

Republik Österreich

WAHRNEHMUNGSBERICHT DES RECHNUNGSHOFES

über

Teilgebiete der Gebarung der Krankenanstalten
im Land Steiermark betreffend die
Bezüge, Gebühren und Honorare der Ärzte

WIEN 1997

ÖSTERREICHISCHE STAATSDRUCKEREI AG

Hinweis für die Staatsdruckerei

Bitte auf der Innenseite des Umschlagbogens drucken:

Bisher sind erschienen:

REIHE STEIERMARK

1997/1

Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes über Autobahn- und Umfahrungsprojekte der Österreichischen Autobahnen- und Schnellstraßen AG

1997/2

Sonderbericht des Rechnungshofes über die Ost-Autobahn

1997/3

Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes über Teilgebiete der Gebarung im Land Steiermark

Auskünfte

Rechnungshof
1033 Wien, Dampfschiffstraße 2
Telefon: (00 43 1) 711 71-8466 oder 8225
Fax: (00 43 1) 712 49 17

Inhaltsverzeichnis

	Absatz/Seite
Vorbemerkungen	1, 2/1

Bereich des Bundeslandes Steiermark

Prüfungsergebnis

Bezüge, Gebühren und Honorare der Ärzte der Krankenanstalten im Land Steiermark

Kurzfassung des Prüfungsergebnisses	-/2
Prüfungsablauf und -gegenstand.....	3/4
Problematik der Sondergebühren und Ärztehonorare in den öffentlichen Krankenanstalten Österreichs	
Begriffsbestimmungen	4/4
Geschichtliche Entwicklung.....	5/4
Grundsätzliche Überlegungen	6/5
Rechtsgrundlagen	7/6
Vergleich der Ärzteneinkommen des Jahres 1994	8/7
Anstaltsanteil	9/12
Honoraraufteilung	10/13
Ambulanzgebühren	11/13
Nebenbeschäftigung	12/14
Szenarien einer Reform der Ärztebesoldung	13/14
Problematik der Sondergebühren und Ärztehonorare in den öffentlichen Krankenanstalten Steiermarks	
Sondergebühren im Land Steiermark	14/15
Ärztelhonorare	15/16
Aufteilung der ärztlichen Honorare	16/16
Ambulanzgebühren	17/17
Verrechnung	18/17
Dienstverträge	19/18
Gebührenverträge	20/19
Nebenbeschäftigungen von Ärzten	21/20
Organisationsbedingte Honorarveränderungen	22/21
Verträge des Vorstandes des Pathologisch-Anatomischen Instituts	
Diagnostische Leistungen	23/22
Einnahmenbeteiligungen	24-25/23
Wirtschaftsaufsicht über sonstige Krankenanstalten	26/24
Sonstige Feststellungen	27/25
Schlußbemerkungen	28/26

Abkürzungsverzeichnis

Abs	Absatz
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BDG	Beamtendienstrechtsgesetz 1979, BGBl Nr 333
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMWi	Bundesministerium für Wissenschaft und Verkehr
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw	beziehungsweise
ff	folgende
KAG	Krankenanstaltengesetz des Bundes, BGBl Nr 1/1957
KAGES	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft mbH
KALG	Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz, LGBl Nr 78/1957
KRAZAF	Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds
LGBl	Landesgesetzblatt
LKH	Landeskrankenhaus(-häuser)
Mill	Million(en)
Mrd	Milliarde(n)
NÖ KAG 1974	Niederösterreichisches Krankenanstaltengesetz 1974, LGBl 9440
Nr	Nummer
rd	rund
RH	Rechnungshof
S	Schilling (nachgestellt)
StGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
UOG	Universitäts-Organisationsgesetz, BGBl Nr 258/1975
VfGH	Verfassungsgerichtshof
VfSlg	Erkenntnisse und Beschlüsse des Verfassungsgerichtshofes
VÖE	Versicherungsanstalt der Österreichischen Eisenbahnen
zB	zum Beispiel

Weitere Abkürzungen sind bei der erstmaligen Erwähnung im Text angeführt.

**Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes
über Teilgebiete der Gebarung
der Krankenanstalten im Land Steiermark
betreffend die Bezüge, Gebühren und
Honorare der Ärzte**

Vorbemerkungen

1. Der RH erstattet dem Steiermärkischen Landtag gemäß Artikel 127 Abs 6 zweiter Satz B-VG nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung getroffen hat.
2. Nachstehend werden in der Regel punktweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Absatzbezeichnung), deren Beurteilung durch den RH (Kennzeichnung mit 2), *die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3 und im Kursivdruck)* sowie die allfällige Gegenäußerung des RH (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht. Bei dem in diesem Bericht enthaltenen Zahlenwerk wurden gegebenenfalls kaufmännische bzw programmbedingte Auf- und Abrundungen vorgenommen.

Bereich des Bundeslandes Steiermark

P r ü f u n g s e r g e b n i s

Bezüge, Gebühren und Honorare der Ärzte der Krankenanstalten im Land Steiermark

Kurzfassung des Prüfungsergebnisses

- (1) Das Krankenanstaltengesetz des Bundes (KAG) überließ die Sondergebührenregelung weitgehend der Ausführungsgesetzgebung der Länder.*
- (2) Die bundes- und landesgesetzliche Festlegung der unterschiedslosen medizinischen Versorgung der Patienten der allgemeinen Klasse und der Sonderklasse führte zur Frage, auf welche Leistung ein ärztlicher Honoraranspruch in der Sonderklasse zu stützen war.*
- (3) Nach Auffassung des RH stand ein Honoraranspruch der Ärzte gegenüber den Patienten mit dem KAG, das eine direkte Rechtsbeziehung nur zwischen Anstaltsträger und Patienten vorsah, nicht im Einklang. Gegen Landesgesetze, die einen unmittelbaren ärztlichen Honoraranspruch festlegten, bestanden verfassungsrechtliche Bedenken.*
- (4) Die zusätzlichen Sonderklasseentgelte für Anstaltsträger und Ärzte waren geeignet, Anreize zu einer stationären Krankenversorgung zu schaffen, und standen damit der gesundheitspolitisch erwünschten Verminderung der kostenintensiven stationären Krankenversorgung entgegen.*
- (5) Den Vertrag über Honorare der Spitalsärzte schloß in den meisten Bundesländern die ärztliche Landesvertretung.*
- (6) Die Verpflichtung zur Abgabe eines Honoraranteiles an den Anstaltsträger war länderweise verschieden. Einzelne Länder verzichteten darauf.*
- (7) Die Regelungen über die Honoraraufteilung zwischen dem Primararzt und den mitarbeitenden Ärzten waren ebenfalls uneinheitlich.*
- (8) Neben dem Honorar erhielten die Ärzte in den meisten Bundesländern einen Anteil an den meist nicht kostendeckenden Ambulanzgebühren der Sozialversicherungsträger.*
- (9) Die Sondergebühren (ärztlichen Honorare) bildeten einen wesentlichen Teil der Einkommen der Spitalsärzte.*
- (10) Nach Auffassung des RH entsprach das in der Steiermark geltende System der abteilungsweisen Aufteilung der Ärztehonorare nach Quoten nicht der landesgesetzlichen Vorgabe.*
- (11) Die Bezüge der Bundesärzte im Landeskrankenhaus Graz wurden von der Direktion der Grazer Universität ausbezahlt. Über die genauen Bezugshöhen hatte die KAGES keine Kenntnis. Die Ärztehonorare zahlte die KAGES als Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit aus. Der RH erachtete die Entlohnung der Ärzte an Universitätskliniken durch zwei voneinander unabhängige Stellen als unzweckmäßig.*

(12) Die aufgrund der Ausgliederung der Landeskrankenhäuser erfolgte Anstellung eigenen KAGES-Personals führte zu einem Anstieg der Personalkosten. Die KAGES versuchte, diese Entwicklung durch Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Aufnahme des KAGES-Personals in den Landesdienst einzudämmen.

(13) Zur Begründung des Gebührenanspruches und Vereinbarung sonstiger arbeits- und dienstrechtlicher Angelegenheiten schloß die KAGES mit den leitenden Bundesärzten Gebührenverträge ab. Darüber wurde das Einvernehmen mit dem BMWV nicht hergestellt. Im Falle der Weigerung, einen Gebührenvertrag abzuschließen, stellte die KAGES die Honorarzahlungen ein.

(14) Die Nebenbeschäftigungen von Ärzten - vor allem in Sanatorien - verursachten häufig eine Konkurrenzsituation zum Anstaltsträger.

(15) Der Institutsvorstand des Pathologisch-Anatomischen Instituts der Universität Graz vereinbarte Verträge über die Untersuchungsleistungen und deren Honorierung im eigenen Namen und auf eigene Rechnung. Eine Nebenbeschäftigungsmeldung lag bei der Dienstbehörde nicht auf. Die Kosten des Institutsbetriebes waren zwischen dem Bund und der KAGES zu gleichen Teilen geteilt. Aus den Einnahmen wurden dem Bund keine Anteile abgetreten.

Kenndaten über das von den privaten Krankenversicherungen ausgewiesene Finanzierungsvolumen für Arzthonorare im Jahr 1994		
	Honorare in Mill S	
	brutto *	netto **
Burgenland	32	32
Kärnten	306	122
Niederösterreich	254	247
Oberösterreich	826	593
Salzburg	462	237
Steiermark	589	309
Tirol	534	450
Vorarlberg	148	90
Wien	1 800	1 000
Summe	4 951	3 080
*	Honorare aller Krankenanstalten eines Bundeslandes einschließlich der den Anstalten zustehenden Honoraranteile. In einigen Bundesländern konnten die Honorare nur geschätzt werden.	
**	Honorare einschließlich Umsatzsteuer, die den Ärzten in den KRAZAF-bezuschußten Krankenanstalten nach Abzug der Anstaltsanteile ausbezahlt wurden.	

Prüfungsablauf und -gegenstand

3. Der RH überprüfte von März bis Mai 1995 Teilgebiete der Gebarung der Krankenanstalten Steiermarks betreffend die Bezüge, Gebühren und Honorare der Spitalsärzte. Die Landesregierung und die KAGES gaben zu dem im November 1996 übermittelten Prüfungsergebnis im Jänner 1997 Stellungnahmen ab. Der RH erstattete im März 1997 seine Gegenäußerung.

Problematik der Sondergebühren und Ärztehonorare in den öffentlichen Krankenanstalten Österreichs

Begriffsbestimmungen

4. Unter Sondergebühren werden besondere Entgelte verstanden, die neben der Pflegegebühr (Leistungsabgeltung für die allgemeine Gebührenklasse) für im Gesetz definierte Leistungen der Krankenanstalten eingehoben werden dürfen.

