

Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) erlassen wird sowie das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Ärztegesetz 1998, das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen geändert werden (Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017 – VUG 2017)

Einbringende Stelle: Bundesministerium für Gesundheit
 Laufendes Finanzjahr: 2016

Inkrafttreten/ 2017
 Wirksamwerden:

Vorblatt (Artikeln 1 bis 8)

Ziele

- Ausrichtung der Gesundheitsversorgung an die zukünftigen Erfordernisse (demographische Entwicklung, technischer Fortschritt u.a.m.) sowie nachhaltige Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden, effektiven und effizienten Gesundheitsversorgung für alle und deren langfristigen Finanzierbarkeit.
- Weitere Sicherstellung einer den Interdependenzen entsprechenden „Governance“ der Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung durch die Einrichtung einer partnerschaftlichen Zielsteuerung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung.

Inhalte

Das Vorhaben umfasst hauptsächlich folgende Maßnahme(n):

- Weiterentwicklung und Fortführung des implementierten partnerschaftlichen Zielsteuerungssystems zur Koordinierung der Planung und Steuerung von Struktur und Organisation der österreichischen Gesundheitsversorgung sowie zur Wahrnehmung einer gemeinsamen Finanzverantwortung für die österreichische Gesundheitsversorgung.
- Verbesserung der Abstimmung zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens (insbesondere zwischen niedergelassenem Versorgungsbereich und den Krankenanstalten).
- Weiterentwicklung von Organisation und Steuerungsmechanismen auf Bundes- und Landesebene nach dem Prinzip der Wirkungsorientierung.

Finanzielle Auswirkungen auf den Bundeshaushalt und andere öffentliche Haushalte:

Die finanziellen Auswirkungen bestehen darin, dass die öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege insbesondere durch die Länder und die Sozialversicherung schrittweise an den mittelfristig prognostizierten Anstieg des nominellen BIP (von derzeit 3,2 %) angenähert werden sollen. Bis 2021 ergeben sich somit für die öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege folgende Ausgabenobergrenzen:

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ausgabenobergrenze (in Mio. Euro)	25.563	26.483	27.410	28.342	29.277	30.214
Jährlicher Ausgabenzuwachs		3,6 %	3,5 %	3,4 %	3,3 %	3,2 %

Gesamtwirtschaftliche Auswirkungen:

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben bis zum Jahr 2021 an das zu erwartende durchschnittliche nominelle Wachstum des Bruttoinlandsprodukts heranzuführen. Dies bedeutet, dass in der Perspektive bis 2021 der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt stabil bei rund 7 Prozent liegt.

In den weiteren Wirkungsdimensionen gemäß § 17 Abs. 1 BHG 2013 treten keine wesentlichen Auswirkungen auf.

Verhältnis zu den Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

Die vorgesehenen Regelungen fallen nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:

Keine

Wirkungsorientierte Folgenabschätzung (Artikel 1 bis 8)

Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) erlassen wird sowie das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Ärztegesetz 1998, das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen geändert werden (Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017 – VUG 2017)

Problemanalyse

Problemdefinition

Aufgrund verschiedener Kompetenzen und Finanziers im Gesundheitssystem sind Parallelstrukturen, Über- und Unterversorgungen, Barrieren an den Schnittstellen, intransparente Finanzierungsströme und damit Effizienzverluste entstanden. Daher wurde im Jahr 2012 eine Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit abgeschlossen. Aufgrund des Abschlusses des Finanzausgleiches 2017 sind nun eine neue Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie eine neue Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit abgeschlossen worden. Diese beiden Vereinbarungen sind nunmehr bundesgesetzlich umzusetzen.

Die für die Umsetzung notwendigen und in der Zuständigkeit des Bundes liegenden Gesetzesänderungen sollen gemeinsam mit den beiden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG der parlamentarischen Behandlung zugeführt werden.

Nullszenario und allfällige Alternativen

Das Nichtsetzen von Maßnahmen würde mittelfristig die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung und damit die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen gefährden. Die Folge könnte die Notwendigkeit der Anhebung der Krankenversicherungsbeiträge oder des steuerfinanzierten Anteils, die Einführung neuer oder die Erhöhung bestehender Selbstbehalte sein oder es könnte zumindest indirekt zur Reduktion von Leistungen kommen.

Zur Umsetzung der genannten Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG und des Finanzausgleiches für die Jahre 2017 bis 2021 gibt es keine Alternativen.

Interne Evaluierung

Zeitpunkt der internen Evaluierung: 2022

In Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit ist die Durchführung und Weiterentwicklung eines bundesweiten Monitorings vorgesehen. Die Aufbereitung und Auswertung der Daten soll durch die Gesundheit Österreich GmbH primär aus bereits vorhandenen Dokumentationssystemen und auf Basis der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Verpflichtung zur Datenbereitstellung erfolgen.

Ziele

Ziel 1: Festlegung und Erreichung von Versorgungszielen

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Fehlen der Umsetzung von zukünftigen Versorgungszielen für die Gesundheitsversorgung	Schrittweise Umsetzung von in Form von Messgrößen und Zielwerten für die Gesundheitsversorgung festgelegten Versorgungszielen (Ergebnis, Prozess und Struktur)

Ziel 2: Langfristige Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
-----------------------------------	-----------------------------------

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) steigen durchschnittlich stärker als die durchschnittliche Wirtschaftsleistung (BIP).	Weitere schrittweise Annäherung des Anstiegs der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den mittelfristig prognostizierten Anstieg des nominellen BIP (von derzeit 3,2 %) bis 2021.
--	--

Ziel 3: Weiterentwicklung einer den Interdependenzen entsprechenden „Governance“ der Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Bestehen einer noch nicht optimalen den Interdependenzen entsprechenden „Governance“ der Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung.	Fortsetzung und weitere Verbesserung der den Interdependenzen entsprechenden „Governance“ der Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung durch die Weiterentwicklung der eingerichteten partnerschaftlichen Zielsteuerung zwischen Bund, Ländern und der Sozialversicherung auf der Basis eines Zielsteuerungsvertrages auf Bundesebene und von Landes-Zielsteuerungsübereinkommen.

Maßnahmen

Maßnahme 1: Weiterentwicklung und Fortführung des implementierten partnerschaftlichen Zielsteuerungssystems zur Koordinierung der Planung und Steuerung von Struktur und Organisation der österreichischen Gesundheitsversorgung sowie zur Wahrnehmung einer gemeinsamen Finanzverantwortung für die österreichische Gesundheitsversorgung.

Beschreibung der Maßnahme:

Abschluss eines periodenbezogenen vierjährigen neu ausgerichteten Zielsteuerungsvertrages auf Bundesebene zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung sowie einvernehmlicher Beschluss von vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zwischen Land und Sozialversicherung.

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Ab 2017 kein Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene bzw. keine Zielsteuerungsübereinkommen auf Landesebene und damit Fehlen von Versorgungs- und Finanzziele in Form von Messgrößen und Zielwerten für die Gesundheitsversorgung.	Abschluss eines Zielsteuerungsvertrages auf Bundesebene sowie Beschluss von Landes-Zielsteuerungsübereinkommen und damit schrittweise Umsetzung der in Form von Messgrößen, Zielwerten und Maßnahmenpaketen festgelegten Versorgungsziele (Ergebnis, Prozess und Struktur) für die Gesundheitsversorgung.

