



A n t r a g

der Abgeordneten Leo Bieder, Karl Pospischil, Erich Sulzer, Gertrude Tribaumer, Ludwig Deusch, Ferdinand Icha, Erika Jirkovsky und Hans Kaiser betreffend Entwurf eines Gesetzes, mit dem das NÖ Krankenanstaltengesetz 1974 geändert wird.

A Allgemeines

Der vorliegende Gesetzesentwurf beabsichtigt im wesentlichen folgende Regelungen:

1. die Ausführung der grundsatzgesetzlichen Bestimmungen der Krankenanstaltengesetz-Novelle 1979, BGBl.Nr. 106/1979, bezüglich der Parteistellung der Ärztekammer und die Bedarfsfeststellung bei Errichtung von Ambulatorien durch Sozialversicherungsträger,
2. die Ausführung der Bestimmungen dieser Novelle über die Einführung eines Technischen Sicherheitsbeamten in den Krankenanstalten,
3. die Schaffung eines Koordinierungsausschusses für Fragen des Krankenhausbaues,
4. die Regelung der Fachausbildung für Krankenhausverwalter,

5. eine Verbesserung der Vorschriften über die Bewilligungsverfahren bei Änderungen einer bestehenden Krankenanstalt,
6. die Klarstellung und Verbesserung der Vorschriften über die Einhebung der Pflege- und Sondergebühren,
7. die deutlichere Abgrenzung der Krankenanstalten zu den Kuranstalten,
8. die Beseitigung des bisherigen Schiedsgerichtes für Streitigkeiten zwischen den Trägern der Krankenanstalten und der Sozialversicherung und die Installierung einer verfassungskonformen Schiedskommission,
9. die Bevorschussung des Betriebsabgangsteiles des Landes und des NÖ Krankenanstaltensprengels sowie die Regelung, daß die finanziellen Vorteile seitens des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds nur den Spitalerhaltern, bzw. Gemeinden zugute kommen soll,
10. die für den Bereich der Krankenanstalten erforderlichen Regelungen im Zusammenhang mit einer praktischen Durchführung der datenschutzrechtlichen Vorschriften,
11. die notwendigen Klarstellungen bzw. Textverbesserungen im Gefolge der Novelle LGBl. 9440-1 zum NÖ KAG 1974 sowie auf Grund anderer inzwischen erfolgter Gesetzesänderungen und eingetretener Entwicklungen auf dem Sektor des Krankenhauswesens;
12. die Schaffung der rechtlichen Voraussetzungen für das sogenannte Departmentsystem, wonach größere Abteilungen eines Krankenhauses in Pflegegruppen mit eigenverantwortlicher ärztlicher Leitung aufgliedert werden können,
13. eine finanzielle Erleichterung für Spitäler mit wenig Patienten aus ihrer Trärgemeinde, sowie
14. einen vierteljährlichen Anhörungsanspruch für den Spitalsärztevertreter gegenüber der Anstaltsleitung.

B Bemerkungen zu den einzelnen Entwurfsbestimmungen des Artikels I:

Zu Z. 1:

Nach dem bisherigen Gesetzeswortlaut, der die diesbezügliche grundsatzgesetzliche Bestimmung wiedergibt (".... soferne darin nur solche in den ärztlichen Aufgabenkreis fallende Behandlungsarten Anwendung finden, ..."), wären alle in Niederösterreich geführten Kuranstalten als Krankenanstalten anzusehen, da in sämtlichen Kuranstalten eben nicht "nur" solche Behandlungsarten angewandt werden, die sich aus dem ortsgebundenen Heilvorkommen selbst ergeben. De facto werden - im Interesse einer optimalen Therapie - in einem gewissen Rahmen verschiedene physiotherapeutische Methoden zusätzlich angewandt, die an sich meist nur der Unterstützung des Kurerfolges dienen und daher nur mittelbar mit der Anwendung der Heilvorkommen zusammenhängen.

Die geplante Textierung soll auf die tatsächlichen Gegebenheiten insofern Rücksicht nehmen, als jede nach dem NÖ Heilvorkommen- und Kurortegesetz bewilligte Einrichtung grundsätzlich aus dem Bereich des Krankenanstaltenwesens ausgenommen wird.

Die nunmehr zu treffende Regelung muß schließlich notwendigerweise auch aus dem Ausführungsspielraum des Grundsatzgesetzes ableistbar sein.

Damit wird die Frage des Umfanges der Kuranstalt und der Kureinrichtungen allein dem Heilvorkommen- und Kurorterecht übertragen und dem Krankenanstaltenrecht, das ja sowieso nur die Definition einer Kuranstalt enthält, entzogen. Ferner werden Zweigleisigkeiten und eine Rechtskonkurrenz der beiden Verwaltungsmaterien vermieden.

Der jeweilige Umfang der Kuranstalten bzw. die medizinisch im Zusammenhang mit dem Kurmittel stehenden und vertretbaren Einrichtungen werden dann nur mehr nach den Bestimmungen des NÖ Heilvorkommen- und Kurortegesetzes beurteilt.

