

Anfrage

**der Abgeordneten Mag. Gerald Loacker, Kolleginnen und Kollegen
an den Bundesminister für Gesundheit
betreffend Umsetzungsstand der Vorhaben der Gesundheitsreform**

Die Gesundheitsreform 2013 stellt mit ihrem Ziel, die kompetenzrechtliche Zersplitterung des Gesundheitsbereichs mittels neuer Formen der Steuerung und Abstimmung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern (zumindest teilweise) zu überwinden, den wahrscheinlich ambitioniertesten gesundheitspolitischen Reformansatz der letzten Jahrzehnte dar. Viele der Vorhaben, die mittels dieses Zielsteuerungssystems auf Schiene gebracht werden sollen, sind durchaus begrüßenswert: zu nennen sind in diesem Zusammenhang vor allem die Stärkung der Primärversorgung durch die Ermöglichung und Forcierung neuer niederschwelliger und wohnortnaher Versorgungsformen und der Ausbau der tagesklinischen Leistungen zur Entlastung von Spitalsambulanzen.

Die Umsetzung des Zielsteuerungssystems ist jedoch auch mit Nachteilen verbunden, zumal die Konstruktion hohe Transaktionskosten verursacht (siehe hierzu u.a.: *IHS-Standpunkt - Position 24/2014 vom 30.06.2014*) und ihr höchst planerischer Ansatz, der zudem auf einen äußerst begrenzten Kreis von Entscheider_innen (aus Bund, Ländern und dem Sozialversicherungswesen) abstellt, die rechtzeitige Einbindung aller betroffenen Gruppen hemmt. Zu kritisieren ist überdies der Umstand, dass das Modell der Zielsteuerung (im Sinne privatrechtlicher Vereinbarungen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern) keine kontinuierliche Einbindung des Parlaments und der interessierten Öffentlichkeit in Prozesse der Entscheidungsfindung vorsieht. Hinzu kommt, dass Informationen und Analysen, die für die Beurteilung der Reformfortschritte essentiell sind, ihren Weg nur verzögert oder gar nicht ins Hohe Haus finden.

Gerade die jüngsten Entwicklungen in Hinblick auf das neue Primärversorgungskonzept - den eigentlichen Kern der Gesundheitsreform - lassen diese Punkte noch kritischer erscheinen und sollten einen Anstoß für die Öffnung der entscheidungsbefugten Gremien und einen breiteren Diskurs über die Zukunft unseres Gesundheitssystems geben. Viele Fragen betreffend Umsetzungsstand der einzelnen Vorhaben und übergeordnete Planungsvorhaben der Gesundheitsreform harren nach wie vor der Beantwortung. Der erste Monitoring-Bericht zur Zielsteuerung Gesundheit, der am 30.06.2014 von der Bundes-Zielsteuerungskommission abgenommen wurde, gibt auf diese nur beschränkt Antwort.

Die unterfertigten Abgeordneten stellen daher nachstehende

Anfrage:

1. Auf Basis welcher Grundlagen und Erwägungen wurde im Rahmen der Erstellung des neuen Primärversorgungskonzepts von einer gleichberechtigten Zusammen-

- arbeit aller Gesundheitsberufe zugunsten des Modells "Team rund um den Hausarzt" abgesehen?
2. Inwiefern und in welcher Form soll sich das neue Primärversorgungsmodell von bereits bestehenden Kooperationsformen wie Gruppenpraxen und Ambulatorien unterscheiden?
 3. Im Rahmen des von der Bundes-Zielsteuerungskommission verabschiedeten Primärversorgungskonzepts ist von einer "höchstmöglichen Flexibilisierung bei der organisatorischen Ausgestaltung bei neuen Primärversorgungsstrukturen" die Rede: Umfasst dieses Vorhaben auch die Möglichkeit der Anstellung von Ärzt_innen durch Ärzt_innen?
 4. Wenn nein: Warum wird diese Möglichkeit nicht erwogen, obgleich die Anstellung anderer Berufsgruppen laut Primärversorgungskonzept (S.19) durchaus möglich sein soll?
 5. Wenn die Stärkung der Primärversorgung nach internationalem Vorbild erfolgen soll: An welchen internationalen Best-Practice-Beispielen orientiert sich Ihr Ressort in der Frage der Ausgestaltung der neuen Versorgungsformen?
 6. Inwiefern und in welchen konkreten Bereichen sehen Sie Potentiale für eine optimalere Nutzung bereits bestehender berufsrechtlicher Kompetenzen (siehe Seite 5 Primärversorgungskonzept)?
 7. Inwiefern und unter welchen Voraussetzungen werden von Ihrem Ressort darüber hinausgehende berufsrechtliche Anpassungen im ärztlichen und pflegerischen Bereich in Aussicht genommen?
 8. Wann soll die im Primärversorgungskonzept angesprochene Weiterentwicklung der praxisbezogenen Ausbildung für Ärzt_innen (Stichwort: Lehrpraxis) starten?
 9. Aus welchem Budgetposten Ihres Ressorts soll die Weiterentwicklung der Lehrpraxis finanziert werden?
 10. Wie sollte die Lehrpraxis Ihres Erachtens konkret ausgestaltet sein (zeitlicher Umfang, Frage der Kostentragung, Form der Integration in das Medizinstudium)?
 11. In welchem institutionellen Rahmen werden die im Primärversorgungskonzept angesprochenen interprofessionellen Fort- und Weiterbildungen angesiedelt sein?
 12. Existiert bereits eine verbindliche Definition des "Best Point of Service", der im Zentrum aller Überlegungen betreffend die Steuerung von Patient_innenströmen stehen soll?
 13. Wenn ja: Wie lautet diese Definition?
 14. Wenn nein: Bis wann soll eine diesbezügliche Einigung bzw. Festlegung erfolgen?
 15. Für den Fall, dass eine einheitliche und verbindliche Definition nicht möglich ist: Mit welchem Instrument soll im Einzelfall darüber befunden werden, ob eine Leistung am "Best Point of Service" erbracht wurde?
 16. Wird Ihrerseits eine Form der Sanktionierung, wenn Leistungen nachweislich nicht am "Best Point of Service" erbracht wurden, erwogen?
 17. Wenn ja: Wie wäre diese auszugestalten?