Maßnahme 2: Verbesserung der Abstimmung zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens (insbesondere zwischen niedergelassenem Versorgungsbereich und den Krankenanstalten)

Beschreibung der Maßnahme:

Angestrebt wird eine gemeinsame sektorenübergreifende Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung durch den Abschluss eines Zielsteuerungsvertrages auf Bundesebene und Zielsteuerungsübereinkommen auf Landesebene. Dadurch wird eine gemeinsame sektorenübergreifende Planung und Steuerung verbindlich vorgesehen.

Gemeinsame Umsetzung des Zielsteuerungsvertrages auf Bundesebene und der Landes-Zielsteuerungsübereinkommen. Durch die kontinuierlich weiter zu verbessernde Abstimmung der Versorgungssektoren sollen Doppelgleisigkeiten vermieden und bestehende Versorgungslücken in struktureller und prozessualer Hinsicht geschlossen werden.

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Unklare Zuständigkeit bzw. mangelnde Abstimmung zwischen den Gesundheitsdiensteanbietern und dadurch verursachte Doppelgleisigkeiten bzw. Versorgungsdefizite.	Laufende Verbesserung der Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung durch die Festlegung eindeutiger Zuständigkeiten und Optimierung der Versorgungsstrukturen und

Versorgungsprozesse.

Maßnahme 3: Weiterentwicklung von Organisation und Steuerungsmechanismen auf Bundes- und Landesebene nach dem Prinzip der Wirkungsorientierung

Beschreibung der Maßnahme:

Weiterentwicklung der Organisation durch Adaptierung der auf Bundes- und Landesebene zur Abstimmung und Umsetzung des Zielsteuerungsvertrages bzw. der Landes-Zielsteuerungsübereinkommen. Fortführung und Weiterentwicklung des bundesweiten Monitorings, um die Erreichung der vereinbarten Ziele messbar zu machen.

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Derzeit unzureichende Organisationsstruktur, teilweise noch fehlende Transparenz	Adaptierung der Organe der Bundesgesundheitsagentur sowie Fortführung und Weiterentwicklung eines bundesweiten Monitorings

Abschätzung der Auswirkungen (Artikel 1 bis 8)**Finanzielle Auswirkungen für alle Gebietskörperschaften und Sozialversicherungsträger**

Aus der stufenweisen Annäherung an den prognostizierten BIP-Pfad ergeben sich für die Jahre 2017 bis 2021 folgende Ausgabenobergrenzen:

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ausgabenobergrenze (in Mio. Euro)	25.563	26.483	27.410	28.342	29.277	30.214
Jährlicher Ausgabenzuwachs		3,6 %	3,5 %	3,4 %	3,3 %	3,2 %

- Langfristige finanzielle Auswirkungen

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben insbesondere durch die Länder und die Sozialversicherung sollen weiterhin schrittweise an den mittelfristig prognostizierten Anstieg des nominellen BIP (von derzeit 3,2 %) angenähert werden.

Finanzielle Auswirkungen für die Länder**- Ausgabenobergrenzen – Laufende Auswirkungen**

Aus der stufenweisen Annäherung an den prognostizierten BIP-Pfad ergeben sich für die Jahre 2017 bis 2021 folgende Ausgabenobergrenzen für die Länder:

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ausgabenobergrenze (in Mio. Euro)	11.569	11.985	12.405	12.827	13.250	13.674
Jährlicher Ausgabenzuwachs		3,6 %	3,5 %	3,4 %	3,3 %	3,2 %

Finanzielle Auswirkungen für die Sozialversicherungsträger**- Ausgabendämpfungseffekte – Laufende Auswirkungen**

Aus der stufenweisen Annäherung an den prognostizierten BIP-Pfad ergeben sich für die Jahre 2017 bis 2021 folgende Ausgabenobergrenzen für die Sozialversicherung:

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ausgabenobergrenze (in Mio. Euro)	10.274	10.644	11.016	11.391	11.767	12.143
Jährlicher Ausgabenzuwachs		3,6 %	3,5 %	3,4 %	3,3 %	3,2 %

Gesamtwirtschaftliche Auswirkungen

Die Dämpfung des Ausgabenpfades wird vornehmlich durch Effizienzsteigerungen ermöglicht. Das heißt, dass die zusätzlich zu erwartende Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen durch die bereits zur Verfügung stehenden materiellen und personellen Ressourcen erbracht werden können. Es sind daher keine wesentlichen Auswirkungen auf Wertschöpfung und Beschäftigung zu erwarten.

ERLÄUTERUNGEN (Artikel 1 bis 8)

Allgemeiner Teil

Im Interesse der in Österreich lebenden Menschen sind Bund und Länder einerseits sowie die Sozialversicherung andererseits als gleichberechtigte Partner übereingekommen, das eingerichtete partnerschaftliche Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung fortzuführen. Damit soll sichergestellt werden, dass sich mittels vereinbarter Ausgabenobergrenzen die öffentlichen Gesundheitsausgaben gleichlaufend zum nominellen Wirtschaftswachstum entwickeln. Die Festlegung der Eckpunkte und Inhalte dieser partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit erfolgt in der zwischen dem Bund und den Ländern abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit. Die Umsetzung des Finanzausgleichs für die Jahre 2017 bis 2021 im Gesundheitsbereich erfolgt mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Dementsprechend wird das partnerschaftliche Zielsteuerungssystem, das eine bessere Abstimmung zwischen dem niedergelassenen Versorgungsbereich und den Krankenanstalten garantiert, weiterentwickelt und fortgeführt. Die Patientinnen und Patienten und ihre bestmögliche medizinische Behandlung stehen weiterhin im Mittelpunkt und nicht mehr die Institutionen. Das bedeutet eine weitere Stärkung des öffentlichen Gesundheitswesens, das sich in Österreich bewährt hat. Mit der nunmehr vereinbarten Fortführung der Zielsteuerung-Gesundheit wird ein Mechanismus beibehalten, der es sicherstellt, Ausgabensteigerungen in der Gesundheitsversorgung an das prognostizierte Wirtschaftswachstum heranzuführen, damit die kontinuierliche Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems gewährleistet und dessen Finanzierung auch für kommende Generationen leistbar bleibt.

Nunmehr sind die für die Umsetzung der genannten Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG erforderlichen bundesgesetzlichen Anpassungen vorzunehmen. Im Sinne von Transparenz und Nachvollziehbarkeit erfolgt die Umsetzung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit – soweit möglich – in einem eigenen Gesetz, dem Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG). Darüber hinaus werden in weiteren Bundesgesetzen die notwendigen Anpassungen vorgenommen.

Durch die vorgeschlagenen Änderungen in den Art. 2 bis 8 dieser Sammelgesetznovelle sollen das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Sozialversicherungsrecht (das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz und das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz), das Ärztegesetz 1998 und das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH an die neue Vereinbarung nach Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit sowie an die neue Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, die insbesondere auch die finanzausgleichsbezogenen Bestimmungen beinhaltet, angepasst werden. Die Art. 2 bis 8 sehen somit vorwiegend technische Umsetzungen der beiden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG vor.

