



Das Land  
Steiermark

AMT DER STEIERMÄRKISCHEN LANDESREGIERUNG



Bundesministerium für Gesundheit  
Radetzkystraße 2  
1030 Wien

Bearbeiter/in:  
Mag. Ines Wünsch-Brandner  
Tel.:  
Fax:  
E-Mail: [abt08gp-legistik@stmk.gv.at](mailto:abt08gp-legistik@stmk.gv.at)

Bei Antwortschreiben bitte  
Geschäftszeichen (GZ) anführen

GZ: ABT03VD-10178/2012-7      Bezug: BMG-71100/0003-      Graz, am 12. März 2013  
I/B/12/2013  
Ggst.: Entwurf eines Gesundheitsreformgesetzes 2013;  
Begutachtungsverfahren, Stellungnahme

Sehr geehrte Damen und Herren!

Zu dem mit do. Schreiben vom 14.02.2013, obige Zahl, übermittelten Entwurf zum Gesundheitsreformgesetz wird folgende Stellungnahme abgegeben:

**Allgemein zur Entsprechung der Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens:**

Einleitend wird festgehalten, dass mit der Vereinbarung gem. Art 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und der Änderungen der Vereinbarung gem. Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ein neuer Weg in der Organisation des Gesundheitswesens beschritten werden und hierfür - vor dem Hintergrund des Finanzausgleichgesetzes und des österreichischen Stabilitätspaktes – eine partnerschaftliche intra- und extramurale bzw. sektorenübergreifende Planung und Steuerung sowie eine sektorenübergreifende Finanzierung umgesetzt werden soll.

Um diese zu erreichen, ist eine Intensivierung der Abstimmungsprozesse und Verstärkung wechselseitiger Interdependenzen beabsichtigt. Zur Umsetzung für die in den Vereinbarungen gem. Art. 15a B-VG vorgesehenen Ziele müssen daher die entsprechenden Instrumentarien insbesondere

für die Sozialversicherung als Systempartner vorgesehen werden. Jedoch sind bei den hierfür relevanten Bestimmungen des ASVG keine Regelungen eingefügt worden, wonach es den Sozialversicherungsträgern möglich ist, die Verhandlungsergebnisse der Bundes- und der jeweiligen Landeszielsteuerungsverträge mit den Vertragspartnern der Gesamtverträge auch umzusetzen. Aber insbesondere wenn die Abstimmung des intra- und extramuralen Bereiches verbessert und verstärkt werden soll, ist es erforderlich, im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Gesetze sowohl die Möglichkeit als auch die Verpflichtung für die Sozialversicherung zu schaffen, entsprechende Verhandlungen zu den relevanten Verträgen aufzunehmen bzw. Adaptierungen vorzunehmen. In diesem Zusammenhang darf auch auf die Vorgabe in Artikel 4 der Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens betreffend den Österreichischen Strukturplan Gesundheit sowie die jeweiligen Regionalen Strukturpläne Gesundheit verwiesen werden. Auch hier scheint in den die Sozialversicherungsträger betreffenden Bestimmungen keine Umsetzung vorgesehen zu sein.

Des Weiteren finden sich keine gesetzlichen Umsetzungsschritte zu Artikel 4 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. So fehlen gesetzliche Regelungen zu Absatz 7, der die Abänderung oder gegebenenfalls die Rücknahme von erteilten bzw. bestehenden Bewilligungen von Leistungsanbieterinnen/Leistungsanbietern unter größtmöglicher Schonung wohlverworbener Rechte zum Gegenstand hat. Auch in Entsprechung des Absatzes 8 sind zur verpflichtenden Einhaltung der qualitativen Inhalte des ÖSG/RSG für den Bereich der Krankenversicherungsträger keine gesetzlichen Umsetzungsschritte vorgenommen worden.

Hinsichtlich des Artikels 8 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens scheint im vorliegenden Entwurf des Gesundheitsreformgesetzes 2013 ein Auftrag an die Sozialversicherung als Systempartner zur Entwicklung eines bundeseinheitlichen Modells betreffend Abgeltungssystematik sowie zur Evaluierung der bestehenden Modelle im ambulanten Bereich hinsichtlich ihrer Anreiz- und Steuerungswirkung zu fehlen. Ebenso fehlt eine Ermächtigung der Sozialversicherungsträger in Entsprechung der Regelung des Art. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, um die sektorenübergreifenden Abrechnungsmodelle für den ambulanten Bereich erarbeiten zu können.

#### **Allgemein zur Entsprechung der Art. 15a B-VG Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit:**

Hinsichtlich dieser genannten Vereinbarung, welche sich in Art. 12 Abs. 4 Z. 6, Art. 15 Abs. 4 Z. 5 sowie Art. 18 Abs. 2 Z. 2 auf ambulante Versorgungsformen und insbesondere auf innovative Versorgungsformen bezieht, erscheint es erforderlich, die entsprechenden gesetzlichen Regelungen zu treffen, um diesem Auftrag entsprechen zu können.

