines

Der vorliegende Entwurf eröffnet den Krankenanstaltenträgern die Möglichkeit, aus rein wirtschaftlichen Überlegungen Schmalspur-Organisations- und Betriebsformen einzurichten, die eindeutig zu Lasten der Qualität der ärztlichen Versorgung gehen und das Leistungsangebot für die Patienten in den Spitälern schmälern. So soll es pro futuro keine fixen Mindestabteilungen für Standard- und Schwerpunktkrankenanstalten geben. Weiters soll vom bewährten Abteilungssystem in Krankenanstalten zugunsten einer Vielzahl sogenannter „reduzierter Organisations- und Betriebsformen“ abgegangen werden. Damit wird der derzeit bestehende bundesgesetzliche Mindeststandard für Krankenanstalten de facto abgeschafft und die Länder erhalten völlig freie Hand hinsichtlich der zukünftigen Krankenhausstruktur. Dies steht in völligem Gegensatz zur Ankündigung des Bundesministers für Gesundheit, ein einheitliches Spitalgesetz umsetzen zu wollen.

Eine derartige Novelle wird zu einer massiven Verschlechterung des Leistungsangebots in den Spitälern führen. Dies hat massive negative Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten sowie auf die Ärzteschaft. Patienten werden im „reduzierten Spital“ nicht mehr die bisherigen Leistungen erhalten. Daran kann auch der Verweis auf mehr Flexibilität nichts ändern.

Für Spitalsärzte wird ein Tätigwerden in derartigen „reduzierten Spitälern“ eine unattraktive berufliche Einbahnstraße, da ein späterer Wechsel in ein wirkliches Spital nicht mehr möglich sein wird. Hinzu kommt ein massiver Verlust an ärztlichen Ausbildungsstellen, da nicht ersichtlich ist, was in diesen „reduzierten Spitälern“ gelehrt und gelernt werden soll.

Weiters scheint der vorliegende Entwurf – entgegen der klaren Aussagen der Politik in den letzten Jahren - ein erster legislativer Schritt in Richtung Verlagerung ambulanter Leistungen weg vom niedergelassenen Bereich hin in die Spitäler zu sein.

Die wiederholt in der Novelle vorkommenden Verweise auf den ÖSG, die noch dazu als dynamische Verweise zu werten sind, lehnen wir klar ab. Der ÖSG ist ein Planungsinstrument zwischen dem Bund und den Bundesländern und hat keine normative Verbindlichkeit. Er wird auch von keinem Gesetzgeber, sondern von der Bundesgesundheitskommission beschlossen, die zum einen Teil durch die Bundesregierung, zum anderen Teil durch die Bundesländer und verschiedene Körperschaften besetzt wird. Mit den Grundsätzen der Bundesverfassung ist dies – mangels demokratischer Legitimation - nicht in Einklang zu bringen.

Aus dem gesamten Text ergibt sich, dass die Abgrenzung zum ambulanten Bereich völlig verschwommen ist. Daher stellt sich die Frage, ob dieser Entwurf ausschließlich dem Kompetenzbereich der Krankenanstaltengesetzgebung zuzuordnen ist.

Mit den vorliegenden Änderungen werden den Krankenanstaltenträgern weitreichende Möglichkeiten geboten, das Leistungsangebot in den Krankenanstalten unauffällig herunterzufahren und die Krankenanstalten medizinisch auszuhöhlen.

Die Österreichische Ärztekammer lehnt diesen Entwurf im Sinne des Patientenwohls entschieden ab. Stattdessen hat die Politik dafür zu sorgen, dass die Ärzte in den Spitälern auch in Zukunft beste Medizin leisten können und dies nicht plumper Sparpolitik geopfert wird.

Die Ausarbeitung des Gesetzesentwurfes fand, wie auch schon in anderen Bereichen der medizinischen Leistungserbringung (vgl. Entwurf MAB-Gesetz), ohne Einbeziehung der praktischen Erfahrungen und der Interessen der Ärzteschaft statt. Die ÖÄK möchte zu dieser Vorgangsweise wiederholt ihr Befremden ausdrücken, zumal wir für konstruktive Gespräche stets zur Verfügung stehen.

## II. Zu den einzelnen Punkten des Entwurfs

### Zu Z 1 - 6

#### Standardkrankenanstalten der Basisversorgung

Die geplanten Änderungen in § 2a KAKuG sehen vor, dass die bisherigen Standardkrankenanstalten durch die Einführung von sog. "Standardkrankenanstalten der

Basisversorgung" abgelöst werden sollen. Diese sollen lediglich über eine Abteilung für Innere Medizin sowie eine auf Basisversorgungsleistungen beschränkte Organisationseinheit zur Sicherstellung der Basisversorgung in der Chirurgie verfügen. Eine Erweiterung des Leistungsspektrums darüber hinaus soll unzulässig sein.

