

**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

A-1031 WIEN

KUNDMANNGASSE 21

POSTFACH 600

DVR 0024279

VORWAHL Inland: 01, Ausland: +43-1

TEL. 711 32 / Kl. 1211

TELEFAX 711 32 3775

Zl. 12-REP-43.00/13/0041 Sd/Ht

Wien, 11. März 2013

An das
Bundesministerium für Gesundheit

Per E-Mail

An das
**Bundesministerium für Arbeit,
Soziales und Konsumentenschutz**

Per E-Mail

An das
Präsidium des Nationalrates

Per E-Mail

Betr.: Gesundheitsreformgesetz 2013

Bezug: Ihr E-Mail vom 14. Februar 2013,
GZ: BMG-71100/0003-I/B/12/2013

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nimmt wie folgt Stellung:

Einleitende Feststellungen

Die Gesundheitsreform, die mit dem vorliegenden Entwurf umgesetzt werden soll, wird ausdrücklich begrüßt. Sie wird erstmals konkrete Ansatzpunkte für eine Zusammenarbeit aller beteiligten Stellen über die Kompetenzgrenzen hinweg möglich machen und konkrete Ziele enthalten können.

Der vorliegende Entwurf hat das Ziel, die Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG für die Seite des Bundes (und damit auch der bundesgesetzlich eingerichteten Sozialversicherung) umzusetzen. Insoweit bestehen keine grundsätzlichen Einwände gegen das Gesetzesvorhaben, allerdings muss auf Folgendes hingewiesen werden:

Geld folgt Leistung

Die Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG werden in ihrer Umsetzung zu Verschiebungen im Leistungsbereich der Krankenanstalten und der Sozialversicherungsträger führen. Dazu muss vorgesehen werden, dass auch die Finanzströme dementsprechend verändert werden können.

Das Prinzip „Geld folgt Leistung“ muss hier ebenso gelten wie in allen anderen Zusammenhängen der österreichischen Finanzverfassung bzw. des Finanzausgleichs (vgl. nur die Regeln zur Finanzierung von Verfahren des übertragenen Wirkungsbereiches bzw. zur Finanzierung von Zuständigkeits- bzw. Leistungsverschiebungen).

Gute und aktuelle Daten sind wichtig

Ein weiterer wichtiger Punkt ist das Thema **Datenqualität**. Die Erfahrungen aus der Praxis, insbesondere im Zusammenhang mit dem Projekt eines Kataloges ambulanter Leistungen (KAL) zeigen, dass die Daten, die von Ambulanzen der Spitäler vorliegen, sehr unterschiedliche Qualität aufweisen, aber auch oft nicht sehr aktuell sind. Sie können nicht ohne Weiteres mit jenen Daten zusammengeführt werden, die von den Vertragspartnern der Sozialversicherung stammen.

Aktuelle und qualitätvolle Datengrundlagen sind aber für die Zielsteuerung im Gesundheitswesen unabdingbare Voraussetzung. Es sollten daher zumindest in den Grundsatzbestimmungen des Krankenanstaltenrechts Regelungsgrundlagen dahin geschaffen werden, dass auch Daten über Behandlungen in Spitalsambulanzen nach einheitlichen Qualitätskriterien und einheitlichen Terminvorgaben vorgelegt werden können, um die Zielsteuerungsvereinbarungen bzw. deren Effekte bewerten und bemessen zu können.

Umsetzungsregeln der Länder

Weiters geht der Hauptverband davon aus, dass entsprechende Umsetzungsregeln auch von den Ländern beschlossen werden. Wir ersuchen, in diesem Zusammenhang darauf zu achten, dass dabei keine Widersprüche auftreten. Weiters muss auch für landesrechtliche Regeln der in der Finanzverfassung grundgelegte Weg gelten, wonach übertragene Aufgaben auch jeweils entsprechend finanziert

- 3 -

sein müssen (vgl. dazu auch Art. 120c Abs. 2 B-VG zur Finanzierung von Selbstverwaltungskörpern).

Der Hauptverband ersucht, im Rahmen der Kompetenzen der Bundesregierung auf diesen Aspekt besonders Rücksicht zu nehmen. Die Gesundheitsreform darf nicht dazu führen, dass die finanzielle Basis der Sozialversicherungsträger im Wege von Belastungsverschiebungen ausgehöhlt wird.

* * *

Die Ausführungen zu den vorgeschlagenen Änderungen beruhen im Wesentlichen auf den Stellungnahmen der Sozialversicherungsträger. Anmerkungen zu den Bestimmungen des ASVG gelten sinngemäß auch ohne ausdrückliche Erwähnung auch für entsprechende Bestimmungen in den Parallelgesetzen sowie allenfalls in den sonstigen Gesetzen des gegenständlichen Novellenentwurfes.

Mit freundlichen Grüßen
Für den Hauptverband:



Dr. Josef KANDLHOFER

- 5 -

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Artikel 1

Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Ziel- steuerung-Gesundheit

Zu Art. 1 - § 1 G-ZG

Das Wort „derer“ wäre durch „ihrer“ zu ersetzen (es geht ja um die Kompetenzen des Bundes und der gesetzlichen Krankenversicherung), die nicht verändert werden.

Zu Art. 1 - § 2 G-ZG

Hier wird festgelegt, dass die Gesundheitsreform auch die „betroffenen Nahtstellen“ zu umfassen hat. Verglichen mit der Art. 15a B-VG-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit wird auf eine Konkretisierung der Nahtstellen auf gesetzlicher Ebene verzichtet.

Der Hauptverband geht davon aus, dass dies deswegen geschah, weil einschlägige Bestimmungen bereits in § 84b ASVG enthalten sind und auch nach § 459e ASVG eine Bestimmung über das Zusammenwirken bei der Gesundheitsversorgung entsprechende Projekte möglich macht. Dies würde es auch ermöglichen, Zahlungsflüsse zwischen Ländern und Sozialversicherung auf gesetzlicher Basis abzuwickeln.

Zu Art. 1 - § 3 Z 1 G-ZG

Da eigene Einrichtungen von Krankenversicherungsträgern als selbständige Ambulatorien iSd KAKuG geführt werden, ergibt sich aus dem Gesetz auch, dass kasseneigene Einrichtungen vom Terminus „selbständige Ambulatorien“ mit umfasst sind.

Zu Art. 1 - § 3 Z 2 G-ZG

Die Definition „Stelle“ macht klar, dass auch Ambulanzen „best point of service“ sein können und einen Versorgungsauftrag haben. Dies sollte auch in den Erläuterungen so klargestellt werden.

Zu Art. 1 - § 4 Abs. 1 G-ZG

Laut Art. 15a B-VG-Vereinbarung erfolgt die Konkretisierung der Rahmen-Gesundheitsziele in Bundes- und Landesgesundheitszielen. In § 4 Abs. 1 werden nur die *Rahmen-Gesundheitsziele*, die von der *Bundes-Gesundheitskommission* zu konkretisieren sind, erwähnt, nicht jedoch die *Bundes-Gesundheitsziele*.

- 7 -

Diese Unschärfe sollte behoben werden.

Art. 1 - § 4 Abs. 2 G-ZG

Bund und gesetzliche Krankenversicherung werden bei der Durchführung ihrer Maßnahmen im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit zur Orientierung an Public Health Grundsätzen verpflichtet. Die Länder werden nicht erwähnt. Wir gehen davon aus, dass dies lediglich aus kompetenzrechtlichen Gründen so geschieht, legen aber Wert darauf, dass die Verpflichtung zur Orientierung an diesen Grundsätzen auch für die Länder gelten wird. Dies wäre zumindest auch in den Erläuterungen so festzuhalten.

Anzumerken ist, dass der in Z 1 angeführte „umfassende“ Gesundheitsbegriff im Widerspruch zur Definition von Krankheit in § 133 Abs. 2 ASVG steht. Es wird daher Situationen geben, in denen Gesundheitsleistungen außerhalb des Leistungsbezugs der Krankenversicherung betroffen sein werden. Deren Finanzierung muss ebenso außerhalb der Krankenversicherung sichergestellt bleiben.

