



Amtssigniert. SID2013031023049
Informationen unter: amtssignatur.tirol.gv.at

Amt der Tiroler Landesregierung

Verfassungsdienst

Dr. Marold Tachezy

Telefon 0512/508-2210

Fax 0512/508-742205

verfassungsdienst@tirol.gv.at

An das
Bundesministerium für
Gesundheit

p.a. thomas.worel@bmg.gv.at

DVR:0059463

Gesundheitsreformgesetz 2013; Stellungnahme

Geschäftszahl VD-1727/1-2013

Innsbruck, 11.03.2013

Zu GZ. BMG-71100/0003-I/B/12/2013 vom 14. Feber 2013

Zum oben angeführten Gesetzentwurf wird folgende Stellungnahme abgegeben:

I. Allgemeines:

Einleitend ist zu bemerken, dass die zur Begutachtung eingeräumte Frist für ein Vorhaben dieser Größenordnung jedenfalls unangemessen kurz ist und damit eine eingehende Prüfung des Entwurfes verhindert.

Die angestrebten Ziele der Gesundheitsreform, die eine bessere Abstimmung zwischen dem niedergelassenen Versorgungsbereich und den Krankenanstalten bewirken sollen und den bestmöglichen Einsatz der Gesundheitsmittel gewährleisten sollen, werden selbstverständlich seitens des Landes Tirol befürwortet und unterstützt.

Gegen das in Art. 1 des Entwurfes vorgesehene Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) bestehen aber **schwerwiegende verfassungsrechtliche Bedenken**. Das G-ZG wiederholt großteils nahezu wörtlich den Text der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit. Im Kern wird im Rahmen dieses Bundesgesetzes die gesamte in der Vereinbarung zugrunde gelegte – Zielsteuerungssystematik übernommen.

Nach Art. 17 B-VG ist die Privatwirtschaftsverwaltung nicht an die Kompetenzverteilung (Art. 10 bis 15 B-VG) gebunden. Auf Art. 17 B-VG gestützte Gesetze dürfen aber nur an Verwaltungsorgane adressiert sein und keine Rechte und Pflichten Dritter begründen. Die Aufgabe der umfassenden Gestaltung des österreichischen Gesundheitssystems ist aber wohl mehr als eine „bloß innerorganisatorische Maßnahme“ und entfaltet Rechtswirkungen nach außen, sodass ein Selbstbindungsgesetz nicht in Betracht kommt.

Nach den Erläuterungen (S. 16) stützt sich dieses Gesetz kompetenzrechtlich auf Art. 10 Abs. 1 Z. 12 B-VG („Gesundheitswesen“) und hinsichtlich der privatrechtlichen Zielsteuerungsverträge auf Art. 10

Eduard-Wallnöfer-Platz 3, 6020 Innsbruck, ÖSTERREICH / AUSTRIA - <http://www.tirol.gv.at>

Bitte Geschäftszahl immer anführen!

Abs. 1 Z. 6 B-VG („Zivilrechtswesen“). Es stellt sich aber die Frage, wie die vorgesehene umfassende Zielsteuerung-Gesundheit, die alle intra- und extramuralen Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens in struktureller und organisatorischer Hinsicht umfasst, in den genannten Kompetenztatbeständen Deckung finden soll.

Die vorgesehenen **Aufgaben der Zielsteuerung-Gesundheit** sind wohl überwiegend der staatlich gelenkten und insofern vom freien Wechselspiel der privatautonomen Gestaltung ausgenommenen Rechtssphäre (öffentliche Verwaltung) und **nicht** der **Zivilrechtssphäre** und dem Kompetenztatbestand **Zivilrechtswesen** zuzuordnen (zum materiellen Begriff des Zivilrechtswesens, der die Regelung der Beziehungen der Bürger „unter sich“ umfasst vgl. nur die mit VfSlg. 9580/1982 begründete Judikatur des Verfassungsgerichtshofes).

Nach Art. 12 Abs. 1 Z. 1 B-VG liegt in Angelegenheiten der Krankenanstalten die Kompetenz zur Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung bei den Ländern. Jedes Land ist zur Sicherstellung der Krankenanstaltenpflege im eigenen Land verpflichtet (§ 18 KAKuG). Bundeseinheitliche grundsatzgesetzliche Vorgaben sind ausdrücklich als Grundsatzgesetz bzw. als Grundsatzbestimmungen zu bezeichnen. Das Fehlen einer solchen Bezeichnung führt zur Verfassungswidrigkeit einer solchen Bestimmung. Im Unterschied zu bundesunmittelbaren Gesetzesbestimmungen sind Grundsatzbestimmungen von der Vollziehung nicht anwendbar.

Der vorliegende Entwurf eines Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit führt, ungeachtet der salvatorischen Klausel nach § 1 Abs. 1 des Entwurfes, zu **verfassungsrechtlich bedenklichen kompetenzrechtlichen Überschneidungen und Abgrenzungsproblemen**. Daran vermag auch der Hinweis in den Erläuterungen (S. 16), wonach im Interesse einer „für den Normadressaten möglichst verständlichen Form“ „eine teilweise narrative Darstellung und Bezugnahme auf die auf Landesebene geregelten bzw. zu regelnden Sachverhalte aufgrund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit gewählt“ wird, nichts zu ändern. Eine derartige „Bezugnahme auf die auf Landesebene geregelten bzw. zu regelnden Sachverhalte“ **überschreitet** jedenfalls die **Grenze einer verfassungsrechtlich zulässigen „Anknüpfung“**. Ein Gesetz stellt grundsätzlich eine generell abstrakte normative Anordnung und nicht „eine zusammenfassende Erzählung“ dar. So wird wohl etwa das Vetorecht des Bundes gegen den Entwurf eines Landes-Zielsteuerungsvertrages als normative gesetzgeberische Anordnung anzusehen sein.

Der im Gesundheitsbereich gegebenen Kompetenzrechtslage wurde bisher stets mit dem kooperativen Rechtsinstitut einer Gliedstaatsvereinbarung und deren Umsetzung im jeweiligen Zuständigkeitsbereich in den entsprechenden Materiengesetzen begegnet. Diese Vorgangsweise **sollte** jedenfalls **auch hinsichtlich der Zielsteuerung Gesundheit beibehalten werden**. Da Gliedstaatsverträge nicht self executing sind, berechtigen und verpflichten sie nur die beteiligten Gebietskörperschaften. Die Berechtigung und Verpflichtung der Normadressaten bedarf einer entsprechenden Umsetzung durch den jeweils zuständigen Gesetzgeber.

Gegen das vorgesehene System der Zielsteuerung-Gesundheit auf der Grundlage privatrechtlicher Verträge bestehen aber auch aus anderen Gründen verfassungsrechtliche Bedenken. Nach Lehre und Rechtsprechung kommt dem Gesetzgeber zwar grundsätzlich die Wahlfreiheit zwischen Hoheitsverwaltung und Privatwirtschaftsverwaltung zu. Eine (zwingende) **Verknüpfung privatwirtschaftlicher und hoheitlicher Maßnahmen** durch den Gesetzgeber ist aber nach der Judikatur des Verfassungsgerichtshofes (VfSlg. 15.625/1999) **verfassungswidrig**, weil eine solche im System der Bundesverfassung nicht vorgesehen ist.

Nach Art. 12 Abs. 1 Z. 1 B-VG in Verbindung mit § 18 KAKuG ist jedes Land zur Sicherstellung der Krankenanstaltenpflege im eigenen Land verpflichtet.

Nach § 10a Abs. 1 KAKuG in der Fassung des Art. 2 Z. 3 des Entwurfes hat die Landesgesetzgebung die Landesregierung zu verpflichten, auf Basis der gemeinsamen Festlegungen in der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit im Rahmen eines Regionalen Strukturplanes Gesundheit (RSG) für Fondskrankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages und des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) befindet. In § 9 G-ZG wird dazu festgelegt, dass die weitere Ausrichtung des ÖSG und des RSG durch die übergeordnete Zielsteuerung-Gesundheit determiniert ist.

