

Peter Jabornegg
Reinhard Resch
Otfried Seewald

Planung und Finanzierung der Krankenhausbehandlung

SozRgespräche

2004

Beiträge zu den
Deutsch-Österreichischen
Sozialrechtsgesprächen 2004



Planung und Finanzierung der Krankenhausbehandlung

Herausgegeben von

O. Univ.-Prof. Dr. Peter Jabornegg

Ao. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Resch

Univ.-Prof. Dr. Otfried Seewald



Essen 2004

CW Haarfeld GmbH

Zitiervorschlag: *Autor*, in *Jabornegg/Resch/Seewald*, Planung und Finanzierung der Krankenhausbehandlung (2004) [Seite]

Planung und Finanzierung der Krankenhausbehandlung/
hrsg. von Peter Jabornegg, Reinhard Resch und Otfried Seewald
Essen: CW Haarfeld, 2004
ISBN 3-7747-1768-X

Printed in Germany

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verarbeitung sowie der Übersetzung vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

© 2004 Verlag CW Haarfeld GmbH
Annastraße 32–36, 45130 Essen
Telefon 0201. 72095-0
E-Mail: service@cw-haarfeld.de
www.cw-haarfeld.de

Vorwort

Der Bereich der Krankenanstalten ist unter vielen Gesichtspunkten ein rechtlich und tatsächlich höchst interessantes, teilweise aber auch unübersichtliches Gebiet. Einerseits handelt es sich um den Bereich des Gesundheitswesens, in dem die Versorgung derjenigen Kranken stattfindet, denen von den niedergelassenen Ärzten nicht mehr geholfen werden kann und von dem nicht nur medizinische Höchstleistungen erbracht werden, sondern der auch weithin die Ausbildung insbesondere der Fachärzte trägt. Andererseits handelt es sich um Wirtschaftsunternehmen, die – soweit sie in das staatlich regulierte Gesundheitswesen eingebettet sind – aus der Sicht der Leistungsträger als erhebliche Kostenfaktoren betrachtet werden müssen und deren Tätigkeit nach Umfang, Leistungsangebot und Qualität in vertretbarer Weise und bei Wahrung der rechtlichen Vorgaben „in den Griff“ zu nehmen ist. Erschwerend kommt die zwischen Staat und Leistungsträgern gespaltene Zuständigkeit für die Errichtung und den Erhalt von Krankenanstalten hinzu.

Die Probleme in Österreich und Deutschland sind von ihrer Ausgangssituation her weitgehend dieselben. Lösungsmöglichkeiten aus der Sicht beider Länder werden in diesem Tagungsband vorgestellt, wiederum – wie bei den Deutsch-Österreichischen Sozialrechtsgesprächen üblich – sowohl aus der Sicht der Wissenschaftler als auch der Praktiker.

Auch diese Tagung wurde gemeinsam vorbereitet und veranstaltet durch das Institut für Arbeitsrecht und Sozialrecht der Universität Linz und den Lehrstuhl für Staats- und Verwaltungsrecht, insbesondere Sozialrecht, der Universität Passau. Der Dank der Veranstalter geht vor allem an die Referenten; zur Seite gestanden haben uns wiederum die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse – sowie der Fachverlag CW Haarfeld, Essen, dem wir die Fertigung dieses Bandes verdanken.

Linz/Passau

O. Univ.-Prof. Dr. Peter Jabornegg
Ao. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Resch
Univ.-Prof. Dr. Otfried Seewald

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	III
Autorenverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis	VII
<i>Gerhard Knorr</i> Krankenhausplanung und -finanzierung Länderbericht Deutschland	1
<i>Christian Rothmayer</i> Rechtsgrundlagen der Planung und der Finanzierung der Krankenhausbehandlung Länderbericht Österreich	11
<i>Jens Wernick</i> Planung und Finanzierung der Krankenhausbehandlung – Die Leistungsverpflichtung der Krankenhäuser	31
<i>Gerhard Aigner</i> Die Leistungsverpflichtung der Krankenhäuser	39
<i>Kay Stalinsky</i> Zum Verhältnis von Sicherstellungsauftrag und Finanzierungspflicht in der Krankenhausbehandlung Länderbericht Deutschland	61
<i>Ferdinand Felix</i> Zum Verhältnis von Sicherstellungsauftrag und Finanzierungspflicht in der Krankenhausbehandlung Länderbericht Österreich	79
<i>Walter Langenecker</i> Grundversorgung und Zusatzleistungen im Bereich der Krankenhausbehandlung Länderbericht Deutschland	103
<i>Michaela Windisch-Graetz</i> Grundversorgung und Zusatzleistungen im Bereich der Krankenhausbehandlung Länderbericht Österreich	113

Autorenverzeichnis

Hon.-Prof. Dr. Gerhard Aigner

Ministerialrat,
Bundesministerium für Gesundheit und Frauen,
Radetzkystraße 2, A-1030 Wien

Dr. Ferdinand Felix

Hauptverband
der Österreichischen Sozialversicherungsträger,
Kundmangasse 21, A-1031 Wien

Dr. Gerhard Knorr

Ministerialdirigent,
Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung,
Familie und Frauen,
Winzererstraße 9, D-80797 München

Walter Langenecker

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse,
Direktion München,
Landsberger Straße 150–152, D-80339 München

Dr. Christian Rothmayer

Leiter Vertragspartner II,
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse,
Gruberstraße 77, A-4020 Linz

Kay Stalinsky

Regierungsdirektor,
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung,
Am Propsthof 78 a, D-53121 Bonn

Jens Wernick, RA

Geschäftsführer
des Verbandes der Privatkrankenanstalten in Bayern e. V.,
Kreiller Straße 24, D-81673 München

Ao. Univ.-Prof. Dr. Michaela Windisch-Graetz,

Universität Wien
Institut für Arbeits- und Sozialrecht
Heßgasse 1, A-1010 Wien

Abkürzungsverzeichnis

a. a. O.	= am angegebenen Ort
ABI	= Amtsblatt
AKH	= Allgemeines Krankenhaus
ÄrzteG	= Ärztegesetz
AHG	= Amtshaftungsgesetz
aliud	= wörtlich: etwas anderes; im bürgerlichen Recht eine andere, d. h. vertraglich nicht vereinbarte Sache
AMG	= Arzneimittelgesetz
ApG	= Apothekengesetz
arg.	= argumento – folgt aus
ASoK	= Arbeits- und SozialrechtsKartei (Zeitschrift)
ASVG	= Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
a. ö. Krankenhaus	= Allgemeines Öffentliches Krankenhaus
AZ	= Aktenzeichen
BayKrG	= Bayerisches Krankenhausgesetz
BayRS	= Bayerische Rechtssammlung
BGBI	= Bundesgesetzblatt
Bd.	= Band
BlgNR	= Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrats
BMGF	= Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMGS	= Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BPflV	= Bundespflegesatzverordnung
BReg	= Bundesregierung
B-VG	= Bundes-Verfassungsgesetz
DMP	= Disease-Management-Programm
DRG	= Diagnosis Related Group
E	= Entscheidung
EB	= Erläuternde Bemerkungen
et al.	= und andere
EuGH	= Europäischer Gerichtshof
f., ff.	= folgende, fortfolgende
FMedG	= Fortpflanzungsmedizinengesetz
Fn.	= Fußnote
FPÄndG	= Fallpauschalenänderungsgesetz

f&w	= führen und wirtschaften im Krankenhaus (Zeitschrift)
GG	= Grundgesetz
GOÄ/GOZ	= Gebührenordnung für Ärzte/ Gebührenordnung für Zahnärzte
GP	= Gesetzgebungsperiode
GTG	= Gentechnikgesetz
GuKG	= Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz)
GVBl	= Gesetz- und Verordnungsblatt
GZ	= Geschäftszeichen
HebG	= Hebammengesetz
idF	= in der Fassung
iVm	= in Verbindung mit
KAG	= Krankenanstaltengesetz
KAKuG	= Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz des Bundes
KFAV	= Verordnung zum Fallpauschalensystem (vgl. auch KFPV)
KHEntgG	= Krankenhausentgeltgesetz
KMA	= KlinikManagement Aktuell (Zeitschrift)
KFPV	= Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (vgl. auch KFAV)
KRAZAF	= Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds
KRSIlg	= Krankenanstaltenrechtliche Entscheidungssammlung
KV-Träger	= Krankenversicherungsträger
leg. cit.	= zitiertes Gesetz
LGBl	= Landesgesetzblatt
lit.	= Buchstabe
LKF	= Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MDK	= Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MTD-G	= Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz)
m. w. N.	= mit weiteren Nachweisen
MRK	= Europäische Menschenrechtskonvention
ÖJZ	= Österreichische Juristen-Zeitung
ÖKAP/GGP	= Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan
ö	= österreichisch
OGH	= Oberster Gerichtshof

OÖ, oö	= Oberösterreich(isch)
OÖKAG	= Oberösterreichisches Krankenanstaltengesetz
OVG	= Oberverwaltungsgericht
PRIKRAF	= Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds
RdM	= Recht der Medizin
RL	= Richtlinie
RV	= Regierungsvorlage
Rs.	= Rundschreiben
Rz.	= Randziffer
SozSi	= Soziale Sicherheit (Zeitschrift)
SSV-NF	= Entscheidungen des Obersten Gerichtshofes in Sozialrechtssachen (Periodikum)
SVÄG	= Sozialversicherungsänderungsgesetz
SV	= Sozialversicherung
Tir	= Tirol, Tiroler
Tir KAG	= Tiroler Krankenanstaltengesetz
Tir LReg	= Tiroler Landesregierung
UbG	= Unterbringungsgesetz
V	= Verordnung
VfGH	= Verfassungsgerichtshof
VfSlg.	= Sammlung der Erkenntnisse und wichtigsten Beschlüsse des Verfassungsgerichtshofs
VGH	= Verwaltungsgerichtshof
VwGO	= Verwaltungsgerichtsordnung
Wr. KAG	= Wiener Krankenanstaltengesetz
VwGH	= Verwaltungsgerichtshof
wbl	= Wirtschaftsrechtliche Blätter
Wr. KAG	= Wiener Krankenanstaltengesetz
Z	= Ziffer
ZAS	= Zeitschrift für Arbeitsrecht und Sozialrecht
ZfV	= Zeitschrift für Verwaltung: „Verwaltung aktuell“

Krankenhausplanung und -finanzierung

Dr. Gerhard Knorr, Ministerialdirigent, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, München

Länderbericht Deutschland

Herzlichen Dank für die Einladung zu den Deutsch-Österreichischen Sozialrechtsgesprächen hier auf der malerisch gelegenen Burganlage von Schloss Neuburg. Sehr gerne bin ich der Einladung zur heutigen Veranstaltung gefolgt, um Ihnen die Rechtsgrundlagen der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung am Beispiel Deutschlands zu erläutern.

Ich begrüße sehr, dass die Deutsch-Österreichischen Sozialrechtsgespräche 2004 sich mit dem Krankenhauswesen befassen. Warum? Die wirtschaftliche Bedeutung des Krankenhauswesens ist enorm, summieren sich doch die Budgets der Krankenhäuser auf den Betrag von ca. 55 Mrd. EUR. Der rechtliche wie finanzielle Rahmen für die Betätigung der Krankenhäuser wird nicht vom Staat allein, sondern auch von der Selbstverwaltung der Sozialversicherung (Krankenkassen, Ärzteschaft) vorgegeben. Charakteristisch sind die Begriffe „Krankenhausplanung“, „Investitionsförderung“ und „Betriebskostenfinanzierung“. Hierauf zielt die Kritik von Ökonomen, die von Planwirtschaft und Investitionslenkung im Krankensektor sprechen.

Das deutsche Krankenhausrecht

Auf welchen Rechtsgrundlagen beruht das deutsche Krankenhausrecht? Dies ist nicht ganz einfach zu beantworten, da der Begriff des Krankenhausrechts nicht definiert ist. Es handelt sich um ein Rechtsgebiet, das geprägt wird durch

- das Recht der Krankenhausplanung auf der Grundlage der §§ 6 und 8 des Bundesgesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze – kurz Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) – sowie der von den Bundesländern jeweils erlassenen Landeskrankenhausgesetze,
- das Recht der Krankenhausfinanzierung nach Maßgabe des KHG und der darauf gestützten Rechtsverordnungen, vor allem der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) – ebenfalls ergänzt um die Landeskrankenhausgesetze – sowie
- das Leistungserbringungsrecht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf der Basis insbesondere des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

Ein Blick auf die verfassungsrechtlichen Kompetenzen des Bundes zur Gesetzgebung über die Krankenhäuser zeigt, dass diese bis zum Jahr 1969 sehr begrenzt waren. Über das Preisrecht gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG konnten ausschließlich die Pflegesätze geregelt werden, eine weitergehende Zuständigkeit zur Finanzierung war nicht gegeben. Das Ganze änderte sich im Mai 1969, als bei einer Reform der Krankenhausfinanzierung ein neuer Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 a in das Grundgesetz aufgenommen wurde, der dem Bund die Zuständigkeit zur konkurrierenden Gesetzgebung über die

wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze übertrug. Auf der Grundlage dieser Grundgesetzänderung wurde schließlich am 29. Juni 1972 das KHG erlassen.

Das System der Krankenhausplanung

Beginnen möchte ich mit dem System der Krankenhausplanung. Herkömmlicherweise beinhaltet die Krankenhausplanung der Bundesländer die Vorgabe der Standorte von Krankenhäusern, deren Fachabteilungen und der darin vorzuhaltenden Bettenzahlen. Sie vollzieht sich auf der Grundlage einer Bettenbedarfsermittlung, deren Ergebnisse sich im jeweiligen Landes-Krankenhausplan niederschlagen. Dabei unterscheiden sich die Verfahren zur Krankenhausplanung in den einzelnen Ländern teilweise ganz erheblich. Während sich in einigen Ländern die Planung in einem zum Teil unregelmäßigen Mehrjahresrhythmus vollzieht, werden in anderen Ländern, wie z. B. auch in Bayern, die Krankenhauspläne jährlich fortgeschrieben.

Auch die inhaltliche Ausdifferenzierung der Krankenhauspläne ist nur bedingt vergleichbar, da einige Länder lediglich eine Art von „Rahmenplanung“ betreiben, andere wiederum in die Details der Krankenhausstrukturen gehen. Der Krankenhausplan des Freistaates Bayern enthält beispielsweise im Vergleich zu anderen Ländern die wenigsten Vorgaben für die Krankenhausträger. Maßgebend für diese bayerische Haltung ist, dass wir in den Krankenhäusern Dienstleistungsunternehmen sehen, die über den notwendigen Gestaltungsspielraum verfügen müssen. Sämtlichen Ländern gemeinsam – weil bundesrechtlich in § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG so vorgegeben – ist jedoch, dass die Aufnahme des jeweiligen Krankenhauses bzw. der jeweiligen Krankenhausabteilung durch Bescheid festzustellen ist.

Die so genannten Plankrankenhäuser sind als zugelassene Krankenhäuser im Sinne des § 108 SGB V aufgrund eines fingierten Versorgungsvertrages gemäß § 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V zur Leistungserbringung zugelassen. Mit Planaufnahme werden sie gemäß § 4 KHG dadurch wirtschaftlich gesichert, dass ihre Investitionskosten im Zuge öffentlicher Förderung übernommen werden und sie Anspruch auf leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen erhalten. Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausbedarfsplan hat also für den einzelnen Träger häufig eine Existenz entscheidende Bedeutung.

Unter welchen Voraussetzungen wird nun ein Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen? Hierbei ist zunächst festzuhalten, dass der Krankenhausplan lediglich als eine verwaltungsinterne Maßnahme ohne unmittelbare Rechtswirkungen zu qualifizieren ist. Außenwirksam verbindlich wird die Aufnahme in den Krankenhausplan erst durch den Feststellungsbescheid der zuständigen Landesbehörde. Eine derartige Entscheidung setzt voraus, dass mit den Mitgliedern des Krankenhausplanungsausschusses das Einvernehmen anzustreben ist. Ihm gehören die Vertreter der verschiedenen Trägerverbände, der Krankenkassen, der privaten Krankenversicherung und der Ärzte an. Wird dieses Einvernehmen nicht erreicht, entscheidet das Ministerium als zuständige Landesbehörde selbstständig.

Nach § 8 Abs. 2 Satz 1 KHG besteht kein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan. Das Krankenhaus hat nur einen Anspruch auf ermessensfehlerfreie Auswahl unter mehreren Krankenhäusern, so § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG. Das Bundesverwaltungsgericht hat hierzu in ständiger Rechtsprechung den Grundsatz entwickelt, dass in den Krankenhausplan nur ein Krankenhaus aufgenommen werden kann, welches den Zielen des § 1 Abs. 1 KHG entspricht, nämlich

1. zur bedarfsgerechten Versorgung beiträgt,
2. leistungsfähig ist,
3. eigenverantwortlich wirtschaftet und
4. zu sozial tragbaren Pflegesätzen tätig wird.

Es handelt sich hierbei um unbestimmte Rechtsbegriffe, die verwaltungsgerichtlich voll überprüfbar sind.

Grundlage einer Entscheidung über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan ist danach stets die Durchführung einer Bedarfsanalyse. Als bedarfsgerecht wird ein Krankenhaus angesehen, wenn es dazu geeignet ist, den vorhandenen objektiv zu ermittelnden Bedarf zu decken. Maßstab für den Bedarf ist der in dem betreffenden Einzugsbereich tatsächlich vorhandene und zu versorgende Bedarf und nicht ein mit dem tatsächlichen nicht übereinstimmender, durchschnittlicher oder erwünschter Bedarf.

Wenn nun ein Antragsteller in den Krankenhausplan aufgenommen wird, ein anderer aber nicht, so tauchen in diesem Zusammenhang immer wieder Rechtsschutzfragen im Bereich des Konkurrentenschutzes auf. Der steigende wirtschaftliche Druck und damit auch die Konkurrenz unter den einzelnen Krankenhäusern führen dazu, dass die ökonomisch bedingten und mit juristischen Mitteln ausgetragenen Verteilungskämpfe auf dem Gesundheitssektor weiter zunehmen werden.

Problematisch sind in diesem Zusammenhang vor allem jene Fallkonstellationen, in denen der erfolglose Konkurrent Anfechtungswiderspruch bzw. -klage gegen die positive Entscheidung zu Gunsten eines Mitbewerbers einreicht. Zweifelhaft ist hierbei regelmäßig die Frage der Klage- bzw. Widerspruchsbefugnis nach § 42 Abs. 2 VwGO. Da der Widerspruchsführer bzw. Kläger nicht Adressat des Feststellungsbescheides ist, sondern dieser an den Begünstigten gerichtet ist, kommt eine Berufung auf die so genannte Adressatentheorie der Rechtsprechung von vornherein nicht zum Tragen.

Fraglich ist daher, ob es sich bei einem Feststellungsbescheid im Krankenhausplanungsrecht um einen Verwaltungsakt mit Doppelwirkung handelt. In Rechtsprechung und Literatur ist diese Problematik sehr umstritten. Eine derzeit beim Bundesverfassungsgericht anhängige Verfassungsbeschwerde (AZ: 1 BvR 506/03) soll diese Streitfrage der Doppelwirkung von Feststellungsbescheiden im Krankenhausplanungsrecht klären.

Ohne einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vorgreifen zu wollen, so erscheint doch die Auffassung des VGH Mannheim und des OVG Nordrhein-Westfalen, die eine Doppelwirkung ablehnen, aus Sicht der Praxis insgesamt wenig überzeugend. Nach dieser Rechtsprechung sei ein Rechtsmittel zum Schutz des übergangenen Krankenhauses nicht erforderlich, weil bei der Entscheidung über dessen Antrag die positive

Entscheidung zu Gunsten des Konkurrenten unberücksichtigt bleiben müsse. Über diesen Anspruch müsse auch dann, wenn zu Gunsten des Konkurrenten entschieden worden ist, so befunden werden, als habe es diese Entscheidung nicht gegeben.

Dies steht jedoch mit den Voraussetzungen der Feststellung einer Planaufnahme insofern im Widerspruch, als es für den Aufnahmeanspruch des Übergangenen bereits an der Bedarfsnotwendigkeit fehlt. Ist schließlich zu Gunsten des Konkurrenten entschieden, so wird der bestehende Bedarf dadurch gedeckt, und dem Antrag des erfolglosen Konkurrenten kann nicht mehr stattgegeben werden.

Die Auffassung des VGH Mannheim und des OVG Nordrhein-Westfalen hätte in aller Konsequenz zur Folge, dass nunmehr selbst über den Bedarf hinaus festgestellt werden müsste. Das ist aber mit dem Grundprinzip des KHG, Krankenhausbetten nur insoweit in den Plan aufzunehmen, als für sie Bedarf bestehe, unvereinbar. Dieser Widerspruch soll wiederum dadurch gelöst werden können, dass ggf. die dem Konkurrenten bereits erteilte Feststellung zurückgenommen werden müsse. Nicht nur, dass hierfür keine Rechtsgrundlagen – Aufhebungsgründe nach §§ 48, 49 VwVfG liegen regelmäßig nicht vor – ersichtlich sind, ein derartiges *Procedere* führt auch in der Praxis zu untragbaren Ergebnissen. Was passiert schließlich mit den wirtschaftlichen Aufwendungen des bislang Begünstigten und den ihm zugeflossenen staatlichen Fördermitteln? Wie auch immer sich das Bundesverfassungsgericht entscheiden wird, eine höchstrichterliche Rechtsprechung – mit der im Übrigen noch in diesem Jahr gerechnet werden kann – ist jedenfalls aus Gründen der Rechtsklarheit zu begrüßen.

Versorgungsverträge mit Krankenhäusern

Neben den so genannten Plankrankenhäusern dürfen auch Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben, als zugelassene Krankenhäuser im Sinne des § 108 SGB V Krankenhausbehandlung erbringen. Diesen Vertragskrankenhäusern kommt im Hinblick auf die Plankrankenhäuser lediglich eine ergänzende Versorgungsfunktion zu.

Einen Anspruch auf Abschluss eines solchen Versorgungsvertrages gibt es nach § 109 Abs. 2 Satz 1 SGB V nicht. Die Auswahlentscheidung unter mehreren geeigneten Bewerbern liegt im pflichtgemäßen Ermessen der Krankenkassen, § 109 Abs. 2 Satz 2 SGB V. Bei einer solchen Entscheidung über den Abschluss eines Versorgungsvertrages gelten ähnliche Abwägungsgrundsätze wie bei einer krankenhauplanerischen Entscheidung.

Der Abschluss und die Ablehnung des Versorgungsvertrages werden erst mit der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde wirksam. Die grundsätzlich im Ermessen dieser Behörde liegende Erteilung oder Versagung der Genehmigung richtet sich zum einen nach den krankenversicherungsrechtlichen Kriterien, zum anderen nach den krankenhauplanerischen Vorschriften und Zielsetzungen.

In Sachen Rechtsschutzfragen ist hier zu differenzieren, nämlich zwischen der Ablehnung des Vertragsangebotes durch die Kostenträger und der verweigerten Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde. Im ersten Fall sieht die Rechtsprechung

die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage als zulässige Klageart an. Im zweiten Fall ist die Rechtsnatur der nicht erteilten Genehmigung zweifelhaft. Vorzugswürdig dürfte wohl die Auffassung sein, die die Genehmigung bzw. deren Versagung als behördeninterne Mitwirkungshandlung und damit mangels Außenwirkung nicht als Verwaltungsakt qualifiziert. Danach könnte die fehlende Genehmigung durch ein zusprechendes Urteil ersetzt und müsste insoweit nicht isoliert erstritten werden.

Viele Rechtsfragen drängen sich des Weiteren um den Bereich der Kündigung von Versorgungsverträgen. § 110 SGB V ermächtigt die Krankenkassenverbände dazu, Versorgungsverträge mit der Frist von einem Jahr ganz oder teilweise zu kündigen. Bei Plankrankenhäusern ist die Kündigung mit einem Antrag an die zuständige Landesbehörde auf Aufhebung oder Änderung des Feststellungsbescheides zu verbinden. Die Wirksamkeit der Kündigung hängt von der Genehmigung der zuständigen Krankenhausplanungsbehörde ab. Ausgehend von der älteren Rechtsprechung des BSG sieht die wohl herrschende Meinung in der Kündigung einen Verwaltungsakt. Die Anfechtungsklage kommt somit als statthafte Klageart gegen die Kündigung in Betracht.

Im Hinblick auf den Rechtscharakter der Genehmigung ist zwischen Erteilung und Versagung der Genehmigung durch die Landesbehörde zu unterscheiden. Die Erteilung der Genehmigung wird von der herrschenden Meinung als bloßes Verwaltungsinternum angesehen. Ein gesondertes Rechtsschutzverfahren ist somit für den Krankenhausträger entbehrlich. Die Versagung der Genehmigung gegenüber den Kostenträgern wird indes übereinstimmend als Verwaltungsakt qualifiziert. Die Anfechtungsklage ist hiergegen statthaft.

Die Krankenhausfinanzierung

Lassen Sie mich nun auf den Bereich der Krankenhausförderung kommen. Der Krankenhausfinanzierung in der Bundesrepublik Deutschland liegt seit dem Jahre 1972 das duale Finanzierungssystem zu Grunde, nach dem zwischen der Finanzierung von Investitionskosten und von Betriebskosten zu unterscheiden ist. Die Investitionskosten werden – Bedarfsnotwendigkeit vorausgesetzt – durch die Bundesländer gefördert. Ihre Betriebskosten müssen die Krankenhausträger über die Abrechnung ihrer Leistungen gegenüber den Krankenkassen und Selbstzahlern erwirtschaften.

Wie bereits oben angesprochen, kritisieren Ökonomen die unterschiedliche Finanzierung von Investitions- und Betriebskosten. Sie würde jedem unternehmerischen Handeln zuwiderlaufen. Zugegebenermaßen ist eine Finanzierung aus einer Hand, also monistisch, sinnvoller. Ausschlaggebend für den Übergang auf das duale System war die Finanznot der Krankenkassen. In einer Zeit, in der es schon aus Wettbewerbsgründen darauf ankommt, die Abgabenhöhe zu senken, ist jedoch die monistische Finanzierung keine Alternative.

Rechtsgrundlage für die Investitionskostenförderung sind das KHG und, soweit es Raum für die Gesetzgebung der Länder lässt, die Landeskrankenhausgesetze.

Grundsätzlich förderfähig sind Anlagegüter und Wirtschaftsgüter, die akutstationären Zwecken dienen. Einrichtungen in einem Krankenhaus, die nicht akutstationären Zwecken dienen, wie Rehabilitationseinrichtungen oder Bereiche zur ambulanten

Versorgung, können nicht über KHG-Mittel gefördert werden. In den Vergütungen der Krankenkassen für ambulante Leistungen sind nämlich insoweit Investitionskostenanteile enthalten. Diese Ausrichtung des KHG auf die akutstationäre Versorgung wird im Hinblick auf die Stärkung ambulanter Leistungserbringung durch die Krankenhäuser zuletzt durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz zukünftig vermehrt Fragen aufwerfen. Grundlegende Voraussetzung der Förderung eines Krankenhauses ist dessen Aufnahme in den Krankenhausplan. Unikliniken werden nicht nach dem KHG, sondern nach den Bestimmungen des Hochschulbauförderungsgesetzes gefördert.

Um Ihnen einen Eindruck von der Bedeutung der Krankenhausförderung für den Staatshaushalt zu vermitteln: Der Freistaat Bayern stellt im Jahre 2004 gemeinsam mit den Kommunen rund 452 Mio. EUR für die Krankenhausfinanzierung zur Verfügung. Hierbei handelt es sich bereits um einen gegenüber den Vorjahren erheblich abgesenkten Betrag, waren es 2002 doch noch rund 579 Mio. EUR. Dieser Betrag verteilt sich auf verschiedene Förderarten, die in § 9 KHG abschließend aufgezählt sind.

Die wichtigsten sind die

- Einzelförderung von Investitionen, insbesondere größeren Krankenhausbauvorhaben, und
- Pauschalmittel, die den Krankenhäusern laufend zur Verfügung gestellt werden. Daneben können Nutzungsentgelte beim Leasing oder der Miete von Geräten bzw. Grundstücken gefördert werden.

Besonders bedeutsam ist in der Praxis die Förderung von Investitionskosten. Gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 2 KHG sind hierunter die Kosten der Errichtung von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter sowie die Kosten der Wiederbeschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Anlagegüter zu verstehen. Ausdrücklich ausgenommen sind die Grundstücks-, die Grundstückserwerbs- und die Erschließungskosten. Förderfähig sind nur Errichtungs- und Wiederbeschaffungskosten, nicht aber die Kosten für die Erhaltung des Krankenhausbauwerks oder eines Anlageguts. Dieser Erhaltungsaufwand ist nach der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts vom 21. Januar 1993 Bestandteil der Vergütungen der Krankenkassen. Die Abgrenzung zwischen Herstellungs- und Erhaltungsaufwand ist im Einzelfall schwierig. Maßgeblicher Bezugspunkt ist das jeweilige Anlagegut und die Frage, ob Neues geschaffen oder lediglich bereits Vorhandenes erneuert wird.

Voraussetzung der Förderung von Investitionskosten in diesem Sinne ist nach § 8 Abs. 2 KHG die Aufnahme in ein so genanntes Jahreskrankenhausbauprogramm. Wegen der beschränkten Fördermittel und der großen Zahl an Anträgen auf Durchführung einer Baumaßnahme ist regelmäßig eine Auswahl unter mehreren in Betracht kommenden Baumaßnahmen zu treffen. Die nach Landesrecht zuständige Behörde entscheidet unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen. Gerade diesem Grundsatz der Trägerpluralität kommt besonders in Flächenländern erhebliche Bedeutung zu.

Bei der Erstellung des Jahreskrankenhausbauprogramms wirken Krankenkassen und Krankenhausträger über den Krankenhausplanungsausschuss mit. Erklärtes Ziel bei der Entscheidung über die Aufnahme in ein Jahreskrankenhausbauprogramm sind

einvernehmliche Entscheidungen im Krankenhausplanungsausschuss. Es ist zu befürchten – und die Erfahrung mancher Bundesländer zeigt es bereits –, dass sich dieses Ziel mit abnehmenden Fördermöglichkeiten immer schwieriger verwirklichen lässt.

Das Jahreskrankenhausbauprogramm ist weder eine Rechtsnorm noch ein Verwaltungsakt, sondern eine innerdienstliche Regelung ohne verbindliche Außenwirkung. Ein Rechtsanspruch auf Aufnahme in das Jahreskrankenhausbauprogramm besteht nicht, § 8 Abs. 2 KHG. Auch bei Aufnahme in das Bauprogramm ist über die Förderung des konkreten Bauvorhabens noch nicht abschließend und verbindlich entschieden. Das Bauvorhaben muss noch das fachliche Prüfungsverfahren durchlaufen. Erst nach dessen Abschluss und mit Erlass des Förderbescheides entsteht ein Anspruch auf Fördermittel.

Bei dem Förderanspruch des Krankenhausträgers handelt es sich nach der Konzeption des Gesetzes um einen Vollförderanspruch. Sämtliche bedarfsnotwendigen Kosten sind zu fördern. Das schließt selbstverständlich nicht aus, dass der Krankenhausträger über das Bedarfsnotwendige hinaus Maßnahmen durchführt, die er dann aber selbst zu finanzieren hat.

Angesichts des durch den Verweildauerrückgang bedingten Bettenabbaus erlangen förderrechtliche Hilfen bei der teilweisen oder gänzlichen Schließung und der Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben eine erhebliche Relevanz. Gemäß Art. 17 BayKrG erhalten Krankenhäuser, die aus dem Krankenhausplan ganz oder teilweise ausscheiden, Ausgleichszahlungen. Damit sollen die Folgen der Schließung für den Krankenhausträger gemildert und ein finanzieller Anreiz zum Abbau überhängender Kapazitäten geschaffen werden.

Aus der Zweckbindung der Fördermittel folgt, dass sie zurückzufordern sind, wenn der Krankenhausträger seine Aufgaben nach dem Krankenhausplan ganz oder teilweise nicht mehr erfüllt. Zwar mindert sich die Rückzahlungspflicht um die Abschreibungen der mit den Fördermitteln beschafften Anlagegüter. Wegen der teilweise langen Abschreibungszeiten verbleibt aber oftmals eine beträchtliche Summe. Um die Umwidmung des Krankenhauses zu erleichtern, sieht beispielsweise das Bayerische Krankenhausgesetz vor, dass von der Rückforderung abgesehen werden kann, wenn die Belastung der Fördermittel im öffentlichen Interesse ist. Ein solches öffentliches Interesse kann beispielsweise bei der Umwandlung in eine selbstständige Abteilung für geriatrische Rehabilitation oder Pflege anerkannt werden.

Das Recht der Krankenhausförderung unterliegt nicht nur infolge der Not leidenden öffentlichen Haushalte einschneidenden Veränderungen. Auch mit der allgemeinen Entwicklung der Krankenhausbranche muss es Schritt halten. So novellieren verschiedene Bundesländer, unter ihnen Bayern, derzeit ihre Krankenhausgesetze, um Entwicklungen wie zunehmender Kooperation unter Krankenhäusern und Outsourcing-Bestrebungen Rechnung zu tragen.

Wie bereits oben dargestellt, werden die Krankenhäuser wirtschaftlich dadurch gesichert, dass sie leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen zur Finanzierung der Betriebskosten erhalten. Im Durchschnitt umfassen die Personalkosten ca. 68 % der Betriebskosten. Daran zeigt sich, dass wirksame Kostenreduzierungen vor allem über Personalabbau zu erreichen sind.

Krankenhausvergütung und Diagnose-orientierte Fallpauschalen

Für die Betriebskosten markiert das Jahr 2004 mit der verpflichtenden Einführung eines voll pauschalierten Vergütungssystems auf der Basis Diagnose-orientierter Fallpauschalen einen einschneidenden Wendepunkt.

Bisher richtete sich die Krankenhausvergütung nach den Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung. Grundlage war der von dem einzelnen Krankenhaus mit den Krankenkassen vereinbarte Gesamterlös (Budget). Mit diesem Budget wurden sämtliche Betriebskosten des Krankenhauses abgedeckt. Abgerechnet wurde das Budget mittels Fallpauschalen, Sonderentgelten und den so genannten tagesgleichen Pflegesätzen:

- Die bisherigen (wenigen) Fallpauschalen deckten einen behandelten Fall ab und wurden landesweit gleich vergütet.
- Die landeseinheitlichen Sonderentgelte deckten dagegen nur bestimmte Behandlungsleistungen (z. B. Operation) ab.
- Tagesgleiche Pflegesätze wurden für die Behandlungsleistungen berechnet, die nicht mittels Fallpauschalen oder Sonderentgelten abgerechnet wurden.

Die Abrechnung erfolgte pro Tag Bettenbelegung in Form von Basis- (für Unterkunft und Verpflegung) und Abteilungspflegesätzen.

Mit der Einführung des Fallpauschalensystems richtet sich die Vergütung nun nach dem Krankenhausentgeltgesetz. Danach erfolgt die gesamte Vergütung von akutstationären Krankenhausleistungen über einheitliche Pauschalen auf Basis von DRGs (Diagnosis Related Groups – Diagnose-bezogene Fallpauschalen). Als gesetzliche Ausnahme werden jedoch Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik weiterhin nach den bisherigen Regeln abgerechnet. Bereits im Jahr 2003 konnte das neue System auf freiwilliger Basis angewandt werden, dieses Jahr ist die Einführung verpflichtend.

In Fallpauschalensystemen wird jeder stationäre Behandlungsfall einer Fallgruppe zugewiesen. Die Zuordnung erfolgt maßgeblich über die medizinischen Diagnosen und die durchgeführten Operationen und Prozeduren. Zusätzlich werden im Einzelfall weitere Kriterien herangezogen, wie z. B. Alter und Geschlecht. Durch die Berücksichtigung von Haupt- und Nebendiagnosen sollen die unterschiedlichen Schweregrade einer Erkrankung berücksichtigt werden. Als Vorbild für das deutsche Fallpauschalensystem hat sich die hiermit gesetzlich beauftragte Selbstverwaltung auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung) auf das australische DRG-System geeinigt.

Jeder Fallgruppe wird eine bundesweit einheitliche Bewertungsrelation zugewiesen, welche die durchschnittlichen Fallkosten einer medizinischen Behandlung im Verhältnis zu den anderen Fallgruppen widerspiegelt. Dies bedeutet: Je höher die Bewertungsrelation, desto höher die Kosten, je niedriger die Bewertungsrelation, desto niedriger die Kosten. So ist z. B. die Fallgruppe X 61Z (Allergische Reaktion) mit der Bewertungsrelation 0,485 recht gering bewertet, während die Fallgruppe A 06Z (Langzeitbeatmung > 1 799 Stunden) mit der Bewertungsrelation 48,272 eine sehr hohe Bewertung hat.

Für die Kalkulation der deutschen Bewertungsrelationen für 2004 wurden die Kostendaten von 137 Krankenhäusern verwendet, wobei die Auswahl der Häuser leider nicht repräsentativ ist. Gegenüber 2003 haben erstmals zwölf Universitätsklinika an der Kalkulation 2004 teilgenommen. Die Bewertungsrelationen lassen sich dem bundes einheitlichen Fallgruppenkatalog entnehmen. Dieser wurde von der Bundesregierung durch die Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (KFPV 2004) erlassen, da sich die hierfür berufene Selbstverwaltung wie schon 2003 nicht auf einen Katalog einigen konnte. Die Verordnung führt nun über 800 Fallgruppen auf.

Daneben wird von der Selbstverwaltung auf Landesebene ein Basisfallwert für die Bewertungsrelation 1 vereinbart. Dieser Wert entspricht den Durchschnittskosten aller im System erfassten Fälle. Die Vergütungshöhe (Fallpauschale) ergibt sich aus der Multiplikation der Bewertungsrelation mit dem Basisfallwert. Bei einem angenommenen Basisfallwert von 2500 EUR ergibt sich für die bereits genannte Fallgruppe X 61Z (Allergische Reaktion) mit der Bewertungsrelation 0,485 eine Fallpauschale in Höhe von 1212,50 EUR. Dagegen ergibt die Fallgruppe A 06Z (Langzeitbeatmung > 1799 Stunden) mit der Bewertungsrelation 48,272 eine Pauschale in Höhe von 120 680 EUR.

Der Fallgruppenkatalog enthält neben der Bewertungsrelation auch Angaben zur Verweildauer. Liegt die tatsächliche Behandlungsdauer innerhalb der festgelegten Zeitspanne, sind alle dem Krankenhaus entstandenen Kosten mit der Fallpauschale abgedeckt. So liegt die mit der Fallpauschale abgedeckte Behandlungsdauer der Fallgruppe X 61Z (Allergische Reaktion) bei zwei bis zehn Tagen. Dagegen umfasst die Behandlungsdauer der Fallgruppe I03 C (Ersatz des Hüftgelenks ohne CC) eine Zeitspanne von sechs bis 31 Tagen. Nur wenn die tatsächliche Behandlungsdauer den festgesetzten Rahmen überschreitet, erhält das Krankenhaus zusätzliche Entgelte für jeden weiteren Tag. Liegt die tatsächliche Verweildauer unterhalb der unteren Grenzverweildauer, so wird die Fallpauschale entsprechend gekürzt.

Die Systemeinführung erfolgt stufenweise in den Jahren 2003 bis 2007:

- In den Jahren 2003 und 2004 wird das neue System budgetneutral umgesetzt. Dies bedeutet, dass zwar mit DRGs abgerechnet wird, aber noch kein landesweiter Basisfallwert festgelegt wird. Vielmehr werden krankenhausindividuelle Preise vereinbart. In den Jahren 2003 und 2004 ändert sich daher hinsichtlich des den Krankenhäusern zur Verfügung stehenden Budgets nichts.
- Im Jahr 2005 wird erstmals ein landesweiter Basisfallwert vereinbart. In den Jahren 2005, 2006 und 2007 erfolgt eine Anpassung der krankenhausindividuellen Preise an das landesweite Niveau. Langfristig sind nach der Gesetzesbegründung bundesweite Preise geplant.

Kommt eine Einigung über den krankenhausindividuellen Basisfallwert zwischen Krankenhaus und Krankenkasse nicht zu Stande, entscheidet auf Antrag einer der Parteien die Schiedsstelle (§ 13 KHEntgG). Der vereinbarte, bzw. von der Schiedsstelle festgesetzte krankenhausindividuelle Basisfallwert ist gem. § 14 KHEntgG von der zuständigen Landesbehörde zu genehmigen. Gegen diese Genehmigung bzw. Versagung der Genehmigung steht ohne weiteres behördliches Vorverfahren der Verwaltungsrechtsweg offen (§ 18 Abs. 5 KHG). Dabei hat eine Klage keine aufschiebende Wirkung.

Das neue Vergütungssystem wird erhebliche Auswirkungen auf die deutsche Krankenhauslandschaft haben. Die pauschale Vergütung wird den Kostendruck auf die Krankenhäuser weiter verstärken. Wegen der seit zehn Jahren andauernden Deckelung der Budgets dürften Einsparpotenziale bei den meisten Krankenhäusern weitestgehend ausgeschöpft sein. In diesem Jahr liegt die vom Bundesgesundheitsministerium bekannt gegebene mögliche Budgetsteigerungsrate bei lediglich 0,02 %.

Es wird daher allgemein erwartet, dass es zu Konzentrationen in der Krankenhauslandschaft kommen wird. Auch der Trend zur Spezialisierung einzelner Häuser wird sich weiter fortsetzen. Dabei besteht allerdings die Gefahr, dass die Krankenhäuser für sie nicht kostendeckende Behandlungen nicht mehr anbieten. Weitere Bettenreduzierungen sowie Schließungen von Krankenhäusern werden im Zuge der Systemumstellung unausweichlich sein. Die von dem System ausgelösten Strukturänderungen sind nach der Gesetzesbegründung vom Bundesgesetzgeber auch ausdrücklich gewollt.

Verständlicherweise wirft ein solch radikaler Systemwechsel eine Menge an ungelösten Problemen auf. Folge ist eine kritische Diskussion über das Fallpauschalensystem, die sich mit der fortschreitenden Systemumstellung noch weiter verstärken dürfte.

Problematisch ist beispielsweise die Vorgabe, alle stationären Fälle über Fallpauschalen abzurechnen. Selbst im Vorbildland Australien werden nur ca. 60 % der stationären Leistungen erfasst. Die Behandlung bestimmter Patientengruppen (wie z. B. Schädel-Hirn-Verletzte, Multiple-Sklerose-Patienten, Querschnittsgelähmte, Rheumatiker, Kinder) lässt sich kaum leistungsgerecht abbilden, da die Bildung homogener Fallgruppen mit möglichst ähnlichen Behandlungskosten schon aufgrund der in diesen Fällen stark schwankenden Verweildauer kaum möglich ist. Es ist zweifelhaft, ob die im Krankenhausentgeltgesetz vorgesehenen Öffnungsklauseln ausreichen, um eine leistungsgerechte Vergütung zu erreichen.

Befürchtet wird zudem, dass aufgrund des Kostendrucks Patienten möglicherweise zu früh entlassen werden. Eine solche Fehlentwicklung ginge vor allem zulasten der multimorbiden älteren Patienten. Letztlich können nur die Krankenkassen bzw. der Medizinische Dienst die Einhaltung der von Gesetzes wegen vorgesehenen Qualitätssicherungsmaßnahmen gewährleisten.

Da die Krankenhäuser ca. ein Drittel der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung veranlassen, sind gerade sie von den ständigen Reformen im Gesundheitswesen betroffen. Die Zahl der Gesetze nimmt zu, genauso wie deren Novellierung. Das Krankenhausrecht ist als Materie nicht in einem Gesetz kodifiziert, sondern findet sich in verschiedenen Regelungswerken. Ein immer enger werdendes Geflecht von Normen prägt die Tätigkeit der Krankenhäuser. So hat z. B. das am 1. Januar 2004 in Kraft getretene Gesundheitsmodernisierungsgesetz den Krankenhäusern den Zugang zur ambulanten Versorgung ermöglicht. Die Einbindung in die integrierte Versorgung oder DMPs sind weitere Beispiele. Zunehmende Bürokratisierung hin oder her – die Kenntnis und der Umgang mit diesen rechtlichen Instrumentarien werden künftig das Ansehen und den wirtschaftlichen Erfolg des jeweiligen Krankenhauses bestimmen.

Freuen Sie sich nun auf den Länderbericht aus Österreich von Herrn Dr. Rothmayer und die im Anschluss daran stattfindende Diskussion.

Rechtsgrundlagen der Planung und der Finanzierung der Krankenhausbehandlung

*Dr. Christian Rothmayer, Leiter Vertragspartner II,
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Linz*

Länderbericht Österreich

1. Einleitung

Ich möchte Ihnen nun die Rechtsgrundlagen der Planung und der Finanzierung der österreichischen Krankenanstalten in ihren Grundzügen vorstellen.

Damit hoffe ich den Boden für die weiteren Beiträge aufbereiten zu können. Ich werde dabei zum Großteil berichtend vorgehen und nur an einer Stelle zu einer strittigen Frage auch eine rechtliche Sichtweise einbringen.

Zu Beginn ein Überblick über die Inhalte:

- Allgemeine Kennzahlen zu Österreichs Krankenanstalten
- Definition: Was ist eine Krankenanstalt?
- Kompetenzverteilung: Wer darf/muss diese Materie regeln?
- Einteilung der Krankenanstalten nach Art und Angebot
- Planung: Es muss genügend Krankenanstalten geben, aber nicht zu viele.
- Finanzierung: Woher kommen die Finanzmittel, wie werden sie verteilt (was ist dafür zu leisten)?

2. Allgemeine Kennzahlen

In Österreich gab es 2001 gesamt (im Akut- und Langzeitbereich) 310 erfasste Krankenanstalten mit in Summe 69 320 Betten, also bei 8,1 Mio. Einwohnern eine Bettendichte von 8,6 Betten auf 1 000 Einwohner.

Interessant davon sind natürlich die 145 (das sind 47 %) so genannten „Fonds-krankenanstalten“, die im Wesentlichen den Bereich der öffentlichen und gemeinnützigen Akutkrankenanstalten umfassen und aus öffentlichen Mitteln über die neun Landesfonds finanziert werden. Bei einer Anzahl an 2001 tatsächlich aufgestellten Betten von 50 230 (rund 73 % aller Betten) ergibt sich hier eine Bettendichte von 6,2 Betten auf 1 000 Einwohner. Im EU-Durchschnitt betrug die Bettendichte 4,6 auf 1 000 Einwohner, d. h. Österreich überschreitet den EU-Durchschnitt um rund 35 % (Quelle: Der Privatpatient I/2003).

Diese Zahlen belegen die zentrale Rolle der Krankenanstalten im österreichischen Gesundheitswesen. Dies und die Tatsache, dass 2004 die 15 a-Vereinbarung neu zu verhandeln ist, rechtfertigen eine breitere und zugleich eingehendere Beschäftigung mit dieser Materie.

Was ist eigentlich eine Krankenanstalt?

3. Planung

3.1. Definition

Positive Abgrenzung

Die Legaldefinition (in § 1 Abs. 1 und 2 KAKuG) lautet: Unter Krankenanstalten sind Einrichtungen zu verstehen, die

- zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung,
- zur Vornahme operativer Eingriffe,
- zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,
- zur Entbindung oder
- für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe

bestimmt sind.

Ferner sind als Krankenanstalten auch Einrichtungen anzusehen, die zur ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken bestimmt sind.

Negative Abgrenzung

Neben dieser sehr ausführlichen und umfassenden Positivabgrenzung ist auch eine Negativabgrenzung im Gesetz enthalten (§ 2 Abs. 2 KAKuG), die immer wieder Anlass für Diskussionen bietet:

Die Frage „ärztliche Ordination“ (§ 52 und § 52 a Ärztegesetz) oder „Krankenanstalt“?

Die Unterscheidung ist insofern nicht klar, da es Krankenanstalten auch in Form nicht Betten führender Ambulatorien gibt, die auf den ersten Blick als Ordinationen eingestuft werden könnten, während es auch Ordinationen nach Ärztegesetz gibt, die über Betten z. B. für Infusionen verfügen.

Der Gesetzgeber hat (§ 2 Abs. 3 KAKuG) folgende Kriterien aufgestellt: Einrichtungen, die eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglichen und deren Organisation der einer Anstalt entspricht, sind nicht als Ordinationsstätten von Ärzten anzusehen.