Ärztehonorare sind die den Abteilungs-, Instituts- und Laboratoriumsleitern sowie anderen, taxativ aufgezählten Ärzten von Pfleglingen der Sonderklasse zustehenden Honorare.

In Salzburg, Steiermark und Kärnten beinhalten die Sondergebühren auch die Abgeltung der ärztlichen Leistung.

In den übrigen Bundesländern bestehen die Ärztehonorare als privatrechtlicher Anspruch der honorarberechtigten Ärzte gegenüber den Patienten der Sonderklasse.

Geschichtliche Entwicklung

5. Bereits vor dem KAG 1920 bestand in den öffentlichen Krankenanstalten neben der allgemeinen Gebührenklasse eine höhere Verpflegsklasse wobei für die Unterbringung in letzterer ein Zuschlag eingehoben wurde. Infolge der Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der Krankenanstalten ermächtigte das KAG 1920 die Landesregierungen, neben den Verpflegengebühren besondere Gebühren einzuheben.

Die zweite Durchführungsverordnung zum KAG 1920 ermächtigte die Landesregierungen, einen Anteil an den besonderen Gebühren den beteiligten Ärzten zu überlassen (ärztliche Gebühr). Von dieser Möglichkeit machten in den zwanziger Jahren zunächst Wien, Niederösterreich und das Burgenland Gebrauch, wobei Wien und Niederösterreich das Honorar für den Institutsvorstand festsetzten und zusätzlich (neben der Anstaltsgebühr) einen Regiezuschlag zwischen 30 und 40 % verrechneten.

Eine Regelung über die Beteiligung von Hilfsärzten an den ärztlichen Honoraren traf das Land Niederösterreich erstmals 1922, wonach aus den Einnahmen der ärztlichen Gebühr auch die Hilfskräfte zu entlohnen waren. Im Jahr 1925 verbot der Landeshauptmann, für die Entlohnung der Hilfsärzte ein zusätzliches Entgelt zu fordern. Hiefür hatte die Verwaltung 10 bis 20 % der Arztgebühren einzubehalten und an die Hilfsärzte auszubehalten.

Eine ähnliche Regelung galt für die vom Bund verwalteten Wiener Fondsspitäler. Im Burgenland erhielten nicht nur Hilfsärzte, sondern auch Hebammen und das Krankenpflegepersonal einen Anteil an den besonderen Gebühren.

Die Bundesländer Kärnten und Steiermark beschränkten sich darauf, für einzelne medizinische Leistungen (in der Regel Operationen) besondere Gebühren festzusetzen. Die übrigen Länder setzten erst nach 1945 Sondergebühren fest.

Das KAG als Grundsatzgesetz (BGBl Nr 1/1957) überließ die Sondergebührenregelung weitgehend der Ausführungsgesetzgebung der Länder. Es legte lediglich fest, daß Sondergebühren nur in den höheren Verpflegsklassen oder für spezielle Leistungen (Bereitstellung von Hebammen, ambulatorische Leistungen, Kosten der Beistellung von Helfern) verlangt werden dürfen.

Nach dem Wunsch des historischen Gesetzgebers sollten den Krankenanstalten durch die besonderen Gebühren "neue Einnahmen" eröffnet werden. Zur Abgeltung von operativen Eingriffen und sonstigen außergewöhnlichen Verrichtungen entstanden neben den Ambulanzgebühren die Sondergebühren. In den meisten Bundesländern wurde aufgrund der zweiten KAG-Novelle 1974 ein Teil der Sondergebühren als Arzthonorar mit direktem oder indirektem Anspruch gegenüber den Patienten festgelegt.

Grundsätzliche Überlegungen

- 6.1 Öffentliche und gemeinnützige Krankenanstalten sind berechtigt, ein Viertel der Betten als Sonderklassebetten zu halten. Die Unterbringung in der Sonderklasse hat höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung zu entsprechen. In der medizinischen Betreuung darf jedoch kein Unterschied zwischen der allgemeinen Gebührenklasse und der Sonderklasse bestehen. Der Grundsatzgesetzgeber ermächtigte die Landesgesetzgebung zu bestimmen, ob und welche weiteren Entgelte in der Sonderklasse neben den Pflegegebühren eingehoben werden können, wobei ein anderes als das gesetzlich vorgesehene Entgelt nicht eingehoben werden darf.

Von dieser Ermächtigung machten die Länder in unterschiedlicher Weise Gebrauch. Für die Abgeltung des vermehrten Sach- und Personalaufwandes wurde eine Anstaltsgebühr festgelegt. Das für die Ärzte bestimmte Entgelt legte der Landesgesetzgeber entweder als Anspruch des Anstaltsträgers (Arztgebühr) oder des leitenden Arztes (ärztliches Honorar) fest.

- 6.2 Bei strikter Einhaltung der gesetzlichen Forderung nach unterschiedsloser medizinischer Versorgung der Patienten der allgemeinen Klasse und der Sonderklasse stellte sich die Frage, worauf ein ärztlicher Honoraranspruch für eine bessere medizinische Versorgung in der Sonderklasse zu stützen war. Überdies war von Bedeutung, daß die Honorarzahungen an die Ärzte, die in der Regel einen sehr wesentlichen Teil ihres Gesamteinkommens ausmachten, geeignet waren, einen Anreiz für eine stationäre Versorgung zu schaffen. Die Entscheidung über eine Anstaltsbedürftigkeit lag nämlich in der Hand der durch eine stationäre Aufnahme finanziell Begünstigten. Diese Anreize standen den gesundheitspolitischen Bestrebungen auf Verminderung der kostenintensiven stationären Krankenversorgung entgegen.

Zur Lösung dieser Problematik empfahl der RH, die Sondergebühr für die Versorgung von Patienten der Sonderklasse bundesweit mit ausreichender Bestimmtheit zu regeln. Die Entlohnung des ärztlichen Personals wäre aus den Einnahmen des Anstaltsträgers zu bestreiten.

Rechtsgrundlagen

- 7.1 Die Sondergebühren- und Honorarregelungen der Ausführungsgesetze der Länder waren wiederholt Gegenstand von Verfahren vor den Höchstgerichten. So hob der VfGH mit Erkenntnis vom 19. März 1974, G 31/73 (VfSlg 7285), die Sondergebührenbestimmung des NÖ KAG 1974 aus kompetenzrechtlichen Gründen als verfassungswidrig auf.

Das Erkenntnis führte dazu, daß die Länder Wien, Niederösterreich, Burgenland, Oberösterreich, Tirol und Vorarlberg die Bestimmungen über die Sondergebühren neu regelten. Der öffentlich-rechtliche Anspruch der Anstaltsträger wurde in einen zivilrechtlichen Anspruch der honorarberechtigten Ärzte gegenüber den Patienten umgewandelt.

Aufgrund von Honorarverträgen zwischen den ärztlichen Interessenvertretungen der Länder und den privaten Krankenversicherern verrechneten die Primärärzte in Wien und Tirol die Honorare direkt mit den Krankenversicherern. In Niederösterreich und im Burgenland führten die Anstaltsträger die Honorarverrechnung im Namen und auf Rechnung der Primärärzte durch. Für die Einbringung der Forderungen war der Zivilrechtsweg zu bestreiten. In Oberösterreich und in Vorarlberg erfolgte die Einbringung in Form eines Inkassomandats im Verwaltungswege.

In Salzburg, Steiermark und Kärnten dagegen wurden die Sondergebühren von den Krankenanstalten vereinnahmt und unter den Ärzten aufgeteilt.

Obwohl die Verrechnung der Sondergebühren umstritten war und der Verwaltungsgerichtshof in mehreren Erkenntnissen zum Schluß kam, daß die Arztgebühren keine Leistungen für eine selbständige und freiberufliche Tätigkeit waren, änderte der Bundesgesetzgeber mit dem Abgabenänderungsgesetz 1984 das Einkommensteuergesetz dahingehend, daß die Ärztehonorare unter bestimmten Voraussetzungen den Einkünften aus selbständiger Tätigkeit zugeordnet wurden. Diese Regelung blieb auch im Einkommensteuergesetz 1988 bestehen. Das Umsatzsteuergesetz 1972 wurde dahingehend ergänzt, daß "auch ein in einem Dienstverhältnis zu einer Krankenanstalt stehender Arzt" als Unternehmer gilt, "soweit er in Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit Entgelte vereinnahmt".

- 7.2 Der RH wies darauf hin, daß die §§ 27 ff KAG eine direkte Rechtsbeziehung zwischen Arzt und Patienten ausschließen. Dies stellte auch der VfGH in seinem Erkenntnis vom 20. Juni 1984, G 30/82, fest und erachtete einen Honoraranspruch des Arztes unmittelbar gegen den Patienten als unzulässig. Er sah darin eine im Rahmen des Dienstverhältnisses entfaltete nichtselbständige Tätigkeit, die - neben den Dienstbezügen - einen von dritter Seite gezahlten Arbeitslohn vermittelte. Vor diesem Hintergrund erscheinen nur die in Kärnten, Salzburg und Steiermark bestehenden Regelungen grundsatzgesetzlich unbedenklich.

- 7.3 *Die Stellungnahmen der Landesregierungen zu den Prüfungsergebnissen des RH waren unterschiedlich. Die Niederösterreichische und die Burgenländische Landesregierung*

bekundeten die Absicht, im Zuge allfälliger Novellierungen der Landes-Krankenanstaltengesetze den privatrechtlichen Honoraranspruch in eine Sondergebühr umzuwandeln. Andere Länder sahen keine Notwendigkeit einer Bereinigung der grundsatzgesetzlich bedenklichen Honorarregelung.

Vergleich der Ärzteneinkommen des Jahres 1994

- 8.1 In den nachstehenden Übersichten stellte der RH die Einkommen (ohne Umsatzsteuer) der Primärärzte (und ähnliche Funktionen), der Ober- und Fachärzte sowie der Ärzte in Ausbildung zum Facharzt aus ihrer Krankenanstaltentätigkeit im Bundes- und Ländervergleich sowie nach einzelnen Fachdisziplinen untergliedert dar. Die zum Vergleich herangezogenen Krankenanstalten unterlagen der Prüfungszuständigkeit des RH.

Erläuterungen:

Als Grundlage zur Einkommensübersicht diente das von den Krankenanstalten übermittelte Datenmaterial. Nicht berücksichtigt wurden wegen der Rechtslage die Einkommen der Spitalsärzte der Bundesländer Tirol und Wien.

