|  |
| --- |
|  |
| Bundesarbeitskammer |
| Prinz-Eugen-Straße 20 – 22 |
| 1041 Wien |
|  |
| Salzburg am 26.02.2013 |
| Be/Ge |
| Zl.: 124/13 |

|  |
| --- |
| **Betrifft:** Gesundheitsreformgesetz 2103; Stellungnahme |
| **SachbearbeiterIn:** Karin Beer |
| **DW:** 410 |

Sehr geehrte Damen und Herren!

Werte Kolleginnen und Kollegen!

Zum vorliegenden Entwurf eines Gesundheitsreformgesetzes 2013 nimmt die Salzburger Arbeiterkammer wie folgt Stellung.

**Allgemeines**

Das vorliegende Gesundheitsreformgesetz setzt die 15a Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit um, die zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung verhandelt wurde. Sie besteht aus zwei wesentlichen Elementen: einer Finanzierungs- und einer Strukturreform. So ist es Ziel, die langfristige Finanzierbarkeit des öffentlichen, solidarischen Gesundheitssystems sicherzustellen, eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, die Qualitätssicherung zu intensivieren und die Transparenz im Gesundheitswesen zu steigern. Die gemeinsame Planung und Steuerung birgt die Chance, Strukturen auf ihre Wirkungsorientierung hin neu zu gestalten sowie neue auch sektorenübergreifende Angebote zu etablieren, die dem berechtigten Wunsch der PatientInnen nach einer bedarfsgerechten wohnortnahen Versorgung entsprechen.

Wir erwarten uns, dass die finanziellen Ziele ohne Leistungseinschränkungen für die PatientInnen erreicht werden, da andernfalls das Kernziel der Reform, die Erhaltung des solidarischen Gesundheitssystems verfehlt würde. Darüber hinaus müssen die neuen Entscheidungsstrukturen konsequent eingesetzt werden, um die PatientInnen tatsächlich in den Mittelpunkt zu stellen, und Einzelinteressen der Akteure einzudämmen. Dafür bedarf es jedoch weitreichenderer Sanktionsmöglichkeiten als vorgesehen.

Weiters erwarten wir uns, dass die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen nicht verschlechtert werden, da die physischen und psychischen Belastungen schon heute sehr herausfordernd sind. Stattdessen sollten strukturelle Änderungen auch zu Entlastungsmaßnahmen zugunsten der Gesundheitsberufe genutzt werden.

Mit Hilfe des Gesundheitsreformgesetzes soll der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben des Bundes, der Länder und der Sozialversicherungsträger eingedämmt werden, womit ein wesentlicher Beitrag zum Österreichischen Stabilitätspakt geleistet werden soll. Im Rahmen der Verhandlungen um die 15a Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit einigten sich die genannten Finanziers auf einen Ausgabendämpfungspfad, der kumulierte Ausgabendämpfungen in der Höhe von 3,4 Milliarden Euro bis 2016 vorsieht. Der Anstieg der nominellen öffentlichen Gesundheitsausgaben soll darüber hinaus mittelfristig und schrittweise an den prognostizierten Anstieg des nominellen Bruttoinlandsproduktes (BIP) von derzeit 3,6 % angenähert werden.

In der Perspektive bis 2020 soll der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben stabil bei rund 7 Prozent liegen. Laut System of Health Accounts (OECD) betrug der Anteil im Jahre 2010 (aktuell verfügbare Zahl) 8,4 %. Der für 2020 angepeilte Wert von 7 % entspricht dem Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben in den Jahren 1995/1996. Unabhängig davon, ob eine Koppelung der öffentlichen Gesundheitsausgaben an das BIP – dass sich abhängig von der Summe der inländischen Wertschöpfung und der Veränderungen des Preisindex entwickelt und unabhängig von Bedarfslagen in der Gesundheitsversorgung – als sinnvoll erachtet wird, sind die finanziellen Ziele des vorliegenden Gesundheitsreformgesetzes als sehr ambitioniert zu bewerten.

