

566/AB XXI.GP

B e a n t w o r t u n g

der Anfrage der Abgeordneten Dr. Elisabeth Pittermann, Annemarie Reitsamer, Lackner, Heidrun Silhavy und Genossinnen über die Verunsicherung der Bevölkerung im Bezug auf die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und auf die Einführung eines Teilkrankenstandes
(Nr. 540/J)

Zur vorliegenden Anfrage führe ich Folgendes aus:

Zu Frage 1:

Mangels Vorliegens eines konkreten Konzeptes zum geplanten Teilkrankenstand kann zu den allfälligen gesundheitspolitischen Folgewirkungen nicht Stellung genommen werden.

Zu Frage 2:

In internationaler Zusammenarbeit wurde von der EU das Konzept der „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ als moderne Unternehmensstrategie entwickelt. Es zielt darauf ab, arbeitsbedingten Erkrankungen vorzubeugen, Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern. Ein positiver Effekt auf das Krankheitsgeschehen im Betrieb konnte für dieses Konzept nachgewiesen werden. Als Umsetzungsinstrument und zur Unterstützung der Mitgliedstaaten wurde von der Europäischen Kommission ein „Europäisches Netzwerk betriebliche Gesundheitsförderung“ organisiert. Über Initiative meines Ressorts ist auch Österreich mit einer nationalen Kontaktstelle in diesem Netzwerk vertreten.

Aufgabe der Kontaktstelle ist es, die Erfahrungen aus den EU - Mitgliedstaaten zu sammeln, allen interessierten Betrieben in Österreich zugänglich zu machen und sie zur Teilnahme zu motivieren. Für das Jahr 2000 ist eine Ausweitung und Regionalisierung des Netzwerks vorgesehen. Außerdem wird mein Ressort ein Konzept speziell für die betriebliche Gemeinschaftsverpflegung ausarbeiten, da gesunde Ernährung ein wesentlicher Beitrag zur Gesundheitsförderung im Betrieb ist. Auch der Fonds „Gesundes Österreich“ hat die betriebliche Gesundheitsförderung als einen Schwerpunkt aufgegriffen und wird Aktivitäten in diesem Bereich fördern.

Des Weiteren sollen die bereits bestehenden Instrumentarien und einschlägigen Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsvorsorge fortgeführt und nach Möglichkeit ausgebaut werden. In diesem Zusammenhang kommt der mit 1.1.1999 gestarteten Betreuung der Klein- und Mittelbetriebe durch die Präventionszentren der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt besondere Bedeutung zu.

Zu Frage 3:

Konkrete Maßnahmen zur Umsetzung eines bedarfsgerechten Angebots im Gesundheitswesen wurden in einem ersten Schritt bereits in Form der Vereinbarung des verbindlichen Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes (ÖKAP/GGP) ab 1.1.1997 (derzeit gültige Fassung ab 1.1.1999) gesetzt.

Der Bund und die Länder haben in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B - VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 weiters festgelegt, den Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan zu einer Leistungsangebotsplanung weiterzuentwickeln und damit ein verbessertes Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen zu schaffen.

Die Grundlagenarbeiten für die Leistungsangebotsplanung für den stationären Akutbereich wurden vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Auftrag der Strukturkommission bereits im Jänner 1997 in Angriff genommen. Die Arbeiten sind mittlerweile soweit abgeschlossen, dass Ergebnisse in einem ersten Schritt im Rahmen der ÖKAP/GGP - Revision per 1. Jänner 2001 in den ÖKAP/GGP integriert werden können.

Auch für den ambulanten Sektor ist die Erstellung eines Leistungsangebotsplanes intendiert, derzeit ist ein derartiges Vorhaben wegen des Fehlens geeigneter Datengrundlagen jedoch noch nicht möglich. Erstes Bestreben muss demnach sein, eine adäquate und einheitliche Leistungsdokumentation für den Spitalsambulanten Sektor und den niedergelassenen Bereich zu schaffen.

Die Leistungsangebotsplanung wird ermöglichen, Leistungsspektren fachrichtungsspezifisch nach Kriterien der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeit den verschiedenen Ebenen der Gesundheitsversorgung zuzuordnen. Dadurch soll unter Einhaltung der Zielvorgabe einer ökonomisch effizienten Leistungserbringung auf hohem Qualitätsniveau gewährleistet werden, dass Patientinnen Leistungen unter Berücksichtigung eines Mindeststandards hinsichtlich der Strukturqualität - möglichst wohnortnahe in Anspruch nehmen können.