Damit erfolgt nicht nur eine verfassungswidrige Verknüpfung privatwirtschaftlicher und hoheitlicher Maßnahmen sondern es wird auch die **Landesregierung als oberstes Organ der Verwaltung** nach Art. 19 B-VG **in verfassungswidriger Weise an die Beschlüsse anderer Entscheidungsträger** auf mehreren Ebenen **gebunden**. Daran vermag auch der Hinweis in den Erläuterungen (S. 9) auf das Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes VfSlg. 17232/2004 nichts zu ändern, wonach durch die Bestimmungen über einen Krankenanstaltenplan sowie über einen Großgeräteplan und die dadurch bewirkte Bindung der Landesregierung an diese Pläne des Bundes bei Erlassung des Landeskrankenanstaltenplanes keine Überschreitung der Grundsatzgesetzgebung erfolgte, da die verfahrensgegenständliche Bestimmung des § 10a KAKuG nur eine Wiederholung von Inhalten der LKF-Vereinbarung darstellte und sich die Bindung des Landesgesetzgebers schon aus dieser Vereinbarung ergab. Krankenanstaltenplan und Großgeräteplan waren nämlich als Anlage zur LKF-Vereinbarung Bestandteil dieser Vereinbarung, und die Bestimmung des § 10a KAKuG knüpfte ausdrücklich an die Fortdauer entsprechender rechtsgültiger Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG an. Der Verfassungsgerichtshof führte dazu auch aus: „Änderungen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes können aber – rechtsgültig – wiederum nur in Form weiterer Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG festgelegt und – soweit Änderungen auf das Gesetz durchschlagen – nur unter Einschaltung der verfassungsmäßig vorgesehenen Organe der Gesetzgebung des Bundes und der Länder umgesetzt werden.“ Die dem angeführten Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes zugrunde liegende Rechtslage ist daher mit dem vorgesehenen System der Zielsteuerung-Gesundheit auf der Grundlage privatrechtlicher Verträge nicht vergleichbar.

Selbst wenn man, was in der Lehre durchaus umstritten ist (vgl. *Thienerl*, Art. 15a B-VG, in *Korinek/Holoubek*, Bundesverfassungsrecht, Rz 40ff), die Schaffung von **interföderalen Einrichtungen mit Entscheidungsbefugnis** gegenüber den Vertragspartnern als zulässig erachtet, so dürfen sich die Befugnisse der durch die staatsrechtliche Vereinbarung geschaffenen gemeinsamen Einrichtung nur auf die Vertragspartner beschränken. Das vorgesehene System der Zielsteuerung-Gesundheit berechtigt und verpflichtet aber auch die Sozialversicherungsträger. Außenwirkung können aber Gliedstaatsverträge nur durch entsprechende gesetzliche Umsetzung erlangen, wobei die bestehende Kompetenzverteilung sowie der Grundsatz der Trennung der Kompetenzbereiche einzuhalten sind und somit „**Mischorganisationen**“ **ohne verfassungsrechtliche Sonderregelung nicht zulässig** sind.

Verfassungsrechtliche Bedenken gegen das Gesundheitsreformgesetz 2013 bestehen auch insoweit, als Verpflichtungen für die Träger von Krankenfürsorgeanstalten festgelegt werden (Art. 17 Z. 9 und Z. 11 des Entwurfes). Regelungen betreffend die **Kranken- und Unfallfürsorge** fallen aber unter die **Dienstrechtskompetenz der Länder** (Art. 21 B-VG). Die vorgesehene Verpflichtung zur Erfassung und Übermittlung von Daten an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger könnte, sofern überhaupt noch von der Dienstrechtskompetenz gedeckt, nur vom jeweiligen Landesgesetzgeber festgelegt werden. Die betreffenden Bestimmungen werden daher jedenfalls abgelehnt, zumal sie auch mit einem beträchtlichen Mehraufwand verbunden wären und eine rechtzeitige EDV-technische Umsetzung nicht möglich wäre.

Das Gesundheitsreformgesetz 2013 (Art. 1 bis 17) soll der **Umsetzung der in der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und in der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit geregelten Inhalte** dienen. Ob eine solche umfassende Reform gelingen kann, hängt wesentlich davon ab, dass alle Systempartner im Gesundheitswesen, also auch die nicht aus den Vereinbarungen direkt verpflichteten Sozialversicherungsträger, zur Umsetzung aller vereinbarten Maßnahmen verpflichtet werden. Daher sind die zur lückenlosen Umsetzung der beiden genannten Vereinbarungen erforderlichen gesetzlichen Regelungen zu schaffen.

Diese Voraussetzung ist jedoch, wie eine nähere Betrachtung des Gesundheitsreformgesetzes 2013 zeigt, **nicht in ausreichendem Maße verwirklicht**. Gerade in Kernbereichen der Reform fehlen entscheidende Bestimmungen. Folgende Regelungslücken sind hervorzuheben:

1. Die Steuerung des Gesundheitswesens soll in Zukunft partnerschaftlich im Rahmen von Zielsteuerungsverträgen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung auf Bundesebene sowie zwischen Ländern und Sozialversicherung auf Landesebene erfolgen. Die von den Vertragspartnern konkret zu behandelnden Themenbereiche werden im 4. Abschnitt des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes (§§ 10 bis 15) festgelegt. Dort sind durchaus sehr wesentliche Maßnahmen aufgelistet. Ob einzelne dieser Maßnahmen jedoch im niedergelassenen Bereich tatsächlich umgesetzt werden können, hängt ganz wesentlich davon ab, wie weit die Krankenversicherungsträger bereit sind, den Partnern der Zielsteuerung gegenüber Verpflichtungen auch für einschneidende Maßnahmen einzugehen.

Da durch den Entwurf des Gesundheitsreformgesetzes 2013 am „Prinzip der gesamtvertraglichen Regelung“ keine wesentlichen Änderungen vorgenommen werden, werden die Krankenversicherungsträger voraussichtlich nur Verpflichtungen eingehen, die sie glauben, im Verhandlungsweg mit den Gesamtvertragspartnern umsetzen zu können. Die Vermutung liegt nahe, dass sie vor dem Hintergrund der Regelungen über den Sanktionsmechanismus im 8. Abschnitt des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes im Rahmen der Zielsteuerung eher zurückhaltend agieren werden. Dem könnte nur entgegengewirkt werden, wenn die Verpflichtung für die Krankenversicherung ganz konkret auf bestimmte Maßnahmen bezogen festgelegt wird und wenn die Leistungserbringer im extramuralen Bereich direkt durch das Gesetz zu konkreten Maßnahmen verpflichtet werden. Weiters müssten raschere bzw. flexiblere Anpassungen im gesamtvertraglichen Bereich ermöglicht werden.

In allen diesen Bereichen sieht der vorliegende Gesetzentwurf nur sehr wenige konkrete Regelungen vor. So fehlt insbesondere eine Regelung, wonach die Verträge an den jeweiligen Zielsteuerungsvertrag anzupassen sind. Direkte Verpflichtungen der niedergelassenen Ärzte, den Zielsteuerungsprozess in konkreten Punkten zu unterstützen, fehlen vollständig.

2. In der Vereinbarung, mit der die Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens geändert wird, ist in Art. 8 vorgesehen, dass für den ambulanten Bereich, somit auch für den extramuralen Bereich, Modelle zur Abgeltungssystematik zu entwickeln sind und bestehende Modelle hinsichtlich ihrer Steuerungs- und Anreizwirkung zu evaluieren sind. Diese Bestimmung würde gesetzliche Regelungen im Sozialversicherungsrecht erfordern, die im Gesundheitsreformgesetz 2013 zu ergänzen wären.
3. Art. 9 (Sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs) der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ist ebenso – wie Art. 8 – nicht umgesetzt. Insbesondere fehlt eine gesetzliche Ermächtigung für die Sozialversicherung, im Sinn des Art. 9 Abs. 4 der Vereinbarung über Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ambu-

lante Leistungen sektorübergreifend finanzieren zu können (Art. 1 Abs. 2 Z. 3 der Vereinbarung über Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens nennt dies als einen der Schwerpunkte).