Spaltenbezeichnungen:

Auswertung: Ausgewertet wurden die Gesamteinkünfte aller Ärzte sowie die der Ärzte von ausgewählten Fachdisziplinen. Die Auswertung umfaßt den jeweiligen Höchstwert sowie den Mittelwert je Einkunftsart.

Land: Vergleich des Bundeslandes mit Österreich (ohne Tirol und Wien).

Funktion: Erfasst wurden Primärärzte und ähnliche Funktionen, Oberärzte und Fachärzte (FA) sowie Ärzte in Ausbildung zum Facharzt (FAA).

Bezug: Bruttobezug (Gehalt, Zulagen, Mehrleistungsentschädigungen, Sondervergütungen) ohne Dienstgeberbeitrag.

Sonderklasse: Honorare und Gebühren, die Ärzte aufgrund der Versorgung von Patienten in der Sonderklasse erhalten.

BVA: Honorare, die Ärzte aufgrund von Sondervereinbarungen zwischen der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) und Rechtsträgern erhalten.

VÖE: Versicherungsanstalt der Österreichischen Eisenbahnen (wie BVA)

KFA: Krankenfürsorgeanstalten (wie BVA)

Ambulanz: Gebührenanteile, die Ärzte aufgrund ambulanter Versorgung der Patienten erhalten.

Ergebnis: In den Zeilen "Höchstwert" ist je Spalte der jeweilige Höchstwert von allen Ärzten bzw von den Ärzten der jeweiligen Fachdisziplin ausgewiesen. Eine Quersummenbildung ist daher unzulässig. In den Zeilen "Mittelwert" wird das durchschnittliche Einkommen ausgewiesen.

Bundesland Steiermark - Spitalseinkünfte des Jahres 1994 (in Tausend Schilling)

alle Ärzte									
Auswertung	Land	Funktion	Bezug	Sonderkl.	BVA	VÖE	KFA	Ambulanz	Ergebnis
Höchstwert	Stmk	Primar	2 565	5 867				2 933	8 800
Höchstwert	Österr.	Primar	2 835	6 161	1 100	1 370	98	4 330	8 800
Mittelwert	Stmk	Primar	1 041	849				211	2 102
Mittelwert	Österr.	Primar	971	1 049	62	19		280	2 382

Höchstwert	Stmk	FA	1 805	1 353				310	2 925
Höchstwert	Österr.	FA	3 043	1 933	352	276	5	1 630	3 307
Mittelwert	Stmk	FA	1 005	183				7	1 195
Mittelwert	Österr.	FA	958	222	11	4		54	1 249

Höchstwert	Stmk	FAA	1 046	305				168	1 165
Höchstwert	Österr.	FAA	1 391	778	192	77	1	881	1 628
Mittelwert	Stmk	FAA	686	87				15	788
Mittelwert	Österr.	FAA	698	69	6	2		31	805

Chirurgen

Höchstwert	Stmk	Primar	2 565	4 954				1 027	5 867
Höchstwert	Österr.	Primar	2 565	5 141	1 100	810	13	3 720	8 010
Mittelwert	Stmk	Primar	1 122	1 414				121	2 657
Mittelwert	Österr.	Primar	1 028	1 309	125	40		383	2 885

Höchstwert	Stmk	FA	1 805	586				310	2 273
Höchstwert	Österr.	FA	3 043	1 071	352	276	1	1 023	3 307
Mittelwert	Stmk	FA	1 137	239				14	1 390
Mittelwert	Österr.	FA	1 057	225	21	8		81	1 393

Höchstwert	Stmk	FAA	1 034	123				168	1 143
Höchstwert	Österr.	FAA	1 364	558	192	74		555	1 628
Mittelwert	Stmk	FAA	725	64				33	821
Mittelwert	Österr.	FAA	731	65	9	3		41	849

Gynäkologen

Höchstwert	Stmk	Primar	1 243	969					2 212
Höchstwert	Österr.	Primar	2 835	2 583	394	233	1	1 531	3 804
Mittelwert	Stmk	Primar	990	658					1 648
Mittelwert	Österr.	Primar	992	613	54	9		108	1 776

Höchstwert	Stmk	FA	1 377	397					1 604
Höchstwert	Österr.	FA	1 707	643	149	37	1	486	2 402
Mittelwert	Stmk	FA	989	117					1 106
Mittelwert	Österr.	FA	971	141	12	2		35	1 160

Höchstwert	Stmk	FAA	720	104					823
Höchstwert	Österr.	FAA	1 333	273	70	21		146	1 438
Mittelwert	Stmk	FAA	680	72					753
Mittelwert	Österr.	FAA	746	50	6	1		18	821

Internisten									
Auswertung	Land	Funktion	Bezug	Sonderkl.	BVA	VÖE	KFA	Ambulanz	Ergebnis

Höchstwert	Stmk	Primar	2 132	5 867				2 933	8 800
Höchstwert	Österr.	Primar	2 132	6 161	641	177	21	2 933	8 800
Mittelwert	Stmk	Primar	1 035	1 639				175	2 850
Mittelwert	Österr.	Primar	980	1 621	78	10		242	2 932

Höchstwert	Stmk	FA	1 733	1 353				262	2 348
Höchstwert	Österr.	FA	1 733	1 353	183			262	2 479
Mittelwert	Stmk	FA	1 073	283				24	1 380
Mittelwert	Österr.	FA	968	291	14	3		59	1 335

Höchstwert	Stmk	FAA	1 046	305				47	1 165
Höchstwert	Österr.	FAA	1 391	386	53	20	1	881	1 414
Mittelwert	Stmk	FAA	665	114				8	787
Mittelwert	Österr.	FAA	700	88	5	1		28	822

Kinderärzte									
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Höchstwert	Stmk	Primar	1 062	652					1 714
Höchstwert	Österr.	Primar	1 667	652	136	40		851	2 314
Mittelwert	Stmk	Primar	1 062	652					1 714
Mittelwert	Österr.	Primar	1 073	195	26	5		115	1 414

Höchstwert	Stmk	FA	1 189	85					1 274
Höchstwert	Österr.	FA	1 523	220	43	13		95	1 710
Mittelwert	Stmk	FA	1 016	67					1 083
Mittelwert	Österr.	FA	947	73	3			17	1 040

Höchstwert	Stmk	FAA							
Höchstwert	Österr.	FAA	935	61	28	11		50	986
Mittelwert	Stmk	FAA							
Mittelwert	Österr.	FAA	706	17	5	1		8	737

Laborärzte									
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Höchstwert	Stmk	Primar							
Höchstwert	Österr.	Primar	1 164	5 583	352	139	98	1 515	6 747
Mittelwert	Stmk	Primar							
Mittelwert	Österr.	Primar	794	2 178	27	11	8	379	3 396

Höchstwert	Stmk	FA	749	151					900
Höchstwert	Österr.	FA	1 035	1 933	44	17		481	3 217
Mittelwert	Stmk	FA	749	151					900
Mittelwert	Österr.	FA	741	551	7	3		81	1 383

Höchstwert	Stmk	FAA							
Höchstwert	Österr.	FAA	575	724				134	1 349
Mittelwert	Stmk	FAA							
Mittelwert	Österr.	FAA	511	265				43	819

Neurologen									
Auswertung	Land	Funktion	Bezug	Sonderkl.	BVA	VÖE	KFA	Ambulanz	Ergebnis

Höchstwert	Stmk	Primar	1 173	499					1 672
Höchstwert	Österr.	Primar	1 883	4 045	287	88		1 128	4 820
Mittelwert	Stmk	Primar	1 035	250					1 285
Mittelwert	Österr.	Primar	993	963	46	7		154	2 163

Höchstwert	Stmk	FA	1 127	195					1 322
Höchstwert	Österr.	FA	1 446	638	96	33		289	1 914
Mittelwert	Stmk	FA	749	39					788
Mittelwert	Österr.	FA	869	170	6	1		20	1 066

Höchstwert	Stmk	FAA	619						619
Höchstwert	Österr.	FAA	1 162	177	31	8		40	1 176
Mittelwert	Stmk	FAA	585						585
Mittelwert	Österr.	FAA	704	33	5	1		6	749

Pathologen									
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Höchstwert	Stmk	Primar	938	1 171					2 109
Höchstwert	Österr.	Primar	1 070	5 057	192	105		3 134	5 897
Mittelwert	Stmk	Primar	938	1 171					2 109
Mittelwert	Österr.	Primar	782	1 062	37	13		610	2 504

Höchstwert	Stmk	FA	1 337	665					2 002
Höchstwert	Österr.	FA	1 337	1 058	62	31		616	2 002
Mittelwert	Stmk	FA	1 054	480					1 534
Mittelwert	Österr.	FA	727	307	5	3		163	1 206

Höchstwert	Stmk	FAA							
Höchstwert	Österr.	FAA	932	233	40	5		358	1 046
Mittelwert	Stmk	FAA							
Mittelwert	Österr.	FAA	572	73	7	1		97	750

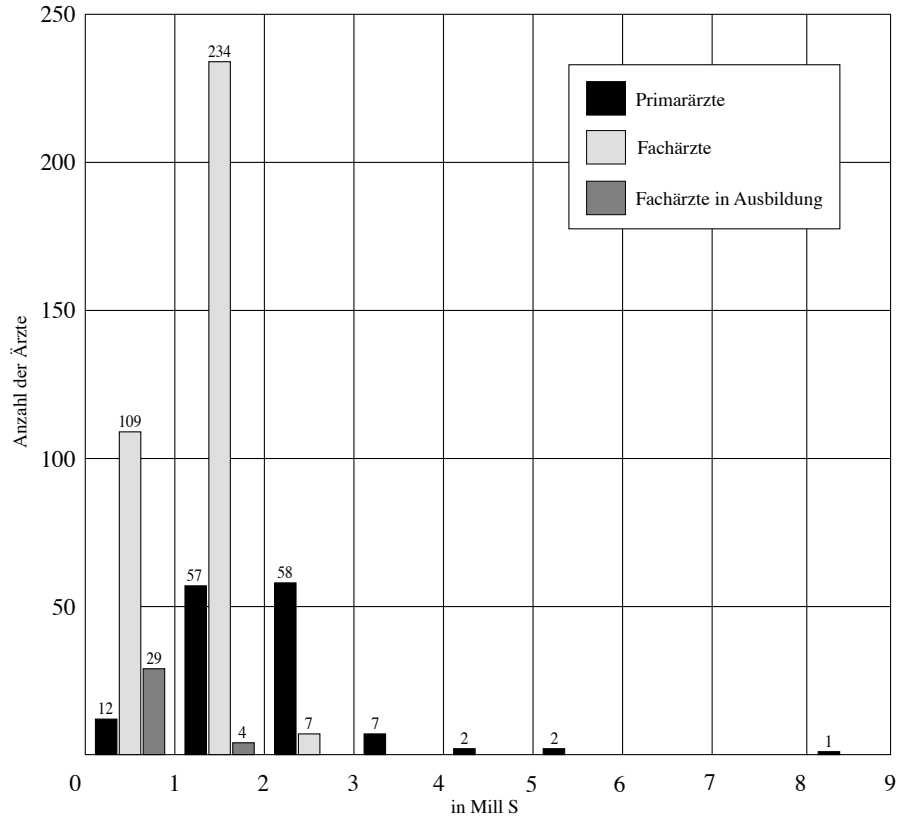
Radiologen									
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Höchstwert	Stmk	Primar	893	1 878					2 743
Höchstwert	Österr.	Primar	1 728	3 215	262	204		1 325	4 094
Mittelwert	Stmk	Primar	839	1 069					1 908
Mittelwert	Österr.	Primar	845	1 090	33	9		161	2 137

