



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Bundesministerium für
**Arbeit, Soziales, Gesundheit und
Konsumentenschutz**

T + 43 (0) 1 / 71132-1211
recht.allgemein@sozialversicherung.at
Zl. REP-43.00/18/0199 Ht

Präsidium des **Nationalrates**

Wien, 31. Oktober 2018

Betreff: KAKuG-Novelle 2018

Bezug: Ihr E-Mail vom 26. September 2018,
GZ: BMASGK-71100/0017-VIII/B/7/2018

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nimmt wie folgt Stellung:

Nach unseren Informationen wird diskutiert, Regeln über eine „ambulante Sonderklasse“ vorzusehen, also eine Möglichkeit für Zusatzzahlungen bei ambulanter Behandlung zu eröffnen. Das wird ausdrücklich abgelehnt. Es soll dem Vernehmen nach damit den Spitälern ermöglicht werden, den Einnahmefall der Sonderklassegebühren von Patienten zu kompensieren, wenn Leistungen durch eine Änderung des LKF-Bepunktungsmodells aus dem halbstationären in den ambulanten Bereich transferiert werden. Die Sonderklasse darf sich nach den gesetzlichen Vorgaben nur in der „Hotelkomponente“ von der allgemeinen Gebührenklasse unterscheiden. Für ambulante Patienten gibt es aber keine Hotelkomponente.

Die Möglichkeit für ambulante Sonderklassepatienten zusätzliche Einnahmen zu lukrieren würde zu Ungleichbehandlungen verschiedener Patientengruppen und insbesondere zu unterschiedlichen Wartezeiten führen. Dies ist jedenfalls abzulehnen. Für medizinische Behandlungen in öffentlich finanzierten Krankenhäusern haben medizinische Gesichtspunkte, nicht die Bereitschaft zu Zusatzzahlungen maßgebend zu sein.

Zu einzelnen Bestimmungen wird Folgendes angemerkt.



Zu § 2a Abs. 5 Z 2

In der aktuellen Fassung des ÖSG 2017 ist auf Seite 65 (Darstellung der stationären Organisationsformen) die Fußnote 3 „FSP GGH¹ (inkl. Geburtshilfe der Grundversorgung): in Ausnahmefällen bei unzulänglicher Erreichbarkeit der nächsten ABT GGH² (gem. PRW³-Tabelle Kap. 2.2.3) zulässig“ enthalten, die im Gesetzesentwurf nicht berücksichtigt wird. Der ÖSG 2017 ist an dieser Stelle offener formuliert als das Gesetz und wird dadurch konterkariert.

Zu § 2b Abs. 2 Z 1

Im vorliegenden Entwurf wird auf 15 bis 24 Betten eingeschränkt, während es im ÖSG 2017 keine Einschränkung nach oben gibt. Eine entsprechende Anpassung wäre erforderlich.

Laut ÖSG 2017 müssen Departements nicht über drei Fachärzte mit entsprechender Qualifikation, sondern über drei Ärzte für Allgemeinmedizin/Fachärzte mit entsprechender Qualifikation verfügen (vgl. Seite 65 letzte Zeile der Tabelle). Auch hier wäre eine Anpassung erforderlich.

Zudem widerspricht die Reduktion auf Fachärzte sämtlichen Intentionen zur Attraktivierung des Arztes für Allgemeinmedizin, weshalb die derzeit im Gesetz geplante Regelung abgelehnt wird.

Zu § 2b Abs. 2 Z 2

Der ÖSG 2017 (vgl. Seite 64, Tabelle zu stationären Organisationsformen) sieht für Fachschwerpunkte fixe Betriebszeiten vor, die Öffnungszeit ist jedoch tageszeitlich einschränkbar. Nach dem Gesetzesentwurf ist normiert, dass Fachschwerpunkte „eingeschränkte Öffnungs- und Betriebszeiten“ aufweisen können. Diese Regelung steht sohin in Widerspruch zum ÖSG 2017 und wäre anzupassen.

Zu § 3 Abs. 2d

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Jedoch ist diese neue Bestimmung bezüglich der Errichtung und des Betriebes von bettenführenden Krankenanstalten als „Kannbestimmung“ (arg: kann) konzipiert. Hingegen ist die analoge Bestimmung bezüglich der Zulassungsverfahren für selbständige Ambulatorien gemäß § 3a Abs. 5 eine „Mussbestimmung“ (arg: ist).

¹ Fachschwerpunkt Gynäkologie Geburtshilfe.

² Akutbetten in bettenführender/-en Abteilung/-en

³ Planungsrichtwert



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Ebenso findet sich in der neuen Bestimmung die Notwendigkeit des Einholens einer Stellungnahme des Landesgesundheitsfonds nicht, welche im § 3a Abs. 5 zusätzlich erforderlich ist.

Der Grund für diese unterschiedliche Ausgestaltung der Bestimmungen ist nicht ersichtlich. Die Regelung sollte angepasst werden.

Zu § 3a Abs. 3a letzter Satz - ergänzende Anregung, nicht im Entwurf

Vor dem Hintergrund der derzeitigen Formulierung kann nicht ausgeschlossen werden, dass die nunmehr normierte Verbindlichkeit der Planungsvorgaben von ÖSG/RSG durch die Möglichkeit der Durchführung eines Bedarfsprüfungsverfahrens, quasi durch die „Hintertür“, ausgehebelt wird.