Abgestellt wird hier also auf die Organisation der betrachteten Einrichtung und die Prüfung, ob eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen möglich ist. Auch nach der Judikatur des Verfassungsgerichtshofes ist für eine Krankenanstalt in Form eines selbstständigen Ambulatoriums als Abgrenzungskriterium zur ärztlichen Ordinationsstätte die anstaltsmäßige Organisation entscheidend. Gerade durch die jüngst ins Leben gerufenen ärztlichen Gruppenpraxen wird diese Abgrenzungsfrage wieder vermehrt an Bedeutung gewinnen.

3.2. Kompetenzverteilung

Die Kompetenz, Krankenanstalten zu definieren sowie alle anderen damit im Zusammenhang stehenden Sachverhalte gesetzlich zu regeln, steht in Österreich sowohl dem Bundes- als auch den neun Landesgesetzgebern, wenn auch in unterschiedlicher Autonomie, zu. Der Bund ist als Grundsatzgesetzgeber der österreichischen Verfassung verpflichtet, das jeweilige Bundesland als Ausführungsgesetzgeber auch dem Rahmen, den das Grundsatzgesetz des Bundes vorgibt.

Dies ergibt sich aus den Kompetenztatbeständen der Österreichischen Bundesverfassung und hier konkret aus dem Art. 12 Abs. 1 Ziffer 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes:

„Bundessache ist die Gesetzgebung über die Grundsätze, Landessache die Erlassung von Ausführungsgesetzen und die Vollziehung in folgenden Angelegenheiten:

1. Armenwesen; Bevölkerungspolitik, soweit sie nicht unter Art 10 fällt; Volkspflegestätten; Mutterschafts-, Säuglings- und Jugendfürsorge; Heil- und Pflegeanstalten; vom gesundheitlichen Standpunkt aus an Kurorte sowie Kuranstalten und Kureinrichtungen zu stellende Anforderungen; natürliche Heilvorkommen ...“

Im Bereich der Krankenanstalten haben wir es daher mit einer so genannten Art. 12 Abs. 1 Materie zu tun, was bedeutet, dass der Bund zur Grundsatzgesetzgebung befugt, sowie die neun Bundesländer zur Ausführungsgesetzgebung befugt und in gewissem Sinne auch verpflichtet sind. Die Bundesländer trifft auch die Verpflichtung zur Vollziehung dieser Materie.

In Österreich ist also nicht ein, sondern es sind zehn Krankenanstaltengesetze in Kraft: das Bundesgrundsatzgesetz und die neun Landesausführungsgesetze.

Obwohl die Landesausführungsgesetze klarerweise durch die Grundsätze des Bundesgesetzes bereits vorbestimmt sind, ist es zur Klärung von Rechtsfragen im Bereich der Krankenanstalten unerlässlich, neben dem Bundesgrundsatzgesetz auch das jeweils infrage kommende Landesausführungsgesetz zu beachten.

Ich werde mich dabei in diesem Referat als Oberösterreicher auf das Ausführungsgesetz des Landes Oberösterreich, das Oberösterreichische Krankenanstaltengesetz 1997 (OÖKAG) beziehen.

Für die vorher behandelte Abgrenzung und Definition des Begriffes Krankenanstalt habe ich das Bundesgrundsatzgesetz herangezogen. Dieses wurde in seiner Stammfassung im Jahr 1957 erlassen und trägt derzeit den Titel „Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten“ (KAKuG).

3.3. Einteilung der Krankenanstalten

Grundsätze

Nach der Darlegung der Einordnung des Bereiches der Krankenanstalten in die bundesstaatliche Kompetenzverteilung und der grundsätzlichen Abgrenzung und Definition einer Krankenanstalt möchte ich mit der Unterscheidung der Krankenanstalten nach dem Anstaltszweck fortfahren (§ 2 Abs. 1 KAKuG):

Krankenanstalten sind

- Allgemeine Krankenanstalten, das sind Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters und der Art der ärztlichen Betreuung,
- Sonderkrankenanstalten, das sind Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung für Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke,
- Heime für Genesende,
- Pflegeanstalten für chronisch Kranke,
- Gebäranstalten und Entbindungsheime,
- Sanatorien, das sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen,
- selbstständige Ambulatorien (Röntgeninstitute, Zahnambulatorien und ähnliche Einrichtungen), das sind organisatorisch selbstständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen.

Interessant erscheint mir daran, dass auch so genannte selbstständige Ambulatorien, das sind im Wesentlichen so genannte „nicht Betten führende“ Institute, den Krankenanstalten und nicht den Ärzten zugerechnet werden. Diese Zuteilung hat, wie wir noch sehen werden, wesentliche Auswirkungen, ob und wo ein derartiges Institut (z. B. ein Radiologieinstitut mit Computertomographie und/oder Kernspintomographie) errichtet werden darf.

Konzentrieren wir uns auf die allgemeinen Krankenanstalten:

Allgemeine Krankenanstalten

Allgemeine Krankenanstalten sind im Sinne einer möglichst dezentralen, aber auch qualitativ hochwertigen und ökonomisch sinnvollen Versorgung der Bevölkerung nicht generell mit allen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen ausgestattet, sondern in Form eines abgestuften Planes in

- Standardkrankenanstalten,
- Schwerpunktkrankenanstalten,
- Zentralkrankenanstalten und Universitätskliniken

unterteilt. Diese Einteilung ist mit einer abgestuften Verpflichtung zur Vorhaltung von Betten führenden Abteilungen sowie nicht Betten führenden Abteilungen verknüpft.

Es würde zu weit führen, die genauen Inhalte jeder einzelnen Kategorie darzulegen. Beispielhaft möchte ich anführen, dass als Mindestangebot in einer Standardkrankenanstalt jedenfalls Betten führende Abteilungen für Chirurgie und Innere Medizin sowie Einrichtungen für Anästhesiologie, Röntgendiagnostik und zur Vor-

nahme von Obduktionen vorhanden sein müssen. In den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein.

Am anderen Ende der Skala hat eine Zentralkrankenanstalt mit grundsätzlich allen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen ausgestattet zu sein.

Diese grundsätzlichen Einteilungen haben durch aktuelle Entwicklungen natürlich auch Modifikationen erfahren. So ist es 2001 zu wesentlichen Änderungen gekommen:

Für medizinische Sonderfächer wie Augenheilkunde oder HNO-Krankheiten können auch so genannte Fachschwerpunkte anstelle von Betten führenden Abteilungen errichtet werden, wenn mangels Auslastung ein wirtschaftlicher Betrieb einer Betten führenden Abteilung nicht erwartet werden kann. Diese Fachschwerpunkte haben acht bis 14 Betten und ein eingeschränktes Leistungsangebot. Die Spezialisierung der Medizin hat darüber hinaus dazu geführt, dass für Teilgebiete eines Sonderfaches so genannte Departements geführt werden können.

Mit Bewilligung der Landesregierung kann auch von der Errichtung einzelner (im § 3 Abs. 1 Ziffer 2), eigentlich verbindlich vorgesehener Abteilungen abgesehen werden, wenn in jenem Einzugsbereich, in dem die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen, Departements oder Fachschwerpunkte in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen oder ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.

Dieser gesetzlich vorgegebene Rahmen stellt nun sicher, welches Angebot eine Krankenanstalt anbieten muss. Die Frage, ob dieses Angebot die Versorgung der Bevölkerung sicherstellt, d. h. nicht zu einer Unter- aber auch nicht zu einer Überversorgung führt, bleibt dabei aber offen.

Zur Beantwortung möchte ich Ihnen zwei Instrumente vorstellen: den Sicherstellungsauftrag und die Errichtungs- und Betriebsbewilligung.

3.4. Sicherstellungsauftrag

Stationär

Im § 18 KAKuG regelt der Bundesgrundsatzgesetzgeber, dass jedes Land verpflichtet ist, für anstaltsbedürftige Personen Krankenanstaltspflege sicherzustellen. § 39 des OÖKAG präzisiert: Das Land Oberösterreich hat Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen. Insbesondere für unabweisbare Kranke ist eine zureichende Zahl an Betten der allgemeinen Gebührenklasse zu gewähren. Konkret ist für 50 bis 90 000 Bewohner eine Standardkrankenanstalt, für 250 bis 300 000 eine Schwerpunktkrankenanstalt und in Linz eine Zentralkrankenanstalt einzurichten.

Da der Sicherstellungsauftrag ausdrücklich auf anstaltsbedürftige Personen abstellt, ergibt sich die Frage, ob es für nicht anstaltsbedürftige Personen ebenfalls gleichartige oder ähnliche Verpflichtungen gibt.

Ambulant

Bei der Antwortsuche stoßen wir auf die Grundsatzbestimmung des § 26 KAKuG: Unter dem Titel „Anstaltsambulatorien“ wird geregelt, dass in öffentlichen, allgemeinen Krankenanstalten Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen, ambulant zu untersuchen oder zu behandeln sind.

Diese Verpflichtung gilt aber nicht uneingeschränkt, sondern es werden in weiterer Folge sieben Bedingungen als Fallkonstellationen aufgestellt, von denen ich die meines Erachtens drei wichtigsten anführen möchte:

Nicht anstaltsbedürftige Personen sind also ambulant zu untersuchen oder zu behandeln, wenn es

1. zur Leistung erster ärztlicher Hilfe,
2. zur Behandlung nach erster ärztlicher Hilfe oder in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege, die im Interesse des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muss,
3. (über ärztliche Zuweisung) 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. Wobei die Einschränkung „ärztliche Zuweisung“ in der Ziffer 3 eine Ergänzung des OÖKAG ist (§ 50 OÖKAG).

Durch den § 50 des OÖKAG ist also in Ergänzung zum Sicherstellungsauftrag nach § 39 OÖKAG für anstaltsbedürftige Personen auch – unter gewissen Bedingungen – die Untersuchung und Behandlung nicht anstaltsbedürftiger Personen abgesichert.

Mit den im Folgenden zu erläuternden Bestimmungen über die für die Errichtung und den Betrieb einer Krankenanstalt notwendigen Bewilligungen soll unter anderem erreicht werden, dass nicht zu viel Anstaltspflege angeboten wird.

3.5. Errichtungs- und Betriebsbewilligung

Grundsätze

§ 4 Abs. 1 OÖKAG besagt: „Die Errichtung einer Krankenanstalt bedarf einer Bewilligung der Landesregierung.“

Der § 6 Abs. 1 ergänzt dazu: „Der Betrieb einer Krankenanstalt bedarf einer Bewilligung der Landesregierung.“

Einrichtungen, die also von der Legaldefinition des Krankenanstaltengesetzes umfasst sind, können ohne Bewilligung der Landesregierung nicht in Betrieb genommen und konsequenterweise ohne Bewilligung der Landesregierung gar nicht errichtet werden.

Die höhere der beiden Hürden ist klarerweise die Errichtungsbewilligung. Während bei der Prüfung eines Ansuchens um Erteilung der Betriebsbewilligung Kriterien wie die Einhaltung von Sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften ausschlaggebend sind, gibt es bei der Prüfung eines Antrages auf Errichtung einer Krankenanstalt zwei wesentliche Hürden:

- die Bedarfsprüfung und
- für Fondskrankenanstalten die Übereinstimmung des Anstaltszweckes und des Leistungsangebotes mit dem OÖ Krankenanstalten- und Großgeräteplan.

Da die Krankenhauslandschaft, zumindest was die Akutkrankenanstalten in Oberösterreich betrifft, nicht durch eine Diskussion über zusätzliche Krankenanstalten, sondern eher über Zusammenlegungen und Optimierungen geprägt ist, werden in der Praxis hauptsächlich Anträge auf Errichtung einer Krankenanstalt in der Rechtsform eines selbstständigen Ambulatoriums gestellt.

Bedarfsprüfung

Die Kernbestimmung zur genannten Bedarfsprüfung ist der Abs. 2 des § 5 des OÖKAG. Über die Interpretation dieser Gesetzespassage gibt es unterschiedliche Auffassungen des Bewilligungserteilers und der Sozialversicherung. Erlauben Sie mir, diese an einem Beispiel kurz darzustellen:

Rechtsstreitigkeit „Bedarfsprüfung nach § 5 Abs. 2 OÖKAG“

Nehmen wir einen konkreten Bescheid aus dem Jahr 2003, mit dem eine Errichtungsbewilligung für die Errichtung eines Institutes für bildgebende Diagnostik (unter anderem mit einem Computertomographiegerät) erteilt wird. Gemäß § 5 des OÖKAG ist die Errichtungsbewilligung dann zu erteilen, wenn ein Bedarf im Sinne des Abs. 2 der zitierten Bestimmung gegeben ist.

Der Bedarf wird für den angegebenen Anstaltszweck und das in Aussicht genommene Leistungsangebot in Hinblick auf das in angemessener Entfernung bereits bestehende Versorgungsangebot geprüft. Hierbei sind öffentliche, private gemeinnützige und sonstige Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie bei Errichtung einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbstständigen Ambulatoriums auch das Versorgungsangebot durch niedergelassene Kassenvertragsärzte, kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen zu berücksichtigen.

Wenn also nun der Bedarf nach einem Institut mit Computertomographie geprüft wird, ist unstrittig, dass das Versorgungsangebot durch niedergelassene Kassenvertragsärzte, kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen zu beurteilen ist. Das heißt, bestehen im Einzugsgebiet kasseneigene Einrichtungen oder andere Institute mit Kassenverträgen, so ist dieses Angebot zu berücksichtigen. Andere Institute ohne Kassenverträge sind nicht zu berücksichtigen.

Strittig ist, ob auch das Angebot von öffentlichen Krankenanstalten zu berücksichtigen ist. Konkret existiert im Einzugsgebiet des bewilligten Institutes eine öffentliche Krankenanstalt, die einen Computertomographen betreibt, der sowohl die stationären Patienten des Krankenhauses als auch die von außerhalb des Krankenhauses ausschließlich zur Computertomographie zugewiesenen Patienten betreut.

Nach der ständigen Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes (unter anderem in seinem Erkenntnis vom 25.8.1998 Zahl 98/11/0111) sind bei der Beurteilung des Bedarfs nach medizinischen Leistungen im nichtstationären Bereich privater erwerbswirtschaftlich geführter Ambulatorien die Kapazitäten von Ambulatorien öffentlicher Krankenanstalten nicht heranzuziehen, um einen Bedarf zu verneinen. Dementsprechend wurde das Angebot des Computertomographen des öffentlichen Krankenhauses bei der Bedarfsprüfung nicht berücksichtigt.

Der VwGH begründet dies damit, dass die medizinische Betreuung in Anstaltsambulatorien gegenüber der so genannten extramuralen medizinischen Versorgung der Bevölkerung subsidiären Charakter hat. In Ansehung nicht stationär zu behandelnder Patienten haben die allgemeinen Krankenanstalten hinter anderen diese Behandlungen durchführenden Institutionen zurückzustehen. Die Frage des Bedarfes ist ausschließlich anhand der die in Rede stehenden Leistungen erbringenden privaten Krankenanstalten und niedergelassenen Ärzte mit Kassenverträgen und eigenen oder Vertragseinrichtungen der Kassen zu beurteilen.

Dies führt im Ergebnis dazu, dass unmittelbar neben einer öffentlichen Krankenanstalt, die noch genügend Kapazitäten für die in Frage stehenden Leistungen hätte, ein Bedarf für eine Krankenanstalt in Form eines Ambulatoriums bejaht werden muss, weil das noch freie Kapazitäten aufweisende Angebot der öffentlichen Krankenanstalt nicht berücksichtigt werden darf.

Folglich kommt es zu Überversorgungen mit nicht optimaler Nutzung von Ressourcen, weshalb dieses Ergebnis aus Sicht der OÖGKK nicht reaktionslos entgegengenommen werden konnte.

Nach Ansicht der Kasse ist im OÖKAG ausdrücklich geregelt, dass der Bedarf bei jeder Krankenanstalt im Hinblick auf das in angemessener Entfernung bereits bestehende Versorgungsangebot jedenfalls öffentlicher Krankenanstalten zu beurteilen ist. Weiters führt das Gesetz aus, dass bei Krankenanstalten in der Betriebsform eines selbstständigen Ambulatoriums auch das Versorgungsangebot durch niedergelassene Kassenvertragsärzte, kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen zu berücksichtigen ist.

Durch dieses verbindende „auch“ ist klargestellt, dass bei jeder Art von Krankenanstalt das Angebot öffentlicher Krankenanstalten und im Besonderen bei Krankenanstalten in der Betriebsform eines selbstständigen Ambulatoriums noch dazu das Versorgungsangebot durch niedergelassene Kassenvertragsärzte etc. zu berücksichtigen ist.

Es liegt daher eine rechtswidrige Auslegung des Gesetzes vor, weil das Angebot der öffentlichen Krankenanstalt nicht berücksichtigt wurde.

Erwähnenswert dabei ist auch ein neueres Urteil des Obersten Gerichtshofes aus 1999, (4 OB 148/99 e), wobei sich der OGH mit der Frage zu befassen hatte, ob eine öffentliche Krankenanstalt im Bereich ambulanter Leistungen private Anbieter konkurrieren darf. Der OGH bejahte diese Frage und führte zu Recht aus: „Es würden ... öffentliche Mittel verschwendet, wenn Krankenanstalten im Bereich der apparativen Medizin vorerst Anschaffungen machen müssten, um Versorgungslücken im extramuralen Bereich durch Ausweitung ihrer Ambulanztätigkeit zu schließen, sich aber später Unterlassungsklagen nachträglich niedergelassener Ärzte ausgesetzt sehen, die dieselben Untersuchungsmethoden wie die Krankenhausambulanzen anbieten ...“

Die Kasse hat daher eine diesbezügliche Bescheidbeschwerde an den Verwaltungsgerichtshof erhoben.

Verlegung und Veränderung einer Krankenanstalt

Kommen wir zur Errichtungs- und Betriebsbewilligung zurück: Auch die Verlegung und Veränderung einer Krankenanstalt bedarf (§ 7 Abs.1 des OÖKAG) einer Bewilligung der Landesregierung. Was unter Verlegung und Veränderung genau zu verstehen ist, ist im Gesetz detailliert angeführt. Ich möchte nur zwei wesentliche Punkte wörtlich erwähnen:

(§ 7 Abs.1 Ziffer 7 OÖKAG) Die Schaffung neuer Abteilungen, Institute, Departements, Fachschwerpunkte und Tageskliniken, auch wenn sie mit einer räumlichen Erweiterung der Krankenanstalten nicht verbunden ist, und (§ 7 Abs. 1 Ziffer 8) eine wesentliche Änderung oder Erweiterung des Leistungsangebotes oder der apparativen Ausstattung.

Besonders erwähnenswert ist der Verweis: „Im Verfahren über die Bewilligung sind die Vorschriften über Errichtungsbewilligung, Bewilligungsvoraussetzungen und Betriebsbewilligung sinngemäß anzuwenden.“

In diesen Fällen wird nun insbesondere bei öffentlichen, fondsfinanzierten Krankenanstalten das vorher angeführte zweite Kriterium für die Errichtungsbewilligung relevant:

Die geplante Errichtung hat dem OÖ Krankenanstalten- und Großgeräteplan zu entsprechen. D. h., Rechtsträger von Krankenanstalten können nicht autonom über unwesentliche Änderungen hinausgehende Änderungen des Leistungsangebotes vornehmen, sondern haben dazu – was im Kontext des Sicherstellungsauftrages nur konsequent ist – die Bewilligung des Landes einzuholen, wobei die Einhaltung der genannten Pläne zu gewährleisten ist.

Zum Verständnis der weiteren Ausführungen zur Planung und insbesondere auch zu den noch folgenden zur Finanzierung der Krankenanstalten ist es notwendig, ein weiteres Element der diesen Bereich regelnden Rechtsgrundlagen vorzustellen:

Die Vereinbarung gemäß Art. 15 a Bundes-Verfassungsgesetze über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung.

Artikel 15 a-Vereinbarung

Der Art. 15 a des Bundes-Verfassungsgesetzes sieht vor, dass Bund und Länder untereinander Vereinbarungen über Angelegenheiten ihres jeweiligen Wirkungsbereiches schließen können.

Von diesem Recht machen Bund und Länder im Bereich der Krankenanstalten seit 1978 immer wieder Gebrauch.

Wenn die so genannte 15 a-Vereinbarung auch als Staatsvertrag nicht unmittelbar anwendbares Recht darstellt, so ist sie doch jedenfalls seit 1997 das Kernstück nicht nur der Krankenanstaltenfinanzierung, sondern auch – und dies drückt sich auch bereits im Namen aus – der Neustrukturierung des Gesundheitswesens.

Ich möchte daher die Präambel dieser Vereinbarung auszugsweise zitieren: „Die Vertragsparteien (also der Bund und die neun Bundesländer) verbinden mit dieser Vereinbarung die Absicht, auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und möglichen Kosteneinsparungen abzusichern.“

Weiters heißt es dann: „Dazu kommen die Vertragsparteien überein, unter Einbeziehung der intra- und extramuralen Bereiche alle Möglichkeiten wahrzunehmen, um

- eine integrierte, aufeinander abgestimmte Planung aller Bereiche im Gesundheitswesen zu erreichen,
- ein verbindliches, der Effizienzsteigerung dienendes Qualitätssystem für das österreichische Gesundheitswesen einzuführen,
- die Voraussetzungen für den effektiven und effizienten Einsatz der Informationstechnologie im Gesundheitswesen zu schaffen,
- das Schnittstellenmanagement durch verbindliche Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen zu verbessern und
- den österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) in Richtung eines Leistungsangebotsplanes weiterzuentwickeln.“

Die Inhalte der Vereinbarung zwischen dem Bund und den Bundesländern wurden der dargelegten Kompetenzverteilung entsprechend im KAKuG und in den neun Ausführungsgesetzen der Länder sowie im ASVG, insbesondere was die Beziehungen der Sozialversicherung zu den Rechtsträgern der Krankenanstalten betrifft, als auch in gesonderten Landesgesetzen wie z. B. dem OÖ Krankenanstaltenfondsgesetz auf die Stufe der direkten Rechtsanwendung herabgebrochen.

Im täglichen Gebrauch wird wegen der kompakten Darstellung der gesamten Materie und auch wegen der darin enthaltenen grundsätzlichen Willensäußerungen sehr gerne die 15 a-Vereinbarung zitiert, als ob diese direkt anwendbares Recht wäre.

ÖKAP und GGP

Im Kontext der Darlegung der Grundsätze der Planung von Krankenanstalten ist insbesondere die im Artikel 26 vereinbarte Strukturkommission zu nennen.

Diese im § 56 a des KAKuG gesetzlich eingeführte Kommission als Organ des Strukturfonds (im täglichen Gebrauch verschwimmen die beiden Begriffe Strukturfonds und Strukturkommission und werden inhaltsgleich verwendet) hat die (§ 59 a Ziffer 3 KAKuG) Aufgabe der Festlegung und Revision eines bis zu einem Leistungsangebotsplan weiterentwickelten österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes einvernehmlich zwischen Bund und Ländern.

Der § 39 des OÖKAG legt in seinem Absatz 4 fest, dass die Landesregierung durch Verordnung einen OÖ Krankenanstalten- und Großgeräteplan zu erlassen hat. Dieser hat sich im Rahmen des österreichischen Plans zu befinden.

Dieser nun in Verordnungsform vorliegende OÖ Krankenanstalten- und Großgeräteplan wird – wie oben ausgeführt – als Prüfmaßstab für die Beurteilung eines Antrages auf Errichtungs- oder Betriebsbewilligung herangezogen. Für den so genannten extramuralen Bereich, z. B. den vorher geschilderten Fall eines Computertomographen in einem Ambulatorium, gilt der Großgeräteplan allerdings nur als Empfehlung.

Eine gewisse Verbindlichkeit wird über die Frage der Möglichkeit eines Vertragsabschlusses mit der Sozialversicherung erreicht. Im (§ 338 Abs. 2 a) ASVG wird den Versicherungsträgern die Verpflichtung auferlegt, sich beim Abschluss von Verträgen an den Großgeräteplan zu halten. Verträge, die dem widersprechen, sind ungültig. Gibt es keinen Vertrag, bleibt immer noch die Verpflichtung der Sozialversicherungsträger zur Kostenerstattung, wenn der Versicherte einen Nicht-Vertragspartner in Anspruch genommen hat. Der Oberste Gerichtshof hat aber dazu entschieden (10 Obs 6/99 a), dass Kostenerstattung dann nicht zu leisten ist, wenn das Großgerät im Großgeräteplan nicht enthalten ist.

Dies kann im Ergebnis dazu führen, dass eine Bewilligung für ein Computertomographieinstitut erteilt wird, weil ja – wie ausgeführt – das Angebot öffentlicher Krankenanstalten nicht berücksichtigt wird und der Großgeräteplan nur eine Empfehlung darstellt, aber mangels Deckung im Großgeräteplan ein Vertrag mit der Sozialversicherung nicht abgeschlossen werden darf und nach OGH die Versicherten auch keine Kostenerstattung erhalten.

4. Finanzierung

Da ich mich bei der Beschreibung der Finanzierung der österreichischen Krankenanstalten auf die so genannten Fondskrankenanstalten konzentrieren möchte, müssen wir noch einmal kurz auf die Ebene der Definitionen, um die österreichischen Fondskrankenanstalten zu umreißen.

Im Wesentlichen handelt es sich bei den so genannten Fondskrankenanstalten um öffentliche Krankenanstalten, das sind jene Krankenanstalten, denen das Öffentlichkeitsrecht verliehen worden ist.

Wesentliche Voraussetzungen dafür sind unter anderen nach § 36 des OÖKAG

- die Gemeinnützigkeit (d.h., der Betrieb bezweckt nicht die Erzielung eines Gewinnes, und jeder Aufnahmebedürftige wird nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufgenommen) und
- der gesicherte Bestand und die Einhaltung der Vorgaben des OÖ Krankenanstalten- und Großgeräteplanes.

Hinsichtlich der Rechtsträgerschaft ist zu beachten, dass öffentliche Krankenanstalten nicht nur von den Gebietskörperschaften (Bund, Länder oder Gemeinden) betrieben werden können, sondern auch von privaten Rechtsträgern (z. B. in Oberösterreich die Ordenskrankenanstalten).

4.1. Rückblick

Wenn man über die österreichische Krankenanstaltenfinanzierung berichtet, ist ein Rückblick auf das Jahr 1977 nicht vermeidbar. Nicht so sehr wegen der Vollständigkeit eines Berichtes oder des leichteren Verständnisses der ab 1. 1. 1978 gefolgten Entwicklungen, sondern insbesondere deswegen, da seit 1978 zahlreiche 15 a-Vereinbarungen aufeinander folgten und jede, so auch die seit 1.1.2001 in Kraft getretene, bisher letzte und mit 31. 12. 2004 befristete eine Bestimmung in sich trägt, wonach bei Nichteinigung über eine Neuregelung die am 31. 12. 1977 in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften wieder in Kraft gesetzt werden.

Die Situation vor dem 1. 1. 1978 schwebt daher über jeder Neuverhandlung wie ein Damoklesschwert. Damals gab es, grob zusammengefasst, eine Honorierung nach Tagsätzen. Diese wurden als amtliche Pflegegebühren kostendeckend von der Landesregierung in Form einer Verordnung festgesetzt und galten für Privatzahler. Die von der Sozialversicherung als Abgeltung für alle Leistungen an ihren Versicherten zu honorierenden Pflegegebührenersätze wurden im Verhandlungsweg zwischen dem jeweiligen Rechtsträger und der Sozialversicherung vereinbart und bildeten das Kernstück der Vertragsbeziehungen. Für den Fall einer Nichteinigung war eine gesetzliche Zwangsschlichtung eingerichtet.

Nicht zuletzt die immer weiter aufgehende Schere zwischen den Kostensteigerungen und der finanziellen Leistungsfähigkeit der Sozialversicherung war mit ein Grund, eine erste 15 a-Vereinbarung abzuschließen und den so genannten Krankenanstalten-zusammenarbeitsfonds, kurz KRAZAF, ins Leben zu rufen. Wobei zu erwähnen ist, dass bei den als kostendeckend festzusetzenden amtlichen Pflegegebühren nach § 57 OÖKAG folgende Aufwendungen der Ermittlung der Pflegegebühren nicht zu Grunde gelegt werden dürfen: die Auslagen, die sich durch die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der Anstalt ergeben, ferner Abschreibungen vom Wert der Liegenschaften sowie Pensionen.

Daraus lässt sich erkennen, dass als Grundprinzip der Finanzierung der österreichischen öffentlichen Krankenanstalten gilt, dass nicht ausschließlich der Leistungsempfänger, das heißt der Patient (oder dessen Versicherung), mit der jeweiligen Gebühr sämtliche Kosten abdeckt, sondern eine differenziertere Ausgestaltung der Finanzierung vorgesehen ist.

Jedenfalls werden in Österreich, wie ich noch näher ausführen werde, nahezu 100 % der Kosten eines öffentlichen Krankenhauses von der Allgemeinheit getragen. Entweder direkt vom Patienten über Gebühren und Selbstbehalte oder indirekt über Mittel der Sozialversicherung sowie Steuermittel als Honorierungsanteil und als so genannte Abgangsdeckung.

In die komplexe Materie der Finanzierung der Fondskrankenanstalten lässt sich meines Erachtens etwas mehr Licht bringen, wenn die unter dem Begriff „Finanzierung der Krankenanstalten“ zu verstehenden Prozesse in die zwei Teilprozesse

- Aufbringung der Finanzmittel und
- Verteilung der Finanzmittel (= Honorierung der Leistungen)

unterteilt werden.

4.2. Mittelaufbringung

Betrachten wir zuerst den Teilprozess der Aufbringung der Finanzmittel: Ein wesentliches Merkmal der Finanzierung der Fondskrankenanstalten ist, dass die an der Aufbringung der Mittel wesentlich Beteiligten (Sozialversicherung, Bund, Länder, Gemeinden) ihre Mittel nicht direkt den Krankenanstalten zur Verfügung stellen, sondern die Finanzmittel in dafür eigens eingerichtete Fonds überweisen. In einer Parallele zur Kompetenzverteilung sind dies ein Fonds auf Bundesebene, der so genannte Strukturfonds, und neun Fonds auf Landesebene, die so genannten Landesfonds.

Die einzelnen Sozialversicherungsträger wiederum überweisen die auf sie entfallenden Anteile nicht direkt an den Strukturfonds oder an einen Landesfonds, sondern vorweg an den beim Hauptverband errichteten Ausgleichfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung.

Strukturfonds

Ich möchte diesen nun grob umrissenen Vorgang der Mittelaufbringung unter Heranziehung der konkreten Rechtsgrundlagen detaillierter beschreiben:

In der 15 a-Vereinbarung befasst sich der dritte Abschnitt unter der Überschrift „Einrichtung und Dotation des Strukturfonds und der Landesfonds“ in den Art. 8 bis 15 mit der sehr umfangreichen und detaillierten Beschreibung der Mittelaufbringung. Zuerst wird in Art. 8 die Einrichtung des Strukturfonds und in Art. 10 die Einrichtung der Landesfonds vereinbart, um sodann in Art. 9 die Mittel des Strukturfonds zu definieren. Mittel des Strukturfonds sind:

- Beiträge des Bundes,
- allfällige sonstige Mittel nach Maßgabe von bundesrechtlichen Vorschriften.

Landesfonds

Art. 11 bestimmt als Mittel eines Landesfonds auszugsweise

- Beiträge des Strukturfonds,
- Beiträge der Länder aus Umsatzsteueranteilen,
- Beiträge der Gemeinden aus Umsatzsteueranteilen,
- Beiträge des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger für Rechnung der ihm angeschlossenen Träger der Sozialversicherung,
- allfällige sonstige Mittel nach Maßgabe von landesrechtlichen Vorschriften.

Die Art. 12 und 13 fixieren dann die Beiträge des Bundes, des Strukturfonds und der Länder sowie die Beiträge der Träger der Sozialversicherung. Die Transformation dieser Finanzierungsvereinbarung in gesetzliche Bestimmungen erfolgt im KAKuG, im ASVG und am Beispiel des Landes Oberösterreich im OÖ Krankenanstaltenfondsgesetz.

Bemerkenswert ist, dass die entsprechenden Bestimmungen des KAKuG hier unmittelbar anwendbares Bundesrecht sind und das OÖ Krankenanstaltenfondsgesetz in direkter Umsetzung der Art. 15 a-Vereinbarung erfolgt und es sich nicht um ein Ausführungsgesetz eines Landes in Umsetzung einer bundesgrundsatzgesetzlichen Bestimmung handelt.

Im § 56 a des KAKuG wird der Strukturfonds beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen als Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit eingerichtet.

In weiterer Folge werden im KAKuG (§§ 57 bis 59) die bereits in der 15 a-Vereinbarung konkret angeführten Mittel des Strukturfonds inklusive der ebenfalls konkret vereinbarten Aufteilungsschlüssel auf die neun Landesfonds rechtlich umgesetzt.

Ausgleichsfonds der SV

Die Verpflichtungen der Träger der Sozialversicherung erfahren ihre gesetzliche Umsetzung im § 447 f des ASVG. Dieser 15 Absätze umfassende Paragraph regelt in den Abs. 1 und 2 die Leistungen der Träger der Sozialversicherung an die Landesfonds. Ausgehend vom endgültigen Pauschalbeitrag des Jahres 2000 wird festgelegt, dass für das Jahr 2001 und dann jeweils in logischer Abfolge für die Jahre 2002, 2003 und 2004 der jeweilige Ausgangsbetrag um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung vom Ausgangsjahr auf das aktuelle Jahr gestiegen sind, angehoben wird. Der Finanzierungsbeitrag der Träger der Sozialversicherung ist daher kein statischer, sondern ein an die Entwicklung der Beitragseinnahmen gekoppelter Betrag, der sich bisher jährlich erhöht hat.

Der Abs. 5 des § 447 f ASVG übernimmt aus der 15 a-Vereinbarung den Aufteilungsschlüssel, nach dem der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung an die Landesfonds die Sozialversicherungsmittel zu verteilen hat.

Der Abs. 6 der zitierten Bestimmung fixiert schließlich die Leistung der Träger der Sozialversicherung an den Strukturfonds, wobei hier ausdrücklich nur die Träger der Krankenversicherung verpflichtet werden. Dieser Beitrag ist für die Jahre 2001 bis 2004 mit 83,6 Mio. EUR fixiert.

Interessanterweise ist die sozialversicherungsinterne Aufbringung der Mittel, das heißt die Aufteilung auf die einzelnen Träger der Sozialversicherung, wie z. B. die neun Gebietskrankenkassen, keiner sozialversicherungsinternen Willensbildung übertragen, sondern ebenfalls bereits im ASVG gesetzlich geregelt.

Patientenbeiträge

Zusätzlich zur indirekten Finanzierung über Fonds leisten auch die Patienten selbst direkte Finanzierungsbeiträge: (§ 52 Abs. 1 OÖKAG) Die Patienten der allgemeinen Gebührenklasse haben einen Kostenbeitrag von 5,80 EUR und zusätzlich einen Beitrag von 1,45 EUR an die Krankenanstalt zu bezahlen.

Zusätzlich zu diesen Beiträgen sind nun auch von Patienten der Sonderklasse 0,73 EUR zweckgewidmet für den Patientenentschädigungsfonds abzuführen. Ergibt in Summe also pro Tag Anstaltspflege einen direkten Finanzierungsbeitrag der Patienten von rund 8,00 EUR.

Für die Anstaltspflege von Angehörigen hat der Versicherte (§ 447 f Abs. 7 ASVG) pro Tag 10 % der 1996 in Geltung gestandenen Pflegegebührenersätze inklusive einer Valorisierung als Kostenbeitrag zu leisten, z. B. im AKH Linz 14,10 EUR. Alle genannten Beiträge sind für längstens 28 Kalendertage pro Kalenderjahr zu bezahlen. (Beiträge nach § 52 Abs. 1 und 4 OÖKAG sind nicht zu zahlen, wenn ein Selbstbehalt nach § 447 f Abs. 7 zu leisten ist.)

Nicht vergessen möchte ich jene Gebühren, die anfallen, wenn ein Patient auf eigenen Wunsch in der Sonderklasse untergebracht wird. (§ 53 Abs. 1 Z 3 OÖKAG) Zur Abgangsdeckung des erhöhten Sach- und Personalaufwandes wird die Anstaltsgebühr eingehoben (z. B. nach OÖ. Anstaltsgebührenverordnung 2004 im AKH Linz pro Tag 109,74 EUR Mehr- und 157,27 EUR Einbettzimmer). Schließlich verbleibt (§ 54 Abs. 3 OÖKAG) der Krankenanstalt für die Bereitstellung der Einrichtungen der Anstalt ein Anteil von 25 % an jenen Honoraren, welche die Sonderklassepatienten den Ärzten bezahlen.

Lassen sie mich kurz zusammenfassen:

Die bereits sehr detailliert in der 15a-Vereinbarung geregelten Finanzströme werden im Wesentlichen durch das KAKuG, diesmal als unmittelbar anwendbares Bundesgesetz, sowie das ASVG in vollziehbares Recht gegossen. Im ASVG wird der zur Koordinierung der Beiträge der Träger der Sozialversicherung notwendige Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung und im KAKuG der – aus dem Finanzierungsblickwinkel betrachtet – im Wesentlichen zur Sammlung der Bundesmittel bestehende Strukturfonds eingerichtet.

Durch eigene Landesgesetze, z. B. das OÖ Krankenanstaltenfondsgesetz, werden schlussendlich die neun Landesfonds eingerichtet, welche nun die eigentliche Finanzierungsfunktion, die Verteilung der Finanzmittel, wahrzunehmen haben.

4.3. Mittelverteilung

LKF-System

Dem OÖ Landesfonds standen aufgrund der geschilderten Mittelzuweisung und der Mittel aus der noch zu erläuternden Abgangsdeckung im Jahr 2002 Gelder in Höhe von rund 1,1 Mrd. EUR zur Verfügung. Folgen wir dem nun bereits bekannten Prinzip, so beginnen wir die Suche nach den Rechtsgrundlagen für die Mittelverteilung in der 15 a-Vereinbarung. Der 5. Abschnitt trägt die Überschrift „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“. Diese Art der Finanzierung, nämlich die „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung oder kurz LKF“ hat übrigens bereits am 1. 1. 1997 die bis dahin gültige Finanzierung nach Tagsätzen abgelöst.

Art. 9 Abs. 1 liefert eine zentrale Aussage zum LKF:

„Die krankenanstaltenspezifische Berechnung der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen-Punkte für den Kernbereich der leistungsorientierten Finanzierung ist zentral vorzunehmen, um erstens eine einheitliche Auswertung und zweitens eine einheitliche Dokumentation sicherzustellen.“

Im umsetzenden KAKuG stellen die §§ 27 ff. die Grundsätze betreffend LKF-Gebühren für die Landesausführungsgesetze auf:

„Leistungen der Fondskrankenanstalten, die an anstaltsbedürftigen Personen erbracht werden, sind über die Landesfonds leistungsorientiert durch nach den folgenden Grundsätzen zu ermittelnde LKF-Gebührenersätze abzurechnen:

1. Auf Grundlage des österreichweit einheitlichen Systems der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in der jeweils aktuellen Fassung werden im LKF-Kernbereich die LKF-Punkte für den einzelnen Pflegling ermittelt.
2. Die leistungsorientierte Mittelzuteilung aus den Landesfonds an die Träger der Krankenanstalten kann auf die landesspezifischen Erfordernisse insofern Bedacht nehmen, als die Bepunktung je leistungsorientierter Diagnosenfallgruppen im LKF-Steuerungsbereich nach Maßgabe der nachfolgenden Kriterien je Land unterschiedlich sein kann.
3. In der Gestaltung des LKF-Steuerungsbereiches sind nur folgende Qualitätskriterien möglich:
 - a) Krankenanstalten-Typ,
 - b) Personalfaktor,
 - c) apparative Ausstattung,
 - d) Bausubstanz,
 - e) Auslastung,
 - f) Hotelkomponente.
4. Die Höhe der LKF-Gebührenersätze richtet sich nach der Dotation des Landesfonds und nach der Höhe der für den LKF-Kernbereich und LKF-Steuerungsbereich vorgesehenen Mittel.“

Durch Übernahme dieser Bestimmung in den § 60 des OÖKAG wird das österreichweit einheitliche LKF-System auch auf Ebene des Ausführungsgesetzes installiert.

Österreich hat also eine Honorierung nach prinzipiell bundesweit einheitlichen Diagnosefallgruppen, wobei aber das jeweilige Bundesland im erwähnten, so genannten Steuerungsbereich die Möglichkeit hat, z. B. unterschiedliche Punktwerte je Krankenanstalt festzulegen. Das Bundesland Oberösterreich hat davon übrigens keinen Gebrauch gemacht.

Wer hat nun die inhaltliche Hoheit über das leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem?

Diese Aufgabe wurde von der 15 a-Vereinbarung den Organen der bereits erwähnten Fonds, nämlich der Strukturkommission als Organ des Strukturfonds auf Bundesebene (Art. 16 „Strukturkommission“) und der Landeskommission als Organ des jeweiligen Landesfonds (Art. 27 „Landeskommissionen“) übertragen. So wird (Abs. 4 des Art. 26 in seiner Ziffer 2) der Strukturkommission die Aufgabe zugeordnet, die Weiterentwicklung der leistungsorientierten Vergütungssysteme unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche voranzutreiben.

Im unmittelbar anwendbaren Teil des KAKuG, speziell im § 59 a, wird diese staatsvertragliche Aufgabe zu einer gesetzlichen.

Auf Ebene der operativen Tätigkeit der Strukturkommission wurde dann vereinbart, Änderungen im LKF-Kernbereich jeweils mit 1. Jänner eines jeden Jahres in Kraft treten zu lassen. Als Grundlage für die Entscheidung über Modelländerungen werden bis 31. Mai die geplanten Modifikationen festgelegt und bis 30. Juni vor dem Abrechnungsjahr Simulationsrechnungen erstellt. Die definitive Modellfestlegung hat durch die Strukturkommission bis 15. Juli zu erfolgen. Die erforderlichen Modellbeschreibungen und LKF-Bepunktungsprogramme werden bis 30. September den Ländern bzw. den Landesfonds bereitgestellt und sind ab 1. Jänner des Folgejahres wirksam.

Im § 60 des OÖKAG wird schlussendlich im Abs. 1 bestimmt, dass Leistungen der Fondskrankenanstalten, die an anstaltsbedürftigen sozialversicherten Personen erbracht werden, über den OÖ Krankenanstaltenfonds leistungsorientiert durch LKF-Gebührensätze auf Grundlage des österreichweit einheitlichen Systems der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in der jeweils aktuellen Fassung abzurechnen sind.

An einem konkreten Beispiel möchte ich diesen theoretischen Ausführungen mehr Plastizität verleihen: In einer OÖ Fondskrankenanstalt wird einem sozialversicherten Patienten der Blinddarm entfernt. Um diese Leistung vom OÖ Landesfonds honoriert zu erhalten, muss das Krankenhaus die entsprechende Diagnosefallgruppe in Rechnung stellen.

Die Appendektomie führt im Bepunktungs- oder Scoringprogramm, welches zentral vom Bundesministerium herausgegeben wird und das jeweils aktuelle LKF-System EDV-technisch unterstützt, über einen Entscheidungsbaum in die Pauschale mit der Nummer 06.01.

Dort wird je nach Alter des Patienten in drei Fallpauschalen unterschieden:

- Patient zwischen 14 und 69 Jahren: 1 877 Punkte,
- Patient bis 14 Jahre: 2 273 Punkte,
- Patient über 69 Jahre: 3 049 Punkte.

Zur Umwandlung in ein finanziell wirksames Honorar ist die so gefundene Punktezahzahl mit einem Punktwert zu multiplizieren.

Dieser Punktwert wird vom jeweiligen Krankenanstaltenfonds errechnet. Der Punktwert hängt von der Dotierung des jeweiligen Landesfonds einerseits und andererseits von den im betreffenden Abrechnungsjahr gesamt von allen Fonds-Krankenanstalten abgerechneten Punkten ab. Da die Mittel des Fonds wie geschildert genau abgegrenzt sind, sinkt der Punktwert umso stärker, je mehr Gesamtpunkte verrechnet werden.

Hat ein Landesfonds vom Steuerungsbereich Gebrauch gemacht, so kann der so errechnete Punktwert von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedlich ausfallen. Die Frage, wie viel ein österreichisches Krankenhaus für eine Appendektomie erhält, lässt sich also nicht direkt beantworten. Man muss prüfen, welche Leistung konkret vorliegt, um in die richtige bundesweit einheitliche Diagnosefallgruppe zu gelangen. Weiters ist aber noch entscheidend, ob der entsprechende Landesfonds vom Steuerungsbereich Gebrauch gemacht hat und das konkrete Krankenhaus davon betroffen ist, und schlussendlich ist der Punktwert des konkreten Jahres zu berücksichtigen. Diese Art der LKF gilt grundsätzlich für den stationären Bereich. Die Abgeltung von Ambulanzleistungen kann nach Art. 18 der 15 a-Vereinbarung grundsätzlich im Rahmen der Landesfonds geregelt werden.

Im OÖKAG ist diesbezüglich im § 61 „Ambulanzgebührenersätze“ geregelt, dass an sozialversicherten Patienten ambulant erbrachte Leistungen über den OÖ Krankenanstaltenfonds abzurechnen sind. Der Fonds stellt den Krankenanstalten dafür jährlich valorisierte Jahrespauschalen, die im Wesentlichen unabhängig von der Menge der erbrachten Leistungen gleich bleiben, zur Verfügung.

Die Finanzierungsmittel sind also begrenzt, die Kosten allerdings nicht. Wie wird die Lücke geschlossen?

Abgangsdeckung

Das KAKuG (§§ 33 und 34) verpflichtet den Landesgesetzgeber anzuordnen, dass der gesamte sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergebende Betriebsabgang in einem bestimmten Verhältnis vom Rechtsträger der Krankenanstalt sowie vom Land und von den Gemeinden zu decken ist.

Weiters wird die Ermächtigung erteilt, diese Regelungen im Landesausführungsgesetz zu treffen oder durch Finanzierungsregelungen über den Landesfonds zur Gänze oder teilweise zu ersetzen.

Oberösterreich hat eine Regelung im OÖKAG getroffen. Die §§ 75 ff. OÖKAG bestimmen, dass das Land den Betriebsabgang der Fondsspitäler im Ausmaß von 85 % der Gesamtsumme der Betriebsabgänge aller Fondsspitäler abdeckt. Als Höchstabgangsdeckung für jedes Krankenhaus ist ein Prozentsatz in Höhe von 96 % festgesetzt. Den Rest hat der Rechtsträger der Krankenanstalt aufzubringen.

ASVG

Die geschilderte Art der Finanzierung führte auch zu einer Änderung des § 148 ASVG, welcher, weil die Beziehungen der Sozialversicherung zu den öffentlichen Krankenanstalten regelnd, extra als Grundsatzbestimmung übertitelt ist. Hier war nämlich in der Ziffer 7 bis 1997 geregelt, dass die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Krankenanstalten durch privatrechtliche Verträge zu regeln sind. Kernstück war der Halbsatz „... insbesondere hinsichtlich der Höhe der zu zahlenden Pflegegebührensätze“.

Es war zwar bereits seit 1978 die Kompetenz der Vertragspartner (nämlich der Versicherungsträger und der Krankenanstalten) de facto auf Null gesetzt, die Höhe der Pflegegebührensätze tatsächlich zu verhandeln, da ausgehend vom Wert vor 1978 die Valorisierungsfaktoren gesetzlich geregelt waren, jedoch gab es eine direkte Verrechnung zwischen Krankenanstalten und Sozialversicherung dieser so ermittelten Pflegegebührensätze.

Da nun die Landesfonds die Aufgabe, mit schuldbefreiender Wirkung für die Versicherungsträger zu zahlen, übernommen haben, musste der § 148 Ziffer 10 wie folgt geändert werden:

„Die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Krankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt. Ansprüche auf Zahlungen können durch diese Verträge nicht rechtsgültig begründet werden ...“

4.4. Leistungsverpflichtung

Die letzte Frage, die sich stellt, welche Leistungen nun mit allen geschilderten Finanzierungsanteilen honoriert sind, wird wie folgt geregelt.

§ 148 ASVG hält als grundsatzgesetzliche Bestimmung fest:

Alle Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, sind mit den folgenden Zahlungen abgegolten, und hier ist unter anderem und insbesondere angeführt: LKF-Gebührensätze der Landesfonds.