Angesichts der Herausforderungen an das Gesundheitswesen durch die kommende demografische Entwicklung und dem Primat, die Versorgungsqualität zu erhalten und sogar auszubauen, ist die Erreichung der Finanzziele aus unserer Sicht ungewiss. Da sich die Sanktionen bei Nichterreichung der Ziele auf eine Berichtspflicht bzw. letztlich auf die Veröffentlichung der Nichterreichung beschränken, ist fraglich, ob diese ausreichen, um einen entsprechenden Druck auf die Akteure auszuüben.

Voraussetzung für die Umsetzung der finanziellen Ziele ist das vereinbarte partnerschaftliche Zielsteuerungssystem, dass eine bessere Abstimmung zwischen dem niedergelassenen und dem stationären Bereich bewirken und somit zu einer gemeinsamen Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung auf Bundes- und Landesebene führen soll. Durch das vertragliche Prinzip der Kooperation und Koordination sollen Partikularinteressen überwunden werden, die in der Vergangenheit zu Doppelgleisigkeiten sowie Über- aber auch Unterversorgung geführt haben. Diese Intentionen, die erfolgte Einigung im Rahmen der 15a Vereinbarung und die Umsetzung in Form des vorliegenden Gesundheitsreformgesetzes rechtfertigen es, von einer der größten Reformen der vergangenen Jahrzehnte zu sprechen - zumal sie alle intra- und extramuralen Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens sowie betroffene Nahtstellen umfasst und wesentliche Strukturveränderungen möglich werden.

Allerdings bleibt abzuwarten, wie die nun gesetzlich verankerte Kooperation in der Praxis gelebt wird. Schon derzeit sind im Rahmen der Landesgesundheitsplattformen die Länder und Sozialversicherungen an einem Tisch gesessen, um über das Instrument der Reform-Pool-Projekte Maßnahmen zur Erhöhung der Effizienz zu setzen. Dabei wurde jedoch nicht in das - finanzielle - Handlungsfeld des jeweils anderen Partners „hineinregiert“. Die nun vorgesehenen Änderungen der Entscheidungsstrukturen – Land und Sozialversicherung als gleichberechtigte Partner -, die zu einer gemeinsamen Planung, Steuerung und Finanzierung führen sollen, müssen trotz unveränderter finanzieller Zuständigkeiten genutzt werden, um Effekte zu erzielen.

Wir begrüßen aber ausdrücklich, dass über die finanziellen Ziele hinaus, wesentliche Verbesserungen in Bezug auf Qualitätssicherungsmaßnahmen, Ergebnisorientierung, Gesundheitsförderung und Prävention sowie Transparenz aufgenommen wurden. So wird u.a. die Abgeltung einzelner Leistungen von der Einhaltung der essentiellen Qualitätsstandards abhängig gemacht. Die Intention, die PatientInneninteressen in den Mittelpunkt zu stellen, zeigt sich auch an der konsequenten Vorgangsweise, Versorgungsstrukturen an ihren Bedürfnissen auszurichten, und dem Vorsatz „best point of service“ zu folgen – beispielgebend sei auf den Abbau von Kapazitäten in Akutkrankenanstalten zugunsten tagesklinischer Strukturen, dem Ausbau der ambulanten Versorgungsstruktur zu Tagesrand- und Wochenendzeiten sowie interdisziplinärer Versorgungsmodelle verwiesen. Darüber hinaus bieten sich in Verbindung mit den im Zuge der letzten Novelle des Kranken- und Kuranstaltengesetzes neu geschaffenen Organisationsformen Chancen, eine bedarfsgerechte effiziente und effektive Versorgung zu gewährleisten. Es wird an den handelnden Akteuren liegen, diese Chancen zu ergreifen.

Zu bedenken geben wir jedoch, dass strukturelle Veränderungen in Bezug auf Verschiebungen zwischen den einzelnen Sektoren nur dann zeitnah möglich sind, wenn in bestehende Verträge eingegriffen werden kann. Insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung braucht flexiblere Regelungen im Vertragsverhältnis zur Österreichischen Ärztekammer. Die vorgesehenen Änderungen im ASVG sind aus unserer Sicht nicht ausreichend.

**Im Besonderen**

Im Folgenden gehen wir auf jene Bestimmungen ein, die aus unserer Sicht besonders erwähnenswert, kritisierbar bzw. ergänzungsbedürftig sind.