Art. 1 - § 5 Abs. 1 Z 2 und Abs. 3 Z 1 und 2

Die kurative Versorgung ist am „best point of service“ zu erbringen, die mittels Versorgungsaufträgen zu definieren sind. Die Finanzierung ist sektorenübergreifend an Leistungsverchiebungen anzupassen, siehe Einleitung zum Thema „Geld folgt Leistung“. Leistungsverlagerungen sind auf der Grundlage von objektiven Kosten- und Nutzenbewertungen unter Berücksichtigung bestehender Auslastungen in Richtung effizienterer Strukturalternativen vorzunehmen und ineffiziente Strukturen zu reduzieren.

Es ist zwar vorgesehen, dass im ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag und in den Finanzrahmenverträgen Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen für vereinbarte sektorenübergreifende Leistungsverchiebungen zu vereinbaren sind. Eine ausdrückliche gesetzliche Verpflichtung, die durch Leistungsverchiebung in einen anderen Sektor dort verursachten Kosten zu decken wird jedoch nicht normiert.

Dabei soll von einem neutralen Ist-Stand einer bereits vergangenen Periode vor Beginn der Gesundheitsreform ausgegangen werden. Es wäre sicherzustellen, dass die aus einer Entlastung der Spitäler resultierende Mehraufwendungen der

Krankenversicherungsträger bei der Beitragsleistung in den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung als Abzugsposten zu berücksichtigen sind.

Bedeutsam ist die Bestimmung, weil festgelegt ist, dass die Finanzierung *sektorenübergreifend* an Leistungsverschiebungen anzupassen ist. Gut wäre es, wenn klare Regelungen betreffend die Finanzierung getroffen würden.

Zu Art. 1 - § 6 Abs. 1 G-ZG

Gegenüber der Formulierung in Art. 6 Abs. 1 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung, wonach der Einsatz digitaler Informationssysteme aus dem Bereich von eHealth sicherzustellen ist, findet sich auf einfachgesetzlicher Ebene die allgemeinere Formulierung, dass die Möglichkeiten der Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitsbereich anzuwenden sind. Diese allgemeine Formulierung ist zu wenig konkret.

Dies schon deswegen, weil zB nach § 340a, § 348g und § 349a ASVG die elektronische Abrechnung von Leistungen, also ein grundlegendes Erfordernis zur Beurteilung der komplizierten Finanzierungsströme, bereits seit Jahren gesetzlich vorgesehen ist, ebenso die Einbindung der Krankenanstalten in elektronische Datenübermittlung nach § 31a Abs. 7 und nach § 148 Z 6 ASVG. Auf das e-card-System nach § 31a ff ASVG und das GesundheitstelematikG 2012 ist ebenfalls hinzuweisen. Das Gesetz sollte zumindest auf diese Bestimmungen verweisen.

Zu Art. 1 - § 7 G-ZG

Die Regelungen des Art. 7 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung wurden in mehreren Materiengesetzen (z. B. G-ZG, GQG) umgesetzt. Die Vorschrift, wonach für die Weiterentwicklung der Qualität im Gesundheitswesen ein Masterplan zu erstellen ist, fehlt jedoch im Entwurf.

Das Gesetz gibt keine Hinweise, nach welchen Kriterien die Ergebnisqualität bestimmt werden soll. In der Praxis könnte das dazu führen, dass solche Kriterien von Anbietern selbst definiert werden oder per (Gesamt-)Vertrag zu vereinbaren wären. Beides trifft nicht den Sinn solcher Kriterien, die von der Bundes-Zielsteuerungskommission festgelegt werden sollen. Eine gesetzliche Grundlage dafür wäre zu schaffen, welche einschlägige Rahmenbedingungen enthält.

Zu Art. 1 - § 8 Abs. 4 Z 1 G-ZG

Im letzten Satz wäre ein redaktionelles Versehen richtigzustellen. Es müsste „gemäß **dem 8. Abschnitt**“ lauten

Zu Art. 1 - § 8 Abs. 4 Z 2 G-ZG

Der Informationsfluss in der Zielsteuerung ist eine der Grundlagen des vorgesehenen Systems. Er sollte eindeutig geregelt sein. Die Bundes-Zielsteuerungskommission benötigt nicht nur Übersicht über die Zielsteuerungsvereinbarungen auf Landesebene, sondern (um konkrete Ergebnisse bewerten zu können) auch Informationen über die Arbeitsprogramme. Es wären daher nicht nur der unterfertigte Landes-Zielsteuerungsvertrag, sondern auch die Arbeitsprogramme der Bundes-Zielsteuerungskommission vorzulegen.

Zu Art. 1 und Art. 17 Z 11 - § 11 Abs. 1 Z 2 G-ZG (und auch § 6c DokuG)

Diagnosedaten: Im Bundes-Zielsteuerungsvertrag sind Festlegungen zu den Datengrundlagen zu treffen. Hier ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass es derzeit im gesamten ambulanten Bereich, also auch im spitalsambulanten Bereich, keine codierten (d. h. maschinell auswertbare) Diagnosedaten gibt. Seit 2012 werden diesbezüglich in einer eigenen Arbeitsgruppe (Leitung BMG) Gespräche geführt.

Leistungsdaten: Es ist davon auszugehen, dass es sich bei der genannten Leistungsdokumentation, die nach einem vom BMG herauszugebenden Leistungskatalog (vgl. § 6c Abs. 1 Z 1 DokuG) erfolgen soll, um den Katalog ambulanter Leistungen (KAL) handelt, nach dem ab dem 1. Jänner 2014 bundesweit im Rahmen eines Berichtswesens medizinische Leistungen gemeldet werden müssen (vgl. Art. 37 Abs 5 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, mit der die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und die Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, geändert wird).

Im Übrigen ist in Art. 37 Abs. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, mit der die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und die Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, geändert wird, festgehalten, dass der Bund, die Länder und die Sozialversicherung zeitgerecht die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen, um ab 2014 vergleichbare Datengrundlagen über den gesamten ambulanten Bereich sicher zu stellen.

Hierzu ist anzumerken, dass seit 2010 Pilotprojekte in vier Bundesländern (NÖ, OÖ, Stmk und VlbG) unter Beteiligung der jeweils korrespondierenden Gebietskrankenkasse durchgeführt werden. Dabei werden, sowohl im intra- wie auch im extramuralen Bereich die dokumentierten Leistungen in einem zweistufigen Mappingprozess auf den KAL abgebildet. Nach aktuellem Erkenntnisstand weisen die derzeit verfügbaren Daten insbesondere folgende Schwächen auf:

- Unvollständigkeit (z. B. nicht alle Spitalsambulanzen melden Daten, im extramuralen Bereich fehlt der Wahlarztbereich),
- Dokumentation der Laborleistungen nach einer neuen, noch nicht erprobten, Methodik (LOINC),
- die Leistungseinheiten stimmen teilweise zwischen Primärdokumentation und dem KAL nicht überein,
- es handelt sich in beiden Bereichen um Leistungsdokumentation zu Verrechnungszwecken; somit sind Aussagen zur Krankheitslast nur vorsichtig ableitbar,
- die Zählweisen der Kontakte mit den Leistungserbringern unterscheiden sich im intramuralen und im extramuralen Bereich; teilweise sind sie sogar im intramuralen Bereich, bedingt durch unterschiedliche Organisationsstrukturen in den einzelnen Krankenanstalten, auch innerhalb einer Bundeslandes, unterschiedlich.

Daher ist davon auszugehen, dass die Qualität der Daten, auch bedingt durch die Startschwierigkeiten jener Länder und Versicherungsträger, die nicht an den Pilotprojekten teilnehmen, nur sehr eingeschränkt für die definierten Aufgaben, v. a. Planung und Steuerung, verwendbar sind. Man möge sich an die Qualität der Daten aus dem stationären Bereich nach dem Start des LKF-Systems im Jahr 1997 erinnern.

Soweit ersichtlich, wurde keine Verpflichtung einer elektronischen Diagnosencodierung ambulanter Diagnosen aufgenommen, was aus unserer Sicht erforderlich wäre.

Art. 1 - § 11 Abs. 1 Z 4 G-ZG

Zweckmäßig wäre im gegebenen Kontext, den Ausdruck „Behandlungsmethoden“ durch „Versorgungs- und Betreuungsmethoden“ zu ersetzen.