In Ausführung dieses Grundsatzes wiederholt § 66 des OÖKAG fast wortgleich: „Alle Leistungen der Fondskrankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, für die ein Anspruch aus der Sozialversicherung besteht, sind mit den folgenden Zahlungen abgegolten:“ – und hier sind die ersten beiden Ziffern entscheidend –

- „1. LKF-Gebührenersätze des Oö Krankenanstaltenfonds“ und
- „2. Ambulanz-Gebührenersätze des Oö Krankenanstaltenfonds“.

Dass trotz vordergründig klarer Formulierungen (alle Leistungen sind abgegolten) noch genügend Probleme bei der Beurteilung der Frage auftauchen, zu welchen Leistungen Krankenanstalten verpflichtet sind, werden die nächsten Beiträge zeigen.

Ich hoffe, Ihnen mit meinen Ausführungen einen Überblick über die Rechtsgrundlagen der Planung und Finanzierung der österreichischen Krankenanstalten ermöglicht zu haben.

Planung und Finanzierung der Krankenhausbehandlung – Die Leistungsverpflichtung der Krankenhäuser

Jens Wernick, Rechtsanwalt, Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e. V., München

Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren, gerne bin ich der Einladung von Herrn Prof. Dr. Seewald gefolgt, zum Thema der Leistungsverpflichtung der Krankenhäuser zu referieren.

Ich bin der Auffassung, dass unter anderem die Frage der Definition dieser Leistungsverpflichtung eine hohe Bedeutung hat, und zwar

- kurzfristig: im Hinblick auf die derzeitige Umstrukturierung des Gesundheitswesens,
- mittelfristig: im Hinblick auf die damit einhergehende Veränderung der Landschaft der Krankenhausträger und
- langfristig: im Hinblick auf die Schaffung eines geeinten Europas und eines grenzüberschreitenden Leistungsaustauschs, sei es im Bereich der Krankenversorgung, sei es im Bereich der Krankenversicherung.

Eine erschöpfende Behandlung des Themas würde freilich den Rahmen dieser Veranstaltung sprengen, so möchte ich mich auf den Versuch einer Positionsbestimmung aus der Sicht eines Krankenhausvertreters beschränken.

Erlauben Sie mir zu diesem Zweck das Thema zunächst einzuzugrenzen:

- Wenn nachfolgend von der Leistungsverpflichtung der Krankenhäuser die Rede ist, so möchte ich diesen Begriff unter sozialrechtlichen Gesichtspunkten erörtern.
- Auf andere Fragestellungen, etwa den kommunalen Versorgungsauftrag aus der Daseinsvorsorge oder strafrechtliche Aspekte einer unterlassenen Hilfeleistung, soll nachfolgend nicht weiter eingegangen werden.
- Krankenhäuser im Sinne der nachfolgenden Ausführungen sind Einrichtungen, die der akutstationären Versorgung der gesetzlich Versicherten dienen und zweitens damit unter §§ 107 Abs. 1, 108 SGB V fallen, nicht aber so genannte Vorsorge- und Rehabilitationskliniken gemäß §§ 107 Abs. 2, 111 SGB V. Lediglich am Rande sei erwähnt, dass die letztgenannten Leistungserbringer angesichts der krisenhaften Entwicklung der letzten Jahre bereits häufig nach einer stärkeren gesetzlichen Fundierung und Absicherung des von ihnen im Rahmen der Gesundheitsversorgung zu übernehmenden Aufgaben gerufen haben, sich hier aber im Wesentlichen allein gelassen sehen. Diese Thematik wäre aus Sicht unseres Verbandes geeignet, Gegenstand einer gesonderten Veranstaltung zu sein. Ich möchte allerdings später doch noch auf das Stichwort „Frührehabilitation“ gesondert eingehen.

In meinem Beitrag möchte ich vor allem die gesetzlichen Rahmenbedingungen beschreiben, die die Leistungsverpflichtung der Krankenhäuser definiert. Dabei möchte ich auf einige sich daraus ergebende besondere Probleme eingehen, bevor ich meine Ausführungen mit einem zusammenfassenden Ausblick schließe.

Gesetzliche Grundlagen der Leistungsverpflichtung

Die Leistungsverpflichtung der Krankenhäuser ergibt sich unter anderem aus dem SGB V, welches die gesetzliche Krankenversicherung regelt. Die Leistungsverpflichtung der Krankenhäuser ist dort ausdrücklich in § 109 Abs. 4 SGB V niedergelegt. Die Vorschrift lautet:

„Mit einem Versorgungsvertrag nach Abs. 1 wird das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung (§ 39) der Versicherten verpflichtet.“

Das bedeutet also, dass der Gesetzgeber zunächst davon ausgeht, dass sich eine Leistungsverpflichtung aus einer Vertragsbeziehung zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern ergibt. Gegenstand dieser Leistungsverpflichtung ist die Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V.

Damit entsteht zunächst der Eindruck, dass die Leistungsverpflichtung zwischen den Parteien auf der Grundlage der Vertragsfreiheit auszuhandeln ist.

Diese Vertragsfreiheit ist freilich zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung dahingehend eingeschränkt, dass gemäß § 109 Abs. 1 SGB V, im Interesse der staatlichen Krankenhausplanung, der Abschluss eines solchen Vertrages mit der Aufnahme in den staatlichen Krankenhausplan nach § 8 Abs. 1 S. 2 KHG oder das Hochschulverzeichnis als Abschluss gilt. Der Inhalt sowohl der „echten“ als auch der „fingierten“ Versorgungsverträge ist für die Krankenkassen im Inland unmittelbar verbindlich, d. h., sie werden insbesondere verpflichtet, die von diesen Krankenhäusern an die gesetzlich versicherten Patienten erbrachten Leistungen auf der Grundlage der spezifischen Vorschriften zu vergüten. Man spricht insofern auch von „Kontrahierungszwang“. Hierzu später mehr.

Tatsächlich handelt es sich bei der überwiegenden Zahl der zugelassenen Krankenhäuser um solche, die auf der Grundlage eines solchen „fingierten“ Versorgungsvertrages tätig werden. Die dergestalt fingierten Versorgungsverträge, hierauf ist Herr Dr. Knorr bereits eingegangen, sind in unterschiedlicher Tiefe ausgestaltet. Der Krankenhausplan des Freistaates Bayern z. B. trifft vorrangig Aussagen dazu, in wie vielen geförderteten Betten bzw. Plätzen mit welchen Fachrichtungen und auf welchem Versorgungsniveau die Krankenhausversorgung stattfindet, ohne dabei etwa dezidiert auszuführen, wie viele Betten der jeweiligen Disziplin oder Subspezialität zugeordnet sind. Eine Ausnahme hierzu stellt z. B. die explizite Nennung der Betten für die so genannten „Stroke Units“ dar, die ein besonderes Planungsanliegen des Freistaates darstellen. In den Krankenhausplänen der anderen Bundesländer sind hier durchaus andere Inhalte und Gliederungen üblich.

Die Aufnahme in den Krankenhausplan ist an bestimmte, im KHG und in den jeweiligen Landeskrankenhausgesetzen definierte Voraussetzungen gebunden (insbesondere Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit). Wenn auch in § 8 Abs. 2 S. 1 KHG festgelegt ist, dass ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan nicht besteht, so ist gegen eine abweisende Entscheidung gleichwohl der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Krankenhäuser können sich also gegebenenfalls den Zugang zum Markt der Krankenhausversorgung für gesetzlich Versicherte und damit einen Versorgungsvertrag erklagen.

Entsprechendes gilt auch für den Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 108 Nr. 3 SGB V und für die Kündigung von Versorgungsverträgen gemäß § 110 SGB V. Hierauf geht Herr Dr. Knorr ausführlich ein.

Die Vertragsfreiheit hinsichtlich des „ob“ ist damit im Ergebnis zulasten der Krankenkassen erheblich eingeschränkt. Aber auch das „wie“ der Leistungsverpflichtung steht faktisch nur einer begrenzten vertraglichen Regelung offen.

Wenn der Versorgungsauftrag der meisten Krankenhäuser in der staatlichen Krankenhausplanung – wie gezeigt – nur rudimentär beschrieben wird, so liegt es also nahe, dass eine Konkretisierung im Übrigen durch die Vertragsparteien des Versorgungsvertrages erfolgt. In der Tat eröffnet z. B. § 109 Abs. 1 S. 4-5 SGB V hier für die Vertragsparteien einen Gestaltungsspielraum. Die Vorschrift lautet:

„Die Vertragsparteien [nach Satz 1] können im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde eine gegenüber dem Krankenhausplan geringere Bettenzahl vereinbaren, soweit die Leistungsstruktur des Krankenhauses nicht verändert wird; die Vereinbarung kann befristet werden. Enthält der Krankenhausplan keine oder keine abschließende Festlegung der Bettenzahl oder der Leistungsstruktur des Krankenhauses, werden diese durch die Vertragsparteien nach Satz 1 im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ergänzend vereinbart.“

Auch bei den so genannten „planmodifizierenden“ und „plankonkretisierenden“ Vereinbarungen kommt damit der staatlichen Krankenhausplanung eine herausragende Bedeutung zu. Auf diese Weise soll eine Aushöhlung der staatlichen Krankenhausplanung verhindert werden.

In der Tat haben diese Gestaltungsmöglichkeiten daher bislang nur eine sehr geringe praktische Relevanz. Da vor allen Dingen planmodifizierende Vereinbarungen in aller Regel auf eine Absenkung der Bettenzahl hinauslaufen dürften, sollte dies meines Erachtens in der Praxis bei den Plankrankenhäusern allein schon deshalb über die staatliche Krankenhausplanung laufen, weil in diesem Zusammenhang auch stets die Frage latenter Rückzahlungsverpflichtungen aus der staatlichen Investitionsförderung zu klären ist. Eine wesentliche Verfahrensbeschleunigung kann – zumindest aus bayerischer Perspektive – durch derartige planmodifizierende Vereinbarungen nicht festgestellt werden.

Beim Abschluss plankonkretisierender Vereinbarungen sind die Vertragsparteien freier, denn hier ist nicht das Einvernehmen, sondern „nur“ das Benehmen mit der staatlichen Krankenhausplanung herzustellen. Indes ist auch hier die praktische Relevanz bislang gering. Es bleibt abzuwarten, ob sich dies – etwa im Rahmen der integrierten Versorgung – künftig ändert.

Werden im Rahmen einer Budgetvereinbarung aber Aufstellungen bezüglich der von einem Krankenhaus während des Budgetzeitraumes prognostizierten Fallpauschalen zwischen den Parteien der Budgetverhandlungen abgestimmt, so handelt es sich hierbei meines Erachtens nicht um plankonkretisierende oder -modifizierende Vereinbarungen. Die Krankenkassen können sich meines Erachtens insbesondere nicht auf den Standpunkt stellen, dass das Krankenhaus allein die abgestimmten DRGs erbringen darf und dass die Krankenkassen nur diese DRGs vergüten müssen.

Solche Aufstellungen haben meines Erachtens die alleinige Funktion, die Bemessung des vereinbarten Krankenhausbudgets transparent zu machen. Es kann ihnen keine darüber hinausgehende Bedeutung beigemessen werden.

Gegenstand der Versorgungsverpflichtung

Aufgrund eines Versorgungsvertrages nach § 109 Abs. 4 SGB V sind die Krankenhäuser also verpflichtet, für die gesetzlich versicherten Patienten Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V bereitzustellen. Nach § 39 Abs. 1 SGB V gehören bislang zur Krankenhausbehandlung:

- die klassischen stationären Versorgungsformen (vollstationär und teilstationär);
- die vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115 a SGB V) und
- die ambulante Behandlung in Form des ambulanten Operierens nach § 115 b SGB V.

Nota bene: Der Gesetzgeber stellt in seiner Differenzierung nicht auf die Versorgungsformen „belegärztliche“ Versorgung oder „Versorgung durch Hauptfachabteilung“ ab. Meines Erachtens können die Krankenkassen daher nicht verlangen, dass ein Patient vorrangig in der auf den ersten Blick günstigeren Belegabteilung behandelt wird. Dies gilt auch dann, wenn an einem Haus beide Versorgungsformen vorhanden sind und der Patient in der Hauptfachabteilung aufgenommen wird. Im Übrigen wird die mit der letzten Gesetzesnovelle geschaffene Öffnung der Krankenhäuser für ambulante fachärztliche Leistungen aus Sicht der Krankenhausträger begrüßt und als richtig gewertet. Es bleibt abzuwarten, wie sich dieses Konzept in der Realität bewähren wird.

§ 39 Abs. SGB V konkretisiert die Leistungsverpflichtung der Krankenhäuser weiter:

- Die Aufnahme des Patienten muss nach Prüfung des Krankenhausarztes erforderlich sein, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich der häuslichen Krankenpflege erreicht werden kann (Grundsatz: ambulant vor stationär),

- die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung des Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen der Frührehabilitation.

Die Vorschrift gibt damit zunächst im Interesse eines möglichst wirtschaftlichen Ressourceneinsatzes eine Rangreihenfolge der unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten vor und verpflichtet das Krankenhaus bzw. den Krankenhausarzt (d. h. nicht den einweisenden Arzt und auch nicht die Krankenkasse) dazu, nach pflichtgemäßer Prüfung eine Entscheidung darüber zu treffen, ob und gegebenenfalls welche stationäre Behandlungsform ein Patient benötigt. Das Bundessozialgericht hat in seiner viel beachteten Entscheidung vom 21. 08. 1996 (AZ: 3 RK 2/96) dazu die folgenden Grundsätze aufgestellt – anwesende Vertreter der Anwaltschaft mögen mir verzeihen, wenn hier Altbekanntes wiedergegeben wird – :

- „Das zugelassene Krankenhaus und dessen Ärzte sind aufgrund des Sachleistungsprinzips gesetzlich ermächtigt, mit Wirkung für die Krankenkassen über die Aufnahme sowie die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen und damit konkludent auch über den Leistungsanspruch des Versicherten zu entscheiden;
- die Krankenkasse ist dann grundsätzlich an diese Entscheidung gebunden.“
- „Stellt sich eine Entscheidung nachträglich – vollständig oder in einzelnen Teilen – als unrichtig heraus, ist die Krankenkasse nur dann nicht an die Entscheidung des Krankenhausarztes gebunden, wenn dieser vorausschauend (ex ante) hätte erkennen können, dass die geklagte Beschwerden nicht die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung begründet, [er] de lege artis also eine Fehlentscheidung getroffen hat.
- Bei jeder Bewertung einer ärztlichen Entscheidung darf nur auf den Kenntnisstand des behandelnden Arztes zum Zeitpunkt von dessen Entscheidung abgestellt werden (Verbot der ex-post-Betrachtung).“

Diese Entscheidung mag zunächst eindeutig klingen. In der täglichen Praxis der Abrechnung von Krankenhausleistungen muss leider festgestellt werden, dass diese Grundsätze häufig weder von den zuständigen Mitarbeitern der Krankenkassen noch vom MDK berücksichtigt werden. In den letzten Jahren hat jedenfalls die Zahl der gerichtlichen Auseinandersetzungen über ausstehende Vergütungen der Krankenhäuser – gerade trotz dieser vermeintlichen Eindeutigkeit – sprunghaft zugenommen. Dies hat ein Maß erreicht, dass es die DKG mittlerweile für erforderlich befunden hat, gesonderte Informationsveranstaltungen zum Thema Forderungsbeitreibung anzubieten.

Es ist zu befürchten, dass die Einführung der so genannten AEPs – Appropriateness Evaluation Protocol – zur Beurteilung der Angemessenheit der stationären Versorgung und die Einführung der Stichprobenprüfung gemäß § 17 c KHG hier eine weitere Runde in der gerichtlichen Auseinandersetzung einläuten wird.

Die Leistungsverpflichtung des Krankenhauses hat sich in Art und Umfang nach dem Gesetz an den konkreten Erfordernissen des Einzelfalles zu orientieren. Maßstab sind hierbei insbesondere Art und Schwere der jeweiligen Erkrankung.

Die Leistungsverpflichtung des Krankenhauses hat sich also primär an den Bedürfnissen des Patienten zu orientieren – und das unabhängig von etwaigen budget-technischen Zwängen, denen das jeweilige Krankenhaus unterliegen mag. Eine Risikoselektion auf der Patientenebene widerspricht dieser Leistungsverpflichtung. Die Möglichkeit der Krankenhäuser, besonders attraktive Leistungssegmente zu forcieren und unattraktive Patientengruppen oder Indikationen abzuweisen, wird daher begrenzt bleiben – zumindest für diejenigen Häuser, die durch ihren Fächerkanon und regionale Gegebenheiten ein breites Grundversorgungsangebot vorhalten müssen.

Der Einzelfallbetrachtung steht im Übrigen eine verstärkt schematische Betrachtung der Krankenkassen und des MDK gegenüber, die durch die pauschalierten Vergütungsformen indiziert wird.

Konflikte zwischen diesem Erfordernis und dieser schematisierten Betrachtungsweise waren bereits in der Vergangenheit an der Tagesordnung. Es ist zu befürchten, dass dies noch zunehmen wird. Die Krankenhäuser sind gut daran beraten, sich darauf einzustellen. Das bedeutet, dass sie insbesondere im Rahmen der Patientendokumentation diejenigen Umstände besonders gut dokumentieren, die etwa dafür sprechen, dass ein Patient z. B. entgegen den schematisierten Grundsätzen eines Kataloges der stationersetzenden Eingriffe stationär behandlungsbedürftig ist. Neben die haftungsrechtliche Bedeutung der Patientendokumentation wird also eine primär wirtschaftliche Dimension treten.

„Wer schreibt bleibt“

Erlauben Sie mir nun auf einen Punkt einzugehen, der mir als Verbandsvertreter, der nicht nur für Akutkrankenhäuser, sondern auch für Vorsorge- und Rehabilitationskliniken spricht, besonders am Herzen liegt: Wie bereits ausgeführt, beinhaltet die Leistungsverpflichtung der Krankenhäuser gemäß § 39 Abs. 1 S. 3 HS. 2 SGB V auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Diese Vorschrift, die erst spät in das Gesetz eingefügt worden ist, birgt ein gefährliches Abgrenzungsproblem in sich.

Damit keine Missverständnisse aufkommen: Der sinnvollen Integration medizinischer Reha-Leistungen – wie z. B. Mobilisation, Motivation, psychologische Betreuung sowie die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln in die Krankenhausbehandlung – soll hier nicht der Streit verkündet werden!

Der Begriff der „Frührehabilitation“ kann aber – ohne eine entsprechende Konkretisierung – weiter verstanden werden und sich damit vor allem mit der Anschlussheilbehandlung, die in speziell darauf ausgerichteten Rehabilitationskliniken angeboten wird, überschneiden. So wird etwa in der DRG B42A „Frührehabilitation bei Krankheit und Störung des Nervensystems mit schweren CC mit komplexer Diagnose“ eine mittlere Verweildauer von 46,7 Tagen zu Grunde gelegt. Erster Tag eines zusätzlichen Entgeltes ist der 65. Tag! Hier muss der Eindruck entstehen, dass es sich bei der

Frührehabilitation nicht mehr um die sinnvolle Integration medizinischer Reha-Leistungen in den ansonsten akuten Behandlungsprozess handelt. Vielmehr dürfte die Rehabilitation den Schwerpunkt der DRG darstellen.

Sollen etwa die bislang von den Rehabilitationskliniken erbrachten Leistungen künftig dem Akutsektor zugeschlagen werden? Dies dürfte das Ende z. B. des abgestuften Systems der neurologischen Rehabilitation, wie es z. B. hier in Bayern seit Jahren erfolgreich eingeführt ist, bedeuten.

Insgesamt mag der trügerische Eindruck entstehen, dass es den Akutkrankenhäusern möglich sein muss, die im Rahmen der Einführung des DRG-Systems nicht mehr benötigten Akutkapazitäten durch Einrichtungen von Rehabilitationsstationen zu kompensieren. Für diejenigen Krankenhausträger, die darin eine Chance sehen, die eigene unternehmerische Basis durch den neuen Markt „Frührehabilitation“ zu verbreitern, möchte ich – ohne hier eine generalisierende Aussage treffen zu wollen – auf die folgenden Punkte hinweisen:

- Eine Umfrage unseres Verbandes hat ergeben, dass es in Bayern in der ganz überwiegenden Anzahl der Rehakliniken seit 1996 keine Anhebungen der Vergütungen mehr gegeben hat.
- In dieser Zeitspanne ist es zu erheblichen Preissteigerungen gekommen.
- Seit zwei Jahren können zusätzlich Vergütungsabsenkungen durch einzelne Krankenkassen beobachtet werden.
- Die in den letzten Jahren ohnehin gebeutelten Rehabilitationskliniken stehen damit im Ergebnis derzeit häufig vor existenziellen Bedrohungen. Wer als Träger von Akutkrankenhäusern in den Reha-Markt will, muss dies wissen und sich darauf einstellen, dass eine Wettbewerbsverzerrung durch Anbieter, deren Investitionskosten staatlich gefördert werden, aus Sicht der Rehabilitationskliniken nicht akzeptabel ist. Sie werden sich daher gegen eine fördermittelneutrale Umwandlung von Akutbetten in Reha-Betten wenden müssen.
- Die Errichtung von Rehabilitationskapazitäten bedarf einer besonderen sachlichen und personellen Ausstattung, die mit den an Akutkrankenhäusern vorhandenen Ressourcen nicht ohne weiteres sicherzustellen ist. Hierzu existieren spezifische Richtlinien und Qualitätskriterien, deren Einhaltung von den Kostenträgern eingefordert werden. Die Akutkrankenhäuser sind hier mit dem gleichen Maßstab zu messen wie die Rehakliniken. Wahrscheinlich haben die Rehakliniken hier aber einen Know-how-Vorsprung vor den Akutkrankenhäusern.
- Es fragt sich vor diesem Hintergrund, ob nicht eine Kooperation zwischen Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken der bessere Weg ist, da hierbei nicht nur die in einem Akutkrankenhaus frei werdenden Ressourcen genutzt werden können, sondern auch die bei den Rehabilitationskliniken vorhandene besondere Expertise eingesetzt werden könnte und damit insgesamt eine für den Patienten bessere, weil verzahnte Behandlung anzubieten. Die in diesem Zusammenhang zu klärenden Fragen sind komplex und erfordern sicher eine aufwendige Vorbereitung. Auch gibt es hier sicher keine Patentrezepte. Dies sollte jedoch keinen Hinderungsgrund darstellen.

Sicher könnte man zum Thema der Leistungsverpflichtung der Krankenhäuser noch eine Fülle weiterer Details beitragen. Dies würde aber den Rahmen der heutigen Veranstaltung sprengen, die ja zunächst einen Systemvergleich ermöglichen soll. Erlauben Sie mir daher, die folgenden Punkte ausblickend zusammenzufassen.

- Der Gesetzgeber hat zwar für die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen eine vertragliche Basis vorgesehen, die unter anderem die Leistungsverpflichtung der Krankenhäuser definiert.
- Die tatsächliche vertragliche Gestaltungsfreiheit der Parteien ist aber stark eingeschränkt. Die Krankenkassen unterliegen einem weitgehenden Kontrahierungszwang. Die unternehmerische Gestaltungsfreiheit der Krankenhäuser ist ebenso stark eingeschränkt.
- Diese Einschränkungen und Reglementierungen sollen eine aus staatlicher Sicht gebotene Versorgung der Versicherten sicherstellen, sie stellen einen natürlichen Gegenpol zum „Gesundheitsmarkt“ dar. Die Leistungs- und Wirtschaftlichkeitsanreize des Marktes (Angebot und Nachfrage) können daher nur eingeschränkt nutzbar gemacht werden. Dies ist aber im Interesse der Versorgungssicherung in Kauf zu nehmen.

„You can’t have your cake and eat it, too!”

In der Zukunft könnte es aber zu einer Entwicklung von mehr marktwirtschaftlichen Strukturen kommen. Indizien dafür sind eine steigende Anzahl von rein privatwirtschaftlich finanzierten Akutkliniken, die außerhalb des sozialrechtlich reglementierten Versorgungssystems Leistungen anbieten. Die Teilnehmer des staatlichen Gesundheitswesens (insbesondere die Krankenkassen und die Krankenhausträger) könnten die dortigen Entwicklungen aufnehmen und für sich nutzbar machen.

- Meines Erachtens ist es systemimmanent, dass ein solches System der eingeschränkten Vertragsfreiheit, vor allen Dingen in Zeiten wirtschaftlicher Krisen nach permanenter Reglementierung ruft. Der Ruf nach der Selbstverwaltung kann dabei keineswegs zu schnellen Lösungen führen und muss berücksichtigen, dass es natürliche Interessenwidersprüche der Beteiligten gibt, die die Erarbeitung praktikabler Lösungen zusätzlich erschweren. Wenn der Gesetzgeber dann auch noch politische Vorgaben für die Parteien macht, dann könnte er eigentlich die Probleme gleich selbst lösen und damit zumindest den Vertragsparteien vor Ort, den Krankenhäusern und den Krankenkassen, die Erfüllung ihrer konkreten Leistungsverpflichtungen ein bisschen erleichtern.
- Wenn wir im Zuge der europäischen Einigung – und hier schließt sich der Kreis meines Vortrages – uns mit einer Angleichung der sozialen Systeme beschäftigen wollen oder müssen, dann wären wir gut beraten, mit einem funktionierenden System in den Wettbewerb zu treten, von dessen Vorzügen alle Beteiligten auf deutscher Ebene überzeugt sind. Hier sehe ich noch deutlichen Verbesserungsbedarf.

Die Leistungsverpflichtung der Krankenhäuser

Hon.-Prof. Dr. Gerhard Aigner, Ministerialrat, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

1. Grundsätzliches

1.1. (Verfassungs-)Rechtliche Ausgangslage

An der Spitze zur Betrachtung der Leistungsverpflichtung der Krankenhäuser aus der Sicht der österreichischen Rechtslage hat ein Hinweis auf die Einordnung der Materie der so genannten „Heil- und Pflegeanstalten“ (darunter sind mehr Einrichtungen zu subsumieren¹, als im herkömmlichen Sprachgebrauch das Wort „Spital“ umfasst) in den Art. 12 B-VG zu erfolgen, wonach dem Bund auf diesem Gebiet nur die Gesetzgebung über die Grundsätze zusteht, hingegen die so genannte Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung (der Landesausführungsgesetze) Sache der Länder sind. Eine abschließende Auseinandersetzung zu diesem Thema könnte daher nur zum jeweiligen Krankenanstaltengesetz des Landesausführungsgesetzgebers erfolgen. Die nachstehenden Ausführungen werden sich aber nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass die Landesausführungsgesetzgebung die Vorgaben des Grundsatzgesetzes in der Regel ohne besondere Nutzung von Ausführungsspielräumen übernimmt, grundsätzlich auf das KAKuG des Bundes² beschränken und nur punktuell auf Regelungen in Landeskrankenanstaltengesetzen Bezug nehmen.

Von Bedeutung sind überdies Bestimmungen im Bereich des Sozialversicherungsrechts, insbesondere der die Beziehungen der Versicherungsträger zu den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten regelnde § 148 ASVG, der gleichfalls Grundsatzrecht im Sinne des Art. 12 B-VG darstellt. So statuiert § 148 ASVG in seiner Z 1 kategorisch die Pflicht dieser Krankenanstalten, eingewiesene Erkrankte in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen. Übereinstimmend damit sieht auch § 22 Abs. 2 letzter Satz KAKuG die Pflicht öffentlicher Krankenanstalten vor, Personen, für die Leistungsansprüche aus der sozialen Krankenversicherung bestehen, als Pfleglinge aufzunehmen.

Weiters ist bereits eingangs eine Bemerkung zu allfälligen Versorgungspflichten der Länder zu treffen. Wenngleich § 18 Abs. 1 KAKuG die medizinische Versorgung in öffentlichen Krankenanstalten auf Länderebene als staatliche Pflichtaufgabe festlegt, bedeutet dies nicht, dass die Länder unbedingt eigene Krankenanstalten zu errichten und zu betreiben hätten. Die Länder trifft vielmehr eine Einstandspflicht in dem Sinn, dass sie erst bei nicht gewährleisteter ausreichender Versorgung selbst Trägerfunktionen zu übernehmen haben³.

1.2. Aufnahme von Pfleglingen

Die Aufnahme von Pfleglingen ist auf anstaltsbedürftige Personen und auf Personen, die sich einem operativen Eingriff unterziehen, beschränkt⁴. Zur Feststellung der Anstaltsbedürftigkeit ist eine ärztliche Untersuchung auf das Vorliegen eines entsprechenden geistigen oder körperlichen Zustands vorzunehmen⁵. Die gesonderte Erwäh-

nung operativer Eingriffe gründet sich in dem Umstand, dass bestimmte operative Eingriffe keiner Heilbehandlung dienen, sodass der Gesundheitszustand des Patienten die Vornahme dieses Eingriffs und eine Aufnahme in Anstaltspflege nicht erfordert⁶.

Darüber hinaus ist Anstaltsbedürftigkeit bei der Einweisung durch einen Sozialversicherungsträger oder ein Gericht zur Befundung oder Begutachtung im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen sowie dann gegeben, wenn im Zusammenhang mit klinischen Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten oder zur Vornahme von Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin die Aufnahme in die Krankenanstalt erforderlich ist.

Unabweisbare Patienten müssen in Anstaltspflege genommen werden. Unabweisbarkeit liegt im Falle der Lebensgefahr oder der Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung, die nur durch eine sofortige Anstaltsbehandlung vermieden werden kann, sowie bei unmittelbar bevorstehender Entbindung vor. Ferner sind von Behörden eingewiesene Personen unabweisbar⁷. Zu erweitern ist dieser Kreis von Personen, die in Anstaltspflege aufgenommen werden müssen, noch um jene zuvor erwähnten Personen, die aufgrund sozialversicherungsrechtlicher Ansprüche aufzunehmen sind⁸. Im Hinblick auf die verfassungsrechtlich vorgegebenen Prinzipien von Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit⁹ wird dabei der Auffassung zu folgen sein, dass eine Vorsorgepflicht der Länder nur für eigene Landesbürger, eine Aufnahmepflicht der Krankenanstalten aber auch für anspruchsberechtigte sozialversicherte Fremdpatienten besteht¹⁰. Würde bereits eine Vorsorgepflicht der Länder für alle anspruchsberechtigten Sozialversicherten in Österreich bestehen, müsste dies zu nahezu neunfachen Überkapazitäten führen. Dies schließt freilich eine Berücksichtigung eines überregionalen Versorgungsbedarfs im Sinne von Planungsparametern nicht aus¹¹.

Krankenanstalten, die nicht gemeinnützig sind und denen damit auch nicht das Öffentlichkeitsrecht verliehen werden kann¹², unterliegen hingegen keiner Pflicht zur Aufnahme anstaltsbedürftiger Personen. Weiters trifft private Krankenanstalten keine Betriebspflicht¹³. Unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfe¹⁴ darf allerdings auch von Privatkrankenanstalten nicht verweigert werden¹⁵.

Vereinzelte finden sich in anderen Rechtsmaterien weitere Pflichten öffentlicher Krankenanstalten. Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang die Pflicht der Rechts-träger öffentlicher Krankenanstalten, dem Dienst habenden Arzt die für Blutabnahmen zum Zweck der Bestimmung des Blutalkoholgehaltes erforderlichen Einrichtungen zur Verfügung zu stellen¹⁶, sowie die Pflicht, unter bestimmten Voraussetzungen Strafgefängene, allenfalls auch unter Zulassung ihrer Bewachung, aufzunehmen¹⁷.

Die Aufnahmepflichten öffentlicher und gemeinnütziger Krankenanstalten stehen freilich in einem engen Bezug zu Anstaltszweck und Ausstattung der Krankenanstalt. So fallen auch unabweisbare Kranke unter den Begriff der anstaltsbedürftigen Personen, für deren Aufnahme das KAKuG generell eine Bedachtnahme auf den Zweck der Krankenanstalt und auf den Umfang der Anstaltseinrichtungen anordnet¹⁸. Die Aufnahmepflicht richtet sich daher auch bei unabweisbaren Kranken nach dem Versorgungsauftrag¹⁹ der Krankenanstalt²⁰. Dies schließt freilich nicht aus, dass im Sinne einer (lebensrettenden) Erstversorgung zunächst Krankenanstalten tätig werden (müssen)²¹, deren Anstaltszweck und -einrichtungen zwar nicht die notwendige Ver-

sorgungsstufe erreichen, möglicherweise aber gerade erst dadurch der Patient in die Lage versetzt wird, in eine geeignete hochwertige Krankenanstalt transportiert werden zu können²². Nicht auszuschließen sind umgekehrt aber auch Situationen, in denen die Kapazitäten einer an sich geeigneten aufnahmepflichtigen Krankenanstalt derart erschöpft sind, dass die Aufnahme eines weiteren Patienten entweder diesen durch die zu erwartende Unterversorgung gefährden würde oder eine Gefahr für die bereits in Behandlung stehenden Patienten brächte²³. Da wohl weder dem Spitalsträger noch dem Personal zugemutet werden kann, sich in die Gefahr einer zivil- und strafrechtlich relevanten Einlassungsfahrlässigkeit zu begeben, insbesondere trotz Versorgungsauftrags die Garantenstellung²⁴ gegenüber jenen Patienten zum Tragen kommen wird, die bereits in die Krankenanstalt aufgenommen wurden, wird in seltenen Einzelfällen die Ablehnung einer Aufnahme auch unabweisbarer Patienten in Betracht kommen²⁵. Dies insbesondere dann, wenn bei Transportfähigkeit des Patienten in medizinisch zumutbarer Entfernung und daher bei vertretbarer Transportdauer die notwendige Behandlung in einer anderen geeigneten Krankenanstalt gesichert ist. In aller Deutlichkeit ist aber zu betonen, dass dieses Ergebnis nur für besondere Ausnahmesituationen gelten kann und eine Häufung derartiger Fälle sowohl auf Mängel in der regionalen Planung der Versorgung hinweisen als auch Anlass sein könnte näher zu prüfen, ob Argumente erschöpfter Kapazitäten tatsächlich zu Recht vorgebracht werden.

Am Rande sei bei der Darstellung der Aufnahmepflichten öffentlicher Krankenanstalten auch deren Pflicht zur gemeinsamen Aufnahme von Säuglingen und Müttern erwähnt²⁶, wobei in diesen Fällen LKF- oder Pflegegebühren nur für eine Person in Rechnung gestellt werden dürfen²⁷.

1.3. Entlassung von Pfleglingen

Auch auf Leistungspflichten bei der Entlassung von Pfleglingen sei kurz eingegangen. Sämtliche – auch private – Krankenanstalten sind verpflichtet, bei der Entlassung eines Patienten einen Arztbrief anzufertigen, der die für die weitere Behandlung und Betreuung notwendigen Angaben zu enthalten hat²⁸. Für Maßnahmen im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege²⁹ können entsprechende Angaben dem Arztbrief angefügt werden. Dem Patienten steht das Wahlrecht zu, ob dieser Arztbrief ihm selbst, dem einweisenden oder weiterbehandelnden Arzt oder der für die weitere Pflege und Betreuung in Aussicht genommenen Einrichtung übermittelt wird. Der Patientenautonomie entsprechend ist der Spitalsträger auch verpflichtet, Wünschen der Patienten auf vorzeitige Entlassung zu entsprechen³⁰, doch ist dabei die zusätzliche Pflicht des behandelnden Arztes zu beachten, den Patienten auf die allfälligen gesundheitlichen Gefahren bei einer vorzeitigen Entlassung aufmerksam zu machen, worüber sogar eine Niederschrift aufzunehmen ist. Während im Regelfall Dokumentationspflichten mit keinem rechtlichen Gebot einer Unterfertigung durch den Patienten verbunden sind³¹, ist der Verwendung des dem Verfahrensrecht entstammenden Begriffs „Niederschrift“ der Wille des Gesetzgebers zu entnehmen, die Niederschrift über die ärztliche Belehrung bei vorzeitiger Spitalsentlassung auch durch den betroffenen Patienten zu unterfertigen. Unterbleibt die Unterfertigung, so ist der dafür maßgebende Grund festzuhalten³².

Kann der zu entlassende Patient nicht sich selbst überlassen bleiben, so trifft die Krankenanstalt die Pflicht, rechtzeitig den Träger der öffentlichen Fürsorge zu verständigen³³. Wenngleich diese Bestimmung nur für öffentliche Krankenanstalten gilt, so wird schon generell aus den sich aus dem Behandlungsvertrag ergebenden Schutz- und Fürsorgepflichten auch für die sonstigen (privaten) Krankenanstalten die Pflicht anzunehmen sein, Patienten, die nicht in der Lage sind, für sich selbst zu sorgen, nicht durch eine Entlassung aus der Anstaltspflege ohne sichergestellte Nachbetreuung in ernsthafte Gefahr zu bringen.

Im Zusammenhang mit dieser Pflicht zu einer mit dem Wohl des Patienten in Einklang stehenden fortgesetzten Betreuung im extramuralen Bereich steht auch eine allenfalls erforderliche Versorgung mit Arzneimitteln für den ersten Bedarf nach einer Entlassung³⁴. So bietet § 36 Abs. 2 ApG eine rechtliche Grundlage für die Abgabe von Arzneimitteln durch eine Anstaltsapothek e an andere als in der Pflege der Anstalt befindliche Personen, wenn die Beschaffung des Arzneimittels dringend geboten ist und aus einer öffentlichen Apothek e nicht rechtzeitig erfolgen kann. Über das Vorliegen dieser Voraussetzungen ist die Bestätigung durch einen Arzt beizubringen, was freilich im Zuge des Entlassungsvorgangs durch die im § 24 Abs. 1 KAKuG normierte ärztliche Entlassungsuntersuchung jederzeit geschehen kann.

Die jüngste Rechtsentwicklung³⁵ stellt sich aus ökonomischen Gründen nunmehr auch dem Problem der bei der Entlassung von Patienten mit dem Arztbrief vorgeschlagenen Medikation. Unterstützt durch die Tätigkeit von Arzneimittelkommissionen, die die Träger von Krankenanstalten einzurichten haben und deren Aufgabe die Ausarbeitung von Richtlinien ist, nach denen bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das ökonomisch günstigste gewählt und, wenn medizinisch vertretbar, das vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Heilmittelverzeichnis³⁶ und die darin enthaltenen Richtlinien für die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden sollen, wird künftig nach dem Willen des Gesetzgebers auch den Arzneimittelkosten nach der Entlassung aus stationärer Behandlung bereits im Rahmen des Spitalsaufenthalts ein besonderes Augenmerk zu widmen sein.

2. Ausgewählte Einzelfragen

2.1. Behandlungsniveau – State of the art

Gemäß § 8 Abs. 2 KAKuG dürfen die Pfl eglinge von Krankenanstalten nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich behandelt werden. Dieses Gebot zur Behandlung nach den Erkenntnissen der Schulmedizin ist nach dem Wortlaut des KAKuG zwar allein auf die ärztliche Behandlung gerichtet, doch kann es in der Zusammenschau mit den einzelnen Regelungen der Gesundheitsberufe, die in ihrer Gesamtheit jeweils die Einhaltung der aktuellen wissenschaftlichen Standards schon als Berufspflicht gebieten³⁷, keinem Zweifel unterliegen, dass die Leistungen der Krankenanstalt insgesamt den aktuellen fachlichen Standards zu entsprechen haben³⁸.

Die krankenanstaltenrechtliche Vorgabe zur Behandlung nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft schränkt einerseits die Leistungsverpflichtung von Krankenanstalten noch mehr auf die Einhaltung der schulmedizinischen Standards ein, als dies im ÄrzteG 1998 für die Ausübung des ärztlichen Berufs vorgesehen ist³⁹. Andererseits bringt auch das KAKuG generell zum Ausdruck, dass klinische Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie die Anwendung neuer medizinischer Methoden durchaus ihren Platz bei der Leistungserbringung durch Krankenanstalten haben und nicht etwa nur auf den Bereich von Universitätskliniken eingeschränkt sind⁴⁰. Neue medizinische Methoden sind dabei solche, die aufgrund der Ergebnisse der Grundlagenforschung und angewandten Forschung sowie unter Berücksichtigung der ärztlichen Erfahrung die Annahme rechtfertigen, dass eine Verbesserung der medizinischen Versorgung zu erwarten ist, die jedoch in Österreich noch nicht angewendet werden und einer methodischen Überprüfung bedürfen⁴¹. Die prinzipielle Vorgabe zur Behandlung nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft kann daher nicht im Sinne eines absoluten Gebotes gesehen werden. Unter dem Blickwinkel höherer Erfolgsaussichten und geringerer Risiken werden in begründeten Ausnahmefällen auch außerhalb der Universitätskliniken noch nicht anerkannte Methoden bei der Behandlung von Patienten zur Anwendung gelangen können⁴², darüber hinaus steht auch die Vornahme von klinischen Prüfungen im Einklang mit der Leistungsverpflichtung von Krankenanstalten.

Näher zu überlegen (auch im Hinblick auf die später darzustellende Frage der Ausstattung einer Krankenanstalt) ist auch noch, ob bei mehreren zur Verfügung stehenden medizinischen Methoden eine Krankenanstalt im Rahmen ihres Versorgungsauftrags sämtliche den Grundsätzen der medizinischen Wissenschaft entsprechenden und von dieser anerkannten Methoden anzubieten hat oder nicht. In Anlehnung an die Rechtsprechung des OGH zum so genannten „Schulenstreit“, nach der eine Behandlungsmethode⁴³ so lange als fachgerecht anzusehen ist, als sie von einer anerkannten Schule der medizinischen Wissenschaft vertreten wird, auch wenn kompetente Ärzte eine andere Methode bevorzugen⁴⁴, wird dies zur Verneinung der Frage führen, ob Versorgungsaufträge die Krankenanstalten verpflichten, sämtliche den medizinischwissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechenden zielführenden Methoden anzubieten⁴⁵. Mit zu berücksichtigen ist bei öffentlichen (landesfondsfinanzierten) Krankenanstalten zusätzlich freilich auch, welchen krankenanstaltenrechtlich definierten Versorgungsauftrag diese zu erfüllen haben⁴⁶. Vereinzelt finden sich allerdings auch Andeutungen des OGH dahin, auf internationaler Ebene insgesamt stets den für den Patienten besten letzten – allenfalls auch bei unterschiedlichen Standards („westeuropäischer Standard“ versus Richtlinien in den USA) – Stand der medizinischen Wissenschaft zu berücksichtigen. Dies scheint in der konkreten Entscheidung⁴⁷ zwar zutreffend, da auch die Materialien des entscheidungsrelevanten PlasmaphereseG⁴⁸ auf die in den USA gültigen Richtlinien verweisen. Eine generelle Verpflichtung, unter sämtlichen weltweit in Übung stehenden Standards den besten zu wählen, schiene freilich überzogen, zumal der OGH selbst dies für den Fall eines „Schulenstreits“ nicht annimmt.

Zu beachten ist freilich die Aufklärungspflicht über die alternativ in Betracht kommenden Methoden, vor allem dann, wenn jeweils unterschiedliche Risiken, eine verschiedenstarke Intensität des Eingriffs, differierende Folgen, insbesondere in der

Schmerzbelastung, oder verschieden hohe Erfolgssicherheiten damit verbunden sind⁴⁹. Krankenanstalten haben daher sicherzustellen, dass im Rahmen der ärztlichen Aufklärung auch diese Information über alternative Methoden erfolgt, einschließlich von Hinweisen darauf, wo derartige Alternativen zur Verfügung stehen.

2.2. Organisation des ärztlichen Dienstes

§ 8 Abs. 1 KAKuG enthält detaillierte Regelungen für die Struktur des ärztlichen Dienstes in Krankenanstalten, an deren Spitze das Gebot jederzeitiger sofortiger Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe in der Anstalt steht⁵⁰. Dies bedeutet nach der Rechtsprechung des VfGH eine ärztliche Anwesenheit in der Krankenanstalt (ein Herbeirufen von außen mittels „Postfunk“ genügt nicht), ohne allerdings eine ständige Anwesenheit auf der Station zu fordern⁵¹. Umfangreiche Ausnahmen zur Daueranwesenheit von Fachärzten in Krankenanstalten brachte im Jahr 1996 die Einführung der Rufbereitschaft⁵². In unterschiedlicher Regelungsweise wird dabei für Standardkrankenanstalten für Zeiten von Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdiensten die Anwesenheit von zumindest einem Facharzt aus den Gebieten Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Unfallchirurgie oder Innere Medizin gefordert, für Schwerpunktkrankenanstalten hingegen die fachärztliche Dauerpräsenz auf den Gebieten Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Unfallchirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Psychiatrie normiert, im Übrigen aber für Zeiten von Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdiensten eine Rufbereitschaft der Fachärzte anderer Sonderfächer gestattet. Zentralkrankenanstalten wird hingegen eine fachärztliche Dauerpräsenz in sämtlichen in Betracht kommenden⁵³ Sonderfächern abverlangt⁵⁴. Weitere Rufbereitschaftsregelungen bestehen für Fachschwerpunkte⁵⁵ und selbstständige Ambulatorien für physikalische Therapie⁵⁶.

Eine kurze nähere Betrachtung verdient dabei die vom Gesetzgeber gewählte Ausdrucksweise, wonach „in Zentralkrankenanstalten“ und „in Standardkrankenanstalten“ die beschriebene fachärztliche Präsenz gegeben zu sein hat, hingegen der gesetzlich geforderte Rahmen fachärztlicher Präsenz bei Schwerpunktkrankenanstalten auf die Ebene von Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten zielt⁵⁷. Dies führt zur Frage, ob in Schwerpunktkrankenanstalten, die mehrere Abteilungen eines Sonderfaches führen, tatsächlich auch in Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdiensten in jeder dieser Abteilungen jeweils ein Facharzt der angesprochenen Gebiete anwesend zu sein hat oder ein Facharzt für mehrere Abteilungen bzw. Organisationseinheiten desselben Faches genügt. Unter Hinweis auf den – wie eingangs schon festgestellt, nicht allzu häufig ausgeschöpften – Ausführungsspielraum der Landesgesetzgebung hat das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen jüngst dazu festgestellt, dass es gegen eine landesgesetzliche Ausführungsregelung, die die geforderte Anwesenheit auch durch abteilungsübergreifende Vertretungsregelungen von Fachärzten des selben Sonderfaches vorsähe, de facto daher nur ein Facharzt anwesend wäre, keine Einwände erheben würde⁵⁸, wenn dies unter den Gesichtspunkten von Größe und Übersichtbarkeit sowie räumlicher Nähe fachlich vertretbar wäre⁵⁹. Dieser Auffassung ist unter dem Gesichtspunkt der vom VfGH auch für das Verhältnis von Grundsatz- und Landesausführungsgesetzen vertretenen föderalistischen Interpretationsmaxime⁶⁰ wohl zuzustimmen.

Der krankenanstaltenrechtlich geregelten Rufbereitschaft von Fachärzten steht die im ÄrzteG 1998 gestattete Fächer überschreitende Tätigkeit von Fachärzten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Unfallchirurgie oder Innere Medizin gegenüber, sofern diese im Rahmen sofortiger notfallmedizinischer Versorgung tätig werden und über eine aufrechte Qualifikation als Notarzt verfügen⁶¹. Weiters sieht das ÄrzteG 1998 vor, dass Turnusärzte, die bereits über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen, vorübergehend ohne fachärztliche Aufsicht tätig werden dürfen, sofern krankenanstaltenrechtliche Organisationsvorschriften keine dauernde Anwesenheit eines Facharztes erfordern⁶².

Die Regelung fachärztlicher Rufbereitschaft vermag allerdings nichts an der Pflicht des Krankenanstaltenträgers zu ändern, eine Behandlung nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft sicherzustellen und den aus dem Behandlungsvertrag und der Garantienstellung erfließenden Sorgfaltspflichten zu entsprechen. Die konkrete Dienstorganisation wird daher stets zu berücksichtigen haben, ob die Risikolage und der Gesundheitszustand der in Spitalpflege befindlichen Patienten tatsächlich eine Facharztabwesenheit zulässt, dies insbesondere auch in Relation zum Ausbildungsstand vor Ort befindlicher Turnusärzte⁶³. Schließlich wird in diesem Zusammenhang auch der Zeitfaktor bei der Anforderung eines rufbereiten Facharztes eine maßgebliche Rolle spielen⁶⁴. Vernachlässigt der Spitalsträger diese Aspekte, kann ungeachtet gesetzlich vorgesehener Rufbereitschaftsregelungen im Schadensfall seine Haftung im Rahmen der Organisationsverantwortung umgehend zum Tragen kommen.

