



Amt der Vorarlberger Landesregierung

Zahl: PrsG-312.50

Bregenz, am 12.11.2010

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und
Konsumentenschutz
Stubenring 1
1010 Wien
SMTP: stellungnahmen@bmask.gv.at

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

Betreff: [Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes u.a. \(Teil des Budgetbegleitgesetzes 2011-2014\), Entwurf; Stellungnahme](#)
Bezug: [Schreiben vom 28. Oktober 2010, GZ: BMASK-21119/0016-II/A/1/2010](#)

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen den übermittelten Gesetzesentwurf bestehen keine Einwände.

Darüberhinaus wird Folgendes mitgeteilt:

Grundsätzliches zum ASVG:

1. Schaffung einer gesetzlichen Ermächtigung zur Durchführung von Modellvorhaben im Rahmen einer Modellregion

Im Regierungsprogramm zur XXIV. Gesetzgebungsperiode bekennt sich die Bundesregierung zur Möglichkeit der Bildung von Modellregionen mit dem Ziel der Einführung neuer integrierter Modelle zur gemeinsamen österreichweiten Strategie, Planung und Steuerung im Gesundheitswesen.

Während etwa das deutsche Sozialgesetzbuch (Fünftes Buch „Gesetzliche Krankenversicherung“) ausdrückliche Ermächtigungen zur Durchführung von Modellvorhaben enthält, um die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung zu erhöhen, sind dem österreichischen Sozialversicherungsrecht ähnliche Regelungen zur Erprobung innovativer integrierter Versorgungsformen – mit Ausnahme des Reformpools – fremd. Das Besondere an den deutschen Regelungen liegt darin, dass bei Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben insbesondere von den gesamten Vorschriften über die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern abgewichen werden kann. Bezüglich der Anreiz- und

Steuerungsmechanismen besteht die Möglichkeit, dass erzielte Einsparungen an die Versicherten weitergegeben werden können.

Die Vorarlberger Landesregierung schlägt deshalb die Schaffung eines „Modellparagrafen“ im Krankenversicherungsrecht wie folgt vor:

„§ 84c ASVG

Modellprojekte zur integrierten Gesundheitsversorgung

- (1) Die Krankenversicherungsträger können zur Erprobung von Modellen zur Integrierten Gesundheitsversorgung und deren Finanzierung oder zur Schaffung sektorenübergreifender Finanzierungs- und Kooperationsstrukturen die Durchführung von befristeten Modellprojekten zur integrierten Gesundheitsversorgung mit einzelnen Ländern, Landesgesundheitsfonds, gesetzlichen Interessensvertretungen der Ärzte und Zahnärzte, der gesetzlichen Interessensvertretung der privaten Krankenversicherungsträger oder einzelnen Leistungserbringern vereinbaren.*
- (2) Die Vereinbarungen nach Abs 1 können Abweichendes von einzelnen Vorschriften dieses Gesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen, insbesondere den Gesamtverträgen, insoweit regeln, als die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der integrierten Gesundheitsversorgung bzw der sektorenübergreifenden Finanzierungs- und Kooperationsstruktur entspricht, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung bzw der sektorenübergreifenden Finanzierung und Kooperation verbessert oder aus sonstigen Gründen zu ihrer Durchführung erforderlich ist.*
- (3) Die Vereinbarung eines Modellprojektes zur integrierten Gesundheitsversorgung bedarf zu seiner Wirksamkeit der Zustimmung des Bundesministers für Gesundheit und des Bundesministers für Finanzen. “*

Dementsprechend sollte auch im Kranken- und Kuranstaltengrundsatzgesetz (KAKuG) eine entsprechende Ermächtigung zum Abschluss von Vereinbarungen durch das Land vorgesehen und abweichende Regelungen vom KAKuG zugelassen werden.

2. Schaffung einer gesetzlichen Verpflichtung zur Entwicklung und Zurverfügungstellung von „Managed Care“-Modellen im prähospitalen Bereich:

„Managed Care“-Modelle haben den Anspruch einer ganzheitlich, von einer Hand gesteuerten Gesundheitsversorgung durch die gesamte Leistungskette. Sie basieren insbesondere auf einer Optimierung der Patienteninformationen und Patientensteuerung an allen Stellen der Integrierten Versorgung. Konstitutiv für „Managed Care“-Modelle ist für uns die Annahme, dass Kosten und Qualität nicht

zwangsläufig gegenläufige Ziele sind, sondern Qualitätssteigerung und Senkung der Kosten gleichzeitig erreicht werden können. Durch die unmittelbare Einflussnahme der Krankenversicherungsträger als Leistungsfinanziers auf die niedergelassenen Ärzte als Leistungserbringer als auch durch Anreizsystem für ihre Versicherten sollen beide Ziele verwirklicht werden.

Die Intensivierung von „Managed-Care“-Modellen sollte mit neuen Versicherungsformen verbunden werden, mit denen folgende Ziele erreicht werden sollten:

- Stärkung der Inanspruchnahme des niedergelassenen Bereiches und Optimierung beim Fachärztezugang
- Bedarfsgerechte Zuweisung von Patienten zu den jeweiligen Versorgungsstufen
- Entwicklung intelligenter Anreizsystem für Patienten

Analog den aktuellen Entwicklungen in der Schweiz sollten die gesetzlichen Krankenversicherungsträger für ihre Versicherten mindestens eine neue besondere Versicherungsform entwickeln, welche diese alternativ zur sonstigen gesetzlichen Krankenversicherung auswählen können. Im Rahmen dieser besonderen Versicherungsform können sich die Versicherten freiwillig für die Teilnahme an einem „integrierten Versorgungsmodell“ entscheiden (zB Hausarztmodell, Ärztenetzwerke, telemedizinische Angebote) und erhalten – entsprechend den Kostenvorteilen der „Managed Care“-Modelle gegenüber der üblichen gesetzlichen Krankenversicherung – entsprechende Prämienreduktionen und Rückvergütungen am Jahresende oder werden mit geringeren Selbstbehalten belastet.

Gleichzeitig sollten im Rahmen von „Managed Care“-Modellen für die Leistungserbringer verbesserte Anreize zur Zusammenarbeit geschaffen werden. Eine hohe Behandlungsqualität muss außerdem durch spezielle Vereinbarungen zur Qualitätssicherung erreicht werden.

Freundliche Grüße

Für die Vorarlberger Landesregierung
Der Landesrath

Mag. Siegi Stemer