Soferne jedoch in Kuranstalten ärztliche Behandlungsarten durchgeführt werden, die in keinerlei Zusammenhang mit der Therapie aus dem ortsgebundenen Heilvorkommen oder dessen Produkten stehen, ist eine Bewilligung für diese Behandlungsarten nach dem NÖ KAG nicht von vorneherein ausgeschlossen. Der Begriff der Kuranstalt ist außerdem jetzt im § 1 Abs. 7 des Bundesgesetzes über natürliche Heilvorkommen und Kurorte, BGBl.Nr. 272/1958, bzw. im NÖ Heilvorkommen- und Kurortegesetz, LGBl. 7600, ausreichend definiert, während das bei den Vorgängergesetzen nicht der Fall war.

Zu Z. 2:

Diese Bestimmung trägt der Tatsache Rechnung, daß nach den neuen medizinischen und raumordnerischen Vorstellungen in Grundversorgungskrankenanstalten nur Intensivüberwachungseinrichtungen vorgesehen werden sollen, während die Intensivbehandlung den höher organisierten Anstalten vorbehalten ist.

Zu Z. 3 bis 5:

Durch diese Gesetzesbestimmungen soll die Parteistellung der Ärztekammer und die Bedarfsfeststellung bei Errichtung von Ambulatorien durch Sozialversicherungsträger neu geregelt werden. Diese Regelung ist aufgrund eines Verfassungsgerichtshoferkenntnisses notwendig geworden. Der Vorschlag für die landesgesetzliche Ausführung hält sich genau an die in der Krankenanstaltengesetz-Novelle 1979, BGBl.Nr. 106, enthaltene Grundsatzregelung, die seinerzeit von Bundesseite mit der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger einvernehmlich hergestellt wurde.

Zu Z. 6:

Die geltende Fassung des § 11 enthält einerseits keine ausdrückliche Regelung für den Fall, daß die Anstalt durch Zubauten (Behandlungstrakt, Bettentrakt ohne Änderung der Bettenkapazität, etc.) erweitert wird, ohne daß hiedurch eine Änderung des Zweckes oder der Kapazität der Anstalt eintritt. Hier trifft weder Abs.1 (weil das "mit Bescheid über die Betriebsbewilligung festgehaltene Anstaltsgebäude" nicht betroffen ist) noch Abs.2 (keine Änderung des Zweckes oder der Kapazität) zu. Die jetzige Fassung verlangt andererseits eine Bewilligung der Landesregierung (und damit das ganze langwierige Verfahren), wenn die festgelegten Bettenkapazitäten auch nur geringfügig (und ohne bauliche oder einrichtungsmäßige Veränderung) geändert werden, weil damit eine "Änderung der Kapazität der Anstalt" verbunden ist. Hier liegt ein Mißverhältnis vor.

Die vorgesehene Änderung versucht eine den Erfordernissen besser entsprechende Lösung. Sie sieht Bewilligungspflicht nur für die Fälle vor, in denen ein behördliches Verfahren angezeigt erscheint; diese Fälle werden im Gesetz taxativ aufgezählt. In allen übrigen Fällen soll - im Interesse einer einfachen, sparsamen Verwaltung - die bloße Anzeige genügen.

Zu Z. 7:

Anlässlich der jetzigen Novellierung wäre es außerdem sinnvoll, die Frage des sog. Departmentsystems in den Krankenanstalten wieder aufzugreifen.

Defakto wird es nämlich bereits in manchen Krankenanstalten für ausgebildete Fachärzte, vorwiegend bei großen Abteilungen, praktiziert. Es würde auch dem heutigen Trend nach verstärkter Eigenverantwortung der nachgeordneten Ärzte und dem vielstrapazierten Hierarchieabbau entgegenkommen. Es sollte daher auch die rechtliche Grundlage dafür geschaffen werden.

Die raschen wissenschaftlichen Fortschritte in der medizinischen Diagnose und Therapie zwingen den Arzt notwendigerweise zu einer immer weitgehenderen Spezialisierung. Zum Schutz vor fachlicher Isolierung müssen deshalb neuartige Methoden der Kooperation und der Integration gefunden werden. Als eine derartige Methode kann das sog. Departmentsystem angesehen werden, bei dem vorwiegend größere und mehrschichtige Abteilungen eines bestimmten Fachgebietes in eine Mehrzahl von Pflegegruppen gegliedert werden, die jeweils eigenverantwortlich unter der Koordination des Abteilungsleiters geleitet werden. Dies gilt sinngemäß auch für andere besondere medizinische Sondereinheiten wie z.B. Dialyse, Computertomographie, Labor udgl. Dadurch wird einerseits die fachliche Spezialisierung gefördert, andererseits aber die ganzheitliche Behandlung des Patienten durch konsiliares Zusammenwirken der Ärzte gewährleistet. Der vorliegende Gesetzesentwurf sollte daher die rechtliche Möglichkeit schaffen, das Departmentsystem zu praktizieren. Es ist zu hoffen, daß dadurch eine Organisationsstruktur gefunden wird, die dem Arzt zum Nutzen des kranken Menschen alle Vorteile fachlicher Spezialisierung gewährt, die Gefahr der Isolierung für ihn jedoch ausschließt.

Die Regelung soll allerdings so sein, daß ohne Mitwirkung des Primärarztes und der Anstaltsleitung das Departmentsystem nicht eingerichtet werden kann und es letztlich der Disposition des Anstalts-trägers vorbehalten bleibt, ob er es einrichten will oder nicht. Andererseits sollte im Sinne einer modernen Krankenhausentwicklung zumindestens die rechtliche Möglichkeit dazu einmal geschaffen werden.

