



Bundesministerium für Gesundheit
Radetzkystraße 2
1031 Wien

BUNDESARBEITSKAMMER
PRINZ EUGEN STRASSE 20-22
1040 WIEN
T 01 501 65
www.arbeiterkammer.at
DVR 1048384

Ihr Zeichen	Unser Zeichen	Bearbeiter/in	Tel 501 65 Fax 501 65	Datum
BMG-	BAK/SV-GSt	Helmut Ivansits	DW 2482 DW 2695	05.03.2013
71100/0003-		Julia Adlgasser		
I/B/12/2013				

Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) erlassen wird sowie das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz, das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, das Sonderunterstützungsgesetz, das Heeresversorgungsgesetz, das Kriegsopferversorgungsgesetz 1957, das Familienlastenausgleichsgesetz 1967, das Gesundheitsqualitätsgesetz, das Ärztegesetz 1998, das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH, das Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen geändert werden (Gesundheitsreformgesetz 2013)

1. Allgemeiner Teil

Die Bundesarbeitskammer (BAK) bedankt sich für die Übermittlung des Entwurfs eines Gesundheitsreformgesetzes 2013 und nimmt dazu wie folgt Stellung:

Die BAK begrüßt die Bereitschaft von Bund, Ländern und Sozialversicherung (SV) zu einer partnerschaftlichen Zielsteuerung des Gesundheitssystems. Damit soll das Leistungsangebot in allen Sektoren des Gesundheitswesens aufeinander abgestimmt und patientenorientiert gestaltet werden. Die Ziele wurden in Art 15a B-VG-Vertrag (Zielsteuerung-Gesundheit) vereinbart. Eine Revision verfassungsrechtlicher Kompetenzen ist damit nicht verbunden.

Die österreichische Rechtsordnung enthält ein sehr komplexes Normensystem bezüglich der Kompetenzen zur Regelung, Vollziehung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Der

Bund ist für die Grundsatzgesetzgebung des Krankenanstaltenwesens und für die Gesetzgebung im Sozialversicherungswesen zuständig. Den Ländern stehen die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehungskompetenz im Bereich der Krankenanstalten zu. Sie trifft ein Sicherstellungsauftrag für die stationäre Akutversorgung, die Finanzierung der Betriebskosten der Spitäler erfolgt im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) in erster Linie durch SV und Bund sowie durch die Abgangsdeckung der Länder. Der Bund und in Selbstverwaltung die SV sind für den niedergelassenen Bereich zuständig, das Sachleistungsprinzip in der Krankenbehandlung ist durch Gesamtverträge mit Ärztenverbänden abgesichert.

Die zwangsläufig mit derartigen Organisationsstrukturen verbundene kompetenzrechtliche Zersplitterung des Gesundheitssystems, hinter der starke politische und finanzielle Interessen stehen, und die damit einhergehende Inflexibilität gegenüber sektorenübergreifenden Versorgungsreformen führte zuletzt zu wachsendem finanzpolitischen Druck auf die Budgets und zunehmend zur Einsicht der Vertragsparteien, dass eine gemeinsame Zielsteuerung über die jeweiligen Zuständigkeitsgrenzen hinaus jedenfalls zu besseren Ergebnissen führen könnte als die Beibehaltung der bestehenden Strukturen. Die genannte Art 15a-Vereinbarung stellt die hierfür notwendige Mitwirkung der Akteure sicher und gibt Steuerungsziele und Handlungsfelder vor. Die Zuständigkeiten sollen somit nicht durch gesetzliche Änderungen, sondern mit Hilfe von Zielsteuerungsverträgen überwunden werden. Es wird demnach Aufgabe der Vertragsparteien respektive der neuen Zielsteuerungskommissionen des Bundes und der Länder sein, in Zukunft das Gesundheitswesen nach den Vorgaben des Vertrages zu lenken.

Der vorliegende Gesetzesentwurf überträgt den Inhalt des Vertrages in die entsprechenden bundesrechtlichen Materiengesetze (siehe insbesondere Art 1 des Entwurfs: Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit – G-ZG sowie die Novellierung anderer Bundesgesetze, darunter auch des ASVG).

Von entscheidender Bedeutung für die Beurteilung dieses Vertrags- und Gesetzeswerkes durch die BAK ist, ob und in welchem Ausmaß das Gesundheitssystem durch Maßnahmen der Zielsteuerung für Patienten effektiver und gesamtwirtschaftlich effizienter gestaltet werden kann. Zwar kann letztlich der Zielerreichungsgrad immer nur nachträglich festgestellt werden, trotzdem können anhand der Zielformulierung Aussagen über die Reformrichtung getroffen werden. Um die Konvergenz von Zielen mit den Defiziten des Systems einschätzen zu können, wäre eine eingehende Mängelanalyse des Gesundheitssystems notwendig gewesen. Dies ist im Vorfeld durch eine Reihe von Untersuchungen (unter anderem des Hauptverbandes, des Rechnungshofes, der OECD, des WIFO und in der Sozialpartnervereinbarung von Bad Ischl im Jahr 2011) bei weitem nicht mit der gebotenen Wissenschaftlichkeit, aber immerhin in den Grundsätzen geschehen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mängel des österreichischen Gesundheitssystems zumindest unter ExpertInnen hinreichend bekannt sind. Sie spiegeln sich in den Zielen des Vertrages und vor allem in den Regelungen über die Steuerungsbereiche des vorliegenden Entwurfs wider.

