

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 Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz, das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, das Sonderunterstützungsgesetz, das Heeresversorgungsgesetz, das Kriegsoferversorgungsgesetz 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)

Einbringende Stelle: Bundesministerium für Gesundheit
Laufendes Finanzjahr: 2013

Inkrafttreten/ 2013
Wirksamwerden:

Vorblatt

Ziele

- Nachhaltige Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden, effektiven und effizienten Gesundheitsversorgung für alle
- Langfristige Finanzierbarkeit des öffentlichen solidarischen Gesundheitssystems
- Intensivierung von Qualitätssicherung und Steigerung von Transparenz im österreichischen Gesundheitswesen
- Forcierung von Gesundheitsförderung und Prävention
- Herbeiführung einer den Interdependenzen entsprechenden "Governance" der Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung durch die Einrichtung einer partnerschaftlichen Zielsteuerung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung mit dem Ziel einer gemeinsamen Planung und Steuerung

Inhalt

Das Vorhaben umfasst hauptsächlich folgende Maßnahme(n):

- Kurative Versorgung am "best point of service" und insbesondere Entlastung des stationären Bereichs in den Akutkrankenanstalten
- Forcierung von innovativen extramuralen Versorgungsformen und Förderung bestehender Möglichkeiten der extramuralen (interdisziplinären) Zusammenarbeit
- Zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention, Stärkung von evidenzbasierter Früherkennung und Frühintervention
- Österreichweite Qualitätsarbeit auf den Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- Etablierung eines Monitoringsystems
- Effektiver und effizienter Einsatz von Medikamenten

Finanzielle Auswirkungen auf den Bundeshaushalt und andere öffentliche Haushalte:

Finanzielle Auswirkungen

2012	2013	2014	2015	2016
------	------	------	------	------

Ausgabendämpfungseffekte (in Mio. Euro)	150	360	640	980	1.300
davon Länder	90	216	384	588	780
davon gesetzliche Krankenversicherung	60	144	256	392	520

Ein wesentlicher Bestandteil der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit ist die Finanzzielsteuerung. Im Zuge dieser soll das Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben bis zum Jahr 2016 an das mittelfristige Wachstum des BIP herangeführt werden. Dadurch sollen kumulierte Ausgabendämpfungseffekte in der Höhe von rund 3,4 Mrd. Euro bis 2016 erreicht werden.

Diese Ausgabendämpfungseffekte ergeben sich aus der Differenz der Prognose der öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Intervention und den Ausgabenobergrenzen zur Annäherung an das mittelfristige Wachstum des BIP. Dabei wird hinsichtlich des Wachstums der öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Intervention für die Jahre 2012 bis 2015 ein jährlicher Steigerungswert von 5,22 % und für das Jahr 2016 von 4,65 % zugrundegelegt.

Die Konkretisierung der einzelnen Ziele, Maßnahmen und Werte, insbesondere auch die Darstellung der finanziellen Auswirkungen, erfolgt entsprechend den Festlegungen in diesem Gesetz im Rahmen der vorgesehenen Zielsteuerungsverträge auf Bundes- und Landesebene.

Auswirkungen auf die Gleichstellung von Männern und Frauen:

Im Zuge der Implementierung der Zielsteuerung-Gesundheit ist eine Anpassung der Zusammensetzung und Aufgaben der Bundesgesundheitskommission sowie die Einrichtung einer Bundes-Zielsteuerungskommission, die primär die Aufgaben der Zielsteuerung-Gesundheit wahrzunehmen haben wird, vorgesehen. Bei der Zusammensetzung der Gremien sind die entsendeberechtigten Stellen angehalten, im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf eine ausgewogene Zusammensetzung im Hinblick auf die Vertretung beider Geschlechter hinzuwirken.

Auswirkungen auf Unternehmen:

Die Zielsteuerung-Gesundheit schafft für die Unternehmen im Gesundheitswesen Anreize, ihre Organisations- und Prozessabläufe zu optimieren, um damit eine Steigerung ihrer Effektivität und Effizienz zu erreichen. Eine monetäre Bewertung dieser Optimierung ist im Einzelnen nicht möglich. Die gesamten Ausgabendämpfungseffekte sind in der oben stehenden Tabelle angeführt.

Die im Rahmen der Novelle des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen vorgesehene Pseudonymisierung sämtlicher Datensätze im stationären und ambulanten Bereich hat keine finanziellen Auswirkungen auf die Leistungserbringer, da auf dem bestehenden Berichtswesen bzw. auf den bestehenden Abrechnungssystemen aufgebaut wird und die Pseudonymisierung des Personenbezuges durch die im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eingerichtete Pseudonymisierungsstelle erfolgt.

Gesamtwirtschaftliche Auswirkungen:

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben bis zum Jahr 2016 an das zu erwartende durchschnittliche nominelle Wachstum des Bruttoinlandsprodukts heranzuführen. Dies bedeutet, dass in der Perspektive bis 2020 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

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 Sozialversicherungs-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)

Problemanalyse

Problemdefinition

Aufgrund verschiedener Kompetenzen und Finanziers im Gesundheitssystem sind Parallelstrukturen, Über- und Unterversorgungen, Barrieren an den Schnittstellen, intransparente Finanzierungsströme und damit Effizienzverluste entstanden.

Neben einer Beeinträchtigung in der Gesundheitsversorgung der in Österreich lebenden Menschen führen diese Probleme auch zu einem wachsenden Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben gemessen an der Wirtschaftsentwicklung (BIP), wodurch die langfristige Finanzierbarkeit der österreichischen Gesundheitsversorgung gefährdet ist.

Nullszenario und allfällige Alternativen

Durch die weitestgehend getrennte Planung und Steuerung im Gesundheitswesen würden sich Über- und Unterversorgungen bzw. Parallelstrukturen weiter ausdehnen, intransparente Finanzierungsströme und Effizienzverluste würden weiter bestehen bleiben und die öffentlichen Gesundheitsausgaben würden weiterhin stärker steigen als die Wirtschaftsentwicklung. Dadurch wäre die langfristige Finanzierbarkeit der österreichischen Gesundheitsversorgung gefährdet, weil die öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne die Zielsteuerung-Gesundheit jährlich um 5,2 % wachsen würden.

Zur Implementierung der Zielsteuerung-Gesundheit gibt es keine geeigneten Alternativen im Rahmen der bestehenden Kompetenzverteilungen.

Interne Evaluierung

Zeitpunkt der internen Evaluierung: 2017

Im Zuge der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit ist geplant, ein Monitoringsystem einzurichten. Mit Hilfe dieses Systems ist eine jährliche Evaluierung der Erreichung der im Rahmen der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit sowie im Rahmen der Zielsteuerungsverträge gemeinsam vereinbarten Ziele vorgesehen.

Ziele

Ziel 1: Nachhaltige Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden, effektiven und effizienten Gesundheitsversorgung für alle

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Ein hohes Ausmaß der Leistungserbringung der Gesundheitsversorgung in Österreich findet im akutstationären Bereich der Krankenanstalten statt. Dies zeigt sich unter anderem an der zu hohen Zahl der Krankenhausaufenthalte. Bezogen auf 100 EinwohnerInnen wurden im Jahre 2010 27 Krankenhausaufenthalte (stationäre Aufnahmen ohne tagesklinische Aufenthalte) gezählt.	Im Zuge der gemeinsamen Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung sollen die Krankenhausaufenthalte durch medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen bzw. ambulanten Bereich reduziert werden. Der Zielwert für 2013 ist 25 Krankenhausaufenthalte (stationäre Aufnahmen ohne tagesklinische Aufenthalte) pro 100 EinwohnerInnen und damit eine Senkung um 7 % (vgl. auch Angaben zur Wirkungsorientierung im BVA 2013 der UG 24 Gesundheit).
Mangel an interdisziplinären Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten und Ambulanten Erstversorgungseinheiten (im Sinne von § 6 Abs. 7 Z 4 und 5 KAKuG)	Erhöhung der Anzahl an interdisziplinären Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten und Ambulanten Erstversorgungseinheiten (im Sinne von § 6 Abs. 7 Z 4 und 5 KAKuG), die dazu beitragen, medizinisch nicht erforderliche stationäre Aufenthalte und spitalsambulante Inanspruchnahmen zu vermeiden. Konkrete Werte sind Gegenstand der Verhandlungen zu den Zielsteuerungsverträgen.