Hinsichtlich der ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich erfolgt eine laufende Anpassung der zwischen den Ärztekammern und der Sozialversicherung akkordierten vertragsärztlichen Stellenpläne an den jeweiligen Bedarf, bezogen auf regionale und fachspezifische Erfordernisse. Zur Sicherstellung der sonstigen medizinischen Leistungen und Gesundheitsdienste sind die Krankenversicherungsträger laufend bemüht, im Rahmen ihrer Zuständigkeit sowie ihrer finanziellen Möglichkeiten durch entsprechende Vertragsabschlüsse ein bedarfsgerechtes Angebot für ihre Anspruchsberechtigten bereitzustellen.

Zu Frage 4:

Ich bin der Ansicht, dass es nicht um ein PatientInnenmanagement, sondern um ein patientInnenorientiertes Management des Verlaufes der Heilbehandlungen geht. Daher müssen die Teilsysteme unseres Gesundheitssystems optimal vernetzt werden. Diese Aufgabe muss von allen Akteuren unseres Gesundheitswesens mitgetragen werden.

Zu Frage 5:

Der Bund hat sich in der mit dem Bundesland Kärnten abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B - VG zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta), BGBl. 1 Nr 195/1999, als Vertragspartei verpflichtet, die zweckmäßigen und angemessenen Leistungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens für alle Patientinnen ohne Unterschied des Alters, des Geschlechts, der Herkunft, des Vermögens, des Religionsbekenntnisses, der Art und Ursache der Erkrankung oder Ähnliches sicherzustellen. Auf Grund dieser Verpflichtung sind alle Maßnahmen zu unterlassen, die den bestehenden gleichen Zugang zu Behandlung und Pflege unterlaufen würden.

Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung ist der gleiche Zugang zu Behandlung und Anstaltspflege gewährleistet. Durch die geplanten Maßnahmen zur (Wieder)herstellung des finanziellen Gleichgewichts der Krankenversicherungsträger soll dies auch in Zukunft sichergestellt sein.

Zu Frage 6:

Selbstverständlich habe ich die Absicht, Qualitätsstandards in jenen Bereichen einzuführen, in denen mir eine Kompetenz dafür zukommt bzw. in allen anderen Bereichen die Dienste meines Ministeriums im Rahmen einer von Krankenanstalten und Ärzten freiwillig in Anspruch genommenen Inivitative bzw. Koordination für Qualitätssicherungsaktivitäten anzubieten.

Ich möchte einige Beispiele nennen, wie mein Ressort bereits bisher für die Krankenanstalten und auch für die mit der Vollziehung der Krankenanstaltengesetze be-
trauten Länder bei den Bemühungen um Verbesserung und Sicherung der medizinischen Versorgungsqualität unterstützend gewirkt hat:

Verschiedene Leitfäden wurden erstellt, wie der Leitfaden zur Qualitätssicherung in Krankenanstalten, der Leitfaden zur Patientenorientierung oder das Antibiotika - Strategie - Projekt, welches sich die Aufgabe gestellt hat, den Antibiotika - Einsatz in den Spitälern zu optimieren.

Weiters möchte ich die Etablierung der Koordinationsstelle für das internationale Quality - Indicator - Project anführen. Diese von meinem Ressort initiierte und finanzierte Einrichtung soll den österreichischen Krankenanstalten die Möglichkeit bieten, sich an einem, auf Ergebnismessung der medizinischen Versorgungsleistungen orientierten Forschungsprojekt zu beteiligen, um sich im internationalem Vergleich messen und bewerten zu können.

Für Amtsärzte der Bezirksverwaltungsbehörden, die die Aufgabe der Aufsicht von Krankenanstalten wahrzunehmen haben, werden bundeseinheitliche Checklisten als

Hilfsmittel im Rahmen einer Krankenhauseinschau angeboten. Diese werden derzeit von meinem Ministerium gemeinsam mit Vertretern der Bundesländer erstellt.

Zu Frage 7:

Die bestmögliche Art, die Versorgungsqualität von medizinischen Leistungen - d.h. auch Einhaltung der medizinischen Standards - zu messen bzw. zu evaluieren, kann im Rahmen einer Teilnahme an Projekten zur Ergebnismessung erfolgen. Dies gilt sowohl für den intramuralen als auch für den extramuralen Bereich.