4. Gem. Art. 4 Abs. 5 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sind die RSG (Regionale Strukturpläne Gesundheit) „Grundlage ... für Vertragsabschlüsse der Sozialversicherung. Entsprechende Anpassungen ... im Sozialversicherungsrecht sind vorzunehmen. Sozialversicherungsrechtlich ist sicherzustellen, dass die Gesamtvertragspartner im extramuralen Bereich ihre Verhandlungen darauf ausrichten“.

In den Sozialversicherungsgesetzen sind allerdings keine diesbezüglichen Änderungen vorgesehen. 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. Nach diesen ist auf die RSG bloß Bedacht zu nehmen.

5. Art. 4 Abs. 7 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ist nicht ausreichend 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. Für den intramuralen Bereich gibt es, wie bereits bisher schon, in § 12 KAKuG einen entsprechenden Regelungsansatz. Für den ambulanten (niedergelassenen) Bereich fehlen derartige Regelungen im Bereich der Sozialversicherung.

Dasselbe trifft auf Art. 4 Abs. 8 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zu. Die Abrechenbarkeit der Leistungen im extramuralen Bereich ist, im Gegensatz zum intramuralen Bereich, bundesgesetzlich nicht an die verpflichtende Einhaltung der qualitativen Inhalte des ÖSG und der RSG gebunden.

6. Art. 12 Abs. 4 Z. 6 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit zählt ambulante Versorgungsformen auf, darunter auch „innovative Versorgungsformen“. Da in den gegenständlichen Gesetzentwürfen keine Regelungen für innovative Versorgungsformen enthalten sind, bleibt diese Regelung unbestimmt. Die Entwürfe wären daher entsprechend zu ergänzen. Dasselbe gilt hinsichtlich der Bestimmung des Art. 15 Abs. 4 Z. 5 der Vereinbarung.

7. Nach Art. 16 Abs. 4 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung – Gesundheit haben die Partner des Bundes-Zielsteuerungsvertrages sicherzustellen, dass die bestehenden Zielsteuerungssysteme im Bereich der öffentlichen Gesundheit den Zielsteuerungsverträgen nicht widersprechen dürfen. Eine Bestimmung, mit der die Sozialversicherungsträger zu einer allfälligen Anpassung bestehender Systeme verpflichtet werden, fehlt und ist jedenfalls vorzusehen.

Zur gewählten Begrifflichkeit des Gesetzentwurfes stellt sich die Frage, ob nicht im Interesse einer besseren allgemeinen Verständlichkeit deutsche Begriffe gegenüber den aus dem Fachbereich „Public Health“ bzw. aus den Gesundheitswissenschaften entlehnten und bei uns nicht gebräuchlichen englischen Begriffen bevorzugt werden sollten.

II. Bemerkungen zu einzelnen Bestimmungen:

Zu Art. 1 (Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung – Gesundheit):

Zu § 1 Abs. 3:

Mit dieser Bestimmung soll das Prinzip der Wirkungsorientierung in die Zielsteuerung eingeführt werden. Die Präambel der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung – Gesundheit sieht zwar den Begriff „Wirkungsorientierung“ vor, wonach durch „moderne Formen einer vertraglich abgestützten Staatsorganisation“ das Ziel einer optimalen Wirkungsorientierung angestrebt werden soll, der Bedeutungsgehalt des Begriffes und der Regelungszusammenhang im Entwurf bleiben aber unklar. Der Abs. 3 sollte daher ersatzlos gestrichen werden.

Zu § 2:

An mehreren Stellen des Entwurfs ist vorgesehen, dass Leistungsverschiebungen zwischen den Sektoren zu bewerten und abzugelten sind. So sieht z.B. auch § 17 Abs. 1 Z. 6 vor, dass Rahmenregelungen für Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen für sektorübergreifende Leistungsverschiebungen zu schaffen sind.

Kernfrage dabei ist jedoch, von welchem Status aus Verschiebungen zu bewerten sind. Eine entsprechende Regelung dafür fehlt im Entwurf, obwohl sie eigentlich in Art. 2 Abs. 2 der Art. 15a B-VG Vereinbarung Zielsteuerung – Gesundheit getroffen wird.

Es ist daher von ganz entscheidender Bedeutung, dass das in diesem Artikel genannte Prinzip, wonach von den derzeit in der Rechtsordnung festgelegten Zuständigkeiten und Aufgaben der Partner im Zielsteuerungssystem auszugehen ist (gesetzliche Versorgungsaufträge), legislativ konkret umgesetzt wird. Es wird daher gefordert, dafür eine entsprechende eigene Bestimmung an dieser Stelle vorzusehen.

Zu § 4 Abs. 2:

Die Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit ist in Bezug auf public health sehr unkonkret und unsystematisch (Art. 4 Abs. 2). Die Formulierungen sollten daher nicht wortgleich ins Gesetz übernommen werden.

Die Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) ist kein „Public Health Grundsatz“. Schon gar nicht ist z.B. die Organisation des ÖGD auf Landesebene Aufgabe der Krankenversicherung. Es bedarf daher an dieser Stelle keiner bundesgesetzlichen Verpflichtung der Sozialversicherungsträger, weshalb die Z. 3 in Abs. 2 gestrichen werden sollte.

Zu § 5 Abs. 3 Z. 1:

Zur Verfolgung der in Abs. 2 genannten Ziele wird in Z. 1 vorgesehen, dass die „best points of service“ mittels Versorgungsaufträgen zu definieren und die richtigen Anlauf- und Weiterbehandlungsstellen transparent zu machen sind. Hier stellt sich die Frage, wie diese Versorgungsaufträge insbesondere im niedergelassenen Bereich definiert werden können. Es bedürfte hier einer entsprechenden Adaptierung des Vertragspartnerrechtes im Sozialversicherungsrecht. Ansonsten fehlen wesentliche rechtliche Rahmenbedin-

gungen für die Umsetzung dieses Zieles. Es ist auch darauf hinzuweisen, dass der „best point of service“ regional sehr stark variieren kann, weswegen flexible Regelungsnotwendigkeiten sehr wichtig wären.

Zu § 5 Abs. 3 Z. 2:

Das Ziel der Vermeidung künftiger Doppelstrukturen und des Abbaus bestehender Doppelstrukturen von niedergelassenen Fachärzten und Spitalsambulanzen gemeinsam mit dem Ziel der Stärkung des niedergelassenen Bereichs legt für den Bereich der Krankenanstalten mitunter die Reduzierung der spitalsambulanten Versorgung nahe. Zur Verwirklichung dieser Ziele wird – allenfalls neben entsprechenden künftigen Regelungen im Rahmen des Bundes- bzw. Landeszielsteuerungsvertrages – eine Überarbeitung der Bestimmung des § 26 KAKuG und eine gesetzliche Konkretisierung des Versorgungsauftrages von Spitalsambulanzen erforderlich. Auf die Ausführungen zu § 2 wird hingewiesen.

Zu § 5 Abs. 3 Z. 6:

Ein umfassendes, vergleichbares und sektorenübergreifendes Qualitätsmanagement schließt eine Beibehaltung des im niedergelassenen Bereich etablierten Qualitätssicherungssystems durch die Österreichische Ärztekammer im eigenen Wirkungsbereich unter Beiziehung der ÖQMed (§§ 118a ff. Ärztegesetz) aus.

