



Amt der Vorarlberger Landesregierung

Zahl: PrsG-412.62

Bregenz, am 07.03.2013

Bundesministerium für Gesundheit
Radetzkystraße 2
1031 Wien
SMTP: thomas.worel@bmg.gv.at

Auskunft:
Mag. Otto-Imre Pathy
Tel.: +43(0)5574/511-20216

Betreff: [Gesundheitsreformgesetz 2013, Entwurf; Stellungnahme](#)
Bezug: [Schreiben vom 14. Februar 2013, BMG-71100/0003-I/B/12/2013](#)

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu dem im Betreff genannten Gesetzesentwurf wird Stellung genommen wie folgt:

I. Allgemeines:

Verfassungsrechtliche Bedenken:

Im Art 1 des Entwurfes (Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit; Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) wird zu einem Großteil die Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit nahezu wortwörtlich als Bundesgesetz übernommen, ohne auf die in der Bundesverfassung normierten Kompetenzbestimmungen zu achten.

In den Erläuterungen wird dazu festgehalten, dass durch „dieses Gesetz die Zuständigkeiten der Länder unberührt bleiben“. Weiters wird in den Erläuterungen ausgeführt, dass um der Verständlichkeit willen auch eine „teilweise narrative Darstellung und Bezugnahme auf die auf Landesebene geregelten bzw. zu regelnden Sachverhalte aufgrund der Vereinbarung gemäß 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit gewählt [wird]“.

Damit wird das Zusammenspiel der Zielsteuerung-Gesundheit mit krankenanstaltsrechtlichen und sozialversicherungsrechtlichen Regelungen verdunkelt und die Verständlichkeit des Gesundheitsrechts leidet insgesamt darunter.

Der § 2 G-ZG erweckt z.B. den Eindruck, dass sich der Geltungsbereich des Gesetzes auf alle intra- und extramuralen Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens erstreckt, somit auch auf Bereiche, die landesgesetzlich zu regeln sind.

Abgesehen davon, dass „narrative“ Ausführungen in einem Gesetz grundsätzlich zu vermeiden sind (vgl. dazu auch Punkt I.2 im Handbuch der Rechtssetzungstechnik, Teil 1: Legistische Richtlinien 1990, herausgegeben vom Bundeskanzleramt), ist für den Rechtsanwender auch praktisch kaum erkennbar, welche Regelungen normativ und welche narrativ sind.

Der Bundesgesetzgeber scheint dies bewusst offen zu lassen: Ob eine Regelung „narrativ“ ist scheint davon abzuhängen, ob diese Regelung im Kompetenztatbestand „Gesundheitswesen“ eine Deckung findet. Wenn dies nicht der Fall sein sollte, kann im Nachhinein argumentiert werden, die Regelung sei nur „narrativ“.

Die gewählte Vorgangsweise ist daher aus unserer Sicht verfassungsrechtlich bedenklich.

Wesentliche, im Gesetzesentwurf nicht umgesetzte Bestimmungen der Vereinbarungen

Die Steuerung des Gesundheitswesens soll in Hinkunft partnerschaftlich über Zielsteuerungsverträge erfolgen. Die von den Vertragspartnern konkret zu behandelnden Themenbereiche werden in den genannten Steuerungsbereichen Ergebnisorientierung, Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse (vgl. § 10 Abs. 1 Z 1 bis 3 des Entwurfs für ein Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit) festgelegt.

Dort sind durchaus ambitionierte Maßnahmen aufgelistet. Ob einzelne dieser Maßnahmen insbesondere im niedergelassenen Bereich tatsächlich umgesetzt werden können, hängt davon ab, ob alle Systempartner, also auch die aus den Art. 15a-B-VG-Vereinbarungen nicht direkt verpflichteten Sozialversicherungsträger, zur Umsetzung aller vereinbarten Maßnahmen verpflichtet werden; dazu müssen die gesetzlichen Regelungen die beiden 15a-B-VG-Vereinbarungen lückenlos umsetzen.

