

Bundesministerium für Gesundheit
Radetzkystraße 2
1031 Wien
thomas.worel@bmg.gv.at

Wirtschaftskammer Österreich
Wiedner Hauptstraße 63 | 1045 Wien
T +43 (0)5 90 900-DW | F +43 (0)5 90 900-DW
W <http://wko.at/sp>

Präsidium des Nationalrates
begutachtungsverfahren@parlament.gv.at

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom
BMG-71100/0003-I/B/12/2013
14.2.2013

Unser Zeichen, Sacharbeiter
Sp 811/13/Dr. DS/SM
Dr. Schuster, MBA

Durchwahl
3714

Datum
8.3.2013

Entwurf eines Gesetzes 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 Sozialversicherung-Ergänzungsgesetz, das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, das Sonderunterstützungsgesetz, das Heeresversorgungsgesetz, das Kriegsopferversorgungsgesetz 1957, das Familienlastenausgleichsgesetz 1967, das Gesundheitsqualitätsgesetz, das Ärztegesetz 1998, das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH, das Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen geändert werden (Gesundheitsreformgesetz 2013), Stellungnahme

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Wirtschaftskammer Österreich bedankt sich für die Übermittlung des vorliegenden Gesetzesentwurfs und die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Allgemeine Anmerkungen:

Die Wirtschaftskammer Österreich begrüßt grundsätzlich den Entwurf eines Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes (G-ZG). Besonders positiv zu erwähnen ist, dass durch das partnerschaftliche sektorenübergreifende Zielsteuerungssystem über alle Sektoren hinweg, gemeinsame Ziele vereinbart werden. Es werden erstmals Ausgabenobergrenzen für den gesamten Gesundheitsbereich eingeführt, das heißt, die Kosten im Gesundheitssystem dürfen nicht mehr stärker steigen als das durchschnittliche Wirtschaftswachstum. Dadurch wird dem Gesundheitssystem jedes Jahr nominal mehr Geld zur Verfügung gestellt; durch die Dämpfung der Kostensteigerungen auf das Niveau des veranschlagten Wirtschaftswachstums bleibt das System aber nachhaltig finanzierbar.

Negativ festzuhalten ist, dass mit diesem gewählten Modell kein Qualitätswettbewerb zwischen den Gesundheitsdiensteanbietern entstehen kann. Dazu müsste vorgesehen werden, dass die Gesundheitsleistungen nicht mehr vorrangig selbst von der öffentlichen Hand, sondern von qualitätsgeprüften Gesundheitsdiensteanbietern zugekauft werden. Nach dem Bestbieterprinzip erbringt der Anbieter der Gesundheitswirtschaft die Leistung, der diese nach

dem höchsten Qualitätsstandard und zum günstigsten Preis erbringen kann. Genauso muss das Prinzip „gleiches Entgelt für gleiche Leistung“ im Gesundheitssystem Anwendung finden. Alle Gesundheitsleistungsanbieter sollen für die gleiche Leistung auch das gleiche Entgelt bekommen. Eine Bevorzugung öffentlicher Einrichtungen führt zu einer Diskriminierung privater Einrichtungen und zu einer unzulässigen Beeinflussung des fairen Wettbewerbs auf Kosten der Patienten.

Gesetze sind grundsätzlich dazu da, um den Normunterworfenen konkrete Handlungsanleitungen zu geben. Sie sollen klar, verständlich und prägnant formuliert werden. Das vorliegende G-ZG ist aufgrund seiner zahlreichen weitestgehend unbestimmten Gesetzesbegriffe wie etwa „Österreichische Qualitätsarbeit“ oder im 7. Abschnitt „Monitoring der operationalisierten Ziele der Zielsteuerung Gesundheit“ rechtsstaatlich zu hinterfragen.

Zu den im Entwurf vorgesehenen Punkten im Einzelnen:

Zu § 3 Begriffsbestimmungen

§ 3 Z 4: Health Technology Assessment

Health Technology Assessment (HTA) befasst sich mit der systematischen Bewertung von medizinischen Technologien aus dem Gesundheitsbereich. Die kritische Analyse zur Wirksamkeit medizinischer Leistungen bedarf einer systematischen Sammlung von Informationen über medizinische, ökonomische und organisatorische Details.