Zu § 5 Abs. 3 Z. 7:

Gemäß § 5 Abs. 3 Z. 7 sind Finanzierungs- und Honorierungssysteme so zu gestalten, dass die Ziele der Zielsteuerung unterstützt werden. Der Entwurf des Gesundheitsreformgesetzes 2013 enthält aber keine näheren Ausführungen dazu, wie eine Anpassung des Honorierungssystems im extramuralen Bereich ermöglicht werden kann. Entsprechende gesetzliche Regelungen, insbesondere im ASVG, sind jedenfalls vorzusehen. Auf die Ausführungen zu § 12 Abs. 2 wird hingewiesen.

Zu § 6 Abs. 2:

Die verpflichtende Durchführung von sektorenübergreifenden Patientenbefragungen wird grundsätzlich begrüßt. Eine Ergänzung zur Frage der Zuständigkeit der Koordinierung derartiger sektorenübergreifender Patientenbefragungen sowie eine Klarstellung zu den im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit angemessenen Intervallen wären aber wünschenswert.

Zu § 7:

Die in der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung – Gesundheit in Art. 7 enthaltenen Festlegungen zu künftigen Arbeiten an der Qualitätssicherung wurden teils in diese Bestimmung aufgenommen, teils werden sie in der Novelle zum Gesundheitsqualitätsgesetz bzw. KAKuG behandelt. Eine gesetzliche Umsetzung des Abs. 5 des Art. 7 der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit ist allerdings nicht ersichtlich. Gerade diese Bestimmung war den Ländern aber in den Beratungen zu den Art. 15a B-VG Vereinbarungen sehr wichtig, weil sie eine aus Sicht der Länder schon lange notwendige Redimensionierung der im ÖSG enthaltenen Strukturqualitätskriterien zum Gegenstand hat. Eine entsprechende Regelung wäre daher vorzusehen.

Zu § 7 Abs. 2 Z. 1:

Aus dem Allgemeinen Teil der Erläuterungen ergibt sich, dass unter bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen primär Peer-Review-Verfahren zu verstehen sind. Unklar ist in diesem Zusammenhang, inwieweit die bundesweiten Qualitätssicherungsverfahren auch (kostenpflichtige) Zertifizierungsverfahren, Audits undgl umfassen. Eine entsprechende Konkretisierung ist erforderlich.

Zu § 8 Abs. 1:

Diese Bestimmung könnte entfallen. Der Zielsteuerungsprozess ist Hauptgegenstand des Entwurfs des Gesetzes, der Prozess ist darin detailliert beschrieben. Die Regelung, dass dieser „nach anerkannten Verfahren“ (identer Text der Art. 15a B-VG Vereinbarung) bzw. „nach wissenschaftlich etablierten Methoden“ (§ 8 Abs. 1) zu erfolgen hat, ist zu unbestimmt.

Zu § 8 Abs. 3 Z. 2:

Die Bestimmung sieht die Möglichkeit vor, dass die Bundes-Zielsteuerungskommission den Entwurf eines Bundes – Zielsteuerungsvertrages der Bundesgesundheitskommission zur Stellungnahme vorlegt. Dagegen besteht grundsätzlich kein Einwand.

Die Erläuterungen legen nahe, dass eine ähnliche Bestimmung auf Landesebene ein vergleichbares Mitwirkungsrecht der Gesundheitsplattform bei den Landes-Zielsteuerungsverträgen vorsehen könnte. Weder für die Bundes-, noch für die Landesebene wird dazu eine entsprechende Verpflichtung in der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Finanzierung – Gesundheit gesehen, sodass es dem Landesgesetzgeber überlassen bleibt, ob er ein ähnliches Mitwirkungsrecht einräumt.

Zu § 8 Abs. 3 Z. 5:

Diese Bestimmung ist im Hinblick auf die Regelungen im 7. Abschnitt (§§ 25 ff) entbehrlich und sollte entfallen.

Zu § 8 Abs. 4 Z. 1:

Die Anordnung, dass die Sanktionsfolgen gemäß dem 8. Abschnitt greifen, ist nicht erforderlich, weil im 8. Abschnitt genaue Regelungen über den Sanktionsmechanismus geschaffen werden. Der letzte Satz in Z. 1 sollte daher ersatzlos gestrichen werden.

Zu § 8 Abs. 4 Z. 3:

Diese Bestimmung sollte die Verpflichtung von Bund und gesetzlicher Krankenversicherung klarer zum Ausdruck bringen, dass sie ihre gesetzlich vorgesehenen Rechte und Pflichten so ausüben müssen, dass die vorgesehene Frist für den Abschluss des Zielsteuerungsvertrages eingehalten werden kann. Die entsprechende Verpflichtung für das jeweilige Land festzulegen ist Aufgabe der Landesgesetzgebung.

Zu § 10:

Die Umsetzung des Art. 16 Abs. 3 der Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, der die gemeinsame Verantwortung und die wechselseitige Unterstützungspflicht zwischen Bund, Sozialversicherung und Ländern festlegt, fehlt und sollte an dieser Stelle für Bund und Krankenversicherung ausdrücklich geregelt werden.

Dies trifft auch auf andere Bestimmungen zu diesem Thema in der Art. 15a B-VG Vereinbarung Zielsteuerung -Gesundheit, wie etwa Art. 12 Abs. 5 und Art. 15 Abs. 5, zu. Die Umsetzung dieser Bestimmungen für die Länder obliegt dem Landesgesetzgeber. Auf die Ausführungen zu § 5 Abs. 1 Z. 3 sei verwiesen.

Zu § 12 Abs. 2:

In den Landes-Zielsteuerungsverträgen müssen „Festlegungen über die maßnahmenbezogene Umsetzung“ sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht getroffen werden, und zwar bezogen auf die in den Z. 1 bis 8. angeführten Maßnahmen. Anhand der Bestimmung in Z. 6 soll beispielhaft dargestellt werden, dass die festgelegten Maßnahmen ohne begleitende Regelungen an anderen Stellen wirkungslos bleiben:

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.

Die Vereinbarung zwischen Land und Krankenversicherung auf Landesebene, welche Rolle ein extramuraler Leistungsanbieter erfüllen soll, wird allein zu keiner Änderung im Gesundheitssystem führen, wenn nicht gleichzeitig die Krankenversicherung über eine Änderung der bestehenden Verträge mit den Leistungsanbietern sicherstellen kann, dass die Leistungsanbieter sich dieser (geänderten) Rolle gemäß verhalten. Der Entwurf des Gesundheitsreformgesetzes 2013 sieht aber an keiner Stelle eine Möglichkeit dafür vor.

Es wird daher gefordert, dass eine entsprechende Bestimmung in den Sozialversicherungsgesetzen vorgesehen wird, wonach Verträge mit Leistungsanbietern, die der verbindlichen sektorenübergreifenden Angebotsplanung in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit widersprechen, unter Berücksichtigung wohlerworbener Rechte angepasst werden müssen.

Eine ähnliche Regelung besteht derzeit bereits z.B. in § 338 Abs. 2a ASVG bezüglich der Großgeräte. Verträge, die dem Großgeräteplan widersprechen, sind nach dieser Bestimmung ungültig.

Eine ähnliche Regelung erscheint z.B. auch für die Umsetzung der gem. Z. 7 festgelegten „best points of service“ oder für Änderungserfordernisse, die sich aus der Berücksichtigung der Versorgungswirksamkeit je Leistungserbringer gem. Z. 8 ergeben, erforderlich.

Zu § 13 Abs. 2 Z. 1:

Im Verfahren zur Erstellung einer Empfehlung der gemeinsamen Medikamentenkommission scheint es nicht erforderlich, – nunmehr entgegen der Textierung in der Art. 15a B-VG Vereinbarung neu – den vertriebsberechtigten Unternehmen ein Stellungnahmerecht zwingend einzuräumen. Der zweite Satz in der Z. 1 ist daher zu streichen. Es bleibt der gemeinsamen Medikamentenkommission auch ohne Regelung unbenommen, eine Stellungnahme einzuholen, wenn sie dies im konkreten Anlassfall für erforderlich erachtet.