Dies ist jedoch – wie eine nähere Betrachtung des Gesundheitsreformgesetzes 2013 zeigt – nicht der Fall. Gerade in Kernbereichen der Reform fehlen entscheidende Bestimmungen.

Für folgende **Regelungen der Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens** fehlt die bundesgesetzliche Ausführung:

1. Nach Art 4 Abs. 5 sind u.a. die Regionalen Strukturpläne (RSG) „*Grundlage ... für Vertragsabschlüsse der Sozialversicherung. Entsprechende Anpassungen ... im Sozialversicherungsrecht sind vorzunehmen. Sozialversicherungsrechtlich ist sicherzustellen, dass die Gesamtvertragspartner im extramuralen Bereich ihre Verhandlungen darauf ausrichten. ...*“.

Im Entwurf sind in den Sozialversicherungsgesetzen diesbezüglich keine Umsetzungsvorschriften vorgesehen. Ebenso wenig werden Regelungen geschaffen, mit denen die Vertragspartner der Sozialversicherung entsprechend verpflichtet werden. Somit fehlt in einem Kernpunkt der Gesundheitsreform die Umsetzung. Die derzeitigen Bestimmungen im ASVG (z.B. § 342 Abs. 1 Z 1) reichen nicht aus.

2. Der Art 4 Abs. 7 ist ebenfalls nicht umgesetzt. Nach dieser Regelung haben die entsprechenden bundesgesetzlichen Regelungen zu ermöglichen, dass bestehende Bewilligungen unter größtmöglicher Schonung wohlerworbener Rechte geändert oder allenfalls zurückgenommen werden können.
3. Dasselbe trifft auf Art 4 Abs. 8 zu. Die Abrechenbarkeit der Leistungen im extramuralen Bereich ist bundesgesetzlich nicht an die verpflichtende Einhaltung der qualitativen Inhalte des ÖSG und der RSG gebunden.
4. Der Art 8 sieht vor, dass für den ambulanten Bereich, somit auch für den extramuralen Bereich, Modelle zur Abgeltungssystematik zu entwickeln sind und bestehende Finanzierungsmodelle hinsichtlich ihrer Steuerungs- und Anreizwirkung zu evaluieren sind.

Diese Bestimmung erfordert eine gesetzliche Anordnung gegenüber den Sozialversicherungsträgern, die im Gesundheitsreformgesetz 2013 zu ergänzen wäre, zumal auch im Art 5 Abs. 3 Z 7 der Art 15a B-VG Vereinbarung über eine Zielsteuerung-Gesundheit das Ziel festgelegt wurde, „die Finanzierungs- und Honorierungssysteme (...) so zu gestalten, dass die Ziele der Zielsteuerung-Gesundheit (insbesondere Versorgung am „best point of service“) unterstützt werden“.

5. Der Art 9 ist ebenso nicht umgesetzt. Insbesondere fehlt eine gesetzliche Ermächtigung für die Sozialversicherung, ambulante Leistungen sektorenübergreifend finanzieren zu können (vgl. Art 9 Abs. 4).

Für folgende **Bestimmungen der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit** fehlt die bundesgesetzliche Ausführung:

1. Im Art 2 Abs. 2 wird normiert, dass „die Grundlage des Systems (...) die derzeit bestehenden Zuständigkeiten und Aufgaben der Partner im Zielsteuerungssystem Gesundheit“ sind. Diese Bestimmung ist insbesondere auch maßgeblich für Regelungen für Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereiches (siehe Art 38 Abs. 1 Z 4). Eine entsprechende bundesgesetzliche Regelung fehlt.
2. Im Art 7 Abs. 5 wird normiert, dass für den intramuralen Bereich eine Revision und Redimensionierung der im ÖSG 2012 enthaltenen Strukturqualitätskriterien

auf notwendige Vorgaben vorzunehmen ist. Eine gesetzliche Normierung dieser Vorschrift ist nicht ersichtlich. Gerade diese Bestimmung war den Ländern aber in den Beratungen zur Vereinbarung sehr wichtig, weil sie eine aus Sicht der Länder schon lange notwendige Redimensionierung der im ÖSG enthaltenen Strukturqualitätskriterien zum Gegenstand hat.

