

Herrn
Zweiten Präsidenten des Nationalrates
Karlheinz Kopf
Parlament
1017 Wien

GZ: BMG-11001/0184-I/A/15/2014

Wien, am 28. August 2014

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 2184/J der Abgeordneten Mag. Gerald Loacker, Kolleginnen und Kollegen** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Fragen 1 bis 4:

Zur Sicherstellung der rechtzeitigen Einbindung aller betroffenen Gruppen wurde eigens für diese Thematik ein Projektboard eingerichtet, in dem alle Akteure in die Arbeiten zum Primärversorgungskonzept laufend eingebunden waren. Des Weiteren hat am 31. März 2014 eine Bundesgesundheitskonferenz speziell zum Thema „Primärversorgung in Österreich“ stattgefunden.

Das gemeinsam erarbeitete und in der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2014 beschlossene Konzept dient neben der Verbesserung der Primärversorgung für die Patientinnen und Patienten insbesondere auch der Stärkung der Rolle der Allgemeinmediziner/innen in der österreichischen Gesundheitsversorgung. Von der gleichberechtigten Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe wurde dabei keineswegs abgesehen. Neben der, allen internationalen Primärversorgungsmodellen zugrunde liegenden, zentralen Rolle der Allgemeinmediziner/innen besteht das im Konzept definierte Kernteam insgesamt aus drei Berufsgruppen, die gemeinsam eine Vielzahl an Kompetenzen sicherstellen müssen. Die strukturierte Teamarbeit mit weiteren Berufsgruppen soll durch stärker koordinierte und umfassendere Versorgung insbesondere Vorteile für chronisch und/oder multimorbid Erkrankte bringen.

Unter der Voraussetzung, die im Primärversorgungskonzept gestellten Anforderungen zu erfüllen, sollen im Sinne einer hohen Flexibilität zur Anpassung an die regionalen Erfordernisse unterschiedliche Organisationsformen sowie Rechtsformen der strukturierten Zusammenarbeit bei den Primärversorgungsstrukturen zulässig sein. Im Rahmen der bestehenden Rechtslage kommen dafür insbesondere Ordinationen bzw. Praxen, ärztliche Gruppenpraxen sowie Ambulatorien in Betracht. Mit Blick auf eine optimale Umsetzung des Primärversorgungskonzepts wird geprüft, ob bzw. welche Anpassungen in den Rechtsgrundlagen zur Unterstützung der erforderlichen multiprofessionellen Teamarbeit notwendig sind. Diese Arbeiten zur rechtlichen und organisatorischen Umsetzung des Primärversorgungskonzeptes sind derzeit im Gange.

Auch die Anstellung von Ärzt/inn/en bei Ärzt/inn/en ist ein Thema der Beratungen. Aufgrund kompetenz- bzw. verfassungsrechtlicher Vorgaben wäre eine solche Regelung nur mithilfe einer Verfassungsbestimmung möglich, was im Nationalrat ein notwendiges Stimmenquorum sowie die Zustimmung des Bundesrates – gleichfalls mit zwei Drittel der abgegebenen Stimmen (Art. 44 Abs. 2 B-VG) – voraussetzt.

Frage 5:

Die Partner der Zielsteuerung-Gesundheit haben in Kooperation mit dem European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>) Modelle und Elemente der Primärversorgung in anderen europäischen Staaten (insbesondere Deutschland, Frankreich, Belgien, Niederlande, Dänemark, Norwegen, Schweden, Finnland) analysiert und diskutiert.

Die Konzeption einer Primärversorgung steht in engem Zusammenhang mit der Struktur und Organisation des jeweiligen nationalen Gesundheitssystems. Die international bestehenden Primärversorgungssysteme sind daher im Detail sehr unterschiedlich konzipiert und weisen unterschiedliche Schwerpunkte sowie unterschiedliche Stärken und Schwächen auf. Kein System ist 1:1 auf einen anderen Staat übertragbar. Die Herausforderung, internationale Vorbilder auf die österreichischen Verhältnisse zu übertragen, bestand somit darin, auf Österreich anwendbare Beispiele guter Praxis und Stärken anderer Systeme zu identifizieren und diese Erkenntnisse bei der Weiterentwicklung der Primärversorgung im österreichischen Kontext zu berücksichtigen und zu integrieren.