Diese Einschränkungen werden zur Folge haben, dass es an den sog. "Standardkrankenanstalten der Basisversorgung" zu einer massiven Verschlechterung des Leistungsangebots für die Patienten sowie einem merklichen Qualitätsverlust kommen wird. Die fachlichen Anforderungen an die Arbeit der Spitalsärzte werden gemindert und die Ausbildungsqualität wird sinken. Konkret wird zwar das Krankenhaus erhalten bleiben, medizinisch aber massiv ausgehöhlt werden.

In § 2a Abs. 4 Z 1 lit. a wird zudem festgelegt, dass Standardkrankenanstalten der Basisversorgung eine Abteilung für Innere Medizin ohne weitere Spezialisierung führen müssen. Der Sinn dieser Einschränkung lässt sich nicht erschließen, da ja jedes „allgemeine“ Sonderfach sämtliche seiner Spezialisierungen beinhaltet.

Der gewählte Wortlaut lässt allerdings die Interpretation zu, dass an derartigen Abteilungen keine Ausbildung in den Zusatzfächern zum Sonderfach „Innere Medizin“ angeboten werden darf, was in den meisten Bundesländern zu einer massiven Verschlechterung des Ausbildungsangebotes in diesem Sonderfach führen würde.

Die Einrichtung von Standardkrankenanstalten der Basisversorgung wird daher abgelehnt.

#### Reduzierte Organisationsformen

Des Weiteren ist vorgesehen, dass für Schwerpunkt- und Standardkrankenanstalten die Errichtung sog. "reduzierter Organisationsformen" möglich sein soll, insbesondere sollen dislozierte Wochen- und Tageskliniken für jedes Sonderfach vorgesehen werden.

Damit wird den Krankenanstaltenträgern wiederum die Möglichkeit gegeben, aus rein wirtschaftlichen Überlegungen wenig lukrative Abteilungen auf dislozierte Wochen- oder Tageskliniken zu reduzieren, wodurch ein nicht verantwortbarer - und schon gar nicht kommunizierter - Verlust an medizinischer Versorgung der Bevölkerung, vor allem jener in Randgebieten außerhalb der Ballungszentren, von der Politik offenbar angestrebt wird.

Reduzierte Organisationsformen mindern weiters die Fachkompetenz der dort tätigen Ärzte. Die derzeit gegebene Standortattraktivität in der Peripherie wird für Spitalsärzte massiv abnehmen und sich entsprechend negativ auf die Versorgungsqualität auswirken.

Wie bereits oben unter Punkt II. ausgeführt, wird die Zersplitterung und Aushöhlung der bestehenden Einrichtungen zu einem massiven Verlust an ärztlichen Ausbildungsstellen führen. Die derzeitige Ausbildungsqualität wird durch das pro futuro reduzierte Leistungs- und Anforderungsspektrum der unterschiedlichen Organisationsformen nicht zu halten

sein. Die geplante Ausbildungsrotation, die ja gerade die umfassende Ausbildung der jungen Ärzte in Krankenanstalten unterschiedlichen Versorgungsgrades fördern und verwirklichen soll, wird nicht umzusetzen sein, denn was soll in diesen reduzierten Organisationsformen neues gelehrt und gelernt werden? Die negativen Folgen für die künftige Qualität der medizinischen Versorgung, insbesondere in den weniger attraktiven Regionen, sind absehbar. Dies wird auch ein großer Schritt in Richtung einer faktischen 2-Klassen-Medizin sein.

Aus diesen Gründen wird auch die Einrichtung von sog. Referenzzentren abgelehnt. Dem Gesetzesentwurf ist nicht zu entnehmen, was ein solches Referenzzentrum konkret sein soll. Auch die Erläuterungen geben keinen Aufschluss auf die organisatorische Struktur dieser Einrichtung, sondern verweisen ein weiteres Mal auf den ÖSG.

Generell ist anzumerken, dass die zulässigen Kombinationsmöglichkeiten zwischen den geplanten neuen und den (zusätzlich erweiterten) vorhandenen Organisationsformen derart zahlreich und unüberschaubar sind, dass die Bestimmungen wohl nicht den nötigen Determinierungsgehalt einer gesetzlichen Regelung erreichen. Es fehlt offensichtlich bewusst eine klare Definition der Organisationsformen, um solcherart wirksame Kontrollmöglichkeiten bereits ex ante auszuschließen.