Zu Art. 1 - § 12 Abs. 2 Z 8 G-ZG

Die Berücksichtigung der Parameter „Terminwartezeit“ und „Versorgungswirksamkeit“ als Grundlagen für Kapazitätsplanungen erscheint aus unserer Sicht nicht sinnvoll, da es sich dabei um keine objektiv messbaren Daten handelt und die-

- 11 -

se Größen leicht durch Leistungserbringer beeinflusst werden können, solange nicht konkret festlegbar ist, welche zeitlichen Öffnungszeiten und Behandlungskapazitäten anzubieten sind. Die Gestaltung dieser Aspekte (nur) durch Verträge lässt nur geringe Gestaltungsmöglichkeiten zu.

Zu Art. 1 - § 13 G-ZG

Die Aufgabenverteilung zwischen Bund und Ländern ist zu schärfen. So wird beispielsweise in Abs. 1 Z 1 die Umsetzung von eHealth-Konzepten dem Bund übertragen, gemäß Abs. 3 Z 1 sollen die eHealth-Konzepte von den Ländern implementiert werden. Um Auslegungsprobleme in der Praxis zu vermeiden bedürfte es einer Konkretisierung. Die Passage „Festsetzung der“ sollte entfallen, wichtig ist, dass die Umsetzung bereits nach klaren Vorgaben geschieht, um Vergleichbarkeit und gute Planungsbasen herzustellen.

Zu Art 1 - § 13 Abs. 2 G-ZG

Die neue bundesweite Medikamentenkommission ist dem Grunde nach zu begrüßen, weil aktuelle Beispiele zeigen, dass unklare Anwendungen zu Nachteilen bei den Patienten führen.

Dabei darf es nicht zur Auslagerung von neuen, teuren Behandlungen in den niedergelassenen Bereich kommen, ohne dass auch deren zusätzliche Finanzierung gesichert bleibt.

Zu Art 1 - § 13 Abs. 2 erster Satz G-ZG

§ 136 Abs. 1 ASVG definiert den Begriff „Heilmittel“. Dieser umfasst allerdings nicht nur „die notwendigen Arzneien“ (lit. a), sondern auch „die sonstigen Mittel, die zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges dienen“ (lit. b), also beispielsweise Verbandstoffe, Applikations- und Desinfektionsmittel, Heilnahrung, Reagenzien (das sind Diagnostika, Teststreifen, etc.) sowie Moor- und Mineralquellprodukte. Der Begriff „Heilmittel“ ist somit viel weiter als der Begriff „Medikament“.

Unseres Erachtens befasst sich die gemeinsame Medikamentenkommission für den intra- und extramuralen Bereich nicht mit sonstigen Mitteln iSd § 136 Abs. 1 lit. b ASVG und gibt daher auch keine Empfehlungen hierzu ab.

Der angeführte Verweis auf § 136 Abs. 1 ASVG wäre daher auf § 136 Abs. 1 lit. a ASVG einzuschränken.

Zu Art 1 - § 13 Abs. 2 Z 1 G-ZG

Abweichend von der maßgeblichen Bestimmung des Art. 19 Abs. 2 Z 1 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit sieht der Entwurf vor, dass den vertriebsberechtigten Unternehmen vor Abgabe einer Empfehlung die Möglichkeit zur Stellungnahme zu geben ist.

Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass die vertriebsberechtigten Unternehmen in der Regel ein großes Interesse daran haben, dass ihre Präparate zumindest im niedergelassenen Bereich eingesetzt werden. Dies vor allem deshalb, weil im niedergelassenen Bereich die Medikamente basierend auf dem von den vertriebsberechtigten Unternehmen vorgegebenen, auf jeden Fall aber von ihnen verhandelten Fabrik- bzw. Depotabgabepreis bezahlt werden.

Die vertriebsberechtigten Unternehmen werden einen Antrag des Hauptverbandes auf Einsatz eines bestimmten Produktes im bzw. auf Kostenübernahme durch den intramuralen Bereich kaum unterstützen. Zudem werden die Interessen der vertriebsberechtigten Unternehmen – sachlich betrachtet – nicht berührt, weil mit der Entscheidung, in welchem Bereich eine Arzneyspezialität eingesetzt werden soll, bloß die Behandlungsprozesse definiert werden. Die Anzahl der zu behandelnden Patienten wird durch eine solche Entscheidung demgegenüber kaum beeinflusst.

Der im Entwurf vorgesehene zweite Satz sollte daher entfallen.

Weiters sollen nach dem vorliegenden Entwurf nicht mehr die Empfehlungen der Medikamentenkommission auf den „best point of service“ abstellen und insbesondere auf medizinisch-therapeutischen, gesundheitsökonomischen und versorgungstechnischen Gesichtspunkten beruhen, um so die größtmögliche Servicequalität sicherzustellen, sondern die Medikamentenkommission selbst. Ist das tatsächlich gemeint? Während ersteres durchaus Sinn ergibt, scheint die derzeitige Formulierung des dritten Satzes missglückt. Der Satz wäre umzuformulieren, damit die *Empfehlungen auf den Grundsätzen beruhen*.

Außerdem sollte, um unnötigen administrativen Aufwand der Medikamentenkommission zu vermeiden, klargestellt werden, dass sich die Medikamentenkommission

- 13 -

sion nur mit solchen Medikamenten befasst, zu denen kein Verfahren vor dem Hauptverband oder dem Bundesverwaltungsgericht anhängig ist.

§ 13 Abs. 2 Z 1 zweiter und dritter Satz G-ZG sollten daher wie folgt eingefügt werden:

„... Für Medikamente, zu denen Verfahren vor dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder dem Bundesverwaltungsgericht anhängig sind, können bis zur rechtskräftigen Beendigung dieser Verfahren keine Anträge bei der gemeinsamen Medikamentenkommission eingebracht werden. Die Empfehlungen der gemeinsamen Medikamentenkommission haben auf den „best point of service“ ...“

Die Erläuterungen wären entsprechend anzupassen.

Zu Art. 1 - § 16 Abs. 1 G-ZG

Bei Festlegung einer gemeinsamen Finanzverantwortung von Ländern und gesetzlicher Krankenversicherung sollte hinsichtlich der Mittelverwendung wie auch in § 24 Abs. 2 ein ausdrücklicher Hinweis auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte erfolgen (Art. 120b B-VG: Recht, ihre Aufgaben in eigener Verantwortung zu erfüllen).

Zu Art. 1 - § 16 Abs. 1 und 3 G-ZG

In § 16 Abs. 1 ist normiert, dass der jährliche Ausgabenzuwachs im Jahr 2016 einen Wert von 3,6 % nicht überschreitet. In den weiteren Perioden soll der jährliche Ausgabenzuwachs an die durchschnittliche Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts gemäß Mittelfristprognose für das Bundesfinanzrahmengesetz in der jeweils geltenden Fassung gekoppelt bleiben. Dies widerspricht jedoch der Punktation vom 13. Juni 2012 zur „Politischen Vereinbarung über ein partnerschaftliches Zielsteuersystem“, wonach die künftige jährliche Steigerung der österreichischen Gesundheitsausgaben schrittweise bis 2016 auf die durchschnittliche Steigerung des BIP von 3,6 % gesenkt wird und danach konstant bei 3,6 % bleibt (Z 3 Abs. 3). § 16 Abs. 1 ist daher entsprechend anzupassen.

In § 16 Abs. 3 ist nach dem Begriff „Gesundheitsausgaben“ die Wortfolge „im Jahr 2010“ zu ergänzen.

Zu Art. 1 - § 16 Abs. 2 G-ZG

Wie im ASVG und den übrigen Sozialversicherungsgesetzen werden die Krankenfürsorgeeinrichtungen (KFA, § 2 B-KUVG) im G-ZG nur punktuell erwähnt. Offen bleiben hier wie dort viele Fragen in Bezug auf Leistungserbringung und

-abgeltung zwischen den Sozialversicherungsträgern des Bundes und den landesgesetzlich eingerichteten Sozialversicherungsträgern (denn um nichts anderes handelt es sich bei den Krankenfürsorgeeinrichtungen de facto). Es wäre daher wünschenswert, die Krankenfürsorgeanstalten ausdrücklich und grundsätzlich in dieses Reformvorhaben einzubeziehen und nicht bloß indirekt über die Gebietskörperschaften Länder, bei gelegentlich separater – und dadurch nur verwirrender – Nennung.