Dieser Intention folgte das nunmehr vorliegende „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“. Es wurde auf Grundlage vorhandener Evidenz zu international bereits entwickelten Primärversorgungsmodellen unter Einbindung von Expert/inn/en und Stakeholdern gemeinsam erarbeitet und auf die in Österreich bestehende Systematik der Gesundheitsversorgung angepasst.

Fragen 6 und 7:

Aus den im Konzept beschriebenen erforderlichen Kompetenzen und der sich daraus ergebenden Zusammenarbeit von Angehörigen verschiedener Berufsgruppen in Primärversorgungsstrukturen ergibt sich eine prioritäre Notwendigkeit, die Kompetenzprofile und die Rahmenbedingungen für die Berufsgruppen des Kernteams zu schärfen.

Für die Berufsgruppe der Allgemeinmediziner/innen befindet sich eine Novelle in Begutachtung (vergleiche Antwort 8 bis 10). Im Bereich des Medizinische Assistenzberufe-Gesetzes, das seit 2012 in Kraft ist, wurde insbesondere mit der Ordinationsassistenz ein modernes, auch den Anforderungen der Primärversorgung gerecht werdendes Berufsbild geschaffen. Für den Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege soll in einem nächsten Schritt ein Gesamtkonzept erstellt werden, das die zukünftigen Anforderungen der Primärversorgung an die Gesundheits- und Krankenpflege berücksichtigt.

Um die Praxisorientierung und die Nutzung der Kompetenzen zu erhöhen, wird berufsgruppenübergreifenden Aus-, Fort- und Weiterbildungen aller Gesundheitsberufe eine besondere Bedeutung zukommen.

Die Details sind Gegenstand der derzeit laufenden Arbeiten zur organisatorischen und rechtlichen Umsetzung des Primärversorgungskonzeptes.

Fragen 8 bis 10:

Der Ende Juli in Begutachtung gegangene Entwurf zur Novelle des Ärztegesetzes sieht in der ersten Stufe eine mindestens sechs Monate dauernde Ausbildung in der Allgemeinmedizin vor, die verpflichtend in einer anerkannten Lehrpraxis, anerkannten Lehrgruppenpraxis oder in einem anerkannten Lehrambulatorium zu absolvieren ist. In diesem Entwurf ist, wie im gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer, dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, den Universitäten und den Ländern erarbeiteten Konzept zur Neugestaltung der Ausbildung zur/zum Allgemeinmediziner/in vereinbart, vorgesehen, dass die Lehrpraxis am Ende der Turnusausbildung zu absolvieren ist. Die neugestaltete Ausbildung zur/zum Allgemeinmediziner/in baut auf den Grundlagen des Medizinstudiums auf und erweitert stufenweise die Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen.

Derzeit fördert mein Ressort die Ausbildung von Allgemeinmediziner/inne/n in Lehrpraxen aus dem Globalbudget 2403. In Vorarlberg läuft im Herbst ein Pilotprojekt zur Lehrpraxis an, bei dem Bund, Land Vorarlberg, Vorarlberger Gebietskrankenkasse, Ärztekammer für Vorarlberg sowie die Lehrpraxisinhaber/innen gemeinsam die Kosten tragen.

Frage 11:

Diese Frage ist Gegenstand der derzeit laufenden Arbeiten zur Umsetzung des Primärversorgungskonzeptes und kann zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht beantwortet werden.

Fragen 12 bis 14:

Eine Definition des „Best Point of Service“ in der kurativen Versorgung findet sich im Bundes-Zielsteuerungsvertrag (Art. 2 Abs. 5). Demnach ist der „Best Point of Service“ dort, wo die jeweils richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit der optimalen medizinischen und pflegerischen Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erbracht wird.