Eine Tradition innerhalb ergebnisorientierter Messungen stellen die externen Ringversuche in den medizinischen Labors dar. Darüberhinaus gibt es österreichweite Indikatorenvergleiche in einzelnen Fachbereichen, initiiert von den jeweiligen Fachgesellschaften. Die verwendeten Methoden erfassen in der Regel die Überwachung von Qualitätsindikatoren sowie Vergleiche der statistischen Ergebnisse mit sogenannten Referenzbereichen.

Zu diesen fachbereichsspezifischen Indikatorenvergleichen sind ergänzend umfassende Evaluierungsstrategien zur Einschätzung der Versorgungsqualität notwendig. Derartige Vergleiche sind innerhalb des bereits in der Beantwortung zu der Frage 6 erwähnten und von meinem Ministerium initiierten internationalen Quality Indicator Projects möglich.

Das Gesetz sieht für Krankenanstalten die freie Wahl des einzuführenden Qualitätssicherungssystems vor. Dasselbe Prinzip der freien Wahl sollte auch für den niedergelassenen Bereich gelten.

Die medizinischen Einrichtungen sollen aus der Vielfalt an Evaluierungsmethoden und -strategien die für sie geeignete wählen und nützen.

Zu Frage 8:

Hinsichtlich der Hauskrankenpflege wird festgehalten, dass diese in die Zuständigkeit der Länder fällt. Nur die medizinische Hauskrankenpflege als krankenhausersetzende Leistung fällt in den Zuständigkeitsbereich (und damit den Leistungskatalog) der gesetzlichen Krankenversicherung. Diesbezüglich ist auf § 151 Abs. 3 ASVG (bzw. die entsprechenden Parallelbestimmungen der anderen Sozialversicherungsgesetze) zu verweisen, wonach die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung des Kranken nicht zu der von den Krankenversicherungsträgern zu erbringenden medizinischen Hauskrankenpflege gehören. Die in der gegenständlichen Anfrage angesprochene Nachbarschaftshilfe kann nach meinem Verständnis lediglich für jenen Bereich der häuslichen Betreuung von Kranken in Betracht kommen, der in die Zuständigkeit der Länder im Rahmen der Sozialhilfe fällt. Die Abstimmung des Angebotes von Hauskrankenpflege mit der Nachbarschaftshilfe obliegt somit den Ländern bzw. den von ihnen beauftragten und/oder geförderten Einrichtungen.

Zu den Fragen 9 und 10:

Aus den Mitteln des Kapitels 17 „Gesundheit“ wird im Jahr 2000 ein Betrag von ca. 750 Mio. S für Vorhaben aufgewendet, die im weitesten Sinne dem Begriff „Vorsorgemaßnahmen“ zugerechnet werden können.

Darunter sind auch die Untersuchungsleistungen nach dem Mutter - Kind - Pass, die Zahlungen an den „Fonds Gesundes Österreich“, öffentliche Impfungen, Maßnahmen im Drogenbereich und ähnliche Vorhaben zu subsumieren.

Die Verteilung des Budgets wird einerseits auf Grund gesetzlicher Verpflichtungen (z.B. Zahlungen für den Mutter - Kind - Pass, gem. Gesundheitsförderungsgesetz, Untersuchungen auf Grund des Epidemiegesetzes, Geschlechtskrankheitengesetzes usw.) und andererseits auf Grund bestehender Vereinbarungen (z.B. Zahlungen für Impfstoffe, Verträge mit Förderungsnehmern etc.) vorgenommen. Die Auswahl von Projekten und Maßnahmen erfolgt nach fachlicher Beurteilung und gemäß den gesetzlichen Vorgaben.

Von den Sozialversicherungsträgern werden für Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung jährlich namhafte Beträge aufgewendet. So ergibt die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger präsentierte Präventionsbilanz für 1997 (publiziert in „Soziale Sicherheit“ Nr.1/99, „Forum Prävention“) einen Aufwand der Sozialversicherungsträger für Prävention und Gesundheitsförderung in Höhe von rund 11,6 Mrd. S. Dieses Ausgabenvolumen umfasst u.a. Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, Kur, Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen. Die Verfügung über diese Geldmittel obliegt den Sozialversicherungsträgern als Selbstverwaltungskörper im Rahmen der entsprechenden gesetzlichen Vorgaben und der finanziellen Möglichkeiten der Versicherungsträger.