Zu Art. 1 - § 16 Abs. 4 G-ZG

Der Begriff „vereinbarte Ausgabenobergrenzen“ ist unklar und nicht nachvollziehbar. Jeder Partner hat seine eigene Ausgabenobergrenze, für die er selbst und alleine verantwortlich ist. Die einzelnen Ausgabenobergrenzen jedes Partners (Land, örtliche Gebietskrankenkasse, landesmäßige Anteile der Sondersicherungsträger) ergeben insgesamt die Ausgabenobergrenze des jeweiligen Bundeslandes. Es kann höchstens zu Verschiebungen innerhalb der Gesamtsumme kommen, wenn damit einerseits die gesamte Summe für das Land und die gesamte Summe der Sozialversicherung nicht überschritten wird.

Zu Art. 1 - § 16 Abs. 4 und 17 Abs. 2 Z 6 G-ZG

Die Bestimmung würde vorsehen, dass Maßnahmen einzeln für sich allein bewertet werden müssten, um später verifizieren/falsifizieren zu können, ob sie die erwünschten Effekte erreicht haben. Das ist aber im Gesundheitswesen, nachdem mehrere Stellen betroffen sind, oft unmöglich bzw. nicht verlässlich durchführbar: Das Verhalten von Anbietern (Ärzten usw.) und Nachfragern (Patienten usw.) ist nicht exakt vorhersagbar, Nachfrage und Angebot sind zu elastisch, um (z. B. bei einer Honorarveränderung, einer Deckelung) im Vorhinein konkrete Bewertungen hinsichtlich ihrer Auswirkungen zu treffen.

Es ist klar, dass mögliche Auswirkungen von Maßnahmen nach bestem Wissen beurteilt werden müssen, aber *generell und unreflektiert* solche Bewertungen allgemein vorzuschreiben, ist überschießend und würde die Gesundheitsreform nicht unterstützen.

Folgende Passagen hätten zu entfallen:

- In § 16 Abs. 4 die Passage „*finanziell bewerteter und nachvollziehbarer*“
- In § 17 Abs. 2 Z 6 die Passage „*gemäß § 11 Abs. 2, § 12 Abs. 2 und § 13 Abs. 3*“

- 15 -

Zu Art. 1 - § 16 Abs. 7 G-ZG

Für die Länder wird in § 16 Abs. 6 inhaltlich eine gleiche Bestimmung festgeschrieben. Ihnen wird jedoch zugestanden, dass Überfüllungen der Ausgabendämpfungseffekte auf die Folgejahre angerechnet werden können. Voraussetzung dafür ist die Einhaltung der jährlich festgelegten Ausgabenobergrenzen.

Analog den Ländern sollte dies für die Sozialversicherung ebenfalls gelten. Eine sinngemäße Aufnahme dieses Satzes in § 16 Abs. 7 wird vorgeschlagen, um eine synchrone Vorgehensweise zwischen Sozialversicherung und Ländern zu erreichen.

Zu Art. 1 - § 17 G-ZG

Der zwischen den Ländern zulässige Ausgleich bei der Zielerreichung sollte auch der Sozialversicherung ermöglicht werden.

Zu Art. 1 - § 17 Abs. 2 Z 5 G-ZG

Die Rechnungswerke der Länder sind sehr unterschiedlich und bauen teilweise auf der Kameralistik auf. Es wäre daher wichtig, eine Bestimmung über die Notwendigkeit einer periodengerechten Darstellung aufzunehmen.

Zu Art. 1 - § 17 Abs. 2 Z 6 G-ZG

In § 17 Abs. 2 Z 6 hätte die Passage „gemäß § 11 Abs. 2, § 12 Abs. 2 und § 13 Abs. 3“ zu entfallen, siehe bei § 16 Abs. 4.

Zu Art. 1 - § 19 Abs. 1 G-ZG

Die Dotierung des Gesundheitsförderungsfonds erfolgt nach Art. 23 Abs. 2 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung mit 150 Mio. Euro (130 Mio. Euro durch die gesetzliche Krankenversicherung und 20 Mio. Euro durch die Länder). Die Erläuterungen enthalten dieselbe Wortfolge – „nach Maßgabe der Mittelaufbringung“ – wie der Gesetzestext. Eine weitere Klarstellung erfolgt nicht.

Die Formulierung „nach Maßgabe der Mittelaufbringung durch die Länder“ lässt offen, welche Konsequenzen eine nur teilweise Zahlung der in der Art. 15a B-VG Vereinbarung vorgesehenen 20 Mio. Euro durch die Länder nach sich zieht. Es kann hier wohl nur eine proportional geringere Mittelaufbringung durch die gesetzliche Krankenversicherung gemeint sein.

Der Satz „Die Mittel werden nach dem Versichertenschlüssel (§ 447g des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) aufgebracht und auf die Landesgesundheitsfonds verteilt“ sollte entfallen. Eine Regelung in § 447g ASVG genügt. Der Folgesatz bezieht sich auf die Verwaltung, nicht auf die Bereitstellung der Mittel.

Aus dem Kreis der Krankenversicherungsträger wurde vorgeschlagen, die Einbringung dieser Mittel nicht als aufwandswirksam verbuchen zu können (siehe auch Art. 3 – Änderungen des ASVG, Z 30 – § 447g). Es wird daher zur Diskussion gestellt, in § 19 Abs. 1 G-ZG eine Z 4 mit der Bestimmung anzufügen, dass „die Einbringung der Mittel den Aufwand nicht erfolgswirksam erhöhen.“

Zu Art. 1 - § 21 Abs. 1 Z 2 lit. e G-ZG

Aus der ausdrücklichen Nennung von DIAG im Rahmen der Weiterentwicklung des Dokumentations- und Informationssystems für Analysen im Gesundheitswesen ist unklar, ob das Informationssystem des Hauptverbandes (BIG) künftig Berücksichtigung findet. Es wird daher vorgeschlagen, den Klammerausdruck ersatzlos zu streichen oder nur eine beispielhafte Aufzählung vorzunehmen: „... (z. B. DIAG), ...“.

Zu Art. 1 - § 22 Abs. 2 Z 13 G-ZG

§ 22 Abs. 2 Z 13 entspricht der Art. 15a B-VG-Vereinbarung. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass die derzeit gültigen Rechnungsvorschriften vom BMG erlassen werden (§ 444 Abs. 6 ASVG). Aufgrund der nunmehr geplanten Zuständigkeit der Bundes-Zielsteuerungskommission, Vorgaben für die transparente Darstellung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherung für den extramuralen Bereich festzulegen, ergibt sich in diesem Bereich ein Mitsprache-/Vetorecht der Länder, da für die Beschlussfassungen in der Bundes-Zielsteuerungskommission Einstimmigkeit erforderlich ist. Es wird ersucht, diese Situation vor dem Hintergrund der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung, aber auch der Art. 120a ff. B-VG über die Selbstverwaltung zu prüfen.

Zu Art. 1 - § 22 Abs. 2 Z 14 G-ZG

Unklar ist, ob die Bundes-Zielsteuerungskommission derartige Projekte tatsächlich entwickeln soll oder ob sie lediglich die Rahmenbedingungen zur Entwicklung festlegen soll.

Es erscheint nicht sinnvoll, wenn die Bundes-Zielsteuerungskommission Projekte zur Gesundheitsförderung entwickelt, weshalb diese Bestimmung von der Formulierung her angepasst und gegebenenfalls das Wort „Entwicklung“ durch „Finanzierung“ ersetzt werden sollte.

Zu Art. 1 - § 24 Abs. 5 G-ZG

Für den Fall, dass zur Vorbereitung der Sitzungen der Gesundheitsplattform und der Landes-Zielsteuerungskommission ein Präsidium vorgesehen ist, hat die gesetzliche Krankenversicherung in dieses Vertreter zu entsenden. In diesem Zusammenhang sollte unbedingt normiert werden, dass die Besetzung dieses Präsidiums durch Krankenversicherung und Land paritätisch vorzunehmen ist.

