HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

A-1031 WIEN KUNDMANNGASSE 21 POSTFACH 600 DVR 0024279
VORWAHL Inland: 01, Ausland: +43-1 TEL. 711 32 / Kl. 1211 TELEFAX 711 32 3775

Zl. 12-REP-43.00/11 Sd/Ht

Wien, 14. Oktober 2011

An das
Bundesministerium für Gesundheit

Per E-Mail

An das
Präsidium des Nationalrates

Per E-Mail

Betr.: Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten geändert wird – Umsetzung des ÖSG 2010

Bezug: Ihr E-Mail vom 14. September 2011, GZ: BMG-71100/0003-I/B/12/2011

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nimmt wie folgt Stellung, wozu wie üblich Stellungnahmen der Sozialversicherungsträger berücksichtigt wurden:

Zu § 2a Abs. 1 lit. a und b

Es liegt unserer Ansicht nach ein Redaktionsversehen vor. Zwischen den Wörtern „*mit*" und „*Abteilungen*" fehlt das Wort „***bettenführenden***". In der Textgegenüberstellung ist das Wort „bettenführenden" jedoch enthalten.

In diesem Zusammenhang möchten wir Folgendes anmerken:

Tageskliniken werden als bettenführende Einrichtungen definiert. Es wäre zu diskutieren, ob es betriebswirtschaftlich tatsächlich sinnvoll ist, tagesklinische Einrichtungen unbedingt als bettenführend zu definieren, zumal die in Betracht kommenden Patienten nach dem Eingriff und einer kurzen Aufwach-Verweilphase in der Regel

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

das Krankenhaus ohnehin zeitnah nach der Operation bereits wieder verlassen können.

Tageskliniken sind sicherlich ein sehr wichtiger Ansatz, um den „echten" stationären Bereich kostenmäßig spürbar zu entlasten. Es darf nicht sein, dass die Verpflichtung, Betten vorzuhalten, ein Hemmschuh für die Verlagerung in Tageskliniken ist. Das immer wiederkehrende Argument, tagesklinische Aufenthalte wären rechtlich stationäre Aufenthalte und Tageskliniken bräuchten deswegen Betten, greift zu kurz. Es spricht nichts dagegen, eine Funktionseinheit auch ohne Betten dem stationären Bereich zuzuordnen.

Die Verpflichtung zur Bettenführung erscheint daher bei tagesklinischen Einrichtungen nicht zwingend erforderlich zu sein.

Zu § 2a Abs. 3 bis 5 sowie § 18 Abs. 2

Die geplante Änderung hat – entgegen den Ausführungen in den Materialien – auch Auswirkungen auf die Sozialversicherungsträger.

Aus leistungsrechtlicher Sicht haben die vorgenommenen Flexibilisierungen eine Verkomplizierung im Bereich der notwendigen Krankentransporte zur Folge, da es in Hinkunft noch schwieriger sein wird, eine korrekte Beurteilung über das nächstgelegene geeignete Krankenhaus (oder dessen Departments, Wochenklinik, etc.) zu treffen. Auch ist aufgrund der nun möglichen organisatorischen Veränderungen – z. B. wenn bestimmte derzeit bestehende Krankenanstalten auf Standardkrankenanstalten mit Grundversorgung reduziert werden – davon auszugehen, dass ein bestimmter Teil der Patienten nun in ein weiter entferntes Krankenhaus transportiert werden muss und dadurch längere bzw. zusätzliche Transportstrecken entstehen. Ist dies aus medizinischen Gründen notwendig, erfolgt der Transport auf Kosten des Krankenversicherungsträgers. Die dadurch den Krankenversicherungsträgern entstehenden Mehrkosten wären aber in Wirklichkeit auf organisatorische Veränderungen in der Spitalslandschaft zurückzuführen.

Die Thematik der aus den Veränderungen resultierenden Mehrkosten im Krankentransportbereich wäre jedenfalls in die finanziellen Erläuterungen aufzunehmen, um zumindest einen Ansatzpunkt für die nächsten LKF-Verhandlungen im Jahr 2013 zu haben.

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

Weiters wird darauf hingewiesen, dass durch die vorgesehenen Änderungen Strukturen im Krankenanstaltenbereich reduziert werden (können), welche die soziale Krankenversicherung im extramuralen Bereich auffangen muss. Dadurch allenfalls entstehende Verschiebungen zwischen den Leistungsbereichen Spital und niedergelassener Bereich wären nach dem Prinzip der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung („Geld folgt Leistung") auszugleichen. Sollte es daher aufgrund der Novelle zu systematischen Verschiebungen vom Spitalsbereich in den niedergelassenen Bereich kommen, sind die Finanzierungsgrundlagen in jedem Fall anzupassen. Dies sollte ebenfalls im Allgemeinen Teil der Erläuterungen ergänzt werden.