Für die BAK ist nun essenziell, dass die Gesundheitsreform die für die Patienten unmittelbar spürbaren Probleme angeht. So muss unter anderem die Leistungsqualität verbessert werden, in Spitalsambulanzen dürfen Kranke nicht weiterhin auf engstem Raum stundenlang auf Behandlungen warten müssen, nur weil Spitäler nicht in der Lage sind, sich um stationäre Patienten zu anderen Tageszeiten zu kümmern, Patienten sollen nicht zu lange im Spital verweilen müssen, obwohl eine tagesklinische Versorgung günstiger wäre, und für Psychotherapie sollen nicht weiterhin Euro 60,00 und mehr pro Behandlungseinheit gezahlt werden müssen, weil sie nicht als Sachleistung der Krankenversicherung (KV) erbracht wird. Muss es wirklich sein, dass – worauf eine neue VKI-Studie aufmerksam macht – in den Weihnachtsferien ein Großteil der Arztpraxen geschlossen ist? Das sind nur einige Beispiele dafür, worauf eine Gesundheitsreform reagieren müssen wird, um bei den Patienten auch „anzukommen“. Die Voraussetzungen hierfür werden jedenfalls durch den Entwurf geschaffen (Zieldefinition, Steuerungsbereiche), die erforderlichen Maßnahmen müssen aber von den Vertragspartnern ergriffen werden. An ihnen liegt es, die Gesundheitsreform 2013 zu einem Erfolg werden zu lassen.

Vor diesem Hintergrund spricht sich die BAK für die Umsetzung des Projekts der Gesundheitsreform 2013 und damit auch für Ausgabendämpfungen im Gesundheitswesen aus, sofern das System dadurch effektiver und effizienter ausgestaltet werden kann. Das gilt mit der Maßgabe, dass die ergriffenen Maßnahmen nicht gegen die Prinzipien der solidarischen Finanzierung und der Bedarfsgerechtigkeit von Leistungen verstoßen.

Die BAK möchte in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf die politischen Risiken von Ausgabenobergrenzen respektive einer an den Einnahmen orientierten Ausgabenpolitik hinweisen, die schlagend werden könnten, wenn der langfristige an das Wachstum des BIP gekoppelte Ausgabendämpfungspfad von den Vertragsparteien nicht eingehalten werden kann (Gründe: demografische Alterung, anhaltende Wirtschaftskrisen). Die Gefahr dieses rein finanzpolitischen Ansatzes einer Gesundheitsreform besteht darin, dass es bei Nichterreichung der Ausgabenobergrenzen – auch wenn sich aus den Finanzziele keine unmittelbare rechtliche Verpflichtung zu einem Austeritätskurs im Bereich des Gesundheitswesens ergibt – der politische Druck auf Leistungskürzungen, Personaleinsparungen und Selbstbehalten wachsen wird. Die BAK sieht daher keine Notwendigkeit einer gesetzlich vorgegebenen unbefristeten Ausgabendämpfung, solange die Vertragspartner ihre Aufgaben ernst nehmen und sie vertragsgemäß erfüllen.

Die BAK begrüßt die Präventionsoffensive der Vertragspartner (Prävention/Gesundheitsförderung als Pflichtaufgabe der SV, Einrichtung von Gesundheitsförderungsfonds), sieht darin aber nur einen ersten Schritt in Richtung eines für Präventionsträger verbindlichen und als europäisches Referenzmodell tauglichen Österreichischen Präventionskonzepts. Im Bereich der SV ist vor allem die betriebliche Dimension von Prävention und Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt gestellt. Außerdem ist sicherzustellen, dass die neu zu schaffenden Gesundheitsförderungsfonds auch tatsächlich mehr Mittel für Gesundheitsförderung ausgeben können als heute und es sich nicht nur um eine letzten Endes „kosmetische“ Maßnahme handelt.

Die BAK erwartet von der Gesundheitsreform, dass die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen verbessert werden. Die physischen und psychischen Belastungen sind schon heute beträchtlich. Strukturelle Veränderungen sollten daher auch zu Entlastungsmaßnahmen zugunsten der Gesundheitsberufe genutzt werden.

In den Vertragsverhandlungen konnten wesentliche Verbesserungen in Bezug auf Qualitätssicherungsmaßnahmen, Ergebnisorientierung sowie Transparenz erreicht werden. So wird künftig unter anderem die Abgeltung einzelner Leistungen von der Einhaltung der Qualitätsstandards abhängig gemacht. Die Intention, Patienteninteressen in den Mittelpunkt zu stellen, zeigt sich auch darin, Versorgungsstrukturen an Bedürfnissen auszurichten und dem Vorsatz „best point of service“ zu folgen; beispielsweise sei auf den Abbau von Kapazitäten in Akutkrankenanstalten zugunsten tagesklinischer Strukturen, dem Ausbau der ambulanten Versorgungsstruktur zu Tagesrand- und Wochenendzeiten sowie auf interdisziplinäre Versorgungsmodelle verwiesen. Darüber hinaus bieten sich in Verbindung mit im Zuge der letzten Novelle des GuKG neu geschaffenen Organisationsformen Chancen, eine bedarfsgerechte effiziente und effektive Versorgung zu gewährleisten.

Zu bedenken ist jedoch, dass strukturelle Veränderungen in Bezug auf Verschiebungen zwischen den einzelnen Sektoren nur dann zeitnah möglich sind, wenn in bestehende Verträge eingegriffen werden kann. Insbesondere die gesetzliche KV braucht flexiblere Regelungen im Vertragsverhältnis zur Österreichischen Ärztekammer. Die vorgesehenen Änderungen im ASVG sind hierfür nicht ausreichend.