Art. 1 - § 24 Abs. 8 G-ZG

Im Falle eines vertragslosen Zustandes infolge Kündigung eines Gesamtvertrages sollen die landesfondsfinanzierten Krankenanstalten dazu beitragen, schwerwiegende Folgen in der medizinischen Versorgung für die Bevölkerung zu vermeiden.

Die Formulierung „infolge Kündigung des Gesamtvertrages“ ist zu eng, da ein vertragsloser Zustand auch z. B. durch Zeitablauf eines befristeten Gesamtvertrages entstehen kann. Wir schlagen daher vor, die Wortfolge „infolge Kündigung eines Gesamtvertrages“ zu streichen, zumal auch in Art. 13 Abs. 7 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung allgemein von einem „vertragslosen Zustand“ die Rede ist.

Es wäre auch zu normieren, dass ein allfälliger Mehraufwand nachzuweisen ist, da gerade im Bereich der Spitalsambulanzen eine Mehrleistung nicht automatisch Mehrkosten bedeutet. Der letzte Satz sollte folgendermaßen lauten: „..., wobei die gesetzliche Krankenversicherung Zahlungen **für den nachgewiesenen Mehraufwand im Spitalsbereich**, maximal im Ausmaß ...“

Zu Art. 1 - 7. Abschnitt - §§ 25 bis 27 G-ZG - Monitoring und Berichtswesen

In Art. 31 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit ist normiert, dass das Monitoring und Berichtswesen vom Bund zu finanzieren ist. Eine korrespondierende Regelung im G-ZG fehlt jedoch.

Zu Art. 1 - § 25 Abs. 3 G-ZG

In Art. 29 Abs. 3 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung findet sich die Bestimmung, dass die Länder zustimmen, dem Bundesministerium zum Zwecke des Monitorings alle von der Statistik Austria verwendeten Daten für die Berechnung nach dem Systems of Health Accounts dauerhaft von der Statistik Austria direkt zur Verfügung zu stellen. Diese Norm ist jedenfalls in den Landesgesetzen umzusetzen.

Zu Art. 1 - § 26 G-ZG

In Z 1 wird festgelegt, dass das Monitoring durch die gemäß § 5 Abs. 1a GÖGG eingerichtete Tochtergesellschaft zu erfolgen hat. Dabei erfolgt die Datensammlung, Aufbereitung und Auswertung durch diese Tochtergesellschaft. Erst im Stellungnahmeverfahren werden die Bundes-Zielsteuerungskommission und die jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommissionen eingebunden (Z 3 und 4). Die Erfahrung zeigt, dass beispielsweise bei Strukturdaten erheblicher Interpretationsbedarf besteht. Um Fehlinterpretationen und falsche Schlüsse zu vermeiden, sollten die Daten daher vor Erstellung eines Berichtes abgestimmt werden. Eine gesetzliche Klarstellung könnte helfen diese Regelung zu entschärfen (siehe dazu auch die Anmerkungen zu Art. 15 Z 3 – § 5 Abs. 1a GÖGG).

Zu Art. 1 - § 30 Abs. 4 G-ZG

Der letzte Satz sollte um den Satzteil *„und von den finanzzielsteuerungsrelevanten Ausgaben des vertragskonformen Partners abzuziehen“* konkretisiert werden.

Zu Art. 1 - § 31 Abs. 2 und 3 G-ZG

Gemäß § 31 Abs. 2 hat die Bundes-Zielsteuerungskommission „handlungsleitende Vorgaben“ u. a. im Hinblick auf die bestehenden Dissens-Punkte festzulegen. Kommt gemäß § 31 Abs. 3 kein Bundes-Zielsteuerungsvertrag zustande hat der BMG „handlungsleitende Vorgaben“ zu machen. Eine Konkretisierung ist notwendig.

Zu Art. 1 - § 31 Abs. 3 Z 2 G-ZG

Es ist nicht ersichtlich, welchen Rechtscharakter die Festlegung des Bundesministers haben soll. Das Ziel wird wohl eine Normwirkung sein müssen, die nur durch ein klar geregeltes Verfahren samt Kundmachung erreichbar bleibt (Verordnung). Offen bleibt weiters, wie lange der Bundesminister für seine Festlegung Zeit hat.

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Artikel 2

Änderung des Bundesgesetzes über Kranken- anstalten und Kuranstalten

Zu Art. 2 – Änderung des KAKuG – allgemeine Ergänzungsvorschläge

Art. 19 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit legt fest, dass die Bundes-Zielsteuerungsverträge Festlegungen betreffend operative Maßnahmen zur Umsetzung des § 24 Abs. 2 dritter und vierter Satz KAKuG zu enthalten haben. Dies ist im KAKuG entsprechend zu berücksichtigen.

Weiters sind gemäß Art. 23 Abs. 2 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung in allen Landesgesundheitsfonds jeweils Sondervermögen mit eigenem Verrechnungskreis als sogenannte „Gesundheitsförderungsfonds“ einzurichten sind. Die Dotierung erfolgt mit 150 Mio. Euro – 130 Mio. Euro durch die gesetzliche Krankenversicherung und 20 Mio. Euro durch die Länder. Für die gesetzliche Krankenversicherung wurde diese Dotierung in § 19 G-ZG gesetzlich festgeschrieben (siehe auch die Anmerkungen zu Art. 1 – § 19 G-ZG).

Für die Länder fehlt eine solche gesetzliche Bestimmung zur Dotierung des Gesundheitsförderungsfonds im vorliegenden Entwurf. Da im KAKuG auch Regelungen zum normalen Landesgesundheitsfonds vorgesehen sind (z. B. § 59 ff KAKuG), sollten gesetzliche Bestimmungen zu den Gesundheitsförderungsfonds im KAKuG (vor allem zur Dotierung durch die Länder) und in § 19 G-ZG aufzunehmen. In § 19 G-ZG könnte dann auch auf das KAKuG verwiesen werden.

Zu Art. 2 - §§ 12 und 26 KAKuG – nicht im Entwurf, Ergänzungsvorschlag

Ergänzend regen wir folgende Änderungen im KAKuG an:

§ 26 sollte dahingehend erweitert werden, dass Spitalsambulanzen auch ein „best point of service“ iSd G-ZG sein können und daher in diesem Fall entsprechend Behandlungsleistungen zu erbringen haben. Ebenso sollte eine Versorgung im Falle eines vertragslosen Zustandes (vgl. dazu § 24 Abs. 8 G-ZG, § 23 Abs. 5 letzter Satz ASVG) durch Spitalsambulanzen sichergestellt und daher ausdrücklich eine entsprechende Leistungsverpflichtung in § 26 aufgenommen werden.

Darüber hinaus treten wir dafür ein, die Möglichkeit der Zurücknahme von Bewilligungen auf Grund der geplanten Flexibilisierung von bestehenden Versorgungsstrukturen – wie dies auch in der Art. 15a B-VG-Vereinbarung vorgesehen ist – in § 12 KAKuG entsprechend umzusetzen.

Unabhängig davon sehen wir angesichts der im Gesundheitsreformgesetz 2013 geplanten Flexibilisierung der Leistungsangebote die Notwendigkeit, im KAKuG Erleichterungen für das Errichtungs- und Betriebsbewilligungsverfahren vorzugeben. Beispielsweise ist im NÖ KAG auf Grund fehlender Ausnahmeregelungen festgelegt, dass selbst bei geringfügigen Verlegungen innerhalb desselben Einzugsgebietes (z. B. Standortwechsel eines Ambulatoriums im selben Ort!) sämtliche Vorschriften des Errichtungs- und Betriebsbewilligungsverfahrens (sohin auch die Bedarfsprüfung) „sinngemäß“ anzuwenden sind. Eine Verlegung ohne Durchführung eines (langwierigen) Bedarfsprüfungsverfahrens durch Vorgaben im KAKuG ist angesichts der jüngst ergangenen Judikatur des VwGH unbedingt notwendig.

Zu Art. 2 - § 19a Abs. 6 KAKuG – Ergänzungsvorschlag, nicht im Entwurf

In § 19a Abs. 6 KAKuG sollte für die Sozialversicherung ein Stimmrecht in der Arzneimittelkommission aufgenommen werden. Derzeit ist der Vertreter der Sozialversicherung in der Arzneimittelkommission lediglich anzuhören.