**§ 5 Abs. 2 GZG**

Die Ziele der Zielsteuerung-Gesundheit finden unsere Zustimmung, insbesondere der Vorrang der Einrichtung von multiprofessionellen und integrativen Versorgungsformen gegenüber Einzelleistungserbringern (Ziffer 8). Für die PatientInnen sind integrative Versorgungsmodelle besonders attraktiv, da sie mehrere Gesundheitsdienstleistungen zur Verfügung stellen und in der Regel damit ein besseres Service bieten. Angesichts der geringen Inanspruchnahme der Möglichkeit zur Einrichtung einer Gruppenpraxis, könnte diese klare Orientierung dazu beitragen, Gruppenpraxen in einem vermehrten Ausmaß zu etablieren.

**§ 5 Abs. 3 Ziffer 6 und 7 GZG**

Die taxativ beschriebenen Handlungsfelder der Zielsteuerung-Gesundheit enthalten auch den Aufbau eines umfassenden, vergleichbaren, systematischen und standardisierten Qualitätsmanagements (mit umfassender Messung der Ergebnisqualität) für den intramuralen und extramuralen Bereich (Ziffer 6), sowie eine Neugestaltung der Finanzierungs- und Honorierungssysteme mit dem Ziel, die Zielsteuerung-Gesundheit (insbesondere Versorgung am „best point of service“) zu unterstützen (Ziffer 7).

Wir begrüßen diese wichtigen Vorhaben, allerdings bedauern wir, dass lediglich für die Erarbeitung eines Qualitätsmanagements für den ambulanten Bereich eine zeitliche Vorgabe besteht. Laut § 7 Abs. 2 Ziffer 2 soll innerhalb von 18 Monaten nach Inkrafttreten (1. Juli 2013) ein adäquates System erarbeitet werden.

Eine ähnliche Vorgabe ist für die Neugestaltung der Finanzierungs- und Honorierungssysteme nicht vorgesehen. Ohne gesetzlich normierte Erfüllungsfrist befürchten wir eine endlose Debatte, ist doch gerade diese Maßnahme von der Verhandlungsbereitschaft der Österreichischen Ärztekammer abhängig. Auch dieses Vorhaben ist in späterer Folge dynamisch weiter zu entwickeln, dennoch empfehlen wir, zumindest die „Erstfassung“ zu einen angemessenen Zeitpunkt einzufordern.

**§ 6 GZG**

Wir begrüßen, dass im Sinne der PatientInnen-Orientierung die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gestärkt werden soll, wobei auch die Möglichkeiten der Informations- und Kommunikationstechnologie anzuwenden sind. Dieser Anspruch ist jedoch sehr allgemein formuliert und enthält auch keine konkreten Verantwortlichkeiten bzw. Aufgabenverteilungen, noch finanzielle Ressourcen. Es ist zu befürchten, dass es zu keinen koordinierten und damit effizienten Maßnahmen kommt. Darüber hinaus sind insbesondere jene Bevölkerungsgruppen, deren Gesundheitskompetenz vor allem gestärkt werden sollte, über elektronische Medien allein nicht erreichbar. Eine Konkretisierung ist daher erforderlich.

**§ 8 Abs. 4 Ziffer 2 GZG**

Der Landes-Zielsteuerungsvertrag ist von den Organen der örtlich zuständigen GKK, der BVA, SVA, SVB und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau zu unterfertigen. Da sich die Koordination der institutionellen Interessen angesichts der Anzahl der Player in der Praxis schwierig gestalten kann, befürworten wir ausdrücklich, dass der Vertrag dennoch zustande kommt, wenn er nicht von allen Sozialversicherungsträgern unterzeichnet wird, sofern die Bundes-Zielsteuerungskommission die zu erwartende Zielerreichung nicht gefährdet sieht und kein Veto einlegt.

**§ 12 GZG**

Im „Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen“ werden Festlegungen und Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene aufgelistet, die zu effizienteren und dem Vorsatz „best points of service“ folgenden Versorgungsstrukturen führen sollen, wie z.B. die Planung der Spitalsambulanzen im Zusammenhang mit den niedergelassenen FachärztInnen. Wie in den allgemeinen Anmerkungen angesprochen, sind zur Umsetzung dieser Vorhaben aber weitreichendere Kompetenzen der gesetzlichen Krankenversicherung im Vertragsverhältnis zur Österreichischen Ärztekammer notwendig.