Zu Frage 11:

Die Vorhaltekosten öffentlicher Spitäler sind wesentlich durch den jeweiligen Versorgungsauftrag der Spitäler bestimmt. Die Erfordernisse des stationären Versorgungsbereiches und die Notwendigkeit der Vorhaltung einer ständigen Leistungsbereitschaft (z.B. Notfallversorgung) beeinflussen unabhängig vom ambulanten Leistungsgeschehen - in hohem Maß die Kosten der Krankenanstalten.

Kostenmäßige Entlastungen der Krankenanstalten durch Verlagerung von Leistungen in den extramuralen Bereich sollen daher primär durch Initiierung und Umsetzung entsprechend abgestimmter kooperationsmodelle zwischen dem intramuralen und dem extramuralen Bereich erreicht werden (z.B. gemeinsame Nutzung von medizinisch - technischen Großgeräten).

Im Rahmen einer umfassenden Leistungsangebotsplanung im ambulanten Bereich wird dem Prinzip einer abgestuften Leistungserbringung Rechnung getragen werden. Wesentliche Voraussetzung für eine verstärkte Entlastung der Krankenanstalten sind jedoch in qualitativer und zeitlicher Hinsicht gleichwertige Leistungsangebote und Zugangsmöglichkeiten im extramuralen Bereich.

Zu Frage 12:

Neben den Kosteneinsparungen, die durch Vereinbarungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger mit der pharmazeutischen Industrie bzw. den Apothekern erzielt werden können, wurde von meinem Ministerium ein Verordnungsentwurf betreffend die Senkung der Großhandelsspannen für Arzneimittel dem Begutachtungsverfahren zugeleitet.

Außerdem sind auch legislative Maßnahmen zu beraten. Etwa das Beschaffungswesen bzw. die Vertriebswege von Arzneimitteln werden gemeinsam mit den Sozialpartnern genauso zu diskutieren sein wie eine österreichische Genericapolitik und eine erweiterte Selbstmedikation. Ich bin überzeugt, dass durch ein Bündel von unterschiedlichsten Maßnahmen ein beachtliches Einsparungspotenzial für die soziale Krankenversicherung erreicht werden kann.

Zu Frage 13:

Über den Krankenanstaltenbereich stehen dem Gesundheitsressort bereits seit 1978 Kostendaten (Kostenarten- und Kostenstellenrechnung) von den fondsfinanzierten Krankenanstalten Österreichs zur Verfügung.

Aufgrund der geänderten Rahmenbedingungen (insbesondere der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung) ist beabsichtigt, dieses detaillierte Informations- und Berichtssystem an den nunmehr gegebenen Informationsbedarf anzupassen. Dabei soll den Krankenanstalten eine weitgehende Flexibilität bei der Ausgestaltung ihrer krankenhausinternen Kostenrechnungssysteme gesichert werden.

Zur Verbesserung der Kostentransparenz im Bereich des gesamten Gesundheitswesens werde ich mich im Rahmen der bevorstehenden Verhandlungen zu einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B - VG über die Neuregelung der Krankenanstaltenfinanzierung auch dafür einsetzen, dass sowohl im Bereich der Länder als auch im Bereich der Sozialversicherung die eingesetzten Mittel für das Gesundheitswesen in transparenter Weise offen gelegt und die für einen derartigen Datenaustausch allenfalls erforderlichen rechtlichen Voraussetzungen geschaffen werden.

Zu den Frage 14 und 15:

Der Konsultationsmechanismus aufgrund Art. 23 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B - VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 ist zwischen Bundesländern und Sozialversicherungsträgern einzurichten, um finanzielle Folgen von Strukturänderungen zu bewältigen und insbesondere Veränderungen von Leistungsangeboten zu regeln. Die Einberufung und Abwicklung obliegt daher den Ländern und den Sozialversicherungsträgern.

Im Rahmen der Überprüfung des Strukturfonds und der Landesfonds stellte der Rechnungshof zum Konsultationsmechanismus fest, dass er diesen für zweckmäßig halte.

Nach mir vorliegenden Informationen ist der Konsultationsmechanismus mehrmals einberufen worden und es konnten meistens auch Ergebnisse erzielt werden. Daher meine ich, dass der Konsultationsmechanismus effektiv ist.