Die BAK möchte darauf aufmerksam machen, dass eine ganze Reihe von Bestimmungen des Vertrages nicht in den Entwurf übertragen worden sind. Rechtspolitisch gesehen müsste der Vertragsinhalt nicht zuletzt auch aus Transparenzgründen vollständig in das Gesundheitsreformgesetz 2013 übernommen werden.

2. Besonderer Teil – Die einzelnen Bestimmungen des Entwurfs:

Zu den Änderungen des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit – G-ZG:

Zu § 4 G-ZG:

Die BAK unterstützt die Weiterentwicklung der Rahmengesundheitsziele durch Spezifizierung in der sog Phase 2. § 4 des Entwurfs verlangt, dass die im Rahmen der Zielsteuerung entwickelten Ziele mit den Rahmengesundheitszielen übereinstimmen. Er stellt damit sicher, dass auch die in der laufenden Phase 2 konkretisierten Rahmengesundheitsziele von der Zielsteuerungskommission beachtet werden müssen.

Zu § 5 G-ZG:

Die in § 5 angeführten Prinzipien, Ziele und Handlungsfelder entsprechen dem Wortlaut des Art 5 des Vertrages. Die in § 5 Abs 3 genannten Handlungsfelder zur Erreichung der Ziele

müssen demnach jedenfalls zum Gegenstand der Zielsteuerung gemacht werden. Die im 5. Abschnitt geregelten vier Steuerungsbereiche sind Mindestinhalte (arg „insbesondere“) des Zielsteuerungsvertrages und dienen der Implementierung von Handlungsfeldern.

Insbesondere der Vorrang der Einrichtung von multiprofessionellen und integrativen Versorgungsformen gegenüber Einzelpraxen ist eine jahrelange Forderung der gesetzlichen Interessenvertretung. Für PatientInnen sind integrative Versorgungsmodelle besonders attraktiv, weil sie Gesundheitsdienstleistungen „aus einer Hand“ zur Verfügung stellen und in der Regel damit auch ein besseres Service bieten können. Angesichts der geringen Inanspruchnahme der Möglichkeit zur Errichtung von Gruppenpraxen sollte diese Ausrichtung dazu beitragen, Gruppenpraxen in einem vermehrten Ausmaß zu etablieren.

Die taxativ aufgezählten Handlungsfelder enthalten auch den Aufbau eines umfassenden, vergleichbaren, systematischen und standardisierten Qualitätsmanagements (mit umfassender Messung der Ergebnisqualität) für den intramuralen und extramuralen Bereich (Z 6) sowie eine Neugestaltung der Finanzierungs- und Honorierungssysteme mit dem Ziel, die Zielsteuerung-Gesundheit (insbesondere Versorgung am „best point of service“) zu unterstützen (Z 7). Diese wichtigen Vorhaben werden begrüßt, wenngleich es bedauerlich ist, dass lediglich für die Erarbeitung des Qualitätsmanagements für den ambulanten Bereich eine zeitliche Vorgabe besteht. Laut § 7 Abs 2 Z 2 soll nämlich innerhalb von 18 Monaten nach Inkrafttreten (1. Juli 2013) ein adäquates System erarbeitet werden. Eine ähnliche Vorgabe ist für die Neugestaltung der Finanzierungs- und Honorierungssysteme nicht vorgesehen. Ohne eine gesetzlich normierte Erfüllungsfrist ist eine endlose Debatte zu befürchten, weil gerade diese Maßnahme von der Verhandlungsbereitschaft der Österreichischen Ärztekammer abhängig ist.

Zu § 6 G-ZG:

Zu begrüßen ist, dass im Sinne der PatientInnen-Orientierung die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gestärkt werden soll, wobei verstärkt auch die Möglichkeiten der Informations- und Kommunikationstechnologie genützt werden sollten. Dieser Anspruch ist jedoch im Entwurf nur sehr allgemein gehalten und enthält weder konkrete Verantwortlichkeiten bzw. Aufgabenverteilungen noch die entsprechenden finanziellen Ressourcen. Es ist zu befürchten, dass es zu keinen koordinierten und damit effizienten Maßnahmen kommt. Bevölkerungsgruppen, deren Gesundheitskompetenz besonders gestärkt werden sollte, sind überdies über elektronische Medien allein nicht erreichbar.

Zu § 7 G-ZG:

In § 7 Abs 2 sind offenbar zugunsten der Ärztekammer nicht alle Bestimmungen des Vertrages übernommen worden. So fehlen im Abs 2 der Verweis auf die Vorgaben des Bundes nach dem Qualitätssicherungsgesetz und Qualitätsvorgaben für die Ausübung des ärztlichen Berufes (siehe Art 7 Abs 2 Z 3 des Vertrages). Wenn in § 7 Abs 2 Z 1 nach den Erläuternden Bemerkungen (EB) ohnehin A-IQI gemeint ist, sollte das auch im Gesetz stehen. Art 7 Abs 6 des Vertrages enthält auch eine Verpflichtung zur Qualitätssicherung und eine gesetzliche

Sicherstellung, dass die Einhaltung der festgelegten Qualitätsstandards eine Voraussetzung für die Erbringung und Verrechenbarkeit der Leistung ist. Auch der Passus über den Masterplan zur Qualitätssicherung ist ebenso wie die Aufgabe der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), wissenschaftliche Expertise bei der Qualitätssicherung zur Verfügung stellen zu müssen, nicht übernommen worden.