In der 15a Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit ist laut Artikel 18 Abs. 2 Ziffer 6 folgende Maßnahme zu berücksichtigen: „Festlegung der Rollenverteilung, Aufgabengebiete und Versorgungsaufträge pro ambulanter Versorgungsstufe und verbindliche sektorenübergreifende Angebotsplanung über die Regionalen Strukturpläne Gesundheit“, wobei in Klammern hinzugefügt wurde „inkl. Rücknahmemöglichkeit von aufrechten Bewilligungen bei Rückbau von parallelen Strukturen“. Eine ähnlich weitreichende Eingriffsmöglichkeit für die gesetzliche Krankenversicherung in Bezug auf den niedergelassenen Bereich findet sich im vorliegenden Entwurf zum Gesundheitsreformgesetz nicht.

In Hinkunft werden die Bundes- und Landeszielsteuerungsverträge sowohl den Österreichischen Strukturplan Gesundheit als auch die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) determinieren (§ 9 GZG). § 342 Abs. 1 Ziffer 1 ASVG regelt schon heute, dass im Rahmen der Gesamtverträge bei der Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der VertragsärztInnen (Vertrags-Gruppenpraxen) auf den regionalen Strukturplan Bedacht zu nehmen ist. Wie sich in der Vergangenheit zeigte, führte dies jedoch zu keiner wesentlichen Änderung in der Versorgung durch die niedergelassenen ÄrztInnen.

Der gesetzlichen Krankenversicherung sind daher flexible Instrumente in die Hand zu geben, um bestehende Verträge aufkündigen oder angesichts geänderter Bedarfslagen und Notwendigkeiten verändern zu können. Andernfalls werden parallele Strukturen schwer aufzubrechen und die erhofften Ausgabendämpfungen kaum zu erzielen sein.

**§ 19 GZG**

In den kommenden 10 Jahren sollen insgesamt 150 Millionen Euro – wovon 130 Millionen von der gesetzlichen Krankenversicherung eingebracht werden – für gesundheitsfördernde Maßnahmen eingesetzt werden. Grundsätzlich begrüßen wir die zusätzlichen Mittel, weisen jedoch darauf hin, dass Österreich im europäischen Vergleich (durchschnittlich 3 %) mit einem Anteil von knapp 2% an den Gesundheitsausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention hinterherhinkt. Es kann daher nur ein erster Schritt sein, um den Abstand zum europäischen Durchschnitt zu verkleinern.

Es ist darüber hinaus zu befürchten, dass bei bestehenden zeitlich befristeten Projekten, die bisher von den Ländern finanziert wurden, die Fortführung künftig über den Gesundheitsförderungsfonds abgerechnet wird. Es sollte daher dezidiert angesprochen werden, dass die Mittel aus dem Gesundheitsförderungsfonds additiv einzusetzen sind.

Da mit der Einrichtung der Gesundheitsförderungsfonds das Ausmaß der Mittel für die kommenden 10 Jahre fixiert wird und die Höhe der zusätzlichen Gelder wie angesprochen aus unserer Sicht nicht ausreichend ist, regen wir an, zu erheben, welche Projekte bisher welchen Bevölkerungsgruppen mit welchem Effekt zu Gute kamen. Dabei wird – basierend auf unseren Erfahrungen – die Gruppe der unselbständig Beschäftigten unterrepräsentiert sein. Angesichts der gestiegenen physischen und psychischen Belastungen in der Arbeitswelt empfehlen wir daher eine Schwerpunktsetzung auf gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Arbeitswelt.

**§ 24 Abs. 1 bis 6 GZG**

Die Absätze 1 bis 6 regeln die Bestellung der Positionen innerhalb der Organe und Gremien der Landesgesundheitsfonds. Dabei fällt auf, dass ausschließlich bei den von der gesetzlichen Krankenversicherung zu entsendenden Mitgliedern in die Landesgesundheitsplattform (Abs. 2) und die Landes-Zielsteuerungskommission (Abs. 3) Vorgaben in Bezug auf die Personen erfolgen. So wird normiert, dass die Obfrau/der Obmann der örtlichen Gebietskrankenkasse jedenfalls in beiden Gremien vertreten sein muss. Da es sich bei den Gebietskrankenkassen um selbstverwaltete Organisationen handelt, sollte die Entscheidung, wer entsendet wird, in den dafür vorgesehenen Gremien, sprich dem Vorstand, gefällt werden. Umso mehr als in Abs. 5 formuliert wird, dass auf die „Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten“ ist. Wir empfehlen daher, die Bestellung der VertreterInnen in den genannten Gremien der Selbstverwaltung zu überlassen und eine entsprechende Änderung analog in § 84a Abs. 3 ASVG vorzunehmen.