Zu Frage 16:

Zeitpunkt und Form der Einführung einer Dokumentation im ambulanten Bereich werden Gegenstand der Verhandlungen mit den Ländern über eine neue Vereinbarung gemäß Art. 15a B -VG ab 2001 sein.

Seitens des Bundes besteht in diesem Zusammenhang die Absicht, ab 1. Jänner 2001 eine einheitliche Dokumentation im Rahmen eines Pilotprojektes in einer Modellregion für den ambulanten Sektor zu erproben. Dafür werden adäquate, administrierbare und für den ambulanten Bereich zweckentsprechende Dokumentationsgrundlagen zur Verfügung gestellt werden.

Zu Frage 17:

In der Pilotstudie wurde die Akzeptanz der Leistungsdokumentation hinsichtlich der Vollständigkeit, der Systematik sowie der Inhalte bzw. der Praktikabilität betreffend die Administrierbarkeit und die EDV - Umsetzung überprüft.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass hinsichtlich Akzeptanz, Administrierbarkeit und EDV - Umsetzung große Unterschiede bestehen

- je nach schon vorher bestehenden Dokumentationsgewohnheiten der einzelnen Ambulanzen und
- je nach dem, ob der für das einzelne Fach erforderliche Aufwand für eine Umschlüsselung auf bestehende Kataloge groß war oder nicht, oder
- je nach vorhandener EDV - Ausstattung und Möglichkeiten EDV - mäßiger Flexibilität in den einzelnen Ambulanzen.

Die Vollständigkeit und Systematik betreffend bestehen zumindest in einigen Fachrichtungen unterschiedliche Auffassungen je nach tatsächlicher oder beabsichtigter Verwendung der Dokumentation: Überschneidungen zwischen Fachrichtungen und die Problematik zwischen stationärer und ambulanter Leistungserbringung stehen dabei im Vordergrund.

Eine systematische Auswertung einer im Rahmen des Projektes durchgeführten standardisierten Erhebung brachte folgende Ergebnisse:

- Die erhobenen Daten wurden in hohem Ausmaß gleichzeitig auch für Verwaltungszwecke, für die patientenbezogene Dokumentation und für die Erstellung von Arztbriefen, Befunden etc., in nur geringem Ausmaß dagegen für die hausinterne medizinische Qualitätssicherung und für Auswertungen medizinischer Studien eingesetzt. Allerdings wurde die grundsätzliche Möglichkeit der Einsetzbarkeit der Dokumentation auch für die hausinterne medizinische Qualitätssicherung und für Auswertungen medizinischer Studien in überwiegendem Ausmaß bejaht.
- Hinsichtlich des Umfangs der Dokumentation waren die Meinungen geteilt: Lediglich die patientenbezogenen Daten wurden als ausreichend erachtet; die Diagnostikdokumentation (ICD - 9) als auch die Leistungsdokumentation (KAL mit rund 2500 Positionen!) wurde immerhin von mehr als einem Drittel als nicht ausreichend erachtet.
- Die Daten wurden vorwiegend für den Datenaustausch mit der stationären Patientendokumentation, mit anderen medizinischen Funktionseinheiten (z.B. Labor, Radiologie) und mit der Verwaltung (z.B. für die Verrechnung) genutzt bzw. wurde eine Nutzungsmöglichkeit gesehen.

Zu Frage 18:

Es wurden Workshops mit den Modellkrankenanstalten durchgeführt, in denen für die Teilnehmer Gelegenheit bestand, Probleme und Fragen untereinander zu erörtern. Weiters wurde mit den Ländern in Sitzungen des Arbeitskreises „Gesundheitsplanung“, dem VertreterInnen des Bundes, der Länder, des Hauptverbandes der

österreichischen Sozialversicherungsträger, der Ordenskrankenanstalten sowie des Städte - und Gemeindebundes angehören, die weitere Vorgangsweise diskutiert.

Zu den Fragen 19 und 20:

Es gibt Planungs - und Versorgungskonzepte auf der jeweils institutionell zuständigen Ebene für verschiedene extramurale Versorgungsbereiche (z.B. niedergelassener Bereich, Pflegebereich, Rehabilitationsbereich, Prävention), die aber aufgrund unterschiedlicher Ansätze und Zielsetzungen sowie unterschiedlicher Datengrundlagen nicht integriert bzw. nicht in jeder Hinsicht abgestimmt sind.