Die Prinzipien der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit

- Für Patientinnen und Patienten wird der niederschwellige Zugang zur bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung und deren hohe Qualität langfristig gesichert und ausgebaut.
- Die Steuern und Beiträge der Bevölkerung werden besser zielgerichtet eingesetzt.
- Die Organisation und Steuerungsmechanismen auf Bundes- und Landesebene werden nach dem Prinzip der Wirkungsorientierung weiterentwickelt.
- Sowohl Versorgungs- als auch Finanzziele werden festgelegt sowie das eingerichtete Monitoring weiterentwickelt und fortgeführt, um die Erreichung der Ziele messbar zu machen.
- Der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) ist bis 2021 an das zu erwartende durchschnittliche nominelle jährliche Wachstum des Bruttoinlandsprodukts (3,2%) heranzuführen.
- Versorgung der Patientinnen und Patienten zum richtigen Zeitpunkt, am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität.
- Sicherstellung einer nachhaltigen Sachleistungsversorgung.
- Transparente, patientenorientierte Qualität im Gesundheitswesen.

- Verbesserung der Behandlungsprozesse insbesondere durch die Optimierung von Organisationsabläufen und der Kommunikation.
- Forcierung der Einrichtung von multiprofessionellen und interdisziplinären Versorgungsformen auf allen Versorgungsebenen.
- Zielgerichteter Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention.

Neue Strukturen im Dienst der Patientinnen und Patienten

- Entlastung des vollstationären Bereichs in den Akut-Krankenanstalten durch medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen oder in den ambulanten Bereich (niedergelassener Bereich, selbstständige Ambulatorien sowie Spitalsambulanzen) inklusive Vereinbarung entsprechender Zielvorgaben.
- Umsetzung neuer multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Primärversorgungseinheiten sowie multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen in der ambulanten Fachversorgung im Bereich der Sachleistung unter anderem mit der Zielsetzung der Erhöhung des Anteils ambulanter Versorgungsstrukturen mit Öffnungszeiten zu Tagesrand- und Wochenendzeiten.

Finanzzielsteuerung: Gesicherte Finanzierung des Gesundheitssystems durch Wahrnehmung einer gemeinsamen Finanzverantwortung

- Schrittweise Annäherung des Anstiegs der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den mittelfristig prognostizierten Anstieg des nominellen BIP (von derzeit 3,2 %).
- Weiteres finanzierbares Wachstum der Gesundheitsausgaben.
- Festlegung von Ausgabenobergrenzen, die eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung und auch deren nachhaltige Finanzierung sicherstellen.

Umfassende Transparenz, Kontrolle und Schlichtungsverfahren

- Bund, Länder und Sozialversicherung vereinbaren fixe Ziele und verpflichten sich zu einem laufenden Monitoring mit klar festgelegten Messgrößen und Zielwerten.
- Die Monitoringberichte sind zu veröffentlichen.
- Ein Sanktionsmechanismus wird in folgenden Fällen in Gang gesetzt:
 1. Im Zuge des Monitorings festgestellte Nicht-Erreichung von vereinbarten Zielen
 2. Verstoß gegen die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, den Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene oder die Landes-Zielsteuerungsübereinkommen
 3. Nicht-Zustandekommen des Zielsteuerungsvertrages auf Bundesebene oder der Landes-Zielsteuerungsübereinkommen
- Bei Streitigkeiten über Inhalte des Zielsteuerungsvertrages und der Landes-Zielsteuerungsübereinkommen ist ein Schlichtungsverfahren vorgesehen.

Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene, vierjährige Landes-Zielsteuerungsübereinkommen

Auf Grundlage des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes wird ein Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene ausgearbeitet. Basierend auf diesem Vertrag werden auf Landesebene in den Landes-Zielsteuerungskommissionen detaillierte vierjährige Landes-Zielsteuerungsübereinkommen einvernehmlich beschlossen.

Entscheidungsstrukturen und Organisation

Auf Bundesebene werden die Entscheidungsstrukturen verschlankt und der administrative Aufwand deutlich reduziert. Zur Vorbereitung und Koordination der Agenden der Bundes-Zielsteuerungskommission sowie zur Unterstützung der Umsetzung von Beschlüssen der Bundes-Zielsteuerungskommission wird ein Ständiger Koordinierungsausschuss eingerichtet.

Kompetenzrechtliche Ausführungen (Artikel 1 bis 8)

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das vorliegende Bundesgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 8 B-VG („Einrichtung beruflicher Vertretungen, soweit sie sich auf das Bundesgebiet erstrecken“), Art. 10 Abs. 1 Z 11 („Sozialversicherungswesen“), Art. 10 Abs. 1 Z 12 („Gesundheitswesen“), und Art. 12 Abs. 1 Z 1 („Heil- und Pflegeanstalten“) B-VG.

Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Gesundheits-Zielsteuergesetz – G-ZG)

Zu Abschnitt 1:

Dieser Abschnitt sieht die Fortführung und gemeinsame Weiterentwicklung der bereits eingerichteten partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit unter Einbeziehung der Sozialversicherung als gleichberechtigter Partner für die gesamte Gesundheitsversorgung vor. Weiters enthält er einen Katalog von Begriffsbestimmungen.

Zu Abschnitt 2:

Dieser Abschnitt enthält die der Zielsteuerung-Gesundheit zu Grunde liegenden gesundheitspolitischen Grundsätze, wie die Rahmen-Gesundheitsziele, Gesundheit in allen Politikfeldern und Public Health-Orientierung. Darüber hinaus werden – wie im allgemeinen Teil beschrieben – die Prinzipien, Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung-Gesundheit festgelegt. Weiters enthält dieser Abschnitt Regelungen zur Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen sowie zur Patientenorientierung und Transparenzmachung von Qualitätsinformationen und zur Stärkung zielgerichteter und abgestimmter Gesundheitsförderung.

Zu Abschnitt 3:

In diesem Abschnitt wird festgelegt, dass auf Bundesebene ein periodenbezogener vierjähriger Zielsteuerungsvertrag vom Bund, den Ländern und der Sozialversicherung abzuschließen ist und auf Landesebene vierjährige Landes-Zielsteuerungsübereinkommen vom jeweiligen Land und der Sozialversicherung in der Landes-Zielsteuerungskommission zu beschließen sind. Der Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene ist durch Jahresarbeitsprogramme zu operationalisieren.

Zu den Abschnitten 4 und 5:

In diesen Abschnitten erfolgt die Konkretisierung der Inhalte des Zielsteuerungsvertrages auf Bundesebene und der Landes-Zielsteuerungsübereinkommen für folgende vier Steuerungsbereiche der Zielsteuerung-Gesundheit:

1. Ergebnisorientierung,
2. Versorgungsstrukturen,
3. Versorgungsprozesse und
4. Finanzziele.

Zu § 14 Abs. 2 Z 4:

Die Möglichkeit zur Zurücknahme von aufrechten Errichtungs- und Betriebsbewilligungen ist bereits in § 12 KAKuG geregelt.

Zu Abschnitt 6

Erstmalig werden Regelungen hinsichtlich der Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur kompakt in diesem Gesetz geregelt. Insbesondere wird Folgendes festgelegt:

Zu § 18 Abs. 1 und 2:

Die Berücksichtigung der Versorgungswirksamkeit der jeweiligen Angebote und Versorgungseinrichtungen im Gesundheits- und im Sozialbereich in der integrativen Versorgungsplanung setzt entsprechend belastbare Datengrundlagen in qualitativer und quantitativer Hinsicht voraus.

Zu § 18 Abs. 7 Z 1:

Ziel ist die Sicherstellung des für die Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Gesundheitspersonals, bei gleichzeitiger Neuausrichtung der Aufgabenteilung im Hinblick auf die Aufgabenprofile der Gesundheitsberufe (Verbesserung des Skill-Mix und des Grade-Mix) und bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung einer hohen Behandlungsqualität.