In Entsprechung des Art. 16 Abs. 4 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, wird angeregt, eine Bestimmung hinsichtlich der Sozialversicherungsträger vorzusehen, damit die bestehenden Zielsteuerungssysteme im Bereich der öffentlichen Gesundheit dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag bzw. den Landes-Zielsteuerungsverträgen nicht widersprechen dürfen.

**Zu Artikel 1, Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz - G-ZG):**

Der Entwurf eines Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes ruft kompetenzrechtliche Bedenken hervor:

Art. 38 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit zählt jene gesetzlichen Regelungen auf, die der Bund zur Sicherstellung der Errichtung und der Durchführung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit insbesondere vorzusehen hat. Auch wenn die Aufzählung nicht taxativ ist, so zeigt sie sehr klar, dass der Umsetzungsbedarf und die Umsetzungsverpflichtung des Bundes darin liegt, die Erfüllung von Verpflichtungen, die nicht unmittelbar von den Vertragsparteien der genannten Art. 15a-Vereinbarung zu erfüllen sind, sicherzustellen, soweit dies in seiner Gesetzgebungskompetenz liegt. In diesem Sinne führen die Erläuterungen zum Entwurf des G-ZG auch aus, dass durch dieses Gesetz die Zuständigkeiten der Länder unberührt bleiben und entsprechend der kompetenzrechtlichen Zuständigkeit des Bundes ausschließlich die Aufgaben des Bundes (Bundesministerin/Bundesminister für Gesundheit) und der gesetzlichen Krankenversicherung sowie erforderlichenfalls anderer bundesgesetzlich geregelter Selbstverwaltungskörper im Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit auf Bundes- und Landesebene geregelt werden.

Von diesem inhaltlich einwandfreien Konzept weicht der Entwurf des G-ZG allerdings ab, indem er über weite Strecken den Text der Art. 15a-Vereinbarung mit minimalen sprachlichen Änderungen wiederholt, was mit „einer für den Normadressaten möglichst verständlichen Form“ und „teilweise narrativer Darstellung“ begründet wird. Diese Begründung überzeugt schon deshalb nicht, weil die Normadressaten hochspezialisierte im Gesundheitswesen tätige Akteure sind, die in der Lage sind, den Text von Art. 15a-Vereinbarungen mit den dazugehörigen Ausführungsgesetzen gemeinsam zu lesen und zu verstehen, und weil Gesetze per definitionem normative, niemals narrative Funktion haben. Vor allem aber scheint die Regelungstechnik des Entwurfes kompetenzrechtlich nicht gedeckt. Auch wenn zuzugestehen ist, dass die Salvatorische Klausel des § 1 („Die Zuständigkeiten der Länder bleiben unberührt.“) die Absicht zum Ausdruck bringt, nur Angelegenheiten normativ zu regeln, die in der Gesetzgebungskompetenz des Bundes liegen, so reicht dies dennoch nicht aus, die fehlende Kompetenz zu ersetzen. Als Kompetenzgrundlage führen die Erläuterungen (Art. 10 Abs. 1 Z. 12 B-VG („Gesundheitswesen“) und hinsichtlich der privatrechtlichen Zielsteuerungsverträge Art. 10 Abs. 1 Z. 6 B-VG („Zivilrechtswesen“) an. Die Zielsteuerung-Gesundheit bezieht sich aber auf alle intra- und extramuralen Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens in struktureller und organisatorischer Hinsicht. Insbesondere dass der Inhalt der Zielsteuerungsverträge auf Basis von Art. 10 Abs. 1 Z. 6 B-

VG normiert werden kann, ist daher zu bezweifeln. Wenn auch der Ausdruck „Vertrag“ ein privatrechtliches Verhältnis nahelegt, so zeigt deren Inhalt, dass es sich ausschließlich um die Wahrnehmung von gesundheits- und finanzpolitischen öffentlichen Aufgaben handelt, die für eine Privatperson als Vertragsgegenstand niemals in Betracht kämen. Auch der Ausschluss des Rechtswegs in § 32 und die Erläuterungen zum Schlichtungsverfahren („Verfahren sui generis“) deuten eher auf einen öffentlich-rechtlichen Vertrag hin.

Im Gegensatz zu Art. 8 Abs. 3 Z. 2 der Art 15a B-VG Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit sieht § 8 Abs. 3 Z. 2 G-ZG vor, dass zum Bundes-Zielsteuerungsvertrag eine Stellungnahme der Bundesgesundheitskommission eingeholt werden kann. Den Erläuterungen (S. 19) folgend soll diese Möglichkeit auch auf Landesebene offen stehen. Dies ist aber nicht Bestandteil der ursprünglichen Vereinbarung.

Hingewiesen wird auf eine ähnliche Unstimmigkeit in § 22 Abs. 2 G-ZG und diesem zu Grunde liegenden Art. 12 Abs. 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit. Hier ist der Aufzählung in Absatz 4 über die Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission ein Satz angefügt, wonach der Entwurf des ÖSG vor Beschlussfassung in der Bundes-Zielsteuerungskommission den Mitgliedern der Bundesgesundheitskommission zur Abgabe einer allfälligen Stellungnahme vorgelegt werden kann.