Fragen 15 bis 20:

Naturgemäß werden sich je nach regionalen Gegebenheiten und dem Versorgungsbedarf unterschiedliche „Best Points of Service“ ergeben, die sich inhaltlich und organisatorisch voneinander unterscheiden. Im ersten Schritt wird eine Grundkonzeptionierung für Versorgungsaufträge und Rollenverteilungen entwickelt (operatives Ziel 6.1.1., Maßnahme 2 des Bundes-Zielsteuerungsvertrags), auf deren Basis die Verortung von „Best Point of Service“ strukturiert werden kann. Darauf aufbauend werden auf der regionalen Ebene Detailkonzepterstellungen unter Berücksichtigung der jeweiligen regionalen Versorgungsstrukturen mit Blick auf den „Best Point of Service“ erfolgen.

Die österreichweit flächendeckende Identifikation von „Best Point of Service“ muss aus einer mittelfristigen Perspektive gesehen werden. Veränderungen bedürfen vieler einzelner Schritte, die von der Bekanntheit in der Öffentlichkeit bis zur Erreichung der Akzeptanz aller Betroffenen, also letztlich der gesamten Bevölkerung und der Gesundheitsdiensteanbieter/innen (GDA), reichen. Insbesondere werden auch regionsspezifische Gegebenheiten und Erfahrungen erst sukzessive dazu führen, dass „maßgeschneiderte“ Umsetzungsformen in allen Regionen Realität werden. Die sich in Arbeit befindlichen Konzeptionen stellen die Weichen für die Zukunft und leiten eine langfristige Entwicklung ein, die eine umfassende Gesundheitsversorgung für die zukünftigen Generationen sicherstellen soll.

Überzeugungs-, Lern- und Erfahrungsprozesse sowohl auf Seiten der Patient/inn/en als auch auf Seiten der GDA, positive Anreize sowie spürbare Verbesserungen im Versorgungsprozess (einschließlich der Arbeitsbedingungen der GDA) können auch zu selbstregulierenden Prozessen führen und werden als geeignetere Mittel für die Steuerung von Patientenströmen angesehen als Sanktionen. Ein Beispiel dafür ist die im Primärversorgungskonzept beschriebene umfassende und kontinuierliche niederschwellige Versorgung zu erweiterten Öffnungszeiten, auch am Tagesrand und Wochenende, die das Angebot der Primärversorgung für die Bevölkerung attraktiv machen. Ein Beispiel aus dem Krankenanstaltenbereich ist die im Bundes-Zielsteuerungsvertrag vereinbarte Forcierung von tagesklinischer Leistungserbringung

durch Schaffung von Anreizen im LKF-System, um z.B. die Kataraktoperationen verstärkt in tagesklinischen Strukturen zu erbringen.

Die Etablierung von Gatekeeping ist nicht vorgesehen. Um auf kommende Herausforderungen für das Gesundheitssystem, wie die steigende Prävalenz von Mehrfacherkrankungen und chronischen Erkrankungen, gut reagieren zu können, wurde im Primärversorgungskonzept die stärkere Koordinierung des Versorgungsprozesses (Lotsenfunktion) als wichtige Aufgabe definiert. Wie im Konzept auch explizit festgehalten, darf die Wahlmöglichkeit für Versicherte (im Sinne von freier Arztwahl) dadurch nicht eingeschränkt werden.

Derzeit stehen wir erst am Anfang der Entwicklungen in Richtung „Best Point of Service“. Ob und inwieweit die Entwicklungen Änderungen in Bezug auf die Finanzierung des Gesundheitssystems als zweckmäßig erscheinen lassen werden, welche weiteren Anreizsysteme in welchem Zusammenhang sinnvoll sein werden u.a.m. wird Inhalt weiterführender Diskussionen und Analysen zwischen den Partnern der Zielsteuerung-Gesundheit sein.