Zu § 13 Abs. 2 Z. 3:

Der vorliegende Entwurf eines Gesundheitsreformgesetzes beschränkt sich überwiegend darauf, die Formulierungen aus den beiden zugrunde liegenden Vereinbarungen gem. Art. 15a B-VG wortgleich zu übernehmen. Gerade in diesem Punkt, zu dem es in den Verhandlungen zur Erarbeitung der Art. 15a B-VG-Vereinbarung intensive Diskussionen gab und zu dem ein Kompromiss in den Verhandlungen zu Art. 19 Abs. 2 der Art. 15a B-VG Vereinbarung Zielsteuerung – Gesundheit in den Vereinbarungstext aufgenom-

men wurde, weicht der Gesetzentwurf jedoch völlig von der Vereinbarung ab. Dies wird insbesondere deshalb abgelehnt, weil dadurch die wichtige Anordnung aus Vereinbarung, dass die Heilmittel-Evaluierungskommission die Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission jedenfalls in ihre Empfehlungen an den Hauptverband der Sozialversicherungsträger aufzunehmen hat, nicht übernommen wird. Es wird daher gefordert, die Textierung aus der Vereinbarung in den Gesetzesentwurf zu übernehmen.

Auf die Ausführungen zu § 351g ASVG (Art. 3 Z. 20) sei verwiesen.

Zu § 13 Abs. 3:

In den Landes-Zielsteuerungsverträgen ist als Maßnahme zur Optimierung der Behandlungsprozesse die Patientensteuerung zum „best point of service“ vorzusehen. Ohne dass gleichzeitig die notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden, die den Partnern im Zielsteuerungsprozess Steuerungsmöglichkeiten in die Hand geben, wird diese Bestimmung völlig wirkungslos bleiben. Es wird daher gefordert, in den in Betracht kommenden Materiegesetzen (ASVG, KAKuG etc.) gesetzliche Bestimmungen zu schaffen, mit denen einerseits Patienten zum „best point of service“ geleitet werden können, andererseits aber auch die Leistungserbringer – und hier vor allem die niedergelassenen Ärzte – verpflichtet werden können, eine Steuerungsfunktion in die von den Zielsteuerungsverträgen vorgegebene Richtung zu erfüllen. Begleitend dazu wäre die Krankenversicherung gesetzlich zu verpflichten, derartige Steuerungsmöglichkeiten in den Gesamtverträgen vorzusehen.

Zu § 16 Abs. 2:

Der Inhalt der letzten beiden Sätze wird detailliert in § 17 geregelt. Die letzten beiden Sätze können daher entfallen.

Zu § 16 Abs. 3:

Diese Bestimmung enthält nur eine allgemeine Beschreibung der Ausgangsbasis für die Ermittlung von Ausgabenobergrenzen bzw. einen zu unkonkreten Verweis auf eine Analogie zum statistischen Verfahren des „System of Health Accounts“. Diese Bestimmung ist entbehrlich und sollte daher entfallen. Die Ermittlung der Gesundheitsausgaben und das System dafür sind in Abs. 5 in ausreichendem Maß geregelt.

Zu § 16 Abs. 7:

Die länderweise Zuordenbarkeit der Ausgabendämpfungseffekte soll durch diese Bestimmung 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 Z. 6:

Rahmenregelungen für Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen für sektorübergreifende Leistungsverchiebungen erfordern eine Präzisierung, von welchem Status aus Verschiebungen zu bewerten sind. Die konkrete Regelung fehlt im Gesetz, obwohl sie eigentlich in Art. 2 Abs. 2 der Art. 15a B-VG Vereinbarung Zielsteuerung – Gesundheit getroffen wird. Dasselbe gilt für § 17 Abs. 2 Z. 7

Siehe dazu die Ausführungen zu § 2.

Zu § 17 Abs. 2:

Diese Bestimmung regelt die Mindestinhalte der Finanzrahmenverträge auf Landesebene. In den Z. 1 bis 4 sind Inhalte aufgezählt. Die Z. 5 bis 7 enthalten eigenständige rechtliche Anordnungen in ganzen Sätzen und gehen daher von der reinen Aufzählung ab. Dies sollte sprachlich richtig gestellt werden, indem für die Z. 5 bis 7 eigene Absätze geschaffen werden.

Hinsichtlich der Bestimmung des § 17 Abs. 2 Z. 7 wird auf die Ausführungen zu § 17 Abs. 1 Z. 6 und zu § 2 verwiesen.

Zu § 18:

Die Abs. 2 und 3 sollten gestrichen werden, weil sie keinen eigenen normativen Gehalt haben. Die beiden Sätze könnten in die Erläuterungen aufgenommen werden.

Zu § 19:

Die Überschrift sollte lauten: „Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention“.

Die Bestimmung des Abs. 1 regelt die Aufbringung der Mittel aus der gesetzlichen Krankenversicherung für die landesgesetzlich einzurichtenden „Gesundheitsförderungsfonds“ (Sondervermögen in den Landesgesundheitsfonds). Daran schließt sich – eingeleitet durch die Wortfolge „Dabei ist sicherzustellen...“ – eine Aufzählung von Rahmenbedingungen für die Verwendung der Mittel. Dieser letzte Satz des Abs. 1 inklusive der Aufzählung ist aber Regelungsgegenstand der Landesgesetzgebung, weil Normadressat hier nur die Gesundheitsfonds sein können. Er hat daher zu entfallen. Sonst würde eine verfassungskonforme Interpretation der Formulierung „Dabei ist sicherzustellen...“ den Schluss nahelegen, dass die Mittel der Sozialversicherung von den Trägern nur aufzubringen sind, wenn die Z. 1 bis 3 erfüllt sind. Ein derartiger Ermessensspielraum ist aber aus der zugrundeliegenden Bestimmung des Art. 23 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung – Gesundheit keinesfalls abzuleiten. Siehe dazu auch die Ausführungen zu Art. 3 Z. 30 (§ 447g ASVG).

Auch die Bestimmung des Abs. 3 fällt in die Gesetzgebungskompetenz des Landes und sollte daher entfallen.

Zu § 22 Abs. 2 Z. 6:

In der Aufzählung der Aufgaben der Bundes – Zielsteuerungskommission wird unter Z. 6 eine Formulierung zu Rahmenregelungen für Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen verwendet, die in einem Spannungsverhältnis zu anderen Bestimmungen im Gesetz steht, insbesondere zu § 17 Abs. 1 Z. 6 und § 17 Abs. 2 Z. 7. In den beiden genannten Bestimmungen liegt der Schwerpunkt darauf, dass für sektorübergreifende Leistungsverchiebungen Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen zu entwickeln sind, während in § 22 nicht die Leistungsverchiebung, sondern der Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismus sektorübergreifend ist. Obwohl auch die zugrundeliegenden Bestimmungen in der Art. 15a B-VG Vereinbarung diesen Widerspruch aufwerfen, sollte jedenfalls im Gesetz eine entsprechende Anpassung vorgenommen werden.

Zu § 22 Abs. 2 Z. 16:

Die Formulierung sollte mit der Bestimmung des § 19 Abs. 1 abgestimmt werden. Gegenstand sollten die Mittel „zur Gesundheitsförderung und Prävention (Gesundheitsförderungsfonds)“ sein.

Zu § 23 Abs. 2:

Nur Verstöße gegen die beiden hier maßgeblichen Vereinbarungen gem. Art 15a B-VG (Zielsteuerung – Gesundheit sowie Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) sollen ein Vetorecht begründen. Die derzeitige Formulierung verweist auf alle bestehenden Art. 15a B-VG Vereinbarungen und ist daher auf die beiden angeführten Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG einzuschränken.