### **Zu Artikel 3, Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes:**

Es wird darauf hingewiesen, dass der in § 82 Abs. 5 letzter Halbsatz und Satz enthaltene Zusatz betreffend die Kostentragung der Pseudonomisierungsstelle nicht erforderlich ist, da hierzu bereits entsprechende Beschlüsse gefasst wurden. Es wird daher angeregt, diesen Zusatz zu streichen, zumal eine gesetzliche Regelung in dieser Angelegenheit nicht getroffen werden muss.

Aus Sicht der Steiermark wird besonderes Augenmerk auf die Umsetzung der Regelungen der Art. 25 Abs. 8a und Art. 37 Abs. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens gelegt. Die in § 84a Abs. 5 Z. 2 ASVG vorgeschlagene Bestimmung entspricht nicht der in der Vereinbarung vorgesehenen Regelung, sondern stellt eine unzulässige sinnverändernde Umformulierung dar, die grundsätzlich unzulässig ist. In Entsprechung des Art. 25 Abs. 8a ist in § 84a Abs. 5 Z. 1 nämlich vorgesehen, dass die Sozialversicherungsträger verpflichtet sind, auf elektronischem Weg den Landesgesundheitsfonds auf deren Anforderung die zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigten Daten in entsprechend aufbereiteter und nachvollziehbarer Form zu übermitteln. Ziffer 2 der gegenständlichen Bestimmung sieht vor, dass die Sozialversicherungsträger verpflichtet sind, der Bundesgesundheitsagentur pseudonymisierte Diagnose- und Leistungsdaten über die auf ihre Rechnung erbrachten medizinischen Leistungen in einer standardisierten und verschlüsselten Form zur Verfügung zu stellen. Diese Formulierung enthält

im Gegensatz zu Art. 37 Abs. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens nicht die Landesgesundheitsfonds – wie im Übrigen auch in diesem Sinne der erste Satz des § 84a Abs. 5 ASVG idgF. Dem Argument, dass die Daten der Ziffer 2 bereits in der allgemeinen Bestimmung der Ziffer 1 enthalten sind, kann nur zum Teil gefolgt werden, da die Daten der Ziffer 1 nur auf Anforderung zu übermitteln sind. Die Intention des Artikel 37 Abs. 9 der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens lautet aber „Für die gemeinsame Beobachtung, Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesen haben die Sozialversicherungsträger sowie die Krankenfürsorgeanstalten, soweit diese im Rahmen der Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds im Wege der beim Hauptverband eingerichteten Pseudonymisierungsstelle pseudonomisierte Diagnosen- und Leistungsdaten aus dem bereich der vertragsärztlichen Versorgung in einer standardisierten und verschlüsselten Form zur Verfügung zu stellen.“ Hierbei handelt es sich um Daten die jedenfalls – und nicht erst auf Anforderung - unter den gegebenen Voraussetzungen auch den Landesgesundheitsfonds zur Verfügung zu stellen sind, weshalb ist es erforderlich, die Landesgesundheitsfonds ebenfalls in Ziffer 2 neben der Bundesgesundheitsagentur anzuführen.

Zu § 338 Abs. 1 ASVG wird auf die oben angeführten Ausführungen hinsichtlich der fehlenden Regelungen verwiesen, die den Sozialversicherungsträgern Instrumente zur Umsetzung und Gestaltung der Gesamtverträge gibt.

#### **Zu Artikel 15, Änderung des Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH:**

Der letzte Satz des § 5 Abs. 1a des Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH ist in Verbindung mit § 26 Z 1 G-ZG, der vorsieht, dass das Monitoring durch die Tochtergesellschaft der Gesundheit Österreich GmbH erfolgt, nicht nachvollziehbar. In Anbetracht der gesetzlich definierten Aufgaben und „Auftraggeber“ könnte dieser Satz entfallen.

Eine Ausfertigung dieser Stellungnahme wird in elektronischer Form auch dem Präsidium des Nationalrates übermittelt.

Mit freundlichen Grüßen  
Für die Steiermärkische Landesregierung  
Der Landesamtsdirektor

Mag. Helmut Hirt  
(elektronisch gefertigt)

**Ergeht per E-Mail:**

1. dem Präsidium des Nationalrates  
[begutachtungsverfahren@parlament.gv.at](mailto:begutachtungsverfahren@parlament.gv.at)
2. allen steirischen Mitgliedern des Nationalrates
3. allen steirischen Mitgliedern des Bundesrates
4. allen Ämtern der Landesregierungen
5. allen Klubs des Landtages Steiermark  
sowie der Direktion des Landtages Steiermark
6. der Verbindungsstelle der Bundesländer  
beim Amt der NÖ Landesregierung

zur gefälligen Kenntnisnahme.