Die Handhabung des Departmentsystems soll vom Rechtsträger unter Nachweis der Eignung des betreffenden Arztes anzeigepflichtig sein und von der Landesregierung untersagt werden können.

Zu Z. 8:

Die Bestimmung, wonach die Anstaltsleitung den Spitalsärzterevertreter zu hören hat, wenn Belange der Spitalsärzte geregelt werden, soll nunmehr nach Wunsch der Spitalsärzterevertretung insofern ergänzt werden, als der Spitalsärzterevertreter zumindestens alle Vierteljahr einmal Gelegenheit haben soll, der Anstaltsleitung gegenüber die mit der Ausbildung der Spitalsärzte in Zusammenhang stehenden Probleme zu erörtern. Durch diese Bestimmung sollen keineswegs andere gesetzliche Regelungen arbeitsrechtlicher Art berührt, sondern lediglich eine stärkere persönliche Fühlungnahme zur Erleichterung des kollegialen Führungsverhaltens bewirkt werden.

Zu Z. 9 und 10:

Hier handelt es sich ebenfalls um die Ausführung einer Regelung der Krankenanstaltengesetz-Novelle 1979. Sie betrifft die Einführung des sog. Technischen Sicherheitsbeauftragten. Auch diese Regelung hält sich im wesentlichen an die grundsatzgesetzlichen Bestimmungen, ergänzt sie jedoch hinsichtlich der Eignung der zu bestellenden Person, bezüglich der Überprüfungszeitpunkte und durch die Möglichkeit, auch betriebsfremde Personen und sonstige einschlägige Institutionen heranzuziehen, um eine möglichst wirtschaftliche Vorgangsweise zu gewährleisten. Die Klarstellung hinsichtlich des Begriffes medizinisch-technische Geräte war notwendig, um den Prüfungsrahmen auf den unbedingt notwendigen Umfang zu beschränken.

Die Eignungskriterien wurden von der Abteilung R/1 (Techn.Sicherheit), die wohl die meiste Erfahrung - wahrscheinlich von allen Bundesländern - auf diesem Sektor hat, vorgeschlagen. Für diese wichtige Funktion, die sich ja auch gegen die Anstaltsleitung glaubhaft durchzusetzen hat, ist eine ausreichende schulische Vorbildung unumgänglich. Wenn eine Anstalt keine eigene geeignete Person hat, kann sie sich zu diesem Zweck auswärtiger Personen oder Einrichtungen bedienen.

Für die verantwortliche Leitung des Krankenhauses und damit auch für den funktionsfähigen Betrieb ist die Anstaltsleitung zuständig. Eine weitere Aufsplitterung der Verantwortung sieht das Gesetz nicht vor, abgesehen davon, daß der Techn.Sicherheitsbeauftragte ja aus finanziellen, medizinischen und betriebsorganisatorischen Gründen nur zusammen mit der Anstaltsleitung agieren kann. Es wurde daher eine zweckgerechte Formulierung gewählt, die diesen Erwägungen Rechnung trägt. Der Begriff "Anstaltsleitung" ist im NÖ KAG (§ 16 a Abs. 1) unmißverständlich definiert und bedarf daher keiner Erläuterung. Nach der gewählten Rechtskonstruktion stellt der Techn.Sicherheitsbeauftragte die Ingerenz der Anstaltsleitung nicht außer Frage, sondern soll ihr gegenüber defakto nur als Sachverständiger auftreten, während für den Vollzug der Maßnahmen die Anstaltsleitung verantwortlich ist.

Ferner soll auf Landesebene zur Aufrechterhaltung einer einheitlichen Vorgangsweise die bewährte Tätigkeit der Sicherheitstechniker der Abteilung R/1 weiter erhalten bleiben und auch die Möglichkeit geschaffen werden, daß diese - so wie bisher kostenlos - von den Spitälern zur Erfüllung der sicherheitstechnischen Aufgaben herangezogen werden können. Eine einheitliche Wahrnehmung der Belange der technischen Sicherheit im Krankenhaus soll durch die Bestellung eines eigenen Landesbeauftragten gewährleistet werden.

Zu Z. 11:

Über Wunsch der Ärztekammer für Niederösterreich soll die Regelung über die Ermöglichung der Fortbildung sinngemäß auch auf jene vereinzelt Fälle Anwendung finden, wo ein Arzt auswärts eine Lehrtätigkeit bzw. Vorträge, Demonstrationen udgl. durchführt.

Zu Z. 12 und 13:

Diese Regelung ist wegen der datenschutzrechtlichen Vorschriften notwendig, um im Interesse des Patienten Auskünfte über seinen Aufenthalt erteilen und die für die medizinische Versorgung des Patienten zweckmäßige Praxis, Fiebertabellen udgl. am Krankenbett anzubringen, weiter aufrechterhalten zu können. Die Einholung einer Zustimmung des Patienten zu diesen Maßnahmen im Einzelfall wäre wirklichkeitsfremd, sodaß ein allfälliges Interesse des Patienten an einer anderen Vorgangsweise nur im Wege des sog. Untersagungsprinzipes geschützt werden kann. Diese Bestimmungen sollen auch für Auskünfte an Seelsorger gelten.