18. Wenn nein: Wie soll langfristig eine sinnvolle Steuerung der Patient_innenströme gewährleistet werden?
19. Bestehen Erwägungen, aus der Bestimmung des "Best Point of Service" auch Folgen für die Finanzierung des Gesamtsystems abzuleiten?
20. Wird im Rahmen der Bestimmung des "Best Point of Service" angestrebt, eine neue Form des Gatekeeping zum Gesundheitsbereich zu etablieren?
21. Bestehenden und neuen Vertragspartnern für Allgemeinmedizin soll gemäß Primärversorgungskonzept (S.19) die Umwandlung bzw. Integration in neue Primärversorgungsstrukturen durch Anreizsysteme schmackhaft gemacht werden: Welche Anreizsysteme halten Sie in diesem Zusammenhang für zielführend?
22. Für die Jahre 2015 und 2016 sind erste Pilotprojekte zu neuen Primärversorgungsformen vorgesehen: In welchen Regionen sollen diese Pilotprojekte umgesetzt werden?
23. In welcher Form und von welcher Institution sollen diese Pilotprojekte begleitet und evaluiert werden?
24. Im Rahmen der Bundesgesundheitskonferenz am 31.03.2014 wurde von SC Dr. Clemens Martin Auer die Möglichkeit des Abrufs von Kofinanzierungsmitteln für den Ausbau der Primärversorgung in ruralen Gebieten aus dem EU-Förderungsprogramm ländliche Entwicklung (ELER) in Höhe von 10 Mio. € für die Periode bis 2020 in Aussicht gestellt: Konnte hier bereits eine konkrete Förderzusage erzielt werden?
25. Wenn nein: Wann rechnen Sie mit einer Förderzusage?
26. Wenn ja: Welche konkreten Projekte sollen mit den ELER-Mitteln kofinanziert werden?
27. Wie beurteilen Sie die Bedeutung des Finanzausgleichs und des Kassenstrukturfonds als Finanzierungsinstrumente der Gesundheitsreform?
28. Sind in Hinblick auf diese Finanzierungssysteme in näherer Zukunft Änderungen geplant, die auf das Projekt Gesundheitsreform Wirkungen entfalten werden?
29. Welche Gründe waren ausschlaggebend dafür, dass die Bundesländer Salzburg, Vorarlberg und Wien laut Monitoring-Bericht 1/2014 zur Zielsteuerung-Gesundheit die Finanzziele durch Überschreitung der vereinbarten Ausgabenobergrenzen verfehlt haben?
30. Warum wird das Bundesland Vorarlberg in den Jahren 2013 und 2014 die vereinbarten Ausgabenobergrenzen aller Voraussicht nach erneut überschreiten?
31. In welchen Bereichen und in welcher konkreten Form finden die Ergebnisse der "bundesländerübergreifenden, systematischen, differenzierten Erhebung und Analyse der Patientenströme unter Berücksichtigung des Zuweisungsverhaltens der Anbieter (einschließlich Sicherstellung der Datengrundlagen und Methoden)" (B-ZV, operatives Ziel 6.1.1, Maßnahme 1), die bis Ende 2013 vorliegen sollte, Berücksichtigung?
32. Ist eine öffentliche Bereitstellung dieser Erhebung und Analyse angedacht?
33. Wenn ja: In welcher Form?
34. Wenn nein: Warum nicht?