Zu § 18 Abs. 7 Z 5:

Unter der Planung der erforderlichen Personalressourcen ist eine „Meta-Planung“ auf gesamtstaatlicher Ebene zu verstehen (Health Workforce Planning).

Zu § 18:

Gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sind die Vertragsparteien übereingekommen, die für die integrative Versorgungsplanung notwendigen Datengrundlagen (inkl. bundesweit einheitlicher Datengrundlagen für alle Gesundheitsberufe) in ausreichender Qualität entsprechend Art. 10 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit zur Verfügung zu stellen.

Zu § 19 Abs. 2:

Der ÖSG hat verbindliche Vorgaben für RSG im Hinblick auf die in § 18 Abs. 1 angeführten Bereiche zu umfassen, die Zielsetzungen gemäß § 18 Abs. 3 bis 7 zu verfolgen, die Kriterien für die Gewährleistung der bundesweit einheitlichen Versorgungsqualität festzulegen und damit eine Grundlage für die Abrechenbarkeit von Leistungen der Gesundheitsversorgung im Sinne des § 3 Abs. 3 GQG darzustellen.

Zu § 20 Abs. 1 Z 4:

Es ist nicht vorgesehen, im ÖSG auf der Ebene von niedergelassenen Leistungserbringern Aussagen zu tätigen.

Zu § 20 Abs. 1 Z 5:

Mindestfallzahlen beziehen sich naturgemäß vorrangig auf den intramuralen Bereich.

Zu § 20 Abs. 1 Z 7:

Unter einem Versorgungsauftrag ist die Zuordnung von Aufgaben und Leistungen auf regionaler Ebene zur dafür im regionalen Kontext am besten geeigneten Anbieterstruktur zu verstehen.

Zu § 20 Abs. 1 Z 9:

Zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung mit hochspezialisierten komplexen Leistungen sollen im Rahmen einer verbindlichen überregionalen Versorgungsplanung (ÜRVP) eine überregionale Abstimmung der Ressourcen- und Leistungsangebotsplanung für ausgewählte Versorgungsbereiche vorgenommen werden (z.B. Herzchirurgie, Kinderherzzentren, Transplantationschirurgie, Schwerbrandverletztenversorgung, Sonderisolerstationen für hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen, u.a.m.).

Zu § 20 Abs. 1 Z 10 und 11:

Großgeräte mit überregionaler Bedeutung werden nicht mehr wie bisher auf der Landesebene sondern auf der Bundesebene geplant und vereinbart.

Zu § 21 Abs. 3 Z 2:

Die Grobabschätzung des Bedarfs auf Basis der „Planungsrichtwerte für den gesamten ambulanten Bereich“ im ÖSG ersetzt nicht eine regionale sektorenübergreifende Angebotsplanung für die ambulante Versorgung. Daher sind eine detaillierte Bedarfsschätzung und Angebotsplanung auf regionaler Ebene bzw. für Versorgungsregionen durchzuführen, wobei die lokalen Spezifika (inkl. Wechselwirkungen zwischen den Regionen wie z. B. Pendlerbewegungen) ebenso zu berücksichtigen sind wie die bundesweiten Vorgaben. In diesem Zusammenhang wird festgehalten, dass im RSG im ambulanten Bereich nicht auf Ebene der Leistungserbringer geplant wird. In dem so gesetzten Rahmen werden konkretere Festlegungen, z.B. von Ordinationsstandorten wie bisher dem Stellenplan belassen bleiben. Sofern im Rahmen von RSG – zu den im ÖSG ausgewiesenen „ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten“ (ÄAVE) analoge – Messgrößen (wie z.B. Standardversorgungseinheiten (SVE)) herangezogen werden, ist die bundesweite Vergleichbarkeit der Ergebnisse sicherzustellen.

Zu § 21 Abs. 3 Z 4:

Die im ÖSG enthaltene überregionale Versorgungsplanung (ÜRVP) ist, soweit die Versorgung des jeweiligen Bundeslandes betroffen ist, unverändert im RSG darzustellen. Unter Versorgungsgebiet ist hier die Summe der Versorgungsregionen, die gemäß Zuordnungstabelle im ÖSG von einem bestimmten Leistungsstandort zu versorgen sind, zu verstehen.

Zu §§ 22 und 23:

In diesen Bestimmungen wird zur Verbesserung der Transparenz festgelegt, dass der ÖSG und die RSG und deren Änderungen im Bundesgesetz- bzw. Landesgesetzblatt zu veröffentlichen sind.

Darüber hinaus ist vorgesehen, dass einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung als normativ gekennzeichnete Teile des ÖSG bzw. einvernehmlich zwischen Ländern und Sozialversicherung als normativ gekennzeichnete Teile des RSG als verbindlich festgelegt und durch Verordnung kundgemacht werden. Um eine umfassende und integrative Planung des österreichischen

Gesundheitswesens im Rahmen der kompetenz- und verfassungsrechtlichen Gegebenheiten umzusetzen, wird zur Sicherstellung, dass diese Verordnungen abgestimmte Vorgaben sowohl für den niedergelassenen Bereich als auch für den Krankenanstaltenbereich enthalten, die Einrichtung einer nicht gewinnorientierten GmbH vorgesehen, die seitens des Bundes und der Länder mit der Erlassung dieser Verordnungen beliehen wird. Diese Verordnungen ersetzen jedoch nicht die Notwendigkeit, dass zwischen den Gesamtvertragspartnern auch weiterhin zur vertragsrechtlichen Umsetzung Stellenpläne zu verhandeln sind.

Zu Abschnitt 7:

Zu §§ 25 bis 27:

Auf Bundesebene werden die bisher bestehenden zwei politischen Gremien zur Vermeidung von zusätzlichem Aufwand aufgrund sich teilweise überschneidender Zuständigkeiten in der Bundes-Zielsteuerungskommission zusammengeführt. Dadurch werden die Entscheidungsstrukturen verschlankt und auch der administrative Aufwand deutlich reduziert. Zur Vorbereitung und Koordination der Agenden der Bundes-Zielsteuerungskommission sowie zur Unterstützung der Umsetzung von Beschlüssen der Bundes-Zielsteuerungskommission wird ein Ständiger Koordinierungsausschuss eingerichtet.

Zu § 28:

Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit wird im Rahmen der Mitwirkung in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds verpflichtet,

1. eine Vertreterin/einen Vertreter in die jeweilige durch die Landesgesetzgebung eingerichtete Gesundheitsplattform und
2. eine Vertreterin/einen Vertreter in die jeweilige durch die Landesgesetzgebung eingerichtete Landes-Zielsteuerungskommission zu entsenden.

Von besonderer Bedeutung ist dabei das Veto des Bundes gegen Beschlüsse, die gegen geltendes Recht, die geltenden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG, den Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene oder gegen Beschlüsse der Organe der Bundesgesundheitsagentur verstoßen. Unter geltende Vereinbarungen sind insbesondere die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit, die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie die Vereinbarung zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden über einen Österreichischen Stabilitätspakt 2012 (ÖStP 2012) zu verstehen.

Zu § 29:

Der gegenständliche Paragraph regelt die Mitwirkung der gesetzlichen Krankenversicherung in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds.

Zu § 30:

Zur Beratung der Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Städte und Gemeinden) sowie der Sozialversicherung in gesundheitspolitischen Themen wird eine Bundesgesundheitskommission eingerichtet.

