

Nr 63 der Beilagen zum stenographischen Protokoll des Salzburger Landtages
(6. Session der 15. Gesetzgebungsperiode)

Vorlage der Landesregierung

Gesetz vom, mit dem das Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 geändert wird

Der Salzburger Landtag hat beschlossen:

Das Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000, LGBl Nr 24, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBl Nr 51/2017, wird geändert wie folgt:

1. *Im Inhaltsverzeichnis lautet die den § 4 betreffende Zeile:*

„§ 4 Gesundheitsplanung auf Landesebene“

2. *Im § 2 werden folgende Änderungen vorgenommen:*

2.1. *Im Abs 2 lit a wird die Wortfolge bis zum ersten Punkt durch folgende Bestimmungen ersetzt:* „Standardkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs 5 mit zumindest zwei Abteilungen, davon eine für Innere Medizin. Weiters muss zumindest eine ambulante Basisversorgung für chirurgische und/oder unfallchirurgische Akutfälle im Sinn der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) gewährleistet werden.“

2.2. *Im Abs 2 lautet die lit b:*

„b) Schwerpunktkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs 5 mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:

1. Augenheilkunde und Optometrie,
2. Chirurgie,
3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
4. Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde,
5. Innere Medizin,
6. Kinder- und Jugendheilkunde,
7. Neurologie,
8. Orthopädie und Traumatologie,
9. Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin und
10. Urologie.

Ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie und Intensivmedizin, für Hämodialyse, für Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin und für Intensivpflege (inklusive Intensiv- bzw Überwachungspflege für Neonatologie und Pädiatrie) vorhanden sein und durch Fachärzte des entsprechenden Sonderfachs betreut werden; entsprechend dem Bedarf hat die Betreuung auf dem Sonderfach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie durch eigene Einrichtungen oder durch Fachärzte als Konsiliarärzte zu erfolgen. In den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein. Schließlich müssen eine Anstaltsapotheke, ein Pathologisches Institut sowie ein Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik geführt werden;“

2.3. *Die Abs 3 und 4 lauten:*

„(3) Die Voraussetzungen des Abs 2 sind auch erfüllt, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind. Dies gilt auch bei der örtlich getrennten Unterbringung in einem anderen Bundesland und unter den im § 49a geregelten Voraussetzungen auf dem Gebiet eines anderen Staates. In Standardkrankenanstalten kann die ambulante Basisversorgung für chirurgische und/oder unfallchirurgische Akutfälle im Sinn der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) auch durch eine Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit bzw eine Ambulante Erstversorgungseinheit oder durch Kooperation mit anderen geeigneten Ge-

sundheitsdiensteanbietern in vertretbarer Entfernung im selben Einzugsbereich sichergestellt werden. Von der Errichtung einzelner im Abs 2 lit b vorgesehenen Abteilungen und sonstiger Einrichtungen kann mit Bewilligung der Landesregierung abgesehen werden. Die Bewilligung ist zu erteilen, wenn in jenem Einzugsbereich, in dem die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen, Departments, Fachschwerpunkte oder sonstigen Einrichtungen mit einem Leistungsangebot der jeweils erforderlichen Versorgungsstufe und Erfüllung der zugehörigen Anforderungen in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.

(4) Weist eine Krankenanstalt mehrere Standorte auf (Mehrstandortkrankenanstalt), ist im Bescheid, mit dem die Errichtungsbewilligung erteilt wird, für jeden Standort gemäß dem zugeordneten Leistungsspektrum die Versorgungsstufe gemäß § 2 Abs 2 festzulegen. Am jeweiligen Standort sind die für die festgelegte Versorgungsstufe je Leistungsbereich geltenden Vorgaben einzuhalten.“

2.4. Im Abs 5 werden im Einleitungssatz die Worte „Standardkrankenanstalten, Standardkrankenanstalten der Basisversorgung und Schwerpunktkrankenanstalten“ durch die Worte „Standardkrankenanstalten und Schwerpunktkrankenanstalten“ ersetzt.