3. Die Umsetzung des Art 16 Abs. 3, der die *gemeinsame Verantwortung und die wechselseitige Unterstützungspflicht* zwischen Bund, Sozialversicherung und Ländern festlegt und eine zentrale Bestimmung der Zielsteuerung-Gesundheit darstellt, fehlt und muss für Bund und Krankenversicherung ausdrücklich bundesgesetzlich geregelt werden. Dies trifft auch auf andere dementsprechende Bestimmungen in der Vereinbarung über eine Zielsteuerung-Gesundheit zu, wie etwa Art 12 Abs. 5 und Art 15 Abs. 5.
4. Gemäß Art 16 Abs. 4 haben die Partner des Bundes-Zielsteuerungsvertrages sicherzustellen, dass die bestehenden Zielsteuerungssysteme im Bereich der öffentlichen Gesundheit (z.B. BSC-Ziele der Sozialversicherungsträger) den Zielsteuerungsverträgen nicht widersprechen dürfen. Eine Bestimmung, mit der die Sozialversicherungsträger zu einer allfälligen Anpassung bestehender Systeme verpflichtet werden, ist jedenfalls zu ergänzen.
5. Im Art 38 Abs. 1 Z 4 hat sich der Bund u.a. verpflichtet, gesetzliche Regelungen vorzusehen „für Projekte auf Basis von Zielsteuerungsverträgen insbesondere zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereiches“. Eine entsprechende Ausführungsregelung fehlt im vorliegenden Entwurf.

II. Zu den einzelnen Bestimmungen:

1. Zu Artikel 1 (Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit):

Zu § 2:

Im Gesundheitsreformgesetz 2013 ist mehrmals vorgesehen, dass Leistungsverchiebungen zwischen den Sektoren zu bewerten und abzugelten sind. So sieht z.B. auch der § 17 Abs. 1 Z 6 vor, dass Rahmenregelungen für Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen für sektorenübergreifende Leistungsverchiebungen geschaffen werden müssen.

Entscheidend für alle diese Überlegungen ist aber, von welchem Status aus (Ist-Stand oder Normativer-Stand) die Verschiebungen zu bewerten sind. Im Art 2 Abs. 2 der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit wird diese Frage dahingehend beantwortet, dass der „Normativ-Stand“, also die bestehenden Zuständigkeiten und Aufgaben der Systempartner, maßgebend ist.

Eine entsprechende Regelung im Gesetz fehlt. Es ist unabdingbar, dass dieses Prinzip, wonach von den derzeit in der Rechtsordnung festgelegten Zuständigkeiten und

Aufgaben der Partner im Zielsteuerungssystem auszugehen ist, legislativ umgesetzt wird.

Es wird daher gefordert, im § 2 eine entsprechende Regelung zu ergänzen.

Zu § 4 Abs. 2:

Die Formulierungen der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit zu „Public Health“ sollten nicht wortgleich ins Gesetz übernommen werden; vielmehr bedürfen sie einer näheren Konkretisierung.

Die Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) ist kein „Public Health“ Grundsatz; die Regelung bedarf einer Klarstellung.

Zu § 5 Abs. 1 Z. 3:

Der Art 5 Abs. 1 Z 3 der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit normiert als Prinzip der Zielsteuerung-Gesundheit die verbindliche Zusage von Bund (dieser auch für die Sozialversicherung) und Ländern zur aktiven Zusammenarbeit und wechselseitigen Unterstützung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung.