Leistungsverpflichtung und Organisationsverantwortung der Krankenanstalten-träger sind nicht nur im Zusammenhang mit Fragen der Rufbereitschaft, sondern insgesamt eng verbunden⁶⁵, haben die Träger von Krankenanstalten doch sowohl auf personeller wie auf apparativer Ebene die Pflicht, die gebotene Geordnetheit aller Abläufe im Sinne eines zuverlässig abgestimmten Gesamtgefüges sicherzustellen. So monierte der OGH ein Organisationsverschulden des Rechtsträgers einer Krankenanstalt, da zwischen dem Erkennen einer akuten Erstickungsgefahr eines vierjährigen Kindes und dem Einsetzen der Intensivbehandlung mangels Planung 13 Minuten verstrichen waren⁶⁶.

2.3. Ausstattung von Krankenanstalten

Die geforderte Ausstattung von Krankenanstalten steht in engstem Zusammenhang mit dem schon unter 2.1. dargestellten Gebot einer Behandlung nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft, darüber hinaus sind bei allgemeinen Krankenanstalten die Versorgungsstufe samt den Vorgaben der Leistungs- und Angebotsplanung und allfällige spezifische Vorgaben auf Bescheideebene maßgeblich⁶⁷.

Allgemeine Krankenanstalten, die als Standardkrankenanstalten geführt werden, sind mit Betten führenden Abteilungen für Chirurgie und für Innere Medizin einzurichten, ferner sind unter entsprechender fachärztlicher Betreuung Einrichtungen für Anästhesiologie, für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorzusehen. Je nach Anstaltszweck und Leistungsangebot ist überdies auf den weiteren in Betracht kommenden Sonderfächern eine fachärztliche Betreuung durch Konsiliar-ärzte sicherzustellen.

Die Bestellung von Konsiliarärzten als zur Beratung hinzugezogene Ärzte⁶⁸ dient dazu, dass Patienten, die wegen einer „Haupterkrankung bzw. Verletzung“ in der dazu bestimmten facheinschlägigen Abteilung aufgenommen werden, die jedoch noch Erkrankungen aufweisen (bzw. diagnostischer Klärung bedürfen), die in ein anderes Sonderfach fallen, während ihres Krankenhausaufenthalts auch in diesem Zusammenhang der notwendigen Betreuung zugeführt werden können. Eine Erweiterung des Leistungsangebots durch die Tätigkeit von Konsiliarärzten ist nach dem Wortlaut des KAKuG jedoch ausgeschlossen⁶⁹.

Schwerpunktkrankenanstalten sind mit Betten führenden Abteilungen für Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe einschließlich Perinatologie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinderheilkunde einschließlich Neonatologie, Neurologie und Psychiatrie⁷⁰, Orthopädie, Unfallchirurgie und Urologie einzurichten. Ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Hämodialyse, für Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin, für Intensivpflege und für Zahnheilkunde vorhanden sein und durch Fachärzte des entsprechenden Sonderfaches betreut werden; auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein, wobei in diesem Zusammenhang die obigen Ausführungen zu Konsiliarärzten sinngemäß entsprechend gelten. Schließlich müssen eine Anstaltsapotheke, ein Pathologisches Institut sowie ein Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik geführt werden.

Zentralkrankenanstalten sind grundsätzlich mit allen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen zu führen⁷¹.

Auf der Grundlage von § 2 a Abs. 3 und 4 KAKuG und den entsprechenden Ausführungsregelungen können Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten von Standard- und Schwerpunktkrankenanstalten auch örtlich getrennt untergebracht werden, sofern eine funktionell-organisatorische Verbindung besteht. Auch kann von einzelnen der für Schwerpunktkrankenanstalten vorgesehenen Abteilungen abgesehen werden, wenn die Versorgung durch entsprechende Organisationseinheiten im Einzugsbereich der Krankenanstalt den Bedarf bereits abdecken. In Standard- und Schwerpunktkrankenanstalten können überdies Fachschwerpunkte für Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie für Urologie als Organisationseinheit mit acht bis 14 Betten⁷² und eingeschränktem Leistungsangebot vorgesehen werden, sofern ein wirtschaftlicher Betrieb einer Betten führenden Abteilung mangels Auslastung nicht erwartet werden kann⁷³. Schließlich können im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin Departments für Akutgeriatrie/Remobilisation, Psychosomatik und Pulmologie, im Rahmen von Abteilungen für Neurologie Departments für Akutgeriatrie/Remobilisation und im Rahmen von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde Departments für Psychosomatik geführt werden. Eine allfällige Pflicht öffentlicher Krankenanstalten, derartige Organisationseinheiten tatsächlich anzubieten, ergibt sich aus allfälligen Vorgaben auf Bescheideebene, die ihrerseits den Vorgaben der Krankenanstalten-, Großgeräte- und Leistungsangebotsplanung in Umsetzung der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung zu entsprechen haben⁷⁴.

2.3.1. Angliederungsverträge

Im Rahmen landesausführungsgesetzlicher Regelungen und unter Beachtung der Vorgaben der Landeskrankenanstaltenpläne können die Rechtsträger öffentlicher bzw. auch öffentlicher und nicht öffentlicher (d. h. auch privater) Krankenanstalten so genannte „Angliederungsverträge“ schließen, deren Gegenstand die Unterbringung von Pflegelingen der ersteren Krankenanstalt (Hauptanstalt) in der letzteren (angegliederte Krankenanstalt) unter ärztlicher Beaufsichtigung und auf Rechnung der Hauptanstalt ist⁷⁵. Mangels Erwähnung der Angliederungsverträge regelnden Bestimmung im Katalog der auch für Privatkrankenanstalten Anwendung findenden Regelungen scheidet der Abschluss derartiger Verträge allein zwischen den Trägern privater Krankenanstalten hingegen aus⁷⁶.

Sofern die beteiligten Krankenanstalten in verschiedenen Bundesländern liegen, bedarf der Angliederungsvertrag der Zustimmung jeder örtlich zuständigen Landesregierung. Die von der Hauptanstalt in der angegliederten Anstalt untergebrachten Pflegelinge gelten als Pflegelinge der Hauptanstalt.

Der vom Gesetzgeber gewählte Wortlaut, der von einer „Unterbringung“ bzw. „untergebrachten Pflegelingen“ spricht, legt die Vermutung nahe, dass die Konstruktion des Abschlusses von Angliederungsverträgen jedenfalls nach dem Willen des Grundsatzgesetzgebers für die Erbringung ambulanter Leistungen nicht in Betracht kommen soll⁷⁷. Bei dieser Auffassung dürfen allerdings abermals das Verhältnis zwischen Grundsatzgesetz und dem der Landesgesetzgebung freigestellten Ausführungsraum sowie die verfassungsrechtlich gebotene föderalistische Interpretation⁷⁸ nicht außer Acht gelassen werden. Unter diesem, eine abschließende grundsatzgesetzliche Regelung nach Möglichkeit verneinenden Gesichtspunkt schiene eine krankenanstaltenrechtliche Regelung des Landesausführungsgesetzgebers, die das vom Grundsatzrecht vorgegebene Modell von Angliederungsverträgen auch für den ambulanten Sektor übernehmen würde, nicht zwingend grundsatzgesetz- und damit verfassungswidrig. Allfällige künftige Vorgaben der Krankenanstalten-, Großgeräte und Leistungsangebotsplanung wären freilich auch in diesem Zusammenhang zu beachten (solche sind im Wesentlichen derzeit für den ambulanten Sektor nicht enthalten)⁷⁹.

Nach Informationen, die dem Referenten von ärztlicher Seite mehrmals zugegangen sind, besteht jedenfalls in Wien eine weitere, von der Gesetzeslage nicht vorgesehene Form der Kooperation. Nach diesen Informationen werden z. B. auf den Gebieten der Radiologie oder der Labormedizin von anderen Krankenanstalten, deren Träger die Stadt Wien ist, aber auch von anderen, auch im Land Niederösterreich gelegenen, Krankenanstalten Einrichtungen des Allgemeinen Krankenhauses – Universitätskliniken genutzt. Mittels Krankentransportwagen würden demnach Patienten zur Vornahme bestimmter Eingriffe der genannten Abteilung zugeführt, um hernach sofort wieder in jene Krankenanstalt, in der sie stationär aufgenommen sind, rücktransportiert zu werden. Weiters werden auch lediglich Gewebeproben zur näheren Untersuchung zugesandt.

Die ökonomische Sinnhaftigkeit einer solchen Kooperation ist nicht zu übersehen, freilich stellt sich die Frage der rechtlichen Beurteilung. Würden die geltenden Regelungen betreffend Angliederungsverträge, die auch auf der Ebene des Wiener Landesausführungsgesetzes allein auf Fälle stationärer Aufnahmen abstellen⁸⁰, als abschließende

Regelungen betrachtet, dann würde sich die beschriebene Kooperation als gesetzwidrig erweisen. Tatsächlich aber sind Vereinbarungen über derartige Kooperationen vielmehr als zivilrechtliche Vereinbarung zu sehen, die ein anderes Konstrukt als der vom Gesetz explizit geregelte Angliederungsvertrag darstellt und sich damit praeter legem bzw. in einem krankenanstaltenrechtlich nicht erfassten Raum befindet. Vor dem Hintergrund der Führung auch öffentlicher Krankenanstalten im Rahmen der Privatwirtschaftsverwaltung⁸¹ müssen den Krankenanstaltenträgern die Formen zivilrechtlicher Vertragsabschlüsse und Kooperationen offen stehen, auch wenn gewählte Kooperationen außerhalb der im Krankenanstaltenrecht näher geregelten Varianten einer Zusammenarbeit liegen⁸². Vereinbarungsbedürftig wird dabei auch das Entgelt sein, das dem Träger der „zuarbeitenden“ Krankenanstalt gegenüber jenem Rechts-träger, in dessen Krankenanstalt der Patient aufgenommen ist, zusteht. Da die Erbringung der Leistung der „kooperierenden“ Krankenanstalt sich als Teilleistung bei der Erfüllung des gesamten Behandlungsvertrages erweist⁸³, den der Patient mit einer anderen Krankenanstalt geschlossen hat, kommt wohl eine gesonderte Abgeltung der Teilleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung oder den Landesfonds nicht in Betracht, wird doch im System der öffentlichen Spitalsfinanzierung vielmehr jener Krankenanstalt, in die der Patient aufgenommen ist, durch den Landesfonds nach dem LKF-System die gesamte Behandlung als Einheit abgegolten.

Gibt es hingegen krankenanstaltenrechtliche Vorgaben einschließlich der Finanzierung, Leistungs- und Angebotsplanung, so sind diese selbstredend zu beachten, d. h., dass z. B. Angliederungsverträgen, die den rechtlichen Vorgaben widersprechen, von der Landesregierung die Genehmigung zu versagen ist. Würde gegen diese Vorgaben in Zusammenhang mit Kooperationsformen, die keiner Genehmigung der Landesregierung bedürfen, verstoßen, so kämen Maßnahmen zur Einhaltung von bescheidmäßigen Vorgaben (in Errichtungs- und Betriebsbewilligungsbescheiden) sowie finanzielle Sanktionen im Rahmen der Leistungsabgeltung durch den jeweiligen Landesfonds in Betracht.

Zuletzt ist an dieser Stelle zu prüfen, ob der Aspekt möglicher Ausführungsfreiräume auch für Angliederungsverträge zum Tragen kommen könnte, wenn die betroffenen Krankenanstalten im Gebiet verschiedener Staaten liegen. Da der Grundsatzgesetzgeber offenkundig eine Regelung für in verschiedenen Ländern gelegene Krankenanstalten mit Angliederungsverträgen treffen wollte, dabei aber ausdrücklich auf „Bundesländer“ und „örtlich zuständige Landesregierungen“ abstellt und eine Interpretation dahin, auch eine im Ausland tätige Landesregierung könnte von dieser Regelung erfasst sein, schon aus Gründen der territorialen Geltung von Rechtsvorschriften⁸⁴ und der Souveränität von Staaten⁸⁵ nicht in Betracht kommt, wird die Frage nach Ausführungsfreiräumen für Staatsgrenzen überschreitende Angliederungsverträge zu verneinen sein.

Vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen wie Zusammenrücken der Staatengemeinschaft, internationale Zusammenarbeit und optimales Nutzen von Ressourcen sei allerdings de lege ferenda schon auf der Ebene des Grundsatzgesetzgebers der Denkanstoß gestattet, das Modell der Angliederungsverträge zwischen Krankenanstalten auch um Regelungen für Angliederungsverträge zwischen Krankenanstalten, die durch Staatsgrenzen getrennt sind, zu erweitern. Kompatibilität mit den relevanten

ausländischen Rechtsvorschriften vorausgesetzt, könnte es aus der Sicht des österreichischen Krankenanstaltenrechts ausreichen, derartige internationale Angliederungsverträge an die Zustimmung der für die in Österreich gelegene Krankenanstalt zuständigen Landesregierung zu knüpfen. Kriterien für eine positive Entscheidung hätten auch in diesem Fall die Parameter einer Behandlung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Wahrung des Patientenwohls sowie die Einhaltung der Vorgaben der Krankenanstalten-, Großgeräte- und Leistungsangebotsplanung zu sein.

2.3.2. Örtlich getrennte (dislozierte) Führung

Wie bereits zuvor allgemein erwähnt, können die Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten von Krankenanstalten auch örtlich getrennt geführt werden, sofern eine funktionell-organisatorische Verbindung besteht⁸⁶. Für die Beurteilung, ob diese Voraussetzung gegeben ist, sind Kriterien entscheidend, die trotz dislozierter Führung von Organisationseinheiten das Vorliegen einer einzigen Krankenanstalt erkennen lassen. So hat das Vorliegen mehrerer Rechtsträger das Vorliegen mehrerer Krankenanstalten mit eigenen Leitern und eigenen Anstaltsordnungen zur Folge, was eine funktionell-organisatorische Verbindung ausschließt⁸⁷. Doch wird auch ein einziger Rechtsträger dann, wenn die von ihm geführten Einrichtungen jeweils über das im KAKuG für Krankenanstalten vorgesehene Leitungspersonal wie z. B. ärztlichen Leiter und Leiter des Pflegedienstes sowie jeweils über eine eigene Anstaltsordnung verfügen, als Rechtsträger unterschiedlicher Krankenanstalten und nicht als Rechtsträger einer einzigen Krankenanstalt mit funktionell-organisatorisch verbundenen Organisationseinheiten zu sehen sein⁸⁸. Auch muss nach der Rechtsprechung des VwGH bei einer räumlichen Ausgliederung von Teilen einer Abteilung gewährleistet sein, dass die Leitung durch einen einschlägigen Facharzt bzw. fachlich qualifizierten Arzt erfolgt. Die sich aus einer räumlichen Trennung ergebende Unmöglichkeit, dass der Abteilungsleiter seinen Aufgaben auch in Ansehung einer „Außenstelle“ nachkommen kann, führt demnach zur Unzulässigkeit dieser Ausgliederung⁸⁹.

Die eben im Zusammenhang mit Angliederungsverträgen angesprochene Frage internationaler Kooperation kann sich ebenso auch im Zusammenhang mit der dislozierten Führung einzelner Organisationseinheiten von Krankenanstalten stellen und wurde auch tatsächlich bereits an das BMGF herangetragen. Es sollten – umbaubedingt – vorübergehend zur Verfügung stehende Raumkapazitäten einer unweit jenseits der Grenze in der BRD gelegenen Krankenanstalt gemietet und allein zur Behandlung österreichischer Patienten ausschließlich durch österreichisches Personal genutzt werden.

Zunächst scheint es, dass bei Erfüllung der zuvor dargestellten Kriterien, die für das Bestehen einer einzigen Krankenanstalt unabdingbar sind, das örtlich getrennte Unterbringen einzelner Abteilungen oder sonstiger Organisationseinheiten außerhalb des österreichischen Staatsgebietes nicht ausgeschlossen ist⁹⁰; eine Beurteilung aus der Sicht der im gegenbeteiligten Staat zur Anwendung gelangenden Rechtslage ist nicht Gegenstand dieser den Länderbericht Österreichs darstellenden Arbeit. So bestehen insbesondere auf dem Boden des EU-Rechts ausreichende Grundlagen für die Tätigkeit von Angehörigen der Gesundheitsberufe und sonstiger Arbeitnehmer auch im Ausland⁹¹. Die im Rahmen der Hoheitsverwaltung erfolgende krankenanstaltenrechtliche Genehmigung durch die österreichische Behörde wäre an den in Öster-

reich gelegenen Rechtsträger der Krankenanstalt gerichtet. Da die nicht in Österreich gelegene Abteilung bzw. sonstige Organisationseinheit auch ausschließlich österreichische Patienten einer landesfondsfinanzierten Krankenanstalt versorgen und das Leistungsangebot den einschlägigen österreichischen Vorgaben entsprechen würde, wäre auch aus der Sicht der Spitalsfinanzierung und Leistungsabrechnung die Einhaltung der dafür bestehenden Regelungen sichergestellt.

Die Gesamtbeurteilung kann freilich nicht daran vorbei, dass im Rahmen des unmittelbar anwendbaren Bundesrechts das KAKuG die Bezirksverwaltungsbehörden zur Sanitären Aufsicht verpflichtet⁹², was insbesondere im Hinblick auf den hoheitlichen Vollzugscharakter dieser Überwachung zu unüberwindbaren Bedenken gegen derartige Konstrukte führt. Wesentlicher Inhalt der Sanitären Aufsicht ist die – auch unangemeldet mögliche – Kontrolltätigkeit durch Amtsärzte vor Ort, ihnen ist auch Einsicht in sämtliche Unterlagen zu gewähren. Eine derartige Tätigkeit setzt entsprechende internationale Rechtsgrundlagen voraus, um ein hoheitliches Tätigwerden von Organen österreichischer Behörden auf ausländischem Staatsgebiet zu ermöglichen⁹³. Ein Auftreten von Amtsärzten „als Privatperson“ kommt gleichfalls nicht in Betracht, wäre ihnen in dieser Eigenschaft doch jeglicher Zugang zu gesundheitsbezogenen Daten (wie z. B. Operationsprotokollen) aufgrund der für die Angehörigen von Gesundheitsberufen umfassend normierten Verschwiegenheitspflichten sowie des Schutzes personenbezogener Daten im Rahmen des Datenschutzes verwehrt⁹⁴.

Die Wahrnehmung von Aufgaben der Sanitären Aufsicht nach dem KAKuG in Bezug auf im Ausland gelegene (dislozierte Teile von) Krankenanstalten scheitert letztlich aber auch dann, wenn mangels internationaler Rechtsgrundlagen über Amtshilfe und Vollstreckung eine Vollziehung von Bescheiden nicht sichergestellt ist. So ist es Aufgabe des Landeshauptmannes, falls erforderlich im Rahmen der Sanitären Aufsicht mittels Bescheid eine Beseitigung von Missständen aufzutragen, im Wiederholungsfall auch die Weiterführung des Betriebes zu untersagen⁹⁵. In Vollziehung des Landeskrankenanstaltenrechts ist als Zwangsmittel unter anderem auch die Sperre einer Krankenanstalt durch die Landesregierung vorgesehen⁹⁶. Können derartige Bescheide zwar noch durch die österreichische Behörde im Inland an den Rechtsträger der Krankenanstalt zugestellt werden, seine Vollziehung, allenfalls auch das Setzen von Ersatzvornahmen, hat bei der in Rede stehenden Konstruktion aber auf ausländischem Territorium zu erfolgen. Für eine solche exterritoriale, d. h. grenzüberschreitende Wirkung bedarf es einer Anerkennung durch den Staat, in den der Hoheitsakt hineinwirken soll⁹⁷. Fehlt dafür eine Rechtsgrundlage⁹⁸, so würde die krankenanstaltenrechtliche Genehmigung einer dislozierten Führung von Abteilungen auf ausländischem Staatsgebiet zur Genehmigung einer Krankenanstalt führen, die der Anwendbarkeit von Teilen des österreichischen Krankenanstaltenrechts entzogen ist. Für einen derartigen Willen des Gesetzgebers ist dem KAKuG nicht nur nicht der geringste Anhaltspunkt zu entnehmen, vielmehr setzen krankenanstaltenrechtliche Bewilligungen unter anderem insgesamt voraus, dass den „gesundheitspolizeilichen Vorschriften“ Genüge getan ist⁹⁹.

Zusammenfassend lässt sich daher festhalten, dass die Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten von Krankenanstalten sowohl entsprechender Änderungen des nationalen österreichischen Krankenanstaltenrechts als auch internationaler, zumindest den jeweiligen Staat betreffend bilateraler Rechtsgrundlagen bedürfte.

2.3.3. Auslagerung

Unter den Schlagworten „Auslagerung“ oder „Ausgliederung“ werden seit mehreren Jahren offenbar im Trend liegend Reformen gesetzt, Aufgaben, die zuvor traditionell von der öffentlichen Hand wahrgenommen wurden, an selbstständige, meist privatrechtlich organisierte Rechtsträger zu übertragen¹⁰⁰. Weitgehend unproblematisch scheinen Auslagerungen von Leistungen der „Hotelkomponente“ an private Dienstleister, wie z. B. Wäscherei- und Küchendienste sowie handwerkliche Leistungen. Für eine kurze nähere Betrachtung lohnend scheint dabei zunächst allerdings die Frage, ob auch derartiges Personal, dessen Zugang zu den datenschutzrechtlich hoch sensiblen Gesundheitsdaten¹⁰¹ mehr oder weniger nicht ausgeschlossen werden kann, und das allein durch die Verrichtung von Tätigkeiten und den Aufenthalt in Krankenanstalten zumindest Kenntnis über den Spitalsaufenthalt bestimmter Personen erlangen kann, unter die krankenanstaltenrechtlich besonders normierte Verschwiegenheitspflicht fallen¹⁰².

Dabei fällt zunächst bereits auf, dass der Gesetzeswortlaut zwischen Personen, die bei Trägern von Krankenanstalten und solchen, die in Krankenanstalten beschäftigt sind, unterscheidet, und dabei beiden Gruppen eine besondere Verschwiegenheitspflicht auferlegt¹⁰³. Diesem Wortlaut folgend, unterliegen daher auch andere als die in einem Dienstverhältnis zum Spitalsträger stehenden, sondern bloß in der Krankenanstalt beschäftigten Personen der besonderen Verschwiegenheit nach dem Krankenanstaltenrecht. Offen bleiben die Grenzen dieser Verschwiegenheitspflicht – vom Wortlaut nicht völlig ausgeschlossen, allerdings an das verfassungsrechtliche Klarheitsgebot von Strafrechtsnormen stoßend¹⁰⁴ – in dem Sinn, ob auch selbstständig Tätige in der Krankenanstalt wie Betreiber von Blumen-, Zeitungs- oder sonstigen Kiosken oder auch Beschäftigte von Unternehmen wie Banken und dergleichen, die in der Krankenanstalt Filialen betreiben, von der krankenanstaltenrechtlichen Verschwiegenheitspflicht erfasst sind. Ihre Tätigkeit steht zwar in keinem Zusammenhang mit den Leistungen der Krankenanstalt, durch den Ort der Erbringung ihrer Tätigkeiten sind sie – bei wörtlicher Betrachtung – allerdings ebenso in Krankenanstalten beschäftigt¹⁰⁵.

Der Aspekt der Ausgliederung von Krankenanstalten als solche wurde erst jüngst aus österreichischer Sicht einer umfassenden Betrachtung einschließlich der dafür verfassungsrechtlich und krankenanstaltenrechtlich bestehenden Schranken unterzogen¹⁰⁶. Da dieser Aspekt einer völligen Ausgliederung von Krankenanstalten aus dem Betrieb durch die öffentliche Hand nicht unmittelbar das Thema der Leistungsverpflichtung von Krankenanstalten trifft, sei er an dieser Stelle hiermit auch nur erwähnt, ohne darauf weiter einzugehen. Eine allfällige Auslagerung von medizinischen Teilleistungen scheint hingegen umso mehr themenspezifisch, wenngleich Teilaspekte zur in Zusammenhang mit den Angliederungsverträgen bereits angesprochen wurden.

Das mit 1. Jänner 1997 eingeführte System der österreichischen Krankenanstaltenfinanzierung, in dessen Mittelpunkt die leistungsorientierte Finanzierung steht, d. h. nach zu Grunde liegenden leistungsorientierten Diagnosefallgruppen pauschalierte Entgelte für die Leistungen der Krankenanstalten gesetzlich vorgesehen sind¹⁰⁷, geht davon aus, dass mit den Zahlungen der Sozialversicherungsträger an die Landesfonds, mit denen ihrerseits die Krankenanstaltenträger abrechnen, alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten sind¹⁰⁸. Dieses System birgt naturgemäß für die Träger von Krankenanstalten den Anreiz, ihre Leistungen im Umfang möglichst gering zu halten,

erhält der Krankenanstaltenträger doch dessen ungeachtet das der Diagnosefallgruppe entsprechende pauschale Entgelt. Die (Teil-)Auslagerung von Leistungen, die Bestandteil der gesamten Behandlung sind, ist die Folge¹⁰⁹.

Das Verhalten der Träger von landesfondsfinanzierten Krankenanstalten ist verständlich und aus ihrer Sicht ökonomisch nachvollziehbar, zumal das System zunächst Punkte für die Abgeltung vorsieht und erst die Abrechnung des vorangegangenen Jahres zeigt, wie viel – abhängig von der Gesamtmenge erbrachter Leistungen versus zur Verfügung stehender Mittel – an Euro jedem einzelnen Punkt an Geldeswert tatsächlich zukommt. Hinzu kommt, dass der rasante Fluss der Entwicklung der Medizin und Medizintechnik aus Krankenanstaltenträgersicht auch oft zur Auffassung führen kann, dass errechnete Punktwerte nicht mehr dem aktuellen Aufwand entsprechen.

Freilich stellt sich die Frage nach der Rechtmäßigkeit einer solchen Auslagerung.

Im Zusammenhang mit dem ambulatorischen Versorgungsauftrag der Länder wurde jüngst vor dem Hintergrund des § 26 Abs. 1 Z 3 KAKuG betont, dass eine Behandlungspflicht in Anstaltsambulatorien grundsätzlich nur dann besteht, wenn außerhalb der Krankenanstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten Behandlungseinrichtungen nicht oder nur unzureichend zur Verfügung stehen¹¹⁰. Der Versorgungsauftrag zur Erbringung ambulanter Spitalsleistungen wäre daher gegenüber dem niedergelassenen Bereich sowie gegenüber selbstständigen Ambulatorien subsidiär¹¹¹.

Zur Beurteilung dieser Frage im gegebenen Zusammenhang (d. h. der Auslagerung von Teilleistungen im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung) ist aber die eindeutige krankenanstaltenrechtliche Verpflichtung zu beachten, wonach Personen ambulant zu untersuchen oder zu behandeln sind, wenn dem eine ärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege zu Grunde liegt¹¹². Eine Subsidiarität, wie zuvor dargestellt, sieht der Gesetzestext in diesem Kontext nicht vor¹¹³.

Aus dieser Regelung lässt sich daher die Annahme ableiten, dass Träger von Krankenanstalten auch zur Erbringung ambulanter Leistungen im Vorfeld einer stationären Behandlung verpflichtet sind, wenn diese Bestandteil einer Behandlung sind, die als Gesamtes im Finanzierungssystem vom Landesfonds – dahinter als Finanzier die gesetzliche Krankenversicherung – abgegolten wird.

Mit dieser Auffassung soll allerdings nicht zum Ausdruck gebracht werden, dass die Auslagerung solcher Teilleistungen, zu deren ambulanter Erbringung der Anstaltsträger verpflichtet ist, aus rechtlichen Gründen unmöglich wäre. So wurde bereits in Zusammenhang mit den Angliederungsverträgen aufgezeigt, dass im Rahmen der Privatwirtschaftsverwaltung Krankenanstaltenträgern durchaus Möglichkeiten des Zivilrechts und der Vertragsgestaltung offen stehen. Entschließt sich ein Träger einer fondsfinanzierten Krankenanstalt aber dazu, Leistungen, die einen Bestandteil einer ihm als Ganzes abgegoltenen Spitalsbehandlung darstellen, in den niedergelassenen Bereich oder an selbstständige Ambulatorien auszulagern, so wäre das dafür zu leistende Entgelt vom auslagernden Krankenanstaltenträger zu entrichten und nicht ein weiteres Mal der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung zu stellen. Der Erbringer der ausgelagerten Teilleistung erweist sich als Erfüllungsgehilfe für die Erbringung von Teilen jenes gesamten Bündels an Leistungen, die zu erbringen der Krankenanstaltenträger nach dem Behandlungsvertrag verpflichtet ist¹¹⁴.

Der ökonomisch sinnvollen Tendenz, ambulant erbringbare Leistungen aus dem stationären Sektor auszulagern, soll daher keinesfalls entgegengetreten werden. Werden aber Teilleistungen, die im Pauschalsystem der Krankenanstaltenfinanzierung bereits abgegolten sind, der gesetzlichen Krankenversicherung ein weiteres Mal in Rechnung gestellt, so scheinen auf § 1042 ABGB gestützte Ansprüche der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber dem auslagernden Krankenanstaltsträger in der Höhe des von ihr dem Teilleistungserbringer geleisteten Entgelts durchaus berechtigt¹¹⁵. Darüber hinaus ist nicht zu übersehen, dass innerhalb verschiedener Systeme der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte auch Selbstbehalte zu tragen haben, die für sie nicht anfielen, würde die ausgelagerte Teilleistung nicht gesondert der gesetzlichen Krankenversicherung verrechnet.

Bereits vor Jahren versuchte die Stadt Wien in einer von ihr betriebenen Krankenanstalt den Betrieb eines Nierenlithotripters in Form einer privaten Sonderkrankenanstalt zu betreiben, die in die öffentliche Krankenanstalt örtlich und personell eingegliedert war. Damit sollte bei Inanspruchnahme dieser Methode die lukrativere Verrechnung als private Krankenanstalt Anwendung finden. Der VfGH gab jedoch der auf Art. 137 B-VG gestützten Klage einer Patientin der allgemeinen Gebührenklasse Recht und sprach dieser nach § 1042 ABGB den Ersatz ihrer dafür getätigten Aufwendungen zu¹¹⁶. Ein Bundesland kann sich somit nicht seiner Pflicht zur Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege durch die Auslagerung von Leistungen landeseigener öffentlicher Krankenanstalten in private Krankenanstalten entziehen¹¹⁷. Dem Standard einer öffentlichen Krankenanstalt adäquate Behandlungen dürfen nicht generell in private Krankenanstalten verlagert werden. Dies gilt insbesondere auch für kostspielige, jedoch dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Behandlungen¹¹⁸.

Zuletzt sei in Zusammenhang mit Trends zur Auslagerung der von Krankenanstaltsträgern zunehmend beschrittene Weg, medizinisches Personal durch die Vermittlung von freiberuflich tätigen Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (so genannter „Schwesternpool“) – auch im Wege von Zeit- arbeitsfirmen – zu akquirieren, kurz beleuchtet.

Das Gesundheitsressort hat im Jahr 2003 die Auffassung vertreten, dass dieser Weg der Arbeitskräfteüberlassung nicht zulässig wäre, und dies insbesondere auf das Krankenanstaltenrecht gestützt¹¹⁹. Zumindest in Betten führenden Krankenanstalten komme eine freiberufliche Tätigkeit von Angehörigen der Pflegeberufe nicht in Betracht. Nach intensiver Kritik, dass der Erlass auf zahlreiche Aspekte nicht eingehe, wurde dieser sistiert und eine umfassende abschließende Klärung in Aussicht gestellt¹²⁰. Diese ist bisher allerdings noch nicht erfolgt.

Das in Rede stehende Anliegen ist aus verschiedenen Perspektiven differenziert zu beurteilen: Dem Einwand, die im KAKuG verankerte Fortbildungspflicht des Krankenanstaltsträgers für sein Personal¹²¹ könne bei Mitarbeitern im Rahmen von Arbeitskräfteüberlassung auch im Wege vertraglicher Vereinbarung sichergestellt werden, sodass diese Fortbildungspflicht von Krankenanstaltsträgern nicht zwingend zum Schluss führe, dass „Schwesternpools“ und die Beschäftigung von Angehörigen der Gesundheitsberufe in der Form von Arbeitskräfteüberlassung dem Krankenanstaltenrecht widersprächen, scheint zutreffend. Ebenso scheint es durchaus sinnvoll und auch nicht dem Krankenanstaltenrecht zu widersprechen, wenn pflegebedürftige

Personen, denen bereits ambulant eine Pflegeperson zur Verfügung steht, deren Betreuung auch während eines stationären Aufenthalts in Anspruch nehmen. Es wäre allein Sache der Trägers der Krankenanstalt und von ihm z. B. in der Anstaltsordnung regelbar, ob und in welchem Umfang, eventuell auch nur in der Sonderklasse oder in Sanatorien, er dies zulassen wolle und wie eine Integration in das von Anstaltsseite erbrachte Leistungsspektrum erfolgt (z. B. hinsichtlich der Dokumentation erbrachter Leistungen).

Dessen ungeachtet bleiben Bedenken offen: So scheint diese Konstruktion nicht mit den im GuKG vorgesehenen Formen einer Berufsausübung vereinbar¹²². Krankenanstaltenrechtlich ist darauf hinzuweisen, dass darin allein eine Tätigkeit von nicht in der Krankenanstalt angestellten Hebammen vorgesehen ist¹²³, was den Schluss zuließe, dass nicht in der Krankenanstalt angestelltes Pflegepersonal nicht dem Willen des Gesetzgebers entspricht¹²⁴.

Jedenfalls aber wird die Diskussion schon aus ökonomischen Gründen zu führen sein. Dabei wäre zu klären, ob wirklich und in welchem Umfang die in Rede stehenden Modelle benötigt werden und aus der Sicht des Patientenwohls auch tatsächlich vertretbar sind. Als Ergebnis könnte eine ausdrückliche gesetzliche Klarstellung in Betracht kommen, wobei Schlüsselzahlen über das maximale Verhältnis von „Stammpersonal“ und kurzfristig überlassenem Personal sinnvoll schienen. Das Patientenwohl wird ohne mit der Krankenanstalt ausreichend vertrautes fix beschäftigtes Personal nicht gewahrt sein, für Ergänzungen aus „Pools“ und im Wege der Arbeitskräfteüberlassung wäre eine entsprechende Rechtsgrundlage zu schaffen¹²⁵.

- ¹ So z. B. auch selbstständige Ambulatorien, vgl. § 2 Abs. 1 Z 7 KAKuG; siehe auch Schneider, Ärztliche Ordinationen und Selbstständige Ambulatorien im Verwaltungs-, Sozial- und Steuerrecht (2001), 65 f., mit verfassungsrechtlichen Bedenken gegen die im ÄrzteG 1998 auf Basis des Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG („Gesundheitswesen“) enthaltene Regelung für Gruppenpraxen.
- ² BGBl 1957/1, zuletzt geändert durch BGBl I 2002/90; mit Art. 21 des VerwaltungsreformG 2001, BGBl I 2002/65 erfolgte eine Umbenennung von „KrankenanstaltenG (KAG)“ in „BG über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)“.
- ³ Siehe bereits Mayer, Die Bereitstellung von Krankenanstalten, in: Schrammel (Hrsg.), Rechtsfragen der ärztlichen Behandlung (1992), 58; weiters Kopetzki, Krankenanstaltenrecht, in: Holoubek/Potacs (Hrsg.), Handbuch des öffentlichen Wirtschaftsrechts I (2002), 466 f.; ferner Schneider, Rechtliche Rahmenbedingungen für die Ausgliederung von Krankenanstalten, RdM 2003/66 (134), mit weiteren Nachweisen.
- ⁴ Im Zusammenhang mit der Aufnahme von Personen, die keinen Wohnsitz in Österreich haben, sowie der Aufnahme fremder Staatsangehöriger räumt § 29 KAKuG der Landesausführungsgesetzgebung Möglichkeiten ein, die Aufnahme auf Fälle von im Inland eingetretener Unabweisbarkeit zu beschränken, es sei denn, dass eine Bezahlung der tatsächlichen Behandlungskosten erfolgt.
- ⁵ Im Fall der Ablehnung einer Aufnahme sind die dafür maßgebenden Gründe zu dokumentieren (siehe § 10 Abs. 1 Z 1 KAKuG).
- ⁶ Während die EB der RV 769 BlgNR 13. GP (8) beispielhaft auf kosmetische Operationen hinweisen, ist auch der Zusammenhang mit der Fristenlösung nicht zu übersehen (vgl. diesbezüglich zum KAG auch VfSlg. 7720, KRSlg 20).
- ⁷ Vgl. z. B. § 5 Abs. 2 GeschlechtskrankheitenG und § 16 TuberkuloseG sowie weiters § 71 Abs. 2 StVG; demgegenüber sehen die §§ 6 und 10 UbG für die Unterbringung psychisch Kranker allein die übereinstimmende Entscheidung von zwei Fachärzten für Psychiatrie vor, eine behördliche Bescheinigung ist lediglich die Rechtsgrundlage für die Überstellung des Patienten gegen oder ohne seinen Willen in die Anstalt für Psychiatrie (siehe § 8 UbG). Ein Einweisungsrecht der Strafgerichte für Untersuchungshäftlinge zum Zweck der Untersuchung und Beobachtung ihres Geisteszustandes ist im § 50 KAKuG normiert.
- ⁸ § 148 Z 1 ASVG und § 22 Abs. 2 KAKuG
- ⁹ Siehe die Art. 51 a Abs. 1 und 126 b Abs. 5 B-VG.
- ¹⁰ Siehe dazu Schneider (Fn. 3) 139, mit weiteren Nachweisen.
- ¹¹ Siehe auch Mayer (Fn. 3), 60, zu § 18 Abs. 1 KAKuG.
- ¹² Siehe § 15 KAKuG.
- ¹³ VwGH 6. 8. 1996, 95/11/0322
- ¹⁴ Die Wendung „unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfe“ geht über die im § 48 ÄrzteG 1998 normierte Berufspflicht des Arztes, Erste Hilfe im Falle drohender Lebensgefahr nicht zu verweigern, hinaus.
- ¹⁵ Siehe § 40 Abs. 1 lit. c KAKuG, der unter anderem ausdrücklich die Anwendung des § 23 Abs. 1 KAKuG auch für den Betrieb privater Krankenanstalten vorsieht; überdies Aigner, Zur Aufnahmepflicht öffentlicher Krankenanstalten, RdM 1996, 111, und zustimmend Kern, Limitierte Einwilligung, Schriftenreihe RdM, Bd. 8 (1999), 108.
- ¹⁶ Siehe die Grundsatzbestimmung des § 5 a Abs. 1 StVO in Verbindung mit § 5 Abs. 4 a, 8 und 10 leg cit.
- ¹⁷ Siehe § 71 Abs. 2 StVG.
- ¹⁸ Siehe § 22 Abs. 2 KAKuG.
- ¹⁹ Vgl. die stufenweise Gliederung allgemeiner Krankenanstalten in Standard-, Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten (§ 2 a Abs. 1 KAKuG), die einer bedarfsgerechten Versorgung dienenden Landeskrankenanstaltenpläne (§ 10 a KAKuG) und den gemäß § 18 Abs. 2 KAKuG auf die Zahl der zu versorgenden Bewohner abgestimmten Auftrag, Standard-, Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten einzurichten.
- ²⁰ Siehe nochmals Aigner (Fn. 15) 112, und Mayer (Fn. 3), 63.
- ²¹ Siehe nochmals den Auftrag zu unbedingt notwendiger erster ärztlicher Hilfe gemäß § 23 Abs. 1 KAKuG.
- ²² So auch Schneider (Fn. 1), 287, mit der Unterscheidung zwischen Erstversorgung und Weiterbehandlung
- ²³ Zu denken ist insbesondere an bereits voll ausgelastete Operationssäle oder vollständig belegte Intensivbetten.
- ²⁴ Siehe § 2 StGB.
- ²⁵ Vgl. auch Mayer (Fn. 3), 62, hinsichtlich „voll ausgeschöpfter Anstaltskapazitäten“.
- ²⁶ Siehe § 23 Abs. 2 erster Satz KAKuG.
- ²⁷ Siehe § 27 Abs. 6 KAKuG.

- ²⁸ Siehe § 24 Abs. 2 KAKuG.
- ²⁹ Siehe § 14 GuKG.
- ³⁰ Verfassungsrechtlich kritisch zu dem in § 24 Abs. 4 KAKuG als weiters relevant angeführten Entlassungswunsch von „Angehörigen“ Kopetzki (Fn. 3), 507
- ³¹ Freilich besteht eine Reihe von Ausnahmen (siehe z. B. § 39 Abs. 1 und 2 AMG, § 8 Abs. 1 FMedG, § 65 Abs. 2 GTG), die eine Unterfertigung durch die betroffenen Personen vorsehen; darüber hinaus kann es schon aus Beweissicherungsgründen auch ohne rechtliches Gebot in zahlreichen Fällen angebracht sein, eine Zustimmung von Patienten auch schriftlich einzuholen.
- ³² Siehe § 14 Abs. 5 AVG.
- ³³ Siehe § 24 Abs. 3 KAKuG.
- ³⁴ Diese Problematik könnte insbesondere dann zum Tragen kommen, wenn durch den Zeitpunkt der Entlassung und die Möglichkeiten des Patienten (z. B. Gesundheitszustand, Mobilität, Lage des Wohnsitzes) eine rechtzeitige Beschaffung der Arzneimittel bei einer öffentlichen Apotheke nicht zumutbar ist.
- ³⁵ Siehe den durch BGBl I 2002/90 neu dem KAKuG eingefügten § 19 a, durch den Arzneimittelkommissionen geschaffen wurden.
- ³⁶ Durch das 2. SVÄG, BGBl I 2003/145, erfolgte eine 61. ASVG-Novelle mit der Einführung eines Erstattungskodex für die Abgabe von Arzneyspezialitäten auf Rechnung eines Sozialversicherungsträgers im niedergelassenen Bereich an Stelle des bisherigen Heilmittelverzeichnis (vgl. insbesondere die Neufassung des § 31 Abs. 3 Z 12 sowie der §§ 351 c bis 351 g ASVG). Daraus ergibt sich ein Anpassungsbedarf auch für § 19 a KAKuG.
- ³⁷ Vgl. z. B. § 4 Abs. 1 GuKG, § 6 Abs. 1 HebG, § 11 Abs. 1 MTD-G, § 5 KardiotechnikerG, § 13 Abs. 1 PsychologenG, § 14 Abs. 1 PsychotherapieG.
- ³⁸ Siehe auch die Sorgfaltsanforderungen an Fachleute gemäß § 1299 ABGB.
- ³⁹ Gemäß § 49 Abs. 1 ÄrzteG 1998 ist der Arzt verpflichtet, seinen Beruf unter anderem nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung auszuüben, die Einhaltung der Grundsätze und anerkannten Methoden findet sich hingegen nicht als berufsrechtliche Vorgabe im ÄrzteG 1998. In diesem Sinn auch Stellamor/Steiner, Handbuch des österreichischen Arztrechts, Bd. I (1999), 425, wonach der Begriff der „medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse“ weiter als der der Schulmedizin ist.
- ⁴⁰ Siehe den entsprechenden Auftrag zur Errichtung von Ethikkommissionen im § 8 c Abs. 1 KAKuG.
- ⁴¹ Siehe § 8 c Abs. 3 KAKuG.
- ⁴² Vgl. schon Loebenstein, Die strafrechtliche Haftung des Arztes bei operativen Eingriffen, ÖJZ 1978, 313.
- ⁴³ Gilt sinngemäß wohl auch für diagnostische und prophylaktische Maßnahmen
- ⁴⁴ OGH 16. 3. 1989, 8 Ob 525, 526/88, SZ 62/53
- ⁴⁵ Siehe auch Engljählinger, Ärztliche Aufklärungspflicht vor medizinischen Eingriffen (1996), 195, m. w. N. zur Rechtsprechung und Lehre in der BRD.
- ⁴⁶ Siehe die Gliederung der Versorgungsstufen allgemeiner Krankenanstalten gemäß § 2 a Abs. 1 KAKuG in Standard-, Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten sowie grundlegend zur Weiterentwicklung des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplans hin zu einem Leistungsangebotsplan Art. 4 Abs. 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, BGBl I 2002/60; darüber hinaus z. B. jüngst die V der Tiroler Landesregierung, mit der der Tiroler Krankenanstaltenplan 2003 erlassen wird, LGBl 2004/1; schließlich auch allfällige spezifische Vorgaben auf Bescheideebene.
- ⁴⁷ OGH 15. 9. 1999, 3 Ob 123/99 f., RdM 2000/13
- ⁴⁸ RV 1580 BlgNR 13. GP, 5 f.
- ⁴⁹ Siehe Juen, Arzthaftungsrecht, Schriftenreihe RdM (1997), 64, und Memmer, in: Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht für die Praxis (2003), 1/78.
- ⁵⁰ § 8 Abs. 1 Z 1 KAKuG
- ⁵¹ Siehe Stellamor/Steiner (Fn. 33) mit Hinweis auf VwGH 8. 4. 1988, 88/18/0046, überdies VwGH 25. 4. 1988, 88/18/0035.
- ⁵² KAG-Novelle BGBl 1996/751, durch den Landesausführungsgesetzgeber im Wr. KAG allerdings nicht umgesetzt
- ⁵³ Offen bleibt dabei (arg: „in Betracht kommenden“), ob tatsächlich für sämtliche Sonderfächer eine Facharztpräsenz in Zentralkrankenanstalten gefordert ist oder ob einzelne im § 20 Abs. 1 der Ärzte-Ausbildungsordnung, BGBl 1994/152, etablierte Sonderfächer, die für eine Akutversorgung nicht von Bedeutung sind, auch in Zentralkrankenanstalten für eine Dauerfacharztpräsenz eben „nicht in Betracht kommen“.