Zudem verschwimmen die Abgrenzungen zum ambulanten Bereich und stellen in Frage, ob der zu beurteilende Entwurf ausschließlich dem Kompetenzbereich der KAKuG-Gesetzgebung zuzuordnen ist, da er nicht die Auslagerung, sondern vielmehr die Einlagerung medizinischer Leistungen des niedergelassenen Bereichs in die Krankenanstalten ermöglicht, siehe insbesondere § 6 Abs. 7 Z 5.

#### Verwendung unbestimmter Gesetzesbegriffe:

In § 2a Abs. 4 ist im Einleitungswortlaut von einem „natürlichen Einzugsbereich“ die Rede, dessen Eigenschaft in der Folge mit keinem Wort erklärt wird. Den hier erwähnten „Einwohnern“ stehen in der Bestimmung des § 18 Abs. 2 sog. „Bewohner“ gegenüber. Ebenfalls nicht näher ausgeführt wird, was unter der „raschen Erreichbarkeit“ einer Standardkrankenanstalt zu verstehen ist bzw. der „räumlichen Nähe“ (§ 2a Abs. 4 Z 6).

Eine derartige Häufung von unbestimmten Gesetzesbegriffen verursacht Willkür bei der Anwendung des Gesetzes und ist verfassungswidrig.

#### Dynamische Verweisungen auf den ÖSG

Im Gesetzesentwurf wird mehrmals (vgl. § 2a Abs. 4 Z 1 lit. b, Z 2 u. 4, § 2b Abs. 2) auf die Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) Bezug genommen, die den Umfang der Basisversorgungsleistungen der neugeschaffenen Organisationseinheiten gesetzlich verbindlich vorgeben soll.

Der ÖSG ist ein Planungsinstrument, das, aufbauend auf einer Art. 15a B-VG-Vereinbarung, erstellt wurde. Er steht weder in Gesetzes- noch in Verordnungsrang und hat daher keinerlei normative Bindungswirkung.

Weiters wurde der ÖSG von keiner gesetzgebenden Körperschaft, sondern von der Bundesgesundheitskommission beschlossen, die zum einen Teil durch die Bundesregierung zum anderen Teil durch die Bundesländer und verschiedene Körperschaften beschickt wird und die als solche demokratisch nicht legitimiert ist. Dies ist verfassungswidrig, da ein Gesetz hier dynamisch auf diese Planungsunterlage verweist. Mit den Grundsätzen der Bundesverfassung ist dies nicht in Einklang zu bringen.

#### Fehlen klarer Verantwortlichkeiten und Führungsstrukturen

Der Entwurf sieht zwar eine Vielzahl neuer Organisationsformen vor, legt aber für diese weder klare Verantwortlichkeiten noch Führungsstrukturen fest. Er provoziert damit eine Vielzahl zusätzlicher und nicht geklärter Haftungskonstellationen, wie z.B.: Wer trägt etwa die Letztverantwortung für das medizinische Vorgehen in einer dislozierten Tages- oder Wochenklinik? Wer ist für welchen Patienten bei einer interdisziplinären Verlegung verantwortlich? Wie soll die Verantwortung für eine dislozierte Klinik an einem gänzlich anderen Standort wahrgenommen werden? Wer ist für die Ausbildung verantwortlich?

Hinzu kommt, dass ärztliche Zuständigkeiten und Gestaltungsmöglichkeiten weiter zurückgefahren werden. Dabei haben doch Ärzte den Kernprozess im Krankenhaus durchzuführen, mit anderen Worten: ohne Ärzte gibt es kein Spital! Weiters bestätigt eine steigende Anzahl von Untersuchungen, dass effektive spitalsärztliche Führung die Leistung von Gesundheitsfürsorgebetrieben nachweislich steigert (vgl. u.a.: The McKinsey Quarterly, Health Care Feb 2009). Der aktuelle Entwurf ignoriert diese Erkenntnisse und drängt ärztliche Gestaltungsmöglichkeiten zu Lasten der Patienten und zu Gunsten der Ökonomie zurück. Diese falsche Prioritätensetzung wird klar abgelehnt.

#### **Zu Z 12 (§ 6 Abs. 7)**

##### Interdisziplinäre Belegung

Die bisher erzielten Erfahrungen mit interdisziplinär geführter Belegung (z.B. LKH Feldbach) zeigen, dass dadurch die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit ärztlichen Leistungen erheblich leidet.