Im § 5 Abs. 1 Z 3 des Entwurfes wird dieses Grundprinzip für die Sozialversicherung zwar ausdrücklich determiniert. Dieses Grundprinzip bedarf aber konkreterer bundesgesetzlicher Anordnungen, da die wechselseitige Unterstützungspflicht und Verantwortung eine zentrale Bedeutung bei der Umsetzung der gemeinsam vereinbarten Ziele (einschließlich der Finanzziele) hat.

Im Übrigen steht der Art. 5 Abs. 1 Z. 3 der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit in engem Zusammenhang mit dem Art. 16 Abs. 3 der Vereinbarung, weshalb auf unsere Anmerkungen zu § 10 dieses Entwurfes verwiesen wird.

Zu § 5 Abs. 3 Z. 2:

Das Ziel der Vermeidung künftiger Doppelstrukturen und des Abbaus bestehender Doppelstrukturen von niedergelassenen Fachärzten und Spitalsambulanzen legt eine Neukonzeptionierung des § 26 KAKuG und eine gesetzliche Konkretisierung des Versorgungsauftrages von Spitalsambulanzen nahe.

Zu § 5 Abs. 3 Z. 7:

Nach § 5 Abs. 3 Z 7 sind Finanzierungs- und Honorierungssysteme so zu gestalten, dass die Ziele der Zielsteuerung unterstützt werden. Der Entwurf des Gesundheitsreformgesetzes 2013 lässt offen, wie allfällige aus der Zielsteuerung resultierende dementsprechende Erfordernisse im extramuralen Bereich umgesetzt werden können (vgl. dazu auch die Bemerkungen zu § 12 Abs. 2).

Zu § 7 Abs. 2 Z. 2:

Im § 7 Abs. 1 Z. 2 fehlt ein Zeitpunkt, ab dem die 18 Monate Frist für das Ergebnisqualitätssicherungssystem im ambulanten Bereich zu laufen beginnt. Die Bestimmung tritt gemäß § 35 Abs. 2 mit 1. Juli 2013 in Kraft. In den Erläuterungen ist

daher der 1. Juli 2013 als Beginn der Frist angeführt. Es wird angeregt eine klare Frist im Gesetz festzuschreiben, indem die Wortfolge „*innerhalb von 18 Monaten*“ durch die Wortfolge „*bis Ende 2014*“ ersetzt wird.

Zu § 7 Abs. 4:

Mit dieser Regelung wird der erste Satz des Art. 5 Abs. 7 der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit umgesetzt.

Eine gesetzliche Umsetzung des Art. 7 Abs. 5 zweiter Satz der Vereinbarung ist nicht ersichtlich und wird eindringlich gefordert.

Zu § 9 Abs. 1:

Zur besseren Verständlichkeit sollte nach den Worten „angrenzender Bereiche“ der Klammerausdruck „(Rehabilitationsbereich und Pflegebereich, soweit er im Nahtstellenmanagement für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist)“ ergänzt werden.

Zu § 10:

Im § 10 werden zwar die Abs. 1 und 2 des Art 16 der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit umgesetzt, nicht aber der Art. 16 Abs. 3. Das ist nicht verständlich.

Der Art 16 Abs. 3 der Vereinbarung normiert die gemeinsame Verantwortung und die wechselseitige Unterstützungspflicht zwischen Bund, Sozialversicherung und Ländern. Es handelt sich um eine zentrale Bestimmung der Zielsteuerung-Gesundheit, die für Bund und Krankenversicherung ausdrücklich bundesgesetzlich geregelt werden muss.

Das gilt auch sinngemäß auch für andere Bestimmungen (z.B. Art. 12 Abs. 5 und Art. 15 Abs. 5). Auf die Ausführungen zu § 5 Abs. 1 Z 3 sei verwiesen.