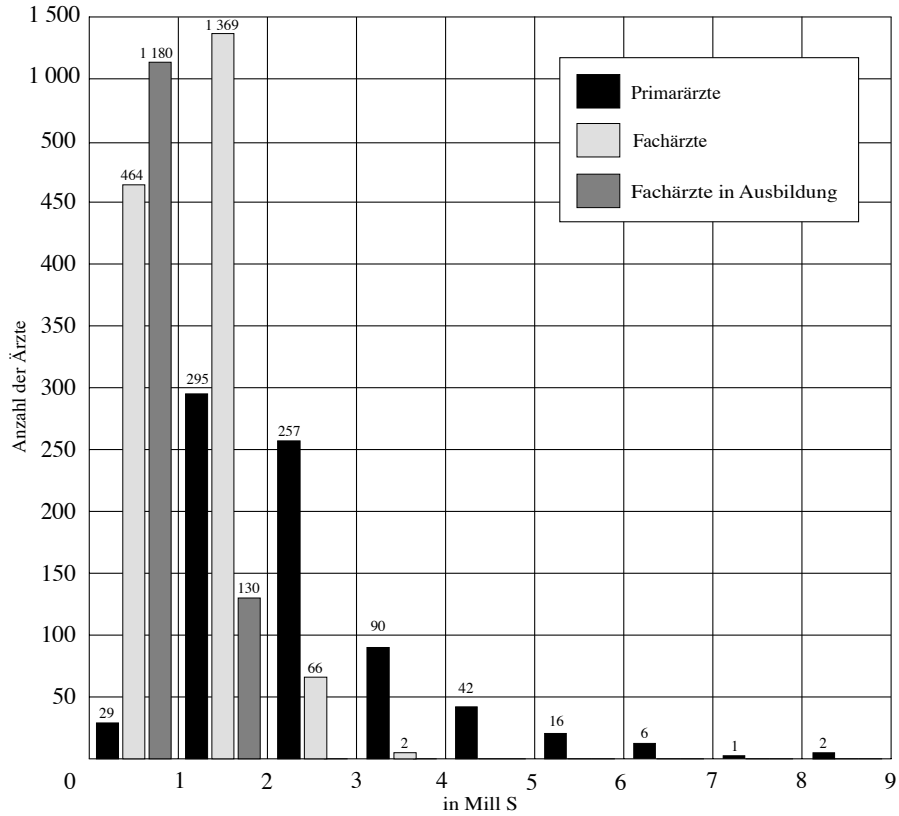
Höchstwert	Stmk	FA	1 089	549					1 399
Höchstwert	Österr.	FA	1 386	1 366	64	50		254	2 070
Mittelwert	Stmk	FA	906	265					1 171
Mittelwert	Österr.	FA	810	327	4	2		44	1 187

Höchstwert	Stmk	FAA							
Höchstwert	Österr.	FAA	1 019	370	70	16		320	1 315
Mittelwert	Stmk	FAA							
Mittelwert	Österr.	FAA	626	102	5	1		27	762

Einkommen der Spitalsärzte Steiermarks 1994



**Einkommen der Spitalsärzte Österreichs 1994
(ohne Wien und Tirol)**



Die beträchtlichen Einkommensunterschiede bei den Fachdisziplinen und Funktionsgruppen wurden auch von einem nicht geringen Teil der Ärzteschaft als unbefriedigend empfunden. Das Honorareinkommen war nicht nur vom medizinischen Fachgebiet, der Größe und Auslastung der Abteilung (Anzahl der Sonderklassebetten), sondern auch von den Honorarvereinbarungen mit den privaten Krankenversicherungen und den unterschiedlichen Beteiligungsregelungen abhängig.

- 8.2 Wie der RH vermerkte, waren die oben dargestellten Unterschiede im Einkommen dem öffentlichen Dienst grundsätzlich fremd. Im Hinblick auf die Verpflichtung des Bundes zur Finanzierung der Krankenanstalten¹ in Höhe des Ärztehonorarebetrages von jährlich 3 Mrd S wäre es zweckmäßig, den Bereich der Sondergebühren auf Bundesebene ausführend zu regeln. Aus Kompetenzgründen wäre dies nur im Rahmen einer Bundesverfassungsbestimmung möglich.

Anstaltsanteil

9. Aufgrund von landesgesetzlichen bzw vertraglichen Regelungen war ein Teil des Arzthonorars für die Inanspruchnahme von Ressourcen an die Krankenhäuser abzugeben (Anstaltsanteil). Die Abgaberegulungen zeigten große Unterschiede. In den Krankenanstalten der Länder Kärnten und Salzburg bestand ein mehrstufiges Verteilungssystem, wonach mit steigendem Honoraraufkommen eine ansteigende Honorarabschöpfung erfolgte.

In Oberösterreich betrug der Anstaltsanteil maximal 25 %, in Vorarlberg mindestens 25 %. In Wien bestand weder eine gesetzliche noch vertragliche Abgabeverpflichtung, so daß die Honorare den Ärzten ungeschmälert zufließen.

Auch in Tirol bestand keine gesetzliche Abgabeverpflichtung. Es bestanden jedoch einzelvertragliche Verpflichtungen zur Abgabe an die Anstaltsträger. So waren die leitenden Klinikärzte im Landeskrankenhaus (Universitätskliniken) Innsbruck verpflichtet, 10 % des Honorars abzugeben. Der Anstaltsanteil lag in den Bezirkskrankenhäusern grundsätzlich bei 25 %. Primärärzte mit Altverträgen waren zu keiner Abgabe verpflichtet. Andererseits hatte ein Landesprimararzt eines Zentralinstitutes eine progressive Abschöpfungsverpflichtung, die bis 79 % des Honorars ausmachte.

In mehreren Bundesländern zahlten gesetzliche Sonderversicherungsträger (zB BVA oder VÖE) ebenfalls Ärztehonorare, die beispielsweise in Niederösterreich zwischen 40 % bis 60 % und im Burgenland bis zu 90 % den Ärzten zufließen.

In der Steiermark lag der Anstaltsanteil zwischen 1 % und 6 %, in Niederösterreich und Burgenland wurden für die Durchführung der Honorarverrechnung 6 % bzw 2,5 % als Einhebungsvergütung einbehalten.

¹ Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG vom März 1996 über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung.

Honoraraufteilung

10.1 Das Ärztehonorar einer Abteilung war zwischen Primararzt und ärztlichen Mitarbeitern aufzuteilen. In der Steiermark, in Kärnten und in Salzburg war die Aufteilung des Honorars in differenzierter Form festgelegt. Den Primärärzten in der Steiermark war ein Mindestbetrag von 45 000 S je Monat garantiert. Die den eineinhalbfachen Mindestbetrag übersteigenden Honorare unterlagen der progressiven Abschöpfung zur Finanzierung der Mindestbeträge anderer leitender Ärzte mit geringerem Honoraraufkommen. In Kärnten war den Primärärzten ein Mindestbetrag von 35 000 S (starre Arztgebühr) garantiert.

In Wien und Niederösterreich waren 60 % für den Primararzt und 40 % für nachgeordnete Ärzte bestimmt. Die Regelung in Niederösterreich galt für den Fall, daß eine Abteilung mit mindestens einem Oberarzt besetzt war. Andernfalls gebührten dem Primararzt 80 %. Gesonderte Regelungen waren bei Vertretungen vorgesehen.

Im Burgenland und in Kärnten war ein Aufteilungsschlüssel von 50 : 50 festgelegt.

In Tirol fehlte eine gesetzliche Aufteilungsregelung. Einer Empfehlung der Ärztekammer zufolge sollten die Primärärzte 35 % an die nachgeordneten Ärzte weitergeben. Dieser Anteil wurde vielfach erheblich überschritten. Die Aufteilung wurde zwischen Primararzt und nachgeordneten Ärzten (Poolvereinbarung) vereinbart. Ein einzelner nachgeordneter Arzt hatte keinen gesicherten Rechtsanspruch.

In Vorarlberg kamen bis 1994 77 % des Honorars dem Primararzt und 23 % den nachgeordneten Ärzten zugute. Ab 1995 erfolgte die prozentuale Aufteilung 65 : 33 : 2 (Solidaritätspool). Außerdem waren die Honorare der Höhe nach begrenzt.

In Oberösterreich erhielten die Primärärzte rd 70 %, die nachgeordneten Ärzte rd 30 % der Honorare. 1995 änderte sich die Aufteilung zugunsten der nachgeordneten Ärzte auf ungefähr 50 % : 50 %. In der Steiermark wurden die auf die Ärzte entfallenden Honorare zu rd 47 % an die leitenden Ärzte und rd 53 % den nachgeordneten Ärzten ausbezahlt.

10.2 Nach Auffassung des RH wären die unterschiedlichen Aufteilungsregelungen nach Möglichkeit zu vereinheitlichen und ein Gebührenanspruch ausschließlich gegenüber dem Rechtsträger festzulegen, um finanzielle Abhängigkeiten zwischen Dienstnehmern zu vermeiden.

Ambulanzgebühren

11.1 In nahezu allen Bundesländern wurden die Ärzte in unterschiedlichem Ausmaß an den Ambulanzgebühren, welche die Sozialversicherungsträger für die ambulante Behandlung pflichtversicherter Patienten entweder in Form einer Einzelleistungsvergütung oder Pauschalvergütung entrichteten, beteiligt. Besondere Beteiligungsregelungen bestanden für die Durchführung von Dialysen oder Untersuchungen mit modernen bildgebenden Einrichtungen. Die Beteiligung erfolgte trotz der in der Regel unzureichenden Kostendeckung der Ambulanzleistungen durch die Krankenversicherungsträger.