Beitrag zu Wirkungsziel oder Maßnahme im Bundesvoranschlag:

Wirkungsziel 1 der UG 24 BVA 2013: "Im Rahmen der Gesundheitsstrukturpolitik Sicherstellung einer auf höchstem Niveau qualitätsgesicherten, flächendeckenden, leicht zugänglichen und solidarisch finanzierten integrierten Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung, ohne Unterscheidung nach Bildung, Status und Geschlecht."

Ziel 2: Langfristige Finanzierbarkeit des öffentlichen solidarischen Gesundheitssystems

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Im Zeitraum 1990 bis 2010 stiegen die öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) durchschnittlich um 5,2 % jährlich und somit stärker als die durchschnittliche Wirtschaftsleistung (BIP).	Schrittweise Annäherung des Anstiegs der nominellen öffentlichen Gesundheitsausgaben an den mittelfristig prognostizierten Anstieg des nominellen BIP (von derzeit 3,6 %) bis 2016, sodass bis zum Jahr 2016 die öffentlichen Gesundheitsausgaben kumuliert um 3,4 Mrd. Euro gedämpft werden. Dazu wird im Rahmen der Finanzzielsteuerung im Jahr 2013 ein bundesweiter Ausgabendämpfungspfad (Ausgangswert, Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte) für die erste Periode (2013-2016) vereinbart, der im Bezug auf die steuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben auch für den Bereich der Länder als auch für den Bereich der Sozialversicherung länderspezifisch differenziert dargestellt wird. Zur Einhaltung dieses Ausgabendämpfungspfades werden partnerschaftlich Maßnahmen
Keine bundesweiten Regelungen für Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen für vereinbarte sektorenübergreifende Leistungsverchiebungen	Definition von Rahmenregelungen für Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen im Rahmen des ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrages im Jahr 2013 als Grundlage für die Finanzierung und Verrechnung

	von zu vereinbarenden sektorenübergreifenden Leistungsverschiebungen
Intransparente Finanzierungsströme im österreichischen Gesundheitswesen	Einrichtung einer Finanzzielsteuerung im Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit im Jahr 2013. Im Zuge dieser Finanzzielsteuerung und des darauf basierenden Monitorings werden die relevanten Gesundheitsausgaben jährlich sektorenübergreifend transparent dargestellt.

Beitrag zu Wirkungsziel oder Maßnahme im Bundesvoranschlag:

Wirkungsziel 1 der UG 24 BVA 2013: "Im Rahmen der Gesundheitsstrukturpolitik Sicherstellung einer auf höchstem Niveau qualitätsgesicherten, flächendeckenden, leicht zugänglichen und solidarisch finanzierten integrierten Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung, ohne Unterscheidung nach Bildung, Status und Geschlecht."

Ziel 3: Intensivierung von Qualitätssicherung und Steigerung von Transparenz im österreichischen Gesundheitswesen

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Fehlende österreichweite Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung im ambulanten Bereich	Entwicklung eines adäquaten mit dem stationären Bereich vergleichbaren Systems zur Ergebnisqualitätsmessung- und -sicherung unter Berücksichtigung von internationalen Modellen und Erfahrungen innerhalb von 18 Monaten nach dem 1. Juli 2013.
Weitestgehend fehlende bundesweite Qualitätsberichterstattung	Regelmäßige Veröffentlichung von Qualitätsberichten, insbesondere auch über die Ergebnisqualität im stationären und ambulanten Bereich ab 2014

Beitrag zu Wirkungsziel oder Maßnahme im Bundesvoranschlag:

Wirkungsziel 1 der UG 24 BVA 2013: "Im Rahmen der Gesundheitsstrukturpolitik Sicherstellung einer auf höchstem Niveau qualitätsgesicherten, flächendeckenden, leicht zugänglichen und solidarisch finanzierten integrierten Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung, ohne Unterscheidung nach Bildung, Status und Geschlecht."

Ziel 4: Forcierung von Gesundheitsförderung und Prävention

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Unzureichende Zielrichtung der Gesundheitsförderung und Prävention	Gesundheitsförderung und Prävention soll zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung durch Koppelung an gemeinsam definierte wirkungsorientierte Gesundheitsziele zielgerichtet erfolgen und verpflichtend evaluiert werden
Im Rahmen der Landesgesundheitsfonds sind keine Gesundheitsförderungsfonds für gemeinsame sektorenübergreifend abgestimmte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention vorhanden.	In allen neun Landesgesundheitsfonds sind im Jahr 2013 Gesundheitsförderungsfonds für gemeinsame sektorenübergreifend abgestimmte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention eingerichtet.

Beitrag zu Wirkungsziel oder Maßnahme im Bundesvoranschlag:

Wirkungsziel 3 der UG 24 BVA 2013: "Sicherstellung der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung von Infektionskrankheiten, chronischen und psychischen Erkrankungen sowie unter Bedachtnahme auf spezielle Zielgruppen (zB. Kinder)."

Ziel 5: Herbeiführung einer den Interdependenzen entsprechenden "Governance" der Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung durch die Einrichtung einer partnerschaftlichen Zielsteuerung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung mit dem Ziel einer gemeinsamen Planung und Steuerung

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
In den bisherigen Gremien erfolgte eine gemeinsame sektorenübergreifende Planung und Steuerung nur sehr rudimentär.	Umbau der bestehenden Organisation und Schaffung der Bundes-Zielsteuerungskommission als geeignetes Gremium für die gemeinsame sektorenübergreifende Planung und Steuerung. Dieses Gremium soll im Jahr 2013 eingerichtet werden.
Aufgrund der derzeitigen Kompetenzverteilung und unterschiedlicher Finanzierungszuständigkeiten erfolgt die Planung und Steuerung für die einzelnen Gesundheitssektoren weitestgehend getrennt, sodass Versorgungsziele nicht sektorenübergreifend definiert und Maßnahmen nicht sektorenübergreifend abgestimmt werden.	Einrichtung einer partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit im Jahr 2013 und Abschluss von Zielsteuerungsverträgen auf Bundes- und Landesebene in einem ersten Schritt für die Periode 2013 bis 2016. Vereinbarung von konkreten sektorenübergreifenden Versorgungszielen sowie von Maßnahmenpaketen zur Erreichung dieser Ziele. Die konkrete Operationalisierung dieser Zielsteuerungsverträge erfolgt auf Bundes- und Landesebene in jährlichen Arbeitsprogrammen. Damit wird eine sektorenübergreifende Planung und Steuerung zum Abbau von Parallelstrukturen, zur Vermeidung von Über- und Unterversorgungen, zum Abbau von Barrieren an den Schnittstellen und somit zur Steigerung der Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung erreicht.

Beitrag zu Wirkungsziel oder Maßnahme im Bundesvoranschlag:

Wirkungsziel 1 der UG 24 BVA 2013: "Im Rahmen der Gesundheitsstrukturpolitik Sicherstellung einer auf höchstem Niveau qualitätsgesicherten, flächendeckenden, leicht zugänglichen und solidarisch finanzierten integrierten Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung, ohne Unterscheidung nach Bildung, Status und Geschlecht."