Zu den §§ 8 und 9 G-ZG:

§ 8 sieht einen mehrstufigen Zielsteuerungsprozess im Rahmen von vierjährigen Zielverträgen auf Bundes- und auf Länderebene vor. Grundlage der in Zukunft integrativen Planung der österreichischen Gesundheitsversorgung ist zunächst der in Geltung stehende Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG), doch kann durch die übergeordnete Zielsteuerung der ÖSG in seiner „Ausrichtung“ verändert werden. Das Verhältnis ÖSG zu den Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) wird ebenfalls im Sinne einer Überordnung neu bestimmt. Dagegen bestehen keine Einwände.

Zu den §§ 10 bis 15 G-ZG:

Die BAK fordert die Aufnahme einer Grundsatzbestimmung analog den EB („Festlegungen im Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen haben sich am Bedarf der Patienten sowie an medizinischen Erfordernissen zu orientieren“) in das Gesundheitsreformgesetz. Dadurch wären die Grenzen der Finanzzielsteuerung besser erkennbar.

Die Entlastung des stationären Bereichs durch Verlagerung in den ambulanten Bereich ist ohne Zweifel ein wichtiges gesundheitspolitisches Thema, noch wichtiger ist jedoch, wie in Zukunft die ambulante Versorgung strukturiert und organisiert werden soll. Die BAK geht davon aus, dass im niedergelassenen Bereich ärztliche Hilfe vor allem von Versorgungszentren ärztliche Hilfe zur Verfügung gestellt werden sollte. Das müsste durch heterogene (interdisziplinäre) Zusammenschlüsse von Ärzten bewerkstelligt werden. Kassenambulatorien und Spitalsambulanzen sollen weiterhin wichtige Versorgungsfunktionen übernehmen, nur ist dafür zu sorgen, dass diese in einer für PatientInnen zumutbaren Weise angeboten werden. Selbstverständlich ist dabei auch dafür zu sorgen, dass Versorgungszentren ihren Betrieb in ausreichendem Maße (also auch an Tagesrandzeiten und Wochenenden) offen halten.

Die Organisation der Primärversorgung im niedergelassenen Bereich leitet sich von den oben genannten Grundsätzen ab. Von der BAK sicher nicht gewünscht ist ein unbedingtes Gate-Keeping durch Allgemeinmediziner, bei entsprechender Aufschulung (insbesondere in den Disziplinen Geriatrie und Psychiatrie/Psychosomatik) der praktischen Ärzte ist aber mittelfristig ein fachlich eingeschränktes „Hausarztmodell“ vorstellbar.

Wohl eher für ein politisches Programm, schwerlich aber für eine gesetzliche Regelung ist die in § 5 Abs 3 Z 3 angeordnete Stärkung der Primärversorgung „nach internationalem Vorbild“ geeignet. Um welches Vorbild (in welchem Land bzw welches Modell) es sich dabei handeln soll, ist den Erläuterung nicht zu entnehmen.

Von der BAK wird schon seit vielen Jahren gefordert, die Rollen der LeistungserbringerInnen im Gesundheitswesen in funktioneller Hinsicht zu überdenken. Ausgangspunkt ist dabei zu Recht der „best point of service“. Demnach ist die Leistung dort zu erbringen, wo das qualitativ am besten und am wirtschaftlichsten der Fall ist. Es ist zu erheben, ob vergleichbare Leistungen der Spitalsambulanzen oder der niedergelassenen Fachärzte qualitäts- und kostengünstiger sind. Außerdem ist zu definieren, welche Versorgungsaufgaben welchen ÄrztInnen im niedergelassenen Bereich aufgrund der Ausbildung übertragen werden können. In der Vergangenheit wurde der BAK stets mitgeteilt, dass solche Festlegungen aus methodischen Gründen zu keinen operationalisierbaren Ergebnissen führen können. Die BAK unterstützt trotzdem alle Bemühungen, dieses Ziel in Zukunft realisieren zu können.

In Anlehnung an das Sozialpartnerpapier von Bad Ischl (2011) spricht sich die BAK für die Weiterentwicklung von Disease-Management-Programmen aus, doch ist es unverzichtbar, die verpflichtende Mitwirkung von ÄrztInnen an diesen Programmen im Gesetz gleich mit zu regeln. Ohne diese Mitwirkung sollte es keinen Einzelvertrag mit einem KV-Träger geben.

Zu § 12 G-ZG:

Im „Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen“ werden Festlegungen und Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene aufgelistet, die zu effizienteren und dem Grundsatz der „best points of service“ folgenden Versorgungsstrukturen führen sollen, wie zB die Planung der Spitalsambulanzen im Zusammenhang mit niedergelassenen FachärztInnen. Wie bereits angesprochen sind zur Umsetzung dieser Vorhaben aber weitreichendere Eingriffskompetenzen der gesetzlichen KV in die Vertragsverhältnisse zur Österreichischen Ärztekammer notwendig.

In der 15a-Vereinbarung ist nach Art 18 Abs 2 Z 6 folgende Maßnahme zu berücksichtigen: „Festlegung der Rollenverteilung, Aufgabengebiete und Versorgungsaufträge pro ambulanter Versorgungsstufe und verbindliche sektorenübergreifende Angebotsplanung über die Regionalen Strukturpläne Gesundheit“, wobei in Klammern hinzugefügt wurde „inklusive Rücknahmemöglichkeit von aufrechten Bewilligungen bei Rückbau von parallelen Strukturen“. Eine ähnlich weitreichende Eingriffsmöglichkeit für die gesetzliche KV auch hinsichtlich des niedergelassenen Bereiches findet sich allerdings im vorliegenden Entwurf zum Gesundheitsreformgesetz nicht.