Die religiöse Betreuung der Anstaltspatienten würde äußerst erschwert oder verhindert werden, wenn den Seelsorgern nicht die Namen der Patienten bzw. deren religiöses Bekenntnis bekanntgegeben werden könnte, was bei strenger Auslegung des Datenschutzgesetzes jetzt verboten ist. Die religiöse Einstellung des größten Teils der Bevölkerung, insbesondere auf dem Land, rechtfertigt die Aufnahme einer solchen Bestimmung, zumal ja jeder die Bekanntgabe untersagen kann.

Zu Z. 14 und 15:

Unter LGB1. 9440/2-0 wurde die Verordnung, mit der die Richtlinien über die Führung von Ausbildungslehrgängen für Führungskräfte im Krankenhausverwaltungsdienst erlassen werden, im Landesgesetzblatt verlautbart. Im Zuge des Begutachtungsverfahrens für diese Verordnung wurde angeregt, im Zuge einer späteren Novellierung zum NÖ Krankenanstaltengesetz eine Ergänzung der hiefür maßgebenden gesetzlichen Verordnungsermächtigung der §§ 2 Abs. 2 und 4 vorzunehmen, um jedweden Zweifel an einer ausreichenden Verordnungsermächtigung für die Zukunft auszuschließen.

In diesem Zusammenhang bietet sich auch die Gelegenheit, eine einheitliche und von dienstrechtlichen Präjudizen unabhängige Regelung hinsichtlich der Funktionsbezeichnung "Verwaltungsdi- rektor" zu schaffen und dabei eine bestimmte Ausbildungsvoraus- setzung festzulegen. Die Berufsbezeichnung selbst ist bereits seit langem in den meisten Bundesländern, aber auch im deutsch- sprachigen Ausland allgemein gebräuchlich. Sie tangiert die Be- rufsbezeichnung nach Abs. 5 lit. f nicht, die ja funktionsunab- hängig ist.

Zu Z. 16.:

Hier handelt es sich um eine Angleichung an die übrige Diktion des Gesetzes (§ 23 und § 25).

Zu Z. 17.:

Es hat sich in der Praxis gezeigt, daß eine geringfügige Verlän- gerung der Genehmigungsfrist für die Rechnungsabschlüsse zweckmä- ßig ist.

Zu Z. 18.:

Hier handelt es sich um die Richtigstellung eines Zitates.

Zu Z. 19 und 22.:

Durch die Neufassung des § 33 Abs. 2 soll zur Beseitigung von Rechtsunsicherheiten präzisiert werden, daß die Aufnahme in die Sonderklasse erst rechtswirksam wird, wenn eine schriftliche Verpflichtungserklärung über die Kostentragung vorliegt. Bei der Änderung des § 45 Abs. 1 lit. a handelt es sich um eine entsprechende Anpassung.

Zu Z. 20:

Der Abs. 1 des § 44 enthält in der Fassung der 1. Novelle zum NÖ KAG 1974 entsprechend der grundsatzgesetzlichen Regelung der 2. KAG-Novelle, BGBl.Nr. 281/1974, lediglich die Aussage, daß mit den Pflegegebühren in der allgemeinen Gebührenklasse alle Leistungen der Krankenanstalt (mit Ausnahme der im Abs. 2 angeführten) abgegolten sind. Gegenüber der früheren Fassung fehlen Bestimmungen darüber, für welchen Zeitraum die Pflegegebühren und welche Leistungen für den Aufnahme-, den Entlassungs- und den Überstellungstag gebühren. Die Praxis zeigt, daß entsprechende gesetzliche Regelungen nötig sind. Es ist zweckmäßig, die frühere Regelung unverändert zu übernehmen. Durch die 1. Novelle zum NÖ KAG 1974 war nämlich nicht beabsichtigt, diesbezüglich Leistungsverschiebungen vorzunehmen.

Zu Z. 21:

Die Aufnahme von Begleitpersonen scheidet häufig an der Kostenfrage, nachdem jetzt die volle Pflegegebühr bzw. bei Aufnahme in die Sonderklasse zusätzlich noch der volle Anstaltszuschlag seitens der Begleitperson zu leisten ist. Dies ist im besonderen für die heute maßgeblichen Behandlungstendenzen im Zusammenhang mit der Aufnahme von Müttern von kranken Kindern abträglich. Es wurden daher verschiedentlich Wünsche auf eine Herabsetzung der Gebühren für die Begleitperson laut, zumal ja für diese keine medizinischen und pflegerischen Leistungen, sondern nur die sogenannten Hotelleistungen zu erbringen sind. Unter diesen Gesichtspunkten ist es gerechtfertigt, wenn die Kosten für eine Begleitperson auf den Betrag der halben Pflegegebühr gesenkt werden. Allfällige Sondergebühren bei der Sonderklasse kommen nicht zur Verrechnung.

Zu Z. 23:

Nach § 45 Abs. 2 letzter Satz ist für die Einhebung des ärztlichen Honorars ein Betrag von 2,5 % an die Krankenanstalt zu leisten.

Dazu ist die Klarstellung nötig, daß die Anteile am ärztlichen Honorar für die nachgeordneten Ärzte nach Abzug dieser Einhebungsvergütung zu errechnen sind, da sie ansonsten allein vom Abteilungsleiter zu tragen ist.