Maßnahmen

Maßnahme 1: Kurative Versorgung am "best point of service" und insbesondere Entlastung des stationären Bereichs in den Akutkrankenanstalten

Beschreibung der Maßnahme:

Zwecks Entlastung des vollstationären Bereichs soll die Leistungserbringung im tagesklinischen und ambulanten Bereich bedarfsgerecht weiterentwickelt werden und hinsichtlich der Leistungsangebote aufeinander abgestimmt und festgelegt werden. In diesem Zusammenhang soll der Anteil ausgewählter tagesklinisch erbrachter Leistungen und ambulanter Leistungen medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründet erhöht werden.

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Im Jahr 2010 betrug der durchschnittliche Anteil ausgewählter tagesklinisch erbrachter Leistungen 20,7 % (Auswahl von 68 typischen Leistungen).	Der durchschnittliche Anteil ausgewählter tagesklinisch erbrachter Leistungen (Auswahl von 68 typischen Leistungen) soll im Jahr 2013 auf 25 % (Erhöhung um 4,3 %-Punkte) erhöht werden (vgl. auch Angaben zur Wirkungsorientierung im BVA 2013 der UG 24 Gesundheit).
Aufgrund von Versorgungsmängeln im ambulanten Bereich entstehen im stationären Bereich nicht erforderliche Belags- bzw. Pflagetage	Vermeidung von nicht erforderlichen Belags- bzw. Pflagetagen durch verstärkte Verlagerung der Leistungserbringung in den ambulanten und insbesondere auch in den niedergelassenen Bereich. Konkrete Werte sind Gegenstand der Verhandlungen zu den Zielsteuerungsverträgen.

Maßnahme 2: Forcierung von innovativen extramuralen Versorgungsformen und Förderung bestehender Möglichkeiten der extramuralen (interdisziplinären) Zusammenarbeit

Beschreibung der Maßnahme:

Auf allen Versorgungsebenen ist der Einrichtung von multiprofessionellen und integrativen Versorgungsformen Vorrang gegenüber Einzelleistungserbringern zu geben, um insbesondere die Versorgung zu Tagesrand- und Wochenendzeiten ermöglichen.

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Mangel an interdisziplinären extramuralen Versorgungseinrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot	Erhöhung der Anzahl von innovativen extramuralen Versorgungsformen (Gruppenpraxen mit interdisziplinären Leistungsangeboten, etc.) Konkrete Werte sind Gegenstand der Verhandlungen zu den Zielsteuerungsverträgen.
Derzeit besteht im extramuralen Bereich eine unzureichende Verfügbarkeit der Versorgungseinrichtungen in Bezug auf die Öffnungszeiten, insbesondere zu Tagesrand- und Wochenendzeiten	Schaffung bzw. Anpassung der Versorgungsangebote im extramuralen Bereich mit entsprechend erweiterten Öffnungszeiten, insbesondere zu Tagesrand- und Wochenendzeiten Konkrete Werte sind Gegenstand der Verhandlungen zu den Zielsteuerungsverträgen.

Maßnahme 3: Zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention, Stärkung von evidenzbasierter Früherkennung und Frühintervention

Beschreibung der Maßnahme:

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist als eines der zentralen Prinzipien die Forcierung der Gesundheitsförderung und Prävention festgelegt. Zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention ist die Einrichtung von Gesundheitsförderungsfonds im Rahmen der Landesgesundheitsfonds vorgesehen.

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Fehlende Grundsätze zur sektorenübergreifend abgestimmten Verwendung von finanziellen Mitteln in den Landesgesundheitsfonds zur Gesundheitsförderung und Prävention	Festlegung von österreichweiten Grundsätzen zur sektorenübergreifend abgestimmten Verwendung von finanziellen Mitteln in den Landesgesundheitsfonds zur Gesundheitsförderung und Prävention bis Ende 2013
Im Rahmen der Landesgesundheitsfonds sind für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention unzureichend finanzielle Mittel zur sektorenübergreifend abgestimmten Verwendung vorhanden.	Die Gesundheitsförderungsfonds sind für zehn Jahre (2013-2022) mit 150 Millionen Euro als Sondervermögen in den neun Landesgesundheitsfonds dotiert.

Maßnahme 4: Österreichweite Qualitätsarbeit auf den Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Beschreibung der Maßnahme:

Im Zuge der Zielsteuerung-Gesundheit soll die Qualitätsarbeit die Bereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umfassen. Ein wesentliches Handlungsfeld im Bereich der Ergebnisqualität ist die Etablierung eines Systems zur Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung für den ambulanten Bereich, das mit jenem des stationären Bereichs vergleichbar ist.

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Fehlende Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung im ambulanten Bereich	Entwicklung eines adäquaten mit dem stationären Bereich vergleichbaren Systems zur Ergebnisqualitätsmessung- und -sicherung bis Ende 2014

Maßnahme 5: Etablierung eines Monitoringsystems

Beschreibung der Maßnahme:

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit soll ein nach Sektoren und Regionen differenziertes österreichweites Monitoring und Berichtswesen implementiert werden, um ein laufendes Evaluieren der gemeinsam vereinbarten Ziele zu ermöglichen und um Transparenz und Vergleichbarkeit im Gesundheitswesen zu schaffen.

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Derzeit existiert kein Monitoringsystem, welches geeignet ist, eine sektorenübergreifende Evaluierung der Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.	Ein geeignetes Monitoringsystem im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist im Jahr 2013 implementiert, um eine laufende Evaluierung der gemeinsam vereinbarten Ziele zu ermöglichen.
Geringe Transparenz über den Status quo und die Entwicklung der sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung und deren Finanzierung	Jährliche Monitoring-Berichte über die sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung und deren Finanzierung insbesondere über die Erreichung der gemeinsam vereinbarten Ziele ab dem Jahr 2014 (erstmalig für das Berichtsjahr 2013)

Maßnahme 6: Effektiver und effizienter Einsatz von Medikamenten

Beschreibung der Maßnahme:

Da in den vergangenen Jahren verstärkt Fragen des sektorenübergreifenden Einsatzes von hochpreisigen und spezialisierten Medikamenten und die Tragung der damit verbundenen Kosten zur Diskussion standen, sollen im Sinne der Zielsetzung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit zu dieser Thematik in einer eigens eingerichteten Medikamentenkommission entsprechende Empfehlungen gemeinsam erarbeitet und der Bundes-Zielsteuerungskommission zur Entscheidung vorgelegt werden.

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Unzureichende Rahmenbedingungen für den sektorenübergreifend abgestimmten Einsatz von hochpreisigen und spezialisierten Medikamenten im intra- und extramuralen Bereich	Konstituierung einer gemeinsamen Medikamentenkommission im Jahr 2013, welche Empfehlungen über den Einsatz von hochpreisigen und spezialisierten Medikamenten im intra- und extramuralen Bereich abgibt. Weiters sollen die Empfehlungen umfassen, welches

Kostenerstattungssystem zur Anwendung kommt bzw. welcher Versorgungssektor die dabei anfallenden Kosten übernimmt.

Abschätzung der Auswirkungen

Finanzielle Auswirkungen für alle Gebietskörperschaften und Sozialversicherungsträger

	2012	2013	2014	2015	2016
Ausgabendämpfungseffekte (in Mio. Euro)	150	360	640	980	1.300
davon Länder	90	216	384	588	780
davon gesetzliche Krankenversicherung	60	144	256	392	520

Ein wesentlicher Bestandteil der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit ist die Finanzzielsteuerung. Im Zuge dieser soll das Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben bis zum Jahr 2016 an das mittelfristige Wachstum des BIP herangeführt werden. Dadurch sollen kumulierte Ausgabendämpfungseffekte in der Höhe von rund 3,4 Mrd. Euro bis 2016 erreicht werden.

Um die finanziellen Auswirkungen möglichst transparent zu machen, wird im Folgenden die Festlegung des Ausgabendämpfungspfades im Bereich der Länder und im Bereich der Sozialversicherung ausgehend von der Bundesebene detailliert dargestellt:

Ausgangsbasis für die Ermittlung der nominellen Ausgabenobergrenzen einschließlich Ausgabendämpfungseffekte auf Bundesebene sowie für die Definition von sektoralen und regionalen Ausgabenobergrenzen für die erste Periode von 2012 bis 2016 sind die öffentlichen Gesundheitsausgaben 2010 in ihrer jeweiligen Ausprägung unter Vornahme von Abgrenzungen in Analogie zu den Ansätzen der Statistik Austria auf Grundlage von „Systems of Health Accounts (SHA)“.