Zu § 16 G-ZG:

Einer der Schwerpunkte des Art 15a-Vertrages ist die Finanzzielsteuerung auf Bundes- und Landesebene. Steuerungsgrundlage ist ein sektorenübergreifender Ausgabendämpfungspfad mit einer Ausgabenobergrenze für öffentliche Gesundheitsausgaben, die langfristig an das Wachstum des BIP gebunden sind. Für den Zeitraum 2012 bis 2016, in dem der jährliche Ausgabenzuwachs der öffentlichen Gesundheitsausgaben nicht höher sein darf als 3,6 Prozent (durchschnittliche Entwicklung des nominellen BIP) bedeutet das rechnerisch, dass der Dämpfungseffekt auf die öffentlichen Gesundheitsausgaben im Jahr 2016 insgesamt

rund Euro 1,3 Mrd (davon entfallen auf die SV: Euro 520 Mio), zusammengerechnet bis 2016 insgesamt Euro 3,43 Mrd zu betragen hat.

Für die Folgejahre sind ebenfalls Bindungen an das BIP vorgesehen. Befristungen sind nicht vorgesehen. In der Perspektive bis 2020 soll der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben stabil bei rund 7 Prozent liegen. Unabhängig davon, ob eine Koppelung der öffentlichen Gesundheitsausgaben an das BIP, das sich in Abhängigkeit von der Wertschöpfung und der Veränderungen des Preisindex, aber unabhängig von Bedarfslagen in der Gesundheitsversorgung entwickelt, als sinnvoll erachtet wird, sind die finanziellen Ziele des vorliegenden Gesundheitsreformgesetzes als sehr ambitioniert zu bewerten.

Voraussetzung für die Umsetzung der finanziellen Ziele ist das vereinbarte partnerschaftliche Zielsteuerungssystem, dass eine bessere Abstimmung zwischen dem niedergelassenen und dem stationären Bereich bewirken und somit zu einer gemeinsamen Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung auf Bundes- und Landesebene führen soll. Diese Intentionen, die erfolgte Einigung im Rahmen der 15a-Vereinbarung und die Umsetzung in Form des vorliegenden Gesundheitsreformgesetzes rechtfertigen es, von einer der größten Reformen der vergangenen Jahrzehnte zu sprechen, zumal sie alle intra- und extramuralen Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens sowie betroffene Nahtstellen umfasst und wesentliche Strukturveränderungen möglich werden.

Allerdings bleibt abzuwarten, wie die nun gesetzlich verankerte Kooperation in der Praxis gelebt wird. Schon derzeit sind im Rahmen der Landesgesundheitsplattformen die Länder und SV an einem Tisch gesessen, um über das Instrument der Reform-Pool-Projekte Maßnahmen zur Erhöhung der Effizienz zu setzen. Dabei wurde jedoch nicht in das – finanzielle – Handlungsfeld des jeweils anderen Partners „hineinregiert“. Die nun vorgesehenen Änderungen der Entscheidungsstrukturen – Land und SV als gleichberechtigte Partner – die zu einer gemeinsamen Planung, Steuerung und Finanzierung führen sollen, müssen trotz unveränderter finanzieller Zuständigkeiten genutzt werden, um Effekte zu erzielen.

Die BAK steht einer Gesundheitspolitik, die Gesundheitsausgaben von der Entwicklung des BIP abhängig macht, äußerst skeptisch gegenüber. Auch wenn aus juristischer Sicht argumentiert werden kann, dass die hier beanstandeten Regelungen nur im Zusammenhang mit der Zielsteuerung zu sehen sind, also nicht auch eine allgemeine Rechtsgrundlage für Ausgabendämpfungen abgeben, dürfen ihre politischen Implikationen nicht unterschätzt werden. Das Finanzziel des Vertrages ist politisch insofern brisant, als die Konsequenzen einer demografisch älter werdenden Bevölkerung mit wachsendem Betreuungsaufwand und daher höheren Gesundheitsausgaben für das Gesundheitssystem nur unter finanzpolitischen Gesichtspunkten betrachtet werden.

Implizit unterstellt der Entwurf, dass das Steuerungspotenzial der Kommissionen ausreichend ist, um langfristig keine Differenzen zwischen Einnahmen und Ausgaben entstehen zu lassen. Das wird von der BAK bezweifelt: Angesichts der Herausforderungen an das Gesundheitswesen durch die kommende demografische Entwicklung und dem Primat, die Versorgungsqualität zu erhalten und sogar auszubauen, ist die Erreichung der Finanzziele aus

unserer Sicht nicht nur ungewiss, sondern wohl kaum realistisch. Selbst dann, wenn die Einnahmen aufgrund einer höheren Beschäftigung und höherer Einkommen steigen sollten, werden die Ausgaben durch den höheren Betreuungsaufwand einer wachsenden Zahl an älteren Menschen in der Bevölkerung aller Voraussicht nach deutlich stärker steigen (ganz zu schweigen von einem Szenario, in dem das BIP über einen längerem Zeitraum – wie zuletzt seit 2008 – stagniert). Wenn aber die Zielsteuerung mittel- bis langfristig scheitert, weil die Finanzziele nicht erreicht werden, würde eine solche Entwicklung auf steigende Abgänge in den Krankenkassen hinauslaufen und über kurz oder lang in ein gesundheitspolitisches Krisenszenario (verbunden mit Forderungen nach Leistungskürzungen und/oder Kostenbeteiligungen) münden.