Eine Abstimmung der extramuralen Versorgung bedarf einheitlicher Datengrundlagen im ambulanten Bereich. Aufgrund eingehender Diskussionen im Arbeitskreis „Gesundheitsplanung“ über die Einführung einer spitalsambulanten Dokumentation wird von Seiten des Arbeitskreises einhellig die Meinung vertreten, dass diese nur unter Miteinbeziehung des niedergelassenen Bereichs erfolgen könne. Es sollte eine Dokumentation - reduziert auf das erforderliche Ausmaß - sein, die sowohl für den Ambulanzbereich der Krankenanstalten als auch für den niedergelassenen Bereich angewendet werden kann.

Es ist beabsichtigt, im Rahmen eines Pilotprojektes in einer (oder mehreren) Modellregion(en) eine einheitliche Dokumentation durchzuführen und die daraus gewonnenen Erkenntnisse als Basis für die Abstimmung des Leistungsgeschehens zwischen dem spitalsambulanten und dem niedergelassenen Sektor heranzuziehen. Dazu werden demnächst Gespräche zwischen den betroffenen institutionellen Ebenen stattfinden.

Zu Frage 21:

Die Einrichtung von Gruppenpraxen ist aus Sicht der Sozialversicherung dann sinnvoll, wenn sie zu klaren Vorteilen für alle Beteiligten - also Patienten, Ärzten und Krankenkassen - führt. Konkret sollen durch Gruppenpraxen einzelne Versorgungslücken geschlossen bzw. die Versorgung und das Service der Patienten verbessert, die Praxisorganisation und -auslastung von Ärzten optimiert sowie daraus resultierende Synergieeffekte und Kostenvorteile in Form reduzierter Tarife an die Versicherungsgemeinschaft weitergegeben werden. Unter Bedachtnahme auf diese Grundsätze gibt es seit längerer Zeit engagierte Diskussionen und Verhandlungen der Sozialversicherung mit der Ärzteschaft. Als Ausfluss dieser Bemühungen sollen zu nächst in einzelnen Pilotprojekten Erfahrungen für eine weitere Umsetzung gewonnen werden.

Zu Frage 22:

Seit 1997 ist in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B - VG Qualitätssicherung als eine der Aufgaben der Strukturkommission verankert. Bisher wurde in mehreren Modellprojekten Grundlagenarbeit durchgeführt, zur Sicherstellung und Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung sind jedoch weiter gehende Maßnahmen notwendig.

Die Weiterentwicklung der Qualität im Gesundheitswesen soll durch die österreichweite Einführung von systematischer Qualitätsarbeit in allen Bereichen und Institutionen des Gesundheitswesens gewährleistet werden.

Systematische Qualitätsarbeit bedarf einer geplanten, strukturierten und kontinuierlichen Vorgangsweise zur Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen auf den Ebenen von Struktur, Prozess und Ergebnis.

Die Etablierung systematischer Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen soll auf den Grundsätzen der PatientInnenorientierung, der systematischen Qualitätsverbesserung, der Transparenz und des quantitativ und qualitativ optimalen Mitteleinsatzes erfolgen.

Seitens des Bundes ist geplant, in der künftig auszuverhandelnden Vereinbarung gemäß Art. 15a B - VG auch eine Zweckbindung finanzieller Mittel an Qualitätsarbeit festzulegen. Zur Finanzierung der Etablierung eines österreichweiten Qualitätssystems soll ein Teil der den Landesfonds zur Verfügung stehenden Mittel von den Ländern (Landesfonds) jährlich für die Finanzierung von qualitätsverbessernden Maßnahmen vorgesehen werden.

Zur Durchführung der Aufgaben der Strukturkommission im Bereich der Qualitätsarbeit ist in der nächsten Vereinbarung gemäß Art. 15a B - VG die Einrichtung einer Bundesclearingstelle geplant. Die Bundesclearingstelle soll die Rahmenbedingungen zur Etablierung eines österreichweiten Qualitätssystems auf Bundesebene sicherstellen.

Zur Durchführung der Aufgaben der Landesfonds im Bereich der Qualitätsarbeit ist die Einrichtung von Landesclearingstellen geplant. Die Landesclearingstellen sollen die Rahmenbedingungen zur Etablierung eines flächendeckenden Qualitätssystems in den Ländern sicherstellen.