Zu Abschnitt 8:

Dieser Abschnitt sieht vor, dass das implementierte Monitoring und Berichtswesen basierend auf klar festgelegten Messgrößen und Zielwerten durchgeführt und inhaltlich weiterentwickelt wird. Die Monitoringberichte sind zu veröffentlichen. In der Umsetzung der Zielsteuerung werden im Vergleich zur vergangenen Vereinbarungperiode die Monitoringinstrumente vereinfacht und der bürokratische Aufwand minimiert. Das Monitoring wird bei gleichzeitiger Erhöhung der Transparenz gestrafft.

Zu Abschnitt 9:

Die bereits im Gesundheits-Zielsteuergesetz, BGBl. I Nr. 81/2013 festgelegten Regelungen zu einem Sanktionsmechanismus bleiben in der Zielsteuerungs-Periode ab 2017 bestehen. Bei Streitigkeiten über Inhalte des Zielsteuerungsvertrages und der Landes-Zielsteuerungsübereinkommen ist ein Schlichtungsverfahren vorgesehen, das weder ein Verwaltungsverfahren noch ein Schiedsverfahren im Sinne des § 577 der Zivilprozessordnung, sondern ein Verfahren sui generis ist.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes - KAKuG)

Zu Art. 2 Z 1 bis 3 (§ 2a KAKuG)

Entsprechend den Festlegungen in Art. 50 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wird zur Anpassung der Krankenanstaltentypologie an die neuen Planungsgrundsätze Folgendes vorgesehen:

1. Standardkrankenanstalt müssen wie bisher mindestens zwei Abteilungen vorhalten, davon eine für Innere Medizin. Weiters muss zumindest eine ambulante Basis-Akutversorgung im Bereich Chirurgie/Unfallchirurgie gewährleistet werden, wobei die Landesgesetzgebung festlegen kann, dass dies auch durch Kooperation mit anderen nahe gelegenen Gesundheitsdiensteanbietern möglich ist.
2. Entfall der Standardkrankenanstalten der Basisversorgung.
3. Schwerpunktkrankenanstalt: Entfall des Sonderfaches Haut- und Geschlechtskrankheiten als Pflichtfach und Erweiterung von § 2a Abs. 3 letzter Satz auf sonstige Einrichtungen.

Zu Art. 2 Z 4 bis 9 (§§ 3 und 3a KAKuG):

Im Bereich des Bedarfsprüfungsverfahrens sowohl für bettenführende Krankenanstalten als auch für selbstständige Ambulatorien erfolgen Änderungen, die der zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung vereinbarten Verbindlichkeitserklärung von Teilen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) und der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) durch Verordnungen Rechnung tragen. Für den Fall, dass das verfahrensgegenständliche Leistungsspektrum in diesen Verordnungen geregelt ist, wird vorgesehen, dass im Zuge der Bedarfsprüfung ausschließlich die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen ist. Die Entscheidung über die Plankonformität des Vorhabens hat mittels Feststellungsbescheid zu erfolgen.

Zur verfahrensrechtlichen Abstimmung des krankenanstaltenrechtlichen Bedarfsprüfungs- und Errichtungsbewilligungsverfahrens mit einem vom Antragsteller angestrebten Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung wird Folgendes festgelegt:

Sofern für das verfahrensgegenständliche Leistungsspektrum ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung erfolgt, ist das krankenanstaltenrechtliche Errichtungsbewilligungsverfahren nach positiver Bedarfsfeststellung bis zum Feststehen des Ergebnisses dieses Vertragsvergabeverfahrens zu unterbrechen.

Zu Art. 2 Z 10 (§ 10a Abs. 1 KAKuG):

Die Regelungen im § 10a Abs. 1 hinsichtlich des Landeskrankenanstaltenplanes wurden an die Bestimmungen im § 24 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz angepasst.

Zu Art. 2 Z 11 (Entfall § 18 Abs. 2 KAKuG):

Die aus den siebziger Jahren stammenden Regelungen in diesem Absatz sind auf Grund der wesentlich genaueren und zeitnahen Aussagen des ÖSG und der RSG inhaltlich überholt und können daher zukünftig entfallen.

Zu Art. 2 Z 12, 16 bis 18, 20 bis 22, 24 und 25 (§§ 56a, 59a Abs. 1, 59d Abs. 4, 59e Abs. 2 und Abs. 3, 59h, 59j Abs. 3 und 67 Abs. 2 Z 4 und 5 KAKuG):

Es erfolgen Zitat Anpassungen, insbesondere an das neue Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz.

Zu Art. 2 Z 13 bis 15 (§§ 57 Abs. 1 und Abs. 2 sowie § 59 Abs. 6 Z 2 und 3 KAKuG):

Es erfolgen Anpassungen im Zusammenhang mit der neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und entsprechend dem Finanzausgleich für die Jahre ab 2017.

Insbesondere werden zusätzlich zu den bisherigen zweckgewidmeten Vorwegabzügen der Bundesgesundheitsagentur im Höchstausmaß von jährlich 10 Mio. Euro zur Finanzierung von überregionalen Vorhaben gemäß § 59g und nach Maßgabe entsprechender Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission vorgesehen.

Zur Finanzierung von ELGA werden als Länderanteil 13,667 Mio. Euro für den Zeitraum 2017 bis 2020 aus Mitteln der Bundesgesundheitsagentur vorgesehen.

Zu Art. 2 Z 19 (neuer § 59g KAKuG):

Es wird vorgesehen, Mittel im Höchstausmaß von jährlich 10 Millionen Euro für den Aufbau bzw. die Entwicklung von neuen überregionalen Versorgungsangeboten und überregional erforderlicher Infrastruktur sowie für gemeinsam vereinbarte Finanzierungslösungen für Medikamente zweckzuwidmen.

Zu Art. 2 Z 22 (§ 59k Z 4 KAKuG):

Hier erfolgt eine Anpassung an die geänderte Terminologie in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit.

Zu Artikel 3 bis 6 (Änderungen im Sozialversicherungsrecht)

Zu Art. 3 Z 1, 3, 5 und 7, Art. 4 Z 1, Art. 5 Z 1 und Art. 6 Z 1 (§ 31 Abs. 5 Z 16b, 84c, 441d Abs. 2 Z 4 und 447g ASVG; § 210 Abs. 1 Z 9 GSVG; § 198 Abs. 1 Z 9 BSVG und § 147a Abs. 1 Z 9 B-KUVG):

Im ASVG und den Sondergesetzen erfolgen redaktionelle Anpassungen im Zusammenhang mit der Neuerlassung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes (G-ZG).

Zu Art. 3 Z 2 (§ 84a ASVG):

Durch die vorgeschlagenen Änderungen kommt es im ASVG zu Anpassungen in Bezug auf die Umsetzung der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Zu Art. 3 Z 4 (§ 351g Abs. 2 ASVG):

Auf Grund des Wegfalls der bisher im G-ZG geregelten Medikamentenkommissionen bedarf es einer entsprechenden Anpassung bei den Empfehlungen der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission.

Zu Art. 3 Z 6 (§ 447a Abs. 10 ASVG):

Der bisher vom Bundesminister für Finanzen aus Mitteln der Tabaksteuer an den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen je Jahr geleistete Betrag in Höhe von 12 423 759,09 Euro, der zu zwei Dritteln an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung nach § 447f ASVG und zu einem Drittel an den Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung nach § 447h ASVG weiterüberwiesen wird, soll ab dem Jahr 2017 durch den Bundesminister für Finanzen nicht mehr zweckgewidmet aus Mitteln der Tabaksteuer, sondern aus allgemeinen Steuermitteln geleistet werden.