2.5. Im Abs 6 entfällt in der Z 1 der Ausdruck „4 und“, wird am Ende der Z 2 der Punkt durch einen Stichpunkt ersetzt und angefügt:

„3. welche Versorgungsstufe je Leistungsbereich gemäß Abs 2 bei Mehrstandortkrankenanstalten für jeden Standort maßgeblich ist.“

3. Im § 4 werden folgende Änderungen vorgenommen:

3.1. Die Überschrift lautet: **„Gesundheitsplanung auf Landesebene“**

3.2. Der Abs 1 wird durch folgende Bestimmungen ersetzt:

„(1) Jene Teile des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) und des Regionalen Strukturplanes Gesundheit (RSG), die Angelegenheiten des Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG betreffen, hat die Gesundheitsplanungs GmbH durch Verordnung für verbindlich zu erklären. Die Gesundheitsplanungs GmbH unterliegt bei der Erfüllung der Aufgaben der Aufsicht und den Weisungen der Landesregierung. Sie ist auf Verlangen der Landesregierung zur jederzeitigen Information verpflichtet.“

(1a) Kommt das im § 5 Abs 2 Z 3 SAGES-Gesetz vorgesehene Einvernehmen über die als verbindlich zu erklärenden Teile des RSG bzw. dessen Änderungen entsprechend den Bestimmungen der Landes-Zielsteuerungskommission nicht zustande, hat die Landesregierung auf Basis der gemeinsamen Festlegungen in der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit im Rahmen des RSG für Fondskrankenanstalten einen Krankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen. Die Vorgaben des Zielsteuerungsvertrages gemäß § 10 G-ZG und des ÖSG einschließlich der im ÖSG vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und -methoden sind dabei zu beachten. Vor Erlassung der Verordnung ist der Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES) zu hören.“

3.3. Im Abs 4 wird im ersten Satz der Ausdruck „Abs 1“ durch den Ausdruck „Abs 1a“ ersetzt.

3.4. Abs 5 entfällt.

4. Im § 7 werden folgende Änderungen vorgenommen:

4.1. Im Abs 1 wird angefügt:

„d) Sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung über den Bedarf im Rahmen eines Verfahrens gemäß § 10a (Vorabfeststellung des Bedarfs) eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens. Eine Vertragszusage der Sozialversicherung ist der Landesregierung im Wege des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger unverzüglich bekanntzugeben.“

4.2. Abs 3 lautet:

„(3) Wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 G-ZG geregelt ist, ist hinsichtlich des Bedarfs die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist bei Krankenanstalten, die über den SAGES abgerechnet werden (im Folgenden: Fondskrankenanstalten) § 4 Abs 2, ansonsten § 7 Abs 1 lit a sinngemäß anzuwenden.“

5. Im § 8 lautet die Z 2:

„2. Angaben darüber, ob der Rechtsträger beabsichtigt, Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen oder ob ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherungsträger über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist;“

6. Im § 10a wird angefügt:

„(3) Der Lauf der im Abs 2 festgelegten Frist von drei Monaten wird gehemmt, wenn ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang bei Bescheiderlassung bereits anhängig ist oder innerhalb der Dreimonatsfrist anhängig gemacht wird. In diesem Fall läuft die Frist erst ab dem Feststehen des Ergebnisses dieses Vertragsvergabeverfahrens weiter.“

7. Im § 12a werden folgende Änderungen vorgenommen:

7.1. Im Abs 1 wird angefügt:

„d) Sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung im Rahmen eines Verfahrens gemäß § 12c (Vorabfeststellung der wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes) eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens. Eine Vertragszusage der Sozialversicherung ist der Landesregierung im Wege des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger unverzüglich bekanntzugeben.“

7.2. Nach Abs 2 wird eingefügt:

„(2a) Wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl I Nr 26/2017, geregelt ist, ist hinsichtlich des Frage der wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist nach Abs 1 lit a iVm Abs 2 und 3 vorzugehen.“

8. Im § 12b wird der Punkt am Ende der Z 4 durch einen Strichpunkt ersetzt und wird angefügt:

„5. Angaben darüber, ob ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherungsträger über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist.“

9. Im § 12e wird angefügt:

„(3) Der Lauf der im Abs 2 festgelegten Frist von drei Monaten wird gehemmt, wenn ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang bei Bescheiderlassung bereits anhängig ist oder innerhalb der Dreimonatsfrist anhängig gemacht wird. In diesem Fall läuft die Frist erst ab dem Feststehen des Ergebnisses dieses Vertragsvergabeverfahrens weiter.“