In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit hat man sich darauf verständigt, im Rahmen der Finanzzielsteuerung den Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben in der ersten Periode der Zielsteuerung-Gesundheit von 2012 bis 2016 stufenweise soweit zu dämpfen, dass der jährliche Ausgabenzuwachs im Jahr 2016 einen Wert von 3,6 Prozent (durchschnittliche Entwicklung des nominellen Bruttoinlandsprodukts gemäß Mittelfristprognose für das Bundesfinanzrahmengesetz) nicht überschreitet. In den weiteren Perioden bleibt der jährliche Ausgabenzuwachs an die durchschnittliche Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts gemäß Mittelfristprognose für das Bundesfinanzrahmengesetz in der jeweils geltenden Fassung gekoppelt.

Die Ausgabendämpfungseffekte ergeben sich aus der Differenz der Prognose der öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Intervention und der Ausgabenobergrenzen zur Annäherung an den BIP-Pfad.

Ausgehend von den öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege (öGA) 2010 in der Höhe von 20.262 Millionen Euro wird ein Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben für das Jahr 2011 mit 3,3 % zugrundegelegt. Daraus ergibt sich ein Ausgangswert für 2011 in der Höhe von 20.931 Millionen Euro.

Für die Prognose der Gesundheitsausgaben ohne Intervention wird für die Jahre 2012 bis 2015 ein jährlicher Steigerungswert von 5,22 % und für das Jahr 2016 von 4,65 % zugrundegelegt.

Aus der stufenweisen Annäherung an den prognostizierten BIP-Pfad ergibt sich für die Jahre 2012 bis 2016 folgender Ausgabendämpfungspfad:

Beträge in Mio. Euro	2012	2013	2014	2015	2016
Ausgabenentwicklung öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Intervention	22.024	23.175	24.386	25.660	26.853
Ausgabenobergrenze	21.873	22.813	23.748	24.675	25.563
jährliche Ausgabendämpfungseffekte (gerundet)	150	360	640	980	1.300

Die Festlegung des Ausgabendämpfungspfades für die erste Periode im Bereich der Länder ergibt sich wie folgt:

Die Länder haben sich in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit verpflichtet, in der ersten Periode bis 2016 kumulierte Ausgabendämpfungseffekte der öffentlichen Gesundheitsausgaben in der Höhe von 2.058 Millionen Euro zu erzielen.

Darauf aufbauend ergeben sich für die erste Periode bis 2016 folgende zu realisierende Ausgabendämpfungseffekte der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die Länder:

2012	90 Mio. Euro	(90 Mio. Euro)
2013	126 Mio. Euro	(kumuliert: 216 Mio. Euro)
2014	168 Mio. Euro	(kumuliert: 384 Mio. Euro)
2015	204 Mio. Euro	(kumuliert: 588 Mio. Euro)
2016	192 Mio. Euro	(kumuliert: 780 Mio. Euro)

Kumulierter Ausgabendämpfungsanteil der Länder bis 2016: 2.058 Mio. Euro

Grundlage dieser Ausgabendämpfungseffekte sind die laufenden gesundheitsversorgungsrelevanten Ausgaben der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten (FKA). Die zielsteuerungsrelevanten Ausgangswerte werden aus den Rechnungsabschlüssen der Landesgesundheitsfonds bzw. der Länder und Gemeinden wie folgt abgeleitet (vergleiche Anhang zur Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit):

Ausgaben für Fondskrankenanstalten (FKA) gemäß Rechnungsabschlüsse (RA) der Landesgesundheitsfonds (LGF) (inkl. der Mittel gemäß Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG))

- abzügl. Investitionen (inkl. Schuldendienste für Investitionen)
- abzügl. Strukturmittel
- abzügl. über LGF ausgewiesene Betriebsabgangsdeckung
- abzügl. ausländische Gastpatienten
- abzügl. sonstige Kostenbeiträge

ergibt: Zielsteuerungsrelevante Ausgaben für FKA gemäß RA der LGF

- zuzügl. Betriebsabgangsdeckung ausgewiesen in den RA der Eigentümer bzw. öffentl. Träger (insb. Länder und Gemeinden)
- zuzügl. Betriebsabgangsdeckungen der Gemeinden (falls relevant)
- abzügl. Betriebsabgangsdeckung/Betriebskostenzuschüsse für Pflegeheime (falls relevant)
- zuzügl. Sozialhilfe (sofern nicht in RA der Landesgesundheitsfonds enthalten)

ergibt: Zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben im Bereich der Länder

Ausgaben der Landesgesundheitsfonds für Mittel gemäß Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG) sind in den zielsteuerungsrelevanten Ausgangswerten inkludiert. Diese Ausgabenposition ist im Rahmen des Finanzzielsteuerungs-Monitorings jedenfalls einer gesonderten Analyse zu unterziehen. Allenfalls sich ergebende Veränderungen der GSBG-Mittel aufgrund geänderter Steuerpflichtigkeit insbesondere bei Personalverrechnungen zwischen Gebietskörperschaften und Krankenanstalten-Gesellschaften bleiben bei der Feststellung der Erfüllung der Ausgabenobergrenzen außer Betracht.

Für die Länder wird für das Jahr 2010 ein Ausgangswert von 9.320 Millionen Euro als zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben definiert; für das Jahr 2011 ergibt sich damit unter Berücksichtigung des zugrundegelegten Anstiegs von 3,3 % ein Wert von 9.627 Millionen Euro.

In der ersten Periode bis 2016 ergeben sich damit für die Länder folgende Ausgabenobergrenzen einschließlich Ausgabendämpfungseffekte, wobei die Umsetzung der Zielvorgaben in der Periode im Vordergrund zu stehen hat:

Jahr	Definierte Ausgangswerte der Länder für die Finanzzielsteuerung, ohne Ausgabendämpfung (bundesweit)	Summe der Ausgabendämpfung der Länder	Ausgabenobergrenzen der Länder (bundesweit)
2012	10.130 Mio. €	90 Mio. €	10.040 Mio. €
2013	10.659 Mio. €	216 Mio. €	10.443 Mio. €
2014	11.215 Mio. €	384 Mio. €	10.831 Mio. €
2015	11.801 Mio. €	588 Mio. €	11.213 Mio. €
2016	12.349 Mio. €	780 Mio. €	11.569 Mio. €

Die Festlegung des Ausgabendämpfungspfades für die erste Periode im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich wie folgt:

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sind entsprechend dieser Vereinbarung in der ersten Periode bis 2016 kumulierte Ausgabendämpfungseffekte der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Höhe von 1.372 Millionen Euro zu erzielen.