Zu Art. 3 Z 8 (§ 700 Abs. 2 ASVG):

Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wird für die Geltungsdauer des Finanzausgleichsgesetzes 2017 (dh. bis zum 31. Dezember 2021) abgeschlossen. Für den Fall der Verlängerung der Geltungsdauer des Finanzausgleichs verlängert sich auch die Geltungsdauer der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Durch die gegenständliche Bestimmung soll Klarheit hinsichtlich des Außerkrafttretens sowie ein Zeitfenster für Ersatzregelungen geschaffen werden.

Zu Artikel 7 (Änderung des Ärztegesetzes 1998)

Zu Art. 7 Z 1 (§ 52c Abs. 2 ÄrzteG 1998):

Mit der Änderung wird der zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung vereinbarten Verbindlichkeitserklärung von Teilen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) und der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) durch Verordnungen Rechnung tragen.

Zu Artikel 8 (Änderung des Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH - GÖGG)

Zu Art. 8 Z 1 und 2 (§§ 4 Abs. 6, 15 Abs. 1 GÖGG):

In Umsetzung des Art. 15 Abs. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wird festgelegt, dass zur Gewährleistung der Steuerung, Planung und Finanzierung des Gesundheitswesens die unentgeltliche Bereitstellung von Dokumentationsdaten (LKF-Daten für den stationären Bereich bzw. Leistungsdokumentation für den ambulanten Bereich) der Krankenanstalten durch die Landesgesundheitsfonds sowie die unentgeltliche Bereitstellung von Abrechnungsdaten durch die Sozialversicherungsträger an die Gesundheit Österreich GmbH erfolgt. In Hinblick auf die Datenhaltung, -auswertung und -interpretation werden folgende Grundsätze normiert:

1. Die gemeinsame Datenhaltung erfolgt bei der Gesundheit Österreich GmbH.
2. Der Aufbau der Datenhaltung erfolgt sukzessive und im Einvernehmen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung.
3. In Abstimmung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung wird für Routineauswertungen eine gemeinsame Analyse- und Auswertungsplattform unter Bedachtnahme auf bestehende Systeme etabliert, die allen Zielsteuerungspartnern zugänglich ist.
4. Sofern eine Abfrage außerhalb der Routineauswertungen von einem Zielsteuerungspartner gewünscht wird, sind die anderen Zielsteuerungspartner unmittelbar zu informieren. In begründeten Fällen kann ein Partner einen Einwand gegen die Abfrage geltend machen und diese hemmen. Die Auswertungsergebnisse solcher Abfragen sind allen Zielsteuerungspartnern zugänglich zu machen. Eine allfällige Interpretation und Verwendung der Auswertungen kann nur in gemeinsamer Abstimmung zwischen den Zielsteuerungspartnern erfolgen.

5. Die Koordination des in Z 4 beschriebenen Abfrageprozesses obliegt der Gesundheit Österreich GmbH. Dem Ständigen Koordinierungsausschuss gemäß § 27 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes ist über die in Z 1 bis 4 beschriebenen Aktivitäten in regelmäßigen Abständen ein Bericht vorzulegen.

Die in § 15 GÖGG bereits festgelegten umfangreichen datenschutzrechtlichen Vorgaben gelten auch für diese Daten.

Novelle zum Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen (Art. 9)

Vereinfachte wirkungsorientierte Folgenabschätzung

Einbringende Stelle: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Vorhabensart: Bundesgesetz
Laufendes Finanzjahr: 2016
Inkrafttreten/ Wirksamwerden: 2017

Vorblatt

Problemanalyse

1. Derzeit sieht das Bundesgesetz über die Dokumentation im intramuralen ambulanten Bereich nur für Krankenanstalten, die über die Landesgesundheitsfonds finanziert werden, die Übermittlung von Daten vor. Für die Übermittlung ambulanter Daten der Unfallkrankenhäuser (UKH) durch die AUVA fehlt somit derzeit die datenschutzrechtliche Grundlage. Daher können derzeit aus diesem Bereich Daten, die einen großen Beitrag zu einer lückenlosen ambulanten Dokumentation leisten können, nicht erfasst werden.
2. Für die Umsetzung des im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit entwickelten und in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (4. Abschnitt) zur Einführung vorgesehenen Bepunktungsmodells für den ambulanten Bereich ist eine Vereinheitlichung der bisher leicht unterschiedlichen Datenmeldungen aus dem intramural ambulanten und dem stationären Bereich notwendig.
3. Aus der praktischen Anwendung des bestehenden Dokumentationsgesetzes und der Diagnosen- und Leistungsdokumentationsverordnung, BGBl. II Nr. 589/2003 idgF. ergab sich der Bedarf geringfügiger Nachjustierungen der bestehenden Regelungen.

Ziel(e)

1. Schaffung der datenschutzrechtlichen Grundlage für die Übermittlung ambulanter Daten der UKH durch die AUVA.
2. Vereinheitlichung der Datenmeldungen aus dem intramural ambulanten und dem stationären Bereich einschließlich der Meldezeitpunkte als Voraussetzung für die Anwendung des im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit entwickelten und in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (4. Abschnitt) zur Einführung vorgesehenen Bepunktungsmodells für den ambulanten Bereich.
3. Spezifizierungen zur Datenmeldung der Krankenfürsorgeanstalten, Verpflichtung zur Meldung des Gemeindecodes.

Inhalt

Das Vorhaben umfasst hauptsächlich folgende Maßnahme(n):

1. Schaffung datenschutzrechtlicher Grundlagen für die Übermittlung ambulanter Daten der Unfallkrankenhäuser (UKH) durch die AUVA
2. Vereinheitlichung der Datenmeldung des intramural ambulanten und des stationären Bereiches als Voraussetzung für die Anwendung des im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit entwickelten und in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (4. Abschnitt) zur Einführung vorgesehenen Bepunktungsmodells für den ambulanten Bereich.
3. Nachjustierung des bestehenden Gesetzestextes auf Grundlage der seit der letzten Novellierung 2013 gemachten Erfahrungen in der praktischen Anwendung.

Beitrag zu Wirkungsziel oder Maßnahme im Bundesvoranschlag

Das Vorhaben hat keinen direkten Beitrag zu einem Wirkungsziel.

Anmerkungen zu sonstigen, nicht wesentlichen Auswirkungen:

Durch die Reduzierung der Meldezeitpunkte kommt es zu einer Reduktion des Dokumentationsaufwandes.

Den zur Dokumentation verpflichteten Institutionen wird von der Bundesgesundheitsagentur das Softwarepaket „XDok“ kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Verhältnis zu den Rechtsvorschriften der Europäischen Union

Die vorgesehenen Regelungen fallen nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens

Keine

Diese Folgenabschätzung wurde mit der Version 4.2 des WFA – Tools erstellt (Hash-ID: 1572988576).

ERLÄUTERUNGEN

Allgemeiner Teil

Zielsetzung und Zweck der Gesetzesnovelle

Oberstes Ziel der Gesundheitspolitik und somit der partnerschaftlichen Zielsteuerung Gesundheit ist die Gewährleistung einer für alle in Österreich lebenden Menschen frei zugänglichen, regional ausgewogenen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung und deren langfristige Finanzierbarkeit. Eine Grundlage dafür ist eine qualitativ hochstehende Gesundheitsdokumentation, die es ermöglicht, die wesentlichen Faktoren einer integrierten Gesundheitsversorgung transparent zu machen.