Frage 21:

Neben monetären Anreizen im Bereich der Honorierung, die die Zielsetzung von Primärversorgung unterstützen soll, ist insbesondere die Attraktivierung der Tätigkeitsfelder – sowohl für ärztliche wie auch für nicht ärztliche Berufsgruppen – in der Primärversorgung von Bedeutung. Neue flexible Arbeitsmodelle und die Arbeit im Team sind dabei wesentlich. Darüber hinaus ist es gelungen, Förderungsmittel für den bedarfsorientierten Auf- und Ausbau von Infrastrukturen im Bereich der ambulanten Gesundheitsdienstleistungen im Rahmen des EU Förderungsprogrammes ländliche Entwicklung (ELER) zu lukrieren (siehe auch Antwort 24 bis 26).

Fragen 22 und 23:

Auf Grundlage des am 30. Juni 2014 durch die Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossenen Konzeptes für eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung werden nunmehr planmäßig erste Pilotprojekte in den Bundesländern konkretisiert. Damit wird sichergestellt, dass über Pilotprojekte bis Ende 2016 vorerst zumindest 1 Prozent der Bevölkerung in diesen neuen Primärversorgungsstrukturen versorgt werden kann.

Konzepte zu Pilotprojekten auf Landesebene sind Gegenstand in allen Landes-Zielsteuerungsverträgen und derzeit in Erarbeitung.

Durch eine begleitende Evaluierung soll festgestellt werden, ob die unterschiedlichen Pilotprojekte die an sie gesetzten Erwartungen der Patientinnen und Patienten und der Angehörigen der Berufsgruppen erfüllen. Ein geeignetes Evaluierungskonzept wird zeitgerecht erarbeitet und zwischen den Partnern der Zielsteuerung-Gesundheit abgestimmt werden.

Fragen 24 bis 26:

Die Förderung sozialer Angelegenheiten aus Mitteln des ELER, davon 10 Mio. Euro für den Gesundheitsbereich, ist in der Partnerschaftsvereinbarung für Österreich 2014-2020 (STRAT.AT 2020, <http://www.oerok.gv.at/eu-regionalpolitik/europaeische-struktur-und-investitionsfonds-in-oesterreich-2014-2020/partnerschaftsvereinbarung-stratat-2020/downloads.html>, siehe z.B. Tabelle 9, Seite 111) vereinbart, die vom politischen Gremium der Österreichischen Raumordnungskonferenz (ÖROK) beschlossen wurde und am 8. April 2014 vom Ministerrat zustimmend zur Kenntnis genommen wurde.

Die spezifischen Maßnahmenbeschreibungen für den Bereich soziale Angelegenheiten (inkl. „Bedarfsorientierter Auf- und Ausbau von Infrastrukturen im Bereich der ambulanten Gesundheitsdienstleistungen einschließlich Videodolmetschdienste im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit sowie auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung“) sind im abschließenden Entwurf für das Programm für ländliche Entwicklung in Österreich 2014 – 2020 (LE 2020) (Stand 8.4.2014) des Bundesministeriums für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (http://www.bmlfuw.gv.at/land/laendl_entwicklung.html, Kapitel 8.2, S. 222-224) enthalten.

Beide Dokumente sind im April d.J. an die Europäische Kommission übermittelt worden. Mit einer Entscheidung darüber wird im Laufe des Sommers oder Herbstes gerechnet. Parallel dazu werden derzeit die Auswahlkriterien für zu fördernde Projekte im Bereich sozialer Angelegenheiten erarbeitet. Aufgrund des derzeitigen Standes sind aktuell noch keine konkreten Projekte festgelegt, die aus Mitteln des ELER kofinanziert werden sollen.

Zu Fragen 27 und 28:

Der Finanzausgleich und der Kassenstrukturfonds haben sich in der Vergangenheit als bedeutende Finanzierungsinstrumente der Gesundheitsversorgung erwiesen. Eine nachhaltige und solidarische Finanzierung der Gesundheitsversorgung wird auch in Zukunft von zentraler Bedeutung sein.