Darauf aufbauend ergibt sich für die erste Periode bis 2016 folgende zu realisierende Ausgabendämpfungseffekte der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung:

2012	60 Mio. Euro	(60 Mio. Euro)
2013	84 Mio. Euro	(kumuliert: 144 Mio. Euro)
2014	112 Mio. Euro	(kumuliert: 256 Mio. Euro)
2015	136 Mio. Euro	(kumuliert: 392 Mio. Euro)
2016	128 Mio. Euro	(kumuliert: 520 Mio. Euro)

Kumulierter Ausgabendämpfungsanteil der gesetzlichen Krankenversicherung bis 2016: 1.372 Mio. Euro

Diese Ausgabendämpfungseffekte sind von der gesetzlichen Krankenversicherung auf Grundlage der laufenden Ausgaben zu erzielen. Die Grundlage für die zielsteuerungsrelevanten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung stellen die Rechnungsabschlüsse der gesetzlichen Krankenversicherung dar, wobei folgende Ausgabenanteile zur Feststellung der relevanten Ausgangswerte zum Abzug zu bringen sind (vergleiche Anhang zur Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit):

1. Überweisungen an die Landesgesundheitsfonds
2. Überweisungen für den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF), Unfall- und sonstige Spitäler sowie Hanusch Krankenhaus
3. Stationäre Rehabilitation
4. Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung (Kuren)
5. Barleistungen (Krankengeld, Wochengeld, Bestattungskostenzuschuss)
6. Abschreibungen
7. Finanzaufwendungen
8. Überweisungen an den Ausgleichsfonds
9. Übrige außerordentliche Aufwendungen
10. Zuweisung Rücklagen

Für die gesetzliche Krankenversicherung wird für das Jahr 2010 ein Ausgangswert von 8.146 Millionen Euro als zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben definiert; für das Jahr 2011 ergibt sich damit unter Berücksichtigung des zugrundegelegten Anstiegs von 3,3 % ein Wert von 8.415 Millionen Euro.

In der ersten Periode bis 2016 ergeben sich damit für die gesetzliche Krankenversicherung folgende Ausgabenobergrenzen einschließlich Ausgabendämpfungseffekte, wobei die Umsetzung der Zielvorgaben in der Periode im Vordergrund zu stehen hat:

Jahr	Definierte Ausgangswerte der gesetzlichen Krankenversicherung für die Finanzzielsteuerung, ohne Ausgabendämpfung (bundesweit)	Summe der Ausgabendämpfung der gesetzlichen Krankenversicherung	Ausgabenobergrenze der gesetzlichen Krankenversicherung (bundesweit)
2012	8.854 Mio. €	60 Mio. €	8.794 Mio. €
2013	9.316 Mio. €	144 Mio. €	9.172 Mio. €
2014	9.802 Mio. €	256 Mio. €	9.546 Mio. €
2015	10.314 Mio. €	392 Mio. €	9.922 Mio. €
2016	10.794 Mio. €	520 Mio. €	10.274 Mio. €

- Langfristige finanzielle Auswirkungen

In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit hat man sich darauf verständigt, im Rahmen der Finanzzielsteuerung den Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben in der ersten Periode der Zielsteuerung-Gesundheit von 2012 bis 2016 stufenweise soweit zu dämpfen, dass der jährliche Ausgabenzuwachs im Jahr 2016 einen Wert von 3,6 Prozent (durchschnittliche Entwicklung des nominellen Bruttoinlandsprodukts gemäß Mittelfristprognose für das Bundesfinanzrahmengesetz) nicht

überschreitet. In den weiteren Perioden bleibt der jährliche Ausgabenzuwachs an die durchschnittliche Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts gemäß Mittelfristprognose für das Bundesfinanzrahmengesetz in der jeweils geltenden Fassung gekoppelt.

Hinsichtlich der langfristigen finanziellen Auswirkungen ist festzuhalten, dass sich die in der ersten Periode bis 2016 gesetzten Maßnahmen und die daraus resultierenden Ausgabendämpfungseffekte auch auf die nachfolgenden Perioden der Zielsteuerung-Gesundheit finanziell auswirken. Dadurch und durch zusätzliche im Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit nach dem Jahr 2016 gesetzte Maßnahmen wird sichergestellt, dass der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt weiterhin stabil bleibt. Damit soll die langfristige Finanzierbarkeit des öffentlichen solidarischen Gesundheitssystems sichergestellt werden.

Auswirkungen auf die Gleichstellung von Frauen und Männern

Beteiligung von Frauen und Männern an Entscheidungsprozessen und in Entscheidungsgremien im Regelungsbereich

Im Zuge der Implementierung der Zielsteuerung-Gesundheit ist eine Anpassung der Zusammensetzung und Aufgaben der Bundesgesundheitskommission sowie die Einrichtung einer Bundes-Zielsteuerungskommission, die primär die Aufgaben der Zielsteuerung-Gesundheit wahrzunehmen haben wird, vorgesehen. Bei der Zusammensetzung der Gremien sind die entsendeberechtigten Stellen angehalten, im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf eine ausgewogene Zusammensetzung im Hinblick auf die Vertretung beider Geschlechter hinzuwirken.

Unternehmen

Finanzielle Auswirkungen auf Unternehmen

Das Vorhaben hat keine wesentlichen finanziellen Auswirkungen auf Unternehmen.

Erläuterung

Die im Rahmen der Novelle des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen vorgesehene Pseudonymisierung sämtlicher Datensätze im stationären und ambulanten Bereich hat keine finanziellen Auswirkungen auf die Leistungserbringer, da auf dem bestehenden Berichtswesen bzw. auf den bestehenden Abrechnungssystemen aufgebaut wird und die Pseudonymisierung des Personenbezuges durch die im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eingerichtete Pseudonymisierungsstelle erfolgt.

Sonstige wesentliche Auswirkungen

Die Zielsteuerung-Gesundheit schafft für die Unternehmen im Gesundheitswesen Anreize, ihre Organisations- und Prozessabläufe zu optimieren, um damit eine Steigerung ihrer Effektivität und Effizienz zu erreichen. Eine monetäre Bewertung dieser Optimierung ist im Einzelnen nicht möglich. Die gesamten Ausgabendämpfungseffekte sind in der oben stehenden Tabelle angeführt.

Gesamtwirtschaftliche Auswirkungen

Sonstige wesentliche Auswirkungen

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben bis zum Jahr 2016 an das zu erwartende durchschnittliche nominelle Wachstum des Bruttoinlandsprodukts heranzuführen. Dies bedeutet, dass in der Perspektive bis 2020 der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt stabil bei rund 7 Prozent liegt.

ERLÄUTERUNGEN

Allgemeiner Teil

Im Interesse der in Österreich lebenden Menschen sind Bund und Länder einerseits sowie die Sozialversicherung andererseits als gleichberechtigte Partner übereingekommen, ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung einzurichten. 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 geltende Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, wird einerseits verlängert und andererseits an die Erfordernisse der Zielsteuerung-Gesundheit angepasst.

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 neuen Gesetz, dem Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG). Darüber hinaus werden in weiteren Bundesgesetzen die notwendigen Anpassungen vorgenommen.

Mit der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit soll sichergestellt werden, dass sich mittels vereinbarter Ausgabenobergrenzen die öffentlichen Gesundheitsausgaben gleichlaufend zum nominellen Wirtschaftswachstum entwickeln. Es wird damit ein wesentlicher Beitrag zur Erfüllung des Österreichischen Stabilitätspakts geleistet. Vor dem Hintergrund der bestehenden Zuständigkeiten verfolgen die nunmehr vorliegenden bundesgesetzlichen Regelungen daher das Ziel, durch moderne Formen einer vertraglich abgestützten Staatsorganisation eine optimale Wirkungsorientierung sowie eine strategische und ergebnisorientierte Kooperation und Koordination bei der Erfüllung der jeweiligen Aufgaben zu erreichen. Es geht um eine den Interdependenzen entsprechende „Governance“ der Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung, um die Entsprechung der Prinzipien Wirkungsorientierung, Verantwortlichkeit, Rechenschaftspflicht, Offenheit und Transparenz von Strukturen bzw. Prozessen und Fairness und um die Sicherstellung von sowohl qualitativ bestmöglichen Gesundheitsdienstleistungen als auch deren Finanzierung. Durch das vertragliche Prinzip Kooperation und Koordination sollen die organisatorischen und finanziellen Partikularinteressen der Systempartner überwunden werden.