10. Im § 46 entfallen die Absatzbezeichnung „(1)“ und der Abs 2.

11. Im § 62 wird angefügt:

„(6) Die Kostenbeiträge gemäß Abs 1, 3 und 4 sind für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nicht einzuheben.“

12. Im § 94 werden folgende Änderungen vorgenommen:

12.1. Die Z 16 lautet:

„16. Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBl I Nr 26/2017;“

12.2. Die Z 19 und 30 entfallen.

12.3. Nach der Z 20 wird eingefügt:

„20a. Gesundheitsdokumentationsverordnung – GD-VO, BGBl II Nr 25/2017;“

13. Im § 99 wird angefügt:

„(7) Die §§ 2 Abs 2 bis 6, 4 Abs 1, 1a und 4, 7 Abs 1 und 3, 8, 10a Abs 3, 12a Abs 1 und 2a, 12b, 12c Abs 3 und 94 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr/2017 treten mit Beginn des auf dessen Kundmachung folgenden Monats in Kraft. § 62 Abs 6 tritt rückwirkend mit 1. Jänner 2017 in Kraft. Gleichzeitig mit dem im ersten Satz bestimmten Zeitpunkt treten die §§ 4 Abs 5 und 46 Abs 2 in der Fassung des Gesetzes LGBl Nr/2017 außer Kraft. Die §§ 10a Abs 3 und 12e Abs 3 sind auch in allen Errichtungsbewilligungsverfahren anzuwenden, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Bestimmungen bereits anhängig sind.“

Erläuterungen

1. Allgemeines:

Das bereits eingerichtete partnerschaftliche Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung soll fortgeführt werden. Damit soll sichergestellt werden, dass sich mittels vereinbarter Ausgabenobergrenzen die öffentlichen Gesundheitsausgaben gleichlaufend zum nominellen Wirtschaftswachstum entwickeln. Die Festlegung der Eckpunkte und Inhalte dieser partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit erfolgt in der zwischen dem Bund und den Ländern abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit. Die Umsetzung des Finanzausgleichs für die Jahre 2017 bis 2021 im Gesundheitsbereich erfolgt mit der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (im Folgenden kurz: Finanzierungsvereinbarung). Die grundsatzgesetzlichen Vorgaben zur Umsetzung dieser Vereinbarungen enthält Art 2 des Vereinbarungsumsetzungsgesetzes 2017 – VUG 2017, BGBl I Nr 26/2017. Die Novelle dient ausschließlich der Umsetzung dieser grundsatzgesetzlichen Vorgaben.

2. Verfassungsrechtliche Grundlage:

Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG.

3. Übereinstimmung mit dem EU-Recht:

Die vorgesehenen Regelungen fallen nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

4. Kostenfolgen:

Der Entfall der Kostenbeiträge gemäß § 62 Abs 6 führt zu Mindereinnahmen bei den Fondskrankenanstalten. Der SAGES hat im Budget 2017 für Kostenbeiträge nach den Bestimmungen des Salzburger Krankenanstaltengesetzes 2000 und Kostenanteilen nach dem ASVG in Summe einen Betrag von € 6,962 Mio budgetiert und schätzt, dass es zu einem Ausfall in der Höhe von 10 bis 12 % kommen wird, was einem Betrag von € 696.200,00 bis € 835.400,00 entspricht.