Zu § 24 Abs. 9:

Diese Regelung scheint missverständlich, zumal sie als Aufsichtsrecht der Sozialversicherung über die Erfüllung der Aufgaben durch den Landesgesundheitsfonds interpretiert werden könnte. Sie sollte daher dahingehend umformuliert werden, dass die Sozialversicherung im Rahmen ihrer Tätigkeit im Landesgesundheitsfonds verpflichtet wird, in Abstimmung mit dem Land diese Ziele zu verfolgen.

Zu § 28:

Diese Bestimmung ist in Umsetzung des Art. 33 Abs. 2 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Finanzierung – Gesundheit insoweit zu ergänzen, als klarzustellen ist, dass im Rahmen des G-ZG keine finanziellen Sanktionen für das Nicht-Erreichen von Zielen festgelegt werden können.

Zu § 32 Abs. 2:

Da dem unabhängigen und ausgewiesenen Experten eine wesentliche Funktion insbesondere bei Streitigkeiten aus den Landes-Zielsteuerungsverträgen zukommt, werden entsprechende Bestellungs- und Abberufungsrechte entweder auf gesetzlicher Basis oder zumindest im Rahmen einer Geschäftsordnung für die Bundes-Zielsteuerungskommission als unabdingbar erachtet.

Zu Art. 2 (Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten):Zu Z. 2 (§ 5b Abs. 6):

Eine korrespondierende Regelung wird auch für den niedergelassenen Bereich – allenfalls im Rahmen des Ärztegesetzes – als zweckmäßig erachtet.

Zu Z. 5 (§ 27b Abs. 5):

Siehe die Ausführungen zu Art. 13 Z. 8 (§ 3 Abs. 3 GQG).

Im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform sollte auch folgende Änderung des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes erfolgen:

Privaten Krankenanstalten, insbesondere selbstständigen Ambulatorien, kommt in der Gesundheitsversorgung, vor allem im Bereich der Unfallchirurgie eine wachsende Bedeutung zu. Dies trifft in besonderer

Weise für saisonbedingte große Herausforderungen in Österreichischen Tourismusregionen im Rahmen der Gesundheitsversorgung zu. In der Praxis zeigt sich, dass private selbstständige Ambulatorien einen wichtigen Versorgungsanteil im Rahmen der ambulanten und tagesklinischen Versorgung, insbesondere von Unfall- bzw. Sportverletzungen erfüllen. Durch deren Tätigkeit wird im Zusammenwirken mit den öffentlichen Krankenanstalten eine flächendeckende und zeitlich adäquate Versorgung sichergestellt. In der Praxis hat sich die Notwendigkeit einer präziseren Abgrenzung zur stationären Anstaltspflege gezeigt. Es soll daher eine Präzisierung der Definition in der Weise erfolgen, dass klargestellt wird, dass die kurzfristige Unterbringung höchstens 24 Stunden betragen darf. Damit wird insbesondere auch bei operativ tätigen selbstständigen Ambulatorien ein ausreichender Rahmen für den Behandlungsverlauf geschaffen.

Die Bestimmung des § 2 Abs. 1 Z. 5 sollte daher wie folgt lauten:

„selbstständige Ambulatorien, das sind organisatorisch selbstständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen. Der Verwendungszweck eines selbstständigen Ambulatoriums erfährt dann keine Änderung, wenn dieses Ambulatorium über eine angemessene Zahl von Betten verfügt, die für eine kurzfristige, **höchstens 24 Stunden dauernde** Unterbringung zur Durchführung ambulanter bzw. **tagesklinischer** diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist. Die Durchführung von Hausbesuchen im jeweiligen Einzugsgebiet ist zulässig.“

Zu Art. 3 (Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes):

(Die Anmerkungen gelten sinngemäß auch für die in den Art. 4 bis 6 geregelten Sozialversicherungsgesetze)

Zu Z. 1 (§ 23 Abs. 5):

Nach dieser Bestimmung soll im Fall eines vertragslosen Zustandes die Übernahme dieser Versorgung durch die Länder vereinbart werden können. Argumentativ stützen sich die Erläuternden Bemerkungen auf Art. 13 Abs. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Zielsteuerung-Gesundheit. Es lässt sich jedoch, soweit ersichtlich, aus der zit. Bestimmung der Art. 15a B-VG-Vereinbarung keine Übernahme der Versorgung durch die Länder ableiten. Art. 13 Abs. 7 leg. cit. erwähnt lediglich den Landesgesundheitsfonds, der jedoch rechtlich nicht mit dem Land gleichzusetzen ist. Vielmehr wird in der vom Bund gewählten Formulierung der Versuch gesehen, wengleich auch vorsichtig in Form einer Vereinbarung gekleidet, die Last der Leistungserbringung von den Trägern der Krankenversicherung auf die Länder zu überwälzen. Dabei haben die Länder keine Möglichkeit, das Vorliegen eines vertragslosen Zustandes zu verhindern bzw. die Vertragspartner zu einem Vertragsabschluss zu zwingen, um einen vertragslosen Zustand zu vermeiden.

Die Regelung für den Fall des vertragslosen Zustandes in Art. 13 Abs. 7 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit ist weder in § 24 Abs. 8 G-ZG (siehe die Anmerkung dort), noch in § 23 Abs. 5 ASVG angemessen umgesetzt. Da sich die Verpflichtung, schwerwiegende Folgen für die Bevölkerung abzuwenden, an die Landesgesundheitsfonds, und nicht an die Krankenanstalten, richten sollte, wäre eine Vereinbarung 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), fehlt und ist zu ergänzen.

Zu Z. 2 (§ 31 Abs. 2):

Die Erstellung des Rehabilitationsplanes unterliegt gem. Art. 4 der Änderungsvereinbarung zur Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ebenfalls der partnerschaftlichen Zielsteuerung – Gesundheit. Es besteht daher ein Änderungsbedarf auch hinsichtlich der Z. 5 des § 31 Abs. 2 dahingehend, dass dem Hauptverband nicht mehr die – alleinige - Erstellung des Rehabilitationsplanes, sondern die Mitwirkung an der Erstellung desselben im Rahmen der Vorgaben des genannten Art. 4 zusteht.

Zu Z. 5 (§ 82 Abs. 5):

Die Festschreibung einer Vergütung für den Hauptverband für die laufende Pseudonymisierung von Daten über die Bundesgesundheitsagentur wird abgelehnt. Die Bestimmung sollte ersatzlos entfallen. Hier ist auf die vormalige Regelung in Art. 37 Abs. 8 der Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, hinzuweisen, wonach vorgesehen war, dass eine Pseudonymisierungsstelle auf Kosten der Sozialversicherung beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger einzurichten ist. Trotz dieser Regelung haben die Länder im Wege einer Beschlussfassung der Bundesgesundheitskommission einen bestimmten Finanzierungsanteil übernommen. Im Zuge der Verhandlungen zur Änderung der Vereinbarung gemäß Art. 15a über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wurde die Aufnahme einer Kostentragungsregelung für den laufenden Betrieb der Pseudonymisierungsstelle ausdrücklich abgelehnt.

Im Übrigen stellt sich hinsichtlich der in den Z. 3, 5 und 7 gewählten Pseudonymisierung die Frage, ob nicht aus datenschutzrechtlicher Sicht, zumindest teilweise, eine Anonymisierung erforderlich ist.

Zu Z. 18 (§ 338):

Hier fehlt eine Regelung, wonach die Verträge (Vertragsregime) an den jeweiligen Zielsteuerungsvertrag anzupassen sind. Dementsprechende Verpflichtungen der niedergelassenen Ärzte als Vertragspartner des Gesamtvertrages, den Zielsteuerungsprozess in konkreten Punkten zu unterstützen, fehlen ebenso.