Kern der vorliegenden bundesgesetzlichen Regelungen ist die Einrichtung eines partnerschaftlichen Zielsteuerungssystems, das eine bessere Abstimmung zwischen dem Krankenanstaltenbereich und dem niedergelassenen Versorgungsbereich garantieren wird sowie die Verpflichtung des Bundes und der gesetzlichen Krankenversicherung an diesem Zielsteuerungssystem mitzuwirken. Im Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit stehen die Patientinnen und Patienten und ihre bestmögliche medizinische Behandlung im Mittelpunkt. Das bedeutet eine weitere Stärkung des öffentlichen solidarischen Gesundheitswesens, das sich in Österreich bewährt hat. Mit der nunmehr festgelegten Zielsteuerung-Gesundheit wird ein Mechanismus geschaffen, 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.

Prinzipien der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheitsreformgesetz 2013):

- 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 und ein Monitoring eingeführt, um die Erreichung der Ziele messbar zu machen.
- Der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) ist über die Periode bis 2016 an das zu erwartende durchschnittliche nominelle Wachstum des Bruttoinlandsprodukts heranzuführen (plus 3,6 % pro Jahr).

- Versorgung der Patientinnen und Patienten zum richtigen Zeitpunkt, am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität.
- Transparente, patientenorientierte Qualität im Gesundheitswesen.
- Verbesserung der Behandlungsprozesse insbesondere durch die Optimierung von Organisationsabläufen und der Kommunikation.
- Forcierung der Einrichtung von multiprofessionellen und integrativen Versorgungsformen auf allen Versorgungsebenen.
- Zielgerichteter Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention.

Neue Strukturen im Dienst der Patientinnen und Patienten

- Die bedarfsorientierte Versorgungs- und Leistungsdichte im akutstationären und ambulanten (intra- und extramuralen) Bereich wird neu festgelegt.
- Der Anteil der tagesklinischen bzw. der ambulanten Leistungserbringung für festgelegte ausgewählte Leistungen wird erhöht.
- Durch die medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen bzw. in den ambulanten Bereich (Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien sowie insbesondere niedergelassener Bereich) sollen der vollstationäre Bereich aber auch die Ambulanzen in den Spitälern entlastet werden.
- Zur Sicherstellung der Versorgungswirksamkeit wird der Anteil der ambulanten Versorgungsstruktur mit Öffnungszeiten zu Tagesrand- und Wochenendzeiten und der Anteil interdisziplinärer Versorgungsmodelle in der ambulanten Versorgungsstruktur ausgebaut.
- Die Primärversorgung wird nach internationalem Vorbild auch bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gestärkt.

Finanzzielsteuerung Neu: 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 3,6 %).
- Weiteres finanzierbares Wachstum der Gesundheitsausgaben.
- Vereinbarung eines Ausgabendämpfungspfads, der die qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung wie auch deren nachhaltige Finanzierung sicherstellt.
- Ausgabenobergrenzen und daraus abgeleitete Ausgabendämpfungseffekte in der ersten Periode bis 2016 in der Höhe von 3,430 Mrd. Euro (Länder 2,058 Mrd., SV 1,372 Mrd.).

Transparenz und bessere Qualität für die Patientinnen und Patienten

Ein weiterer wesentlicher Schwerpunkt im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist die Sicherung und Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung. Dazu wird ein österreichweit einheitliches Qualitätssystem mit folgenden Schwerpunkten auf- und ausgebaut:

- Messung der Ergebnisqualität in Spitälern und bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.
- Verpflichtung der Gesundheitsdiensteanbieter zur Sicherstellung der Qualitätsstandards und der Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen. Unter bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen sind primär Peer-Review-Verfahren zu verstehen.
- Die Qualitätssicherung im Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte erfolgt – wie bisher – durch die Österreichische Ärztekammer im übertragenen Wirkungsbereich.
- Die Qualitätsberichte müssen veröffentlicht werden.
- Rechtlich verbindliche Vorgaben zur Qualitätssicherung durch den Bund auf Grundlage des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz).

Mehr Prävention und Gesundheitsförderung

„Länger leben bei guter Gesundheit“ ist eines der Kernziele der Gesundheitsreform 2012/2013. Prävention und Gesundheitsförderung spielen daher eine zentrale Rolle. Um in Zukunft vermehrt auf Prävention zu setzen, wird auf Landesebene jeweils ein gemeinsamer Gesundheitsförderungsfonds von gesetzlicher Krankenversicherung und Land eingerichtet. Die Fonds werden mit insgesamt 150 Millionen Euro für 10 Jahre dotiert. Über die Mittelverwendung entscheidet die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission.

Umfassende 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 Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder die Landes-Zielsteuerungsverträge,
 3. Nicht-Zustandekommen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages oder der Landes-Zielsteuerungsverträge.
- Bei Streitigkeiten über Inhalte des Bundes- und der Landes-Zielsteuerungsverträge ist ein Schlichtungsverfahren vorgesehen.

Entscheidungsstrukturen und Organisation

Im Rahmen der Gesundheitsreform werden folgende Gremien auf Bundesebene durch die vorliegenden bundesgesetzlichen Regelungen eingerichtet bzw. verändert:

- Die **Bundesgesundheitskommission (BGK)**: Der an die Reform angepassten Bundesgesundheitskommission werden in Zukunft jeweils neun Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, der Länder und der Sozialversicherungen angehören und – so wie auch bisher – Vertreterinnen/Vertreter der Interessensvertretungen wie beispielsweise der Österreichischen Ärztekammer und der Patientenanwaltschaft. Für Beschlüsse sind eine Stimmenmehrheit des gesamten Gremiums und eine $\frac{3}{4}$ -Mehrheit der Vertreterinnen/Vertreter von Bund, Ländern und Sozialversicherung notwendig (doppelte Mehrheit). Zu den Aufgaben der Bundesgesundheitskommission zählen unter anderem die Weiterentwicklung des Systems der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) und die Weiterentwicklung der Gesundheitsziele für Österreich.
- Die neu geschaffene **Bundes-Zielsteuerungskommission (BZK)**: Zur Umsetzung des Zielsteuerungssystems kommt diesem neu geschaffenen Gremium eine zentrale Rolle zu. Der Bundes-Zielsteuerungskommission gehören je vier Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung an. Beschlüsse werden einvernehmlich gefasst. Zentrale Aufgabe der Bundes-Zielsteuerungskommission ist die Abstimmung des Bundes-Zielsteuerungsvertrags, sowie beispielsweise die Festlegung des Jahresarbeitsprogramms und die Wahrung von Agenden des Sanktionsmechanismus. Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag wird von Bund, Ländern und Hauptverband der Sozialversicherungsträger unterschrieben.

Des Weiteren sollen auf Landesebene auf Basis der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit durch landesgesetzliche Einrichtung bzw. Veränderung folgende Gremien eingerichtet werden:

- Die **Gesundheitsplattform auf Landesebene**: Jeweils fünf Vertreterinnen/Vertreter des Landes und der gesetzlichen Krankenversicherung sowie eine Vertreterin/ein Vertreter des Bundes sollen mit Stimmrecht vertreten sein: Weitere Mitglieder – wie bisher – Vertreterinnen/Vertreter der Interessensvertretungen wie etwa der jeweiligen Landesärztekammer und der Patientenanwaltschaft. Die Aufgaben der Gesundheitsplattform korrespondieren mit denen der Bundesgesundheitskommission auf Bundesebene, also etwa das LKF-System und die Gesundheitsziele.
- Die neu geschaffene **Landes-Zielsteuerungskommission (LZK)**: Dem neu geschaffenen Gremium sollen jeweils fünf Vertreterinnen/Vertreter des Landes sowie der gesetzlichen Krankenversicherung angehören, wobei beide in Kurien organisiert sein sollen, sowie eine Vertreterin/ein Vertreter des Bundes. Um einen Beschluss herzustellen, soll Einvernehmen zwischen der Kurie des Landes und der Kurie der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sein. Der Bund hat ein Vetorecht, falls ein Beschluss gegen Bundesvorgaben (zB Bundes-Zielsteuerungsvertrag, Qualitätsrichtlinien, etc.) verstößt. In der Landes-Zielsteuerungskommission wird der Landes-Zielsteuerungsvertrag erarbeitet. Damit werden auf dieser Ebene die Behandlungsprozesse und somit die Strukturen gemeinsam geplant und gesteuert.