5. Ergebnis des Begutachtungsverfahrens:

Zum Entwurf haben das Bundeskanzleramt/Verfassungsdienst, die Kammer für Arbeiter und Angestellte für Salzburg, das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger und die Wirtschaftskammer Salzburg inhaltliche Stellungnahmen abgegeben. Die Ausführungen der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Salzburg beziehen sich lediglich auf die bereits im Grundsatzgesetz des Bundes getroffenen Festlegungen und enthalten keine Einwände gegen den Entwurf. Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat Übergangsbestimmungen zum Entfall der Standardkrankenanstalten der Basisversorgung angeregt; diese sind jedoch nicht erforderlich, da in Salzburg keine solche Krankenanstalt besteht. Vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger wurde der Entfall der Kundmachungspflicht für den Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) kritisiert. Die Kundmachung des RSG erfolgt jedoch in Zukunft auf Grund des § 22 G-ZG durch den Landeshauptmann, so dass eine ergänzende Anordnung im Krankenanstaltenrecht nicht mehr erforderlich ist. Die Wirtschaftskammer Salzburg sieht in der bereits jetzt bestehenden Möglichkeit der Rechtsträger, einen Feststellungsbescheid gemäß § 2 Abs 6 SKAG über die Art der von ihr betriebenen Krankenanstalt zu erhalten, offenkundig eine Möglichkeit der Behörde, das Leistungsangebot der öffentlichen Krankenanstalten zu Lasten der privaten Spitäler willkürlich zu erweitern. Damit wird nicht nur die rechtliche Wirkung von Feststellungsbescheiden massiv verkannt, sondern auch übersehen, dass diese Möglichkeit, Rechtssicherheit für den weiteren Betrieb zu erlangen, bisher nur von Trägern privater Krankenanstalten in Anspruch genommen wurde und für diese eine wertvolle behördliche Serviceleistung darstellt.

6. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen:

Zu Z 1:

Auf Grund der Änderungen der Inhalte dieser Bestimmung erfolgt eine Anpassung der Überschrift.

Zu Z 2:

Entsprechend den Festlegungen in Art 50 der Finanzierungsvereinbarung wird zur Anpassung der Krankenanstaltentypologie an die neuen Planungsgrundsätze Folgendes vorgesehen:

1. Standardkrankenanstalten müssen wie bisher mindestens zwei Abteilungen vorhalten, davon eine für Innere Medizin. Weiters muss zumindest eine ambulante Basis – Akutversorgung im Bereich Chi-

urgie/Unfallchirurgie gewährleistet werden, wobei dies auch durch Kooperationen mit anderen nahe gelegenen Gesundheitsdiensteanbietern erreicht werden kann (Z 2.3).

2. Entfall der Standardkrankenanstalten der Basisversorgung.
3. Schwerpunktkrankenanstalt: Entfall des Sonderfaches Haut- und Geschlechtskrankheiten als Pflichtfach und Erweiterung von § 2 Abs 3 letzter Satz auf sonstige Einrichtungen.
4. Auf Grund der nunmehrigen Möglichkeit Mehrstandortkrankenanstalten zu betreiben ist es erforderlich für bestehende Krankenanstalten – die somit keiner Errichtungsbewilligung mehr bedürfen – die gesetzliche Grundlage für die Erlassung eines Feststellungsbescheides über die Festlegung der Versorgungsstufe je Leistungsbereich zu schaffen. Somit könnte in Zukunft ein Rechtsträger Mehrstandortkrankenanstalten unterschiedlicher Versorgungsstufe (zB Zentralkrankenanstalt an einem Standort, Standardkrankenanstalt an einem anderen Standort) betreiben.

Zu Z 3:

Die bisher vorgesehenen Krankenanstalten- und Großgerätepläne haben im Rahmen der Fortentwicklung der Zielsteuerung Gesundheit eine grundlegende Neugestaltung im Sinn einer Eingliederung in den ÖSG erfahren. Eine gesonderte planliche Festlegung im Sinn des bisher vorgesehenen spezifischen Krankenanstaltenplanung soll es nur mehr geben, wenn kein Einvernehmen über die verbindliche Festlegung der entsprechenden Teile des ÖSG zustande kommt (vgl dazu die §§ 23 und 24 G-ZG).

Zu den Z 4 und 7:

Im Bereich des Bedarfsprüfungsverfahrens sowohl für bettenführende Krankenanstalten als auch für selbstständige Ambulatorien erfolgen Änderungen, die sich aus dem neu vorgesehenen Instrument der verbindlichen Planung ergeben (§ 23 G-ZG). Für den Fall, dass das verfahrensgegenständliche Leistungsspektrum in den dort vorgesehenen Verordnungen geregelt ist, wird im Rahmen der Bedarfsprüfung bzw der Prüfung der wesentlichen Verbesserung der Versorgungslage ausschließlich die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen geprüft.