Das Auffinden der Patienten wird massiv erschwert und die Verwechslungsgefahr steigt. Auch im Bereich der Pflege steigt aufgrund der dort vorhandenen Spezialisierung die Gefahr einer schlechteren Betreuung.

Jeder Patient muss aber einer Betriebsform (Ambulanz, Tagesklinik, etc.) zugeordnet werden können, um klare Zuständigkeiten zu gewährleisten und Verwechslungen zu vermeiden. Dies muss ohne übermäßigen Verwaltungsaufwand möglich sein.

Es darf keine eigenständige Führung dieser Betriebseinheit geben. Aufgrund der begrifflichen Überschneidungen und Unklarheiten ist eine exakte gesetzliche Definition (siehe Punkt 7.) unumgänglich.

#### Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten

Die neu vorgesehenen Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten passen insofern nicht in das System des Krankenanstaltenrechts, als in § 26 KaKuG unverändert normiert ist, dass in öffentlichen Krankenanstalten nur Personen ambulant zu untersuchen oder zu behandeln sind, wenn es u.a. zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe oder zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen, notwendig ist. Es gilt daher im ambulanten Bereich nach wie vor der Vorrang der Versorgung durch niedergelassene Ärzte. Dieser soll jetzt - und offenbar in inkonsequenter Weise - konterkariert werden. Entgegen den klaren Aussagen der Politik in den letzten Jahren, handelt es sich hier um einen wesentlichen Schritt zur Einlagerung medizinischer Leistungen in die Spitäler.

Die Möglichkeit für die Krankenanstaltenträger, neben den schon bestehenden Ambulanzen völlig neue Einrichtungen mit öffentlichen Mitteln zu errichten, stellt keine Alternative zum bedarfsgerechten Ausbau der fachärztlichen Versorgung, sondern lediglich eine teure Doppelgleisigkeit dar.

Die ÖÄK spricht sich daher dagegen aus, dass aus dem Bestreben der Krankenhausträger, aus den Sozialversicherungen mehr Geld für die Ambulanzen zu bekommen, eine neue Parallelstruktur entsteht, die teuer ist und die bestehende extramurale Versorgung konkurriert und damit gefährdet.

Vielmehr erscheint es unabdingbar, die Möglichkeiten der Zusammenarbeitsformen im niedergelassenen Bereich endlich den tatsächlichen Möglichkeiten und Erfordernissen anzupassen, und nicht, wie im Zuge der Umsetzung der Ärzte-GmbHs, zu erschweren.

In Z 5 wird überdies nicht erklärt, wie weit die „unmittelbare Nähe“ einer Krankenanstalt reicht und wie sich diese Einrichtung von der Ordination eines niedergelassenen Arztes unterscheidet.

#### **Zu Z 16 (§ 10a Abs. 5) ÖSG als objektiviertes SV-Gutachten?**

Die Festschreibung des ÖSG als objektiviertes Sachverständigengutachten, wie in Z 16 (§ 10a Abs. 5) vorgesehen, ist nicht erforderlich, trifft nicht zu und wird demgemäß abgelehnt. Politische Kompromisse und Beschlüsse werden selbst durch entsprechende Normierung zu keinem objektivierten Sachverständigengutachten.

**Zu 17 (§ 18 Abs. 2)**

In Ergänzung zu den Ausführungen in Punkt I. wird betont, dass auch die **Möglichkeit**, von der Errichtung einer **Standardkrankenanstalt** abzusehen, **abgelehnt** wird, da **dies** mit einer Verschlechterung der medizinischen Versorgung einhergehen würde. **Wo Krankenhaus** darauf steht, muss zumindest eine dem derzeitigen Mindestniveau entsprechende Krankenanstalt drinnen sein.

Was unter dem Vorliegen besonderer topographischer oder verkehrsmäßiger Verhältnisse, im Zusammenhang mit der **Möglichkeit des Unter- als auch Überschreitens** der Zahlen dieser Bestimmung zu verstehen ist, wird - wohl bewusst - **nicht erläutert**, um den Länder völlig freie Hand beim Herunterfahren kleiner Krankenhäuser zu geben. Die Bestimmung wird daher **abgelehnt**, da damit der derzeitige, **bewährte Mindeststandard** heruntergefahren und somit ad absurdum geführt wird.

Die ÖÄK lehnt den vorliegenden Verschlechterungsentwurf daher zur Gänze ab! Für konstruktive Gespräche über alternative Lösungsmöglichkeiten **steht** die ÖÄK stets zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



MR Dr. Walter Dorner  
Präsident