Mit der Vereinheitlichung der Datenmeldung des intramural ambulanten und des stationären Bereiches wird die Grundlage für die leistungsorientierte Abrechnung des intramural ambulanten Bereiches geschaffen, wodurch eine Verlagerung von bestimmten Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich angestoßen wird. Für die Abrechnung dieser Leistungen wurde ein Bepunktungsmodell entwickelt.

Die Vereinheitlichung des Datensatzes wurde seit Beginn des Jahres 2016 im Rahmen der Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit, mit den Ländern und Spitalsträgern sowie mit den wesentlichen Anbietern von Krankenanstalten-Informationssystemen im Detail abgestimmt. Der vereinheitlichte Datensatz wurde der Bundesgesundheitskommission am 1. Juli 2016 als integrativer Bestandteil des LKF-Modells 2017 vorgelegt und von der Bundesgesundheitskommission einstimmig beschlossen.

Für die Datenmeldung der Unfallversicherungsträger im ambulanten Bereich wird die datenschutzrechtliche Grundlage geschaffen, da die Lieferung aus den Unfallkrankenhäusern aufgrund der Datenmenge einen großen Beitrag zu einer lückenlosen ambulanten Dokumentation leisten wird. Damit wird auch einem Wunsch der AUVA entsprochen.

Für Krankenfürsorgeanstalten wird bei der Datenmeldung im stationären und ambulanten Bereich als Erleichterung die Einschränkung gesetzlich verankert, dass nur jene Krankenfürsorgeanstalten zur Datenmeldung verpflichtet sind, die die Daten ihrer Versicherten EDV-unterstützt verwalten.

Anpassung der Dokumentationsinhalte:

Im Zuge der Vereinheitlichung der Datenmeldungen aus dem intramural ambulanten und dem stationären Bereich wurde die derzeit im ambulanten Bereich zu erhebenden Gemeindecodenziffer und die im stationären Bereich zu erhebende Postleitzahl durchgehend durch den Gemeindecodenumsatz ersetzt. Damit ist nunmehr sektorenübergreifend eine stabile und exakte Ortsinformation möglich.

Weiters wird bei der ambulanten Meldung nunmehr ein Kostenstellenplan von den Trägern der Krankenanstalten als Information gefordert.

Die übrigen, bereits seit langem etablierten Datenerfassungen und -übermittlungen aus dem stationären und ambulanten Bereich bleiben unverändert.

Datenschutzrechtliche Erwägungen:

Mit gegenständlicher Novellierung des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen werden die in der Novelle des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. I Nr. 21/2013, hohen datenschutzrechtlichen Standards durch Aufnahme weiterer Bestimmungen, die bisher zum Teil in Verordnungen geregelt waren, zusätzlich abgesichert.

Anpassung der Bezeichnung des Bundesministeriums:

Aufgrund der Novelle zum Bundesgesetz über die Zahl, den Wirkungsbereich und die Einrichtung der Bundesministerien BGBl. Nr. 76/1986 idF BGBl. I Nr. 49/2016 (Bundesministeriengesetz 1986) erfolgt eine Anpassung der Bezeichnung auf Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das vorliegende Bundesgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG (Gesundheitswesen).

Besonderer Teil

Zu Z 1, Z 2, Z 6, Z 14, Z 22 und Z 31 (§ 1, § 1a Abs. 1, § 2 Abs. 3, § 4 Abs. 1 Z 2, § 5a Abs. 1 Z 1, § 5a Abs. 1 Z 3 lit. a, § 6 Abs. 4 Z 1, § 6c Abs. 1 Z 2 lit. a, § 6g Z 2):

Die Begriffe des Pfleglings sowie der Leistungsempfängerinnen/Leistungsempfänger in ihrer jeweiligen grammatikalischen Form werden durch Patientinnen/Patienten ersetzt und somit vereinheitlicht.

Zu Z 4, Z 5, Z 16 und Z 35 (§ 2 Abs. 1 und 2, § 4 Abs. 5 sowie § 10):

Es erfolgen notwendige Zitat Anpassungen.

Zu Z 7 (§ 2 Abs. 4 Z 1 lit. g):

Aufgrund mangelnder Nachprüfbarkeit von Seiten des Krankenhauses bzw. im niedergelassenen Bereich, ob der angegebene Wohnsitz der Hauptwohnsitz ist, wird nunmehr auf den Wohnsitz abgestellt, da dieser für die erfassende Einheit als Identifikationsmerkmal einer Patientin/ eines Patienten ausreichend ist.

Zu Z 12, Z 19, Z 27, Z 28 und Z 32 (§ 3 Abs. 2, § 5a Abs. 1 Z 3, § 6a, § 6b sowie § 6c Abs. 2):

Zur Reduktion des Verwaltungsaufwandes sowie zur Harmonisierung der ambulanten und stationären Dokumentation werden anstelle von Quartalsberichten, deren Lieferung weiterhin optional möglich sein soll, künftig nur noch Halbjahres- und Jahresberichte gefordert. Dadurch wird die Häufigkeit der Datenübermittlung pro Jahr im stationären Bereich von bisher drei auf zwei und im ambulanten Bereich von bisher vier auf zwei reduziert.

Zu Z 12 und Z 27 (§ 3 Abs. 2 sowie § 6a):

Genauere Beschreibungen zu den Altersgruppen finden sich im „Anhang 1 des Handbuchs zur Dokumentation“ auf der Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen auf Seite 34 (http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/5/8/CH1241/CMS1287566012601/anhang1_-_aufbau_und_inhalt_der_datenmeldungen_2017.pdf).

Zu Z 15 (§ 4 Abs. 3):

Mit diesen Einfügungen werden einerseits der Inhalt des DIAG klargestellt und andererseits zusätzliche Vorgaben zur Sicherstellung des Datenschutzes und der Datensicherheit normiert. Die in den Hauptstücken A bis D angesprochenen Daten werden in Kapitel sieben und acht des „Handbuchs zur Dokumentation – Organisation & Datenverwaltung“ auf der Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen näher erläutert (http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/5/8/CH1241/CMS1287566012601/handbuch_organisation_und_datenverwaltung_2017.pdf).

Zu Z 9 und Z 23 (§ 2 Abs. 4 Z 1 lit. M, § 6 Abs. 4 Z 1 lit. d und Z 2 lit. c):

In den bestehenden Datenmeldungen ist die Wohnsitz-Postleitzahl der Patientin/ des Patienten das einzige Datenfeld, über das österreichweit eine regionale Zuordnung des stationären Falls bzw. des ambulanten Kontakts möglich ist. Da alle für die Analyse, Planung und Steuerung verwendeten regionalen Gliederungen auf einer politischen Gemeinde basieren (z.B. Bezirke, Bundesländer, Versorgungsregionen, Versorgungszonen), muss jede Postleitzahl auf einen Gemeindecode abgebildet werden. Dieser ist allerdings zu einem hohen Prozentsatz nicht deckungsgleich mit den Gemeindegebieten, was zur Folge hat, dass die Abbildung der Postleitzahlen als Gemeindecodes im Wege eines „nachträglichen Mappings“ aufwändig herbeigeführt werden muss und mit großen Ungenauigkeiten behaftet ist.