Zu Z. 24:

Hier handelt es sich um die Richtigstellung eines Zitates.

Zu Z. 25 bis 27:

§ 47 Abs. 1 bestimmt, daß die Pflegegebührenrechnung und die Rechnung über das ärztliche Honorar dem Patienten zu übermitteln ist. Die vorgesehene Ergänzung wird in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle keine Änderung bedeuten: zumeist verlangt ja der Patient selbst seine Aufnahme. In den Fällen, in denen eine andere Person als der Patient die Aufnahme des Patienten in die Sonderklasse begehrt (z.B. bei Bewußtlosigkeit des Patienten), ergab sich bisher eine unklare Rechtslage: laut Gesetz war die Rechnung dem Patienten zuzustellen, obwohl ein anderer die Erklärung abgab, die zu den erhöhten Kosten führte. Die Ergänzung des § 47 Abs. 1 versucht diese Fälle nach dem Grundsatz zu lösen: Wer anschafft, zahlt.

Bei dieser Gelegenheit soll auch im Interesse der Einfachheit und der Beschleunigung der Pflegegebühreneinbringung bei Verstorbenen - entsprechend einer bereits bewährten Übung - der Anstalt die rechtliche Möglichkeit gegeben werden, die Einbringung der ausständigen Gebühren zunächst direkt bei den Angehörigen zu versuchen, bevor an das Verlassenschaftsgericht herangetreten wird.

Die Zuständigkeitsverteilung zwischen Gerichten und Verwaltungsbehörden hinsichtlich der Entscheidung über Gebührenstreitigkeiten ist sehr kompliziert und kann nur durch Rückgriff auf die Kompetenzverteilung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Bundes-

Verfassungsgesetzes am 1. Oktober 1925 beurteilt werden. Danach ergibt sich eine sehr eingeschränkte Kompetenz der Verwaltungsbehörden: Sie sind nur dann zur Entscheidung zuständig, wenn die Bestreitung durch den Patienten selbst erfolgt. Bestreiten dritte Personen (etwa der Ehegatte, Eltern oder sonstige Verwandte) die in Rechnung gestellte Gebühr, liegt die Zuständigkeit zur Entscheidung bei den ordentlichen Gerichten; hier sind zivilrechtliche Vorfragen zu beurteilen (Vollmacht, -Unterhaltspflicht usw.).

Dieser Rechtslage trägt auch die Bestimmung des § 48 Abs. 5 Rechnung, wonach "die Bestimmungen des Bürgerlichen Rechtes über die Geltendmachung von Forderungen gegen dritte Personen von den Bestimmungen dieses Gesetzes (KAG) nicht berührt" werden.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, daß bereits § 45 Abs. 1 KAG 1920, StGBL.Nr. 327 von der "Einbringung rückständiger Verpflegungsgebühren gegen den Pflegling selbst" spricht und nur für diesen Fall Rückstandsabweise vorsieht, während Abs. 4 ausdrücklich normiert, daß andere Ansprüche in der Regel "im ordentlichen Rechtsweg" geltend zu machen sind.

Die Entscheidungspraxis der Landesregierung hat diese Rechtslage beachtet. Bei den Unterbehörden und auch bei den Krankenanstalten entstehen aber immer wieder Unklarheiten über die Kompetenzlage, nicht zuletzt wegen der bisherigen Textierung. Sie führten schließlich zu rechtswidrigen Entscheidungen. Die textliche Veränderung des § 47 Abs. 3, dritter Satz bezweckt nur eine präzisere Formulierung, sie bedeutet keine Neuerung in der Sache selbst.

Aus dem zweiten Satz des § 48 Abs. 2 ist ersichtlich, daß die Behörde die Vollstreckbarkeit des Rückstandsausweises nur zu bestätigen hat, wenn der Patient selbst zur Zahlung aufgefordert wurde. D.h. umgekehrt: liegen diese Voraussetzungen nicht vor (nicht der Patient selbst sondern der Ehegatte, die Eltern, die Kinder wurden zur Zahlung aufgefordert), hat die Behörde die Vollstreckbarkeit nicht zu bestätigen. Im letzteren Fall hat die Anstalt die Leistung bei Gericht einzuklagen.

Die vorgesehenen textlichen Änderungen im ersten Satz des § 48 Abs. 2 behalten die bisherige Vorgangsweise bei. Die präzisere Diktion soll aber Unklarheiten und daraus resultierenden Fehlern bei der Gesetzesanwendung vorbeugen.

Zu Z. 28:

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist die Anstalt gesetzlich zu ermächtigen, die zur Einbringung der ausständigen Pflegegebühren nötigen Erhebungen durchführen und dabei auch patientenbezogene Daten weitergeben zu dürfen. Selbstverständlich kann es sich dabei nur um Personen und Stellen handeln, von denen erwartet werden kann, daß sie Angaben machen können, die zur Einbringung der offenen Gebühren führen. Der Adressatenkreis ist aber schwer aufzählbar. Es handelt sich aber im wesentlichen um die Meldestellen. Weitergegeben werden für diesen Zweck im wesentlichen nur Identifikationsdaten des zu ermittelnden Zahlungsverpflichteten.