Die Definition des Begriffes Health Technology Assessment muss daher wie folgt ergänzt werden:

„Untersucht werden dabei Kriterien wie Wirksamkeit, Sicherheit und Kosten, jeweils unter Berücksichtigung sozialer, rechtlicher, ethnischer und gesamtwirtschaftlicher Aspekte.“

§ 3 Z 11: Tagesklinik

Im vorliegenden Gesetzesentwurf ist unter § 5 Abs. 3 Z 2 und § 12 Abs. 1 Z 2 und Z 3 angeführt, dass der stationäre Bereich durch eine Verlagerung der Leistungen in den tagesklinischen bzw. ambulanten Bereich zu entlasten ist. Dieses Bestreben wird von der WKO grundsätzlich begrüßt, jedoch ist hierfür eine klare Regelung der Definition der Tagesklinik notwendig. Die Bestimmung des Begriffes „Tagesklinik“ könnte daher wie folgt lauten:

„Tageskliniken, als Sonderform einer stationären Einrichtung zur Durchführung operativer oder konservativer Therapien. Der Patient wird nicht länger als 24 Stunden in einer qualifizierten räumlichen Struktur in Anstaltspflege aufgenommen und operativ mit einem Betäubungsverfahren behandelt oder über mehrere Stunden konservativ therapiert. Es wird eine Krankengeschichte und eine Pflegedokumentation angelegt.“

Folgende Novellierungen des KAKuG sind hierzu erforderlich:

§ 2 (1) Z 5 KAKuG: Selbständige Ambulatorien, das sind organisatorisch selbständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen. Der Verwendungszweck eines selbständigen Ambulatoriums erfährt dann keine Änderung, wenn dieses Ambulatorium über eine angemessene Zahl von Funktionsbetten verfügt, die z.B. für eine kurzfristige Unter-

bringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich sind. Die Durchführung von Hausbesuchen im jeweiligen Einzugsgebiet ist zulässig.

§ 2 (1) Z 5 KAKuG: Selbständige Ambulatorien, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens tagesklinische gem. § 2 (1) Z 6 KAKuG Leistungen durchgeführt haben, werden auf Antrag ohne Bedarfsprüfung in eine Tagesklinik gem. leg.cit. überführt.

Zu § 5 Prinzipien, Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung Gesundheit

Wie schon in den allgemeinen Anmerkungen festgehalten, ist es das Bestreben des Gesetzgebers, ein nachhaltiges, qualitativ hochwertiges und vor allem langfristig finanzierbares Gesundheitssystem zu entwickeln. Hierzu ist es jedoch erforderlich wesentliche Prinzipien und Handlungsfelder zu ergänzen. Der § 5 Abs. 1 ist daher wie folgt zu ergänzen:

§ 5 Abs. 1 Z 6: Gesundheitsanbieter sollen für gleiche Leistung auch das gleiche Entgelt erhalten.

§ 5 Abs. 1 Z 7: Nach dem Bestbieterprinzip erbringt der Anbieter die Leistung, der diese nach dem besten Qualitätsstandard und zum günstigsten Preis erbringen kann.

Zu § 12 G-ZG: Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen

§ 12 Abs. 1 Z. 1 G-ZG: In den erläuternden Bemerkungen zu § 12 Abs. 1 Z.1 G-ZG wird festgehalten, dass sich die Festlegung im Steuerungsbereich „Versorgungsstrukturen“ am Bedarf der Patienten und an den medizinischen Erfordernissen zu orientieren hat. Nach Meinung der Wirtschaftskammer Österreich sollte diese Grundnorm direkt im Gesetz verankert werden. Weiters müssen bei der Festlegung im Steuerungsbereich auch evidenzbasierte Innovationen berücksichtigt werden.

§ 12 Abs. 1 Z. 5 G-ZG: Ergänzung der Ziffer 5 wie folgt: Stärkung der Primärversorgung (Primary Health Care) auch im niedergelassenen Bereich durch entsprechende Anreize.

Zu § 13 G-ZG Steuerungsbereich Versorgungsprozesse

Die Wendung „Hochpreisige und spezialisierte Medikamente“ ist ein hochgradig unbestimmter Gesetzesbegriff. Hier ist eine konkrete Definition erforderlich, aus der sich dann schließlich auch die eigentliche Kompetenz der „Medikamentenkommission“ ergibt.

§ 13 Abs. 2: Die erläuternden Bemerkungen zu § 13 Abs. 2 G-ZG sind daher wie folgt zu ergänzen:

Die Beurteilung, ob ein neues Medikament als hochpreisig und spezialisiert einzuordnen ist, soll sich nach den Spezifika des jeweiligen Einzelfalls und der jeweiligen Therapiedauer richten.