Nun ist zwar grundsätzlich zutreffend, dass Entscheidungen der Zielsteuerungskommissionen der Einstimmigkeit bedürfen und diese über keinerlei gesetzgeberische Befugnisse verfügt, dennoch ist die Gefahr groß, dass § 16 Abs 1 des Entwurfs früher oder später von der Zielsteuerung losgelöst als allgemeine gesetzliche Vorgabe für eine Ausgabendämpfungspolitik im Gesundheitsbereich erhalten muss. Wie erwähnt ergibt sich dieses Verständnis der Regelungen keineswegs zwingend aus dem Entwurfstext, eine Klarstellung in den EB wäre aber das Mindeste, um dieser fatalen Interpretation vorzubeugen. In gleicher Logik erwartet der Entwurf von der KV eine an den Einnahmen orientierten Ausgabenpolitik (siehe § 16 Abs 8 des Entwurfs).

In Anbetracht dieser Befürchtungen wäre es umso notwendiger, schon vorab Aufschluss darüber zu erhalten, welche Maßnahmen mit welchen Wirkungen und welchem potenziellen Einsparvolumen in den nächsten Jahren ergriffen werden. § 16 Abs 4 des Entwurfs sieht im Rahmen der Zielsteuerung auf Bundes- und Landesebene neben den Finanzrahmenverträgen nach § 17 des Entwurfs Maßnahmenpakete zur Erreichung der Ausgabenobergrenzen vor. Offen ist, ob es sich dabei um jährliche Maßnahmenpakete handelt und ob sie der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden müssen. Die BAK möchte jedenfalls diese Maßnahmenpakete auf ihre Wirkung auf die Versicherten und auf die finanzielle Wirkung beurteilen können. Einer Gesundheitspolitik hinter verschlossenen Türen durch Zielsteuerungskommissionen wird hiermit eine Absage erteilt.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass zwischen 60 und 70 Prozent der Ausgaben im Gesundheitssektor auf Lohnkosten zurückgehen. Eine diesen Umstand außer Betracht lassende Kostendämpfung hätte erhebliche Konsequenzen für Beschäftigte im Gesundheitswesen. Dadurch würde sich die zum Teil ohnehin sehr angespannte Belastungssituation infolge unbefriedigender Personalschlüssel weiter verschärfen. Die Gesundheitsreform soll kein Freibrief sein, um unreflektiert den Sparstift beim Personal anzusetzen zu können. Zu fordern ist daher, dass eine Verringerung der Gesamtausgaben nur unter besonderer Schonung der Humanressourcen zu erfolgen hat. Im Vergleich zu den sonstigen Ausgaben sollen Personalkosteneinsparungen nur nach einer Ultimo Ratio-Prüfung erfolgen dürfen, die eine transparent zu begründende andere Art der Kostendämpfung ausschließt. Schließlich darf auch nicht außer Acht gelassen werden, dass bislang die im Verhältnis zum BIP höheren Ausgabensteigerungsraten im Gesundheitswesen durchaus qualitäts- und beschäftigungspolitische und damit auch volkswirtschaftlich positive Effekte bewirkt haben.

Alles in allem spricht sich die BAK gegen unbefristete Ausgabenobergrenzen im Gesundheitsreformgesetz 2013 aus. Wie in der Einleitung dieser Stellungnahme dargestellt sollten die Vertragsparteien die ihnen im Entwurf vorgegebenen Aufgaben in Angriff nehmen können, ohne an langfristig schier unerreichbare Ziele gebunden sein zu müssen. Da sich die Sanktionen bei Nichterreichung der Ziele auf eine Berichtspflicht bzw letztlich auf die Veröffentlichung der Nichterreichung beschränken, ist eine solche Vorgangsweise zielführender als die Festlegung von politisch riskanten finanziellen Zielvorgaben, denen bisher aus guten Gründen in seriösen gesundheitspolitischen Studien stets eine Absage erteilt wurde.

Die BAK regt überdies an, § 16 Abs 8 des Entwurfs zu streichen. Auch die für die Ermittlung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben im Entwurf geplante Verweisung auf die Art 25 bis 27 des Vertrages erscheint rechtlich problematisch.

Zu § 17 G-ZG:

Für Stellen, die ein Begutachtungsrecht haben, aber nicht unmittelbar in die Verhandlungen involviert waren, ist nicht erkennbar, wie im Fall von Leistungsverschiebungen (zB vom stationären in den niedergelassenen Bereich) die Finanzierungsanteile zwischen den involvierten Vertragspartnern verändert werden sollen. Die einschlägigen Bestimmungen in § 17 Abs 1 Z 6 und Abs 2 Z 7 sind für Außenstehende nicht nachvollziehbar. Es wäre einfacher gewesen, diesen Prozess in den EB zu exemplifizieren. Auch die kritische Öffentlichkeit soll derartige Vorgänge zumindest in den Grundsätzen nachvollziehen können.

Zu den §§ 20 bis 24 G-ZG:

Innerhalb der Bundesgesundheitsagentur und des Landesgesundheitsfonds erhalten die neuen Zielsteuerungskommissionen eine dominante Rolle (siehe § 21 Abs 1: „unter Beachtung auf die Festlegungen im Bundes-Zielsteuerungsvertrag“). In Anbetracht dieser Entwicklung wird gefordert, die BAK als Mitglied in die Bundesschiedskommission aufzunehmen und die Arbeiterkammern in die Landesgesundheitsfonds einzubinden.