- ⁵⁴ Siehe § 8 Abs. 1 Z 2 bis 4 KAKuG.
- ⁵⁵ Zum Begriff Fachschwerpunkt siehe § 2 a Abs. 4 KAKuG.
- ⁵⁶ Siehe § 8 Abs. 1 Z 5 und 6 KAKuG.
- ⁵⁷ Siehe § 8 Abs. 1 Z 3 KAKuG: „in Schwerpunktkrankenanstalten jedenfalls in Abteilungen und Organisationseinheiten für ... ein Facharzt ... dauernd anwesend ist“.
- ⁵⁸ Abgesehen von Einwänden der BReg in Verfahren gemäß Art. 98 B-VG sind grundsatzgesetzwidrige Ausführungsgesetze verfassungswidrig und können daher von der BReg gemäß Art. 140 Abs. 1 B-VG vor dem VfGH angefochten werden.
- ⁵⁹ BMGF 9. 12. 2003, GZ 92.600/16-I/B/8/03
- ⁶⁰ Siehe VfSlg. 11.856.
- ⁶¹ Siehe § 31 Abs. 3 Z 3 ÄrzteG 1998 (zeitgleich mit der Schaffung der Rufbereitschaft in Krankenanstalten durch Änderung des § 13 Abs. 2 ÄrzteG 1984 mit BGBl 1996/752 eingeführt).
- ⁶² Siehe § 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998 (in Novellierung des § 2 Abs. 3 ÄrzteG 1984 gleichfalls eingeführt mit BGBl 1996/752).
- ⁶³ Zu beachten ist dabei, dass der Begriff „Turnusarzt“ gemäß § 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998 auch Ärzte in Facharzt Ausbildung (bis zur Eintragung in die Ärzteliste als Facharzt) erfasst, und diese bei fortlaufender Ausbildung sukzessive entsprechende Qualifikationen erwerben.
- ⁶⁴ Siehe schon Steiner, Rechtsfragen der Rufbereitschaft, RdM 1997, 80 (83 f.), mit einem Hinweis auf die Bedeutung von Witterungs- und Verkehrsbedingungen.
- ⁶⁵ Siehe Aigner, Rechtliche Rahmenbedingungen zur perioperativen Versorgung, RdM 1998, 168 (170 ff.).
- ⁶⁶ OGH 3. 12. 1985, 5 Ob 608/84; dazu ausführlich Memmer (Fn. 43), I/53
- ⁶⁷ Siehe § 2 a Abs. 1 KAKuG und Fn. 40 im Hinblick auf Leistungs- und Angebotsplanung.
- ⁶⁸ Siehe DUDEN (Bd. 5), Fremdwörterbuch, 5. Auflage, 422.
- ⁶⁹ Siehe dazu ausführlich Füzsl, in: Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht für die Praxis (2003), IV/7.
- ⁷⁰ Neurologie und Psychiatrie stellen zwar für sich jeweils ein Sonderfach dar (§ 20 Abs. 1 Z 26 bzw. 36 Ärzte-Ausbildungsordnung), doch sieht § 7 Abs. 4 KAKuG auch eine Organisationsstruktur außerhalb der Grenzen ärztlicher Sonderfächer vor.
- ⁷¹ Siehe § 2 a Abs. 1 lit. c KAKuG.
- ⁷² Da § 43 Abs. 6 ÄrzteG 1998 die Untergrenze für das Recht zur Führung der Berufsbezeichnung „Primararzt“ bzw. „Primarius“ mit mindesten 15 systemisierten Betten einer Abteilung festlegt, ist die Leitung eines Fachschwerpunktes nicht mit der Errichtung eines Primariats verbunden.
- ⁷³ Zur fachärztlichen Rufbereitschaft in Fachschwerpunkten siehe § 8 Abs. 1 Z 5 KAKuG.
- ⁷⁴ Siehe Fn. 46.
- ⁷⁵ Siehe dazu insgesamt § 19 KAKuG.
- ⁷⁶ Siehe § 40 Abs. 1 lit. c KAKuG.
- ⁷⁷ So auch Schneider (Fn. 3), 137
- ⁷⁸ Siehe Fn. 60.
- ⁷⁹ Siehe Fn. 46.
- ⁸⁰ Siehe § 33 Abs. 1 Wr. KAG (arg: „Unterbringung“, „aufgenommen“).
- ⁸¹ Da nach der herrschenden Meinung auch die Führung einer öffentlichen Krankenanstalt als privatwirtschaftliche Tätigkeit zu sehen ist (siehe Schragel, AHG3 [2003] Rz. 111), ist kein Grund zu erkennen, weshalb bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe nicht die nach dem Zivilrecht bestehenden Möglichkeiten vertraglicher Regelungen für Kooperationen genutzt werden können sollten.
- ⁸² Im Krankenanstaltenrecht findet sich auch keine der Verbotsnorm des § 879 Abs. 1 ABGB entsprechende Bestimmung für Kooperationen, die nicht den Vorgaben für Angliederungsverträge entspricht.
- ⁸³ Der „kooperierenden Krankenanstalt“ kommt dabei die Stellung eines Erfüllungsgehilfen im Sinne des § 1313 a ABGB zu.
- ⁸⁴ Siehe Art. 49 Abs. 1 B-VG sowie Mayer, B-VG³ (2002), Art. 3 B-VG I.
- ⁸⁵ Siehe die Transformation der allgemein anerkannten Regeln des Völkerrechts durch Art. 9 B-VG.
- ⁸⁶ Siehe § 2 a Abs. 3 erster Satz KAKuG.
- ⁸⁷ Siehe Schneider (Fn. 3), 139.

- ⁸⁸ In diesem Sinn auch VwGH 19. 2. 1982, 81/08/0079, KRSlg 295
- ⁸⁹ Siehe VwGH 26. 3. 1998, 97/11/0390.
- ⁹⁰ Durch die notwendige räumliche Nähe (siehe VwGH, Fn. 89) könnte diese Variante in Grenzgebieten in Betracht kommen.
- ⁹¹ Hinsichtlich der Gesundheitsberufe vgl. z. B. im Zusammenhang mit dem ärztlichen Beruf die RL 93/16/EWG des Rates vom 5. 4. 1993, ABl Nr L 165 vom 7. 7. 1993; in sozialversicherungsrechtlicher Hinsicht siehe insbesondere die V (EG) Nr 118/97 des Rates vom 2. 12. 1996, ABl Nr L 28 vom 30. 1. 1997, in arbeitsrechtlicher Hinsicht die RL 96/71/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. 12. 1996, ABl Nr L 18 vom 21. 1. 1997.
- ⁹² Siehe die §§ 60 ff. KAKuG.
- ⁹³ Zum Begriff des exterritorialen Hoheitsaktes siehe Linke, Europäisches Internationales Verwaltungsrecht, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt/M (2001), 33.
- ⁹⁴ Von einer rechtlichen Unbedenklichkeit ist hingegen der EuGH bei Pflegegelduntersuchungen durch Ärzte eines Mitgliedstaates im Gebiet eines anderen Mitgliedstaates ausgegangen (EuGH 12. 3. 1987, Rechtssache C 22/86, Rindone).
- ⁹⁵ Siehe § 61 KAKuG.
- ⁹⁶ Siehe z. B. § 100 OÖ KAG.
- ⁹⁷ Linke (Fn. 93), 33 und 107, mit weiteren Nachweisen für die herrschende Meinung, wonach kein Prinzip des Völkerrechts die Staaten verpflichtet, Hoheitsakte anderer Staaten anzuerkennen
- ⁹⁸ Die in Rede stehenden Vollzugshandlungen sind vom Vertrag zwischen der BRD und der Republik Österreich über Amts- und Rechtshilfe in Verwaltungssachen, BGBl 1990/526, nicht erfasst.
- ⁹⁹ Siehe zur Errichtungs- und zur Betriebsbewilligung § 3 Abs. 2 lit. c und Abs. 4 lit. b KAKuG.
- ¹⁰⁰ Schneider (Fn. 3), 131
- ¹⁰¹ Siehe § 4 Z 2 DSG 2000.
- ¹⁰² Siehe § 9 KAKuG.
- ¹⁰³ § 9 Abs. 1 erster Satz KAKuG, mit einem Vorrang von Verschwiegenheitspflichten, die sich aus anderen oder dienstrechtlichen Vorschriften ergeben
- ¹⁰⁴ Siehe Art. 7 MRK und Mayer, B-VG3. (2002) Art. 7 MRK I.1.
- ¹⁰⁵ Die Ausführungsgesetzgebung trifft zu diesem Aspekt keine näheren Regelungen, vgl. z. B. § 20 Abs. 1 OÖ KAG.
- ¹⁰⁶ Schneider Fn. 3
- ¹⁰⁷ Siehe Art. 18 der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG, BGBl I 2002/60 (Fn. 49).
- ¹⁰⁸ Siehe Art. 16 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG, BGBl I 2002/60 (Fn. 49).
- ¹⁰⁹ So soll Patienten vor der Aufnahme in die Krankenanstalt die umfassende Beschaffung von Befunden (etwa Labor oder Röntgen) abverlangt werden, wofür die gesetzliche Krankenversicherung des Patienten im Rahmen des Vertragspartnersystems gesondert ein Entgelt zu entrichten hat.
- ¹¹⁰ Siehe Schneider (Fn. 3), 140.
- ¹¹¹ So die Rechtsprechung, z. B. VfSlg. 16058, 15456 sowie VwGH 29. 9. 1999, 99/11/0109; zu dieser Auslegung hingegen kritisch: Grillberger, Zum Konkurrenzschutz gegen ambulante Behandlungen im Krankenhaus, WBl 199, 146
- ¹¹² Siehe § 26 Abs. 1 Z 4 KAKuG.
- ¹¹³ Vgl. auch Mayer, Strukturfragen des Kärntner Krankenanstaltenrechts, in: Rebhahn (Hrsg.), Beiträge zum Kärntner Landesrecht (1995), 227 (234), wonach das Land auch verpflichtet ist darauf hinzuwirken, dass die öffentlichen Krankenanstalten, die den stationären Versorgungsauftrag erfüllen, auch die entsprechenden Ambulanzeleistungen erbringen.
- ¹¹⁴ Zur präoperativen Eigenblutvorsorge siehe VfGH 27. 11. 2000, B 2561/97; zur Behandlung sozialversicherter Dialysepatienten in einem privaten Ambulatorium siehe VfSlg. 15972.
- ¹¹⁵ Vgl. auch Schneider (Fn. 3), 136.
- ¹¹⁶ Siehe dazu Öhlinger, Der Nierensteinertrümmerer im Recht, ZfV 1987, 11.
- ¹¹⁷ Siehe dazu nochmals Schneider (Fn. 3), 136 mit den verschiedenen Möglichkeiten der Durchsetzung von Ansprüchen gemäß 1042 ABGB.
- ¹¹⁸ Vgl. Schrammel, Krankenanstaltengesetz und Sozialversicherungsrecht, ZAS 1990, 109 (112).
- ¹¹⁹ BMSG 23. 1. 2003, GZ 21.250/86-VI/C/13/02

¹²⁰ BMSG 18. 3. 2003, GZ 21.250/22-VI/C/13/03

¹²¹ Siehe § 11 d KAKuG.

¹²² Siehe § 35 Abs. 1 GuKG; insbesondere scheint es zweifelhaft, eine Arbeitskräfteüberlassung als Form freiberuflicher Tätigkeit zu interpretieren, und Firmen, deren Gegenstand die Arbeitskräfteüberlassung ist, sind weder eine physische Person noch eine solche juristische Person, zu der § 35 Abs. 1 GuKG eine Berufsausübung in einem Dienstverhältnis vorsieht.

¹²³ Siehe § 27 Abs. 4 Z 2 KAKuG.

¹²⁴ Dagegen wäre freilich wieder der Einwand möglich, dieses Modell bei föderalistischer Interpretation des Grundsatzgesetzes durch den Landesausführungsgesetzgeber entsprechend zu erweitern (siehe Fn. 60).

¹²⁵ Dies wohl nicht nur im Organisationsrecht für Krankenanstalten, sondern auch in den jeweiligen berufsrechtlichen Regelungen der Gesundheitsberufe

Zum Verhältnis von Sicherstellungsauftrag und Finanzierungspflicht in der Krankenhausbehandlung

*Kay Stalinsky, Regierungsdirektor, Bundesministerium für Gesundheit
und Soziale Sicherung, Bonn*

Länderbericht Deutschland

Der nachfolgende Bericht gibt einen Überblick über den Sicherstellungsauftrag in der Krankenhausversorgung und dem System der Krankenhausfinanzierung. Daneben wird gezeigt, in welchem Ausmaß in Deutschland Überlegungen zur Einführung der monistischen Krankenhausfinanzierung am so genannten Runden Tisch im Bundesministerium für Gesundheit in der vergangenen Legislaturperiode diskutiert wurden. Ein aktueller Handlungsbedarf besteht in den vertraglichen Beziehungen zwischen Krankenkassen und Plankrankenhäusern. Die Ausführungen müssen vor dem Hintergrund der Einführung des pauschalierten Vergütungssystems in Deutschland gesehen werden. Deshalb ist es erforderlich, auch auf dieses aktuellste und derzeit wichtigste Thema in der Krankenhauslandschaft in Deutschland einzugehen. Abschließend soll auch noch auf den Sonderfall der Krankenhausinvestitionsfinanzierung in den neuen Ländern eingegangen werden.

I. Einführung

Viele Meldungen, die uns beinahe täglich zu den Krankenhäusern in Deutschland erreichen, beschreiben Auswirkungen und aktuelle Folgen des Sicherstellungsauftrags, der Krankenhausplanung und der Krankenhausfinanzierung einschließlich der Krankenhausvergütungen in oftmals plakativer und zugespitzter Weise.

So heißt es etwa: „Allein im Zehnjahreszeitraum 1991 bis 2001 sind die jährlichen Fördermittel in den alten Bundesländern um 10,4 % gesunken.“¹ Oder: „Trotz aller Sparbemühungen sind die Krankenhauskosten von 1991 bis 2001 um 41,5 % gestiegen, denn immer mehr Patienten werden im Krankenhaus behandelt.“²

Weiter können wir lesen: „So ist auch die Bettenauslastung trotz Bettenabbaus weiter zurückgegangen und liegt bei nur knapp über 80 %.“³ Inzwischen hat sich nach einer aktuellen Studie eines Hamburger Privatbankhauses der Investitionsbedarf der Krankenhäuser in Deutschland in Höhe „von etwa 50 Mrd. EUR angestaut“.⁴ Wiederholt wird wegen des „Finanzmittelkahlenschlags“ in den Krankenhäusern, aber auch im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Vergütungssystems das Szenario der Schließung von Kliniken und eine Privatisierungswelle unter den öffentlichen Krankenhäusern beschworen.⁵

Diese Meldungen und auch die Darstellung einer Reihe von Fachaufsätzen entbehren nicht einer gewissen Dramatik. Dies ist jedoch angesichts der Krankenhausaussgaben in Höhe von rd. 54 Mrd. EUR und damit des größten Ausgabenblocks in der gesetzlichen Krankenversicherung (ein Drittel!) sowie wegen der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Krankenhäuser verständlich.

II. Sicherstellungsauftrag

1. Grundsätzliches

Die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern ist eine öffentliche Aufgabe, die den Ländern im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge obliegt auf der Grundlage des Sozialstaatsprinzips nach Art. 28, 20 GG⁶. Daseinsvorsorge ist der Kernbereich kommunaler Aufgaben. Zur Daseinsvorsorge zählt die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung mit einem erheblichen Anteil an der Gesundheitsversorgung durch den Krankenhausbereich⁷. Das Land kommt der ihm zugewiesenen öffentlichen Aufgabe im Wesentlichen dadurch nach, dass es durch eine bedarfsgerechte Planung dafür sorgt, dass der Bevölkerung leistungsfähige und eigenverantwortlich wirtschaftende Krankenhäuser in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Einzelheiten werden in den Krankenhausgesetzen der Länder geregelt. So heißt es z. B. in § 1 des Krankenhausgesetzes des Landes NRW⁸:

„(1) Zweck dieses Gesetzes ist es, eine patienten- und bedarfsgerechte gestufte wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser sicherzustellen ...

(2) Die Krankenversorgung in Krankenhäusern nach Absatz 1 sicherzustellen, ist eine öffentliche Aufgabe des Landes. Gemeinden und Gemeindeverbände wirken nach Maßgabe dieses Gesetzes dabei mit ...“

Die Länder haben überwiegend in ihren Krankenhausgesetzen ausdrücklich die Landkreise und kreisfreien Städte in die Sicherstellung einbezogen. Falls sich demnach kein geeigneter Träger findet, sind die Landkreise und kreisfreien Städte verpflichtet, für die Versorgung der Bevölkerung notwendige Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben⁹; das war bisher aber noch nicht notwendig, und es ist auch kein realistisches Szenario in Deutschland.

Die Kostenträger werden regelmäßig an der Sicherstellung der Krankenhausversorgung beteiligt. Der Grad der Mitwirkung wird durch die Krankenhausgesetze der Länder geregelt. Dabei wird die Sicherstellungsverpflichtung des Landes weder eingeschränkt noch gar aufgehoben.

2. Reform-Überlegungen

In der Fachöffentlichkeit wird seit einigen Jahren ein Übergang des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen diskutiert. Auch im Rahmen des in der vergangenen Legislaturperiode am Bundesministerium für Gesundheit eingerichteten sogenannten Runden Tisches ist der Sicherstellungsauftrag der Länder erörtert worden im Hinblick auf etwaige gesetzliche Änderungen. Am Runden Tisch sind die in der Gesundheitspolitik maßgeblichen Gruppen beteiligt worden, mit dem Ziel, etwaige gemeinsame und konsensfähige Wege in der zukünftigen Gesundheitspolitik zu suchen.

In der Arbeitsgruppe des Runden Tisches zur stationären Versorgung bestand nahezu einhellig Konsens, dass der Sicherstellungsauftrag der Länder beibehalten werden sollte. Insbesondere wurde die verfassungsrechtliche Verantwortung der Länder für die Abdeckung des Gesamtbedarfs auch durch die Spitzenverbände der Kranken-

kassen erkannt. Lediglich die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat vorgeschlagen, den Sicherstellungsauftrag auf die jeweilige Landeskrankenhausesellschaft zu übertragen.

Bei der grundsätzlichen Frage, wie zukünftig der Sicherstellungsauftrag für eine bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Bevölkerung gewährleistet werden soll, wurde überwiegend befürwortet, dass der Sicherstellungsauftrag auch zukünftig durch die Länder grundsätzlich beibehalten werden sollte. Das Modell der KBV, das einen Übergang des Sicherstellungsauftrages auf die Landeskrankenhausesellschaften analog zur Struktur im ambulanten vertragsärztlichen Bereich vorsieht, wurde abgelehnt und insbesondere auch wegen der verfassungsrechtlichen Aspekte (Sicherstellungsauftrag durch Private!) nicht weiter verfolgt.

Auch der Lösungsansatz einer Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung allein durch die Krankenkassen wurde verworfen. Die GKV will die Letztverantwortung der Länder für die Krankenhausplanung ebenfalls unangetastet lassen, obwohl nach Ansicht der GKV die verfassungsrechtliche Verantwortung der Länder nicht das Letztentscheidungsrecht für eine Kapazitätsvorhaltung an bestimmten Krankenhäusern begründe, sondern lediglich beschränkt sei auf die Definition und die Abdeckung des Gesamtbedarfs.

3. Das „Altmark Trans“-Urteil des Europäischen Gerichtshofs

Ein Aspekt der kommunalen Daseinsvorsorge auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung durch Krankenhäuser soll nur kurz gestreift werden. Er bedarf an sich einer vertieften Erörterung.

Aktuell gibt es in Deutschland eine Diskussion mit der Europäischen Kommission über die Auswirkungen des so genannten Altmark Trans-Urteils des EuGH¹⁰ im Hinblick auf öffentliche Zuwendungen an Versorgungsunternehmen im Rahmen der Daseinsvorsorge (dies gilt insgesamt für die Mitgliedstaaten). Insbesondere geht es hier um die Frage, ob in den jeweiligen Fällen staatliche Beihilfen vorliegen, die der Notifizierungspflicht unterfallen (Stichwort: Anwendung des EU-Wettbewerbsrechts, insbesondere Vergaberechts).

Die Kommission hat angekündigt, dass sie die vom Europäischen Gerichtshof in dem genannten Urteil aufgestellten Kriterien aufgreifen und in einem Regelwerk (Gemeinschaftsrahmen) umsetzen will, um größere Rechtssicherheit für die Mitgliedstaaten herzustellen. Von der Rechtsprechung sind auch die Krankenhäuser betroffen, soweit sie Investitionsmittel oder finanzielle Zuwendungen aus den Haushalten der Länder erhalten. Diese Zuwendungen könnten als staatliche Beihilfen mit Notifizierungspflicht angesehen werden.

Bislang herrscht auf Seiten der Bundesregierung die Auffassung vor, dass sämtliche Krankenhäuser – und zwar gleichermaßen öffentliche, private und freigemeinnützige –, die in den Bedarfsplan aufgenommen bzw. zugelassen worden sind, von der Notifizierungspflicht ausgenommen werden müssen. Hier wird es noch weitere Diskussionen und Entwicklungen auf der „europäischen Bühne“ geben.

III. Spannungslage zwischen Sicherstellung und Finanzierung

Der Sicherstellungsauftrag der Länder mit der Auffangzuständigkeit der Kommunen steht in einem rechtlichen wie tatsächlichem Spannungsverhältnis zu der Finanzierungsverpflichtung der Krankenhausbehandlung in Deutschland. Die Verteilung und Ausgestaltung der Finanzierungslasten und sowie die Sicherstellung eines ausreichenden Versorgungsangebots durch die Krankenhausplanung berühren unmittelbar die wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser als Leistungserbringer und die der Krankenkassen als Kostenträger.

1. System der Krankenhausfinanzierung

1.1. Duale Finanzierung

In Deutschland ist das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)¹¹ seit dem Jahr 1972 die bedeutendste rechtliche Grundlage für die Krankenhausfinanzierung und die Krankenhausplanung. Mit der Verabschiedung des KHG wurde auch die duale Finanzierung verankert. Danach ist die Investitionsfinanzierung als Aufgabe der öffentlichen Hand und die Begleichung der Benutzerkosten des Krankenhauses über die Krankenkassen festgelegt. Diese ökonomisch weit reichenden Festlegungen gelten nunmehr seit über 30 Jahren. Die Krankenversicherungen haben vor allem die Finanzierungsfunktion zu übernehmen, während die Länder die Steuerungsfunktion über die Krankenhausplanung und Investitionsförderung ausüben.

Der Zweck des KHG ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Nach § 1 Abs. 1 KHG soll durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz aber auch die Vielfalt, also das Bestehen öffentlicher, freigemeinnütziger und auch privater Krankenhäuser gefördert werden. Die rechtliche Form des Krankenhauses gibt mithin bei der Verteilung von Fördermitteln keinen Ausschlag.

Unter Investitionskosten versteht das KHG

- die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter, ausgenommen der zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter),
- die Kosten der Wiederbeschaffung der Güter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens (Anlagegüter).

Zu den Investitionskosten gehören nicht die Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung sowie ihrer Finanzierung.

Nach § 8 Abs. 1 KHG besitzen ausschließlich die Krankenhäuser einen Anspruch auf Förderung, die im Krankenhausplan des jeweiligen Landes und bei Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG in das Investitionsprogramm aufgenommen sind.

Die Investitionsförderung wird in die Einzel- und die Pauschalförderung unterteilt.

1.2. Einzel- und Pauschalförderung

Nach §9 Abs.1 und 2 KHG fördern die Länder auf Antrag des Krankenhausträgers entstehende Investitionskosten, insbesondere die

- für die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern,
- für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren.

Nach §9 Abs.3 KHG fördern die Länder die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleine bauliche Maßnahmen durch feste jährliche Pauschalbeträge, mit denen das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel frei wirtschaften kann.

Die Investitionsfinanzierung erfolgt für Baumaßnahmen der Plankrankenhäuser über ein Antragsverfahren, begleitet von einer baufachlichen Prüfung durch eine staatliche Prüfstelle. Die finanzielle Abwicklung der durch einen Bewilligungsbescheid der zuständigen Landesbehörde genehmigten Baumaßnahmen erfolgt über die Bereitstellung von Barmitteln in den Haushalten der Länder. Schuldendienstfinanzierungen durch die Länder gab es bis vor kurzem nur ausnahmsweise¹².

Eine Refinanzierung von Investitionskosten eines Plankrankenhauses über den Pflegesatz ist unter den geltenden rechtlichen Voraussetzungen grundsätzlich ausgeschlossen. Auf den Förderungsanspruch nach dem KHG kann rechtswirksam nicht verzichtet werden. Eine vertragliche Vereinbarung zwischen einem Krankenhausträger und der Bewilligungsbehörde über einen Fördermittelverzicht mit dem Ziel der Refinanzierung von Investitionsmitteln über den Pflegesatz ist daher nicht zulässig¹³.

Die dualistische Finanzierung gilt für die Hochschulkliniken und die Plankrankenhäuser. Das sind rund 90 % der Krankenhäuser in Deutschland.

Der Aus- und Neubau von Hochschulen einschließlich der Hochschulkliniken wird von Bund und Ländern nach Maßgabe des Hochschulbauförderungsgesetzes (HBFUG)¹⁴ als Gemeinschaftsaufgabe wahrgenommen; die Investitionsförderung erfolgt jeweils zur Hälfte durch Bund und Land.

2. Finanzieller Umfang der Krankenhausfinanzierung

Zu dem finanziellen Umfang der Krankenhausfinanzierung einige Zahlen:

Von der gesamten KHG-Förderung von 3,2 Mrd. EUR im Jahr 2002 entfielen 2,1 Mrd. EUR auf die Einzelförderung von Maßnahmen und 1,1 Mrd. EUR auf die Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter¹⁵. Die gesamten Fördermittel in Deutschland sind von 2001 auf 2002 nach Berechnungen der DKG um 5 % zurückgegangen¹⁶. 2002 wurden für die Pauschalförderung, die Einzelförderung, die Eigenbeteiligung und die Investitionszuschüsse für Hochschulkliniken bundesweit rund 5 Mrd. EUR zur Verfügung gestellt¹⁷.

Nach Angaben Bruckenbergers¹⁸ müssten bei der Umstellung auf eine monistische Finanzierung diese 5 Mrd. EUR, die Ausfinanzierung der KHG-Altfälle in Höhe von rund 8 Mrd. EUR und der Investitionsstau in Höhe von rund 30 Mrd. EUR zuzüglich Kapitalkosten finanziert werden. Die Veränderung der bestehenden Angebots- und Ablaufstrukturen sei mittelfristig nur umsetzbar, wenn jährlich rund 15 Mrd. EUR für Krankenhausinvestitionen zur Verfügung gestellt würden.

Um eine modernen Betrieben vergleichbare Investitionsquote von 20 % zu erreichen, müssten die derzeit aufgewendeten jährlichen Investitionsmittel von insgesamt rund 5 Mrd. EUR auf rund 12 Mrd. EUR aufgestockt werden. Dabei sei die Beseitigung des Investitionsstaus noch nicht berücksichtigt.

Ähnliche Größenordnungen finden wir bei Neubauer¹⁹. Um die Investitionslücke der deutschen Krankenhäuser abzuschätzen, setzt er als Sollwert die volkswirtschaftliche Bruttoinvestitionsquote von 21,3 % (im Jahr 1999) an. Bei einem Ausgaben- bzw. Erlösvolumen für Krankenhausleistungen von rund 67 Mrd. EUR²⁰ ergebe sich ein jährlicher Investitionsbedarf von 14,4 Mrd. EUR. Bei einem derzeitigen Fördervolumen von 3,5 Mrd. EUR müsse demnach von einer jährlichen Förderlücke von 10,9 Mrd. EUR ausgegangen werden.

3. Alternative: Monistische Finanzierung der Krankenhäuser

3.1. Allgemeines

Das Ziel, die gegenwärtige duale Krankenhausfinanzierung durch eine monistische Finanzierung zu ersetzen, hat gute Gründe für sich. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist die monistische Finanzierung (Finanzierung der Krankenhäuser aus einer Hand über die Pflegesätze) der dualen Finanzierung (Finanzierung der laufenden Kosten durch die Krankenkassen und der Investition durch die Länder) überlegen. Der Zufluss von Geldern an die Krankenhausträger würde ausschließlich über die Fallpauschalen bzw. Krankenhausvergütungen unabhängig von Zuweisungen durch die Länder für Investitionen erfolgen. Ferner könnte das Antrags- und Prüfungsverfahren mit den überall bestehenden Wartelisten im Hinblick auf die Investitionsprogramme der Länder wegfallen. Zudem ist unter dem Stichwort „Investitionsstau“ kritisch anzumerken, dass die Höhe der von den Ländern für die Plankrankenhäuser zur Verfügung gestellten Einzelfördermittel seit mehreren Jahren in vielen Ländern stagniert bzw. teilweise rückläufig ist.

3.2. Bestrebungen im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000

Insbesondere aus diesen Gründen hat die Bundesregierung in der letzten Legislaturperiode versucht, mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000²¹ die monistische Krankenhausfinanzierung einzuführen. Dies ist seinerzeit gescheitert, weil die erforderliche Mehrheit im Bundesrat fehlte. Im Gesetzentwurf zur GKV-Gesundheitsreform 2000²² war die grundlegende Umstellung auf die monistische Krankenhausfinanzierung vorgesehen:

Die zurzeit pauschal von den Ländern zugewiesenen Mittel sollten ab 2003 in die Krankenhausentgelte einkalkuliert werden. Die bisherige Einzelförderung von Investitionsmaßnahmen sollte zum Jahresende 2007 eingestellt werden mit der Folge, dass ab 2008 entsprechende Investitionskostenanteile in die Krankenhausentgelte einzubeziehen gewesen wären. Die monistische Krankenhausfinanzierung war auch für die Hochschulkliniken vorgesehen.

3.3. Aktuelle Situation in Deutschland

Gegenwärtig haben wir in Deutschland keine Anzeichen dafür, dass die Länder bereit wären, die notwendige finanzielle Kompensation zu Gunsten der Krankenversicherung zur notwendigen Wahrung der Beitragssatzstabilität sicher zu stellen. Dies aber wäre unerlässlich in dem Umfang, in dem die Länder im Falle der Einführung der monistischen Krankenhausfinanzierung von ihren bisherigen Investitionsverpflichtungen entlastet würden²³.

Für das Funktionieren unseres Fallpauschalensystems ist die monistische Krankenhausfinanzierung keine Voraussetzung. Dennoch sollte insbesondere aus den genannten betriebswirtschaftlichen Gründen für die Zeit ab 2007, in der die Endstufe der Einführung des Fallpauschalensystems erreicht sein wird, das Ziel einer schrittweisen Einführung der monistischen Finanzierung erneut aufgegriffen werden.

IV. Lösungsansätze Krankenhausfinanzierung – die derzeitige Diskussion

Zur Frage der Krankenhausfinanzierung wurde in der Arbeitsgruppe des Runden Tisches zur stationären Versorgung eine offene Diskussion geführt, in der Lösungsansätze in einem sehr weiten Positionsspektrum dargelegt wurden. Die Positionen entsprechen der Diskussion in der Fachöffentlichkeit.

1. Positionsspektrum

Eine Reihe von Gesprächsteilnehmern plädierte dafür, das bisherige duale Finanzierungssystem der Krankenhäuser beizubehalten. Ein weiterer Lösungsansatz ging in Richtung einer teilmonistischen Krankenhausfinanzierung unter Einbeziehung der Universitätsklinika, bei der zukünftig kurz- und mittelfristige Anlagegüter der Krankenhäuser über Entgelte finanziert werden, während es bei langfristigen Anlagegütern bei einer öffentlichen Investitionstätigkeit der Länder bleiben soll. Gegenüber dem bisherigen dualen Finanzierungssystem stellt die vollständige Einführung einer monistischen Krankenhausfinanzierung, d. h. der Finanzierung der Investitionen in Krankenhäusern allein über Entgelte und damit durch Krankenkassen bzw. Benutzer die weit reichendste Position dar.

2. Beibehalt der dualen Krankenhausfinanzierung

Die Verfechter des dualen Finanzierungssystems lehnen aus übergeordneten gesundheitspolitischen Erwägungen die Monistik ab. Zum einen sei bei den bereits erkennbaren Finanzierungsquellen für das Gesundheitswesen und der Priorität der Beitragssatzstabilität nicht damit zu rechnen, dass der GKV die Mittel für die Über-

nahme der langfristigen Mittel und kurzfristigen Investitionsfinanzierung zur Verfügung stünden. Es wird zudem darauf verwiesen, dass es in keinem anderen Land eine monistische Finanzierung allein durch Krankenkassen gebe. Danach handele es sich um ein Experiment, das die Zukunft der Krankenhausversorgung nicht sichern könne. Eine ausschließliche Finanzierung von Investitionen und Betriebskosten über die GKV werde abgelehnt, weil die entstehende Belastung der GKV-Mitglieder auf Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite mit gesamtgesellschaftlichen Aufgaben wie der Investition in Krankenhäusern oder der Sicherstellung der Krankenhausversorgung dagegen spreche.

3. Teilmonistische Krankenhausfinanzierung

Die Befürworter einer teilmonistischen Finanzierungslösung führen aus, dass den für die Krankenhausplanung verantwortlichen Ländern als Instrument für die von ihnen zu treffende Standortentscheidung die Finanzierung der Neubauten und teuren Ersatzbauten der Krankenhäuser erhalten bleiben müsse und deshalb die duale Finanzierung in Richtung einer teilmonistischen Finanzierung weiter entwickelt werden solle. Danach seien Neu- und Ersatzbauten von den Ländern zu finanzieren, während den Krankenkassen die Finanzierung der mittel- und kurzfristigen Anlagegüter (Erhaltungsaufwand) übertragen werde. Dabei seien jedoch Überlegungen für eine zusätzliche Finanzierung der GKV nötig, da anderenfalls durch diese Mehrbelastung die Beitragssatzstabilität gefährdet würde. Die Ländermittel hätten bislang nicht ausgereicht, die notwendigen Erst- und teuren Ersatzinvestitionen zu tätigen.

4. Monistische Krankenhausfinanzierung

Als Grundmodell für einen vollständigen Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung ist der genannte Entwurf des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 zu sehen, der diesen Übergang unter Berücksichtigung einzelner Übergangsphasen regelte²⁴.

Diese drei genannten Lösungsansätze stehen unverändert nebeneinander. Die Weiterentwicklung ist offen auch im Hinblick auf die Festlegungen des ordnungspolitischen Rahmen ab dem Jahr 2007.

5. Die Instandhaltungsfinanzierung – ein Sonderproblem

Eine Ausnahme von dem Grundsatz, dass in den pflegesatzfähigen Kosten keine Investitionen enthalten sind, bildet die Instandhaltungsfinanzierung.

Die Instandhaltungskosten sind gemäß § 17 Abs. 4 b KHG im Pflegesatz zu berücksichtigen. Dazu gehören Instandhaltungskosten für Anlagegüter, wenn die baulichen Einheiten, Gebäudeteile, betriebstechnischen Anlagen und Einbauten oder Außenanlagen vollständig oder überwiegend ersetzt werden.

Diese Kosten werden pauschal in Höhe eines Betrages von 1,1 % der für die allgemeinen Krankenhausleistungen vereinbarten Vergütung finanziert. Die Pflegesatzfähigkeit der Kosten entfällt für alle Krankenhäuser in einem Land, wenn das Land diese Kosten für die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser im Wege der Einzel- oder Pauschalförderung trägt.

Die Instandhaltungsmaßnahmen an Gebäuden und Außenanlagen der Krankenhäuser (so genannter Erhaltungsaufwand) werden mittlerweile in allen Bundesländern – ab 2004 auch in Bayern – über eine Instandhaltungspauschale in Höhe von 1,1 % auf die Budgets sowie die Fallpauschalen und Sonderentgelte durch die Krankenkassen finanziert.

Bis 1992 wurden derartige Maßnahmen im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung von den Ländern gefördert. Auf der Grundlage einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 1993 haben sich die Länder in der Folge – bis auf Bayern – zur Entlastung ihrer Haushalte aus der Finanzierung der Instandhaltungsmaßnahmen zurückgezogen, sodass die Krankenhäuser in 15 Ländern von 1993 bis 1996 ganz auf die Finanzierung derartiger Instandhaltungsmaßnahmen verzichten mussten. Durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997²⁵ wurden die Instandhaltungskosten pflegesatzfähig, und zwar mit Wirkung vom 1. Januar 1997 (Instandhaltungspauschale von 1,1 %). Die entsprechenden Beträge wurden in die Krankenhausbudgets einbezogen.

Bayern hat die Instandhaltungsmaßnahmen gefördert, aber 2002 gegenüber dem BMG angekündigt, die Förderung einzustellen. Dies ist zwischenzeitlich geschehen. Nach der bis zum Fallpauschalenänderungsgesetz vom 17. Juli 2003²⁶ geltenden Rechtslage bestand für Bayern folgendes Problem:

Bei einem Wegfall der Förderung in Bayern konnte ein Ausnahmefall für die Erhöhung des Budgets der bayerischen Krankenhäuser über den Anstieg der Grundlohnsumme nicht angenommen werden. § 6 Abs. 1 BPflV enthielt keine Möglichkeit für die Krankenhäuser, eine Erhöhung des Gesamtbetrages über die maßgebliche Veränderungsrate hinaus zur Berücksichtigung der Instandhaltungskosten in Höhe der Pauschale von 1,1 % zu erreichen, wenn das Land die Förderung nach § 17 Abs. 4 b Satz 4 KHG einstellt.

Die Ergänzung von § 6 Abs. 1 BPflV durch das Fallpauschalenänderungsgesetz ermöglicht nunmehr ab dem Jahr 2004 die Erhöhung des Gesamtbetrages über die maßgebliche Veränderungsrate hinaus für den Pflegesatzzeitraum, in dem eine bisher vom Land gewährte Förderung der Instandhaltungskosten wegfällt. Die Regelung bewirkt insofern eine Gleichstellung der Krankenhäuser in Bayern mit denen in den 15 übrigen Bundesländern und vermeidet Wettbewerbsnachteile. Die Ergänzung folgt dem Beschluss des Bundesrates vom 31. Mai 2002 zu dem entsprechenden Antrag Bayerns²⁷.

6. Zwischenbilanz; Prognose

Die Aufgaben der Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung werden demnach unverändert von den Ländern wahrgenommen. Eine zumindest kurzfristige Änderung in Deutschland ist kaum realistisch. Dies wiederum führt weiterhin zu Begrenzungen wettbewerblicher Handlungsspielräume der Krankenhäuser²⁸ auch nach Einführung des Fallpauschalensystems in Deutschland. Die Krankenhäuser werden in ihrer Leistungsplanung eingeschränkt, denn mit welchen Kapazitäten und auf welche Weise sie ihr Versorgungsangebot konkret erstellen, können sie nicht frei entscheiden. Auf der anderen Seite ist die Krankenhausvergütung durch DRG-Fallpauschalen auf Versorgungsleistungen bezogen und nicht auf die Auslastung vorgegebe-

ner Kapazitäten. Eine Kapazitäts- bzw. Bedarfsplanung im herkömmlichen Sinn nach der Zahl der Betten passt daher nicht mehr ins System. Ob die Entwicklung der Krankenhausplanung allerdings in Richtung einer Leistungsplanung gehen wird, ist offen²⁹.

V. Vertragliche Beziehungen zwischen Krankenkassen und Plankrankenhäusern

Neben den Krankenhäusern sind auch die gesetzlichen Krankenkassen durch das bestehende System der Krankenhausplanung und der dualen Finanzierung erheblich begrenzt, da sie kaum auf den Umfang und die Struktur sowie Bedarfsplanung in der akutstationären Leistungserbringung Einfluss nehmen können, obgleich sie mit den Krankenhausvergütungen auch die Folgekosten hierzu tragen.

Deshalb soll im Folgenden auf ein aus der Sicht des BMGS bestehendes Problem eingegangen werden, nämlich auf die Ausgestaltung der vertraglichen Beziehungen zwischen Krankenkassen und den Plankrankenhäusern.

1. Kontrahierungszwang

Anspruch auf Krankenhausbehandlung besteht nur in zugelassenen Krankenhäusern. Dies sind Hochschulkliniken, Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, und Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben. Die zugelassenen Krankenhäuser sind im Rahmen ihres Versorgungsauftrags grundsätzlich zur stationären Behandlung der GKV-Versicherten verpflichtet³⁰.

Gegenüber den Krankenkassen gilt die Aufnahme in den Krankenhausplan als Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 109 Abs. 1 SGB V, mit dem das Krankenhaus zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen ist (Kontrahierungszwang). An der Krankenhausversorgung der GKV-Versicherten nehmen somit alle in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommenen Krankenhäuser teil³¹.

Für die Plankrankenhäuser ist die Kontrahierungspflicht der Krankenkassen mittlerweile wertvoller als die spärlichen Fördermittel, denn der Krankenhausplan stellt eine Form des Bestandschutzes dar. Diese Schutzfunktion wird weitaus höher eingeschätzt als die Finanzierungsfunktion³².

2. Handlungsbedarf

Der jetzige Automatismus zwischen dem Status als Plankrankenhaus und der Zulassung zur Versorgung GKV-Versicherter sollte gelockert werden. Staatliche Planung ist anfällig für Strukturhaltung und Strukturkonservierung. Sie verzögert die notwendigen Anpassungsprozesse. Folgende Änderungen wären zielführend:

- Lockerung des Kontrahierungszwanges der gesetzlichen Krankenkassen mit den Plankrankenhäusern mit Bestandsschutz während einer Übergangsphase,
- Regelung der Zulassung zur Behandlung GKV-Versicherter über ein Einzelvertragssystem im Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander und nicht mehr automatisch durch Aufnahme in den Krankenhausplan des betreffenden Landes,
- Vertragspartner der Krankenhäuser: Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen gemeinsam handelnd,
- Sicherstellungsauftrag im Bereich der stationären Daseinsvorsorge allerdings aus verfassungsrechtlichen Gründen weiterhin bei den Ländern.

Diese Punkte entsprechen einer Regelung, die im Entwurf eines Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes vom 16. Juni 2003³³ enthalten war, dann aber im Folgenden bei der politischen Annäherung der Bundesregierung und der Opposition zu dem Entwurf eines Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) nicht übernommen worden ist³⁴.

Dieses Modell könnte dahingehend weiterentwickelt werden, dass als Vertragspartner eines Krankenhausträgers auch ein einzelner Krankenkassenverband akzeptiert wird. Die mit der Zulassung kassenartenindividueller Vertragsabschlüsse verbundene Abkehr von dem im GKV-Recht geltenden Grundsatz des gemeinsamen Abschlusses auf Kassenseite würde den Wettbewerb zwischen den Kassenarten fördern. Voraussetzung für diese Liberalisierung wäre allerdings, dass der bisherige Grundsatz eines gemeinsam von allen Krankenkassen zu finanzierenden Krankenhausbudgets aufgegeben wird.

In jedem Falle müssten die Länder angesichts des ihnen verfassungsrechtlich zugewiesenen Sicherstellungsauftrages im Bereich der stationären Daseinsvorsorge das Recht erhalten, zur Gewährleistung der Versorgung der Bevölkerung den Abschluss von Versorgungsverträgen mit bestimmten Krankenhäusern sicherzustellen. Denn in einem Vertragssystem ist nicht von vornherein gewährleistet, dass die im Wettbewerb zueinander stehenden Krankenkassen und die ebenfalls im Wettbewerb untereinander stehenden Krankenhäuser den Sicherstellungs- und Gemeinwohlaspekten ausreichend Rechnung tragen.

VI. Die Auswirkungen des Fallpauschalensystems

1. Derzeitige Rechtslage

Krankenhäuser unterliegen im Wettbewerb den Auswirkungen und Bedingungen im Spannungsverhältnis zwischen dem Sicherstellungsauftrag und der Finanzierungsverpflichtung der Krankenhausbehandlung. Dies gilt insbesondere nach der Krankenhausvergütung durch Einführung des Fallpauschalensystems in Deutschland.

In Deutschland sind wir mittendrin in der Umstellung des Vergütungssystems. Bereits 2003 ist ein wichtiges Zwischenziel mit der optionalen Einführung des Vergütungssystems erreicht worden. Ab 1. Januar 2004 ist nunmehr die Abrechnung nach Fallpauschalen für alle Krankenhäuser verpflichtend. Auch wenn viele Fragen zu dem Vergütungssystem noch nicht geklärt sind, so besteht doch weitgehend Konsens, dass es sich um einen Schritt des Gesetzgebers in die richtige Richtung handelt³⁵.

2. DRG und Krankenhausfinanzierung

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurden die Deutsche Krankenhausesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung vom Gesetzgeber mit der Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems für alle voll- und teilstationären Leistungen beauftragt³⁶. Lediglich Einrichtungen der Psychiatrie und aufgrund der Änderungen des Fallpauschalengesetzes³⁷ auch Einrichtungen der Psychosomatik und Psychotherapie wurden von der Einführung zunächst ausgenommen und werden bis auf weiteres durch tagesgleiche Pflegesätze vergütet. Die Orientierung bei der Entwicklung des Systems hat an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRGs) zu erfolgen.

Der Gesetzesauftrag, ein „durchgängiges“ DRG-Fallpauschalensystem zu entwickeln, zielt auf die Abschaffung des bisherigen Mischsystems ab, das hauptsächlich auf der Vergütung durch tagesgleiche Pflegesätze und – zu einem Umsatzanteil von rund 25 % – auf Fallpauschalen und Sonderentgelten aufbaut. Das Mischsystem ist gekennzeichnet durch lange Verweildauern, eine mangelhafte Leistungsorientierung und -transparenz sowie eine nicht hinreichende Vergleichbarkeit der Leistungen von einzelnen Abteilungen oder Krankenhäusern.

3. Ziele der DRG-Einführung

Wesentliche Ziele der Einführung von DRGs sind die Etablierung eines leistungsorientierten Entgeltsystems, das die Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualität im Krankenhausbereich fördert.

Die Vergütung in der stationären Versorgung erfolgt nunmehr leistungsorientiert. Die bislang oftmals praktizierte Fortschreibung von historischen Budgetniveaus, die den für die Behandlung der Patienten erforderlichen Aufwand nicht leistungsgerecht abbilden, wird der Vergangenheit angehören. Krankenhäuser, die aufwändige Leistungen erbringen, werden entsprechend besser vergütet als Häuser, die nur leichte Krankheitsbilder behandeln. Es ist davon auszugehen, dass das Fallpauschalensystem nicht nur zu einem Krankenhaus übergreifend bedarfsgerechten und effizienteren Ressourceneinsatz beitragen wird, sondern auch krankenhausesintern – spätestens mittelfristig – die leistungsorientierte Mittelverteilung optimiert wird. Ein durchgängiges Fallpauschalensystem wird auch die im internationalen Vergleich nach wie vor überdurchschnittlich hohen Verweildauern in Deutschland verkürzen, die wesentlich durch Fehlansätze der bisherigen tagesgleichen Vergütungen bedingt sind.

4. Das Fallpauschalengesetz

Die Einzelheiten der DRG-Einbindung in die Krankenhausfinanzierung wurden mit dem Fallpauschalengesetz (s. o. Fn. 37) geregelt. Zur Ausgangsgrundlage des Fallpauschalengesetzes gehört auch, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität unbestritten eine zentrale Größe bleibt (vgl. dazu unten, 7). Er wird jedoch zukünftig auf das landesweite Preisniveau, mithin auf eine Krankenhaus übergreifende Bezugsgröße angewendet. Der bisherige Bezug auf das einzelne Krankenhaus entfällt.

In zeitlicher Hinsicht ist das Fallpauschalengesetz auf die Regelung der Ein- und Überführungsphase des DRG-Fallpauschalensystems beschränkt. Die Ausgestaltung des langfristigen ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung, also der Zeitraum ab dem Jahr 2007, soll unter Einbeziehung der in den Anfangsjahren der Anwendung einer DRG-Vergütung gemachten Erfahrungen zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Vorschläge für eine langfristige Regelung der DRG-Rahmenbedingungen waren nicht mehrheitsfähig. Insbesondere die endgültige Entscheidung, ob DRG-Fallpauschalen als Einheits-, Höchst- oder Richtpreise angewendet werden müssen, muss der Gesetzgeber noch bis zum Jahr 2007 treffen.

Das Fallpauschalengesetz regelt insbesondere:

- die Ein- und Überführungsphase der DRG-Einführung bis zum 31. Dezember 2006,
- ab 2005 die veränderte Geltung der Beitragssatzstabilität im Krankenhausbereich,
- die Mengensteuerung in einem pauschalierten Entgeltsystem,
- verstärkte Transparenz- und Qualitätssicherungsverpflichtungen der Krankenhäuser und
- begleitende Maßnahmen zur DRG-Einführung.

Die DRG-Einführung findet in einem abgestuften, mehrphasigen Rahmen statt. Zunächst wird das DRG-Fallpauschalensystem budgetneutral eingeführt. Dabei konnten die Krankenhäuser im Jahr 2003 das neue System freiwillig anwenden, ab diesem Jahr ist nun die DRG-Abrechnung verpflichtend. Der Phase der budgetneutralen Einführung des DRG-Fallpauschalensystems schließt sich vom 1. Januar 2005 bis 1. Januar 2007 eine dreistufige Konvergenzphase an. Im Jahr 2007 soll der Einführungsprozess abgeschlossen sein und das neue Entgeltsystem unbeschränkte Anwendung finden.

5. Insbesondere: die budgetneutrale Phase sowie die Konvergenzphase

Sinn und Zweck der budgetneutralen Phase ist es, dass in diesen beiden Jahren DRG-bedingte Gewinne oder Verluste möglichst vermieden werden. Die Einführung läuft für die Krankenhäuser dadurch weitgehend unter geschützten Bedingungen ab.

Für die Budgetverhandlungen in der dreistufigen Konvergenzphase findet ab 2005 ein nachhaltiger Wechsel der Systematik statt. Die in der budgetneutralen Phase noch bestehende Dominanz des heutigen Pflegesatzrechts entfällt. Ab 2005 ist für die Erlösvereinbarungen der Krankenhäuser die neue DRG-Systematik zu Grunde zu legen. Unter Beibehaltung der bisherigen Verhandlungsebenen sollen die Krankenkassen und die Krankenhäuser vor Ort prospektiv über Art und Menge der Leistungen verhandeln.