Betreffend die Umstellung von Gemeindekennziffern auf Gemeindecodes wird angemerkt, dass die Nutzung des Gemeindecodes für alle betroffenen Einrichtungen eine exakte und stabile lokale Zuordnung einer Person bietet, weil durch häufige Änderungen der räumlichen Zuständigkeit von Postämtern sowie durch die Schließung und Zusammenlegung derselben eine Nutzung der Postleitzahl als Lokalinformation nicht mehr möglich bzw. ausreichend ist. Insbesondere für Wien ist die Nutzung des Gemeindecodes notwendig, weil dort nur eine Gemeindekennziffer existiert, die einzelnen Bezirke jedoch über eigene Gemeindecodes verfügen.

Es entsteht keinerlei manueller Zusatzaufwand für das Krankenhaus-Personal, da der Gemeindecode – nach entsprechender Adaptierung der Krankenhausinformationssysteme (KIS) seitens der KIS-Hersteller/-Betreiber im Rahmen der Wartungsverträge bzw. in der zentralen Partnerverwaltung der Sozialversicherung seitens des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger – vollkommen automatisiert durch Abfrage des Adressregisters des Bundesamts für Eich- und Vermessungswesen ermittelt werden kann.

Zu Z 17 und Z 18 (§ 5 Abs. 1 und 2 sowie § 6e):

Hier wird sichergestellt, dass nach Übermittlung der Jahresberichte und sonstiger Berichte an das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen sämtliche genannte Empfängerinnen und Empfänger ebenso die Löschfristen gemäß § 4 Abs. 5 einzuhalten haben.

Zu Z 19 und Z 32 (§ 5a Abs. 2 bis 7 und § 6c Abs. 3 bis 8):

Der technische Prozess der Pseudonymisierung erfährt sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich eine weiterführende gesetzliche Konkretisierung. Weiters werden die bisher in Verordnungen geregelten Bestimmungen hinsichtlich der regelmäßigen Audits zur Einhaltung des Datenschutzes im Rahmen der Pseudonymisierung und der damit zusammenhängenden Prozesse gesetzlich festgelegt.

Zu Z 20 und Z 33 (§ 5b und § 6d):

Aufgrund der Tatsache, dass nicht alle Krankenfürsorgeanstalten eine EDV-unterstützte Datenverwaltung führen und diese Anstalten nur begrenzt bzw. in Summe quantitativ wenige Daten an das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen übermitteln (bzgl. des Datenweges siehe Grafik und Beschreibung am Ende), wird diese Ausnahmeregelung geschaffen.

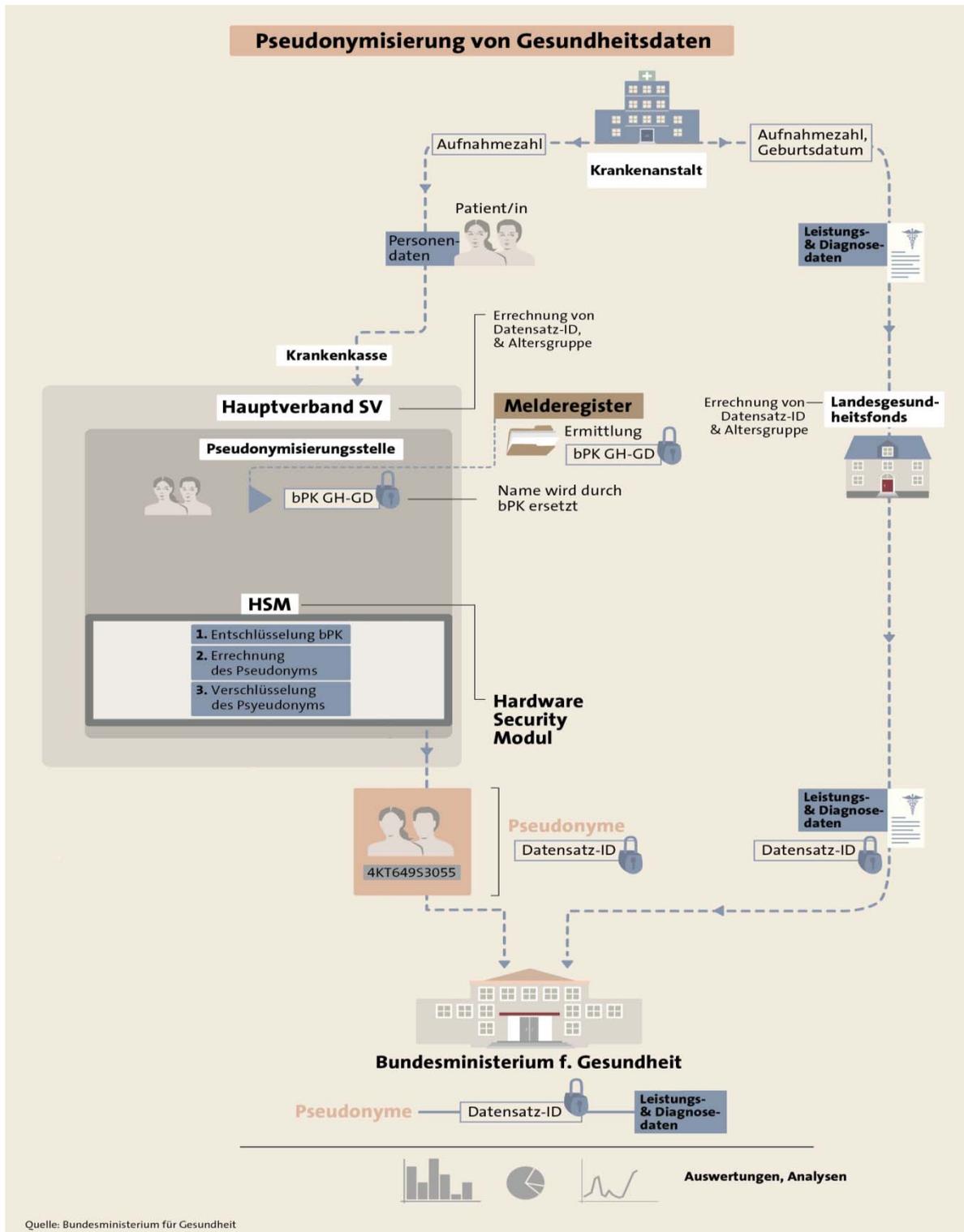
Zu Z 26 (§ 6 Abs. 4 Z 5):

Anstatt der optionalen Lieferung von Diagnosedaten wird in zwei eindeutig geregelten Fällen („im Rahmen von Modellprojekten der Bundesgesundheitsagentur“ oder aufgrund der Vorgabe eines im Gremium der Bundesgesundheitsagentur beschlossenen Abrechnungsmodelles) eine verpflichtende Lieferung vorgesehen.

Zu Z 27 (§ 6a):

Derzeit sind im intramuralen ambulanten Bereich ausschließlich Meldungen der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten für deren Ambulanzen vorgesehen. Die Unfallkrankenhäuser der Unfallversicherungsträger weisen zahlreiche ambulante Kontakte und Leistungen in ihren Ambulanzen auf. Diese Daten können auf Grund ihres erheblichen Umfangs einen wesentlichen Beitrag zur Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung leisten. Daher wird nunmehr eine datenschutzrechtliche Grundlage für die Übermittlung dieser Daten geschaffen.

Zum besseren Verständnis stellt die folgende Abbildung die Datenflüsse im Zusammenhang mit der Pseudonymisierung der Patienten/Patientinnen am Beispiel einer landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalt dar:



Der dargestellte Ablauf gilt auch für Krankenanstalten, die nicht über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, mit dem einzigen Unterschied, dass die Daten – wie bisher – direkt von den Krankenanstalten an das BMGF übermittelt werden.