Zu Art. 2 - § 19b KAKuG - Heilmittelökonomie

Die Gesundheitsreform sollte sich stärker damit beschäftigen, den Patienten eine mit der Anstaltspflege beginnende und in die extramurale Behandlung hineinreichende durchgängige Heilmittelversorgung anzubieten. Das setzt intra- und extramural die gleichen Rechtsgrundlagen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen voraus: Es wird daher angeregt, entsprechende Bestimmungen zu schaffen. Dabei ist bewusst, dass aus verfassungsrechtlichen Gründen (vgl. nur zuletzt VfGH 20. 6. 2012, G 8/12 = VfSlg 19.645) eine dynamische Verweisung auf die entsprechenden Rechtsakte des Hauptverbandes (Anfang März 2013 wären dies für den EKO, der monatlich dem aktuellen Stand angepasst wird, www.avsv.at Nr. 26/2013 und für die RöV 5/2005 idF zuletzt 29/2006) entsprechenden Einwänden begegnen könnte. Es wird daher statt einer Normenverweisung eine Sachverhaltsanknüpfung zur Diskussion gestellt (vgl. dazu auch § 350 Abs. 3 ASVG):

... Die Krankenanstalten sind verpflichtet, bei der Verschreibung von Arzneimitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln sowie bei der Einstellung von Patienten auf die während eines stationären Aufenthaltes erforderlichen Arzneimittel darauf zu achten, dass diese Mittel auch für eine allfällige Weiterbehandlung außerhalb der Krankenanstalt im Rahmen der gesetzlichen Leistungspflichten der Sozialversicherung nach dem vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und den Richtlinien des Hauptverbandes über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen zur Verfügung stehen, und die allenfalls erforderlichen Bewilligungen des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einzuholen.

Zu Art. 2 Z 8 - § 59a Abs. 1 KAKuG

Es ist nachvollziehbar, dass in Hinblick auf die neugeschaffene Zielsteuerungskommission die Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur (BGA) sehr kurssorisch geregelt sind.

Die der BGA in Z 13 der bisherigen Fassung übertragene Budgethoheit sollte ihr aber verbleiben. Es wird daher angeregt, diese Aufgabe ausdrücklich im Gesetzestext zu normieren.

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Artikel 3

82. Novelle zum ASVG

Zu Art. 3 Z 1 - § 23 Abs. 5 ASVG

Diese Textierung entspricht vermutlich nicht der Intention des Gesetzgebers. Gemeint war, dass die Krankenversicherung zur Aufrechterhaltung der von ihr sicherzustellenden Versorgung mit ärztlicher Hilfe in einem vertragslosen Zustand die Unterstützung der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten in Anspruch nehmen kann und dies vertraglich auch unter finanzieller Bewertung zu regeln ist. Die Vereinbarungen müssten mit den Landesgesundheitsfonds und/oder den Rechtsträgern der Krankenanstalten geschlossen werden. Die Länder könnten die Leistungen faktisch nicht erbringen, ihnen obliegt auch nicht deren Bezahlung.

Die Krankenversicherung bleibt weiters nach § 131 ASVG leistungspflichtig auch für z. B. Arztrechnungen (Kostenerstattung). Diese Regelung müsste angepasst werden, weil ansonsten eine Doppelbelastung drohen würde.

Die Ermittlung der vergleichbaren ersparten Aufwendungen für ärztliche Hilfe sollte unmittelbar im Gesetz konkretisiert und eingegrenzt werden.

Der letzte Satz sollte folgendermaßen lauten: „... *haben diese Verpflichtung für den nachgewiesenen Mehraufwand im Spitalsbereich, höchstens im Ausmaß* ...“

In den Erläuterungen wird auf Art. 13 Abs. 7 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung bzw. Art. 24 Abs. 8 G-ZG verwiesen. Unseres Erachtens bedarf es allerdings einer Klarstellung, wonach sich § 23 Abs. 5 ASVG auf vertragslose Zustände im Bereich der ärztlichen Hilfe bezieht.

Zu Art. 3 Z 9 - § 116 Abs. 1 Z 1 ASVG

§ 116 Abs. 1 Z 1 wird durch den Einschub „und Frühintervention bei Krankheit“ ergänzt. In weiterer Folge findet sich aber weder im ersten Unterabschnitt des Abschnitts II des ASVG (Früherkennung von Krankheiten und sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit) noch im zweiten Unterabschnitt (Krankenbehandlung) eine nähere Konkretisierung, was unter Frühintervention bei Krankheit gemeint ist.

Zu Art. 3 Z 12 - § 149 Abs. 3a ASVG

Im Zuge der Kassenkonsolidierung wurde von Seite der Krankenversicherungsträger der Vorschlag eingebracht, die in Form von Hundertsätzen vorgesehene laufende Erhöhung der Pauschalzahlung an den PRIKRAF zu reduzieren.

Zu Art. 3 Z 18 - § 338 Abs. 1 ASVG

Der Wunsch nach Veröffentlichung kompilierter Fassungen übersieht, dass es sich um Verträge handelt. Vertragstexte sind im Regelfall nicht so formuliert, dass neue Bestimmungen (wie bei einem Gesetz) in den vorhandenen Text eingearbeitet werden können und daraus ein Kunsttext erstellbar ist, sondern es werden Zusatzverträge vereinbart, die den bisherigen Text unberührt lassen, aber durch neue Regeln überlagern. Siehe die Kundmachungen der Gesamtverträge in www.avsv.at/-Übersicht/Gesamtverträge.

Die Bestimmung ist in dieser Form nicht gut umsetzbar und sollte entfallen. § 645 Abs. 3 ASVG sah bereits vor mehreren Jahren die Kundmachung kompilierter Fassungen vor, was dazu geführt hat, dass zwar Gesamtvertragstexte (samt veralteten Honorartabellen) kundgemacht sind, aber dennoch keine Übersicht verlässlich hergestellt werden kann, weil eben die Darstellung der Zusatzvereinbarungen nicht eindeutig erreichbar ist (vgl. Michaela Gmoser, Josef Souhrada: *Ärzteverträge der Sozialversicherung im Internet*. In: Erich Schweighofer, Franz Kummer: *Europäische Projektkultur als Beitrag zur Rationalisierung des Rechts*, Tagungsband des 14. Salzburger Rechtsinformatik-Symposiums IRIS 2011, books@ocg.at Band 278, ISBN 978-3-85403-278-6, S. 487-494).

Zielführendere Alternative wäre, in regelmäßigen Abständen eine Übersicht anzubieten, welche die zum jeweiligen Stand geltenden Verträge und Zusatzvereinbarungen nach ihrer gesetzlichen Fundstelle zitiert, sodass klar wird, welche Verträge in welchen Zusammenhängen gelten.

Zu Art. 3 Z 19 - § 348a Abs. 3 ASVG

Es wird Bezug auf das Kriterium der Qualitätsvorgaben bei der Vereinbarung von Honorarordnungen der Ärzte genommen. Warum aber nur eines von acht Kriterien herangezogen wird, ist nicht nachvollziehbar. Die in den Erläuterungen enthaltene Erklärung, dass es sich dabei nur um eine redaktionelle Klarstellung handelt, reicht jedenfalls nicht aus.

Es wird angeregt, alle Kriterien des § 342 Abs. 2a ASVG festzuschreiben oder – wenn dies nicht dem Willen des Gesetzgebers entspricht – gar keines zu verwenden. Andernfalls, sollte zumindest in den Erläuterungen eine nachvollziehbare Erklärung erfolgen.

Zu Art. 3 Z 24 und Z 25 - § 447f Abs. 1 ASVG

Diese Regelung trifft mit dem Beitragsrecht eine der Grundlagen der sozialen Krankenversicherung: Aus dem Kreis der Gebietskrankenkassen wird Wert darauf gelegt, hier keine Unsicherheiten eintreten zu lassen, dies nicht zuletzt im Interesse der Beitragszahler, für die auch längerfristig klare Kalkulationsgrundlagen bestehen müssen.