§ 24 Abs 1 bis 6 G-ZG:

Die Absätze 1 bis 6 regeln die Bestellung der Positionen innerhalb der Organe und Gremien der Landesgesundheitsfonds. Dabei fällt auf, dass ausschließlich bei den von der gesetzlichen KV zu entsendenden Mitgliedern in die Landesgesundheitsplattform (Abs 2) und die Landes-Zielsteuerungskommission (Abs 3) Vorgaben in Bezug auf die Personen erfolgen. So wird normiert, dass die Obfrau/der Obmann der örtlichen Gebietskrankenkasse jedenfalls in beiden Gremien vertreten sein muss. Da es sich bei den Gebietskrankenkassen um selbstverwaltete Organisationen handelt, sollte die Entscheidung, wer entsendet wird, in den dafür vorgesehenen Gremien, sprich dem Vorstand, gefällt werden, umso mehr als in Abs 5 formuliert wird, dass auf die „Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten“ ist. Es wird daher angeregt, die Bestellung von VertreterInnen in den genannten

Gremien der Selbstverwaltung zu überlassen und eine entsprechende Änderung analog § 84a Abs 3 ASVG vorzunehmen.

Darüber hinaus ist nicht nachzuvollziehen, warum die KoordinatorIn von Seiten der Gebietskrankenkasse in ihrer/seiner Funktion als Co-Vorsitzende/Co-Vorsitzender ausschließlich der Obfrau/dem Obmann verantwortlich sein soll (Abs 6), da die von der KV nominierten VertreterInnen eine Kurie bilden. Die KoordinatorIn sollte daher aus demokratiepolitischen Überlegungen heraus der Kurie verantwortlich sein.

Zu den §§ 28 bis 32 G-ZG:

Die in Abschnitt 8 formulierten Regelungen zum Sanktionsmechanismus sind wohl vor dem Hintergrund langwieriger Verhandlungen zu bewerten. Es findet sich lediglich ein Fall, in dem es zu monetären Konsequenzen kommt, und zwar dann, wenn Mehrausgaben durch einen Verstoß gegen die Zielsteuerungsverträge entstehen und dieser Verstoß von der Schlichtungsstelle festgestellt wurde (§ 30 Abs 4).

Kommt bis zum 30. Juni 2013 kein Bundes-Zielsteuerungsvertrag zustande, ist eine Nachfrist von zwei Monaten zu setzen (§ 31 Abs 3). Erfolgt wiederum keine Einigung, sind die Konsens- und Dissens-Punkte zu veröffentlichen; dieser Vorgang löst wiederum einen Verhandlungsspielraum von drei Monaten aus. Sollte auch diese Frist ohne Ergebnis ablaufen, hat der/die GesundheitsministerIn befristet für ein Jahr „handlungsleitende Vorgaben“ im Hinblick auf die bestehenden Dissens-Punkte bzw fehlende Punkte „festzulegen“. Dabei ist von den bereits bestehenden Vorarbeiten und von den handlungsleitenden Vorgaben, die geeignet sind, die wesentlichen Ziele zu erreichen, auszugehen. Unklar ist, in welcher Form die Festlegungen erfolgen und welche rechtlichen Konsequenzen bzw Verbindlichkeiten sich daraus ergeben. Eine Präzisierung könnte dazu beitragen, beurteilen zu können, ob es sich hierbei um eine wirkungsvolle Sanktion handelt, andernfalls bleiben Interpretationsspielräume offen, die zu einem größeren Konflikt genutzt werden könnten.

Zu den Änderungen des ASVG und der Sondersicherungsgesetze:

Zu § 23 Abs 5 ASVG:

Nach dieser Bestimmung können die Länder von den Kassen ersucht werden, im vertragslosen Zustand die Krankenbehandlung (in Spitalsambulanzen) zu übernehmen, um schwerwiegende Folgen in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung zu vermeiden. Es fehlt jedoch eine Regelung, die eine Unterstützung durch das Land sicherstellt, falls der vertragslose Zustand durch Entscheidungen in der Zielsteuerungskommission hervorgerufen wurde.

Zu § 156 Abs 1 Z 3 ASVG:

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz als freiwillige Leistung der Krankheitsverhütung ist erfreulich. Die präventive Ausrichtung des Gesundheitssystems wird darüber hinaus durch die neue Pflichtaufgabe: Gesundheitsförderung und Prävention in § 154b Abs 1 ASVG ver-

stärkt. Die Kassen werden verpflichtet, einerseits auf Aufklärung und Beratung über Gesundheitsgefahren mit dem Ziel der Stärkung der Selbstbestimmung über Gesundheit hinzuwirken, andererseits aber auch zielgerichtete Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für Versichertengruppen und abgestellt auf deren Lebenswelten anzubieten.

Aus Sicht der BAK sollten diese für bestimmte Gruppen konzipierten Programme vor allem auf das Setting Betrieb/Arbeitswelt konzentriert werden, weil für andere Lebenswelten ohnehin andere Präventionsträger als die Kassen zuständig sind (beispielsweise für Schulen Bund oder Länder, für Kindergärten die Länder). Darauf müsste auch im Gesetz Bezug genommen werden. Für betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) sollte gemeinsam mit anderen auf diesem Gebiet tätigen Präventionsträgern (AUVA, FGÖ, Fit2Work) ein arbeitsteiliges Präventionskonzept entwickelt werden, das in weiterer Folge zu einem alle Lebenswelten umfassenden Österreichischen Präventionsmodell mit Referenzcharakter für die EU ausgebaut werden sollte. Derzeit bestehen erhebliche Überschneidungen und weitgehende Intransparenz bei den Präventionszuständigkeiten. Österreich liegt im europäischen Vergleich mit Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention von knapp 1,9 Prozent der öffentlichen Gesundheitsausgaben unter dem EU-Schnitt von 3 Prozent.