Bundes-Zielsteuerungsvertrag, Landes-Zielsteuerungsverträge

Auf Grundlage des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes wird ein Bundes-Zielsteuerungsvertrag ausgearbeitet. Basierend auf diesem Vertrag werden auf Landesebene detaillierte Landes-

Zielsteuerungsverträge erstellt und abgeschlossen. Vor dem Hintergrund der privatrechtlichen Natur der Zielsteuerungsverträge ist diese hier vorgenommene inhaltliche Determinierung kompetenz- und verfassungsrechtlich zulässig.

Die bundesgesetzliche Umsetzung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit sowie der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, mit der die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, geändert wird, erfolgt im Hinblick auf die zentrale Bedeutung der nunmehr zu implementierenden partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit im wesentlichen durch die Erlassung des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit. Durch die Regelung in einem eigenen Bundesgesetz wird eine entsprechende Transparenz und Nachvollziehbarkeit der einzurichtenden partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit gewährleistet und der Intention der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit einer sektorenübergreifenden gemeinsamen Steuerung und Planung Rechnung getragen, womit auch klar ist, dass eine solche Regelung nicht in einzelnen Materiegesetzen, wie den Sozialversicherungsgesetzen oder dem Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz erfolgen kann.

Durch die vorgeschlagenen Änderungen in den Art. 2 bis 16 dieser Sammelgesetznovelle sollen das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Sozialversicherungsrecht (das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz), das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, das Sonderunterstützungsgesetz, das Heeresversorgungsgesetz, das Kriegsopferversorgungsgesetz 1957 und das Familienlastenausgleichsgesetz 1967, sowie das Gesundheitsqualitätsgesetz, das Ärztegesetz 1998, das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH und das Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz an die neue Vereinbarung nach Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit sowie an die geänderte Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, die insbesondere auch die Fortschreibung der finanzausgleichsbezogenen Bestimmungen beinhaltet, angepasst werden.

Die Art. 2 bis 16 sehen somit vorwiegend technische Umsetzungen der beiden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG vor.

Oberstes Ziel der Gesundheitspolitik und somit der partnerschaftlichen Zielsteuerung Gesundheit ist die Gewährleistung einer für alle in Österreich lebende 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.

Die Zwecke der Dokumentation und der mit der Novellierung einzuführenden Pseudonymisierung gesundheitsbezogener Daten aus dem stationären und dem intramural und extramural ambulanten Versorgungsbereich sind in § 1 der Neufassung des Dokumentationsgesetzes (Artikel 17 dieser Sammelgesetznovelle) festgelegt.

Mit der vorliegenden Novelle zum Dokumentationsgesetz wird für den ambulanten Bereich ab 2014 eine Datengrundlage geschaffen werden, die zum einen mit der Dokumentation im stationären Bereich vergleichbar ist und damit einen umfassenden und vergleichbaren Überblick über alle Sektoren der Gesundheitsversorgung ermöglicht. Zum anderen sollen krankheitsfallbezogene Behandlungsabläufe episodisch- und sektorenübergreifend beobachtet und analysiert werden können. Zur Erreichung dieses Ziels bei gleichzeitiger Wahrung des Datenschutzes wird die Pseudonymisierung sämtlicher Datensätze vorgesehen – in einem ersten Schritt in der Dokumentation des ambulanten Bereichs im Rahmen von Modellprojekten, ab 1. Jänner 2014 bundesweit im intra- und extramuralen ambulanten Bereich und ab 1. Jänner 2015 in allen ambulanten und stationären Versorgungsbereichen.

Bei der Pseudonymisierung wird ein Pseudonym mittels eines automatisierten Rechenvorgangs erstellt. Mit Hilfe der Pseudonymisierung können Behandlungsabläufe sektorenübergreifend dargestellt werden, ohne dass auf die Identität einzelner PatientInnen rückgeschlossen werden kann. Es wird damit erstmals in Österreich verlässlich festgestellt werden können, wie viele Personen von welchen Krankheiten betroffen sind (dies lässt sich mit Informationen lediglich über die Anzahl an Arztkontakten nicht eruieren) und damit ein Quantensprung für die Schaffung epidemiologischer Informationsgrundlagen erreicht werden. Darüber hinaus wird nachvollziehbar sein, welchen Weg durch das Gesundheitssystem ein und dieselbe Person im ein und demselben Krankheitsfall zurücklegt, wo Versorgungsdefizite bestehen und wo Hemmnisse und Hindernisse einen reibungslosen Behandlungsablauf verzögern (zumal der Zeitfaktor bei der Behandlung vieler Krankheiten eine entscheidende Rolle spielt und daher reibungslose Kooperationen und Abläufe einen Qualitätsgewinn für die PatientInnen und auch einen Effizienzgewinn für das System bedeuten).

Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger mit der bei ihm eingerichteten Pseudonymisierungsstelle ist Dienstleister des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Pseudonymisierung erfolgt bei Pflegenden bzw. Leistungsempfängerinnen/Leistungsempfängern unter Nutzung eines bereichsspezifischen Personenkennzeichens gemäß E-Government Gesetz – E-GovG, BGBl. I Nr. 10/2004, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 7/2008, und bei Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern unter Nutzung der Vertragspartnerkennung im Hauptverband als Ausgangsparameter für die Errechnung des eigentlichen Pseudonyms innerhalb eines vom Bundesministerium für Gesundheit zur Verfügung gestellten Hardware Security Moduls (HSM). Der für die Errechnung des Pseudonyms zu verwendende Algorithmus ist dem Bundesminister für Gesundheit, dem Hauptverband und der im Hauptverband eingerichteten Pseudonymisierungsstelle nicht bekannt.

Die konkreten Prozessschritte des Pseudonymisierungsvorganges sind aus den besonderen Erläuterungen zu Artikel 17 /Z 10 und 12 ersichtlich.

Datenschutzrechtliche Überlegungen

Gesundheitsdaten sind gemäß § 4 Z 2 Datenschutzgesetz 2000 – DSG 2000, BGBl. I Nr. 165/1999, als sensible Daten besonders schutzwürdig iSd § 1 Abs. 2 DSG 2000. Für die Verwendung sensibler Daten fordert § 1 Abs. 2 DSG 2000 eine gesetzliche Grundlage, die insbesondere wichtigen öffentlichen Interessen dienen muss und angemessene Garantien zum Schutz des Geheimhaltungsinteresses des Betroffenen festlegt. Dies umfasst ua. die Festlegung von entsprechenden Datensicherheitsmaßnahmen. Die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden und ökonomisch langfristig abgesicherten Gesundheitsversorgung stellt zudem ein „wichtiges öffentliches Interesse“ dar. Auch die Judikatur des VfGH zum Begriff des „wichtigen öffentlichen Interesses“ sieht dieses als gegeben an, wenn eine Maßnahme zu einer „möglichst kostengünstigen Steuerung des Gesundheitswesens“ beiträgt (VfSlg. 17.869/2006) oder „der Aufrechterhaltung der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung dient“ (VfSlg. 17.500/2005).

Die vorliegende Gesetzesnovelle bedient sich für die Pseudonymisierung der Pflegenden bzw. Leistungsempfängerinnen/Leistungsempfänger zum Teil bereits bestehender und etablierter Mechanismen und gesetzlich geregelter Grundlagen aus dem Bereich E-Government. Ausgangsparameter ist dabei ein bereichsspezifisches Personenkennzeichen „Gesundheitsdokumentation“ (bPK „GH-GD“), das ausschließlich für den Zweck der Gesundheitsdokumentation verwendet wird und somit den Datenschutz zusätzlich verstärkt, da damit eine Zusammenführung mit anderen Gesundheitsdaten ausgeschlossen ist. Für die Pseudonymisierung der Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer kommt analog dazu die Vertragspartnerkennung im Hauptverband als Ausgangsparameter zur Anwendung. Die Errechnung des eigentlichen Pseudonyms erfolgt in beiden Fällen innerhalb eines Hardware Security Moduls (HSM).