Im Gesamtpaket zum Finanzausgleich 2005 bis 2008 wurde zwischen Ländern, Städten, Gemeinden und dem Bund als einnahmenseitige Maßnahme vereinbart, eine Krankenversicherungsbeitragserhöhung um 0,1 % für die Jahre 2005 bis 2008 vorzunehmen (Änderung des § 51 u. a., vgl. BGBl. I Nr. 156/2004). Von diesen zusätzlichen Mitteln haben die Hälfte die Landesgesundheitsfonds erhalten, weshalb diese Mittel in § 447f Abs. 1 aus der Berechnung der LKF-Pauschale ausgenommen wurden. Die Beitragserhöhung wurde - neben einer weiteren Erhöhung der Beitragsätze - im Rahmen des ab 2008 geltenden Finanzausgleichs fortgesetzt (Art. 22 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens BGBl I Nr. 105/2008 und § 447f Abs. 1 i.d.F. BGBl I Nr. 101/2007).

Mit dem vorliegenden Entwurf soll die Beitragserhöhung von 0,1 Prozentpunkten erneut fortgeschrieben werden und gemäß § 674 Abs. 3 nach Ablauf von sechs Monaten nach Außer-Kraft-Treten der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens außer Kraft treten.

Eine derartige – unterjährige – Veränderung ist bereits organisatorisch unzumutbar, noch ganz abgesehen davon, dass die Budgetplanungen darauf Rücksicht nehmen müssten.

Die Krankenversicherungsträger treten dafür ein, dass die gegenständliche Beitragserhöhung nicht bloß für die Dauer des Finanzausgleichs gilt, sondern auch nach einem allfälligen Außer-Kraft-Treten der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens verbindlich bleibt.

- 27 -

Es wird daher eine Ergänzung in § 674 vorgeschlagen, wonach die Regelungen des § 51 ASVG u. a. in der geltenden Fassung, also inkl. der Beitragserhöhung von 0,1 % ab dem Jahr 2005, unabhängig von der Existenz der bestehenden Art. 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bestehen bleiben.

Zu Art. 3 Z 30 - § 447g ASVG

Die Formulierung „Die Sozialversicherungsträger als Träger der Krankenversicherung“ macht klar, dass sich die Mittelaufbringung auch auf die Sozialversicherungsträger nach BSVG, GSVG sowie B-KUVG bezieht. Falls das nicht gemeint gewesen sein sollte, wäre eine andere Formulierung zu wählen.

Bei den in § 447g ASVG normierten Fonds handelt es sich um keinen Fonds im buchhalterischen oder rechtlichen Sinn, sondern um die Regelung einer jährlich einmaligen Zahlung eines Betrages für die Gesundheitsförderungsfonds nach § 19 G-ZG an den jeweiligen Landesgesundheitsfonds.

Die Normierung dieser Zahlungen in einem eigenen § 447g ASVG ist aus unserer Sicht systemwidrig; es handelt sich hier um eine ähnliche Regelung wie bei der Zahlung an die Bundesgesundheitsagentur (§ 447f Abs. 6 ASVG). Die Zahlungen an die Landesgesundheitsfonds sollten in § 447f ASVG geregelt werden.

Weiters erweisen sich Fixtermine in der Praxis oftmals als problematisch. Diese Regelung des § 447f Abs. 13 ASVG wird auch auf die vorliegende Zahlung anzuwenden sein. Es sollte daher zwecks Rechtssicherheit durch einen Verweis klargestellt werden, dass die Wertstellung für die Überweisung an den Hauptverband einen Tag vor dem 20. April zu erfolgen hat. Ist der 20. April ein Samstag, Sonntag oder Feiertag, dann hätte die Überweisung vom Hauptverband einen Bankarbeitstag vor diesem Termin zu erfolgen. Entsprechend hat die Überweisung an den Hauptverband einen weiteren Tag davor zu erfolgen.

Der Aufteilungsschlüssel stellt auf die Versichertenzahl ab und nicht auf die Finanzkraft (Beitragseinnahmen) der einzelnen Krankenversicherungsträger und wird von der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft daher kritisch gesehen.

Eine nicht aufwandswirksame Dotierung der Gesundheitsförderungsfonds aus anderen Mitteln wie zum Beispiel Rücklagen, Umsatzsteuer-Überdeckung oder Tabaksteuer-Mitteln wäre zu begrüßen (siehe auch Art. 1, § 19 G-ZG).

Zu Art. 1 Z 31 – § 447h Abs. 3 erster Satz ASVG

Es sollte auch eine wirkungsorientierte Gesundheitsförderung berücksichtigt werden.

Der erste Satz wäre wie folgt zu ändern: „... *koordinierte Maßnahmen für zielgerichtete, **wirkungsorientierte** Gesundheitsförderung (Salutogenese) und ...*“

Zu Art. 3 Z 35 und Z 36 - § 634 Abs. 1 Z 2 und § 674 Abs. 3 ASVG

Die im § 674 Abs. 3 des Entwurfes gewählte Konstruktion eines Verordnungsrechtes des Bundesministers für Gesundheit im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Finanzen erscheint verfassungsrechtlich bedenklich, da letztendlich das Inkraft- bzw. Außerkrafttreten von gesetzlichen Bestimmungen von einer Verordnung des Bundesministers für Gesundheit abhängig wird.

Aus der Formulierung des § 674 Abs. 3 des Entwurfes geht nicht eindeutig hervor, dass diese Bestimmung auch für alle künftigen Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens gilt.

Insbesondere die Krankenversicherungs-Beitragssatzabsenkung würde bei einer zu erwartenden kurzfristigen Umsetzung einerseits bei den Dienstgebern andererseits in der Vollziehung vor allem der Sozialversicherung zu erhöhten Aufwänden führen und für die Sozialversicherung zu Einnahmenausfällen führen.

Zum Verordnungsrecht des Bundesministers für Gesundheit wäre verfassungsrechtlich zu prüfen, ob ein Verordnungsrecht zu Materien, die in den Zuständigkeitsbereich anderer Bundesminister fallen, nämlich des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (AIVG, SUG), des Bundesministers für Landesverteidigung und Sport (HVG, KOVG) und des Bundesministers für Wirtschaft, Familie und Jugend, ohne deren Einvernehmen überhaupt zulässig ist.

Zu Art. 3 Z 36 - § 674 Abs. 2 ASVG

Siehe dazu bereits oben bei § 338 ASVG. Eine Kompilierung zu einem bestimmten Stichtag dient wenig der Rechtssicherheit und verursacht relativ hohen Aufwand.

Abgesehen davon darf auch in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam gemacht werden, dass an dieser Stelle von „Gesamtverträgen“ die Rede ist (was an sich vorbehaltlich aller anderen Einwände richtig wäre), während § 338 Abs. 1 ASVG auf „Verträge“ abstellt (was aus den in der oben zit. Literatur genannten Gründen unzweckmäßig ist, vgl. a.a.O, S. 493-494).

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Artikel 13

Änderung des Gesundheitsqualitätsgesetzes

Zu Art. 13 Z 5 - § 2 Z 11 GQG

Bei der Wortfolge „gesetzlich zugelassene Organisation“ handelt es sich um einen unbestimmten Begriff, der Raum für Interpretation zulässt. In den Erläuterungen wird lediglich ausgeführt, dass die Erbringung von Gesundheitsleistungen auch durch Organisationen erfolgen kann.

Es stellt sich die Frage, ob der Gesetzgeber hier klar zum Ausdruck bringt, welche Organisationen damit gemeint sind. Eine exakte Definition wäre wünschenswert.

Zu Art. 13 Z 8 - § 3 Abs. 3 GQG

Art. 7 Abs. 6 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung regelt, dass die Erbringung und Verrechenbarkeit von Leistungen nicht gegeben sein soll, wenn essentielle Qualitätsstandards nicht eingehalten werden. § 3 Abs. 3 spricht nunmehr von der Abgeltung und geht auf den Ausschluss der Erbringung von Leistungen gar nicht mehr ein. Die Art. 15a B-VG-Vereinbarung sollte jedoch in diesem Zusammenhang vollständig umgesetzt werden.

Zudem scheint unklar, wer zur Unterscheidung essentieller von nicht-essentieller Qualitätsstandards berufen ist und woraus sich diese Differenzierung ergibt.

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Artikel 14

17. Ärztegesetz-Novelle

Zu Art. 14 Z 1 - § 49 Abs. 2c Ärztegesetz

Als Sanktionsmaßnahme bei Nichterfüllung der Weiterbildungsverpflichtung sollte die sinngemäße Anwendung des § 49 Abs. 2b ÄrzteG normiert werden (schwerwiegende Berufspflichtverletzung sowie Kündigungsgrund im Sinne des § 343 Abs. 4 ASVG).