Zu § 12 Abs. 2:

Die in § 12 Abs. 2 genannten Maßnahmen sind ambitioniert. Ohne begleitende bundesgesetzliche Regelungen an anderen Stellen dürften sie jedoch – wenn überhaupt – nur sehr schwer umsetzbar sein. Dies zeigt folgendes Beispiel:

Der § 12 Abs. 2 Z 6 regelt, dass ein „*Festlegen der Rollenverteilung, Aufgabengebiete und Versorgungsaufträge pro ambulanter Versorgungsstufe*“ in den Landes-Zielsteuerungsverträgen und eine „*verbindliche sektorenübergreifende Angebotsplanung über die Regionalen Strukturpläne Gesundheit*“ erfolgen müssen.

Eine Zielvereinbarung zwischen dem Land und der Krankenversicherung auf Landesebene, welche Rolle ein intra- oder extramuraler Leistungsanbieter erfüllen soll, hat keine unmittelbare Wirkung gegenüber Dritten. Es bleibt offen, wie eine solche Zielvereinbarung in der Praxis umgesetzt werden kann.

Zu § 13 Abs. 2 Z. 1:

Der zweite Satz in der Z 1 sollte entfallen. Im Verfahren zur Erstellung einer Empfehlung der gemeinsamen Medikamentenkommission erscheint es nämlich nicht erforderlich, den vertriebsberechtigten Unternehmen ein Stellungnahmerecht zwingend einzuräumen. Es sollte der gemeinsamen Medikamentenkommission überlassen bleiben, eine Stellungnahme einzuholen, wenn sie dies im konkreten Anlassfall für erforderlich erachtet.

Zu § 13 Abs. 2 Z. 3:

Auffallend ist, dass – während sich der vorliegende Entwurf eines Gesundheitsreformgesetzes in den überwiegenden Bestimmungen darauf beschränkt, die Formulierungen aus den beiden zugrunde liegenden Vereinbarungen gemäß Art 15a B-VG wortgleich zu übernehmen – gerade in diesem Punkt, zu dem es in den Verhandlungen zur Erarbeitung der 15a B-VG Vereinbarung intensive Diskussionen gab und zu dem ein Kompromiss in Art 19 Abs. 2 der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit gefunden werden konnte, der vorliegende Gesetzesentwurf vom Vereinbarungstext abweicht.

Es sollte nicht hervorgehoben werden, dass die Aufgaben der Heilmittel-Evaluierungskommission gemäß § 351g ASVG trotz neuer Medikamentenkommission „unberührt“ bleiben, sondern es sollte betont werden, dass die Heilmittel-Evaluierungskommission die Beschlüsse der Medikamentenkommission in ihre Empfehlungen aufnehmen muss!

Es wird gefordert, den Text aus der Vereinbarung in den Gesetzesentwurf zu übernehmen und auch die im § 351g ASVG des Entwurfes vorgesehene Relativierung der Beschlüsse der Medikamentenkommission in Form eines bloßen „Berücksichtigungsgebots“ im Sinne der Art 15a B-VG Vereinbarung zu adaptieren.

Zu § 13 Abs. 3 Z. 3:

Die Regelung sieht vor, dass in den Landes-Zielsteuerungsverträgen als Maßnahme zur Optimierung der Behandlungsprozesse die Patientensteuerung zum „best point of service“ vorgesehen werden muss.

Ohne dass gleichzeitig bundesrechtliche Grundlagen dafür geschaffen werden, die den Partnern im Zielsteuerungsprozess Steuerungsmöglichkeiten in die Hand geben, wird diese Bestimmung völlig wirkungslos bleiben.

Es wird daher gefordert, gesetzliche Möglichkeiten zu schaffen, mit denen einerseits Patienten zum „best point of service“ geleitet werden können, andererseits aber auch die Leistungserbringer angeleitet werden können, eine Patientensteuerungsfunktion wahrzunehmen. Begleitend dazu wäre die Krankenversicherung zu ermächtigen, derartige Steuerungsmöglichkeiten in den relevanten Rechtsquellen vorzusehen.

Zu § 16 Abs. 7:

Durch diese Regelung soll die länderweise Zuordenbarkeit der Ausgabendämpfungseffekte innerhalb der Sozialversicherungsträger sichergestellt werden.