§ 23 Abs 1 Z 2 des Vertrages fordert für Präventionsmaßnahmen Wirkungsorientierung und Evaluation. In § 447g ASVG (Gesundheitsförderungsfonds) fehlt hingegen die korrespondierende Norm. Nach Auffassung der BAK sollten öffentliche Mittel nur dann für Gesundheitsförderung und Prävention verwendet werden dürfen, wenn sie als solche „zertifiziert“ sind. Auch fehlen Aussagen darüber, welche Stelle über die „Wirkungsorientierung“ bzw über „Evidenz, Wirksamkeit und Qualitätskriterien“ für Maßnahmen befindet. Die BAK regt daher an, das Vorliegen dieser Voraussetzung vom Österreichischem Bundesinstitut für Gesundheit (ÖBIG) festlegen zu lassen.

Finanzielle Basis für Prävention/Gesundheitsförderung werden in Zukunft in erster Linie die Gesundheitsförderungsfonds sein. Sie werden mit insgesamt Euro 150 Mio in den Jahren 2013 bis 2022, jährlich also mit Euro 15 Mio dotiert sein. Davon kommen Euro 13 Mio von der SV, der Rest von den Ländern. Für die Verwendung dieser Mittel ist nach Art 23 Abs 3 des Vertrages Einvernehmen erforderlich (in § 447g ASVG fehlt übrigens diese Bestimmung). Wenn schon die SV fast 87 Prozent der Mittel für den neuen Fonds aufbringen, sollte sie eigentlich auch über das Geld verfügen können. Gemeinsame Projekte sollten dadurch nicht ausgeschlossen werden.

Auf den ersten Blick scheint die Installierung von Gesundheitsförderungsfonds auf eine bessere Dotierung der Gesundheitsförderungsfonds und der Prävention hinzuweisen. Näher gesehen könnte die Finanzierung bereits laufender Projekte der Kassen in den Fonds verschoben werden, sodass im Ergebnis deutlich weniger Finanzmittel zur Verfügung stehen als angenommen. Zu diesem Zweck sollten die Krankenkassen verpflichtet werden, ihre bisherigen Aktivitäten (samt den induzierten Aufwendungen) offenzulegen.

Darüber hinaus ist zu befürchten, dass bei bestehenden zeitlich befristeten Projekten, die bisher von den Ländern finanziert wurden, die Fortführung künftig über den Gesundheitsför-

derungsfonds abgerechnet wird. Es sollte daher dezidiert ausgesprochen werden, dass die Mittel aus dem Gesundheitsförderungsfonds additiv einzusetzen sind.

Da mit der Einrichtung der Gesundheitsförderungsfonds das Ausmaß der Mittel für die kommenden zehn Jahre fixiert wird und die Höhe der zusätzlichen Gelder wie angesprochen nicht ausreichend ist, regt die BAK an, zu erheben, welche Projekte bisher welchen Bevölkerungsgruppen mit welchen Effekten zu Gute kamen. Dabei wird – basierend auf entsprechende Erfahrungen – die Gruppe der unselbständig Beschäftigten unterrepräsentiert sein. Angesichts der gestiegenen physischen und psychischen Belastungen in der Arbeitswelt ist eine Schwerpunktsetzung auf gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Arbeitswelt notwendig.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Neuregelung des § 447h, in dessen geltenden Fassung von Krankenkassen für BGF im Geschäftsjahr nicht abgeholte Gelder so wie im neuen Gesundheitsförderungsfonds den im Folgejahr dem Fonds zustehenden Vermögen zugeschlagen werden müssen. Damit sollen Anreize ausgeübt werden, dass die Kassen diese Mittel auch tatsächlich nützen.

Zu Änderung des Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG:

§ 3 Abs 1 GQG sieht eine Erweiterung des sachlichen Geltungsbereiches durch die Verpflichtung der ErbringerInnen von Gesundheitsleistungen zur Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 7 Abs 2 G-ZG vor. Darüber hinaus wird die Abgeltung von Leistungen des öffentlichen Gesundheitssystems künftig von der Einhaltung von Qualitätsstandards abhängig gemacht. Erfreulicherweise fällt darunter offenbar auch die Nichtbeachtung von Disease-Management-Programmen durch ÄrztInnen.

Zu Änderungen des Ärztegesetzes:

Die BAK begrüßt die gesetzlichen Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Fort- und Weiterbildung von Ärzten (Qualitätsbericht, Glaubhaftmachung der Fort- bzw Weiterbildung gegenüber der Ärztekammer mit Meldepflichten zumindest alle drei Jahre sowie Überprüfung durch ÖQMed).

Zu Änderungen des Bundesgesetzes über die GÖG:

Die BAK unterstützt die Absicht, die GÖG im Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung zu einem Kontrollorgan (Berichtswesen) mit Kompetenzen auch im Bereich der Qualitätsarbeit auszubauen.

Die Konstruktion, zu diesem Zweck eine Tochtergesellschaft unter Beteiligung von Bund, Ländern und SV (jeweils zu einem Drittel) zu gründen, ist politisch zwar nachvollziehbar, führt jedoch tendenziell zu einer Abwertung der Kontrollfunktion der Gesellschaft.

Herbert Tumpel
Präsident
F.d.R.d.A.

Alice Kundtner
iV des Direktors
F.d.R.d.A.