- 11.2 Wie der RH bemerkte, stand die Beteiligung der Ärzte abgesehen von der Kostenunterdeckung der Ambulanzleistungen den Bestrebungen zur Verlagerung ambulanter ärztlicher Tätigkeiten vom Krankenhaus zu den niedergelassenen Ärzten bzw der Errichtung von tagesklinischen Einrichtungen entgegen. Obwohl der RH seit dem Jahr 1986 das Einstellen von Beteiligungen an Ambulanzgebühren empfahl, kamen die Anstalts-träger dieser Empfehlung nur unzureichend nach. Er empfahl, ein Einstellen der Beteiligung an Ambulanzgebühren bei künftigen Finanzierungsvereinbarungen anzustreben.

Nebenbeschäftigung

- 12.1 Die Spitalsärzte übten im Vergleich zu anderen Bediensteten ungleich häufiger eine Nebenbeschäftigung aus. Als Nebenbeschäftigung wurde in der Regel die Führung einer Ordination (meist Privat-, aber auch Kassenordination) und/oder eine ärztliche Tätigkeit in einer anderen Krankenanstalt ausgeübt.

In mehreren Bundesländern wurde die Eindämmung von Nebenbeschäftigungen als notwendig erachtet (Tirol, Steiermark, Wien und Kärnten). Das Land Kärnten erließ im Jahr 1986 ein Gesetz, wonach die Ausübung einer Nebenbeschäftigung nur in sehr begrenztem Ausmaß zulässig ist. Das Land Steiermark legte eine Beschränkung in Verträgen fest. Bemühungen in Wien blieben nahezu ergebnislos.

Das BMWV erachtete die Einführung eines Genehmigungsvorbehaltes für längerfristige erwerbsmäßige Nebenbeschäftigungen im allgemeinen Dienstrecht als erforderlich. Schließlich enthielt die Vereinbarung vom März 1996 über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung über die Jahre 1997 bis 2000 die Aufforderung an die Landeskommissionen, die Nebenbeschäftigung von in Krankenanstalten beschäftigten Ärzten einzudämmen.

- 12.2 Nach Ansicht des RH wäre eine einheitliche gesetzliche Regelung zu schaffen, um eine finanziell nachteilige Konkurrenz für öffentliche Krankenanstalten zu vermeiden. Er empfahl unter Hinweis auf § 7 des Angestelltengesetzes (Konkurrenzverbot), eine sinn-gemäße Regelung durch entsprechende Ergänzungen der Dienst- und Vertragsbedienstetenordnungen festzulegen.

Szenarien einer Reform der Ärztebesoldung

- 13.1 Der RH zeigte Szenarien zu Reformen der Ärztebesoldung auf, wobei die Beseitigung der unmittelbaren Abhängigkeit der Einkommen der Spitalsärzte von den Sonderklassenpatienten im Vordergrund stand. Denkbare Varianten einer Besoldungsreform wären:
- (1) Dienstnehmereigenschaft und Entgeltauszahlung wie bei den anderen Bediensteten der Krankenanstalten (Entgeltsystem).
 - (2) Entgeltsystem und Auszahlung zusätzlicher Anteile an den Sondergebühren des Anstaltsträgers (gemischtes System).
 - (3) Kein Dienstverhältnis zum Anstaltsträger; Vergütung der Leistungen aufgrund eines Honorarkataloges (Honorarsystem) durch die Krankenversicherung des Patienten, unabhängig von der Unterbringung.

- 13.2 Hiezu regte der RH ergänzend eine bedeutende Verringerung der Einkommensunterschiede zwischen Primärärzten und nachgeordneten Ärzten an. Ebenso wäre die Festlegung von Einkommensgrenzen - wie dies bereits in Kärnten und Vorarlberg gehandhabt wurde - zu erwägen.
- 13.3 *Die Stellungnahmen der Landesregierungen ließen eine Bevorzugung des gemischten Systems erkennen. Die Salzburger Landesregierung kündigte an, mit den Ärztevertretern eine Honorarobergrenze zu verhandeln.*

Problematik der Sondergebühren und Ärztehonoreare in den öffentlichen Krankenanstalten Steiermarks

Sondergebühren im Land Steiermark

14. Mit den Pflegegebühren in der allgemeinen Gebührenklasse waren bis auf wenige im Gesetz taxativ aufgezählte Ausnahmen alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten.

Gemäß § 36 KALG durfte der Anstaltsträger in der Sonderklasse neben den Pflegegebühren unter anderem

- (1) Anstalts- und Arztgebühren sowie
- (2) Ambulanzgebühren für ambulante Untersuchungen und Behandlungen in einer Krankenanstalt

als Sondergebühren einheben.

Während die Anstaltsgebühren in Prozentsätzen der täglichen Pflegegebühr sowie in Zuschlagsbeträgen und Gebühren für besondere diagnostische und therapeutische Leistungen festzusetzen waren, wurden die Arztgebühren nach acht verschiedenen Operationsgruppen bzw für die darin nicht enthaltenen Leistungen nach Tagsätzen berechnet. Von diesen Arztgebühren zog die KAGES je nach Abteilung oder Institut einen unterschiedlichen Anstaltsanteil (zwischen 1 % und 6 %; von den Arztgebühren für Ambulanzleistungen in der Regel dieselben Prozentsätze) ab.

Das verbleibende Arzthonorar war grundsätzlich zwischen den Abteilungs-, Instituts- sowie Departementleitern und den übrigen ärztlichen Mitarbeitern im Verhältnis 60 : 40 aufzuteilen. Dieser Aufteilungsschlüssel konnte unter bestimmten Voraussetzungen über Antrag des Anstaltsträgers abgeändert werden.

Ärztgehonorare

15. Seit der Übernahme der Rechtsträgerschaft über die LKH im Jahre 1986 war die KAGES auch für deren Personalangelegenheiten zuständig. Das Land überstellte das LKH-Personal an die KAGES, wobei das jeweilige Dienstverhältnis zum Land aufrecht blieb. Die KAGES nahm in der Folge eigenes Personal nach dem Angestelltengesetz auf.

Neben den Landes- und KAGES-Bediensteten waren in den Universitätskliniken und Instituten des LKH Graz im ärztlichen Dienst Bundesbedienstete tätig, auf welche die KAGES mangels Diensthöheit keinen Einfluß nehmen konnte.

Neben dem Bezug war den Abteilungs- bzw Departementleitern (Bundes-, Landes- oder KAGES-Bedienstete) ein monatlicher Mindestbetrag an Ärztgehonoraren (45 000 S für Primärärzte bzw 33 750 S für Departementleiter) garantiert. Die den eineinhalbfachen Mindestbetrag übersteigenden Honorare unterlagen einer degressiven Staffelung. Mit dem Abschöpfungsbetrag wurden die garantierten Mindestbeträge leitender Ärzte in Abteilungen mit geringeren Gebühreneinkommen finanziert.

Aufteilung der ärztlichen Honorare

- 16.1 Die auf die einzelnen Ärzte entfallenden Anteile am Arztgehorar wurden für jede Abteilung bzw jedes Institut gesondert festgestellt. Maßstab war ein Punktwert, der durch Teilung der auf die Abteilung entfallenden Arztgebühren durch die Gesamtzahl der auf die Mitarbeiter entfallenden Punkte ermittelt wurde. Bei Abteilungen ohne Gliederung kam der Leiteranteil diesem allein - sonst einem Leiterpool - zu, aus dem die Primärärzte und Departement- bzw Klinischen Abteilungsleiter nach einem Punkteschlüssel beteiligt wurden. Der Anteil der nachgeordneten Ärzte (Oberärzte, Assistenzärzte und Turnusärzte) floß ausnahmslos in die bei den Abteilungen eingerichteten Ärztepools, bei denen ebenfalls nach dem oben erwähnten Punktesystem verteilt wurde.

Im Rahmen der Aufteilung der Arztgebühren ergaben sich deutliche Einkommensunterschiede aus demselben Titel, die darauf zurückzuführen waren, daß die verschiedenen Abteilungen in den LKH unterschiedlich viele Sonderklassepatienten versorgten oder ambulante Leistungen erbrachten und daher auch unterschiedlich hohe Einnahmen erzielten.

Der RH stellte erhebliche Unterschiede in den Punktwerten der einzelnen LKH fest. Dazu kam, daß die Höhe des auf einen Arzt entfallenden Anteils am ÄrztepooL nicht nur von dem jeweiligen Punktwert, sondern auch von der Anzahl der der Abteilung zugeordneten Ärzte und der Menge der Punkte jedes einzelnen Mitarbeiters abhängig war. Auch innerhalb eines LKH waren große Unterschiede festzustellen.

- 16.2 Nach § 38a KALG war das Arztgehorar als Teil der Arztgebühren für die Bediensteten des Landes unter Berücksichtigung der fachlichen Qualifikation und Leistung zu bemessen. Nach Auffassung des RH entsprach das geltende System der abteilungsweisen Aufteilung nach Quoten nicht dieser gesetzlichen Vorgabe, weil zB Unterschiede nicht nur wegen der Größe der Patientenzahl, sondern auch wegen der Zentralisierung der Untersuchungsleistungen bestanden.

Der RH empfahl, einen Verteilungsschlüssel festzulegen. Dieser sollte neben der organisatorischen und fachlichen Leitung der Abteilung auch den Versorgungsstatus der Krankenanstalten, die Bettenanzahl der Abteilungen sowie den qualitativen und quantitativen Aufgaben- und Leistungsumfang der Ärzte berücksichtigen.

- 16.3 *Laut Stellungnahme der Landesregierung sei zwischen der KAGES und der Ärztekammer vereinbart, daß aufgrund der Ergebnisse der Projektgruppe "Rechtsgrundlagen Sondergebühren" und im Zusammenhang mit der Rückführung der KAGES-Bediensteten zum Land in der nächsten Zeit ein leistungsgerechtes Modell für eine Sondergebührenaufteilung erarbeitet werde.*

Ambulanzgebühren

- 17.1 Die Ambulanzgebühren wurden in eine Anstalts- und allfällige Arztgebühr aufgeteilt (§ 37a KALG). Die Arztgebühr betrug je nach Intensität des Geräteeinsatzes zwischen 10 % und 50 % der Ambulanzgebühren. Die Gebühr wurde nach dem gleichen Punktesystem wie die Ärztehonorare aufgeteilt. Der Anstaltsanteil an diesen Arztgebühren lag - wie erwähnt - zwischen 1 % und 6 %.