Gemäß dieser Bestimmung ist ein Bedarfsprüfungsverfahren im Sinne des Abs. 3 durchzuführen, wenn ein konkretes Vorhaben nicht in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 G-ZG geregelt ist.

Die Regelung kann so verstanden werden, dass hinsichtlich geplanter Krankenanstalten im Sinne des § 3a KAKuG, *die über die im ÖSG/RSG festgelegten Kapazitäten hinausgehen*, die Kriterien gemäß § 3a Abs. 3 Z 1 bis 5 für eine Beurteilung der Verbesserung der Versorgung heranzuziehen sind.

Der VwGH nimmt allerdings immer wieder an (u.a. VwGH 15.12.2017, Ra 2016/11/0132), dass die durchschnittliche Wartezeit der Patienten ein wichtiger Indikator für einen Bedarf anzusehen ist. Diese Wartezeit ist aber durch die Öffnungszeiten/Verfügbarkeiten der Anbieter gestaltbar: durch die Möglichkeit, z. B. vorhandene Einrichtungen nicht vollständig auszulasten bzw. für andere Zwecke zu verwenden, können Kapazitätsengpässe im öffentlichen Gesundheitswesen hervorgerufen, damit künstlich Wartezeiten erzeugt und ein „Bedarf“ nach zusätzlichen Behandlungseinrichtungen vorgespiegelt werden. Dieses Kriterium ist daher nicht objektiv.

Da § 3a Abs. 3a letzter Satz KAKuG so zu verstehen ist, dass ein Bedarfsprüfungsverfahren nur dann zulässig ist, wenn ein Vorhaben überhaupt nicht im ÖSG/RSG geregelt ist, sollte dies näher präzisiert werden.

Zu § 6 Abs. 7 Z 4

Im ÖSG 2017 wird auf Seite 67 (Betriebsformen) die interdisziplinäre Aufnahme-/Notfallstation genannt. Der Gesetzesentwurf steht dazu in Widerspruch, da lediglich die interdisziplinäre Aufnahmestation angeführt ist.



Zu § 8 Abs. 1 Z 7

Im vorliegenden Entwurf wird für dislozierte Tageskliniken die Möglichkeit vorgesehen, außerhalb der Öffnungszeiten aber während der Betriebszeit die ärztliche Versorgung durch eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Im ÖSG 2017 gibt es diese Möglichkeit nicht. Die Bestimmung wäre an die Vorgaben des ÖSG anzupassen.

Zu § 24 Abs. 5

Der Begriff der Abschlussdokumentation wird in den Erläuterungen nicht näher ausgeführt und sollte daher definiert werden.

Zu § 40 Abs. 1 lit. b

Die neue Regelung des für private Krankenanstalten geltenden § 40 Abs. 1 lit. b KAKuG verweist – wie bisher – auf die Bestimmung des § 25 KAKuG. Die bislang geltenden Einschränkungen „*nur mit Zustimmung der nächsten Angehörigen des Verstorbenen*“ und „*nur dann, wenn ein geeigneter Raum vorhanden ist*“ sind weggefallen. Dies bedeutet, dass neben sanitätspolizeilich und strafprozessual angeordneten Obduktionen auch wegen diagnostischer Unklarheiten des Falles oder wegen eines vorgenommenen operativen Eingriffs Leichenöffnungen zwingend erforderlich sind.

Unklar ist, wo die Obduktion vorgenommen werden soll, wenn ein geeigneter Raum in der Krankenanstalt nicht vorhanden ist. Nicht einmal im § 25 KAKuG ist gefordert, dass die Obduktion in der Krankenanstalt vorgenommen wird.

Es fehlt auch eine klare gesetzliche Regelung, wer das Vorliegen öffentlicher Interessen (diagnostische Unklarheit sowie mögliche tödliche Folgen eines operativen Eingriffs) beurteilen soll und auf wessen Kosten die Obduktion (samt allfälliger Überstellung des Leichnams) zu erfolgen hat. Ein Pathologe ist in privat geführten Krankenanstalten nicht vorgesehen (Institute für Pathologie sind gemäß § 2a Abs. 1 lit. b nur in Schwerpunktkrankenanstalten zu führen). Am zweckmäßigsten erscheint, den für die Totenbeschau zuständigen Personen die Entscheidung zu überbinden.

Die Wahrscheinlichkeit von Todesfällen in Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation ist gering, weil grundsätzlich keine Operationen durchgeführt werden und es kommen Sterbefälle tatsächlich selten vor. Daher wäre eine Verpflichtung zur Einrichtung von Obduktionsräumen und zur Einstellung von Pathologen überschießend.



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Eine Klarstellung, wer im Falle von Todesfällen in privat geführten Sonderkran-
kenanstalten für Rehabilitation die Entscheidung zur Durchführung einer Obduk-
tion zu treffen hat, wo diese durchzuführen ist und durch welche Person, sowie
wer die Kosten hierfür zu tragen hat, erscheint dennoch notwendig.

Mit freundlichen Grüßen
Für den Hauptverband:

Dr. Josef Probst
Generaldirektor