Fragen 29 und 30:

Wesentliche Grundlage für das partnerschaftliche Zielsteuerungssystem ist der Bundes-Zielsteuerungsvertrag, in dem strategische und operative Ziele zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und zur Steigerung der Effektivität und Effizienz vereinbart wurden. Dieser erste Bundes-Zielsteuerungsvertrag für die Periode bis 2016 wurde im Jahr 2013 erfolgreich abgeschlossen, wodurch erste Maßnahmen auf Grundlage dieses Vertrages frühestens ab 2013 zu wirken beginnen.

In Bezug auf die Bundesländer Salzburg und Wien ist festzustellen, dass im Jahr 2012, in dem noch keine Maßnahmen im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages wirken konnten, die jeweilige Ausgabenobergrenze geringfügig überschritten wurde. Diese geringfügige Überschreitung lässt sich nicht auf bestimmte Ereignisse

zurückführen. Allerdings kann festgehalten werden, dass diese Bundesländer bereits im Jahr 2013 ihre jeweiligen Ausgabenobergrenzen eingehalten und sogar unterschritten haben.

Im Bundesland Vorarlberg verweist die Landes-Zielsteuerungskommission hinsichtlich der Überschreitung der Ausgabenobergrenze auch in den weiteren Jahren 2013 und 2014 in einer Stellungnahme auf mehrere Faktoren. Es wird insbesondere das vergleichsweise niedrige Niveau an Gesundheitsausgaben sowie an personellen Ressourcen im Jahr 2010, dem Basisjahr für den Ausgabendämpfungspfad hervorgehoben. Durch die Grenznähe Vorarlbergs zur Schweiz und zu Süddeutschland hat sich die Wettbewerbssituation im Personalbereich in den letzten Jahren verschärft. Zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit führte das Bundesland Vorarlberg seit dem Jahr 2012 daher einige Maßnahmen im Personalbereich durch, die mit erheblichen Mehrkosten verbunden waren und sind (u.a. Gehaltsreform 2013). Auf diese spezielle Situation Vorarlbergs wurde bereits bei Beginn der Verhandlungen zur Art. 15a Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit hingewiesen. Um eine Einhaltung der Ausgabenobergrenzen in den Folgejahren zu erreichen, hat die Landes-Zielsteuerungskommission Vorarlberg eine Reihe von handlungsleitenden Maßnahmen entwickelt. Insbesondere sollen im Regionalen Strukturplan 2020 geeignete Maßnahmen u.a. im strukturellen Bereich geprüft und ergriffen werden. Zur Vorbereitung dafür wurde im Frühjahr 2014 bereits ein „Gesundheitspolitischer Dialog“ zwischen den Systempartnern eingeleitet.

Abschließend ist festzuhalten, dass – durch ein Unterschreiten der Ausgabenobergrenzen in den anderen Bundesländern und auf Seiten der gesetzlichen Krankenversicherung – der vereinbarte Ausgabendämpfungspfad auf Bundesebene in den Jahren 2012 und 2013 und auch im Jahr 2014 gemäß Prognose im Rahmen des Monitoring eingehalten und in Summe unterschritten werden konnte.

Fragen 31 bis 34 und 36:

Zum operativen Ziel 6.1.1., Maßnahme 1 (Patientenstromanalyse) sowie zu dem damit in inhaltlichem Zusammenhang stehenden operativen Ziel 6.2.7, Maßnahme 1 (Versorgungs- und Leistungsdichten) befasst sich eine eigens dafür eingesetzte Arbeitsgruppe intensiv mit den Fragestellungen und der Analyse der dafür notwendigen Datengrundlagen und Datenlimitationen sowie mit den möglichen methodischen Herangehensweisen und Auswertungskonzepten. Da die bislang vorhandenen Datengrundlagen die österreichweite Vergleichbarkeit sowohl innerhalb des ambulanten Bereichs als auch zwischen ambulantem und stationärem Bereich derzeit noch nicht gewährleisten können, sind konkrete sektorenübergreifende Auswertungen zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht möglich. Daher sind auch Aussagen über eine adäquate Form der öffentlichen Bereitstellung derzeit nicht möglich, weil die Arbeiten noch andauern.