Es wird gefordert, dass eine Regelung in den Sozialversicherungsgesetzen vorgesehen wird, wonach Verträge mit Leistungsanbietern, die der verbindlichen sektorenübergreifenden Angebotsplanung in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit widersprechen, unter Wahrung wohlverworbener Rechte anzupassen sind.

Eine ähnliche Regelung besteht derzeit bereits z.B. in § 338 ASVG bezüglich der Großgeräte. Verträge, die dem Großgeräteplan widersprechen, sind nach dieser Bestimmung ungültig.

Zu Z. 20 (§ 351g Abs. 2 letzter Satz):

Nach Art. 19 Abs. 2 Z. 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit hat die Heilmittel-Evaluierungskommission (HEK) die Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission jedenfalls in ihre Empfehlungen an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HV) aufzunehmen. Diese Bestimmung verlangt eine Aufnahme der Beschlüsse in die Empfehlungen der HEK an den Hauptverband und diese Aufnahme ist der geforderte Minimalstandard, da die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit das Wort „jedenfalls“ verwendet.

Der vorgeschlagene Wortlaut für § 351g Abs. 2 letzter Satz („zu berücksichtigen“) erfüllt die von der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit geforderten Kriterien nur unzureichend. Es

wird daher gefordert, dass zumindest der Wortlaut der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit übernommen wird.

Zu Z. 30 (§ 447g):

Im Abs. 1 sollte klargestellt werden, dass sich die Sozialversicherungsträger nicht an den Landesgesundheitsfonds beteiligen, sondern an der Aufbringung der Mittel für die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention im „Gesundheitsförderungsfonds“. Anstelle des Wortes „den“ sollte daher die Wortfolge „an der Aufbringung der Mittel der“ treten.

Zu Art. 13 (Änderung des Gesundheitsqualitätsgesetzes):

Art. 7 Abs. 3 Z. 2 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG 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. in den Sozialversicherungsgesetzen (Grundlage des Gesamtvertrages).

Zu Z. 8 (§ 3 Abs. 3):

Art. 7 der Vereinbarung gem. Art 15a B-VG 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 erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken im Hinblick auf die Regelungskompetenz hinsichtlich des intramuralen Bereiches, 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. Die Verpflichtung der Landesgesundheitsfonds sollte daher an dieser Stelle gestrichen werden. Die Bindung der Abrechenbarkeit der Leistungen der fondsfinanzierten Krankenanstalten an die Einhaltung dieser Qualitätsstandards ist ohnehin unter Art. 2 Z. 5 (§ 27b Abs. 5 KAKuG) vorgesehen.

Zu Art. 14 (Änderung des Ärztegesetzes 1998):

Im Ärztegesetz fehlt eine grundsätzliche Regelung, wonach die Verträge mit der Sozialversicherung an den jeweiligen Zielsteuerungsvertrag anzupassen sind. Die Verpflichtung der niedergelassenen Ärzte als Vertragspartner des Gesamtvertrages, den Zielsteuerungsprozess in konkreten Punkten zu unterstützen, fehlt ebenso.

Es wird gefordert, dass eine Regelung vorgesehen wird, wonach Verträge, die der verbindlichen sektorenübergreifenden Angebotsplanung in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit widersprechen, unter Wahrung wohlverworbener Rechte angepasst werden müssen.

Auf die Ausführungen zu Art. 3 Z. 18 (§ 338 ASVG) wird hingewiesen.

Zu Z. 3 (§ 117c):

Art. 7 Abs. 2 Z. 2 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung – Gesundheit sieht vor, 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.

Mit der vorgesehenen Novelle würde der Ärztekammer im übertragenen Wirkungsbereich die Erarbeitung qualitätssichernder Maßnahmen gem. § 7 G-ZG übertragen. Das widerspricht den Vorgaben der Vereinbarung. In § 7 G-ZG wird richtigerweise der Ärztekammer ein Mitwirkungsrecht eingeräumt. Die Bestimmung im ÄrzteG sollte daher ebenfalls auf die „Mitwirkung bei der Erarbeitung...“ beschränkt werden.

Ungeachtet der derzeitigen Festlegungen in den beiden zugrunde liegenden Art. 15a B-VG Vereinbarungen sei darauf hingewiesen, dass bei der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich die Kontrolle der Einhaltung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht durch eine Interessensvertretung gegenüber ihren Mitgliedern (Gesellschaft für Qualitätssicherung als Gesellschaft der Österreichischen Ärztekammer nach Maßgabe des § 118a Ärztegesetz 1998) erfolgen sollte, sondern die Kontrolle durch eine – von der Ärztekammer – unabhängige Stelle im Interesse einer funktionierenden Qualitätssicherung und damit im Interesse der Patientinnen und Patienten vorgesehen werden sollte.

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

Die beabsichtigten Änderungen stehen insbesondere im Zusammenhang mit der Pseudonymisierung von Patientendaten und der Vorbereitung einer angestrebten sektorenübergreifenden vergleichbaren Dokumentation ambulanter Leistungen. Vorweg wird darauf hingewiesen, dass die Beurteilung der Machbarkeit und Sinnhaftigkeit der angestrebten ambulanten Leistungsdokumentation grundsätzlich die Kenntnis der Durchführungsverordnung nach § 6g des Entwurfes voraussetzen würde.

Einleitend wird im Zusammenhang mit den ambulanten Leistungsdaten nach § 6 Abs. 4 auf die bereits in zahlreichen Arbeitsgruppen auf Ebene des BMG und in der Stellungnahme des Landes Tirol vom 02.04.2010, Präs.II-26/696 (Entwurf einer Dokumentationsgesetz-Durchführungsverordnung; zu GZ BMG-71100/0002-I/C/14/2010 vom 10. März 2010) geäußerten schwerwiegenden Bedenken, hingewiesen (Ausgestaltung eines für Abrechnungszwecke tauglichen Kataloges ambulanter Leistungen [KAL]). Diese stellen sich zusammenfassend wie folgt dar:

Grundsätzlich erscheint es mittelfristig sinnvoll, wenn analog zum stationären Bereich (LKF-Bepunktungssystem) auch im intramuralen ambulanten Bereich durch den Bund ein ambulantes Leistungsdokumentationssystem und für Abrechnungszwecke einsetzbares Bepunktungssystem entwickelt würde. Ein derartiger bundeseinheitlicher KAL müsste dann durch die einzelnen Länder verpflichtend zur Dokumentation der Leistungen herangezogen werden. Optional könnten dann jene Länder, in denen dies für zweckmäßig gehalten wird, den Katalog für verschiedene Abrechnungszwecke (LGF-Inlandsabgeltung, zwischenstaatliche Abrechnung, Regressabrechnung und Abrechnung für Ambulanzgebühren) entsprechend den individuellen Erfordernissen der einzelnen Länder nutzen.

Auf Grundlage der durch die Bundesgesundheitskommission beschlossenen „Organisationsbeschreibung – Datenaustausch mit Krankenanstalten“ (KAOrg) des HV/SV und dem darin begründeten E11-Datensatz erfolgen die wesentlichen Abrechnungsfunktionen seit 1997 in Tirol auf Basis des TGF-Ambulanzleistungskataloges. (<http://www.tirol.gv.at/themen/gesundheit/krankenanstalten/downloads/>)

Der Tiroler Gesundheitsfonds und insbesondere die TGKK haben damit die bereits in der seit 1997 in den Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG für die Krankenanstaltenfinanzierung enthaltenen Bestimmungen, dass der gesamte elektronische Datenaustausch zwischen den öffentlichen Tiroler Krankenanstalten und der Sozialversicherung elektronisch zu erfolgen hat, umgesetzt.

Im E11-Datensatz können nur die Leistungen nach einem Katalog erfasst werden. Der Aufbau einer weiteren Kommunikationsschiene oder einer doppelten Dokumentation durch die Krankenanstalten (nach dem TGF-Ambulanzabrechnungskatalog und nach einem KAL) oder einer „Überleitung“ (Mapping) der ambulanten Leistungsdaten wäre im Hinblick auf das funktionierende Tiroler System weder machbar noch der Aufwand hierfür sachlich gerechtfertigt.