Darüber hinaus ist nicht nachzuvollziehen, warum die KoordinatorIn von Seiten der GKK in ihrer/seiner Funktion als Co-Vorsitzende/Co-Vorsitzender ausschließlich der Obfrau/dem Obmann verantwortlich sein soll (Abs 6), da die von der Krankenversicherung nominierten VertreterInnen eine Kurie bilden. Die KoordinatorIn sollte daher aus demokratiepolitischen Überlegungen heraus der Kurie verantwortlich sein.

**§ 24 Abs. 8 GZG**

Im Falle eines vertragslosen Zustandes in Folge der Aufkündigung eines Gesamtvertrages wird die Versorgungssicherheit insofern gewährleistet, als die landegesundheits-fondsfinanzierten Krankenanstalten unter Berücksichtigung von § 26 Abs. 1 Z 3 KaKuG dazu beitragen, schwerwiegende Folgen in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung zu vermeiden. Diese Regelung wird von uns ausdrücklich begrüßt, da sie ein positives Beispiel dafür ist, PatientInneninteressen vor Standesinteressen zu stellen.

**§§ 28 bis 32 GZG**

Die in Abschnitt 8 formulierten Regelungen zum Sanktionsmechanismus sind wohl vor dem Hintergrund langwieriger Verhandlungen zu bewerten bzw. dem Willen zur Einigung auf eine doch weitreichende partnerschaftliche Planung, Steuerung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung geschuldet.

Dennoch sei angemerkt, dass sich die Sanktionen bei Nichterreichung von festgelegten Zielen (§ 29) auf Maßnahmen beschränken, die einen gewissen Grad an Peinlichkeit erzeugen können, wie die Berichtspflicht und die anschließende durch die Bundes-Zielsteuerungskommission kommentierte Veröffentlichung - ein nachhaltiger Effekt ist dadurch jedoch kaum zu erwarten.

Es findet sich lediglich ein Fall, in dem es zu monetären Konsequenzen kommt, und zwar nur dann, wenn Mehrausgaben durch einen Verstoß gegen die Zielsteuerungsverträge entstehen, und dieser Verstoß von der Schlichtungsstelle festgestellt wurde (§ 30 Abs. 4).

Kommt bis zum 30. Juni 2013 kein Bundes-Zielsteuerungsvertrag zustande, ist eine Nachfrist von zwei Monaten zu setzen (§ 31 Abs. 3). Erfolgt wiederum keine Einigung, sind die Konsens- und Dissens-Punkte zu veröffentlichen, dieser Vorgang löst wiederum einen Verhandlungsspielraum von drei Monaten aus. Sollte auch diese Frist ohne Ergebnis ablaufen, hat die GesundheitsministerIn befristet für ein Jahr „handlungsleitende Vorgaben“ im Hinblick auf die bestehenden Dissens-Punkte bzw. fehlende Punkte „festzulegen“. Dabei ist von den bereits bestehenden Vorarbeiten und von den handlungsleitenden Vorgaben, die geeignet sind, die wesentlichen Ziele zu erreichen, auszugehen. Unklar ist, in welcher Form die Festlegungen erfolgen, und welche rechtlichen Konsequenzen bzw. Verbindlichkeiten sich daraus ergeben. Eine Präzisierung könnte dazu beitragen, beurteilen zu können, ob es sich hierbei um eine wirkungsvolle Sanktion handelt, andernfalls bleiben Interpretationsspielräume offen, die im Falle eines größeren inhaltlichen Konfliktes genutzt werden könnten.

Mit freundlichen Grüßen

Mag. Gerhard Schmidt Siegfried Pichler

AK-Direktor AK-Präsident