Ein Vergleich der im LKH Graz kalkulierten Leistungen und der verrechneten Gebühren zeigte, daß letztere nicht kostendeckend waren.

- 17.2 Nach Ansicht des RH schaffte die Beteiligung an den Ambulanzgebühren Anreize zu vermehrter Ambulanztätigkeit und erhöhte infolge nicht ausreichender Kostendeckungsgrade der Spitalsambulanzen nachhaltig den Betriebsabgang. Der RH wiederholte seine Empfehlung, von einer Beteiligung der Ärzte an den Ambulanzgebühren Abstand zu nehmen, was allenfalls auch gesetzlich zu regeln wäre.

- 17.3 *Laut Stellungnahme der KAGES wäre ein schrittweiser Abbau der Auszahlung von Ambulanzgebühren bzw deren Umwandlung in stationäre Gebühren eingeleitet worden.*

Verrechnung

- 18.1 Die Bezugs- und Arzthonorarverrechnung der KAGES- und Landesärzte erfolgte aufgrund von Anordnungen der KAGES. Das ärztliche Personal des Bundes wurde nach dem Bezugsschema für Hochschullehrer vom BMWV (Universitätsdirektion) entlohnt; die Ärztehonorare - die als Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit galten - für Patienten der Sonderklasse und aus der Ambulanztätigkeit erhielt es vom LKH Graz. Der KAGES war die genaue Bezugshöhe der Bundesbediensteten im LKH Graz nicht bekannt. Für allfällige Kalkulationen wurden Schätzungen herangezogen.

- 18.2 Der RH erachtete die Entlohnung der Ärzte an Universitätskliniken durch zwei voneinander unabhängige Stellen für die gemäß § 155 BDG festgelegte einheitliche Dienstleistung als unzumutbar. Er empfahl, eine Regelung zwischen der KAGES und dem Bund über eine einheitliche Besoldungsregelung vorzusehen.

- 18.3 *Laut Mitteilung der KAGES hätten die Arbeiten des "Rechtsarbeitskreises – Sondergebühren" und der Arbeitsgruppe "Personal", die vom Bundesminister für Wissenschaft, Verkehr und Kunst eingesetzt worden sind, zum Ergebnis geführt, daß Honorare für Bundesärzte ab 1997 im Rahmen des Bundesdienstverhältnisses als "Zuzahlung*

Dritter" ausbezahlt werden. Die Ärzte hätten die steuerrechtliche Abwicklung für diese Zuwendungen in eigener Verantwortung durchzuführen.

Der in einer Arbeitsgruppe zwischen dem BMWV und der KAGES erarbeitete Vorschlag der Novellierung des BDG mit dem Ziel, die Ärztehonorare als Nebengebühr im Wege der Lohnverrechnung des Bundes auszubezahlen, wäre trotz intensiver Bemühungen der KAGES nicht umsetzbar.

Dienstverträge

- 19.1 Seit der Übernahme der Rechtsträgerschaft über die LKH im Jahre 1986 war die KAGES - wie bereits erwähnt - auch für Personalangelegenheiten zuständig. Für Beamte und Vertragsbedienstete des Landes sowie Angestellte der KAGES galten unterschiedliche arbeits- und besoldungsrechtliche Regelungen. Die Unterschiede in den Bezügen wurden ab 1990 durch die schrittweise Einführung einheitlicher Gehaltsschemata für die jeweiligen Verwendungsgruppen (Ärzte, Pflegedienst und Verwaltungspersonal) beseitigt.

Durch den im Angestelltenrecht geltenden "weiten Entgeltbegriff" blieben erhebliche Unterschiede in den Bereichen Abfertigung, Entgeltfortzahlung bei Krankenstand und Urlaub, Nachtdiensten und Überstunden bestehen. Die KAGES versuchte, die volle Anwendung des Arbeitsrechts bis zur Erzielung einer Änderung der Rechtslage hinauszuzögern.

Von der KAGES ab dem Jahre 1992 erarbeitete Maßnahmen zur Beseitigung der Ungleichheiten und Eindämmung des zu erwartenden Kostenanstieges führten jedoch zu keinem Gesetzesbeschluß im Landtag. Nach einer vorläufigen Kalkulation der KAGES wären bei vollständiger Anwendung des Arbeitsrechts jährliche Mehrkosten bis zu 300 Mill S zu erwarten.

- 19.2 Der RH bemängelte, daß im Rahmen der Ausgliederung der LKH die mit der Aufnahme von Bediensteten der KAGES verbundenen erhöhten Personalkosten außer Betracht geblieben waren, wodurch das erstrebte Ziel einer Kostenverminderung im Personalbereich verfehlt wurde.

- 19.3 *Laut Stellungnahme der Landesregierung wären Bemühungen zur Vereinheitlichung des Dienstrechts unternommen worden, wonach neu eintretende Mitarbeiter ab 1997 wiederum als Landesvertragsbedienstete aufgenommen werden können und auch bisherigen KAGES-Mitarbeitern ein Dienstvertrag nach dem Landesvertragsbedienstetengesetz angeboten werden kann. In seiner Sitzung am 10. Dezember 1996 habe der Steiermärkische Landtag eine entsprechende Novelle zum Zuweisungsgesetz beschlossen. Die Novelle trat mit April 1997 in Kraft.*

Laut Stellungnahme der KAGES verringerten sich die Einsparungen durch die Geltung des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes für öffentliche Bedienstete. Der Wegfall des "weiten Entgeltbegriffes" bewirkte jedoch eine Kosteneindämmung.

Gebührenverträge

20.1 Leitende Bundesärzte waren berechtigt, ein besonderes Honorar nach § 46 KAG direkt mit den Patienten zu vereinbaren und zu verrechnen. Gemäß § 38a KALG hatten Landesärzte, die an einer öffentlichen Krankenanstalt tätig waren, Anspruch auf ein besonderes Entgelt (Arzthonorar). Ärzte der KAGES und Bundesärzte hatten dagegen keinen landesgesetzlichen Honoraranspruch. Das Land schloß bis zur Ausgliederung der LKH mit den leitenden Bundesärzten (Klinikvorständen) - welche sich in einem unkündbaren Dienstverhältnis zum Bund befanden - einen Sondervertrag für die Leitung der Krankenabteilung nach dem Landesvertragsbedienstetengesetz, wobei als Entgelt die ASVG-Höchstbeitragsgrundlage festgelegt wurde.

Die KAGES schloß im Dezember 1985 mit der Ärztekammer Steiermark eine Vereinbarung, wonach die gebührenrechtlichen Bestimmungen des KALG auch auf die Ärzte des Bundes und der KAGES anzuwenden waren.

Zunächst vereinbarte die KAGES in den Dienstverträgen auch den Anspruch auf das Arzthonorar. Ab dem Jahre 1990 wurde das Honorar auf der Grundlage eines Werkvertrages (Gebührenvertrag) ausbezahlt.

Ohne Absprache mit dem BMWV schloß die KAGES auch mit den neu bestellten Klinikvorständen Gebührenverträge ab. Eine gesonderte Abgeltung für die Leitung der Krankenabteilung wurde nicht mehr vereinbart. Die Klinikvorstände standen den Verträgen wegen der vertraglichen Beschränkung, in anderen Krankenanstalten (Sanatorien) tätig sein zu können, ablehnend gegenüber. Einen weiteren Streitpunkt bildete die Frage, ob Klinikvorständen für die Leitung einer Universitätsklinik, die gemäß § 54a UOG Teil einer Krankenanstalt ist, ein gesondertes Entgelt seitens der KAGES gebühre.

Bis zum Abschluß eines Gebührenvertrages überwies die KAGES eine Akontozahlung. Bei länger dauernder Ablehnung, einen Gebührenvertrag abzuschließen, oder im Falle der Einbringung einer Klage stellt das LKH Graz auf Weisung der KAGES die Akontozahlung ein. Der Steiermärkische Landesrechnungshof vertrat die Auffassung, daß Klinikvorstände - neben dem unkündbaren Dienstverhältnis zum Bund - in einem zweiten Dienstvertragsverhältnis zur KAGES stünden, und bemängelte den Abschluß der Gebührenverträge. Auch der Oberste Gerichtshof kam zu diesem Ergebnis. Bei der StGKK war ein Verfahren zur Prüfung der Sozialversicherungspflicht der im LKH Graz beschäftigten Bundesärzte bezüglich eines zweiten Dienstverhältnisses zur KAGES anhängig.

Auf Anregung des zuständigen Landesrates wurde eine Projektgruppe "Rechtsarbeitskreis – Sondergebühren" eingerichtet. Eine vom BMWV im Einvernehmen mit der KAGES eingesetzte gemeinsame Arbeitsgruppe arbeitete ebenfalls an der Honorarproblematik der Bundesärzte.

20.2 Der RH verwies auf § 155 Abs 6 BDG, wonach Hochschullehrer an der Erfüllung der Aufgaben mitzuwirken haben, die den Universitätseinrichtungen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Krankenbehandlung obliegen. Die Erfüllung ärztlicher Aufgaben durch Bundesbedienstete zählt zu deren Dienstpflichten. Die Pflichten

leitender Bediensteter werden im Rahmen der Betrauung mit einer Funktion zusätzlich festgelegt.

Der RH empfahl, für das Bundespersonal im LKH Graz (Universitätskliniken) eine einheitliche Besoldungsregelung zu schaffen, wobei der auf die Krankenversorgung entfallende Anteil von der KAGES dem Bund zu ersetzen wäre. Ein zweites Dienstverhältnis zum Anstaltsträger wäre jedenfalls aus Kostengründen zu vermeiden.

- 20.3 *Laut Stellungnahme der Landesregierung habe die Projektgruppe "Rechtsarbeitskreis – Sondergebühren" im September 1996 ihre Beratungen beendet und eine Punktation für eine Neuordnung der rechtlichen Grundlagen erarbeitet.*

Laut Stellungnahme der KAGES wäre eine Entscheidung der StGKK über die Sozialversicherungspflicht noch ausständig. Aufgrund der getroffenen Neuregelungen (Zuzahlung Dritter sowie für dienstnehmerähnliche Werkverträge ab Juli 1996) sei nach übereinstimmender Beurteilung mit der StGKK keine Sozialversicherungspflicht mehr gegeben.

- 20.4 Der RH empfahl, die Bemühungen zur Schaffung einer gesetzlichen Regelung fortzusetzen.