Zu Z. 29 und 30:

Diese Regelung soll bewirken, daß in Hinkunft nur mehr der Ertrag aus den Anstaltsambulatorien und nicht die vollen Betriebskosten bei der Ermittlung der Pflegegebühren abzusetzen sind. Hier wird einer Entwicklung, wonach in der Praxis keine die vollen Betriebskosten der Anstaltsambulatorien abdeckenden Einnah-

men erzielt werden können, Rechnung getragen. Ansonsten handelt es sich um eine Anpassung an die Terminologie der §§ 23 und 25. Ferner wird der Tatsache Rechnung getragen, daß es sich beim ärztlichen Honorar budgetmäßig um eine sog. Durchlauferpost und somit um keine Aufwendungen im Sinne der vorstehenden Bestimmungen handelt.

Zu Z. 31 und 32:

Über Wunsch der Ärztekammer für Niederösterreich wird vorgesehen, daß die Höhe des ärztlichen Honorars bei Aufnahme in die Sonderklasse im Falle von Verrechnungsübereinkommen zwischen dem Rechtsträger der Krankenanstalt und einer privaten Versicherungsanstalt einvernehmlich zwischen Ärztekammer und Versicherungsanstalt festgelegt wird.

Zu Z. 33 und 34:

Bis zum Inkrafttreten des Datenschutzgesetzes erhielten die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten ohne Schwierigkeit Auskunft über alle Daten, die für die Hereinbringung noch ausständiger Pflege- und Sondergebühren notwendig waren, ohne Unterschied, ob der Patient selbst oder ein Angehöriger für die Bezahlung zuständig war.

Mit dem Inkrafttreten des Datenschutzgesetzes verweigern Sozialversicherungsträger die erforderlichen Auskünfte unter Hinweis darauf, daß keine gesetzliche Grundlage für die Übermittlung der angeforderten Daten vorliege. Ohne diese Daten kann jedoch kein gerichtliches Verfahren zwecks Hereinbringung der Pflegegebühren geführt werden (für Klageerhebung und Exekution ist die Angabe des Arbeitgebers sowie der Wohnadresse notwendig).

Da öffentliche Krankenanstalten alle anstaltsbedürftigen Personen aufnehmen und behandeln müssen, ist eine gesetzliche Bestimmung notwendig, die es den Krankenanstalten erleichtert, die zur Hereinbringung ausständiger Forderungen notwendigen Daten zu erhalten. Damit ist es öffentlichen Krankenanstalten möglich, die zur Hereinbringung ausständiger Gebühren nötigen Maßnahmen ohne aufwendige Erhebungen zu setzen.

Eine ausdrückliche Verpflichtung der Sozialversicherungsträger zur Datenübermittlung kann aus verfassungsrechtlichen Kompetenzgründen offenbar nicht erfolgen. Da es aber immer wieder Schwierigkeiten bei der Datenbeschaffung seitens des Sozialversicherungsträgers gibt (dies trotz der im § 7 Abs. 2 DSG vermeinten Informationspflicht gegenüber Gemeinden und Land), wäre es der Sache jedenfalls dienlich, wenn den Rechtsträgern zumindestens die gesetzliche Möglichkeit eröffnet würde, solche Daten von den Sozialversicherungsträgern abzuverlangen, wenngleich dabei nicht eine direkte Verpflichtung derselben zur Bekanntgabe in das NÖ KAG aufgenommen werden kann.

Zu Z. 35 bis 37, 39 und 50 (§ 90 Z. 14):

Die 2. KAG-Novelle, BGBl.Nr. 281/1974, enthält u.a. grundsatzgesetzliche Bestimmungen über die Errichtung einer Schiedskommission, die bei Streitigkeiten zwischen den Trägern der Krankenanstalten und der Sozialversicherung entscheiden soll. Dadurch soll das bisher für diesen Zweck vorgesehene Schiedsgericht abgelöst werden, nachdem die hierfür maßgebliche grundsatzgesetzliche Bestimmung des § 28 Abs. 5 des Krankenanstaltengesetzes vom Verfassungsgerichtshof mit Erkenntnis vom 13. Oktober 1972, Zl.G-20, 21/27-11, aufgehoben worden ist. Eine Anpassung der diesbezüglichen landesgesetzlichen Bestimmungen an die neue verfassungsrechtliche Situation ist bisher nicht erfolgt, sodaß beabsichtigt ist, diese nunmehr nachzuholen.

Es wurde dabei inhaltlich im Prinzip von den grundsatzgesetzlichen Bestimmungen des § 28 Abs. 5 bis 8 und § 28 a KAG in der Fassung der 2. KAG-Novelle ausgegangen. Um ein personelles Gleichgewicht