35. Weshalb war die Identifikation und Analyse der relevanten Krankheitsgruppen im Rahmen des operativen Ziels der Reduktion der durch Fehlanreize bewirkten, medizinisch nicht indizierten Null-Tages-Aufenthalte/Ein-Tages-Aufenthalte laut Monitoring-Bericht 1/2014 zur Zielsteuerung-Gesundheit bis Ende 2013 nicht möglich?
36. Warum konnte bis Ende 2013 die detaillierte Analyse unterschiedlicher Versorgungs- und Leistungsdichten im akutstationären und ambulanten Bereich mit regionaler und sektoraler Differenzierung inkl. Darstellung der sich daraus ergebenden Verbesserungspotentiale (B-ZV, operatives Ziel 6.2.7, Maßnahme 1) nicht erfolgen?
37. Aufgrund welcher konkreten Hindernisse war die Konstituierung der Medikamentenkommission laut Monitoring-Bericht 1/2014 zur Zielsteuerung-Gesundheit nicht fristgerecht möglich?
38. Bis wann soll die hochpreisigen und spezialisierten Medikamente definiert sein, für die gemäß Bundes-Zielsteuerungsvertrag (operatives Ziel 7.1.4, Maßnahme 1) gemeinsame Versorgungsmodelle und Finanzierungskonzepte mit einer gemeinsamen Finanzverantwortung entwickelt werden sollen?
39. Inwiefern ist es angesichts der Verzögerung bei der Definition dieser Medikamente überhaupt noch möglich, den weiteren Zeitplan (Konzept für sektorenübergreifenden Medikamenteneinsatz sowie Entwicklung der gemeinsamen Versorgungsmodelle und sektorenübergreifenden Finanzierungskonzepte bis 12/2014) einzuhalten?
40. Warum konnten laut Monitoring-Bericht 1/2014 zur Zielsteuerung-Gesundheit keine Aussagen zu den Maßnahmen 1 (ELGA-Zentralkomponenten) und 2 (Beschlüsse der B-ZK zur Unterstützung von e-Health Projekten) zum operativen Ziel 7.2.3 getroffen werden?
41. Wie steht es um die Erreichung des Ziels, dass das ELGA-Zugangsportale Health Literacy-Kriterien im Sinne einer "Usability-Prüfung" entsprechen soll (B-ZV operatives Ziel 8.3.2, Maßnahme 3, MG 4)?
42. Was umfasst diese "Usability-Prüfung" konkret?
43. Welche Personengruppen und Institutionen sind in die "Usability"-Prüfung einbezogen bzw. sind noch einzubeziehen?
44. Bis Dezember 2015 soll ein telefon- und webbasiertes Erstkontakt- und Beratungsservice bundesweit implementiert sein: Welche Vorkehrungen hat Ihr Ressort bereits getroffen, um sicherzustellen, dass dieses Ziel innerhalb der gesetzten Frist erreicht werden kann?
45. In welchem institutionellen Rahmen soll das telefon- und webbasierte Erstkontakt- und Beratungsservice verortet sein?
46. An welchen internationalen Vorbildern soll sich dieses telefon- und webbasierte Erstkontakt- und Beratungsservice orientieren?
47. Wie soll der konkrete gesundheitspolitische Auftrag lauten, der dem telefon- und webbasierten Erstkontakt- und Beratungsservice zugrunde gelegt wird?
48. Wie werden Sie sicherstellen, dass die vermehrte Verlagerung von derzeit stationär oder tagesklinisch erbrachten Leistungen in den niedergelassenen Bereich von entsprechenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und -kontrolle begleitet wird?

49. Ist im Zusammenhang mit der Verlagerung von Leistungen in den niedergelassenen Bereich an die Einrichtung einer unabhängigen Stelle zur Qualitätssicherung und -kontrolle gedacht, wie von der Wiener Pflege- und Patient_innenanwaltschaft angeregt?
50. Wie, in welcher Form und in welchen zeitlichen Abständen gedenken Sie das Parlament als gesetzgebende Instanz über Fortschritte in Hinblick auf die Gesundheitsreform zu informieren?
51. Halten Sie den Informationsfluss, der zwischen den Vertragsparteien des Zielsteuerungssystems und dem Parlament besteht, für ausreichend intensiv?
52. Inwiefern setzen Sie sich dafür ein, dass zentrale Dokumente der Gesundheitsreform (Bundes-Zielsteuerungsvertrag; Landes-Zielsteuerungsverträge; Monitoring-Berichte zur Zielsteuerung-Gesundheit; Konzepte und Analysen, die im Rahmen der Zielsteuerung angefertigt werden; Jahresarbeitsprogramme) dem Parlament und der interessierten Öffentlich zentral und zeitnah - etwa auf der Website des BMG - zugänglich gemacht werden?
53. Welche der in Frage 52 genannten Dokumente sind mit heutigem Tage bereits öffentlich abrufbar (bitte um Aufgliederung nach verantwortlicher Institution und Ort der Verfügbarkeit)?

 (Pöck)


(Lorenz)


(Hutter)


(Ann)


C. VAVRIK