6. Fallpauschalenverordnungen

Die fristgerechte Einstiegsmöglichkeit in das Optionsmodell musste durch eine Verordnung des BMGS im Wege der Ersatzvornahme geschaffen werden. Die zuständigen Selbstverwaltungspartner konnten sich bei den notwendigen Einführungsarbeiten nicht einigen³⁸. Die notwendigen Entscheidungen zu den Abrechnungsregeln, Vorgaben des für das Jahr 2003 geltenden G-DRG-Fallpauschalenkataloges sind durch die Verordnung zum Fallpauschalensystem (KFAV) festgelegt³⁹. Diese Vorgaben gelten nur für das Jahr 2003. Die Abrechnungsregeln für das zweite budgetneutrale Jahr 2004 und insbesondere die Anpassung des DRG-Kataloges an deutsche Verhältnisse ist durch die Fallpauschalenverordnung 2004 (KFPV 2004)⁴⁰ erfolgt, die am 18. Oktober 2003 in Kraft getreten ist.

7. Grundsatz der Beitragssatzstabilität

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität bleibt – ebenso wie für das Gesundheitswesen insgesamt – so auch für die Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich eine zentrale Größe.

In den Jahren 2003 und 2004 erfolgt die Ausgabensteuerung im Krankenhausbereich nach den bekannten Mechanismen des Pflegesatzrechts. Es gilt § 6 Abs. 1 BPfIV, sodass also zur notwendigen Überschreitung der durch die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen definierten Obergrenze die festgelegten Ausnahmetatbestände herangezogen werden können. Die Vorgabe einer Nullrate durch das Beitragssatzsicherungsgesetz⁴¹ ändert an der Geltung der Ausnahmetatbestände nichts.

Ab dem Jahr 2005 stehen im Mittelpunkt der Ausgabensteuerung nicht mehr die Budgetabschlüsse einzelner Krankenhäuser. Vielmehr ist dies zukünftig das Preisniveau, also der Basisfallwert, der auf der Landesebene vereinbart wird und an welchem zukünftig der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ansetzt⁴². Entgelte, die bei der Überschreitung der Grenzerweildauer gezahlt werden, sind bei der Basisfallwertvereinbarung zu berücksichtigen.

VII. Die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen in den neuen Bundesländern

Im Nachfolgenden soll auf den Sonderfall der Krankenhausinvestitionsfinanzierung in den neuen Ländern einschließlich des Landes Berlin eingegangen werden.

Eine Möglichkeit zur Förderung von Investitionen besteht für die Krankenhäuser der neuen Länder in Deutschland durch eine Förderung nach Art. 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG). Mit Art. 14 GSG vom 21. Dezember 1992⁴³ wurde als Bestandteil des Investitionsförderungsprogramms Aufbau Ost ein Krankenhausinvestitionsprogramm mit einem Volumen von insgesamt 21 Mrd. DM (rd. 10,8 Mrd. EUR) zur zügigen und nachhaltigen Verbesserung des Niveaus der stationären Versorgung der Bevölkerung in den neuen Bundesländern und zur Anpassung an das Niveau im übrigen Bundesgebiet geschaffen. Dieses Krankenhausinvestitionsprogramm sieht für die neuen Länder einschließlich des Landes Berlin in den Jahren 1995 bis 2004 eine

jährliche Finanzhilfe des Bundes zur Finanzierung von Krankenhausinvestitionen in Höhe von 700 Mio. DM (rd. 358 Mio. EUR) unter Beteiligung der Länder in mindestens gleicher Höhe (Komplementärfinanzierung) vor. Außerdem sollen die Krankenkassen von 1995 bis 2014, also in einem Zeitraum von 20 Jahren, jährlich rund 350 Mio. DM (rd. 179 Mio. EUR) über einen Investitionszuschlag auf die Pflegesätze der Krankenhäuser in den neuen Ländern aufbringen.

Ab 1. Januar 2002 ist das Solidarpaktfortführungsgesetz (SFG) vom 20. Dezember 2001⁴⁴ in Kraft getreten, mit dem unter anderem das Investitionsförderungsgesetz Aufbau Ost und Art. 14 GSG geändert wurden. Die Mittel des Investitionsförderungsgesetzes Aufbau Ost werden vom 1. Januar 2002 bis 31. Dezember 2004 als Sonderbedarfs-Bundesergänzungszuweisung für die neuen Länder und Berlin bereitgestellt. Daher entfallen für die Jahre 2002 bis 2004 die bisher in Art. 14 GSG vorgesehenen zweckgebundenen jährlichen Bundesfinanzhilfen in Höhe von 700 Mio. DM (rd. 358 Mio. EUR).

Die neuen Länder haben durch diese Neuregelung der Bund/Länder-Finanzbeziehung ein hohes Maß an Flexibilität erhalten und können mit Hilfe der Sonderbedarfs-Bundesergänzungszuweisungen dem Nachholbedarf bei den Krankenhausinvestitionen eigenverantwortlich Rechnung tragen. Eine Komplementärfinanzierung durch die Länder – wie beim Krankenhausinvestitionsprogramm – wird nicht mehr verlangt; eine konkrete Zweckbindung besteht nicht. Somit steht den betroffenen Ländern die Verwendung der Finanzhilfe frei zur Verfügung und muss damit nicht mehr zwingend in die Förderung von Krankenhausinvestitionen fließen.

Die gegenwärtige Fassung des Art. 14 GSG regelt die Erhebung eines Investitionszuschlags durch die Kostenträger in Höhe von 5,63 EUR für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes, bei Fallpauschalen für die entsprechenden Belegungstage. Der Investitionszuschlag wird zur Finanzierung von Zinskosten von Darlehen oder von entsprechenden Kosten anderer privatwirtschaftlicher Finanzierungsformen oder für eine unmittelbare Investitionsfinanzierung verwendet.

VIII. Ausblick

Krankenhausfinanzierung bleibt eine Daueraufgabe, die sich unter den ständig ändernden gesellschaftlichen, technologischen, wirtschaftlichen und politischen Bedingungen immer wieder neu stellt. Im Rahmen des Fallpauschalensystems wird es ab 2007 zu neuen gesetzlichen ordnungspolitischen Vorgaben kommen. Dabei wird die Einführung der monetarischen Krankenhausfinanzierung in Deutschland erneut thematisiert werden. Die Erfahrungen, die wir in Deutschland mit dem Fallpauschalensystem machen werden – denn es ist ja ein „fließendes und lernendes System“ – werden sicher auf das System der Krankenhausfinanzierung einwirken. Auch wenn die Länder künftig die Planungshoheit weiter innehaben und politisch verteidigen werden, werden die Erfahrungen aus dem Fallpauschalensystem zu Veränderungen in der Krankenhausplanung führen. Dabei wissen wir heute nicht, ob dies in Richtung einer Leistungsplanung oder auch schlicht nach der Formel „Wettbewerb statt Planung“ gehen wird.

Somit gibt es im Krankenhausbereich nicht nur viel anzupacken, sondern der Weg in die zukünftige Krankenhausfinanzierung in Deutschland bleibt weiter spannend!

- ¹ Siehe: Alternative Finanzierungsquellen gefragt, in: KMA 12, 2003, 31.
- ² Siehe: Anhaltender Kostendruck, in: KMA 12/2003, 15.
- ³ KMA 12/2003, 15
- ⁴ KMA 12/2003, 31
- ⁵ So auch Neubauer G., Zur Zukunft der dualen Finanzierung unter Wettbewerbsbedingungen, in: Arnold M./Klauber J./Schellschmidt H., Krankenhausreport 2002, 71, 85; Strehl R., Privatisierungswelle in deutschen Krankenhäusern ?, in: Arnold M./Klauber J./Schellschmidt H., Krankenhausreport 2002, 113, 114; siehe auch KMA 12/2003, 31 f.
- ⁶ Pant P./Prütting D., Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen, Kommentar, § 1 Rdnr. 2, 21 f., 2. Auflage, Köln u. a. 2000; vgl. auch Robra B.-P./Drek U./Swart E./Felder S./Dralle R., Krankenhausplanung auf Grundlage von DRGs, in: Arnold M./Klauber J./Schellschmidt H., Krankenhausreport 2003, 137, 143
- ⁷ Vgl. Knorr G., Kommunale Krankenhäuser – mit oder ohne Zukunft ?, in: das Krankenhaus 12/2003, 986 ff.
- ⁸ Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein- Westfalen – KHG NRW – vom 16. Dezember 1998, GV.NRW, 696
- ⁹ Vgl. § 1 Abs. 3 Satz 2 KHG NRW.
- ¹⁰ EuGH, Rs. C-280/00, Altmark Trans GmbH, Urteil vom 24. Juli 2003
- ¹¹ Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Bekanntmachung vom 10. April 1991, BGBl I S. 886, zuletzt geändert durch Art. 13 des Gesetzes vom 14. November 2003, BGBl I S. 2190
- ¹² Vgl. Bruckenberger E., Investitionsoffensive für Krankenhäuser?, Hannover 2002, 26.
- ¹³ Vgl. dazu Bruckenberger a. a. O. 26.
- ¹⁴ Gesetz über die Gemeinschaftsaufgabe „Ausbau und Neubau von Hochschulen“ – Hochschulbauförderungsgesetz BGBl I 1969 S. 1556, zuletzt geändert durch Art. 1 V vom 26. August BGBl I S. 3406
- ¹⁵ Bruckenberger a. a. O. 6
- ¹⁶ Flötemann C./Schmidt M., Finanzkrise der Krankenhäuser spitzt sich zu, in: das Krankenhaus 12/2003, 983, 985
- ¹⁷ Vgl. Bruckenberger a. a. O. 23.
- ¹⁸ Bruckenberger a. a. O. 43
- ¹⁹ Neubauer a. a. O. 77 f.
- ²⁰ Dabei geht Neubauer von den Krankenhausaufgaben insgesamt aus, d. h., Ausgaben der öffentlichen und privaten Haushalte, der GKV und PKV, der Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und der Arbeitgeber.
- ²¹ Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999, BGBl I S. 2626
- ²² Bundestagsdrucksache 14/1245
- ²³ Kritisch Bruckenberger a. a. O. 23
- ²⁴ Auf der Grundlage des Gesetzesbeschlusses des Deutschen Bundestages vom 4. November 1999 wurde als erster Schritt zur monistischen Finanzierung die zeitliche Begrenzung der Instandhaltungspauschale für die Finanzierung der großen Instandhaltungsmaßnahmen durch die Krankenkassen aufgehoben. Die Finanzierung der pauschalen Fördermittel über das neue Vergütungssystem sollte ab dem 1. Januar 2003 bis 2008 unter schrittweiser Zurückführung der Finanzierung der Länder erfolgen.
- ²⁵ BGBl I S. 1520
- ²⁶ Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum Diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenänderungsgesetz – FPÄndG) vom 17. Juli 2003, BGBl I S. 1461
- ²⁷ Vom 2. Mai 2002, Bundesrats-Drucksache 398/02 (Beschluss)
- ²⁸ Siehe auch Groß S./Jacobs K./Schulze S./Wasem J., Vertragswettbewerb und die Versorgung mit stationären Leistungen, in: Arnold M./Klauber J./Schellschmidt H., Krankenhausreport 2003, 121, 124
- ²⁹ Kritisch hierzu Bruckenberger E., Wettbewerb und Planung, in: Arnold M./Klauber J./Schellschmidt H., Krankenhausreport 2002, 93 ff.
- ³⁰ Enthält der Krankenhausplan keine oder keine abschließende Festlegung der Bettenzahl oder der Leistungsstruktur des Krankenhauses, werden diese nach § 109 Abs. 1 SGB V durch die Landesverbände der Krankenkasse und Verbände der Ersatzkassen gemeinsam mit den Krankenhausträgern im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ergänzend vereinbart.

-
- ³¹ Einzelne Krankenkassen haben keine Möglichkeit, den Versorgungsvertrag mit einem Plankrankenhaus zu kündigen. Dies können nur alle Kassen gemeinsam und einheitlich und nur unter sehr eingeschränkten Voraussetzungen.
- ³² Siehe auch Neubauer a. a. O. 86.
- ³³ Bundestagsdrucksache 15/1170
- ³⁴ Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz-GMG), Bundestagsdrucksache 15/1525
- ³⁵ So auch Knorr a. a. O. 986
- ³⁶ § 17 b KHG
- ³⁷ Gesetz zur Einführung des Diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG) vom 23. April 2002, BGBl I S. 1412, geändert durch das Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG) vom 17. 7. 2003, BGBl I S. 1461
- ³⁸ Die Deutsche Krankenhausgesellschaft erklärte deshalb am 17. Mai 2002 zunächst das Scheitern der Verhandlungen zu den Abrechnungsregeln und am 24. Juni 2002 zum Optionsmodell insgesamt.
- ³⁹ Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) vom 19. September 2002, BGBl I S. 3674
- ⁴⁰ Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (Fallpauschalenverordnung 2004 – KFPV 2004) vom 13. Oktober 2003, BGBl I S. 1995; vgl. hierzu Tuschen K. H., Fallpauschalenverordnung 2004 in Kraft getreten, in : f&w 6/2003, 566.
- ⁴¹ Beitragssatzsicherungsgesetz vom 23. Dezember 2002, BGBl I, S. 4637; Artikel 1 c des Zwölften Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuches (Zwölftes SGB V-Änderungsgesetz – 12. SGB V-ÄndG) vom 12. Juni 2003, BGBl I S. 844
- ⁴² § 10 Abs. 2 und 4 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)
- ⁴³ Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992, BGBl I S. 2266
- ⁴⁴ Gesetz zur Fortführung des Solidarpaktes, zur Neuordnung des bundesstaatlichen Finanzausgleichs und zur Abwicklung des Fonds „Deutsche Einheit“ (Solidarpaktfortführungsgesetz – SFG) vom 20. Dezember 2001, BGBl I S. 3955

Zum Verhältnis von Sicherstellungsauftrag und Finanzierungspflicht in der Krankenhausbehandlung

*Dr. Ferdinand Felix, Hauptverband der Österreichischen
Sozialversicherungsträger, Wien*

Länderbericht Österreich

Die Anstaltspflege ist einer der größten Ausgabenposten der sozialen Krankenversicherung Österreichs; ein knappes Drittel ihrer Ausgaben wird in diesem Bereich getätigt. Ihre Mitsprache- und Mitwirkungsbefugnisse in diesem Bereich sind jedoch äußerst begrenzt. Im vorliegenden Beitrag soll diese Schere aufgezeigt werden und das Spannungsfeld zwischen den Sicherstellungs- und Finanzierungsaufträgen der Länder und der Sozialversicherungsträger analysiert werden.

- 1. Historische Entwicklung**
- 2. Die Verfassungsrechtslage**
- 3. Einfachgesetzliche Bestimmungen**
 - 3.1. Die Landesfondsfinanzierung
 - 3.2. Öffentliche/landesfondsfinanzierte Krankenanstalten
 - 3.3. Sicherstellungsauftrag; ÖKAP/GGP
- 4. Judikatur**
 - 4.1. OGH
 - 4.2. VfGH
- 5. Die Rolle der Sozialversicherung**
 - 5.1. Ausgabenstruktur
 - 5.2. Finanzmittel/Stimmverteilung
 - 5.2.1. Bundesebene
 - 5.2.1.1. Anteil der SV-Mittel an den Landesfonds
 - 5.2.1.2. Anteil der SV an der gesamten KA-Finanzierung
 - 5.2.1.3. Stimmverteilung in der (Bundes-)Strukturkommission
 - 5.2.2. Oberösterreich
 - 5.2.2.1. Vorstand
 - 5.2.2.2. Landeskommision
 - 5.2.2.3. Einnahmen des Fonds
 - 5.2.3. PRIKRAF

5.2.3.1. Einnahmen

5.2.3.2. Stimmverteilung

6. Betriebsabgangsdeckung

6.1. Wien, Hanusch-Krankenhaus

7. Ausblick: Landesgesundheitsagenturen

8. Literatur

1. Historische Entwicklung

Viele der Themen, die heute diskutiert werden, sind seit Jahren Gegenstand mehr oder weniger heftiger Auseinandersetzungen. So findet sich beispielsweise in der im Jahr 1989 erschienenen Festschrift „100 Jahre Österreichische Sozialversicherung“ ein Beitrag des damaligen Generaldirektors des Hauptverbandes, Hofrat Dr. Dragaschnig, der sich mit der „Finanzierung aus einer Hand“ befasst¹.

Der Ursprung dieser Problematik liegt in der historischen Entwicklung der Finanzierung des Krankenanstaltenwesens, weshalb in einem ersten Schritt ein Blick in die Geschichte geworfen werden soll:

Die Anstaltspflege wurde im 19. Jahrhundert in erster Linie durch die Gemeinden und durch religiöse Orden sichergestellt. Als die ersten Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts auf den Plan traten, finanzierten sie nur die ärztliche Hilfe im niedergelassenen Bereich. Erst in weiterer Folge übernahmen sie auch pauschal Anteile an der Finanzierung der ärztlichen Hilfe in den Krankenhäusern. Damit wurde das duale System der Krankenanstaltenfinanzierung begründet, das bis heute in der österreichischen Rechtsordnung verankert ist.

Bereits die Jahre von 1890 bis zum Beginn des Ersten Weltkrieges waren vom Streit um die Spitals-Verpflegengebühren geprägt², der zwischen den Kassen und ihren Verbänden einerseits und den Statthaltereien der Kronländer andererseits geführt wurde. Hauptstreitpunkte waren:

- Die Heranziehung des auf Joseph II. zurückgehenden Krankenanstaltenfonds für die Errichtung von Spitälern wie etwa das Rudolphspital und das Kaiser Franz Joseph Spital in Wien. Nach Meinung der Kassen hätte dieser Fonds aber nicht zur Finanzierung der Errichtung von Krankenanstalten herangezogen werden dürfen, sondern diente dazu, Bedürftigen eine kostenlose Krankenhausbehandlung angeeignet zu lassen bzw. die Verpflegskosten gering zu halten. Kurzum ging es um die Frage der Aufteilung von Investitions- und Betriebskosten auf verschiedene Rechtsträger; eine Frage, die bis heute nichts an Aktualität verloren hat.
- Die Finanzierung der Kosten des Allgemeinen Krankenhauses in Wien; die Kassen verlangten, dass die Kosten dieses „Reichsspitals“ zur Gänze oder zumindest zum Großteil aus dem Staatsbudget bestritten werden müssten; die Diskussion um den „klinischen Mehraufwand“ der Universitätskliniken im Allgemeinen Krankenhaus bereichert bis heute viele Gespräche zur Krankenanstaltenfinanzierung.

- Für das Jahr 1910 war eine Reform des Krankenanstaltenfonds geplant, die durch eine 3 %ige Erhöhung der direkten Steuern hätte finanziert werden sollen. Diese Reform kam aber nicht zu Stande. Einzig in Niederösterreich wurde bei der Statthaltereiein Spitalsbeirat geschaffen, in dem auch die Kassen und ihre Verbände vertreten waren; bei weitester Interpretation könnte man darin einen Vorläufer der Landesfonds sehen.

2. Die Verfassungsrechtslage

Als der Verfassungsgesetzgeber der 20er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts dieses bestehende System vorfand, schrieb er es in Art. 10 Abs. 1 Z 12 und Art. 12 B-VG fest.

Diese Kompetenzartikel sagen einerseits aus, dass in die Bundeskompetenz hinsichtlich der Heil- und Pflegeanstalten ausschließlich die sanitäre Aufsicht fällt; dass für diesen Bereich aber ansonsten nur eine Grundsatzgesetzgebung des Bundes vorgesehen ist, während die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung den Ländern obliegt.

Gemäß Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG fällt das Sozialversicherungswesen in die Bundeskompetenz.

3. Einfachgesetzliche Bestimmungen

3.1. Die Landesfondsfinanzierung

Den folgenden Ausführungen ist voranzuschicken, dass die Rechtslage in Österreich etwas verwirrend ist. Der Bereich der Anstaltspflege ist derzeit (Jänner 2004) in einem Bundes-Krankenanstaltengesetz (KAKuG) sowie neun Länder-Krankenanstaltengesetzen geregelt. Darüber hinaus wird in den letzten Jahrzehnten regelmäßig zwischen dem Bund und den Bundesländern eine Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG abgeschlossen³. Die derzeit in Kraft stehende Vereinbarung hat eine Laufzeit von 2001 bis 2004; wie die Rechtslage ab 1. Jänner 2005 ausgestaltet sein wird, kann zurzeit nicht vorhergesagt werden. Diese Art. 15 a-Vereinbarung regelt unter anderem die Finanzierung der öffentlichen Anstaltspflege durch Landesfonds⁴. Es wurde ein pauschaliertes Honorierungssystem eingeführt, das an Stelle des bis 1997 in Geltung stehenden Einzelleistungsvergütungssystems auf Tagsatzbasis tritt. Die Sozialversicherungsträger leisten im Jahr 2004 ein (vorläufiges) Pauschale von 3 291 Mio. EUR an neun bei den einzelnen Bundesländern angesiedelte Landesfonds. Dazu kommen noch 84 Mio. EUR an den beim Bund angesiedelten Strukturfonds, sodass für die Anstaltspflege in landesfondsfinanzierten Krankenanstalten von den Sozialversicherungsträgern insgesamt 3 375 Mio. EUR aufgebracht werden⁵. Mit dieser Pauschale sind grundsätzlich alle von den Fondsspitälern erbrachten Leistungen für Sozialversicherte im stationären, halbstationären, tagesklinischen und ambulanten Bereich abgegolten⁶.

3.2. Öffentliche/landesfondsfinanzierte Krankenanstalten

Grundpfeiler der Anstaltspflege in Österreich sind die öffentlichen Krankenanstalten⁷. Das sind solche Krankenanstalten, die neben dem Kriterium der Gemeinnützigkeit weitere Voraussetzungen erfüllen. Bereits als gemeinnützige Krankenanstalten trifft sie die Verpflichtung, ihren Betrieb nicht in Gewinnerzielungsabsicht zu führen⁸, maximal 25 % der Betten in der Sonderklasse zu führen⁹ sowie jeden Anstaltsbedürftigen nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufzunehmen¹⁰. Öffentliche Krankenanstalten trifft darüber hinaus krankenanstaltenrechtlich eine Betriebspflicht¹¹. Sozialversicherungsrechtlich grundsatzgesetzlich sind sie verpflichtet, alle sozial-krankenversicherten Personen, die von einem Krankenversicherungsträger eingewiesen wurden, aufzunehmen und für den Versicherten im Wesentlichen kostenfrei (abgesehen von den sozialversicherungs- bzw. krankenanstaltenrechtlich vorgesehenen Kostenanteilen) in der allgemeinen Gebührenklasse zu behandeln¹². Im Gegenzug haben die Rechts-träger öffentlicher Krankenanstalten ein Anrecht darauf, dass zumindest ihr halber Betriebsabgang aus Landes- bzw. Gemeindemitteln ersetzt wird¹³.

Diese Verpflichtung wurde aber für die Laufzeit der Art. 15 a B-VG-Vereinbarung auf alle landesfondsfinanzierten Krankenanstalten ausgeweitet. Das sind neben – nahezu – allen öffentlichen Krankenanstalten Österreichs auch diejenigen gemeinnützigen Spitäler, die am 31. Dezember 1996 Zuschüsse aus dem KRAZAF erhalten haben¹⁴. Daher finden wir zurzeit diverse Parallelbestimmungen, die der Rechtslage bis zum 31. Dezember 2004 und ab 1. Jänner 2005 Rechnung tragen. Um den Beitrag (einigermaßen) zukunftsicher zu gestalten, sollen daher im Folgenden die Begriffe „landesfondsfinanzierte“ und „öffentliche“ Krankenanstalten synonym verwendet werden.

3.3. Sicherstellungsauftrag; ÖKAP/GGP

Durch das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) verpflichtet auch der (Bundes-)Gesetzgeber¹⁵ die Länder, die Krankenanstaltenpflege für anstaltsbedürftige Personen im eigenen Land entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarungen mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen¹⁶. Das konkret vorzuhaltende Leistungsspektrum ergibt sich aus dem Bundes- und den darauf basierenden Landes-Krankenanstaltenplänen¹⁷. Grundsatzgesetzlich ist weiters angeordnet¹⁸, dass je nach Einwohnerstruktur sowie topographischer und verkehrsmäßiger Verhältnisse eine bestimmte Anzahl an Spitalskategorien wie Standard-, Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten eingerichtet werden muss. Jedes Bundesland hat zumindest eine Schwerpunktkrankenanstalt einzurichten. In jedem Bundesland, dessen Einwohnerzahl eine Million übersteigt, soll zumindest eine Zentralkrankenanstalt errichtet werden.

Dieser Bundes-Krankenanstaltenplan ist ein Bestandteil der Art. 15 a-Vereinbarung; d. h., er wird zwischen dem Bund und den Bundesländern akkordiert, ohne dass die Sozialversicherung (formell) eingebunden wäre. Der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) sieht eine Standort-, Funktions- und Leistungsangebotsplanung von Krankenanstalten vor und enthält weiters eine Planung medizinischer Großgeräte wie Computer- und Magnetresonanztomographen. Die einzelnen Bundesländer haben sich bei der Sicherstellung öffentlicher Anstaltspflege – und damit auch bei der Erstellung ihrer Landeskrankenanstaltenpläne – an den Vorgaben des ÖKAP/GGP zu orientieren¹⁹.

Daher ist der ÖKAP/GGP bzw. der Landes-KAP auch im Bewilligungsverfahren für die Errichtung bzw. für Veränderungen des Leistungsspektrums öffentlicher (Fonds-)Krankenanstalten heranzuziehen.

Gemäß Art. 16 Abs. 4 der Vereinbarung trifft die Länder bzw. die Landesfonds die Verantwortung für die Erfüllung der Sachleistungsverpflichtung durch die Fondsspitäler. Das heißt, die Länder haben eine ausreichende Behandlung der Versicherten in diesen Krankenanstalten sicherzustellen.

4. Judikatur

Die Höchstgerichte hatten sich in den letzten Jahren mehrfach mit dem Umfang des Sicherstellungsauftrages zu befassen.

4.1. OGH

Der OGH hat unlängst in mehreren Entscheidungen ausgeführt, dass, wenn eine Leistung, die zum medizinischen Standard zählt, im Inland nicht zur Verfügung steht, der Versicherte diese Leistung im Ausland in Anspruch nehmen kann und das Land die Verpflichtung trifft, für diese Auslandsbehandlung die Kosten zu übernehmen²⁰.

4.2. VfGH

Der Umfang des Sicherstellungsauftrages beschäftigt den Verfassungsgerichtshof seit Jahren. Bereits im Jahr 1986 hatte er sich mit dem „Wiener Nierenstein-Zentrum“ zu befassen²¹. Anfang der 80er-Jahre wurde die Nierensteinzertrümmerung in Österreich nur an drei Krankenanstalten angeboten; eine davon war das „Wiener Nierenstein-Zentrum“, das am Krankenhaus Lainz eingerichtet wurde. Durch die Einführung des Nierenlithotripter konnten die Behandlungsdauer und die Belastungen für Patienten beträchtlich reduziert werden. Während vorher eine Anstaltspflege von etwa 14 Tagen notwendig war, der ein längerer Krankenstand und anschließend ein Kuraufenthalt folgte, war nunmehr die Behandlung nach einem etwa vier Tage dauernden Krankenhausaufenthalt abgeschlossen.

Dies hatte aber beträchtliche finanzielle Auswirkungen, die vor dem Hintergrund des damals in Geltung stehenden Tagsatzhonorierungssystems zu betrachten sind: Die Kosten blieben insgesamt in etwa gleich; das heißt, innerhalb der vier Tage liefen etwas höhere Kosten auf als zuvor – bei einem herkömmlichen Eingriff – innerhalb des Monate dauernden Heilungsprozesses. Die Kosten des invasiven Eingriffes beliefen sich auf etwa 40 000 ATS. Davon entfielen etwa 10 000 ATS auf die Pflegegebührenersätze durch die Krankenversicherungsträger; etwa 15 000 ATS hatten die Versicherungsträger für die Nachbehandlung und Kur sowie an Krankengeld zu leisten, und etwa 14 000 ATS hatte die Stadt Wien im Rahmen der Betriebsabgangsdeckung aufzubringen.

Allerdings erhielt die Stadt Wien als Rechtsträgerin der Krankenanstalt nunmehr bei Anwendung der nicht invasiven Methode nur mehr knapp 3 500 ATS an Pflegegebühren von den Krankenversicherungsträgern. Den beträchtlichen Mehraufwand der neuen Methode hätte nunmehr die Stadt Wien als Rechtsträgerin des Krankenhauses Lainz zuschießen müssen.

Um dem zu entgehen, entwickelte die Stadt Wien folgende Lösung: Die Nierensteinzertrümmerung wurde in ein – im indirekten Eigentum der Stadt Wien befindliches – Wiener Nierenstein-Zentrum ausgelagert, das im Krankenhaus Lainz angesiedelt war. Dort erfolgte eine Behandlung nur auf Privatrechnung im Ausmaß von 47300 ATS. Davon übernahm die Stadt Wien den bisher von ihr zugeschossenen Betrag von 14000 ATS; die verbleibenden 33300 ATS wurden den Patienten in Rechnung gestellt.

Eine Versicherte der Wr. GKK bezahlte diesen Betrag für ihre Behandlung und forderte ihn anschließend von der Stadt Wien unter Berufung auf § 1042 ABGB wieder zurück. Der VfGH erkannt in diesem Verfahren zu Recht, dass

- einerseits die Errichtung der Sonderkrankenanstalt durch ein Tochterunternehmen der Stadt Wien (um sich vermögensrechtlichen Belastungen zu entziehen) eine unzulässige Umgehung der der Gebietskörperschaft Wien obliegenden Verpflichtung sei, Krankenanstalten bereitzuhalten; dass
- gegenüber Patienten der allgemeinen Gebührenklasse für Behandlungen mit dem vorhandenen Nierenlithotripter nur die Verrechnung von Pflegegebühren nach Maßgabe des § 32 Wr. KAG zulässig sei; und dass
- das Land Wien verpflichtet sei zu bewirken, dass die Klägerin die Behandlung mit dem Nierenlithotripter ohne finanzielle Belastung in Anspruch nehmen könne; weshalb
- das Land Wien zum Aufwandersatz nach § 1042 ABGB verpflichtet sei.

Der VfGH hat in jüngerer Zeit zwei Entscheidungen von Schiedskommissionen bestätigt, die ebenfalls Fragen des Umfangs des Sicherstellungsauftrages zum Inhalt hatten²². In seinem Erkenntnis vom 9. Oktober 2000²³ hat er den Bescheid²⁴ der Schiedskommission nach dem Salzburger KAG zur Feriendialyse in Zell am See bekräftigt. Die Schiedskommission hatte darin zur Frage der Auslagerung ambulanter Hämodialysen aus dem a. ö. Krankenhaus Zell am See an eine private Einrichtung Stellung genommen. Sie hatte in ihrem Bescheid ausgeführt, dass derartige Kosten von den Fondszahlungen umfasst sind und damit durch die Zahlungen der Versicherungsträger an den Landesfonds abgegolten sind. Daher haben die betroffenen Versicherungsträger einen Anspruch darauf, dass ihnen die Aufwände für derartige ausgelagerte Behandlungen gemäß § 1042 ABGB vom Landesfonds ersetzt werden.

Erst kürzlich²⁵ hat der VfGH in einem weiteren Verfahren eine Entscheidung²⁶ der Schiedskommission nach dem Kärntner KAG bestätigt. Gegenstand dieses Verfahrens war die Weigerung einer Krankenanstalt, gynäkologisch-zytologische Abstriche, die von einem niedergelassenen Facharzt eingeschendet wurden, zur Untersuchung anzunehmen, obwohl sie dies in den Jahren zuvor – und insbesondere auch 1996 – durchgeführt hatte. Die Kasse hat daraufhin den Arzt eingeladen, diese Untersuchungen von einem anderen Labor durchführen zu lassen und die dafür aufgewendeten Honorare gegenüber dem Landesfonds geltend gemacht. Die Schiedskommission hat in ihrem Bescheid ausgesprochen, dass diese Vorgehensweise der Krankenanstalt rechtswidrig war. Da es der Landesfonds unterlassen habe sicherzustellen, dass die Rechtsträgerin des Krankenhauses ihren Verpflichtungen nachkommt, habe er den betroffenen Versicherungsträgern die Honorarmehraufwände zu ersetzen.

Der VfGH hat diese Entscheidung bestätigt und insbesondere ausgeführt:

Es ist daher als rechtswidrig zu beurteilen, wenn eine Fondskrankenanstalt sich weigert, von einem bestimmten niedergelassenen Arzt Aufträge zur Erbringung von Laborleistungen auf Rechnung der Sozialversicherung entgegenzunehmen, die von der LKF-Vereinbarung umfasst sind. Eine solche Vorgehensweise hat nämlich zur Folge, dass die notwendige medizinische Versorgung anderweitig sichergestellt werden muss, sodass dem jeweiligen Träger der sozialen Krankenversicherung – über seinen im Rahmen des Pauschalbeitrags zur Krankenanstaltenfinanzierung (§ 447 f, insbesondere Abs. 9, ASVG idF des Art. I des 2. Sozialrechts-Änderungsgesetzes 1996, BGBl Nr 764/1996, sowie der 55. Novelle zum ASVG, BGBl I Nr 138/1998) geleisteten Beitrag hinaus – zusätzliche Kosten entstehen können.

5. Die Rolle der Sozialversicherung

Wir bewegen uns hier somit in dem Spannungsfeld, dass einerseits das Krankenanstaltenwesen in weiten Bereichen Landessache ist und dass die Länder verpflichtet sind, die erforderlichen Strukturen vorzuhalten; dass aber andererseits die Anstaltspflege eine Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung darstellt²⁷ und daher die Versicherungsträger gehalten sind, sich an den Behandlungskosten zu beteiligen.

5.1. Ausgabenstruktur

Daher ist die Anstaltspflege auch einer der wichtigsten Ausgabenposten für die soziale Krankenversicherung; auf sie entfielen im Jahr 2002 3 040 Mio. EUR²⁸; das entspricht 29,8 % der gesamten Versicherungsleistungen und 35 % der Beitragseinnahmen der KV. Sie ist damit der größte Ausgabenposten der sozialen Krankenversicherung.

	in Mio. EUR	in %
Versicherungsleistungen	10 154	100,00
Ärztliche Hilfe	2 656	26,16
Heilmittel	2 196	21,63
Heilbehelfe/Hilfsmittel	224	2,21
Zahnbehandlung/-ersatz	688	6,78
Anstaltspflege	3 028	29,82
Med. Hauskrankenpflege	11	0,11
Krankengeld	362	3,57
Mutterschaftsleistungen	449	4,42
Gesundheitsfestigung/ medizinische Rehabilitation	247	1,45
Früherkennung von Krankheiten	81	0,80
Transportkosten	155	1,53
Sonstige Leistungen	57	0,56

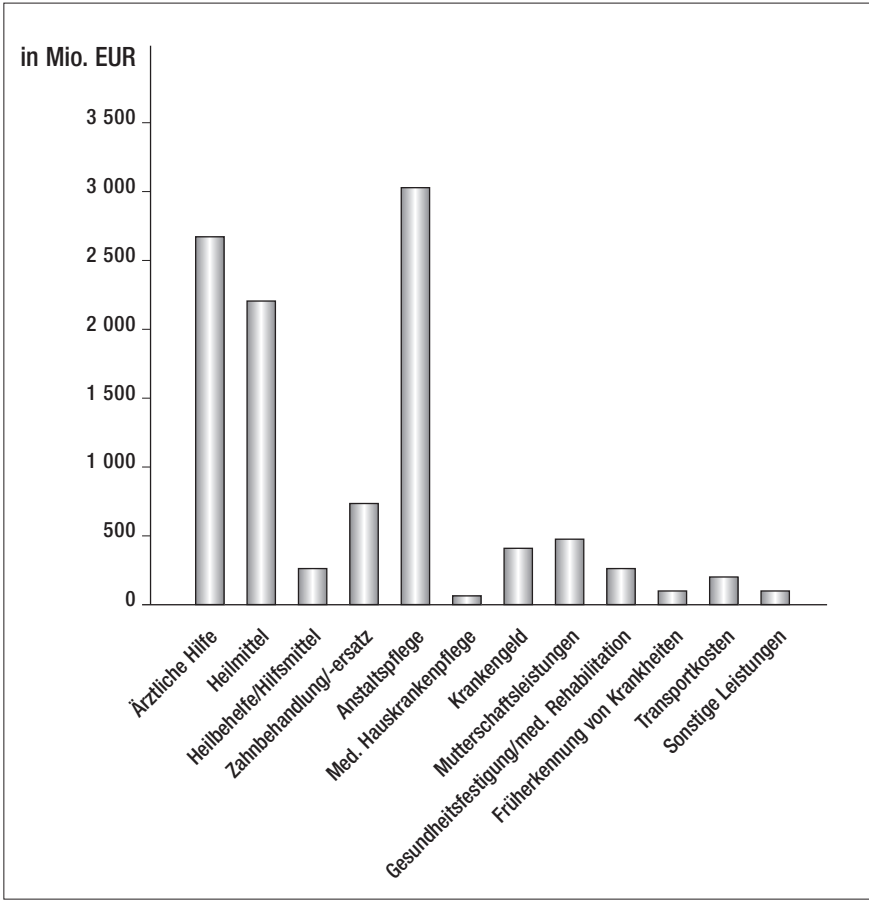


Abbildung 1
Ausgabenstruktur der sozialen Krankenversicherung

5.2. Finanzmittel/Stimmverteilung

5.2.1. Bundesebene

5.2.1.1. Anteil der SV-Mittel an den Landesfonds

Werfen wir nun einen Blick auf die Verteilung der Gesamtmittel für die Dotierung der Landesfonds, so ergab sich im Jahr 2001 folgendes Bild²⁹:

Zahler	absolut in Mio. EUR	in %
insgesamt	3 709	100,00
SV	2 985	80,47
Bund	467	12,60
Länder	153	4,13
Gemeinden	104	2,80

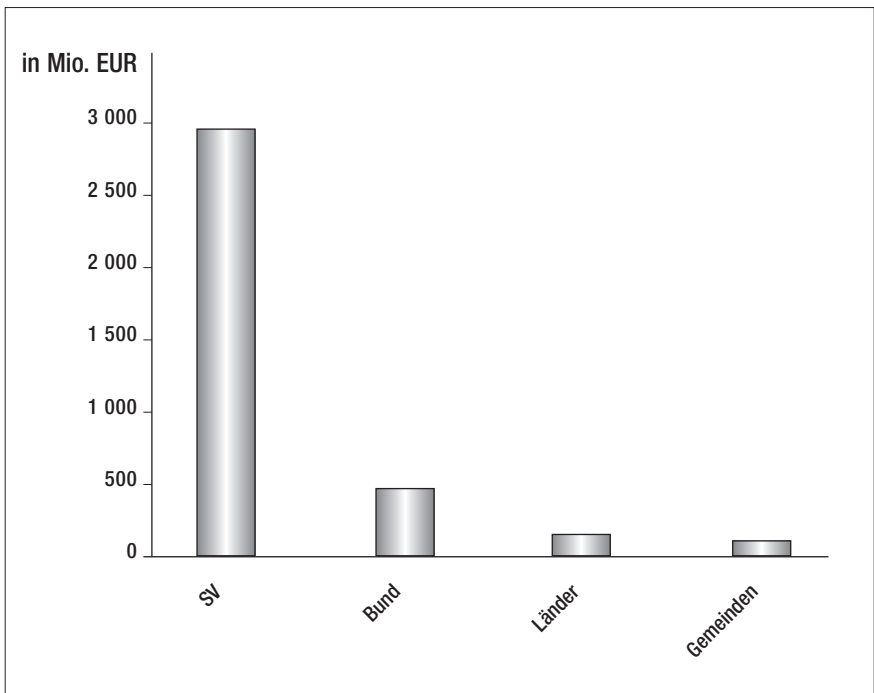


Abbildung 2
Verteilung der SV-Mittel für die Dotierung der Landesfonds

Das heißt, auf die Sozialversicherung entfällt der Löwenanteil an der Finanzierung im Ausmaß von 80,5 % der gesamten Fondsmittel.

Im Jahr 2004 leisten die Sozialversicherungsträger insgesamt einen vorläufigen Pauschalbetrag von 3,375 Mrd. EUR sowie weiters 83,5 Mio. EUR an den Strukturfonds; insgesamt somit rund 3,291 Mrd. EUR für die Anstaltspflege in landesfondsfinanzierten Krankenanstalten³⁰.

5.2.1.2. Anteil der SV an der gesamten KA-Finanzierung

Darüber hinaus leisten die Länder und Gemeinden noch weitere Mittel für die Anstaltspflege; so insbesondere im Rahmen der so genannten „Betriebsabgangsdeckung“, auf die weiter unten noch genauer eingegangen werden wird. Aktuelle Zahlen sind dazu leider nicht verfügbar. Die neueste umfassende Übersicht konnte einem Rechnungshofbericht³¹ aus dem Jahr 2000 entnommen werden. Demnach stellte sich im Jahr 1998 die Situation für den Bereich der öffentlichen Krankenanstaltenfinanzierung wie folgt dar:

Zahler	absolut in Mio. EUR	in %
insgesamt	5 399	100,00
Sozialversicherung	2 820	52,23
Länder	1 957	36,25
Bund	482	8,93
Gemeinden	109	2,02
Sonstige	31	0,57

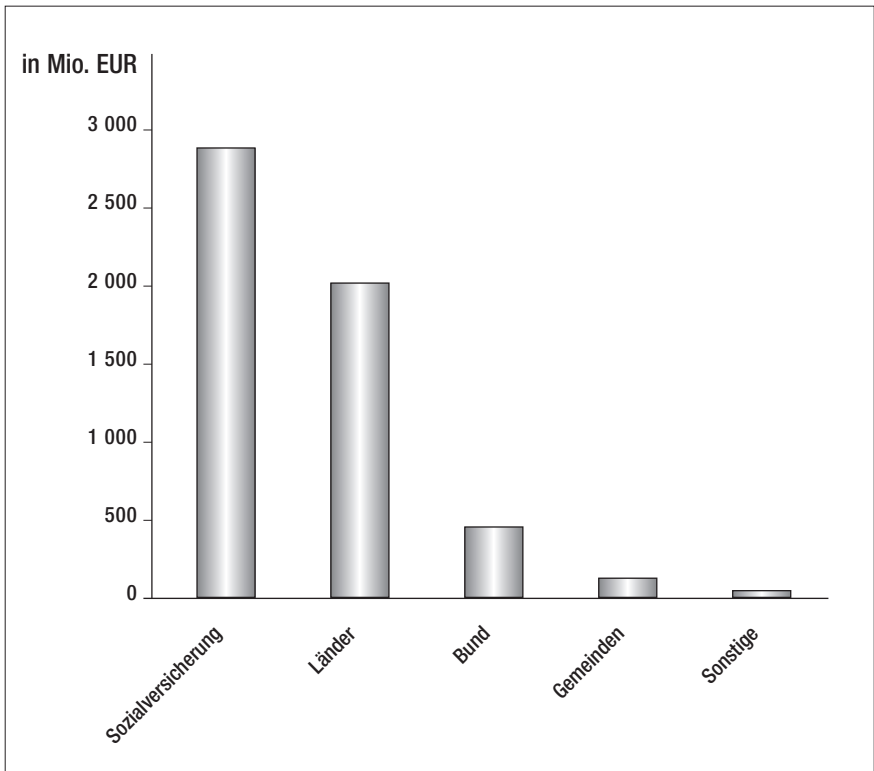


Abbildung 3
Finanzierung der öffentlichen Krankenanstalten – Jahr 1998

5.2.1.3. Stimmverteilung in der (Bundes-)Strukturkommission

Diese Mittelaufbringung findet aber keinerlei Niederschlag in den Mitspracherechten der einzelnen Finanziers.

Die Zusammenarbeit zwischen dem Bund, den Ländern und der Sozialversicherung ist in einer Vereinbarung nach Art. 15 a B-VG geregelt. Die derzeit gültige Vereinbarung wurde im Jahr 2001 mit einer Laufzeit bis Ende 2004 abgeschlossen³². Gemäß Art. 26 dieser Vereinbarung ist eine Strukturkommission eingerichtet, die als das höchste Entscheidungsgremium in Fragen der Entwicklung des Krankenanstaltenwesens bezeichnet werden kann. In dieser Kommission besteht eine Bundesmehrheit³³; konkret sieht dort die Sitz- und Stimmverteilung wie folgt aus³⁴:

Entsender	Sitze	Stimmen	
		absolut	in %
Insgesamt	27	41	100,00
Bund	7	21	51,22
Länder	9	9	21,95
Hauptverband	6	6	14,63
Städte- und Gemeindebund	2	2	4,88
Bischofskonferenz	1	1	2,44
Patientenrechtsvereinigung	1	1	2,44
Ärztammer	1	1	2,44

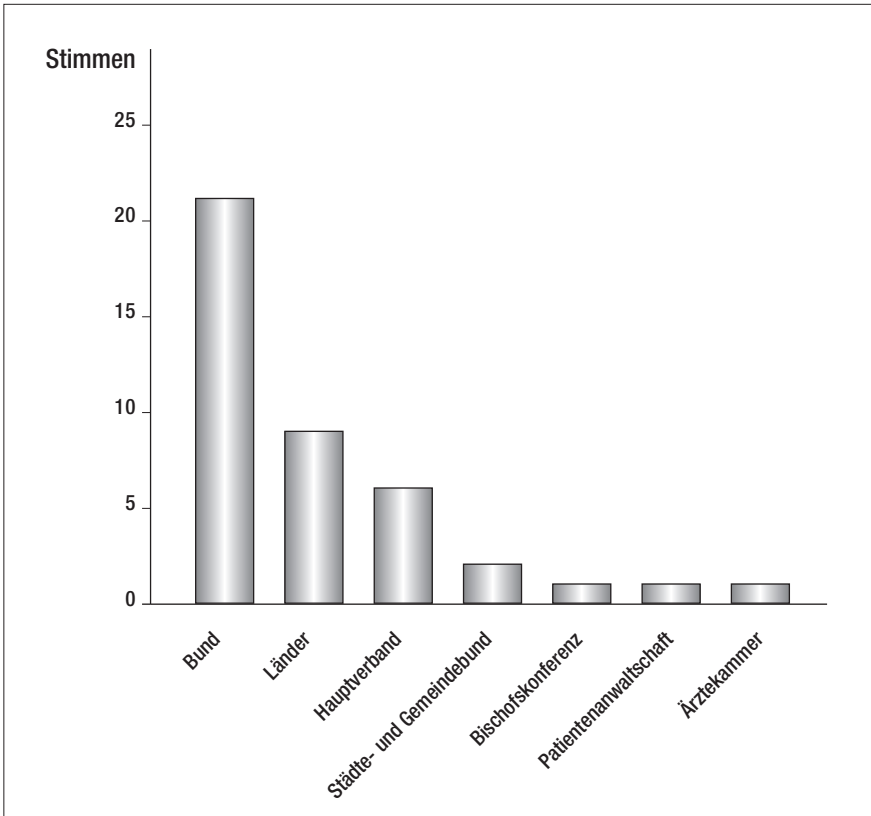


Abbildung 4
Stimmverteilung in der (Bundes-)Strukturkommission – insgesamt 41 Stimmen

Ein Vergleich der Stimmverteilung mit der Mittelaufbringung ergibt sohin, dass die Zahlungsströme keinerlei Niederschlag in der Stimmengewichtung innerhalb der Strukturkommission finden.

5.2.2. Oberösterreich

Zum Teil noch extremer stellt sich dieser Befund in den einzelnen Landeskommissionen dar. So sei exemplarisch auf die Situation im Bundesland Oberösterreich³⁵ verwiesen:

5.2.2.1. Vorstand

Der Oberösterreichische Krankenanstaltenfonds verfügt über einen Vorstand, dem ausschließlich drei Mitglieder der Landesregierung³⁶ angehören.