Es muss allerdings auch gewährleistet sein, dass die Auswirkungen der Maßnahmen der Sozialversicherungsträger auf Landesebene aus den Rechenwerken der vielen verschiedenen auf der jeweiligen Landesebene agierenden Sozialversicherungsträger ablesbar sind.

Eine gesetzliche Regelung für die entsprechende Gestaltung der Rechenwerke der bundesweiten SV-Träger ist erforderlich, damit aus ihren Rechenwerken die für jedes Land spezifischen Veränderungen abgelesen werden können.

Zu § 17 Abs. 1 und 2:

Die nach § 17 Abs. 1 Z 6 zu erlassenden Rahmenregelungen für Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen für sektorenübergreifende Leistungsverchiebungen erfordern Überlegungen, von welchem Status aus Verschiebungen zu bewerten sind.

Die Regelung dafür fehlt im Gesetz, obwohl sie eigentlich in Art 2 Abs. 2 der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit getroffen wird (vgl. dazu auch die Ausführungen zu § 2).

Dasselbe gilt auch für den § 17 Abs. 2 Z 7 des Entwurfes.

Zu § 19:

Im Abs. 1 ist im Sinne des Art 23 der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit die Formulierung „nach Maßgabe der Mittelaufbringung der Länder“ missverständlich und sollte daher entfallen. Die Länder sind ohnehin zur Festlegung ihres Teiles der Mittelaufbringung verpflichtet.

Ebenso entfallen sollten wegen kompetenzrechtlicher Bedenken der § 19 Abs. 1 zweiter und letzter Satz. Auch der § 19 Abs. 3 ist landesgesetzlich zu regeln und sollte daher entfallen.

Zu § 22:

Es stellt sich die Frage, welche Rechtswirkungen die Festlegungen (Beschlüsse) der Bundes-Zielsteuerungskommission entfalten. Handelt es sich dabei um sogenannte „gentlemen agreements“ oder haben sie normativ verbindliche Wirkung und wenn letzteres bejaht wird, gegenüber wem?

Zu § 24 Abs. 8:

Gegen die Regelung bestehen kompetenzrechtliche Bedenken. Im Übrigen entspricht sie nicht der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit (vgl. Art 13 Abs. 7).

Zu § 28:

Im § 28 bedarf es einer Ergänzung, mit der der Art 33 Abs. 2 der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit umgesetzt und klargestellt wird, dass im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit keine finanziellen Sanktionen für das Nicht-Erreichen von Finanzziele festgelegt werden können.

2. Zu Artikel 2 (Änderung des Kranken- und Kuranstaltengesetzes):

Zu § 5b:

Auch für den niedergelassenen Bereich – allenfalls im Rahmen des Ärztegesetzes – dürfte eine Regelung zur verpflichtenden Mitwirkung der niedergelassenen Ärzte an sektorenübergreifenden Patientenbefragungen sinnvoll sein.

3. Zu Artikel 3 (Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes):

Die folgenden Anmerkungen gelten sinngemäß auch für die Sozialversicherungsgesetze, die in den Art 4 bis 6 des Entwurfes geregelt werden.

Zu § 23 Abs. 5:

Die Regelung für den Fall des vertragslosen Zustandes in Art 13 Abs. 7 der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit ist sowohl in § 24 Abs. 8 G-ZG als auch in § 23 Abs. 5 ASVG nicht korrekt umgesetzt.

Eine Vereinbarung ist nicht mit den Ländern, sondern mit den Landesgesundheitsfonds zu schließen.

Die Verpflichtung der Krankenversicherung, bei dieser Vereinbarung eine „*Regelung für die Entgelte bei Mehrleistungen zu treffen*“ (siehe Art 13 Abs. 7 der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit), fehlt und ist zu ergänzen.