der Vertreter der Spitalerhalter bzw. der Länder und der Gemeinden einerseits zu den von Bundesseite bzw. der Sozialversicherung nominierten Mitgliedern andererseits zu erzielen, wurden die Beisitzer in der Schiedskommission um einen weiteren Landesvertreter und zwei Vertreter des NÖ Krankenanstaltensprengels erweitert. Dessen ungeachtet bleibt das Dirimierungsrecht des unabhängigen Richters erhalten. Die Erweiterung der Schiedskommission kann aus der B-VG-Novelle 1974, BGBl.Nr. 444, abgeleitet werden, durch^{die} die Zuständigkeit der Organisation der Landesvollziehung - auch im Bereich des Art. 12 B-VG - auf den Landesgesetzgeber übergegangen ist. Gemäß Art.XI der zitierten B-VG-Novelle gelten für jene Rechtsvorschriften, die in den Zuständigkeitsbereich des Landesgesetzgebers überführt werden, die Vorschriften des Übergangsgesetzes 1920 sinngemäß. Nach § 4 Abs. 2 ÜG 1920 gelten diese Bestimmungen in jedem Land als Landesgesetz weiter. Im Sinne dieser kompetenzrechtlichen Lage ist die in Rede stehende Neuregelung der Schiedskommission zulässig. Insoweit als eine Mitwirkung von Bundesorganen vorgesehen ist, wird der Gesetzesbeschluß dem Verfahren nach Art. 97 Abs. 2 B-VG zu unterziehen sein.

Da der ursprüngliche Grundsatz des § 28 Abs. 8 KAG in der Fassung der 2. KAG-Novelle für die Dauer der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung durch die Novelle Nr. 456/1978 neu gefaßt wurde und daher jetzt nicht wirksam ist, ist auch die Anwendung des § 58 Abs. 4, der Kriterien für die Festsetzung der Pflegegebührenersätze beinhaltet, in § 90 Z. 6 solange aufzuschieben.

Zu Z. 38 und 48:

Hier handelt es sich um eine terminologische Anpassung an neuere sozialversicherungsrechtliche Bestimmungen.

Zu Z. 40 und 49:

Auch hier geht es um die Richtigstellung eines Zitates.

Zu Z. 41 und 42:

Infolge der Übernahme der öffentlichen Krankenanstalt und Heilstätte Grimmenstein durch das Bundesland Niederösterreich sind die diese Anstalt betreffenden finanziellen Sonderregelungen hinfällig geworden.

§ 71 (Abs. 1) bestimmt ferner, daß der Träger einer Krankenanstalt von dem nach Abzug der KRAZAF-Leistung verbleibenden Betriebsabgangsanteil entsprechend dem Patientenanteil aus der Sitzgemeinde zwischen 18 und 30 % selbst zu leisten hat. Dies empfinden jene Krankenanstaltenträger als unangemessen, die einen kleineren Patientenanteil aus ihrer Sitzgemeinde in ihren Krankenhäusern zu versorgen haben, als er dem Mindestbeitragsanteil am Betriebsabgang entspricht. Es sind dies derzeit die Krankenanstalten in Horn (10,8 %), Lilienfeld, (12,7 %), Melk (10,9 %), Mistelbach (11,2 %), Neunkirchen (13,3 %), Scheibbs (7,7 %) und Waidhofen/Thaya (12,8 %). Es ist daher nunmehr beabsichtigt, die Mindestbeitragsgrenze von 18 % fallen zu lassen. Dies führt allerdings dazu, daß die jetzt von den betroffenen Krankenhausträgern bzw. bei den Gemeindeverbänden vom Land aus diesem Titel erbrachten Mehrleistungen (ca. 10,1 Mio Schilling im Jahr) künftig dem NÖKAS zufallen, was insofern als nicht ungerechtfertigt angesehen werden kann, weil der betroffene Patientenanteil aus den nichtspitalerhaltenden Gemeinden kommt.

Die Betriebsabgangsleistung des NÖKAS würde dadurch um 3 % steigen.

Zu Z. 43:

Die beabsichtigte Regelung, die Beiträge des Landes und des NÖ Krankenanstaltensprengels zum Betriebsabgang bereits im laufenden Betriebsjahr zu 80 % zu bevorschussen, beruht auf einen Initiativantrag im Landtag von Niederösterreich.

Zu Z. 44:

Diese Änderung ist durch Z. 17 bedingt.

Zu Z. 46:

Mit der Einrichtung eines Koordinierungsausschusses für Fragen des Krankenhausausbauens, welche auf eine Empfehlung einer im Rahmen der NÖ Verwaltungsakademie im Schloß Rosenau abgeführten Klausur über die Fragen des künftigen Bettenbedarfes in den Krankenanstalten zurückgeht, soll eine einheitliche und sparsame Vorgangsweise beim Krankenhausbau gesichert werden. Die Zusammensetzung soll so gewählt sein, daß alle am Krankenhausbau und seiner Finanzierung - für das einzelne Bauvorhaben - interessierten Stellen vertreten sind. Es soll sich um kein beschlußfassendes, sondern lediglich um ein beratendes Organ handeln. Um die Effektivität zu sichern, soll die Mitgliedszahl auf das unbedingt nötige Ausmaß beschränkt bleiben. Als ständige Mitglieder des Amtes der NÖ Landesregierung kommen die Vertreter der Abteilungen II/1, IV/1, VII/3, E/1-A, R/2 und der Gruppe GS in Frage. Eine Verbindung dieses Ausschusses mit dem Ausschuss nach § 73 a ist - abgesehen von der verschiedenen zweckbezogenen Zusammensetzung - nicht zweckmäßig, weil sich das Aufgabengebiet des letzteren auf allgemeine Krankenhausfragen und nicht auf die spezifischen Ausbaufragen eines bestimmten Krankenhauses bezieht.