Sofern für das verfahrensgegenständliche Leistungsspektrum ein vergaberechtliches Verfahren (sog „Vertragsvergabeverfahren“) der Sozialversicherung erfolgt, ist das krankenanstaltenrechtliche Errichtungsbewilligungsverfahren nach positiver Bedarfsfeststellung bis zum Feststehen des Ergebnisses dieses Verfahrens zu unterbrechen (Vorfragetatbestand). Über das Ergebnis des Vertragsvergabeverfahrens soll in Zukunft eine unverzügliche Verständigung der Landesregierung im Wege des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger erfolgen.

Zu den Z 5 und 8:

Aus den in den Z 4 und 6 erläuterten Änderungen ergibt sich das Erfordernis, dass schon bei der Antragstellung bekannt gegeben wird, ob für den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang ein Vertragsvergabeverfahren bei der Sozialversicherung anhängig ist.

Zu den Z 6 und 9:

Zur Bedarfsprüfung bei bettenführenden Krankenanstalten sieht § 10a SKAG ein Vorabfeststellungsverfahren vor, in dem rechtsverbindlich über das Bestehen oder Nichtbestehen eines Bedarfes abgesprochen wird. Die Geltungsdauer dieses Bescheides ist mit drei Monaten befristet. Um ein Auslaufen der Bescheidwirkung während eines laufenden Vertragsvergabeverfahrens zu verhindern, wird angeordnet, dass die Dauer dieses vergaberechtlichen Verfahrens in die Dreimonatsfrist nicht eingerechnet wird (Z 6). Für das vergleichbare Verfahren gemäß § 12e SKAG zur Feststellung einer wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes bei selbständigen Ambulatorien soll eine inhaltsgleiche Regelung gelten (Z 9).

Zu Z 10:

Die aus den siebziger Jahren stammenden Regelungen in diesem Absatz sind auf Grund der wesentlich genaueren und zeitnaheren Aussagen des ÖSG und des RSG inhaltlich überholt und können daher entfallen.

Zu Z 11:

Im Rahmen der Finanzausgleichsverhandlungen wurde vereinbart, für Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, den Spitalskostenbeitrag zu streichen. Der aus dieser Streichung resultierende Einnahmenverlust für die Krankenanstalten in Höhe von etwa 15 Mio Euro jährlich ist vom Bund, den Ländern und der Sozialversicherung jeweils zu einem Drittel auszugleichen.

Mit der vorgesehenen Regelung ist eine finanzielle Entlastung von Familien verbunden und gleichzeitig soll auch die Gesundheit und damit die Chancengerechtigkeit von behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen gestärkt werden.

Zu Z 12:

Verschiedene Normzitate werden aktualisiert. Das Zitat des Finanzausgleichsgesetzes 2008 bleibt unverändert, dh die im § 70 Abs 3 SKAG enthaltene Definition der Finanzkraft bezieht sich weiterhin auf den zum 31. Dezember 2016 geltenden Rechtsbestand. Das aktuelle Finanzausgleichsgesetz 2017 enthält keine Begriffsdefinition mehr, so dass dieses Zitat nicht aktualisiert werden kann.

Zu Z 13:

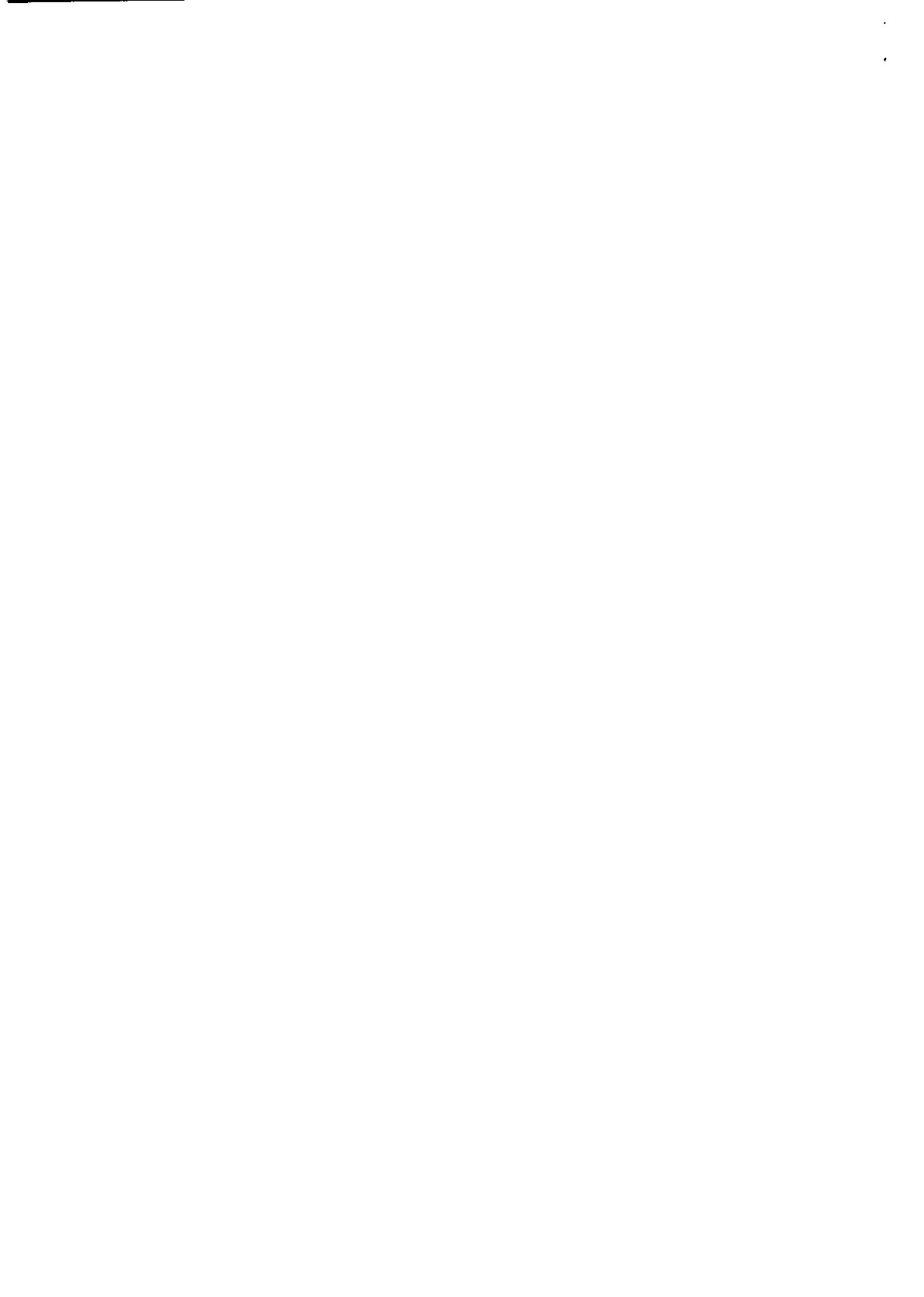
Die Umsetzung der grundsatzgesetzlichen Vorgaben durch die Länder hat innerhalb von sechs Monaten zu erfolgen, wobei auf Grund der grundsatzgesetzlichen Vorgaben § 62 Abs 6 rückwirkend mit 1. Jänner 2017 in Kraft zu treten hat.

Die Landesregierung stellt sohin den

Antrag,

der Salzburger Landtag wolle beschließen:

1. Das vorstehende Gesetz wird zum Beschluss erhoben.
2. Die Gesetzesvorlage wird dem Verfassungs- und Verwaltungsausschuss zur Beratung, Berichterstattung und Antragstellung zugewiesen.



Bericht

des Verfassungs- und Verwaltungsausschusses zur Vorlage der Landesregierung (Nr. 63 der Beilagen) betreffend ein Gesetz, mit dem das Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 geändert wird

Der Verfassungs- und Verwaltungsausschuss hat sich in der Sitzung vom 15. November 2017 mit der Vorlage befasst.

Berichterstatteerin Abg. Bartel verliest den Antrag und beantragt die Einleitung der Debatte und Beschlussfassung.

Das bereits eingerichtete partnerschaftliche Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung solle fortgeführt werden. Damit solle sichergestellt werden, dass sich mittels vereinbarter Ausgabenobergrenzen die öffentlichen Gesundheitsausgaben gleichlaufend zum nominellen Wirtschaftswachstum entwickeln. Die Festlegung der Eckpunkte und Inhalte dieser partnerschaftlichen Zielsteuerung Gesundheit erfolge in der zwischen dem Bund und den Ländern abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit. Die Umsetzung des Finanzausgleichs für die Jahre 2017 bis 2021 im Gesundheitsbereich erfolge mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (im Folgenden kurz: Finanzierungsvereinbarung). Die grundsatzgesetzlichen Vorgaben zur Umsetzung dieser Vereinbarungen enthält Art. 2 des Vereinbarungsumsetzungsgesetzes 2017 - VUG 2017, BGBl. I Nr. 26/2017. Die Novelle diene ausschließlich der Umsetzung dieser grundsatzgesetzlichen Vorgaben.