Nebenbeschäftigungen von Ärzten

- 21.1 Die Zulässigkeit der Ausübung der ärztlichen Nebenbeschäftigung der KAGES-Ärzte regelte § 20 der Betriebsvereinbarung vom Dezember 1995, die im wesentlichen dem Landesvertragsbedienstetengesetz nachgebildet war. Demnach war jede erwerbsmäßige Nebenbeschäftigung meldepflichtig, jede ärztliche Tätigkeit in anderen Krankenanstalten genehmigungspflichtig.

In den Gebührenverträgen mit den leitenden Ärzten der KAGES und des Bundes wurde vereinbart, daß eine erwerbsmäßige Tätigkeit im Bereich der stationären Krankenbehandlung nur mit Genehmigung der KAGES ausgeübt werden darf. Im Falle einer nicht unerheblichen Konkurrenzierung war der KAGES das Recht zur Untersagung einer Privatordination eingeräumt.

Bundesärzte hatten die Aufnahme einer erwerbsmäßigen Nebenbeschäftigung dem BMWV zu melden. Eine Verpflichtung zur Meldung an die KAGES bestand - mit Ausnahme der leitenden Ärzte - nicht. Nachgeordnete Bundesärzte meldeten die Aufnahme einer Nebenbeschäftigung dem Klinikvorstand, dessen Beurteilung über die Zulässigkeit maßgeblich war. Für die Untersagung war das BMWV zuständig.

Die KAGES hatte über Art und Ausmaß ärztlicher Nebenbeschäftigungen trotz erfolgter Bemühungen nur unvollständige Kenntnisse. Klinikvorstände wiesen des öfteren auf nachteilige Auswirkungen von Nebenbeschäftigungen nachgeordneter Ärzte hin. Die KAGES sah in der Auslastung der Sonderklasse ihrer Krankenanstalten und Ausübung von Nebenbeschäftigungen angestellter Ärzte in anderen Krankenanstalten einen unmittelbaren Zusammenhang. Die Auslastung der Sonderklasse in den LKH lag in den Jahren 1993 und 1994 im Durchschnitt bei 62 %.

- 21.2 Der RH vertrat die Auffassung, daß bei einem bestehenden Dienstverhältnis zu einem öffentlichen Krankenhausträger eine Nebenbeschäftigung in konkurrierenden Sanatorien zu untersagen wäre. Dies betraf vor allem die Behandlung von Patienten mit privater Zusatzversicherung in Sanatorien im Raum Graz. Der RH bemängelte ferner die unzureichende Zusammenarbeit zwischen der KAGES und den Dienststellen des Bundes.
- 21.3 *Laut Stellungnahme der KAGES sei beabsichtigt, geeignete Maßnahmen zur Vermeidung einer nachhaltigen Konkurrenzierung von Krankenanstalten durch angestelltes Personal im Zuge der Verhandlungen über den Zusammenarbeitsvertrag mit dem Bund zu vereinbaren. Im Sinne der Ausführungen des RH wäre aus Anlaß der Verhandlungen zur Anwendung des Vertragsbedienstetenrechtes sowohl mit der Gewerkschaft als auch mit der Ärztekammer Steiermark Einvernehmen darüber erzielt worden, daß Nebenbeschäftigungen in anderen Krankenanstalten und Sanatorien nicht nur meldepflichtig, sondern genehmigungspflichtig sind. Diese Bestimmung werde in das Landesvertragsbedienstetengesetz übernommen werden.*

Organisationsbedingte Honorarveränderungen

22. Seit Beginn der neunziger Jahre fanden in den LKH eine Reihe organisatorischer Änderungen statt. Auch im LKH Graz wurden mehrere Universitätskliniken neu strukturiert. Im Zuge der Neugliederung der Medizinischen Klinik erfolgte ihre Aufteilung in sieben Klinische Abteilungen. Dem Klinikvorstand wurden rd 100 Betten und den Klinischen Abteilungsleitern zwischen 26 und 29 Betten zugewiesen.

Aufgrund einer in diesem Zusammenhang erfolgten Punktevereinbarung zwischen Klinikvorstand und Klinischen Abteilungsleitern war mit einer Mehrbelastung der KAGES von jährlich 4,4 Mill S zu rechnen. Die KAGES beantragte beim Land zur Erreichung einer kostenneutralen Umsetzung der Neustrukturierung eine Verordnung, wonach der Anstaltsanteil an den Arztgebühren der Sonderklasse von 5 % auf 24 % und für Ambulanzleistungen von 1 % auf 24 % anzuheben wäre. Weiters sollten die dem Leiterpool zufließenden Anteile an den Arztgebühren neu festgelegt werden. Bei Anwendung dieser Aufteilungsregelung ermittelte die KAGES noch immer eine Mehrbelastung von jährlich 1 Mill S. Infolge Einspruchs der Ärztekammer wurde die Verordnung der Landesregierung nicht erlassen.

Die Neugliederung mehrerer Universitätskliniken führte durch den neuen Punkteschlüssel zu erheblichen Einkommensveränderungen. So erzielte ein Klinikvorstand vor der Strukturierung ein Honorareinkommen von monatlich 233 000 S, danach sank es auf 126 000 S. Hingegen stiegen die Honorare der Klinischen Abteilungsleiter zwischen 34 000 S und 57 000 S je Monat.

Laut Stellungnahme der Landesregierung werde der Anstaltsanteil an den Sondergebühren der Sonderklasse bei der konkreten Umsetzung der Sondergebührenaufteilung mitverhandelt.

Verträge des Vorstandes des Pathologisch-Anatomischen Instituts

Diagnostische Leistungen

23.1 Das Pathologisch-Anatomische Institut der Universität Graz erbrachte neben der Lehr- und Forschungstätigkeit umfangreiche diagnostische Leistungen für die KAGES und andere Gesundheitseinrichtungen. Nach Einschätzung des Institutsvorstandes war je die Hälfte der Tätigkeit des Instituts den universitären Aufgaben und der Diagnostik zuzuordnen. Im Jahre 1995 führte das Institut rd 1 300 Obduktionen und rd 95 000 histologische sowie rd 25 000 zytologische Untersuchungen durch. Im Institut waren rd 90 Mitarbeiter tätig, welche der KAGES oder dem Bund angehörten.

Mit der Leistungserbringung, die auch die Funktion des Landesprosektors umfaßte, war nicht das Institut, sondern der Vorstand beauftragt. Im Dezember 1988 schloß er mit der KAGES einen Gebührenvertrag über die Durchführung von Obduktionen sowie von histologischen und zytologischen Untersuchungen in bestimmten Versorgungsbereichen der Steiermark ab. Darüber hinaus war das Institut auch das bedeutendste histologische Einsendelabor für andere Gesundheitseinrichtungen.

Der Institutsvorstand verfügte ferner über einen Vertrag mit der StGKK zur Verrechnung histologischer Untersuchungen an ambulanten Patienten von Krankenanstalten, Patienten niedergelassener Ärzte oder sonstiger Gesundheitseinrichtungen.

Außerdem bestand eine Vereinbarung mit den privaten Krankenversicherern zur Abgeltung histologischer Untersuchungsleistungen für Patienten der Sonderklasse in Krankenanstalten. Der Institutsvorstand verrechnete das Honorar mit den LKH, die es den privaten Krankenversicherern als medizinische Fremdleistung in Rechnung stellten.

Für histologische Untersuchungen stationärer Patienten der allgemeinen Gebührenklasse des LKH Graz wurden keine gesonderten Vergütungen geleistet. Anderen LKH und Gesundheitseinrichtungen wurden diese Leistungen verrechnet.

Die Verrechnung zytologischer Untersuchungen der stationären Patienten der Sonderklasse und der ambulanten Patienten führten die Anstaltsdirektionen der LKH durch. Der Arztanteil an den Ambulanzgebühren betrug 20 %, während bei den Untersuchungen der Sonderklasse ein Anstaltsanteil von 30 % vereinbart war. Die Aufteilung der Ärztehonorare für zytologische Untersuchungen erfolgte nach dem KALG.

Wie der RH erhob, schloß der Institutsvorstand die Verträge (Kassenvertrag, Gebührenvertrag und Vertrag mit den privaten Krankenversicherern) ohne Mitteilung und Kenntnisnahme der Dienstbehörde (BMWV) ab. Eine Meldung über die als Nebenbeschäftigung zu beurteilende umfangreiche Untersuchungstätigkeit unterblieb.

23.2 Der RH bemängelte, daß der Institutsvorstand ohne Information der Dienstbehörde Verträge abschloß. Er empfahl, der Dienstbehörde die Tätigkeit nachträglich zur Kenntnis zu bringen.

23.3 *Laut Mitteilung des Institutsvorstandes habe er bereits im Rahmen der Berufungsgespräche im BMWV (ab August 1982) auf die Doppelfunktion (Ordinarius und Pro-*

sektor) hingewiesen und die Tätigkeit des Prosektors nicht als Nebenbeschäftigung, sondern als Teil seiner Dienstpflichten angesehen.

- 23.4 Der RH erwiderte, die für andere Rechtsträger ausgeübte Untersuchungstätigkeit wäre eine meldepflichtige Nebenbeschäftigung des Institutsvorstandes und der eingesetzten Institutsmitarbeiter.

Einnahmenbeteiligungen

- 24.1 Aufgrund einer Vereinbarung zwischen Bund und KAGES vom März 1989 wurden die Kosten des Institutsbetriebes (1994: 65 Mill S) ab dem Jahre 1986 von den Vertragspartnern je zur Hälfte getragen. Eine Einnahmenbeteiligung zugunsten des Bundes über die aus der umfangreichen Untersuchungstätigkeit erzielten Einnahmen wurde nicht festgelegt. Hingegen vereinbarte die KAGES mit dem Institutsvorstand im Gebührenvertrag vom Dezember 1988 eine Einnahmenbeteiligung von 30 % bei bestimmten histologischen Untersuchungen.

Die Untersuchungen des Instituts wurden als persönliche Gutachtertätigkeit nach dem UOG gewertet und die Einnahmen auf Privatkonten des Institutsvorstandes verrechnet. Bis März 1988 überwies der Institutsvorstand einen Teil seiner Einnahmen an die Quästur der Universität Graz, die dem Institut als zweckgebundene Mittel wieder zugute kamen.

Da die Mittel nach Schaffung der Teilrechtsfähigkeit der Institute (Novelle zum UOG, BGBl Nr 654/1987) ab dem Jahre 1989 als erfolgswirksame Einnahmen zu verbuchen und für das Institut nicht mehr verfügbar gewesen wären, habe der Institutsvorstand nach Rücksprache mit der Quästur die Überweisungen eingestellt und die Mittel dem teilrechtsfähigen Institut zur Verfügung gestellt und für dessen laufende Aufwendungen (Anschaffungen von Geräten und Einrichtungen) verwendet. Über die Verwendung der Mittel erstellte der Institutsvorstand ab dem Jahre 1990 jährlich einen Rechnungsab-schluß und legte ihn der Fakultät vor, die ihn an das BMWV weiterleitete.