Aufwendungen, die sich aus einer organisatorischen Umstrukturierung der Krankenanstalten ergeben, dürfen nicht zu Lasten der Sozialversicherung ausfallen und sind diesen dem Prinzip der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung folgend zu ersetzen.

Für die neu vorgesehenen Versorgungsformen ist es weiters erforderlich, dass Planbetten-Obergrenzen im ÖSG bzw. RSG festgelegt werden, da die Betten derzeit die einzigen Kapazitätsplanungsgrößen im stationären Bereich darstellen.

Zu § 2a Abs. 4

Im ÖSG 2010, S. 24, 5. Absatz, wird festgelegt, dass die genannten Standardkrankenanstalten der Basisversorgung im Rahmen von Modellversuchen bzw. Pilotprojekten geführt werden können. Ein diesbezüglicher Hinweis bzw. eine entsprechende Einschränkung der Ermächtigung an die Landesgesetzgebung fehlt im Gesetzestext.

Z 2 sollte wie folgt ergänzt werden (vgl. ÖSG 2010, S. 24, 5. Absatz, dritter Punkt):

„Die operativ tätigen Fachrichtungen sind jeweils im RSG bzw. in den Landeskrankenanstaltenplänen samt ihrer Organisationsform anzuführen."

Eine Z 7 sollte ergänzt werden und wie folgt lauten (vgl. ÖSG 2010, S. 25 oben):

„Bei dislozierten Organisationseinheiten ist sicherzustellen, dass die Dokumentation der Leistungserbringung eine eindeutige Zuordnung des Behandlungsortes und der fachärztlichen Zuständigkeit enthält".

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

Zu den §§ 2b und 2c

Die umfangreichen Festlegungen von dienstrechtlichen, organisatorischen und haftungsrechtlichen Angelegenheiten in den Erläuterungen finden sich im Gesetzestext nicht. Um Unklarheiten bzw. Streitfälle zu vermeiden, sollten insbesondere die haftungsrechtlichen Verantwortlichkeiten im Sinne des Konsumentenschutzes (Patientensicherheit) auch explizit im Gesetz geregelt werden.

Ergänzungsvorschlag zu § 3 Abs. 2

In § 3 Abs. 2, der die Voraussetzungen für die Erteilung einer Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt i.S.d. Abs. 1 regelt, sollte die folgende neue lit. e angefügt werden:

„e) ein Bedarf im Rahmen eines regionalen Strukturplanes Gesundheit festgestellt wurde."

Ergänzungsvorschlag zu § 3 Abs. 6 und § 3a Abs. 8

Im Rahmen einer bundesweiten Planung im Gesundheitswesen (insbesondere im Rehabilitationsbereich) würde es sich als sinnvoll und zielführend erweisen, auch den Hauptverband im Zulassungsverfahren einzubinden. Es wird daher angeregt, in § 3 Abs. 6 für bettenführende Krankenanstalten bzw. in § 3a Abs. 8 für selbständige Ambulatorien neben den „betroffenen Sozialversicherungsträgern" auch dem Hauptverband Parteistellung einzuräumen (dessen Trägerkonferenz hat Zielvorgaben für die Versicherungsträger aufzustellen, eine Einbindung in die Verfahren ist zur Abstimmung der Vorgangsweisen sinnvoll, vgl. § 441e ASVG).

Weiters wird angeregt, die Errichtungsbewilligungen zeitlich zu befristen (z. B. zwei Jahre). Derzeit wird eine rollierende Planung dadurch erschwert, dass es laufend Einreichungen von Krankenanstaltenprojekten gibt und es nicht absehbar ist, ob bzw. wann mit einer Realisierung, d. h. Inbetriebnahme gerechnet werden kann.

Zu § 5b Abs. 1

Aus der Textgegenüberstellung ist eine Änderung des § 5b Abs. 1 ersichtlich, die sich weder im vorgeschlagenen Gesetzestext selbst noch in den Erläuterungen findet.

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

Ergänzungsvorschlag zu § 6 Abs. 1

In § 6 Abs. 1, der den Inhalt der durch Landesgesetz zu regelnden Anstaltsordnung definiert, wäre zusätzlich zu den vorgeschlagenen Ergänzungen eine weitere lit. h mit folgendem Inhalt anzufügen:

„h) Regelungen zur Errichtung und zum Betrieb für Großgeräte."