Landeshauptmann-Stellvertreter Dr. Stöckl berichtet, dass es um die Flexibilisierung und Vereinfachung der Krankenanstalten gehe und dankt eingangs der Diskussion Mag.^a Hofinger für die gute Zusammenarbeit und Vorbereitungen. Es sei nicht so einfach gewesen, die entsprechenden Gesetzesänderungen beim Bund durchzusetzen. Mit diesen Änderungen werden Flexibilisierungen und Möglichkeiten geschaffen. Es sei gelungen, bei der Versorgungsstufe durch die Zusammenführung von verschiedenen Krankenhäusern, z. B. Angliederung Tamsweg/Hallein an die SALK, dass man in den kleinen Spitälern nicht den gleichen Versorgungs- und Vorhaltegrad haben müsse, sondern abgestuft das auch anbieten könne.

D. h., alle Fachärzte und Ärztinnen, die in einem Zentralkrankenhaus vorhanden sein müssen, müssten dann im nachrangigen Krankenhaus, auch wenn es zum gleichen Krankenhaus gehört, nicht vorgehalten werden. Das erleichtere das Führen kleinerer Krankenhäuser. Man sei auch bei den kleinen Standardkrankenhäusern flexibler geworden. So müsse nicht mehr verpflichtend eine chirurgische Abteilung geführt werden, sondern eine Basis-Akutversorgung im chirurgischen und unfallchirurgischen Angebot vorgehalten werden. Bei den regionalen Schwer-

punktsetzungen seien Leistungskomponenten und Kooperationen von Krankenanstalten erleichtert worden. Bei den Schwerpunktkrankenanstalten sei weggefallen, dass eine eigene Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten vorgehalten werden müsse. Man habe auch die Möglichkeit geschaffen, dass andere Abteilungen, die bisher streng vorgeschrieben waren, in Zukunft nicht mehr notwendig seien, wenn die Versorgung durch ein anderes Krankenhaus in absehbarer Distanz gemacht werden könne oder, dass auch nicht bettenführende Einheiten wie Nuklearmedizin z. B. in Schwerpunktkrankenhäusern substituierend eingesetzt werden können.

Klubobmann Abg. Schwaighofer begrüßt die Gesetzesänderung.

Zur Frage von Klubvorsitzenden Abg. Steidl, ob und wie eine Erstversorgung im chirurgischen und unfallchirurgischen Bereich in kleinen Krankenhäusern sichergestellt sei, berichtet Landeshauptmann-Stellvertreter Dr. Stöckl, dass die Abteilung Innere und eine zweite Abteilung, z. B. Traumatologie und Orthopädie, sichergestellt werden müsse. Diese Abteilung übernehme dann auch die chirurgische Erst- oder Akutversorgung.

Klubobmann Abg. Dr. Schnell ortet eine Zentralisierung und kritisiert das Aufblähen des Verwaltungsapparates. Die Kritik der Wirtschaftskammer wäre gerechtfertigt und finde die Zustimmung der FPS. Die Regelung, ob eine Bedarfsprüfung notwendig sei oder nicht, sei nicht ganz nachvollziehbar. Die Regierungsvorlage wird abgelehnt.

Zur Kritik von Klubobmann Abg. Dr. Schnell, dass der Verwaltungsapparat immer mehr aufgebläht werde, gibt Landeshauptmann-Stellvertreter Dr. Stöckl zu bedenken, dass man z. B. beim Tauernklinikum darauf keinen Einfluss habe, weil der Rechtsträger die Stadtgemeinde sei. Die SALK sei sehr bemüht Synergien zu nutzen und darauf zu achten, was im Verwaltungsbereich unbedingt notwendig sei und was nicht. Zur Frage betreffend Großgeräte in der Radiologie privater Spitäler führt Landeshauptmann-Stellvertreter Dr. Stöckl aus, dass der Bundes-Zielsteuerungsvertrag noch nicht abgeschlossen werden konnte, da sich die Wirtschaftskammer und der Hauptverband nicht einig gewesen seien, wie das bei den Großgeräten in Zukunft gehandhabt wird. Am 7. Dezember werde erneut über dieses Thema verhandelt werden.