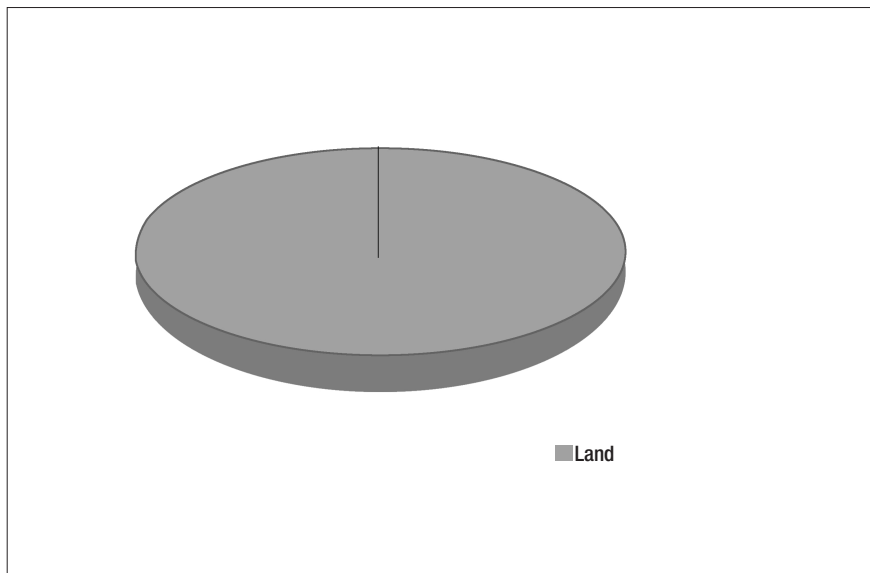


Abbildung 5
Vorstand des Oö. Krankenanstaltenfonds – insgesamt 3 Mitglieder

Diesem Vorstand kommen durch eine Generalkompetenz umfassende Agenden zu, so ist er insbesondere zu Entscheidungen in folgenden Angelegenheiten berufen³⁷:

- Abgeltung von stationären und ambulanten Leistungen der Krankenanstalten für inländische sozialversicherte Patienten
- Abrechnung der Kosten für die Erbringung von Leistungen für ausländische Gastpatienten aufgrund von SV-Abkommen
- Genehmigung von Neu-, Zu- und Umbauten
- Genehmigung der Anschaffung von medizinisch-technischen Großgeräten
- Gewährung von Investitionszuschüssen und Strukturmitteln
- Überprüfung der Datenqualität der Diagnosen- und Leistungsdokumentation
- Erlassung von verbindlichen Richtlinien für alle Fondskrankenanstalten
- Genehmigung des Voranschlags und des Rechnungsabschlusses des Oberösterreichischen Krankenanstaltenfonds

Diesem Vorstand sind somit Themen übertragen, die von einer beträchtlichen, auch finanziellen Bedeutung sind. In diesem Vorstand ist die Sozialversicherung aber nicht vertreten. Der Vorstand hielt 2002 sechs Sitzungen ab.

5.2.2.2. Landeskommision

Die Landeskommision setzt sich wie folgt zusammen³⁸:

Entsender	Sitze	in %
Summe	15	100,00
Abteilung Sanitäts- und Veterinärrecht	3	20,00
Abteilung Landessanitätsdirektion	2	13,33
Finanzabteilung	3	20,00
Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals AG	1	6,67
Oberösterreichischer Städtebund	1	6,67
Oberösterreichischer Gemeindebund	1	6,67
Bischöfliches Ordinariat und evangelische Superintendentur	1	6,67
Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen	1	6,67
Stadt Linz	1	6,67
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger	1	6,67

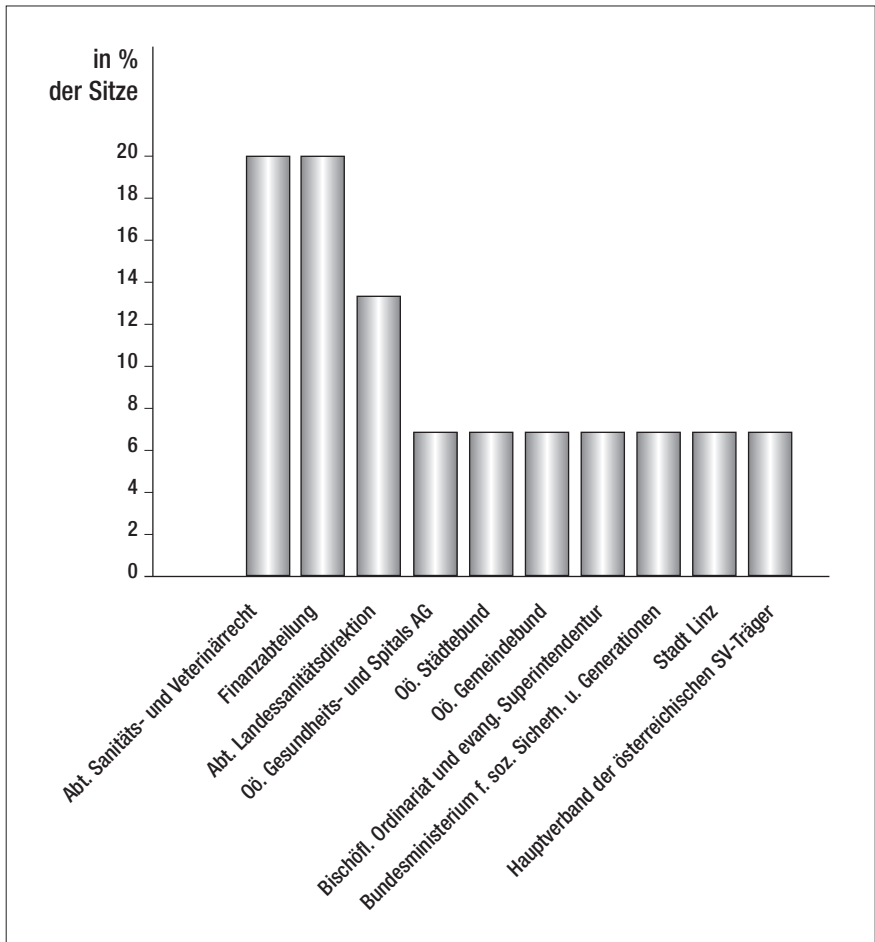


Abbildung 6
Zusammensetzung der Landeskommission – prozentuale Anteile

Die Landeskommission hielt 2002 eine (!) Sitzung ab.

5.2.2.3. Einnahmen des Fonds

Dem standen im Jahr 2002 folgende Einnahmen des Fonds³⁹ entgegen, wobei nur die wichtigsten Einnahmenposten gesondert angeführt sind:

Zahler	Gesamt	in %
Summe in Mio. EUR	1 090 928 996	100,00
Beiträge der Sozialversicherung	532 188 539	48,78
Beiträge des Landes zum Betriebsabgang der Fonds-Krankenanstalten	344 454 200	31,57
Umsatzsteuer-Anteile	67 443 587	6,18
Fix-Beiträge des Bundes	38 338 878	3,51
Beitrag des Bundes nach dem Beihilfengesetz (GSBG)	80 978 037	7,42
Sonstige Einnahmen	27 525 725	2,52

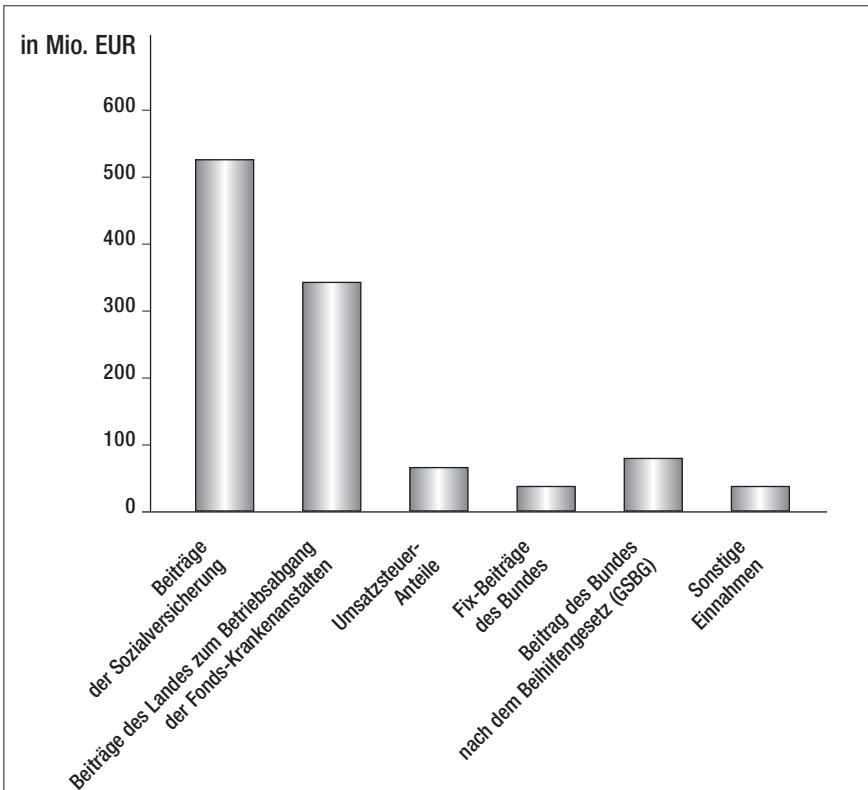


Abbildung 7

Einnahmen des oö. Krankenanstaltenfonds – Jahr 2002

Das Land bringt knapp ein Drittel der Mittel des Landesfonds auf, dafür steht ihm in der Fondskommission über die Hälfte der Stimmen zu und stellt es die einzigen Vertreter im Vorstand; die Sozialversicherung finanziert des Fonds etwa zur Hälfte; in der Fondskommission hat der Hauptverband eine Stimme und ist die Sozialversicherung im Vorstand überhaupt nicht vertreten.

Jeder weitere Kommentar zu diesem Verhältnis erübrigt sich meines Erachtens. Dies vor allem dann, wenn man sich die Ausführungen des Herrn Bundesministers Dr. Bartenstein in der parlamentarischen Debatte zur Hauptverbandsreform vor Augen hält⁴⁰. Er hat darin zur paritätischen Neugestaltung der Gremien des Hauptverbandes ausgeführt, dass eine paritätische Finanzierung der Sozialversicherung auch eine paritätische Vertretung in den Selbstverwaltungskörpern bedingen muss.

5.2.3. PRIKRAF

Noch krasser stellt sich dieses Verhältnis beim Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds dar. Dem PRIKRAF ist die Finanzierung der Sozialversicherungsleistungen in insgesamt 48 Privatspitälern übertragen⁴¹, wobei dieser Fonds von den Krankenversicherungsträgern mit einem Pauschale⁴² von rund 72,7 Mio. EUR dotiert wird.

5.2.3.1. Einnahmen

Dieser Fonds wird nahezu ausschließlich durch Zahlungen der Sozialversicherungsträger dotiert. Der Jahresvoranschlag des PRIKRAF für das Jahr 2002⁴³ sieht folgende Einnahmenstruktur vor:

	Gesamt	in %
Summe in EUR	73 401 561	100,00
Sozialversicherungsträger	71 219 376	97,03
Kostenbeteiligungen	1 453 457	1,98
Erstattungsbeträge ausländischer Versicherungsträger	726 728	0,99
Vermögenserträge	1 000	
Sonstige Mittel	1 000	

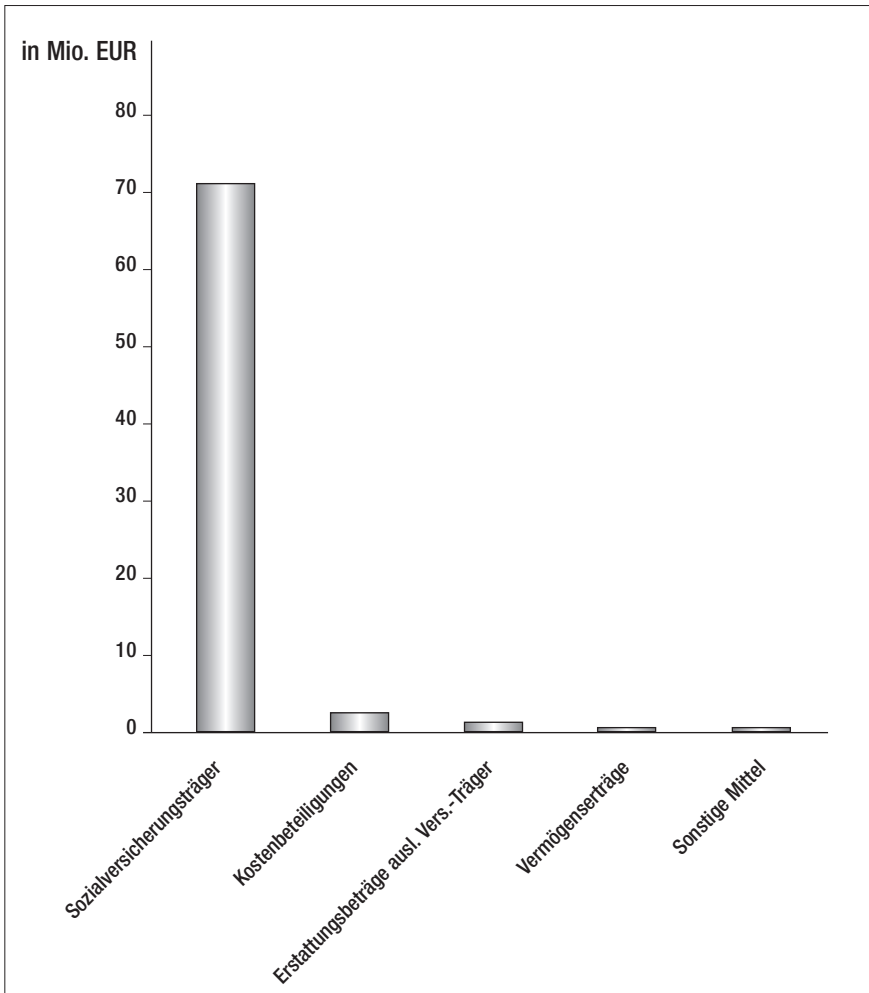


Abbildung 8
Einnahmen des PRIKRAF – Jahr 2002

Die tatsächliche Mittelaufbringung ergab für 2002 sogar noch einen höheren Anteil der Sozialversicherungsträger⁴⁴.

5.2.3.2. Stimmverteilung

Die Sitzverteilung⁴⁵ in der Fondskommission des PRIKRAF stellt sich wie folgt dar:

	Gesamt	in %
Summe	10	100
WKÖ	5	50
Hauptverband	2	20
BMSG	2	20
BMF	1	10

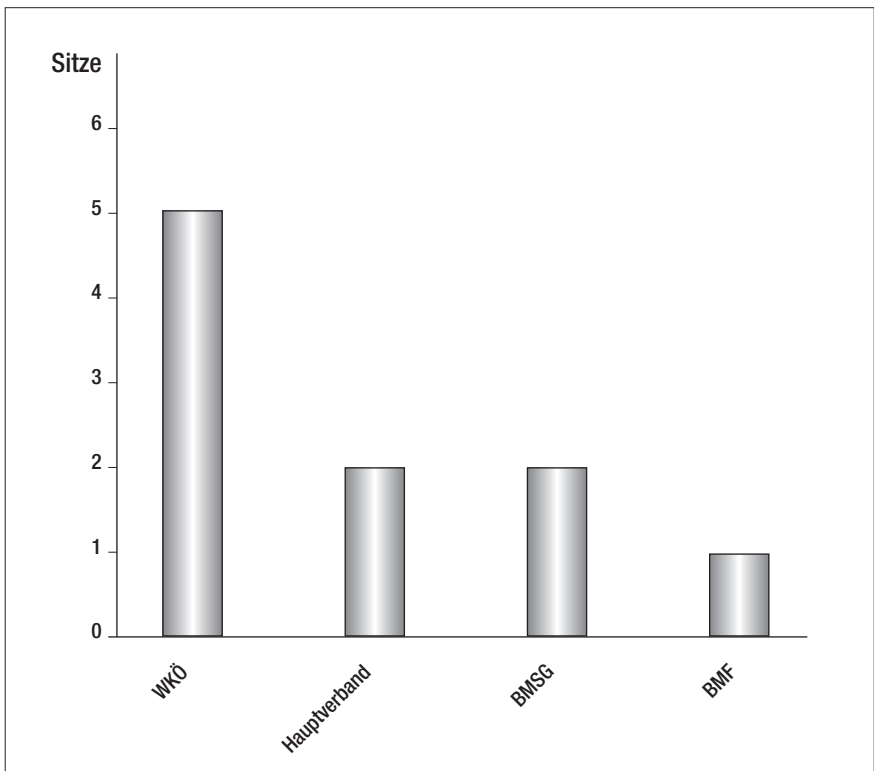


Abbildung 9
Sitzverteilung in der Fondskommission des PRIKRAF

Das heißt, in der Fondskommission verfügen die Leistungsempfänger über 50 % der Stimmen, die Zahler über 20 %. Und dies, obwohl die vom PRIKRAF finanzierten Privatspitäler – im Unterschied zu den landesfondsfinanzierten öffentlichen und gemeinnützigen Krankenanstalten – keinerlei krankenanstaltenrechtlicher Sicherstellungsauftrag trifft.

Als Begründung für das Übergewicht der Länder in den Landeskommissionen wird nämlich häufig vorgebracht, dass die – beträchtlichen – Zahlungen der Sozialversicherungsträger zu den Landesfonds gedeckelt sind und die Länder im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages für öffentliche Anstaltspflege darüber hinaus beträchtliche weitere Zahlungen zur Sicherstellung der Anstaltspflege leisten müssen. Dieses Argument kann zur Begründung der Mehrheit der Wirtschaftsvertreter in der Fondskommission des PRIKRAF sicherlich nicht herangezogen werden.

6. Betriebsabgangsdeckung

Jedoch sei abschließend der Hinweis erlaubt, dass auch das Feld der Deckung des Betriebsabganges nicht friktionsfrei abläuft.

6.1. Wien, Hanusch-Krankenhaus

So sei exemplarisch auf das derzeit aktuelle Problem der Deckung des Betriebsabganges des Hanusch-Krankenhauses der Wiener Gebietskrankenkasse verwiesen. Die Wiener GKK betreibt als einzige österreichische Krankenkasse ein Schwerpunkt-krankenhaus mit Öffentlichkeitsrecht, das Hanusch-Krankenhaus. Als Trägerin einer öffentlichen Krankenanstalt hat die Kasse bundesgesetzlich Anspruch darauf, dass zumindest der halbe Betriebsabgang des Hanusch-Krankenhauses aus Landes- bzw. Gemeindemitteln getragen wird⁴⁶. Das Wr. KAG sieht aber nunmehr – im Widerspruch zu der bundesgrundsatzgesetzlichen Regelung – vor, dass der Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds zum Betrieb öffentlicher Krankenanstalten, deren Rechtsträger nicht die Stadt Wien ist, einen Beitrag in der Höhe von nicht einmal 50 % des Betriebsabganges leistet⁴⁷. Bei der Ermittlung des Betriebsabganges ist nämlich jener Aufwand außer Acht zu lassen, der für Fremdpatienten, die in einem anderen Bundesland ihren Hauptwohnsitz haben, anfällt⁴⁸.

Diese Bestimmung korreliert mit einer anderen Norm des Wr. KAG, die die Aufnahmeverpflichtung öffentlicher Krankenanstalten in Wien auf Wiener Landesbürger einschränkt⁴⁹. (Gewisse Ausnahmen bestehen für Fremde und unabweisbare Patienten.) Diese Bestimmung steht in einem eindeutigen Widerspruch zur bereits eingangs angesprochenen 15 a-Vereinbarung, die von einer Gleichbehandlung aller Inländer ausgeht. Das erschließt sich insbesondere aus Art. 32 Abs. 1 der Vereinbarung, wonach für inländische Gastpatienten keine über die Abgeltung durch die Landesfonds hinausgehende Entschädigung geleistet wird. Diese Bestimmung impliziert ebenso, dass auch bei der Ermittlung des Betrages für die Betriebsabgangsdeckung kein Unterschied nach der Herkunft des Patienten gemacht werden darf. Dem Vernehmen nach soll daher diese Bestimmung für die Laufzeit der Art. 15 a-Vereinbarung durch einen Landtagsbeschluss sistiert worden sein.

Die Bestimmung zur Deckung nicht einmal des halben Betriebsabganges ist jedenfalls nach wie vor aufrecht und steht nicht in Einklang mit der bundesgrundsatzgesetzlichen Vorgabe des § 34 Abs. 1 KAKuG; nach dieser Bestimmung hat die Landesgesetzgebung vorzusehen, dass zumindest der halbe Betriebsabgang aus Landes- bzw. Gemeindemitteln abgedeckt wird.

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass Rechtsträger der meisten anderen öffentlichen Krankenanstalten in Wien die Stadt Wien ist und mit den Rechtsträgern der Ordensspitäler Subventionsvereinbarungen bestehen, die de facto eine volle Betriebsabgangsdeckung vorsehen, erscheinen diese Bestimmungen nicht höchstgerichtlich bestandfest.

7. Ausblick: Landesgesundheitsagenturen

Mit Ablauf des Jahres 2004 endet die Laufzeit der derzeit aktuellen Vereinbarung nach Art. 15 a B-VG sowie vieler der hier vorgestellten krankenanstaltenfinanzierungsrechtlichen Bestimmungen. Wie die Regelungen des Jahres 2005 und der Folgejahre ausgestaltet werden, kann zurzeit keinesfalls vorhergesagt werden. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die heutige Diskussion zur Zukunft des Gesundheitswesens wieder vom Begriff „Finanzierung aus einer Hand“ geprägt wird. In den nächsten Wochen sollen die Vorschläge der Frau Bundesministerin für Gesundheit und Frauen zur Schaffung von Landesgesundheitsagenturen präsentiert werden; heute über deren mögliche Ausgestaltung reden zu wollen, hieße Kaffeesud zu lesen oder einen Blick in die Kristallkugel zu riskieren. Jedenfalls steht zu hoffen, dass in diesen Landesagenturen auch den Zahlungsströmen Rechnung getragen wird und sich die Stimmenverhältnisse an den aufgebrachten Mittelzuflüssen orientieren.

8. Literatur

Binder, Das Leistungsrecht der Krankenversicherung, in: Tomandl, System des österreichischen Sozialversicherungsrechts, Wien, idF 15 Lieferung, 2003

Dragaschnig, 1889-1989-2089 Streiflichter, in: Rudolf (Hrsg.), 100 Jahre österreichische Sozialversicherung, Wien, 1989

Felix, Zum Umfang des Sicherstellungsauftrages für öffentliche Anstaltspflege, ASoK 2002, 151 ff.

Felix, Nochmals: Zum Umfang des Sicherstellungsauftrages für öffentliche Anstaltspflege, ASoK 2002, 266 ff.

Froschauer, Angebotsverpflichtungen öffentlicher Krankenanstalten unter besonderer Berücksichtigung krankenhausfinanzierungs- sowie sozialversicherungsrechtlicher Aspekte, SozSi 12/2003, 552 ff.

Grillberger, Krankenanstalten, in: Grillberger/Mosler, Europäisches Wirtschaftsrecht und soziale Krankenversicherung, Wien, 2003, 481 ff.

Hofmeister, Die Verbände in der österreichischen Sozialversicherung, Wien, 1989

Maksimovic, Neuregelung der Krankenanstaltenfinanzierung ab 2001, *SozSi* 2001, 5 ff.

Radner, Haslinger, Reinberg, Radner, Krankenanstaltenrecht, Loseblattsammlung, Linz, idF 72 Lieferung 2003

Selb-Schrammel, Die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zueinander und zu Dritten, in: Tomandl, System des österreichischen Sozialversicherungsrechts, Wien, idF 15 Lieferung, 2003

Tumler/Weiss, Wer soll das bezahlen? Die Finanzierung der Anstaltspflege bei Auslandsüberstellung, *SozSi* 2002, 450 ff.

- ¹ Dragaschnig, Streiflichter, 95 ff.
- ² Siehe dazu ausführlich Hofmeister, Verbände, 62 f.
- ³ Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, BGBl I 2002/60
- ⁴ Siehe dazu ausführlich Maksimovic, Neuregelung.
- ⁵ Beschluss des Verwaltungsrates des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 18. Dezember 2003
- ⁶ Art. 16 Abs. 1 Vereinbarung; § 447 f. Abs. 8 ASVG
- ⁷ § 15 KAKuG
- ⁸ § 16 lit. a KAKuG
- ⁹ § 16 lit. g KAKuG
- ¹⁰ § 16 lit. b KAKuG
- ¹¹ § 15 KAKuG
- ¹² § 148 Z 9 ASVG
- ¹³ § 34 Abs. 1 KAKuG
- ¹⁴ Art. 2 Art. 15 a-Vereinbarung
- ¹⁵ § 18 Abs. 1 KAKuG
- ¹⁶ Siehe dazu ausführlich Froschauer, SozSi 12/2003, insbesondere 555 f. zu den Vorhalteverpflichtungen.
- ¹⁷ § 18 Abs. 1 KAKuG
- ¹⁸ § 18 Abs. 2 KAKuG
- ¹⁹ § 18 Abs. 1 KAKuG
- ²⁰ OGH 29. 3. 2001, 2 Ob 60/01 i; vgl. dazu Tumler/Weiß, Auslandsüberstellung, und Felix, Sicherstellungsauftrag
- ²¹ VfGH vom 24. Juni 1986, A 16/85, Slg Nr. 10 933
- ²² Siehe dazu ausführlich Froschauer, Anstaltspflege, 563 f.
- ²³ B 1824/99, Slg. Nr. 15 972
- ²⁴ B v 6. 10. 1999, ZI 9-1228/27-1999
- ²⁵ E v 23. 9. 2003, B 667/03-6
- ²⁶ B v 10. 12. 2002, ZI 14-Ges-743/1/03
- ²⁷ § 144 ff ASVG
- ²⁸ HVB Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2003, 49
- ²⁹ BMGF und Verbindungsstelle der Bundesländer, Krankenanstaltenstatistik für die Jahre 1997 bis 2001, 33
- ³⁰ Beschluss des Verwaltungsrates des Hauptverbandes gemäß § 447 f. ASVG am 18. 12. 2003
- ³¹ Rechnungshof; Reihe Bund 2000/4, Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes: Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 7 ff.
- ³² „Vereinbarung gem Art. 15 a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung“ BGBl I 2002/60
- ³³ Art. 26 Abs. 3 15 a-Vereinbarung
- ³⁴ § 59 f KAKuG
- ³⁵ Geschäftsbericht 2002 der Landeskommission; abrufbar im Internet unter <http://www.ooe.gv.at/gesundheit/kraf/fachinf/gb2002.pdf>, abgerufen am 9. 1. 2004
- ³⁶ Geschäftsbericht, 8, § 5 Abs. 1 Oö Krankenanstaltenfondsgesetz
- ³⁷ Geschäftsbericht, 9, § 5 Abs. 3 Oö Krankenanstaltenfondsgesetz
- ³⁸ Geschäftsbericht, 10, § 6 Oberösterreichisches Krankenanstaltenfondsgesetz
- ³⁹ Geschäftsbericht, 23
- ⁴⁰ Stenographisches Protokoll der 76. Sitzung der XXI. Gesetzgebungsperiode, 58, abgerufen im Internet am 13. Jänner 2004: http://www.parlinkom.gv.at/pd/pm/XXI/NRSP/NRSP_076/076_05.8.html; am 26. Jänner 2004 abgerufen: http://www.parlament.gv.at/pd/steno/PG/DE/XXI/NRSITZ/NRSITZ_00076/SEITE_0058.html?P_PM=SEITE_0058

- ⁴¹ § 2 PRIKRAF – G, BGBl I Nr. 42/2002
- ⁴² § 149 Abs. 3 ASVG
- ⁴³ PRIKRAF, Jahrbuch 2003, Geschäftsbericht 2002, Wien 2003, 23
- ⁴⁴ Noch nicht veröffentlicht
- ⁴⁵ § 3 Abs. 1 PRIKRAF – VO, BGBl II Nr. 145/2002
- ⁴⁶ § 34 KAKuG
- ⁴⁷ § 56 Abs. 2 Wr. KAG
- ⁴⁸ § 56 Abs. 3 Wr. KAG
- ⁴⁹ § 36 Abs. 2 Wr. KAG

Grundversorgung und Zusatzleistungen im Bereich der Krankenhausbehandlung

Walter Langenecker, AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, München

Länderbericht Deutschland

I. Einleitung

In der täglichen Praxis treten zwischen den Krankenhäusern einerseits und den Krankenkassen andererseits bei der Vergütung der Krankenhausleistungen durch Fallpauschalen (auch Zusatzentgelte/ergänzende Entgelte) oder durch die vereinbarten Pflegesätze wiederholt Meinungsverschiedenheiten auf. Diese Unterschiede ergeben sich neben vielen Auslegungsgrundsätzen auch durch Beurteilungsspielräume, wobei u. a. folgende Fragen relevant werden können:

- Welche Leistungen gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen?
- Welche Leistungen sind mit den Vergütungen für allgemeine Krankenhausleistungen abgegolten?
- Welche Leistungen zählen zu den Wahlleistungen?
- Welche Leistungen können vom Krankenhaus als Wahlleistungen angeboten werden und sind gegenüber dem Patienten gesondert berechnungsfähig (auch in welcher Höhe)?

Die folgenden Ausführungen sollen sich mit derartigen Fragen und deren Problemstellungen im Allgemeinen und im Speziellen befassen. Grundlage dafür bilden die Bundespflegesatzverordnung – BpflV – (idF des GKV-Modernisierungsgesetzes 2003 – GMG) sowie das Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG – als Teil des Fallpauschalengesetzes. Das KHEntgG konkretisiert in § 7 das neue pauschale DRG-Vergütungssystem (vgl. auch § 11 BpflV).

II. Krankenhausleistungen

Der Gesetzgeber hat in § 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG (wortgleich: § 2 Abs. 1 BpflV) die Krankenhausleistungen (vollstationäre und teilstationäre Leistungen) definiert. Danach setzen diese sich aus den

- allgemeinen Krankenhausleistungen sowie den
- Wahlleistungen

zusammen. Nicht zu den Krankenhausleistungen gehören dagegen u. a. die Leistungen der Belegärzte sowie der Beleghebammen und der Belegentbindungspfleger (§ 2 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG).

In der Praxis ist es oftmals von Bedeutung, wie Umfang und Inhalt der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistungen zu beurteilen sind.

1. Allgemeine Krankenhausleistungen

Die allgemeinen Krankenhausleistungen sind in § 2 Abs. 2 BpflV/KHEntgG definiert. Nach Satz 1 a. a. O. sind die Leistungen des Krankenhauses den allgemeinen Krankenhausleistungen zuzuordnen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Damit ist klargestellt, dass diese alle Leistungen eines Krankenhauses umfassen, die nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten für dessen Versorgung notwendig und zweckmäßig sind. Mithin sind die allgemeinen Krankenhausleistungen diejenigen Leistungen, die den diesbezüglichen, gleich lautenden Vorgaben des Gesetzgebers im Sozialgesetzbuch V (§§ 2, 12, 70 SGB V) entsprechen.

Erfordert die Art und Schwere der Erkrankung des Patienten beispielsweise die besonderen Erfahrungen und Fähigkeiten eines bestimmten Arztes in dem Krankenhaus, in dem er stationär behandelt wird (z. B. des chirurgischen Chefarztes, der auf bestimmte Eingriffe spezialisiert ist), so kann dessen „Tätigwerden“ nicht davon abhängig gemacht werden, dass der Patient außerhalb des „Sachleistungsprinzips“ dafür ein gesondertes Honorar zu zahlen hat. Dadurch ist allerdings nicht ausgeschlossen, dass die Leistung eben dieses Chefarztes bei einer entsprechenden vorherigen Vereinbarung als wahlärztliche Leistung gesondert gegenüber dem Patienten berechnet werden kann.

a) Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses

Die „Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses“ im Sinne der Vorschrift (§ 2 Abs. 2 Satz 1 BpflV/KHEntgG) bedeutet, dass die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung durch Leistungsstruktur und Leistungsniveau des einzelnen Krankenhauses entsprechend seiner Versorgungsaufgaben und seines Versorgungsauftrages begrenzt ist und deshalb nicht unabhängig davon beurteilt werden kann. Daraus folgen entsprechend unterschiedliche Anforderungen an Art und Umfang der Versorgung.

Bekräftigend dürfte dahinter auch eine allgemeine Inhaltsbestimmung des Vergütungsrechts von Krankenhausleistungen stehen. Danach sind Entgelte nur für allgemeine Krankenhausleistungen zu berechnen, die ein Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrages, also innerhalb des Versorgungsauftrages (§ 3 Abs. 1 Satz 2 BpflV; vgl. auch § 8 Abs. 1 Satz 3, § 11 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG), erbringt. Leistungen außerhalb des Versorgungsauftrages würden nicht einer „Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit“ im engeren Sinne entsprechen. Der Versorgungsauftrag stellt hier die bestimmende Größe dar.

Dafür steht auch das abgestufte Versorgungssystem im Krankenhausbereich; was bedeutet, dass bei unterschiedlicher Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern die Anforderungen an Art und Umfang der Leistungen verschieden sind. Nach dem Motto: Nicht jedes Krankenhaus kann „alles machen“, wozu es vielleicht im Einzelfall und aus bestimmten Gründen „im Stande wäre“ (vgl. z. B. die vier Versorgungsstufen gemäß Art. 4 BayKrG).

Ist ein Krankenhaus aufgrund seiner Leistungsfähigkeit nicht in der Lage, den Patienten wegen der Besonderheit bzw. der Schwere seiner Erkrankung nach zweckmäßigen Grundsätzen und wissenschaftlichen Erkenntnissen zu behandeln, so würde eine Verbringung oder eine Verlegung in ein anderes geeigneteres, entsprechend leistungsfähigeres Krankenhaus, das auf den erforderlichen „Versorgungsanspruch“ ausgerichtet ist, infrage kommen.

b) Arten von allgemeinen Krankenhausleistungen

Unter den beschriebenen Voraussetzungen der allgemeinen Krankenhausleistungen (eine beispielhafte Aufzählung findet sich in § 2 Abs. 2 Satz 2 BPfIV/KHEntgG) zählen u. a. neben den vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten.

Unter Mitaufnahme einer Begleitperson versteht man, dass eine Person aus medizinischen Gründen notwendigerweise mit dem Patienten im Krankenhaus aufgenommen wird. Die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme kann zwar vom einweisenden Arzt bescheinigt werden, die letztendliche Entscheidung hierüber sowie über die Dauer der Aufnahme des Patienten und der Mitaufnahme der Begleitperson trägt der Krankenhausarzt.

c) Vergütungsgrundsätze

Die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen richtet sich nach den besonderen Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Mit den Entgelten werden alle die für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Für allgemeine Krankenhausleistungen dürfen deshalb keine anderen oder gar zusätzlichen Entgelte gefordert werden. Die allgemeinen Krankenhausleistungen kommen letztlich den Versicherten als Sachleistungen zugute.

2. Wahlleistungen

Nach § 2 Abs. 1 Satz 1 BPfIV/KHEntgG kann das Krankenhaus neben den allgemeinen Krankenhausleistungen auch Wahlleistungen anbieten. § 22 Abs. 1 Satz 1 BPfIV/§17 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG sehen vor, dass andere Leistungen (als die allgemeinen Krankenhausleistungen) als so genannte Wahlleistungen gesondert neben den Entgelten für die voll- und teilstationäre Behandlung berechnet werden dürfen, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen durch die Wahlleistungen nicht beeinträchtigt werden und die gesonderte Berechnung mit dem Krankenhaus vereinbart ist. Diese Voraussetzungen gelten auch für diagnostische und therapeutische Leistungen; sie müssen zudem von einem Arzt erbracht werden.

a) Anspruch des Patienten auf Wahlleistungen

Demgegenüber besteht kein Zwang des Krankenhauses, Wahlleistungen anzubieten und auf Anfrage des Patienten Wahlleistungsverträge abzuschließen (s. § 17 Abs. 2 KHEntgG). Im Gegensatz zu den allgemeinen Krankenhausleistungen handelt es sich bei den Wahlleistungen um Leistungen, auf die der Versicherte keinen Anspruch hat (§ 17 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG: „... andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen ...“).

b) Unterscheidung: allgemeine Krankenhausleistungen/Wahlleistungen

Völlig losgelöst von den allgemeinen Krankenhausleistungen sind die Wahlleistungen zu sehen, die der Patient aufgrund eines zivilrechtlichen Vertrages an das Krankenhaus bezahlt. Voraussetzung ist, dass das Wahlleistungsangebot eines Krankenhauses die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt sowie dass diese mit den Patienten vorher vereinbart sind. Es handelt sich hier um Krankenhausleistungen, die gleichsam „dazu gekauft werden“. Es ist möglich, Wahlleistungen neben den Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen in Anspruch zu nehmen. Insoweit ist der Patient „Selbstzahler“, auch als Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Möglichkeit der gesonderten Berechnung von Wahlleistungen in Krankenhäusern ist demnach nur dann gegeben, wenn gleichzeitig auch allgemeine Krankenhausleistungen abgerechnet werden. Dies ergibt sich aus den Rechtsvorschriften der BpflV/des KHEntgG (§ 22 Abs. 1 Satz 1 BpflV/§ 17 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG), denn danach sind die Entgelte für die Wahlleistungen nur neben den Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen abrechenbar. Berechnet das Krankenhaus keine Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen, so ist die gesonderte Berechnung von Wahlleistungen ausgeschlossen.

c) Arten von Wahlleistungen

Bei den Wahlleistungen (ärztliche und sächliche Wahlleistungen) handelt es sich im Wesentlichen um

- privatärztliche Behandlung durch den Chefarzt bzw. den Arzt nach Wahl,
- Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer,
- nicht erforderliche Unterbringung einer Begleitperson,
- die Bestellung einer medizinisch nicht indizierten Sonderwache/Nachtwache,
- besondere Einrichtungen im Zimmer (Telefon, TV-Gerät etc.),
- Nutzung besonderer Einrichtungen (z. B. Internet-Anschluss für Patienten).

Das Bundessozialgericht (Urteil vom 24. 4. 1979 – 3 RK 32/78 – SGB 1980, S. 203 – 207) sieht es zwar als mit dem Sachleistungsprinzip vereinbar an, dass der Patient zur Erlangung eines der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigenden Gegenstandes einen bestimmten Eigenanteil trägt, differenziert aber wie folgt:

Bleibt die Gewährung der Sachleistung als solche möglich, zahlt der Patient lediglich die Differenz zwischen der Kassenleistung und der Wahlleistung. Dies ist z. B. dann der Fall, wenn der Patient sich für ein Einbettzimmer entscheidet, da die allgemeine Krankenhausleistung „Unterkunft“ nicht wesentlich verändert wird. Deshalb hat er nur noch den Zuschlag zu bezahlen.

Abzugrenzen hiervon sind, so das Bundessozialgericht, diejenigen Leistungen, die vollständig gesondert vereinbart werden müssen, wie z. B. die Vereinbarung einer gesondert berechenbaren ärztlichen Behandlung mit einem liquidationsberechtigten Arzt im Krankenhaus. Hier erfolgt ein kompletter „Ersatz“ der angebotenen allgemeinen Krankenhausleistung durch die vereinbarte Wahlleistung. Mithin liegt hier ein aliud in Form einer Privatleistung vor.

d) Wahlärztliche Behandlung

Das Wesen der Wahlleistung im ärztlichen Bereich ist deutlich abgegrenzt von dem Anspruch des Patienten auf ärztliche Behandlung im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen, der nicht die Wahl bestimmter Krankenhausärzte umfasst, sondern allgemein auf die Versorgung durch Ärzte des Krankenhauses gerichtet ist, deren Tätigwerden nach Art und Schwere der Erkrankung notwendig ist. Der Unterschied bei der „wahlärztlichen Leistung“ liegt also nicht in der Art der ärztlichen Leistungen, sondern in der Person des behandelnden Arztes. Die wahlärztlichen Leistungen sind nach dem Umfang ihrer gesonderten Berechenbarkeit und den an der Behandlung beteiligten Ärzten in der Vereinbarung näher bekannt zu geben.

e) Unterrichtungspflicht

Wahlleistungen sind vor der Erbringung mit dem Patienten schriftlich zu vereinbaren; dabei ist der Patient vorher über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen zu unterrichten (§ 22 Abs. 2 BPFIV; § 17 Abs. 2 KHEntgG).

Die Anforderungen an die Unterrichtungspflicht des Krankenhauses sind mehrfach durch die Rechtsprechung konkretisiert worden. Problematisch ist hierbei insbesondere die Unterrichtung vor der Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen, bei denen sich das Entgelt nach der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ) richtet. Die Instanzgerichte legen die Unterrichtungspflicht derart extensiv aus, wonach zum Teil vom Krankenhaus Unmögliches verlangt wird.

Welche Gebührenpositionen konkret abgerechnet werden und welche Steigerungssätze (nach Schwierigkeitsgrad) angewandt werden, lässt sich nicht vor Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung vorhersagen. Dies hängt davon ab, welche Einzelleistungen im weiteren Behandlungsgeschehen erbracht werden, welchen Schwierigkeitsgrad die Leistungen besitzen und welchen Zeitaufwand sie erfordern.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat hierfür umfangreiche Formblätter entwickelt und den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt, welche

- dem Patienten abstrakt den Unterschied zwischen allgemeinen Krankenhausleistungen und Wahlleistungen erläutern,
- die Berechnungsgrundlage der Wahlleistungen nach den Regeln der GOÄ/GOZ erklären,
- ein Berechnungsbeispiel und
- eine Erläuterung der GOÄ-Steigerungsfaktoren enthalten sowie
- einen ausdrücklichen Warnhinweis beinhalten, dass die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten kann, deren Absicherung durch eine private Krankenversicherung/Beihilfe etc. geprüft werden sollte.

Analog hierzu fordert § 8 Abs. 8 KHEntgG im Bereich der allgemeinen Krankenhausleistungen „sobald wie möglich“ eine schriftliche Information des Patienten über die voraussichtlich maßgebenden Entgelte der Krankenhausbehandlung (es sei denn, der Patient ist in vollem Umfang für Krankenhausbehandlung versichert). Ein jeder Patient kann danach verlangen, dass ihm unverbindlich die voraussichtlich abzurechnende Fallpauschale und deren Höhe sowie die voraussichtlich zu zahlenden ergänzenden Entgelte mitgeteilt werden. Das wird regelmäßig nach der Systematik des neuen DRG-Vergütungssystems, aber endgültig immer erst nach Beendigung des stationären Aufenthaltes möglich sein, da erst zu diesem Zeitpunkt eine DRG-Gruppierung des Behandlungsfalles möglich ist. Der Patient kann die für ihn voraussichtlich maßgebenden Entgelte und Zusatzentgelte faktisch erst zum Zeitpunkt der Rechnungsstellung durch das Krankenhaus erfahren.

f) Wahlleistung „Besondere Unterbringung“

Entscheidend für die Beurteilung bzw. für die Berechnung als Wahlleistung ist der Status „Bettenstandard“ in dem jeweiligen Krankenhaus. Erfolgt die Standardunterbringung im Krankenhaus im Dreibettzimmer, besteht die Möglichkeit, die Unterbringung in vorhandenen Ein- oder Zweibettzimmern als Wahlleistung anzubieten.

Das Dreibettzimmer ist Standardleistung und damit allgemeine Krankenhausleistung. Dabei muss die Zahl der Dreibettzimmer zu der Zahl der Zweibett- bzw. Einbettzimmer in einem angemessenen – wesentlich überwiegenden – Verhältnis stehen, um von einem Dreibettzimmer-Standard sprechen zu können (Verhältnis z. B. 70 : 20 : 10).

Ist der Standard des einzelnen Krankenhauses dagegen das Zweibettzimmer, so kann nur das Einbettzimmer Gegenstand als Wahlleistung sein. Dies kann aber gleichfalls nicht für den umgekehrten Fall gelten: Ein Krankenhaus mit Vierbettzimmer-Standard (oder mehr) wird sich nicht darauf berufen können, Dreibettzimmer als Wahlleistung anzubieten. Entscheidend wird hierbei sein, dass der allgemeine Krankenhausstandard in Deutschland heute üblicherweise ein Dreibettzimmer ist. Steht

nun das einzelne Krankenhaus unter diesem allgemeinen Unterbringungs-niveau, so kann es die dem allgemeinen Niveau entsprechenden Zimmer – z. B. Dreibettzimmer – nicht als Wahlleistung anbieten.

Ist das Einbettzimmer aus medizinischen Gründen – im Einzelfall und wegen der Art und Schwere der Erkrankung des Patienten – zur ausreichenden Versorgung notwendig, so ist es als allgemeine Krankenhausleistung zu gewähren. Dies gilt unter dem Vorbehalt, dass der Patient sich nicht vor stationärer Aufnahme für die Wahlleistung „Einbettzimmer“ entschieden hat.

g) Sonstige Wahlleistungen (medizinische Wahlleistungen)

Hierzu zählen verschiedene Angebote in Form hochwertiger Medizinprodukte (Implantate, Hilfsmittel) und Arzneimittel sowie auch neuer Behandlungsmethoden.

Das hochwertigere Produkt kann im Rahmen von Wahlleistungen angeboten werden, sofern es allerdings nicht zur notwendigen Versorgung des Patienten als Mittel der Wahl eingesetzt werden muss. Es ist nicht zulässig, dass den gesetzlich versicherten Patienten lediglich ein medizinischer Mindeststandard angeboten wird. Es besteht in erster Linie der Anspruch auf eine medizinisch zweckmäßige und notwendige Krankenhausbehandlung. Produkte, die für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung im Einzelfall und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes notwendig sind, sind der notwendigen und zweckmäßigen Heilbehandlung zuzuordnen. Bei der Abgrenzung der Wahlleistungen von den allgemeinen Krankenhausleistungen dürfen insoweit der individuelle Krankheitszustand des Patienten sowie die krankenshausindividuellen Verhältnisse nicht unberücksichtigt bleiben. Nur wenn mehrere Produkte die Anforderungen in puncto Versorgungsqualität erfüllen, kann das Krankenhaus das höherwertigere Produkt als gesondert berechenbare Wahlleistung anbieten.

Darüber hinaus ist die Typisierung beispielsweise von Medizinprodukten als Wahlleistung nicht für alle Zeit unabänderlich. Gerade der medizinische (medizinisch-technische) Fortschritt wird immer wieder dazu beitragen, dass Produkte, die heute als Wahlleistungen angeboten werden, in Zukunft standardmäßig als notwendige und zweckmäßige Versorgung und damit als allgemeine Krankenhausleistungen den Patienten zur Verfügung stehen.

h) Weitere Grundsätze:

- Die Entgelte müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen.
- Die Vereinbarung von Wahlleistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind; sie gilt auch für die von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Darauf ist in der Vereinbarung hinzuweisen.

- Eine Vereinbarung über gesondert berechenbare Unterkunft darf nicht von einer Vereinbarung über sonstige Wahlleistungen abhängig gemacht werden (§ 22 Abs. 2 BpflV – bis 31. 12. 2004; § 17 Abs. 4 KHEntgG – ab 1. 1. 2005). Das heißt, dass die Wahl des Patienten für eine bessere Unterkunft (z. B. Einbettzimmer) nicht automatisch an eine stationäre privatärztliche Behandlung gekoppelt werden darf. Neben dieser Ausnahme ist es grundsätzlich möglich, einzelne Wahlleistungen zu koppeln. Dies wäre dann der Fall, wenn es sachgerecht ist, eine bestimmte Art einer Wahlleistung nur als Einheit, also zusammen anzubieten.

III. Fazit

Die gesonderte Berechnung von Wahlleistungen eines Krankenhauses ist nur dann zulässig, wenn gleichzeitig auch allgemeine Krankenhausleistungen zur Abrechnung kommen. Insofern ergibt sich eine logische Verbindung zwischen beiden Rechtsbegriffen. Die Wahlleistung ist ohne die allgemeine Krankenhausleistung nicht möglich. Wahlleistungen müssen begrifflich stets Krankenhausleistungen sein, und die gesonderte Berechnungsmöglichkeit kommt nur neben den Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen in Betracht.

Es gibt verschiedene Arten von Wahlleistungen, die über das zulässige Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen und unter bestimmten Voraussetzungen mit den Patienten im Vorfeld vereinbart und gesondert abgerechnet werden können. Aus rechtlicher Sicht bieten sich sowohl Chancen als auch Grenzen für das Angebot an Wahlleistungen. Bei der insgesamt schwierigen wirtschaftlichen Situation auch im Krankenhaussektor sind durchaus Möglichkeiten gegeben, die Einnahmesituation des Krankenhauses durch ein ausgewogenes Portfolio an gesondert berechenbaren Wahlleistungen zu verbessern.