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Artikel 15

Änderung des Bundesgesetzes über die Ge- sundheit Österreich GmbH

Zu Art. 15 - § 5 Abs. 1a GÖGG

Marktübliche Preise liegen über den tatsächlichen Kosten, weil in ihnen auch eine Gewinnkomponente zu kalkulieren ist. Wenn die Gesellschaft (und mit ihr die GÖG) keine Gewinne machen soll, darf sie nicht zur Verrechnung von Marktpreisen gezwungen werden.

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Artikel 17

Änderung des Bundesgesetzes über die Do- kumentation im Gesundheitswesen

Zu Art. 17 – Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen – allgemeine Ausführungen

Generell erscheint es nicht sinnvoll, Liefertermine von Datenmeldungen per Gesetz festzulegen. Die Festlegung sollte wie im geltenden Recht per Verordnung erfolgen (vgl. Gesundheitsdokumentationsgesetz-Durchführungsverordnung BGBl. II Nr. 202/2010), damit die Liefertermine leichter den realen Lieferzyklen angepasst bzw. in Richtung „Best Practice“ korrigiert werden können.

Zu Art. 17 Z 6 und Z 11 - § 4 und § 6g DokuG

Wenngleich bereits jetzt in § 4 eine Verordnungskompetenz bestanden hat, liegt bis dato die (jetzt) in den §§ 4 und 6g genannte Verordnung bzw. ein etwaiger Entwurf der Verordnung zu den Details der Datenübermittlung noch nicht vor.

Zu Art. 17 Z 8 und Z 11 - § 5 Abs. 2 und § 6e DokuG

Das BMG soll gemäß § 5 Abs. 2 die Berichte ohne Pseudonym übermitteln, demnach handelt es sich um anonymisierte Berichte/Daten. Das ist aus folgenden Überlegungen nicht sinnvoll:

Wie soll damit im Sinn der Ziele der Gesundheitsreform gearbeitet werden? Nur aufgrund pseudonymisierter Datengrundlagen ist eine Übersicht von Krankheits-episoden über Sektorengrenzen hinweg möglich.

Weiters haben alle Beteiligten im Rahmen der Statistik auf verschiedenen Rechtsgrundlagen ihre Ergebnisse darzustellen. Wie soll dies geschehen, wenn es mangels Pseudonym wie bisher unmöglich ist, Datenbestände sachgerecht darzustellen und Redundanzen zu vermeiden?

Weiters ist Folgendes zu bedenken:

Dieselben Stellen, die dem BMG die Datengrundlagen zu liefern haben, müssen in anderen Zusammenhängen aus denselben Daten weitere Meldungen abwickeln, so z. B. auch Meldungen an die Statistik Austria. Das ist, wenn es statistisch und volkswirtschaftlich sinnvoller werden soll, ebenfalls nur mit pseudonymen Daten möglich. Es wäre daher gesetzlich möglich zu machen (bzw. durch die Vollziehungspraxis darauf Rücksicht zu nehmen), dass die Daten auch mit einem (ohnedies verschlüsselte) Fremd-bPK, wie dem bPK-AS versehen werden können. Wichtig ist,

- 39 -

dass dabei der Basisbestand derselbe bleibt, weil ansonsten die Auswertungen des BMG und der Statistik bzw. auch einschlägige Arbeiten beim Hauptverband (§ 31 Abs. 3 Z 2 ASVG, volkswirtschaftliche Beobachtung) inkonsistent und damit ungenau werden.

Die Bestimmung wäre so zu ändern, dass jedenfalls das bPK-SV und das bPK-AS verwendet werden können.

Zu Art. 17 Z 9 - § 5a DokuG

Für die Zuordnung der Pseudonym-Datensätze zu einem Meldezeitraum sollte aus Gründen der einfacheren Verarbeitung das Kalenderquartal der Lieferung der Aufnahmeanzeige maßgeblich sein. Der Hauptverband könnte die Pseudonyme quartalsweise zwei Monate nach Ende des jeweiligen Quartals liefern.

Der letzte Satz wäre zu streichen bzw. wie folgt zu ändern:

„Maßgeblich für die Zusammenführung der Leistungsdaten und der nicht rückführbaren Pseudonyme sind die in Abs. 1 Z 3 lit. a bis lit. c angeführten Daten.“

Zu Art. 17 Z 11 - § 6a DokuG

Bei dieser Formulierung „Träger von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden“ sind nur Krankenanstalten i.S.d. § 148 ASVG ermächtigt, Daten zu liefern. Um ein Berichtswesen über den ambulanten Bereich erstellen zu können, sollte man möglichst alle Leistungserbringer mit einbeziehen.

Zu Art. 17 Z 11 - § 6c DokuG

Für die Zuordnung der Pseudonym-Datensätze zu einem Quartal sollte das Sozialversicherungs-Abrechnungsquartal maßgeblich sein. Das Abrechnungsquartal ist die Basis für alle Verarbeitungen im Hauptverband, ein Abgehen davon wäre kompliziert und fehleranfällig. Da in den einzelnen Abrechnungsquartalen der Sozialversicherung auch nachträglich abgerechnete Daten zu Vorquartalen enthalten sind, würden über solche Meldungen automatisch die Ergänzungen zu den Vorquartalen erfolgen, ohne dass es komplette Neu-Meldungen dieser Quartale geben müsste.

Bei der Übermittlung der spitalsambulanten Pseudonyme (also jene Pseudonyme, die auf den Ereignisanzeigen der Krankenanstalten basieren) gibt es keinen Sozialversicherungs-Abrechnungsbezug. Es können daher die gleichen Rahmenbe-

dingungen wie für die Meldung in § 5a gelten (siehe oben), also quartalsweise zwei Monate nach Ende des jeweiligen Quartals.

Zu Art. 17 Z 11 - § 6d DokuG

Bezüglich der Krankenfürsorgeanstalten ist seitens des BMG zu hinterfragen, welche Lieferzyklen und Bestimmungen hinsichtlich möglicher Datenfelder wie z. B. „Laufnummer“ oder „Trägercode“ die KFA haben. Diese hier beschriebenen Lieferzyklen und Bestimmungen orientieren sich an jenen der Sozialversicherungsträger. Ob diese Lieferzyklen und Bestimmungen für die KFA auch gelten, muss seitens des BMG verifiziert werden.

Der Verweis auf § 6c Abs. 2 verweist in sich nochmals auf § 6c Abs. 1. Hierbei ist zu beachten, dass laut § 6c Abs. 1 Z 1 der Hauptverband die Leistungsdaten der extramuralen ambulanten Vertragspartner auf einen vom BMG herauszugebenden Katalog umschlüsseln muss. Es muss explizit klar sein, dass eine solche Umschlüsselung für Leistungen der Krankenfürsorgeanstalten (sofern diese nicht nach Honorarordnungsnomenklatur abgerechnet werden, sondern die KFA eigene Leistungskataloge hat) nicht vom Hauptverband geleistet werden kann. Diese Umschlüsselung muss von der KFA selbst durchgeführt werden.

- 41 -

**Stellungnahme des Hauptverbandes der
österreichischen Sozialversicherungsträger
zur Wirkungsorientierten Folgenabschätzung**

Ziel 1: Nachhaltige Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden, effektiven und effizienten Gesundheitsversorgung für alle, Seiten 3 und 4

Wie und durch wen ein Zielwert von 25 Krankenhausaufenthalten pro 100 Einwohner im Jahr 2013 festgelegt wurde bzw. welche (rechtliche) Implikation dies hat, ist unklar.

Maßnahme 1: Kurative Versorgung am „best point of service“ und insbesondere Entlastung des stationären Bereichs in den Akutkrankenanstalten, Seiten 6 und 7

Es ist nicht bekannt, wie und durch wen der Zielwert von 25 % als durchschnittlicher Anteil ausgewählter tagesklinischer Leistungen im Jahr 2013 festgelegt wurde bzw. welche (rechtliche) Implikation diese Festlegung hat. Zusätzlich ist nicht bekannt, um welche 68 typischen Leistungen es sich handelt.