Zu § 31 Abs. 2:

Die Einbettung des Rehabilitationsplanes gemäß Art 4 der Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in den partnerschaftlichen Zielsteuerungsprozess kommt in der Z 5 des § 31 Abs. 2 nicht zum Ausdruck. Es müsste klargestellt werden, dass dem Hauptverband nicht mehr die isolierte Erstellung des Rehabilitationsplanes, sondern die Mitwirkung an der Erstellung desselben im Rahmen der Vorgaben des genannten Art 4 der Vereinbarung zusteht.

Zu § 82:

Die Festschreibung einer Vergütung für den Hauptverband für die laufende Pseudonymisierung von Daten über die Bundesgesundheitsagentur wird abgelehnt, weil eine solche Festschreibung in den Verhandlungen zur Art 15a B-VG Vereinbarung von den Ländern nicht akzeptiert wurde. Die Bestimmung hat ersatzlos zu entfallen.

Zu § 338:

Hier fehlt eine Regelung, wonach die Verträge über die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den freiberuflich tätigen Ärzten oder Ärztinnen an den jeweiligen Zielsteuerungsvertrag anzupassen sind.

Ebenso wenig werden Regelungen geschaffen, mit denen die Vertragspartner der Sozialversicherung entsprechend verpflichtet werden, sodass in einem Kernpunkt der Gesundheitsreform die Umsetzung fehlt. Die derzeitigen Bestimmungen im ASVG (z.B. § 342 Abs. 1 Z. 1) reichen nicht aus.

4. Zu Artikel 13 (Änderung des Gesundheitsqualitätsgesetzes):

Der Art 7 Abs. 3 Z 2 der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit sieht vor, dass im gesamten ambulanten Bereich – also auch für den niedergelassenen Bereich – ein System zur Ergebnisqualitätsmessung zu erarbeiten und umzusetzen ist. Der Bund hat dazu „*inhaltliche Vorgaben auf Basis des Gesundheitsqualitätsgesetzes zu geben*“.

Die Umsetzung dieser Bestimmung fehlt sowohl im Gesundheitsqualitätsgesetz, als auch im ÄrzteG bzw. den Sozialversicherungsgesetzen (Grundlage des Gesamtvertrages).

Zu § 3 Abs. 3:

Der Art 7 der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit sieht vor, dass die Einhaltung essentieller Qualitätsstandards Voraussetzung für die Erbringung und Verrechenbarkeit von Leistungen ist. Dies ist in § 3 Abs. 3 grundsätzlich umgesetzt.

Es bestehen allerdings verfassungsrechtliche Bedenken, da Regelungen über die Abgeltung der Leistungen der Krankenanstalten über die Landesgesundheitsfonds zum Kernbereich der Regelungen gem. Art 12 Abs. 1 Z. 1 B-VG („Heil- und Pflegeanstalten“) gehören.

5. Zu Artikel 14 (Änderung des Ärztegesetzes):

Zu § 117c:

Der Art 7 Abs. 3 Z 2 der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit bestimmt, dass im gesamten ambulanten Bereich, also auch für den niedergelassenen Bereich ein System zur Ergebnisqualitätsmessung zu erarbeiten und umzusetzen ist. Die Arbeiten an der Qualitätssicherung im österreichischen Gesundheitswesen sind Teil des partnerschaftlichen Zielsteuerungsprozesses, und somit gemeinsam von Bund, Sozialversicherung und Ländern durchzuführen.

§ 117c scheint demgegenüber die Erarbeitung qualitätssichernder Maßnahmen gänzlich in den übertragenen Wirkungsbereich der Ärztekammern zu übertragen und dürfte somit im Widerspruch zu § 7 G-ZG und der Vereinbarung stehen, welche der Ärztekammer nicht die Erarbeitung, sondern ein Mitwirkungsrecht an der Erarbeitung qualitätssichernder Maßnahmen einräumt. Die Bestimmung im ÄrzteG sollte daher ebenfalls die „*Mitwirkung bei der Erarbeitung...*“ klarstellen.