Literaturhinweise

- 1) Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht, Band 1 und Band 2
- 2) Trefz, Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen der gesonderten Berechnung von medizinischen Wahlleistungen, ZS „Das Krankenhaus“ 8/2003, 628 ff.
- 3) Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG –, Krankenhaus-Sofortprogramm: Dringende Rechtsanpassungen für den Krankenhausbereich (Forderungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft), 27 – 28
- 4) Ebsen/Knieps, Krankenversicherungsrecht, in: v. Maydell/Ruland, Sozialrechtshandbuch, 3. Aufl. 2003, § 14 Rdnr. 140, 144 mit zahlreichen weiterführenden Nachweisen

Rechtsquellen

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung vom 20. 12. 1988, zuletzt geändert durch Gesetz vom 27. 12. 2003 (BGBl I, S. 3022), insb. § 39 (Krankenhausbehandlung)

Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. 11. 2003 (BGBl I, S. 2190) mit Änderungen u. a. des KHG (Art. 13), der BpflV (Art. 14) und des KHEntgG (Art. 15)

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) idF vom 10. 4. 1991, zuletzt geändert durch V vom 25. 11. 2003 (BGBl I, S. 2304)

Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung – BpflV) vom 26. 9. 1994, zuletzt geändert durch V vom 25. 11. 2003 (BGBl I, S. 2304)

Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (Fallpauschalenverordnung 2004 – KFPV 2004) vom 13. 10. 2003 (BGBl I, S. 1995)

Gesetz über Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) vom 23. 4. 2002, zuletzt geändert durch V vom 25. 11. 2003 (BGBl I, S. 2304)

Krankenhausgesetze der (Bundes-)Länder, z. B. das Bayerische Krankenhausgesetz (BayKrG) idF der Bek. vom 11. 9. 1990 (GVBl. 386, BayRS 2126-8-A)

Grundversorgung und Zusatzleistungen im Bereich der Krankenhausbehandlung

Ao. Univ.-Prof. Dr. Michaela Windisch-Graetz, Universität Wien

Länderbericht Österreich

1. Einleitung

Das Selbstverständnis von Patienten hat sich im Lauf der Geschichte stark verändert. Patienten fühlen sich zunehmend weniger als „Pflegerlinge“, die im Rahmen eines öffentlichen Gewaltverhältnisses ein standardisiertes Versorgungspaket verabreicht bekommen, sondern haben als Konsumenten bestimmte Vorstellungen und wollen diese in Ausübung ihres Selbstbestimmungsrechts und Entscheidungsfreiheit durchsetzen. Ein vorgefertigtes Produkt „Anstaltspflege“ genügt da vielen nicht mehr.

Die gängigsten Sonderwünsche können in drei Kategorien eingeteilt werden: Da besteht zunächst der Wunsch nach einem eigenen Zimmer, verbunden mit großzügigen Besuchszeiten und einem größtmöglichen Schutz der Privatsphäre. Weiters besteht der Wunsch nach einem bestimmten Behandler, einem konkreten Arzt, der auf der einen Seite besondere Qualifikationen aufweisen und auf der anderen Seite die Kontinuität der Behandlung wahren sowie als Ansprechpartner zur Verfügung stehen soll.

Und als Drittes wäre der Wunsch nach konkreten Behandlungsmethoden zu nennen bzw. der Wunsch nach Zusatzleistungen, die von der Krankenversicherung nicht finanziert werden. Da soll beispielsweise ein Kind von vornherein geplant per Kaiserschnitt zur Welt kommen, anlässlich einer Geburt soll gleich eine freiwillige, medizinisch nicht indizierte Sterilisation vorgenommen werden, statt eines normalen Gipsverbandes soll ein leichter wasserfester Sportgips angebracht werden etc.

Aus der Tatsache, dass diese Wünsche nicht nur geäußert, sondern in der Praxis auch befriedigt werden oder werden sollen, ergeben sich rechtliche Probleme unterschiedlicher Qualität. Während die Rechtslage bezüglich der ersten Kategorie Zimmerwunsch über die Sonderklasseregelungen in Österreich relativ klar und auch in der wissenschaftlichen Diskussion weitgehend geklärt ist, ist die nach der freien Arztwahl zumindest im Umbruch begriffen. Ein Ministerialentwurf, der gerade in Begutachtung steht, soll hier demnächst Änderungen bringen. Der letzte Punkt der Methodenwünsche bzw. der Wunsch nach Zusatz- oder Sonderleistungen ist jedoch rechtlich ein offenes Problem.

Der folgende Beitrag widmet sich zunächst dem letztgenannten Punkt. Äußern sozialversicherte Patienten im Rahmen einer Anstaltsbehandlung Sonderwünsche, stellt sich die Frage, ob sie einen Anspruch darauf haben und wer die Kosten für etwaige erbrachte Sonderleistungen tragen soll. Aufgrund der Aktualität der Diskussion um die freie Arztwahl werden im letzten Teil des Beitrags Probleme einer gesetzlichen Neuordnung der freien Arztwahl und der direkten Honorierung der Ärzte durch den Patienten diskutiert.

2. Der Anspruch auf Anstaltspflege nach ASVG

Die rechtliche Problematik der angesprochenen Sonderwünsche ergibt sich daraus, dass „Anstaltspflege“ im Sozialversicherungsrecht und Krankenanstaltenrecht unterschiedlich konzipiert ist.

2.1. Versicherungsfall der Krankheit und Mutterschaft

Gemäß § 117 ASVG wird aus dem Versicherungsfall der Krankheit Krankenbehandlung und „erforderlichenfalls“ medizinische Hauskrankenpflege oder Anstaltspflege gewährt. Gemäß § 144 Abs. 1 ASVG ist Anstaltspflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer landesfondsfinanzierten Krankenanstalt (öffentlichen) zu gewähren, wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert.

Der Anspruch auf Anstaltspflege setzt also stets Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn voraus. Krankheit ist definiert als ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der Krankenbehandlung notwendig macht¹. Daraus ergibt sich, dass bestimmte Behandlungen, wie z.B. Sterilisationen², in der Regel kosmetische Operationen oder Schwangerschaftsabbrüche, soweit sie nicht medizinisch indiziert sind, keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind.

Neben dem Versicherungsfall der Krankheit eröffnet auch der Versicherungsfall der Mutterschaft einen Anspruch auf Pflege in einer Krankenanstalt. Die Versicherte ist für die Entbindung in eine landesfondsfinanzierte Krankenanstalt einzuweisen³. Sollen also zusätzliche Leistungen wie etwa freiwillige Sterilisationen durchgeführt werden, können diese nicht mehr aufgrund des Versicherungsfalles der Mutterschaft erbracht werden.

2.2. Inhalt der Anstaltspflege

Das ASVG regelt zwar die Voraussetzungen für Anspruch auf Anstaltspflege, zum Inhalt der Anstaltspflege für Sozialversicherte sagt das ASVG dagegen nichts. Der Versicherte ist in die allgemeine Gebührenklasse einer landesfondsfinanzierten Krankenanstalt einzuweisen, womit das ASVG bezüglich des Inhalts der Anstaltspflege auf das Krankenanstaltenrecht verweist. Es ist daher ein Blick in das KAKuG zu werfen, um den Inhalt von Anstaltspflege eruieren zu können.

3. Anstaltspflege nach dem KAKuG

Gemäß § 1 KAKuG sind unter Krankenanstalten Einrichtungen zu verstehen, die zur Feststellung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung, zur Vornahme operativer Eingriffe, zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung oder zur Entbindung bestimmt sind. Die Aufnahme der Pfleglinge ist gemäß § 22 KAKuG in öffentlichen Krankenanstalten auf anstaltsbedürftige Personen und auf Personen beschränkt, die sich einem operativen Eingriff unterziehen wollen. Anstaltsbedürftigkeit liegt vor allem vor, wenn der aufgrund ärztlicher Untersuchung festgestellte geistige oder körperliche Zustand des Patienten die Aufnahme in Krankenanstaltspflege erfordert.

Bei der Frage, wann der Zustand eines Patienten Anstaltspflege erforderlich macht, stößt man auf die gleichen Kriterien, die im Sozialversicherungsrecht für die Beurteilung der Notwendigkeit von Anstaltspflege verwendet werden: Der körperliche oder geistige Zustand des Patienten muss durch ärztliche Hilfe noch beeinflusst werden können⁴, und die Aufnahme in eine Anstalt muss vor allem auch im Hinblick auf die Ausstattung der Anstalt im Sinn der Subsidiarität erforderlich sein. Die Begriffe der Anstaltsbedürftigkeit des KAKuG und des Sozialversicherungsrechtes decken sich daher im Wesentlichen⁵.

Die Aufnahmepflicht der Krankenanstalten beschränkt sich jedoch nicht auf Anstaltsbedürftige (im engeren Sinn), sondern erstreckt sich auch auf Patienten, die sich einem operativen Eingriff unterziehen wollen. Das KAKuG lässt offen, welchem Zweck diese Operationen dienen sollen; so wird z. B. nicht verlangt, dass sie einem bestimmten Heilzweck dienen müssen. Unter Operationen sind daher auch Eingriffe wie Sterilisationen, kosmetische Eingriffe, Schwangerschaftsabbrüche etc. zu verstehen, unabhängig davon, ob ihnen der Versicherungsfall der Krankheit zu Grunde liegt. Hinsichtlich der Aufnahme solcher Patienten, die nicht im engeren Sinn anstaltsbedürftig sind, ist der Begriff der Anstaltspflege nach dem KAKuG weiter als der des Sozialversicherungsrechtes⁶.

4. Zusatzleistungen, für die kein sozialversicherungsrechtlicher Leistungsanspruch besteht

Das Krankenversicherungsrecht und das Krankenanstaltenrecht stehen also in einem Spannungsverhältnis, in dem die rechtliche Problematik der Erbringung von Zusatzleistungen angesiedelt und zu lösen ist. Es stellt sich die Frage, ob von der Krankenanstalt erbrachte Leistungen, die keine Sozialversicherungsleistungen sind, da ihnen keine Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn zu Grunde liegt, den Patienten durch die Krankenanstalt direkt verrechnet werden dürfen. Als Beispiel soll noch einmal die im Zuge einer Kaiserschnittgeburt durchgeführte Sterilisation in Erinnerung gerufen werden.

Dazu ist die grundsätzliche Frage zu klären, wieso nicht einfach Zusatzleistungen, die auf ausdrücklichen Wunsch von Patienten erbracht werden, zusätzlich verrechnet werden können. Dazu ist ein Blick auf die Gebührenregelungen des KAKuG und die Krankenanstaltenfinanzierung durch die Sozialversicherung zu werfen.

4.1. Gebührenregelung

Die von den öffentlichen Krankenanstalten erbrachten Leistungen werden durch amtlich festgesetzte Gebühren entgolten. Diese Gebühren können leistungsorientiert festgesetzte LKF-Gebühren oder pauschale Tagessätze (Pflegegebühren) sein. Für die Unterbringung in der Sonderklasse werden zusätzlich Sondergebühren, die ebenfalls amtlich festgesetzt sein müssen, verrechnet.

§ 27 Abs. 1 KAKuG bestimmt, dass mit den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse grundsätzlich alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten sind. Es besteht nur in beschränktem Ausmaß die Möglichkeit, besondere Leistungen zusätzlich zu verrechnen. So sind die Kosten der Beförderung

des Pflégling, der Beistellung von Zahnersatz bzw. Körperersatzstücke, der Bestattung eines in der Krankenanstalt Verstorbenen und Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen, aber auf ausdrückliches Verlangen des Pflégling erbracht werden, in den LKF-Gebühren bzw. Pflegegebühren nicht enthalten.

Im vorliegenden Zusammenhang ist vor allem der letzte Punkt von Bedeutung. Es können zwar Sonderwünsche zusätzlich in Rechnung gestellt werden, allerdings nur, wenn es sich nicht um medizinische Leistungen handelt. Infrage kommen daher nur Leistungen wie z. B. ein persönlicher Telefonanschluss, Internet, Fernsehen etc. Das KAKuG konzipiert die Anstaltsleistung somit als unteilbare Gesamtleistung zu amtlich festgesetzten Preisen. Ein anderes als das gesetzlich vorgesehene Entgelt darf von den Pfléglingen nicht eingehoben werden⁷.

4.2. Krankenanstaltenfinanzierung durch die Sozialversicherung

Ist ein Patient krankenversichert – und das trifft in Österreich auf rund 98 % der Bevölkerung zu –, trägt für ihn die soziale Krankenversicherung die Kosten der Anstaltspflege in der allgemeinen Gebührenklasse. Die Leistungen der Krankenanstalten an sozialversicherte Patienten werden nach dem derzeitigen Finanzierungssystem über Landesfonds abgerechnet⁸. Die Träger der Sozialversicherung leisten gemäß § 447 f Abs. 1 ASVG an die Landesfonds einen Pauschalbeitrag für die Leistungen der Krankenanstalten. Mit diesen Pauschalbeiträgen sollen gemäß § 447 f Abs. 8 ASVG alle Leistungen der Fondskrankenanstalten insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und ambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen für Versicherte und ihre Angehörigen zur Gänze abgegolten sein.

Im Ergebnis bedeutet dies Folgendes: Das ASVG baut auf der Konzeption der Anstaltsleistung als Gesamtleistung durch das KAKuG auf. Dies ergibt sich einerseits aus § 447 f ASVG, der sicherstellen will, dass von den Sozialversicherungsträgern keine weiteren Zahlungen in die Landesfonds verlangt werden können, und andererseits aus § 148 ASVG: Dieser ist eine Grundsatzbestimmung des Bundes, die sich auf den Kompetenztatbestand „Heil und Pflegeanstalten“ gemäß Art. 12 B-VG stützt und die Rahmenbedingungen für die Beziehung der Sozialversicherungsträger und den Krankenanstalten trägt vorgibt. Die Landeskrankenanstaltengesetze haben demnach unter anderem zu bestimmen, dass die Krankenanstalten verpflichtet sind, alle von einem Sozialversicherungsträger eingewiesenen Erkrankten aufzunehmen, außerdem dass mit den LKF-Pflegegebührenersätzen, die von den Landesfonds bezahlt werden, „alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten“ sind⁹.

4.3. Auslegung des § 148 Z 3 ASVG und der Ausführungsregelungen

Es stellt sich nun die Frage, ob aus § 148 Z 3 ASVG der Schluss gezogen werden kann, dass tatsächlich alle Leistungen, die die Krankenanstalt erbracht hat, inklusive allfälliger freiwilliger Sterilisationen etc. durch die Zahlungen der Landesfonds abgegolten sein sollen, oder ob sich diese Abgeltungsbestimmung bloß auf Leistungen beziehen, auf die der Versicherte einen sozialversicherungsrechtlichen Leistungsanspruch hat.

Untersucht man dazu die einzelnen Ausführungsgesetze der Länder genauer, ergeben sich zwei grundsätzliche Kategorien von Regelungen: Zu der ersten gehören jene Bestimmungen, die lediglich § 148 Z 3 ASVG wiederholen und ganz allgemein formulieren, dass mit den Pflegegebührenersätzen „alle Leistungen der Krankenanstalt“ abgegolten sein sollen. Die zweite Kategorie von Regelungen nimmt demgegenüber auf eine Leistungspflicht des Sozialversicherungsträgers gegenüber dem Patienten Bezug:

So bestimmt § 66 Abs. 1 OÖKAG, dass mit den LKF-Pflegegebührenersätzen alle Leistungen der Fondskrankenanstalt abgegolten sind, auf die ein Anspruch aus der Sozialversicherung besteht. Aus einem einfachen Umkehrschluss ergibt sich, dass einem zusätzlichen In-Rechnung-Stellen nichts entgegensteht, soweit es sich um Leistungen handelt, für die die Sozialversicherungsträger nicht leistungspflichtig sind, wie z. B. medizinisch nicht indizierte Sterilisationen. Das OÖKAG nimmt mit dieser Regelung als einziges Landesgesetz ganz ausdrücklich darauf Bedacht, dass die Begriffe der Anstaltspflege nach dem Sozialversicherungsrecht und jenem des Krankenanstaltenrechts auseinander fallen.

Das Wiener KAG ist wieder anders formuliert. § 64 b Wr. KAG enthält zunächst die allgemeine Regelung, dass mit den Zahlungen der LKF-Gebührenersätze die Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse abgegolten sind. Gemäß Abs. 4 leg. cit. hat der Rechtsträger der Krankenanstalt gegenüber dem Versicherten keinen Anspruch auf Gegenleistungen, solange eine Leistungspflicht des Versicherungsträgers besteht. Die Wiener Regelung differenziert nur in zeitlicher Hinsicht, zumindest deutet die Formulierung „solange“ darauf hin. Mit den LKF-Gebührenersätzen sollen die Pflegegebühren gemäß § 44 Wr. KAG abgegolten sein, das heißt, das ist jener amtlich festgesetzte pauschale Tagessatz, mit dem die Anstaltsleistung gemäß § 44 Wr. KAG als Gesamtleistung abgegolten ist. Das bedeutet, dass auch medizinisch nicht indizierte Zusatzleistungen der Krankenanstalt, die während eines Anstaltsaufenthaltes erbracht werden, der grundsätzlich aufgrund eines Versicherungsfalles der Mutterschaft oder der Krankheit erfolgt, den Patientinnen nicht zusätzlich verrechnet werden dürfen. Erst wenn der Anstaltsaufenthalt im Sinn des ASVG in zeitlicher Hinsicht beendet worden ist, können darauf folgende Krankenhaustage aufgrund privat zu tragender Leistungen den Patientinnen direkt, in der Höhe der amtlich festgesetzten Pflegegebühren, verrechnet werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass drei Bundesländer in irgendeiner Form auf eine Leistungspflicht der Sozialversicherung Bezug nehmen, während es die anderen inklusive der Ausführungsbestimmung nicht tun.

4.4. Das Verhältnis der Ausführungsgesetze zu § 148 ASVG

Daraus ergeben sich folgende verfassungsrechtlich relevanten Alternativen: Wenn § 148 Z 3 ASVG bedeutet, dass tatsächlich alle Leistungen der Krankenanstalt mit den Pflegegebührenersätzen abgegolten sein sollen, müssen einige Ausführungsregelungen grundsatzgesetz- und damit verfassungswidrig sein. Oder aber bereits das Grundsatzgesetz ist so auszulegen, dass Leistungen der Krankenanstalt nur insoweit abgegolten sein sollen, als der Versicherte Anspruch auf Leistungen gegenüber dem Versicherungsträger hat, so wie dies das OÖKAG ausdrücklich formuliert.

Es wurde bereits vor zehn Jahren die Auffassung vertreten, dass der Wortlaut des § 148 ASVG überschießend ist und mittels teleologischer Reduktion einschränkend auszulegen ist¹⁰. Der Gesetzgeber hat nach den Materialien durch die Regelung des § 148 ASVG nur sicherstellen wollen, dass mit den Zahlungen der Sozialversicherungsträger tatsächlich alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten sind, und dass nicht einzelne Leistungen wie die ärztliche Behandlung oder die Beistellung von Heilmitteln gesondert in Rechnung gestellt würden¹¹. An ein Zusammenfallen sozialversicherungsrechtlicher und „privater“ Anstaltspflege hat der Gesetzgeber offenkundig nicht gedacht. Aus der Systematik des ASVG ergibt sich klar, dass mit den Zahlungen der Sozialversicherungsträger nur jene Anstaltsleistungen abgegolten sein sollen, die aufgrund eines Versicherungsfalles der Krankheit oder Mutterschaft beruhen.

Wenn daher schon die grundsatzgesetzliche Regelung des § 148 ASVG einschränkend zu interpretieren ist, besteht gegen die ebenfalls einschränkenden Regelungen Oberösterreichs (und auch Salzburgs) keine verfassungsrechtlichen Bedenken. Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die anderen Bundesländer? Insoweit sie bloß den Wortlaut des § 148 ASVG wiederholen, sind auch sie einschränkend zu interpretieren. Daher sind mit den Zahlungen der LKF-Gebührenersätze auch in den anderen Bundesländern nur jene Leistungen abgegolten, die im Rahmen sozialversicherungsrechtlicher Anstaltspflege erbracht werden.

Die Regelung des Wr. KAG, die eine zusätzliche Verrechnung nicht zulässt, ist meines Erachtens schlicht ungünstig für die Spitalsträger. Da mit den LKF-Gebührenersätzen die Pflegegebühren abgegolten sind, können den Patientinnen eben keine weiteren, freiwilligen Leistungen in Rechnung gestellt werden. Dem Fonds werden solche Leistungen aber auch nicht verrechnet werden können, da sie keine Kassenleistung sind. Damit bleiben nur zwei Möglichkeiten: Entweder man verzichtet auf die Gebühren für diese zusätzlichen Eingriffe oder man bittet die Patientin, den Eingriff später gesondert vornehmen zu lassen, was aus medizinischer und finanzieller Sicht für die Patientin eine wesentlich größere Belastung ist.

4.5. Probleme der Verrechnung

Selbst in den Bundesländern, in denen Zusatzleistungen wie medizinisch nicht indizierte Sterilisationen den Patientinnen gesondert in Rechnung gestellt werden können, ist die Berechnung dieses Entgelts problematisch. Denn in allen Bundesländern bis auf Tirol sind für Patienten, deren Versorgung nicht über die Landesfonds abzugelten ist, pauschale Pflegegebühren in Form von Tagsätzen festgesetzt. Nur in Tirol erfolgt die Abrechnung auch für diese Patienten in Form von leistungsorientiert festgelegten Gebühren¹².

Für alle Bundesländer bis auf Tirol ergibt sich daher die Frage, ob man Patientinnen, an denen lediglich ein kleiner Zusatzeingriff im Zuge etwa einer Kaiserschnittgeburt durchgeführt wird, den pauschalen Tagsatz verrechnen kann. Dadurch würden die meisten Leistungen der Krankenanstalt für diesen Tag doppelt liquidiert. Damit ergäbe sich ein Gleichbehandlungsproblem, für das sich wohl keine sachliche Rechtfertigung finden lassen wird.

An dieser Gestaltung der Gebührenregelungen zeigt sich, dass Anstaltspflege in fast allen Bundesländern als eine einheitliche, unteilbare Gesamtleistung konzipiert ist, die entweder von der Sozialversicherung oder eben privat zu tragen ist. Selbst in Oberösterreich oder Salzburg, wo ausdrücklich klargestellt ist, dass über die Landesfonds nur sozialversicherungsrechtlich zu gewährende Leistungen bezahlt werden können, finden sich keine rechtlich einwandfreien Regelungen über eine zusätzliche Abgeltung medizinischer Zusatzleistungen. Die rechtlich offene Problematik liegt daher meines Erachtens nicht in der Frage, ob auch solche Zusatzleistungen durch die Bezahlung der LKF-Pflegegebührenersätze der Fonds abgegolten sind, sondern wie diese Zusatzleistungen auf rechtlich einwandfreie Weise entgolten werden können. Meines Erachtens ist das derzeit nur in Tirol möglich, in den anderen Bundesländern bedürfte es meines Erachtens dazu einer Gesetzesänderung.

5. Qualitative Mehrleistungen bzw. Methodenwünsche

Aus dem Spannungsverhältnis zwischen Krankenanstaltenrecht und Krankenversicherungsrecht resultieren aber auch Probleme um die Erbringung und Abgeltung besonderer Behandlungsmethoden auf Wunsch des Patienten. In Österreich wird derzeit die Frage des Kaiserschnittes auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin als von vornherein geplante Geburtsmethode intensiv diskutiert. Werden teurere Methoden angewendet, belasten diese nach dem derzeitigen Finanzierungssystem die Landesfonds.

5.1. Vorgaben des Krankenanstaltenrechts

Während das ASVG für die Krankenbehandlung die Vorgabe enthält, dass Krankenbehandlung zwar ausreichend und zweckmäßig sein muss, über das Notwendige aber nicht hinausgehen darf, kennt das Krankenanstaltenrecht solche Vorgaben nicht.

Aus den Organisationsvorschriften des KAKuG lässt sich bezüglich der Art der Behandlung ableiten, dass die Behandlung den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft entsprechen muss¹³. Dadurch wird sichergestellt, dass an Patienten weder alternative Heilmethoden noch Experimente durchgeführt werden¹⁴. Weitere Vorgaben für die ärztliche Behandlung ergeben sich aus dem Berufsrecht der Ärzte, die Patienten *lege artis* zu behandeln, und dem Haftungsrecht. In all jenen Fällen jedoch, wo verschiedene Behandlungsmethoden gleichrangig gegenüber stehen, kennt das Krankenanstaltenrecht keinen Grundsatz, die kostengünstigere Methode zu wählen.

Sollte sich daher aus medizinischer Sicht ergeben, dass ein Kaiserschnitt eine auf der Grundlage der medizinischen Wissenschaft anerkannte Alternative zu einer normalen Geburt ist, steht aus krankenanstaltenrechtlicher Sicht kein Hindernis entgegen, einen diesbezüglichen Wunsch einer Patientin zu berücksichtigen.

5.2. Krankenversicherungsrechtliche Vorgaben

Im Hinblick auf sozialversicherte Patienten ist jedoch zu untersuchen, ob das Krankenversicherungsrecht tatsächlich keinerlei Ansätze einer Kostenbegrenzung im Hinblick auf die Anstaltspflege enthält. Angesichts der weit reichenden Instrumentarien der Kostenbegrenzung im Bereich der Krankenbehandlung wäre dies zumindest auch für die Anstaltspflege zu erwarten.

Bezüglich der Krankenbehandlung regelt § 133 Abs. 2 ASVG, dass die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muss, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf. Das in dieser Bestimmung enthaltene Wirtschaftlichkeitsgebot wird durch die Richtlinien des Hauptverbandes über die ökonomische Krankenbehandlung¹⁵ sowie über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen konkretisiert¹⁶ und durch die Judikatur ausgelegt. Demnach ist bei mehreren gleich zweckmäßigen Behandlungsmethoden diejenige zu wählen, bei der die Relation der Kosten zum Heilerfolg am günstigsten ist. Bequemlichkeitsgesichtspunkte vermögen hierbei keinen Ausschlag zu Gunsten der teureren Behandlungsmethode zu geben¹⁷.

Die Krankenbehandlung umfasst gemäß § 133 Abs. 1 ASVG die ärztliche Hilfe, Heilmittel und Heilbehelfe. Die Anstaltspflege wird ebenso wie der Versicherungsfall der Mutterschaft in anderen Unterabschnitten geregelt, sodass die Regelungen über die ökonomischen Beschränkungen im Rahmen der Krankenbehandlung, insbesondere die Bestimmung, dass Krankenbehandlung das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf, nicht direkt auf die Erbringung der Anstaltspflege anwendbar sind. Es ist aber zu untersuchen, ob diese Grundsätze nicht zumindest analog auf die Gewährung der Anstaltspflege herangezogen werden können.

Schrammel ist der Auffassung, dass sich aus den Bestimmungen über die ökonomische Krankenbehandlung ein allgemeines Wirtschaftlichkeitsgebot ableiten lässt, das für jegliche Leistungserbringung seitens der Krankenversicherung anzuwenden ist¹⁸. Dieser Ansicht folgt offenbar auch Resch, wenn er festhält, dass der gesamte Bereich des von der gesetzlichen Krankenversicherung etablierten Systems der medizinischen Versorgung unter dem Ökonomiegebot stehe, was er bereits aus der verfassungsrechtlichen Bindung des KV-Trägers schließt^{19, 20}.

Meines Erachtens nach ist jedoch Folgendes zu überlegen: Im Gegensatz zur Krankenbehandlung trägt die Krankenversicherung die Kosten einer Anstaltspflege nicht allein. Bund, Länder, Gemeinden sowie die Krankenanstaltenträger sind an der Krankenanstaltenfinanzierung beteiligt und haben daher ebenfalls ein Interesse an einer Minimierung der Kosten. Die Krankenversicherung zahlt im Wege der Krankenanstaltenfinanzierung lediglich einen Pauschalbeitrag, derzeit über die Landesfonds, früher über pauschale Pflegegebührenersätze, die oft nicht einmal 50 % der amtlich festgelegten Pflegegebühren erreicht haben. Schrammel und Resch ist völlig Recht zu geben, dass die Sozialversicherung im Zuge der Verhandlungen über die Festsetzung solcher Pauschalentgelte ein generelles Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten hat. Sind diese Pauschalentgelte jedoch einmal festgesetzt, besteht meines Erachtens keine Möglichkeit und auch keine Notwendigkeit, unter Berufung auf das ASVG das Leistungsspektrum der Krankenanstalten einzuschränken. Die finanzielle Belastung der Krankenversicherungsträger bleibt durch die Wahl teurerer Behandlungsmethoden

im konkreten Behandlungsfall unverändert. Aus dieser Konzeption der Erbringung bzw. Finanzierung von Anstaltspflege durch die Krankenversicherungsträger ergibt sich die Tatsache, dass der Gesetzgeber keine konkreten Beschränkungen der Behandlungsmethoden in die Bestimmungen über die Erbringung von Anstaltspflege in das ASVG aufgenommen hat.

5.3. Zwischenergebnis

Damit kommt man zu folgendem Ergebnis: Gewährt ein Sozialversicherungsträger Anstaltspflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer fondsfinanzierten Krankenanstalt, so hat der Sozialversicherte Anspruch auf Anstaltspflege, wie sie nach den krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften erbracht wird. Die medizinischen Leistungen, die im Rahmen der Anstaltspflege für sozialversicherte Patienten erbracht werden, dürfen sich daher von gegenüber anderen Patienten der Krankenanstalt (Selbstzahler, Privatversicherte) erbrachten Anstaltsleistungen nicht unterscheiden. Den krankenversicherungsrechtlichen Bestimmungen können keine leistungsbeschränkenden Parameter entnommen werden.

Die Anstaltspflege in der allgemeinen Gebührenklasse wird vom Versicherungsträger als Gesamtleistung eingekauft. Gemäß § 148 Z 3 ASVG und § 447 f Abs. 8 ASVG sind alle Leistungen der Krankenanstalten mit den Pauschalbeiträgen, die die Versicherungsträger an die Landesfonds leisten, und die für den konkreten Fall als leistungsorientierte Gebührenersätze abgerechnet werden, abgegolten.

5.4. Verbot der Differenzierung zu Patienten der Sonderklasse

Im Hinblick auf die Erfüllung von Sonderwünschen ist die Behandlung von Patienten der Sonderklasse in öffentlichen Krankenanstalten von besonderem Interesse. Immerhin könnten öffentliche Krankenanstalten versuchen wollen, im Bezug auf ihre Sonderklasse mit Belegspitälern konkurrenzfähig zu bleiben. Das Erfüllen von Sonderwünschen von Patientinnen, z. B. indem mit ihnen die Geburt durch Kaiserschnitt vereinbart wird, kann hier ein wesentliches Kriterium sein.

Es ist fraglich, ob öffentliche Krankenanstalten diesen Spielraum haben. Öffentliche Krankenanstalten haben bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen, sie müssen allem voran gemeinnützig sein. Um dem Kriterium der Gemeinnützigkeit zu genügen, darf zunächst der Betrieb der Anstalt nicht auf Gewinnerzielung gerichtet sein, außerdem muss jeder Aufnahmebedürftige nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufgenommen werden. Für die ärztliche Behandlung und Pflege darf ausschließlich der Gesundheitszustand der Pfléglinge maßgeblich sein. Das KAKuG erteilt also einer Zweiklassenmedizin eine deutliche Absage.

In beschränktem Ausmaß können in öffentlichen Krankenanstalten Sonderklassenbetten zur Verfügung gestellt werden, wobei die Zahl der Sonderklassenbetten ein Viertel der Gesamtbettenanzahl nicht übersteigen darf. § 16 Abs. 2 KaKuG sieht vor, dass die Sonderklasse durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung zu entsprechen hat. Durch einen Umkehrschluss ergibt sich, dass die Unterbringung in der Sonderklasse zu keinen Unterschieden in der ärztlichen Behandlung und Pflege führen darf. Die Frage der Behandlungsmethode,

z. B. normale Geburt gegenüber Kaiserschnitt, ist jedenfalls eine Frage der ärztlichen Behandlung. Wird in einer öffentlichen Krankenanstalt zur Wahl gestellt, ob ein Kind durch Kaiserschnitt zur Welt kommen soll, dann darf sich diese Methodenwahl nicht auf Sonderklassepatientinnen beschränken.

6. Zur freien Arztwahl in der Sonderklasse

Die dritte Kategorie der eingangs genannten Sonderwünsche betrifft die freie Arztwahl in der Sonderklasse. Die freie Arztwahl in der Sonderklasse wird in der Praxis seit Jahren praktiziert, entbehrt allerdings jeder rechtlichen Grundlage.

In Österreich liegt derzeit ein Ministerialentwurf zur Einführung der freien Arztwahl in der Sonderklasse vor, der angeregt diskutiert wird²¹. Die gesetzliche Krankenversicherung ist von diesen Änderungsvorhaben nicht direkt betroffen. Eine Betroffenheit der Krankenversicherung wäre nur dann gegeben, wenn durch die freie Arztwahl die Behandlung des größeren Teils krankenversicherter Patienten, nämlich jener, die in der allgemeinen Gebührenklasse liegen, litte. Daher zum Abschluss noch ein paar Worte zu den geplanten Änderungen des KAKuG.

6.1. Zum Ministerialentwurf

Derzeit enthalten etliche Landesgesetze direkte Ansprüche der Ärzte auf Arzthonorare gegenüber dem Patienten. Nach Judikatur des VfGH widerspricht eine direkte Rechtsbeziehung zwischen dem Krankenanstaltenpersonal und den Patienten dagegen dem KAKuG des Bundes und ist somit verfassungswidrig²². Die Pflegegebühren seien vom Rechtsträger der Krankenanstalt gemäß § 28 KAKuG kostendeckend zu ermitteln, eine zusätzliche Honorierung des Arztes durch den Patienten sei nach dem Grundsatzgesetz des Bundes nicht zulässig²³. Weder in der allgemeinen Gebührenklasse noch nach dem derzeitigen Sondergebührenmodell des KAKuG ist nach herrschender Auffassung eine Rechtsbeziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten zulässig²⁴. Wo daher der Wortlaut von landesgesetzlichen Bestimmungen eine verfassungskonforme Interpretation zulässt, ist diese vorzunehmen²⁵.

Der Ministerialentwurf hat im Wesentlichen das Ziel, die derzeit in den meisten Bundesländern bestehende grundsatzgesetzwidrige Praxis, Ärzte für die Behandlung in der Sonderklasse seitens des Patienten zusätzlich zu honorieren, zu legalisieren. Einen rechtlich zulässigen Anspruch auf direkte Entlohnung durch den Patienten ist derzeit ausschließlich leitenden Universitätsärzten vorbehalten. Diese Möglichkeit, den sie persönlich behandelnden Arzt zu wählen, soll nach den Erläuterungen des Entwurfs aus Gründen der Gleichbehandlung auf sämtliche Patienten der Sonderklasse und die sie behandelnden Fachärzte erstreckt werden.

Patienten der Sonderklasse sollen daher das Recht bekommen, den Abteilungsleiter oder einen anderen Facharzt für die persönliche Erbringung der Behandlung und Betreuung zu wählen. Für die auf ihren Wunsch erfolgte persönliche Behandlung und Betreuung ist an die Ärzte ein besonders zu vereinbarendes ärztliches Honorar zu entrichten. Der Ministerialentwurf hebt noch einmal ausdrücklich hervor, dass – wie

schon in Bezug auf das Verhältnis zwischen allgemeiner Gebührenklasse und Sonderklasse besprochen – in der ärztlichen Behandlung und in der Pflege zwischen der allgemeinen Gebührenklasse und der Sonderklasse kein Unterschied bestehen darf.

6.2. Problemkreise

6.2.1. Zum Inhalt der geschuldeten ärztlichen Leistung

In der Vergangenheit haben sich bereits verschiedene Autoren mit der Frage nach dem Inhalt von Vereinbarungen, die zwischen den Ärzten und Sonderklassepatienten geschlossen werden²⁶, auseinandergesetzt.

Einer Spaltung des Krankenanstaltenvertrags (in dem Sinn, dass die Krankenanstalt nur die Hotelleistung und Pflege, die Ärzte dagegen allein die ärztliche Behandlung schulden) steht die krankenanstaltenrechtlich unabdingbare Homogenität der medizinischen Leistung auch in der Sonderklasse entgegen²⁷. Auch für den Patienten der Sonderklasse sind bereits alle Leistungen inklusive der ärztlichen Behandlung mit den Gebühren der allgemeinen Gebührenklasse bzw., wenn er sozialversichert ist, mit den LKF-Gebührensätzen abgegolten. Mazal ist der Ansicht, dass Gegenstand solcher Vereinbarungen nur eine besondere persönliche Betreuung seitens des Arztes sein kann. Die Zusage, den Patienten persönlich zu betreuen, kann nur bedeuten, sich um die Behandlung des Patienten umfassend persönlich zu kümmern, diesem nach Maßgabe der Zumutbarkeit auch außerhalb von Visitezzeiten zur Information und zum betreuenden Gespräch zur Verfügung zu stehen²⁸.

6.2.2. Bedingte Betreuungszusage

Sie kann aber keine unbedingte Zusage enthalten, den Patienten tatsächlich persönlich zu behandeln, zu operieren etc. Denn die krankenanstaltenrechtliche Verpflichtung, alle Patienten ausschließlich nach ihrem Gesundheitszustand zu behandeln, kann fordern, dass der Arzt einen anderen Patienten, auch der allgemeinen Gebührenklasse, der seiner Behandlung eher bedarf, an Stelle des Sonderklassepatienten behandelt. In diesem Sinn haben bereits Mayer und Schrammel festgehalten, dass eine allfällige freie Arztwahl in der Sonderklasse nicht dazu führen darf, dass nur Patienten der Sonderklasse eine medizinisch einwandfreie Behandlung erhalten, während die Patienten der allgemeinen Gebührenklasse von Ärzten behandelt werden, die dafür vielleicht nicht die notwendigen Spezialkenntnisse besitzen²⁹.

Alle diese Überlegungen gelten auch nach einer erfolgten Einführung der freien Arztwahl im Sinne des Ministerialentwurfes. Umso mehr, als dieser ja die Gleichbehandlung der Klassen in medizinischer Hinsicht noch einmal ausdrücklich festhält. In diesem Sinn halten auch die Erläuterungen zu dem Entwurf fest, dass nicht alle Behandlungsschritte vom gewählten Arzt selbst durchgeführt werden müssen. Interessant ist jedoch die Formulierung, dass es nicht vertretbar sei, dass alle Behandlungsschritte an andere Ärzte delegiert werden und nur die Betreuung vom gewählten Arzt durchgeführt wird.

6.2.3. Honoraranspruch

Was ergibt sich daraus für den Honoraranspruch des gewählten Arztes, wenn dieser an der persönlichen Behandlung gänzlich verhindert war? Auch nach §47 Abs. 3 haben die Sonderklassepatienten ein besonders zu vereinbarendes ärztliches Honorar zu entrichten, für die auf ihren Wunsch erfolgte persönliche Behandlung und Betreuung. Versteht man diese Regelung im strengen Sinn des Wortlauts, kann kein Honorar gefordert werden, wenn der gewählte Arzt keinerlei Behandlungsschritte persönlich vornimmt. Der Arzt hätte dann keinen Anspruch auf das ärztliche Honorar. Folgte man dieser Auffassung, wäre die Stellung bezüglich der ärztlichen Honorare wesentlich ungünstiger als nach der derzeit schlicht geübten Praxis, ärztliche Honorare bei Behandlung in der Sonderklasse grundsätzlich zu bezahlen.

6.3. Fazit

Das Hauptproblem eines Rechts auf freie Arztwahl besteht in dem komplexen Zusammenspiel von zivilrechtlichem Behandlungsanspruch gegenüber einem bestimmten Arzt, Krankenanstaltenorganisationsrecht und dem Dienst- bzw. Arbeitsrecht. In der Praxis werden sich dabei weniger Probleme im Bezug auf solche Verträge mit den Abteilungsleitern stellen, wohl aber im Hinblick auf untergeordnete Fachärzte. Es ist kaum vorstellbar, dass sich der ärztliche Dienst in der Krankenanstalt so einteilen lässt, dass alle Patienten vor allem in der allgemeinen Gebührenklasse einwandfrei behandelt werden können, und dabei alle gewählten Ärzte in der Sonderklasse ihren privatrechtlichen Verpflichtungen nachgehen können.

Fraglich ist daher, ob nicht besser das vom VfGH derzeit als kompetenzgemäß erachtete Modell der Bundesländer Salzburg, Steiermark und Kärnten ausgebaut werden soll. Alleiniger Vertragspartner des Patienten ist in diesen Ländern der Krankenanstaltenträger; die Gebühren, auch ein besonderes ärztliches Honorar, werden vom Krankenanstaltenträger eingehoben und als dienst- bzw. arbeitsrechtliche Entgelte an das Personal aufgeteilt.

Ein bedingtes Recht auf freie Arztwahl in den krankenanstaltenrechtlichen Bestimmungen könnte als Verwendungszusage des Spitalsträgers gedeutet werden, sich nach Maßgabe der organisatorischen Notwendigkeiten für die persönliche Betreuung eines Patienten durch einen bestimmten Arzt einzusetzen, ohne dass die Versorgung in der allgemeinen Gebührenklasse gefährdet wird³⁰. Und die dafür vom Krankenanstaltenträger eingehobenen Arztgebühren wären, sowie sie es ja in einigen Bundesländern sind, Entgelt aus dem Arbeits- bzw. Dienstverhältnis.

Dieses Modell würde meines Erachtens eher dem Konzept des KAKuG entsprechen, das Anstaltspflege als Gesamtleistung konzipiert hat, die gerade in medizinischer Hinsicht nicht zwischen allgemeiner Gebührenklasse und Sonderklasse unterscheiden darf. Sollten Sonderwünsche nach persönlicher Behandlung durch einen bestimmten Arzt bestehen, kann der Krankenanstaltenträger zusagen, diese Sonderwünsche zu berücksichtigen, soweit dies nach Maßgabe der organisatorischen Möglichkeiten, der Notwendigkeit des ärztlichen Dienstes und der ärztlichen Verantwortung möglich ist.

7. Zusammenfassung

Das österreichische Krankenanstaltenrecht konzipiert Anstaltspflege im Wesentlichen als Gesamtleistung, die durch den Gesetzgeber weitgehend determiniert ist. Die konkrete Anstaltsleistung ergibt sich aus dem Gesundheitszustand des Patienten und der Ausstattung der Krankenanstalt und hat sich im Grunde auf die Anwendung wissenschaftlich anerkannter Heilmethoden zu beschränken. Die Finanzierung erfolgt über Pauschalentgelte, sei es wie derzeit im Wege einer leistungsorientierten Diagnose-Fallgruppen-Abgeltung, sei es nach pauschalen Tagsätzen.

Diese Konzeption lässt wenig Raum für ein marktorientiertes Handeln, das sich am Wunsch der Patienten orientiert. Die Finanzierungsregeln sind weitgehend unflexibel und lassen eine Trennung einer Gesamtbehandlung in einen von der Krankenversicherung zu gewährenden und einen privat zu finanzierenden Teil kaum zu. Patienten der allgemeinen Gebührenklasse und der Sonderklasse dürfen aufgrund des Krankenanstaltenrechts in medizinischer Hinsicht nicht unterschiedlich behandelt werden, obwohl dies in der Praxis an der Tagesordnung ist. Die generelle Einführung eines Rechts auf freie Arztwahl in der Sonderklasse wird in Zukunft dieses Spannungsfeld verstärken.

- ¹ § 120 Abs. 1 Z 1 ASVG
- ² Soweit sie nicht z. B. notwendig werden, um die mit der Schwangerschaft verbundene Gefahr eines schweren gesundheitlichen Nachteils abzuwehren: OGH 10 Ob S 269/88 = SSV-NF 2/115
- ³ § 161 in Verbindung mit § 145 ASVG
- ⁴ Binder, in: Tomandl (Hrsg.), System des österreichischen Sozialversicherungsrechts 2. 2. 3. 1. B
- ⁵ Schrammel, Krankenanstaltengesetz und Sozialversicherungsrecht, ZAS 1990, 113; Rill, Die rechtliche Problematik des Dreiecks „Sozialversicherungsträger – Krankenanstaltenträger – Sozialversicherter“, in: Tomandl (Hrsg.), Sozialversicherung: Grenzen der Leistungspflicht 92
- ⁶ Windisch-Graetz, Kassenfreier Raum und Anstaltspflege, ZAS 1994, 37 (38); Schrammel, Krankenanstaltengesetz und Sozialversicherungsrecht, ZAS 1990, 109
- ⁷ § 27 Abs. 5 KAKuG
- ⁸ § 27 b Abs. 1 KAKuG
- ⁹ Dazu kommen noch andere Zahlungen wie etwa die Kostenbeiträge etc. gemäß § 27 a KAKuG.
- ¹⁰ Windisch-Graetz, Kassenfreier Raum und Anstaltspflege, ZAS 1994, 37 (40 f.)
- ¹¹ 599 BlgNR 7. GP
- ¹² Gemäß § 40 Abs. 1 Tir KAG sind in der allgemeinen Gebührenklasse LKF-Gebühren zu entrichten.
- ¹³ § 8 Abs. 2 KAKuG
- ¹⁴ Siehe auch Füzsl, in: Aigner et al. (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht, IV/20, 1. 14.
- ¹⁵ § 31 Abs. 5 Z 10 ASVG. Abgedruckt in SozSi 1996, 264 ff.
- ¹⁶ § 31 Abs. 5 Z 13 ASVG. Abgedruckt in SozSi 1995, 759 ff.
- ¹⁷ LBK Wien SSV NF8/B2
- ¹⁸ Schrammel, Die Sonderklasse als Wahlanstaltspflege, in: Tomandl/Schrammel, Schnittstelle Krankenversicherungs- und Krankenanstaltenrecht 97 (98)
- ¹⁹ Art. 126 c B-VG; vgl. auch Resch, in: Jabornegg/Resch/Seewald, Ökonomie und Krankenversicherung (2001) 20 f.
- ²⁰ Resch, Gesamtvertragliche Behandlungsverbote, SozSi 2002, 515. Allerdings behandelt Resch in diesem Beitrag ausschließlich Probleme der Krankenbehandlung, nicht dagegen der Anstaltspflege.
- ²¹ BMSG, GZ 21.601/0-VI/C/15/03 vom 21. 1. 2003
- ²² VfGH 20. 6. 1984, G 30/82, G 31/82, V 21 /82, VfSlg. 10.066
- ²³ VfGH 20. 6. 1984, G 30/82, G 31/82, V 21 /82, VfSlg. 10.066
- ²⁴ Pircher, Honorarberechtigung in der Sonderklasse öffentlicher Heilanstalten (2002) 146; Mayer, Arzthonorare im Spannungsverhältnis zwischen Verfassungsrecht, Krankenanstaltenrecht und Steuerrecht, in: FS Stoll (1990) 195 ff.; Schrammel, Die Sonderklasse in öffentlichen Krankenanstalten, in: FS Schnorr (1988) 421 (432 ff.). VfGH G30/82, G31/82, V21/82, VfSlg. 10. 066.
- ²⁵ In diesem Sinn lässt sich die Rechtslage in Kärnten, Salzburg und der Steiermark verfassungskonform interpretieren.
- ²⁶ Dies ist in jenen Bundesländern möglich, die verfassungswidrigerweise eine direkte Honorarvereinbarung zwischen Arzt und Patient ermöglichen.
- ²⁷ Mazal, Die Behandlung in der Sonderklasse, in: Schrammel (Hrsg.), Rechtsfragen der ärztlichen Behandlung (1992) 75 (85)
- ²⁸ Mazal, Die Behandlung in der Sonderklasse, in: Schrammel (Hrsg.), Rechtsfragen der ärztlichen Behandlung (1992) 91. So auch Eccher/Steiner, Arzthonorare von Privat- und Sonderklassepatienten aus zivilrechtlicher Sicht, RdM 2000, 140 (143)
- ²⁹ Schrammel, Die Sonderklasse in öffentlichen Krankenanstalten, in: Martinek/Wachter (Hrsg.), Arbeitsleben und Rechtsordnung, FS Schnorr (1988) 421 (425); Mayer in: Fehlsteuern im Gesundheitswesen 37
- ³⁰ Schrammel, Die Sonderklasse in öffentlichen Krankenanstalten, in: Martinek/Wachter (Hrsg.), Arbeitsleben und Rechtsordnung, FS Schnorr (1988) 421 (426)



CW Haarfeld
Annastraße 32-36
45130 Essen

ISBN 3-7747-1768-X