Der RH stellte fest, daß die gemäß Erlaß des BMWV vom 3. März 1988, Zl 68 153/12-15/88, angeordnete Bemessung des tatsächlichen Aufwandes bei der Inanspruchnahme von Instituteinrichtungen für die Untersuchungstätigkeit unterblieben war. Angaben über die Angemessenheit eines Kostenersatzes an den Bund lagen nicht vor.

Der Institutsvorstand war der Ansicht, daß mit den Überweisungen an die KAGES der Aufwand für die Inanspruchnahme von Instituteinrichtungen abgegolten wäre. Überdies wäre ein aus dem Untersuchungsmaterial für Lehre und Forschung gewonnener Zuwachs bei der Bemessung der Aufwandsvergütung zu berücksichtigen.

- 24.2 Der RH beanstandete, daß die entgeltliche Untersuchungstätigkeit nicht im Rahmen der Teilrechtsfähigkeit des Instituts erbracht wurde, und empfahl, im Rahmen der beabsichtigten Eingliederung des Pathologisch-Anatomischen Instituts in das LKH Graz den Kostenersatz an den Bund festzustellen und im Falle einer Verkürzung nachträglich geltend zu machen.

25.1 Die Honorareinnahmen aus der histologischen Untersuchungstätigkeit kamen zu 62 % dem Institutspersonal zugute. Der Aufteilung für das wissenschaftliche Personal lag ein Punktesystem des Institutsvorstandes zugrunde, das die Funktion, den Ausbildungsgrad und den Arbeitsumfang berücksichtigte. Das nichtakademische Personal erhielt einmal im Jahr eine pauschale leistungsbezogene Abgeltung. Weder die KAGES noch das BMWV hatten Kenntnis von der Höhe der Honorareinnahmen des Institutsvorstandes.

25.2 Der RH bemängelte, daß die Vereinbarung zwischen dem BMWV und der KAGES über die Kostentragung des Institutsbetriebes die aus der Untersuchungstätigkeit erzielten Einnahmen außer Betracht ließ. Dadurch stand es weitgehend im Ermessen des Institutsvorstandes, welche Honorareinnahmen er für sich behielt und in welchem Ausmaß er Anteile an die Mitarbeiter weitergab.

Der RH empfahl, im Rahmen der beabsichtigten Eingliederung des Pathologisch-Anatomischen Instituts in das LKH Graz auch die Abgeltung der histologischen Untersuchungsleistungen analog der bereits bestehenden Regelung für die Zytologie in die Sondergebührenregelung des KALG einzubeziehen. Die Leistungsverrechnung durch die KAGES sollte aufgrund einer entsprechenden Abgeltungsregelung mit der StGKK erfolgen, um allfällige Nachteile durch eine Änderung der Krankenanstaltenfinanzierung zu vermeiden.

25.3 *Laut Stellungnahme der KAGES sei zur Umsetzung der vereinbarten Eingliederung des Instituts in den klinischen Bereich mit dem BMWV eine Arbeitsgruppe vereinbart worden, um zu klären, ob die bisherigen Aufwendungen der Sozialversicherungsträger aufrechterhalten werden. Falls keine weiteren Zahlungsflüsse seitens der Sozialversicherung Platz greifen und das dem LKH Graz eingegliederte Institut künftig gegenüber dem Landesfonds Rechnung zu legen hätte, wäre dies eine wesentliche Änderung gegenüber den seinerzeit gegebenen Voraussetzungen und würde einer Eingliederung des Instituts in das LKH Graz entgegenstehen.*

Wirtschaftsaufsicht über sonstige Krankenanstalten

26.1 Gemäß § 15 KALG hatte die Landesregierung die Wirtschaftsaufsicht über sieben weitere Krankenanstalten mit rd 1 180 systemisierten Betten. Voranschläge, Dienstpostenpläne und Rechnungsabschlüsse dieser Krankenanstalten wurden von der Rechtsabteilung 12 überprüft. Hierbei blieben Dienstverträge und Honorarvereinbarungen mit dem ärztlichen Personal außer Betracht. Über das Ergebnis der Aufsichtsmaßnahmen wurde nur dem zuständigen Landesrat ein Bericht gelegt.

Auf Ersuchen des RH veranlaßte die zuständige Rechtsabteilung des Amtes der Landesregierung die Feststellung der Bezüge, Gebühren und Honorare der Ärzte für das Jahr 1994. Demnach betrug der Mittelwert der Einkünfte der Primärärzte 3,1 Mill S. Der Bezug samt Mehrleistungen zeigte einen Durchschnittswert von 1,1 Mill S, die Ärztehonorare von 1,8 Mill S und die Ambulanzgebühren von 300 000 S. Rund einem Drittel der Primärärzte in Krankenanstalten geistlicher Träger wurden neben dem Bezug Ärztehonorare zwischen 1,9 Mill S und 5 Mill S ausbezahlt. Einem Primararzt, der kein Entgelt aus dem Dienstvertrag erhielt, zahlte die Krankenanstalt 1994 8,8 Mill S an Honoraren und Gebühren.

Die der Wirtschaftsaufsicht unterliegenden Krankenanstalten erhielten vom KRAZAF im Jahre 1994 Betriebs- und sonstige Zuschüsse in Höhe von 88 Mill S. Das Land gewährte Zuschüsse in Höhe von 48,9 Mill S (44,3 Mill S zur Abdeckung des Betriebsabganges und 4,6 Mill S für Investitionen).

- 26.2 Wie der RH vermerkte, lagen die Einkommen der Primärärzte der Krankenanstalten geistlicher Träger erheblich über jenen öffentlicher Krankenanstalten. Dadurch entstand ein erhöhter Zuschußbedarf der öffentlichen Hand. Nach Auffassung des RH würde die von der öffentlichen Hand bei der Bezuschussung gepflogene Gleichbehandlung von gemeinnützigen und öffentlichen Krankenanstalten auch annähernd gleiche Einkommen der Bediensteten nahelegen. Er erachtete eine Überprüfung im Rahmen der Wirtschaftsaufsicht als geboten.
- 26.3 *Laut Stellungnahme der Landesregierung waren die Rechtsverhältnisse in privaten gemeinnützigen Krankenanstalten auf der Grundlage privatrechtlicher Verträge zu regeln. Bei den meisten Verträgen wäre ein Eingriff nicht möglich. Die Landesregierung werde versuchen, mit Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung Einfluß auf die Unterschiede zu öffentlichen Krankenanstalten zu nehmen.*

Sonstige Feststellungen

27. Weitere Feststellungen und Empfehlungen des RH betrafen:
- (1) das Fehlen einer sanitätsbehördlichen Genehmigung für histologische und zytologische Untersuchungen am Pathologisch-Anatomischen Institut der Universität Graz.
- Laut Mitteilung der Landesregierung wurde die Durchführung eines sanitätsbehördlichen Feststellungsverfahrens nunmehr beantragt.*
- (2) Der RH bemängelte die gleichzeitige Betrauung eines Arztes mit mehreren Leitungsfunktionen (Abteilungsvorstand und Medizinischer Bereichsdirektor), die wegen ihres Umfangs nicht optimal erfüllt werden konnten. Er empfahl, die Beratung des KAGES-Vorstands in medizinischen Fachfragen einem Expertenteam zu übertragen und die Funktion des Medizinischen Bereichsdirektors einzusparen. Als Abteilungsvorstand blieb der Honoraranspruch weiterhin aufrecht.
- (3) Hinsichtlich der Funktion des Ärztlichen Direktors des LKH Graz beanstandete der RH, daß dieser Funktion lediglich eine nebenberufliche Zweistundentätigkeit beigemessen wurde. Nach Auffassung des RH wäre ein ökonomisch ausgebildeter Arzt mit dieser Aufgabe hauptamtlich zu betrauen.
- Laut Mitteilung der KAGES werde die Funktion des Ärztlichen Direktors beim LKH Graz nach Inkrafttreten der KALG-Novelle neu ausgeschrieben.*
- (4) Das LKH Graz verfügte seit rd 40 Jahren über keine gültige Anstaltsordnung.
- Die KAGES teilte mit, es wäre beabsichtigt, die Anstaltsordnung noch im Jahr 1997 der Behörde zur Genehmigung vorzulegen.*

- (5) Die KAGES zahlte dem Vorstand einer Universitätsklinik und gleichzeitigem Abteilungsleiter im LKH Graz trotz Kenntnis des Vorliegens einer sonstigen Abwesenheit vom Dienst die Ärztehonorare gemäß § 38a KALG ungekürzt weiter aus.

Laut Stellungnahme der KAGES wäre keine weitere Veranlassung getroffen worden, weil nicht nachweisbar wäre, daß der Klinikvorstand die Aufgaben in der Krankenbehandlung nicht doch weiterhin wahrgenommen hätte.

S c h l u ß b e m e r k u n g e n

28. Zusammenfassend gab der RH folgende Empfehlungen ab:
- (1) Für Sonderklassepatienten wäre eine einzige Sondergebühr festzulegen und einzuheben. Die Entlohnung des ärztlichen Personals wäre aus den Einnahmen des Anstaltsträgers zu bestreiten. Dabei wäre die unmittelbare Abhängigkeit der Spitalsärzteeinkommen von den Sonderklassepatienten zu beseitigen.
 - (2) Die länderweise unterschiedlichen Aufteilungsregelungen der Honorare zwischen leitenden und nachgeordneten Ärzten wären nach Möglichkeit zu vereinheitlichen.
 - (3) Von einer Beteiligung der Ärzte an den Ambulanzgebühren wäre in Hinkunft abzu-sehen.
 - (4) Im Land Steiermark wäre für das Bundespersonal im LKH Graz eine einheitliche Besoldungsregelung zu schaffen, wobei der auf die Krankenversorgung entfallende Anteil von der KAGES dem Bund zu ersetzen wäre.
 - (5) Die Zusammenarbeit und der Informationsaustausch zwischen der KAGES und dem BMWV wären zu verbessern.
 - (6) Es wären geeignete Maßnahmen zur Vermeidung einer Konkurrenzierung von Krankenanstalten durch Nebenbeschäftigungen des angestellten Personals zu treffen.

Wien, im November 1997

Der Präsident:

Dr Franz Fiedler