6. Zu Artikel 17 (Änderung des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen):

Zu § 6c:

Auch für den niedergelassenen Bereich muss zu diesem Zweck die gleiche codierte Diagnosedokumentation wie im spitalsambulanten Bereich verpflichtend eingeführt werden.

Freundliche Grüße

Für die Vorarlberger Landesregierung
Die Landesrätin

Dr. Bernadette Mennel

Nachrichtlich an:

1. Präsidium des Bundesrates, Dr. Karl Renner-Ring 3, 1017 Wien, SMTP: begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at
2. Präsidium des Nationalrates, Dr. Karl Renner-Ring 3, 1017 Wien, SMTP: begutachtungsverfahren@parlament.gv.at
3. Bundeskanzleramt-Verfassungsdienst, Ballhausplatz 2, 1014 Wien, SMTP: vpost@bka.gv.at
4. Herrn Bundesrat, Edgar Mayer, Egelseestraße 83, 6800 Feldkirch, SMTP: mac.ema@cable.vol.at
5. Herrn Bundesrat, Dr Magnus Brunner, SMTP: magnus.brunner@parlament.gv.at
6. Frau Bundesrätin, Cornelia Michalke, Kirchplatz 1, 6973 Höchst, SMTP: c.michalke@gmx.at
7. Herrn Nationalrat, Karlheinz Kopf, Rheinstraße 24, 6844 Altsch, SMTP: karlheinz.kopf@parlinkom.gv.at
8. Frau Nationalrätin, Anna Franz, SMTP: anna.franz@parlinkom.gv.at
9. Herrn Nationalrat, Dr Harald Walser, SMTP: harald.walser@gruene.at
10. Herrn Nationalrat, Elmar Mayer, SMTP: elmar.mayer@spoe.at
11. Herrn Nationalrat, Christoph Hagen, SMTP: christoph.hagen@parlament.gv.at
12. Herrn Nationalrat, Bernhard Themessl, SMTP: bernhard.themessl@tt-p.at
13. Amt der Burgenländischen Landesregierung, Landhaus, 7000 Eisenstadt, SMTP: post.lad@bgld.gv.at
14. Amt der Kärntner Landesregierung, Arnulfplatz 1, 9021 Klagenfurt, SMTP: post.abt2v@ktn.gv.at
15. Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, Landhausplatz 1, 3109 St. Pölten, SMTP: post.landnoe@noel.gv.at
16. Amt der Oberösterreichischen Landesregierung, Landhausplatz 1, 4021 Linz, SMTP: verfd.post@ooe.gv.at
17. Amt der Salzburger Landesregierung, Chiemseehof, 5010 Salzburg, SMTP: landeslegistik@salzburg.gv.at
18. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Landhaus, 8011 Graz, SMTP: post@stmk.gv.at
19. Amt der Tiroler Landesregierung, Wilhelm-Greil-Straße 25, 6020 Innsbruck, SMTP: post@tirol.gv.at
20. Amt der Wiener Landesregierung, Rathaus, 1082 Wien, SMTP: post@md-r.wien.gv.at
21. Verbindungsstelle der Bundesländer, Schenkenstraße 4, 1010 Wien, SMTP: vst@vst.gv.at
22. Institut für Föderalismus, Maria-Theresien-Straße 38b, 6020 Innsbruck, SMTP: institut@foederalismus.at
23. ÖVP-Landtagsfraktion, 6900 Bregenz, SMTP: landtagsklub@volkspartei.at
24. SPÖ-Landtagsfraktion, 6900 Bregenz, SMTP: gerhard.kilga@spoe.at
25. Landtagsfraktion der Freiheitlichen, 6900 Bregenz, SMTP: landtagsklub@vfreiheitliche.at

26. Landtagsfraktion der Grünen, 6900 Bregenz, SMTP:

landtagsklub.vbg@gruene.at

27. Abt. Gesundheit und Sport (IVb), via VOKIS versendet