Frage 35:

Auf Grund der kurzen zur Verfügung stehenden Zeitspanne konnten die Arbeiten zu Maßnahme 1 des operativen Zieles 6.2.3 bis zum 31.12.2013 noch nicht endgültig abgeschlossen werden. Die Ergebnisse wurden jedoch bereits im Jänner 2014 den zuständigen Gremien vorgelegt. Die Arbeiten zu Maßnahme 1 sind daher zwischenzeitlich erledigt.

Fragen 37 bis 39:

Die Konstituierung der Medikamentenkommission konnte aufgrund von Verzögerungen bei der Nominierung der Mitglieder nicht zeitgerecht erfolgen. Die Medikamentenkommission hat Anfang des Jahres ihre Arbeit aufgenommen und bereits regelmäßige Sitzungstermine vereinbart. Es wird daher derzeit von einer zeitgerechten Zielerreichung ausgegangen.

Frage 40:

Zum Meldezeitpunkt für den Monitoring-Bericht wurde der Masterplan für die Einführung der elektronischen Gesundheitsakte einer grundlegenden Überarbeitung unterzogen. Die Diskussionen waren allerdings noch nicht so weit fortgeschritten, dass schon konkrete Aussagen zu Maßnahme 1 im Monitoring-Bericht möglich gewesen wären. Darüber hinaus sollte die vorgesehene Beschlussfassung des revidierten Masterplans durch das zuständige Gremium nicht präjudiziert werden.

Maßnahme 2 des operativen Ziels 7.2.3 betrifft Unterstützungsleistungen des Bundes für die Umsetzung von e-Health Projekten auf Länderebene. Da bis zum Meldezeitpunkt kein diesbezügliches Anliegen an den Bund herangetragen wurde, konnte diesbezüglich auch keine Aussage getroffen werden.

Fragen 41 bis 43:

Das ELGA-Portal (Zugangportal gemäß § 23 Abs. 2 GTelG 2012) wird in mehreren Phasen errichtet. In der Phase 1 wurden die Möglichkeiten zur Abgabe des Widerspruchs (opt out) in elektronischer Form geschaffen und plangemäß mit Anfang 2014 in Betrieb genommen. Die zweite Ausbauphase wird derzeit konzipiert und umfasst die ausstehenden Funktionalitäten, die zur vollständigen Wahrnehmung der Teilnehmer/innen/rechte in elektronischer Form notwendig sind. Sowohl im Rahmen der Konzeption bzw. prototypischen Umsetzung als auch in der endgültig umzusetzenden Ausgestaltung werden Expert/inn/en der Systempartner und der ELGA GmbH sowie einschlägig am Markt tätige Unternehmen für entsprechende Prüfungen und Erarbeitung von Verbesserungsmöglichkeiten beigezogen. Die Prüfungen berücksichtigen alle Aspekte, die für die Gestaltung benutzungsfreundlicher Webauftritte erforderlich sind und umfassen beispielsweise e-Government-Vorgaben, die auf europäischer Ebene erarbeiteten Vorgaben, Standards (wie beispielsweise WCAG) bis hin zu Labortests mit repräsentativ ausgewählten Personen. Auf die Anforderungen von Menschen mit spezifischen Bedürfnissen wird dabei besonders Bedacht genommen.

Fragen 44 bis 47:

Von der Fachgruppe Innovation wurde eine Projektgruppe eingerichtet und mit den konzeptionellen Arbeiten beauftragt. Bereits im Jahr 2013 habe ich die Gesundheit Österreich GmbH mit der Erstellung einer Grundlagenstudie beauftragt, in der vergleichbare Projekte im europäischen Umfeld analysiert und daraus der diesbezügliche Entscheidungsbedarf für einen bundesweit einheitlichen Rahmen abzuleiten war. Die Grundlagenstudie der GÖG wurde der Projektgruppe zur Verfügung gestellt, die darauf aufbauend und entsprechend dem Projektauftrag weiterführende Arbeiten durchgeführt hat. In der Grundlagenstudie wurden insbesondere Projekte des National Health Services (NHS Direct, NHS 111), das schwedische Modell (1177.se), deutsche (UPD) und schweizer Lösungen (Medgate) sowie ein israelisches Projekt (CHS e-Health wing) näher beleuchtet.