Die Voraussetzungen für eine zur LKF-Dokumentation und –abrechnung analoge bundeseinheitliche intramurale ambulante Leistungsdokumentation sind bislang nicht geschaffen worden. Der KAL des BMG ist derzeit weder kostenmäßig durchgehend bewertet noch hinsichtlich der Struktur für Abrechnungszwecke geeignet (z.B. wären die Bereiche Labor und Zahnheilkunde nicht umfasst).

Im Fall eines implementierten Ambulanzleistungsdokumentations- und –abrechnungssystems wäre, analog zur Vorgangsweise bei den LKF-Modellen, eine Modellfixierung und –bekanntgabe an die Fondskrankenanstalten jeweils bis längstens 30.06. des vorangegangenen Jahres erforderlich. Die erforderlichen Vorlaufzeiten für die erstmalige Implementierung sind jedoch wegen der gesamthaften Umstellungserfordernisse deutlich länger anzusetzen (Anpassung der Hauskataloge der Fondskrankenanstalten, Vorbereitungsarbeiten im TGF, Bemessung von Punktwerten respektive des Steuerungsbereiches, IT-Technische Vorbereitung in den Krankenanstalten, Kommunikation mit den KV-Trägern und den weiteren Systempartnern, Beschlussfassung in den Organen, etc.).

Zu Z. 5 (§ 3 Abs. 2):

[Ersatz der Aufnahmezahl durch eine Datensatz-ID; Ersatz des Geburtsdatums durch die Altersgruppe; analog dazu auch im ambulanten Bereich]:

Es wird davon ausgegangen, dass für diese Aufgaben seitens des BMG den Landesfonds ein IT-Programm zur Verfügung gestellt wird und die sonstigen Funktionalitäten im Datenmanagement nicht wesentlich verändert werden.

Zu Z. 8 (§ 5 Abs. 2) und Z. 11 (§§ 6a bis 6g):

Nach dem Entwurf hat das Bundesministerium die Daten aus dem Berichtswesen den Ländern und Landesgesundheitsfonds „ohne Pseudonym“ zu übermitteln, „...soweit dies zur Wahrnehmung der diesen gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist“. Die Wahrnehmung der Aufgaben der Landesgesundheitsfonds macht es jedoch gerade erforderlich, die Besuche der Patienten bei den verschiedenen Leistungserbringern zusammenfassend zu analysieren („Patientenkarrieren“). Aus diesem Grund ist nicht einsichtig, weswegen den Landesgesundheitsfonds die Pseudonyme vorenthalten werden sollten; die Datenflüsse sind jedenfalls so zu gestalten, dass auch für die Landesgesundheitsfonds entsprechende Möglichkeiten gegeben sind.

Zu Z. 10 (§ 6 Abs. 4):

Zum Berichtswesen zu den ambulanten Leistungen (§ 6 Abs. 4 Z. 4) wird auf die einleitenden Bemerkungen verwiesen. **Die verpflichtende Einführung des KAL ohne den Funktionalitäten für die Abrechnungsfunktionen Rechnung zu tragen, bzw. eine Einführung desselben ohne entsprechende Vor-**

laufzeit (von – bei besten Voraussetzungen – eineinhalb Jahren) würde bedeuten, dass entweder dem System der Tiroler Ambulanzleistungsabrechnung der Boden entzogen würde oder keine zufriedenstellende Leistungsdatenmeldung nach dem KAL erfolgen könnte. Aufgrund dessen werden die diesbezüglichen Bestimmungen des Entwurfes entschieden abgelehnt.

Im Sinn der bestmöglichen Erreichung wesentlicher Bestandteile der Zielsteuerung-Gesundheit (§ 5 Abs. 3 G-ZG) wird angeregt, den Klammerausdruck in Z. 5 zu entfernen, zumal die codierte Diagnosedokumentation ein essentieller Faktor insbesondere für die Qualitätsmessung im ambulanten Bereich ist und auf Basis von optional angeführten Diagnosen nur schwer aussagekräftige Informationen zu gewinnen sind.

Zu Z. 11 (§§ 6a bis 6g):

Im Entwurf (§ 6b) ist als vierter Abgabetermin beim BMG der 31. März des Folgejahres vorgesehen. Da die Daten gemäß KDoK-Jahresmeldung gesamthaft am 31. Mai des Folgejahres abzugeben sind, wird angeregt, den Termin für die Daten des ambulanten Berichtswesens daran anzupassen. Ansonsten wäre auch die Zeitspanne zwischen dem Abgabetermin bei den Landesfonds nach § 6a (28. Februar) und dem 31. März sehr knapp, was sich negativ auf die die Datenqualitätssicherung betreffenden Maßnahmen auswirken kann.

Hinsichtlich der Umschlüsselung extramuraler Daten durch den Hauptverband der Sozialversicherungsträger nach § 6c ist aus Expertensicht und aufgrund der im Zuge jahrelanger Arbeitsgruppentätigkeit auf Ebene des BMG gewonnener Erkenntnisse zum wiederholten Male darauf hinzuweisen, dass die „Umschlüsselung“ in weiten Bereichen zu einer massiven Verzerrung der Informationen über das tatsächliche Leistungsgeschehen führen würde und auch sektorenübergreifend keine umfassende Vergleichbarkeit gegeben wäre. Das Umschlüsseln von Leistungsdaten der diversen (abrechnungsorientierten) KV-Kataloge auf die Metahonorarordnung des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger und wiederum auf einen KAL und das Vergleichen der so gewonnenen Leistungsdaten mit den Dokumentationen des intramuralen Bereiches (die teilweise auch auf „Umschlüsselungen“ beruhen) würde zu derart ungenauen sektorenübergreifenden Aussagen führen, dass der Aufwand für eine derartige Datengewinnung nicht gerechtfertigt erscheint. Auf diesen Umstand wird seit Jahren seitens des Landes Tirol und seitens anderer Länder hingewiesen (siehe z.B. auch das „Linzer Memorandum“).

Mittelfristig könnte im besten Falle das intramurale Leistungsgeschehen auf Grundlage eines KAL im Sinne der einleitenden Ausführungen (siehe Punkt a) einigermaßen vergleichbar gemacht werden (Datenqualitätsniveau in etwa vergleichbar mit den LKF-Daten).

Hinsichtlich der Bestrebungen, sektorenübergreifende Vergleiche des Ambulanzleistungsgeschehens durchzuführen, ist bei den derzeitigen Gegebenheiten Vergleichen von Frequenzen (Kostenstellenfrequenzen im Krankenhaus, Arzt-Besuche im niedergelassenen Bereich) der Vorzug zu geben.

Zur Bestimmung des § 6c ist zu bemerken, dass auch für den niedergelassenen Bereich zu diesem Zweck die gleiche codierte Diagnosedokumentation wie im spitalsambulanten Bereich verpflichtend einzuführen ist.

Eine Ausfertigung dieser Stellungnahme wird unter einem auch dem Präsidium des Nationalrates übermittelt.

Für die Landesregierung:

Dr. Liener
Landesamtsdirektor

Abschriftlich

An die
Abteilungen

Krankenanstalten zu Zl. Vf-C-300-100/68 vom 4. März 2013

Kranken- und Unfallfürsorge zu Zl. KUF-3-1037/13 vom 27. Feber 2013

Gesundheitsrecht zur E-Mail (Dr. Biechl) vom 28. Feber 2013

Landessanitätsdirektion zu Zl. Vc-3501/1090 vom 1. März 2013

Finanzen zu Zl. FIN-1/201/1251-2013 vom 26. Feber 2013

im Hause

zur gefälligen Kenntnisnahme übersandt.