§ 13 Abs. 2 Z. 1 G-ZG: Zwar ist eine Stellungnahme des vertriebsberechtigten Unternehmens zur Entscheidung der Medikamentenkommission vorgesehen. Es fehlt jedoch die Festlegung einer formalisierten Vorgangsweise, um Rechtssicherheit für die Unternehmen zu schaffen. Insbesondere die Verfahrensprozesse zur Aufforderung zur Stellungnahme an das vertriebsberechtigte Unternehmen und eine angemessene Frist sollen feststehen.

Die Medikamentenkommission muss bei ihren Empfehlungen neben dem „best point of service“ auch gesamtwirtschaftliche Gesichtspunkte berücksichtigen, um so die größtmögliche Servicequalität für die Patienten zu erreichen.

§13 (2) Z. 2 G-ZG: Bei der Zusammensetzung der Arzneimittelkommission ist es erforderlich, dass unter den 3 Experten des Arzneimittelwesens zumindest auch eine Nominierung der gesetzlichen Interessenvertretung der gewerblichen Wirtschaft vorgesehen wird, damit entsprechendes ökonomisches Expertenwissen in der Kommission zur Verfügung steht.

Zu § 19 G-ZG Stärkung der Gesundheitsförderung

§ 19 Abs. 1 G-ZG: Die Formulierung „Maßgabe der Mittelaufwendung durch die Länder“ lässt offen, welche Konsequenzen eine nur teilweise Zahlung der in der Art. 15a B-VG Vereinbarung vorgesehenen 20 Mio. EUR durch die Länder nach sich zieht. Es muss sichergestellt werden, dass durch diese Bestimmung keine einseitige Verpflichtung der Sozialversicherung entsteht. Das Zug um Zug-Prinzip sollte daher in den Gesetzestext aufgenommen werden.

§ 19 Abs. 2 G-ZG: Bei der Inanspruchnahme der Mittel für den Bereich Gesundheitsförderung, Setting Betrieb, soll auch ein Einvernehmen mit den Interessenvertretern der Arbeitgeber und Arbeitnehmer hergestellt werden. Gemeinsame Maßnahmen und Strategien der betrieblichen Gesundheitsförderung können so besser entwickelt und initiiert werden. Dabei soll vor allem die Betriebsnähe und die Projekterfahrung der sozialpartnerschaftlichen Einrichtungen nutzbringend eingebracht werden.

Zu § 21 Bundesgesundheitskommission

§ 21 Abs. 2 Z. 11 G-ZG: In der Bundesgesundheitskommission sind ausschließlich Vertreter der öffentlichen Anbieter in der Bundeszielsteuerungskommission vertreten; so sind etwa auch die Ärztekammer und Ordensspitäler mit Sitz und Stimme vertreten.

Um auch den Interessen der wesentlichen Anbieter der Gesundheitsversorgung (gewerbliche Gesundheitsberufe wie Zahntechniker, Orthopädieschuhmacher, Hörgeräteakustiker, Pharmawirtschaft, Gesundheitsbetriebe, Medizintechnik, e-Health) gerecht zu werden, muss auch die gesetzliche Interessenvertretung der gewerblichen Wirtschaft in die Bundesgesundheitskommission mit Sitz und Stimme aufgenommen werden.

Der Fachverband der Gesundheitsbetriebe ist zwar in der BGK als Mitglied vertreten, aber bis heute ohne Stimmrecht. Auf Länderebene sind die Fachorganisationen in den meisten Ländern in den Gesundheitsplattformen nicht vertreten. Die Nichteinbindung der gesetzlichen Interessenvertretung der Gesundheitsbetriebe ist unsachlich und nicht gerechtfertigt. Die Wirtschaftskammer Österreich fordert daher, dass endlich auf Bundesebene eine gleichberechtigte Einbindung des Fachverbandes auch mit Stimme in die BGK erfolgt, sowie auf Landesebene eine Einbindung der Fachorganisationen mit Sitz und Stimme in allen Gesundheitsplattformen und deren Arbeitsgruppen.