Zu § 6 Abs. 7

In Z 1 sollte der zweite Satz wie folgt lauten:

*„**In der Dokumentation des Leistungsgeschehens ist sicherzustellen,** dass die **Pfleglinge** jederzeit zweifelsfrei einem bestimmten Sonderfach zugeordnet werden können."*

Es sollte nicht nur krankenanstaltenintern, sondern auch für Außenstehende transparent sein, welches Fach für einen Pflegling zuständig war (Abbildung über das Krankenanstaltendokumentationssystem [KDOK]). Außerdem ist auf einen Tippfehler hinzuweisen („*Pflegline*" anstelle von „*Pfleglinge*").

In Z 4 zweiter Satz müsste es „*Fachstrukturen*" anstelle von „*Fachstruktur*" lauten.

In Z 5 ist der vorletzte Satz unklar. Es ist nicht eindeutig geregelt, wer für die Sicherstellung der Erfüllung der Aufgaben der ambulanten Erstversorgungseinheit zuständig ist. Die Wortfolge „wenn die Erfüllung der Aufgaben der ambulanten Erstversorgungseinheit durch die Krankenanstalt in anderer Form sichergestellt ist" kann dahingehend interpretiert werden, dass die Krankenanstalt dies sicherzustellen hat oder dass dies nur sichergestellt sein muss (auch durch Dritte).

Wir schlagen vor, die Bestimmung wie folgt klarzustellen: „... *einstellen, wenn die Krankenanstalt die Erfüllung der Aufgaben der ambulanten Erstversorgungseinheit für diesen Zeitraum in anderer Form sicherstellt.*".

Zu § 10a Abs. 5

Durch diese Bestimmung hat der ÖSG weiterhin keine unmittelbar bindende Wirkung. Die Anwendung als Sachverständigengutachten bedeutet nur, dass der ÖSG bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden muss. Ein Abgehen von den Vorgängen des ÖSG ist aber weiterhin grundsätzlich ohne Folgen möglich, zumal nach dem – unverändert gebliebenen – § 10a Abs. 1 die im ÖSG vereinbarten

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und -methoden lediglich „zu berücksichtigen" sind.

Unseres Erachtens sollte der ÖSG bei Planungen auf Länderebene verbindlich sein.

Zu § 59a Abs. 1 Z 4

Die Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur (BGA) werden um den Bereich der bundesweiten Abstimmung des Angebots im Bereich der Rehabilitation erweitert.

Den Intentionen des Bundesministeriums für Gesundheit zufolge soll der Leistungsbereich der Rehabilitation, somit insbesondere der Rehabilitations-Plan, nun auch in den ÖSG integriert werden.

Die vorgeschlagene Ergänzung erscheint zunächst nicht notwendig, zumal bereits de lege lata die umfassende Diktion im vorliegenden Paragrafen ja auch die Rehabilitation mitumfasst. Sinnvoll ist jedenfalls eine bundesweite Betrachtungsweise bei der Deckung des Bedarfs (Leistungsangebotsplanung) im Rehabilitationsbereich und nicht eine Betrachtung von Bundesländern oder gar nur Versorgungszonen.

Darüber hinaus ist nicht nachvollziehbar, warum diese Ergänzung nur in Z 4 vorgesehen wird und nicht auch beispielsweise in Z 1, weil der Rehabilitations-Plan ja auch Qualitätsvorgaben enthält.

Weiters ist nicht eindeutig, ob sich durch diese Erweiterung der Aufgaben auch eine Änderung in der Vorgehensweise im Bereich der Rehabilitation in Bezug auf den Hauptverband und die einzelnen Träger ergibt.

Sollte diese Erweiterung dazu führen, dass zukünftig nicht nur die Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur erweitert, sondern die Sozialversicherungsträger nicht mehr wie bisher in die Bedarfserhebung, Planung und Abstimmung miteinbezogen werden, so kann dieser Änderung keinesfalls zugestimmt werden.

Die Finanzierung der Rehabilitation erfolgt fast ausschließlich durch die Sozialversicherungsträger. Diese können auch den Bedarf und die Qualitätsvorgaben im Bereich der Rehabilitation am besten einschätzen und abstimmen.Die Planungskompetenz sollte daher jedenfalls auch dann bei der Sozialversicherung verbleiben,

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

wenn eine Implementierung des Rehabilitationsplanes in den ÖSG erfolgt. Sie sind wie bisher in die Bedarfserhebung und Abstimmung miteinzubeziehen.