Der Zwischenbericht (Grundoptionen für einen bundesweit einheitlichen Rahmen) wurde von der Bundes-Zielsteuerungskommission Ende Juni zur Kenntnis genommen und die vorgeschlagenen Maßnahmen beschlossen. Die organisatorische Verankerung des telefon- und webbasierten Erstkontakt und Beratungsservices (TEWEB) sowie wenige weitere offene Punkte (z.B. Rechtsfragen) werden bis Jahresende geklärt. Parallel dazu werden die technisch-organisatorischen Grundlagen für die Implementierung von Pilotprojekten erarbeitet. Entsprechend dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag ist bis Jahresende 2014 das Detailkonzept für einen bundesweit einheitlichen Rahmen fertigzustellen.

Fragen 48 und 49:

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist über die bereits bestehenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und -kontrolle hinaus die Entwicklung eines mit A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators) vergleichbaren Systems zur Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich sowie die Messung der sektorenübergreifenden Ergebnisqualität vorgesehen.

Derzeit gibt es bereits für die intramurale Qualitätssicherung eine Steuerungsgruppe, in der sämtliche Länder, der Hauptverband und das Bundesministerium für Gesundheit vertreten sind und diese Aufgabe wahrnehmen. Die Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich ist derzeit laut Ärztegesetz Aufgabe der Österreichischen Ärztekammer (im übertragenen Wirkungsbereich). Diese kann sich bei der Aufgabenerfüllung hilfsweise der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) bedienen.

Fragen 50 bis 53:


Das Bundesministerium für Gesundheit wird das Parlament wie bisher auch weiterhin regelmäßig in Entsprechung der Entschließung 301/E des Nationalrates vom 26. April 2013 informieren. Dies umfasst beispielsweise zwei Mal jährlich einen Monitoringbericht. Ebenso werden dem Nationalrat die für die Umsetzung der Gesundheitsreform erforderlichen Gesetzesentwürfe vorgelegt werden.

Alle zentralen Dokumente die Bundesebene betreffend, für die in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, in Umsetzungsgesetzen oder im Bundes-Zielsteuerungsvertrag die Veröffentlichung vorgesehen ist, werden weiters auf der Website des BMG kundgemacht.

Derzeit sind – neben den Rechtsgrundlagen für die Zielsteuerung-Gesundheit – folgende zentrale Dokumente in einem eigenen Bereich auf der Website des BMG verfügbar (<http://www.bmg.gv.at/home/Gesundheitsreform>):

- Bundes-Zielsteuerungsvertrag
- Primärversorgungskonzept
- Erster Monitoringbericht 2014
- Gesundheitsförderungsstrategie (siehe <http://bmg.gv.at/home/Gesundheitsfoerederungsstrategie>).

ALOIS STÖGER

Signaturwert	LSYUuziejGDaJPbTV1w1x8ai8os/qvDjdc4DIDfVsJyNXFyFjllpvJzWOxgCQ3i3p uSTtB3Yp8VO5Fayl5ikciZexqXJ1cMJNMQzdOsnzvpqxSRlRP8gcl5G83GfMcEFyC dsonargF81CZz6uSz/3rVKfIObYFAKovDPmj5zixQ=	
	Unterzeichner	serialNumber=756257306404,CN=Bundesministerium f. Gesundheit,O=Bundesministerium f. Gesundheit,C=AT
	Datum/Zeit-UTC	2014-08-28T12:54:53+02:00
	Aussteller-Zertifikat	CN=a-sign-corporate-light-02,OU=a-sign-corporate-light-02,O=A-Trust Ges. f. Sicherheitssysteme im elektr. Datenverkehr GmbH,C=AT
	Serien-Nr.	540369
	Parameter	etsi-bka-moa-1.0
Hinweis	Dieses Dokument wurde amtssigniert.	
Prüfinformation	Informationen zur Prüfung der elektronischen Signatur finden Sie unter: http://www.signaturpruefung.gv.at	