Zu § 22 G-ZG Bundes-Zielsteuerungskommission

Die bisher der Bundesgesundheitskommission vorbehaltenen wesentlichen Aufgaben in Zusammenhang mit der Beschlussfassung über die regionalen Strukturpläne, den Österreichischen Strukturplan und die Großgeräteplanung sind in den Aufgabenbereich der Bundesziel-

steuerungskommission gewandert. Wesentliche Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen haben hierdurch keine Möglichkeit, zu den Beschlussfassungen der BZG Stellung zu nehmen.

Im Sinne einer gelebten Transparenz muss daher die Kann-Bestimmung des § 22 Abs. 2 wie folgt geändert werden:

§ 22 Abs. 2: Der Entwurf der BZG gemäß § 22 Abs. 2 Z. 1-16 muss vor Beschlussfassung in der BZG den Mitgliedern der Bundesgesundheitskommission zur Abgabe einer allfälligen schriftlichen Stellungnahme vorgelegt werden. Die Stellungnahmen sind in der Beschlussfassung zu berücksichtigen.

Zu § 21 G-ZG und § 22 G-ZG Bestellung der Mitglieder

§ 21 Abs. 2 Z. 6: Bei der Bestellung des Mitgliedes für eine Patientenvertretung bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung. Bei den Patientenvertretern sollte die Patientenanwaltschaft angeführt werden.

§ 21 Abs. 2 Z. 2 und § 22 Abs. 4 Z. 2 G-ZG: Neun Mitglieder der Bundesgesundheitskommission sowie vier Mitglieder der Bundeszielsteuerungskommission werden vom Hauptverband bestellt. Der Terminus „auf Vorschlag des Verbandsvorstandes“ ist nicht im Gesetzestext enthalten. Der Verbandsvorstand vertritt den Hauptverband nach außen und besitzt die Generalkompetenz. Es bedarf daher einer gesetzlichen Klarstellung und Verankerung eines Vorschlagsrechtes des Verbandsvorstandes.

Zu § 26 G-ZG Festlegung zum Monitoring und Berichtswesen

§ 26 Z. 1 G-ZG: Das Monitoring (Datensammlung, Aufbereitung und Auswertung) soll durch eine gemäß § 5 Abs. 1a des Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH eingerichtete Tochtergesellschaft erfolgen. Erst im Stellungnahmeverfahren werden die Bundeszielsteuerungskommission und die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission eingebunden. Hierbei ist anzumerken, dass gerade bei Strukturdaten erheblicher Interpretationsbedarf besteht. Um Fehlinterpretationen und falsche Schlüsse zu vermeiden, sollten daher die Daten vor Erstellung eines Berichtes gemeinsam erarbeitet und beschlossen werden. Im Gesellschaftsvertrag der Tochtergesellschaft der Gesundheit Österreich GmbH soll festgesetzt werden, dass ein Gremium, zusammengesetzt aus den Eigentümern gegründet wird. Das Gremium vereinbart einstimmig die Veröffentlichung der abgestimmten Monitoringergebnisse.

Außerdem soll eine permanente Steuerungsgruppe mit Experten der Gesundheit Österreich GmbH, den Eigentümern der Tochtergesellschaft und der gesetzlichen Interessenvertretung der gewerblichen Wirtschaft eingerichtet werden. Die Steuerungsgruppe übernimmt die Datensammlung, Aufbereitung und Auswertung der übermittelten Daten.

Der Geschäftsführer der GÖG führt laut dem derzeitigen Entwurf die Geschäfte der Tochtergesellschaft. Es sollte diese Regelung ersatzlos gestrichen werden und die Bestellung eines Geschäftsführers durch die Eigentümer der Tochtergesellschaft erfolgen.

Die im Entwurf angeführten marktüblichen Preise für Leistungen der GÖG sind zu hinterfragen. Marktübliche Preise liegen über den tatsächlichen Kosten, weil in ihnen auch eine Gewinnkomponente zu kalkulieren ist. Wenn die Gesellschaft und mit ihr auch die GÖG keine Gewinne machen soll, darf sie nicht zur Verrechnung von Marktpreisen herangezogen werden.

Änderungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes:

§ 150 Abs. 2 ASVG

Gemäß den in § 5 Abs. 2 Z. 3, Z. 4 und Z. 5 festgelegten Zielen, welche unter anderem die Verbesserung von Organisations- und Kommunikationsdefiziten vorsehen, fordert die Wirtschaftskammer bestehende Unterschiede in der Honorierung von PRIKRAF-Krankenanstalten und solchen, die nicht über den PRIKRAF finanziert werden, im Sinne eines gerechten und transparenten Finanzierungssystems, zu beheben. Durch die Neuformulierung der Norm würde letztlich auch eine gleichberechtigte Abrechnungsmodalität für alle Akteure im Gesundheitswesen geschaffen werden. Im Sinne des Grundsatzes „gleiches Entgelt für gleiche Leistung“ schlägt die Wirtschaftskammer folgende Änderung des § 150 Abs. 2 ASVG vor:

Der Pflegekostenzuschuss ist für Versicherte, die in einer Krankenanstalt nach § 149 Abs. 3 erster Satz, mit der kein Vertrag besteht, aufgenommen wurden, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz im Namen der Sozialversicherung in der Höhe zu leisten, die sich aus der Anwendung des § 149 Abs. 3 vorletzter Satz ergibt.

In allen übrigen Fällen ist der Pflegekostenzuschuss in der Satzung des Versicherungsträgers in dem Ausmaß festzusetzen, der dem Durchschnitt der vom Fonds pro Verpflegstag aufzuwendenden Mittel entspricht.

§ 154b Abs. 1 ASVG und § 99b GSVG

Mit der Formulierung „hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit“ kann bei den Versicherten eine Erwartungshaltung geweckt werden (z.B. was die Auswahl der Medikamente oder sonstiger Behandlungen betrifft), sodass der Begriff „Eigenverantwortung“ sachgerechter erscheint.

§ 351g Abs. 2 ASVG

Die Formulierung im § 351 g Abs. 2 letzter Satz ist in dem Sinne unklar, weil nicht klar hervorgeht welche Empfehlungen die HEK, wann und wie berücksichtigen muss. Daraus könnte sich ein Kompatibilitätsproblem mit dem System der Erstattung als solches ergeben. Hier muss eine gesetzliche Klarstellung erfolgen.

Im Zuge der Novellierung des ASVG ersucht die Wirtschaftskammer auch um die formale Richtigstellung des § 149 Abs.3 ASVG

In §149 Abs.3 ASVG ist die Wirtschaftskammer Österreich als Vertragspartner des Hauptverbandes angeführt. Die Vertragspartner des mit Stichtag 31.12.2000 geltenden Gesamtvertrags sind jedoch der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Fachverband der Gesundheitsbetriebe. Daher fordert die Wirtschaftskammer eine Berichtigung in §149 Abs. 3 in dem „Wirtschaftskammer Österreich“ durch „Fachverband der Gesundheitsbetriebe“ ersetzt wird.

Ebenso ersucht die Wirtschaftskammer um Streichung des zweiten Satzes in § 149 Abs.3 ASVG *Dies gilt auch für jene bettenführenden Krankenanstalten, die von einem zwischen Hauptverband und Wirtschaftskammer Österreich abzuschließenden Zusatzvertrag umfasst sind. Dieser Betrag ist an den nach dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz einge-*

richteten Fonds zu überweisen. Der Fonds hat die von den Krankenanstalten erbrachten Leistungen nach den Grundsätzen des § 27b KAKuG abzurechnen. Auf den Fonds ist § 148 Z. 8 sinngemäß anzuwenden.

Diese Forderung wird damit begründet, dass eine zu diesem Thema beim Verfassungsgerichtshof (VfGH) eingebrachte Beschwerde abgewiesen (VfGH B 584/11-16) wurde. Damit wurde eindeutig bestätigt, dass keine verfassungsrechtlichen Bedenken gegen das im PRIKRAF-Gesetz normierte System besteht. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass Nicht-PRIKRAF-Krankenanstalten auch außerhalb des PRIKRAF-Fonds Direktverrechnungsverträge mit SV-Trägern abschließen können bzw. deren Patienten ein Kostenerstattungsanspruch gemäß § 150 Abs. 2 zweiter Satz ASVG zusteht. Da dem vorliegenden Entwurf keine Änderungen zu entnehmen sind, welche eine Neuregelung des PRIKRAF bzw. der PRIKRAF-Krankenanstalten vorsehen, ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber an der bestehenden Regelung festhalten wird. Daher schlägt die Wirtschaftskammer zur Klarstellung der Rechtslage eine Streichung des zweiten Satzes in § 149 Abs. 3 ASVG vor.

Freundliche Grüße

Dr. Christoph Leitl
Präsident

i.V. KommR Dr. Richard Schenz
Vizepräsident


Mag. Anna Maria Hochhauser
Generalsekretärin