Zudem gilt es, Doppelgleisigkeiten von Planungsvorhaben (ab dem nächsten Jahr gültiger Rehabilitations-Plan 2012 sowie allfällige künftige ÖSG-Planungen) zu vermeiden.

Es sind weiters bereits in der Vergangenheit mehrere Versuche unternommen worden, die Pensionsversicherungsanstalt (PVA) in ihrer Bedarfsbeurteilungsautonomie zu beschränken. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass die zitierte Gesetzesstelle genau diese Beschränkung zur Folge haben könnte.

Die Formulierung „bundesweite Abstimmung" könnte so ausgelegt werden, dass über einzelne/mehrere Projekte an die BGA – auf Basis der dort geltenden Stimmenverteilung und Mehrheiten – abgestimmt wird.

Dies stünde jedoch in einer geradezu entgegengesetzten Relation zur Betroffenheit und könnte daher leicht dazu führen, dass die PVA ihrem gesetzlichen Versorgungsauftrag (§§ 300ff ASVG) nicht mehr nachkommen kann.

Angesichts der Tatsache, dass die PVA für rund 90 % der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen verantwortlich ist (und sogar eine weitere Ausdehnung in Diskussion ist), müssen auch die Entscheidungskompetenzen entsprechend gewichtet sein.

Die KAKuG-Novelle vom 18. August 2010 (Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung, BGBl. I Nr. 61/2010) hat – mit der Bestimmung im § 3 Abs. 6 – explizit die Autonomie der betroffenen Träger gestärkt, in dem bei der Bedarfsprüfung ausdrücklich den betroffenen Sozialversicherungsträgern Parteistellung sowie das Recht zur Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG eingeräumt wurde (Verwaltungsgerichtshofbeschwerde).

Die nunmehr geplante Formulierung widerspricht in dieser Form gleich zwei Gesetzesbestimmungen (§§ 300ff ASVG, § 3 Abs. 6 KAKuG).

Dieser Ergänzung der Kompetenzen der Bundesgesundheitsagentur in der vorgesehenen Form wird daher ausdrücklich widersprochen.

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

Zu den Erläuterungen - Allgemeiner Teil, 2. und 8. Absatz

Auf Seite 91 des ÖSG 2010 wird ausgeführt, dass „als Weiterentwicklung der Leistungsmatrix diese um eine Definition von Basisversorgungsleistungen und den Ausweis zugehöriger MEL (Medizinischer Einzelleistungen) ergänzt werden" soll. Die Leistungen (Basisversorgungsleistungen), die in den künftigen Standard-Krankenanstalten der Basisversorgung erbracht werden dürfen, sind sohin noch nicht im ÖSG 2010 definiert, weshalb entsprechende Ergänzungen notwendig sind.

Zu den Erläuterungen - Allgemeiner Teil, 5. Absatz

Standard-Krankenanstalten können in Zukunft als Standard-Krankenanstalten der Basisversorgung (als neu vorgesehene Versorgungsform) geführt werden. Im ÖSG 2010 wird jedoch beschrieben (Seite 24), dass dies nur im Rahmen von Modellversuchen möglich ist. Dies wird unsererseits auch befürwortet, um Änderungen und allfällige Auswirkungen von Planungen möglichst einfach erkennen und bewerten zu können (siehe auch die Ausführungen oben zu § 2a Abs. 4).

Darüber hinaus sind die Auswirkungen dieser Novelle auf die zahlreichen Stakeholder und Finanziers des Gesundheitswesens zu beachten. Insbesondere ist bei der Umsetzung dieser neuen Betriebsformen, die auch von kürzeren Verweildauern und Leistungsverlagerungen in den extramuralen Bereich geprägt sind, jedenfalls das Prinzip leistungsorientierten Finanzierung („Geld folgt Leistung") zu berücksichtigen. Denn in der Praxis sind allfällige Mehrkosten im Bereich der sozialen Krankenversicherung z. B. durch Leistungsverlagerungen in den extramuralen Bereich oder vermehrte Sekundärtransporte in höherwertigere Krankenanstalten nicht auszuschließen (siehe dazu auch die Ausführungen oben zu § 2a Abs. 3 bis 5 und § 18 Abs. 2).

Mit freundlichen Grüßen
Für den Hauptverband:

Dr. Josef KANDLHOFER

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.