Zu Z. 47 und 48:

Durch die Neuformulierung des § 11 fällt die Durchführung eines eigenen Errichtungs- und Betriebsbewilligungsverfahrens bei Einschränkungen bzw. Reduzierungen des Betten- oder Anstalts-umfanges weg. Es ist daher diesbezüglich die verwaltungstechnisch vereinfachte Genehmigung nach § 74 NÖ KAG 1974 vorzusehen, um bei öffentlichen Krankenanstalten die notwendige Sicherstellung der Anstaltspflege gewährleisten zu können.

Unter bewilligungspflichtigen Einschränkungen sind hier solche zu verstehen, die nicht nur vorübergehend (z.B. im Zusammenhang der Durchführung von Adaptierungen) vorgenommen werden.

Zu Z. 50:

Die Ergänzungen des § 90 durch die Z. 10 bis 13 tragen ebenfalls einem Initiativantrag im Landtag Rechnung, wonach die vom Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds gegenüber den früheren Bundesleistungen erbrachten finanziellen Mehrleistungen zur Gänze den Rechtsträgern und nicht auch den anderen zum Betriebsabgang beitragenden Stellen zukommen sollen. Die Bestimmung gilt für die Dauer des Bestehens des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds und ist daher im Hauptstück G unterzubringen.

C Finanzielle Auswirkungen

Wesentliche und quantifizierbare finanzielle Auswirkungen sind nur mit der Bevorschussung des Betriebsabgangsanteiles durch das Land und den NÖ Krankenanstaltensprengel im Sinne der Z. 45 und mit den im Z. 50 (§ 90 Z. 10 bis 13) vorgesehenen Regelungen verbunden. Diesbezüglich wird auf einen dem Landtag von Niederösterreich zu Zl.Ltg. 123/1-1980 am 13. Jänner 1981 vorgelegten Bericht verwiesen. Demnach ergibt sich im 1. Jahr des Wirksamkeitsbeginnes die Betriebsabgangsbezuschussung eine Mehrbelastung des Landes von mindestens S 260,000.000,-- (max. S 460,000.000,--) und der nichtspitalerhaltenden Gemeinden von mindestens S 80,000.000,-- (max. S 150,000.000,--). Diese Beträge sinken allerdings später ab, da sich die Bevorschussung nur einmal voll auswirkt.

Ihre Höhe hängt außerdem von der bisher ungeklärten Frage ab, für welches Betriebsjahr die Zuschüsse des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds zu werten sind.

Bezüglich der Investitionszuschüsse des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, wenn diese voll den spitalerhaltenden Gemeinden zugute kommen sollen, ergibt sich eine jährliche Kostenverschiebung zu Lasten des Landes von jeweils 60 % der vom Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds geleisteten Summe. Im Jahre 1981 hätte die Verschiebung beispielsweise ca. 55 Mill. Schilling betragen.

Mehrkosten können auch durch die Installierung des Technischen Sicherheitsbeauftragten auftreten, sie sind aber erst nach einer gewissen Anlaufzeit feststellbar.

Aus der Einführung des so. Departmentsystems kann eine wesentliche nicht vertretbare bzw. unkontrollierbare finanzielle Belastung wegen des Dispositionsvorbehaltes für den Rechtsträger nicht entstehen.

Der Einnahmeentfall bei Begleitpersonen gegenüber der jetzigen Regelung dürfte durch die erhöhte Inanspruchnahme dieser Einrichtung wegen der niedrigeren Kosten wieder ausgeglichen werden.

Die übrigen Gesetzesregelungen enthalten - außer den bereits bei Z. 42 aufgezeigten - keine zusätzlichen finanziellen Belastungen.

D Bemerkungen zu Artikel II

Die Regelung über die Ausbildungsvorschriften für Krankenhausverwalter sollen rückwirkend mit 1. Jänner 1978 in Kraft treten, da seither diese Ausbildungskurse laufen. Die das öffentliche Krankenhaus und Heilstätte Grimmenstein betreffenden Sonderregelungen sollen mit dem Zeitpunkt der Übernahme der Anstalt durch

das Land, das ist der 1. Jänner 1981 wegfallen. Die Regelungen hinsichtlich der Betriebsabgangsbevorschussung, der Zuwendung der finanziellen Mehrleistungen des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds an die Gemeinden sowie der Leistungsverschiebung zugunsten patientenschwacher Spitalsgemeinden treten aus budgetären Erwägungen am zweckmäßigsten mit dem nächsten Gebarungsjahr in Kraft. Die übrigen Bestimmungen enthalten keine termingebundenen Regelungen, sodaß die Fixierung eines termingebundenen Wirksamkeitsbeginnes entfallen kann. Sie treten gemäß § 9 des NÖ Wiederverlautbarungsgesetzes, LGBl. 0700-2, mit dem der Verlautbarung dieses Gesetzes folgenden Tag in Kraft.

Die gefertigten Abgeordneten stellen daher den

A n t r a g :

Der Hohe Landtag wolle beschließen:

1. Der zuliegende Gesetzesentwurf wird genehmigt.
2. Die Landesregierung wird aufgefordert, das zur Durchführung dieses Gesetzesbeschlusses Erforderliche zu veranlassen.

Der Herr Präsident wird ersucht, diesen Antrag dem Gesundheitsausschuß zur Vorberatung zuzuweisen.