Mag.^a Hofinger (Abteilung 9) merkt zur Frage der Verwaltung an, dass die vorliegende Novelle des Salzburger Krankenanstaltengesetzes keine zusätzlichen Verpflichtungen für die Krankenanstalten schaffe. Durch die neuen Möglichkeiten der Krankenanstalten ergeben sich auch Möglichkeiten, in der Verwaltung von Krankenanstalten Synergien zu schaffen, gerade durch die Mehrstandort-Krankenanstalten unterschiedlicher Versorgungsstufe. Das seien Synergien, die es im jetzigen Krankenanstaltengesetz noch nicht gegeben habe.

Zur Frage der Bedarfsprüfungen merkt die Expertin an, dass diese Fragestellung relativ komplex sei und man deshalb in einzelne Dinge auseinanderelektieren müsse. Das eine sei, dass es für Krankenanstalten generell Bedarfsprüfungen gebe und zwar egal für welche Art von

Krankenanstalten. Das sei bundesgrundsatzgesetzlich vorgegeben und sei auch EU-rechtlich, im Hinblick auf die Erwerbsfreiheit, zulässig.

Eine wesentliche Veränderung im neuen Krankenanstaltenrecht sei, dass man das bewährte Instrument, das es bei den Fondskrankenanstalten schon viele Jahre gebe, nämlich die Krankenanstaltenplanverordnung, auch in anderen Bereichen von Krankenanstalten, wo Bedarfsprüfungen stattfinden, möglich mache. Die Expertin merkt an, dass diese Möglichkeit zu einer wesentlichen Vereinfachung in der Verwaltung, auch gerade in der Amtsverwaltung, führen werde und weist darauf hin, dass es u. a. eine sehr widersprüchliche und problematische Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes dazu gebe. Durch die neue Rechtslage werden Probleme besser bewältigt werden können als bisher. Auf Bundesebene wird derzeit die konkrete Frage der Verordnung zum ÖSG verhandelt, womit Teile des österreichischen Strukturplanes „Gesundheit“ zu einer Verordnung verbindlich gemacht werden sollen. Dies betreffe im Wesentlichen die zwei Themenstellungen „Rehabilitation“ und „Großgeräteplanung“. Für die Verwaltung wären diese Planungsverordnungen, die nach dem Vorbild der Fondskrankenanstalten-Verordnung gebildet werden, eine wesentliche Verwaltungserleichterung.

Mag.^a Hofinger führt zu einer Frage von Abg. Mag. Scharfetter betreffend Feststellungsbescheid aus, dass dieser bei einer Zusammenführung von zwei Krankenanstalten in eine Mehrortstandortkrankenanstalt der Rechtssicherheit und Klarstellung diene, welche Versorgungsstufe für welchen Standort und welchen Leistungsbereich anzuwenden sei. Dies wäre mit der bestehenden Gesetzeslage nicht möglich.

Der Verfassungs- und Verwaltungsausschuss stellt mit den Stimmen von ÖVP, SPÖ, Grünen und Abg. Konrad MBA gegen die Stimmen der FPS - sohin mehrstimmig - den

Antrag,

der Salzburger Landtag wolle beschließen:

Das in der Nr. 63 der Beilagen enthaltene Gesetz wird zum Beschluss erhoben.

Salzburg, am 15. November 2017

Der Vorsitzende:
Ing. Sampl eh.

Die Berichterstatterin:
Bartel eh.

Beschluss des Salzburger Landtages vom 20. Dezember 2017:

Der Antrag wurde mit den Stimmen von ÖVP, SPÖ, Grüne und der Abg. ohne Fraktionszugehörigkeit Fürhapter und Konrad MBA gegen die Stimmen der FPS, eine Stimme der FWS und der Abg. ohne Fraktionszugehörigkeit Steiner-Wieser - sohin mehrstimmig - zum Beschluss erhoben.