Da mit der Technik der hier vorgesehenen Pseudonymisierung der Daten von Pflegenden bzw. Leistungsempfängerinnen/Leistungsempfängern sowie Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern die mit der Gesundheitsdokumentation im Allgemeinen und mit der Zielsteuerung-Gesundheit im Besonderen verbundenen Zielsetzungen erreicht werden können, ist diese als das gelindeste zur Verfügung stehende Mittel anzusehen.

Kompetenzrechtliche Ausführungen

Im Mittelpunkt des vorliegenden Gesetzesentwurfes steht der von Bund, Ländern und Sozialversicherung neu gewählte Ansatz, die Zielsteuerung auf dem Gebiet der Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen sowohl im intra- als auch extramuralen Bereich durch privatrechtliche Verträge samt eines darin enthaltenen Sanktionsregimes sui generis vorzunehmen („Zielsteuerung-Gesundheit“). Kompetenzgrundlage sind 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“), Art. 10 Abs. 1 Z 15 B-VG („Fürsorge für Kriegsteilnehmer“), Art. 10 Abs. 1 Z 17 B-VG („Lastenausgleich im Interesse der Familien“) und Art. 12 Abs. 1 Z 1 („Heil- und Pflegeanstalten“) B-VG, die auch zu außenwirksamen Regelungen privatwirtschaftlichen Handelns ermächtigen.

Besonderer Teil

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

Zu Art. 1 (§ 1 G-ZG):

Der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung werden verpflichtet, gemeinsam mit den Ländern eine integrative partnerschaftliche Zielsteuerung-Gesundheit für die Struktur und Organisation der österreichischen Gesundheitsversorgung auf der Grundlage der derzeit bestehenden Zuständigkeiten und Aufgaben der Partner im Zielsteuerungssystem Gesundheit einzurichten und weiterzuentwickeln.

Es wird ausdrücklich festgehalten, dass durch dieses Gesetz die Zuständigkeiten der Länder unberührt bleiben. Entsprechend der kompetenzrechtlichen Zuständigkeit des Bundes regelt das gegenständliche Gesetz daher ausschließlich die Aufgaben des Bundes (Bundesministerin/Bundesminister für Gesundheit) und der gesetzlichen Krankenversicherung sowie erforderlichenfalls anderer bundesgesetzlich geregelter Selbstverwaltungskörper im Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit auf Bundes- und Landesebene. Um die vom Bund und der Sozialversicherung auf Landesebene wahrzunehmenden Aufgaben, in einer für den Normadressaten möglichst verständlichen Form, festlegen zu können, wird auch eine teilweise narrative Darstellung und Bezugnahme auf die auf Landesebene geregelten bzw. zu regelnden Sachverhalte aufgrund der Vereinbarung gemäß 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit gewählt. Dies allerdings unter der bereits erwähnten Prämisse des Abs. 1, wonach die Normadressaten dieses Gesetzes ausschließlich in der Regelungshoheit des Bundes liegen.

Zu Art. 1 (§ 2 G-ZG):

Hinsichtlich des Geltungsbereiches wird festgelegt, dass die partnerschaftliche Zielsteuerung-Gesundheit in struktureller und organisatorischer Hinsicht alle intra- und extramuralen Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens sowie betroffene Nahtstellen umfasst.

Zu Art. 1 (§ 3 G-ZG):

Hier werden zur Klarstellung wesentliche Begriffe definiert. Insbesondere wird durch die Definition von Zielsteuerungsverträgen (Z 10) klargestellt, dass die Zielsteuerungsverträge kein hoheitsrechtliches Verwaltungshandeln darstellen. Die Begriffsbestimmung ambulanter Bereich umfasst ausdrücklich alle Organisationsformen ambulanter Versorgung, also den schwerpunktmäßig in der Versorgungswirksamkeit verantwortlichen niedergelassenen Bereich (Einzelordination und Gruppenpraxis) genauso wie selbstständige Ambulatorien, Spitalsambulanzen und andere ambulante Gesundheitsdienstleister.

Zu Art. 1 (§§ 4 bis 7 G-ZG):

Diese Bestimmungen enthalten die der Zielsteuerung-Gesundheit zu Grunde liegenden gesundheitspolitischen Grundsätze, wie die Ausrichtung an den Rahmen-Gesundheitszielen und Public Health. Darüber hinaus werden – wie im allgemeinen Teil beschrieben – die Prinzipien, Strukturen, Ziele und Handlungsfelder festgelegt und der Grundsatz der Patientenorientierung und Transparenz verankert.

Da Gesundheit zu einem der obersten Ziele der Bevölkerung zählt und der Erhaltung der Gesundheit ein gleichwertiger Stellenwert einzuräumen ist wie der Krankenbehandlung, ist als eines der zentralen Prinzipien im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit die Forcierung der Gesundheitsförderung und Prävention festgelegt. So hat man sich im Rahmen der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG u.a. auch darauf verständigt, zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der Landesgesundheitsfonds Gesundheitsförderungsfonds einzurichten (siehe auch § 19).

Ein weiteres wesentliches Prinzip ist die Ausrichtung der kurativen Versorgung am „best point of service“ zu nennen. Dies bedeutet, dass im Rahmen der Gesundheitsversorgung sichergestellt werden muss, dass für die Patientinnen und Patienten die jeweils richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität möglichst kostengünstig erbracht wird.

In Anbetracht der im internationalen Vergleich zu hohen Akutbettendichte und zu hohen Krankenhaushäufigkeit in Österreich ergibt sich als ein wesentliches Handlungsfeld die notwendige Entlastung des akutstationären Bereichs durch medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen bzw. ambulanten Bereich. Die Leistungserbringung ist im ambulanten Bereich und dabei insbesondere in der Versorgungsverantwortung im niedergelassenen Bereich bedarfsgerecht weiter zu entwickeln und hinsichtlich der Organisationsformen der Leistungserbringung, des Leistungsangebote und deren zeitlichen Verfügbarkeit aufeinander abzustimmen und festzulegen.

Unnötige Parallelstrukturen – vor allem ambulante Facharztversorgung im niedergelassenen und spitalsambulanten Bereich – sollen abgebaut werden, wobei die Versorgungswirksamkeit des niedergelassenen Bereichs zu stärken ist. Dieses Ziel setzt jedoch ausgehend vom Bedarf der Patientinnen und Patienten die Implementierung entsprechend leistungsfähiger, effektiver und effizienter Strukturen für die allgemeinmedizinische und fachärztliche Versorgung außerhalb von Krankenanstalten voraus. Insbesondere ist dabei jedenfalls die Versorgung im niedergelassenen Bereich an Tagesrandzeit, Wochenenden und Feiertagen sowie in Ferienzeiten sicherzustellen. Die Entlastung des stationären Bereichs in den Krankenanstalten bedarf einer Neuausrichtung der Versorgungswirksamkeit des niedergelassenen Sektors. Um diesen Anforderungen zu entsprechen ist in den nächsten Jahren der Auf- und Ausbau von multiprofessionellen, interdisziplinären und integrativen Versorgungsformen auf allen Versorgungsebenen zu forcieren.

Die Primärversorgung nimmt eine wesentliche Rolle in der Gesundheitsversorgung wahr. In diesem Sinne ist eine Stärkung der in diesem Bereich tätigen Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner und Fachärztinnen/Fachärzte und deren Funktionen vorgesehen. So ist im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit die Stärkung der Primärversorgung nach internationalem Vorbild auch im niedergelassenen Bereich als wesentliches Handlungsfeld festgelegt. So kommt der Primärversorgung als allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung eine zentrale Bedeutung zu. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleisten eine ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung.

Ein weiterer wesentlicher Schwerpunkt im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist die Sicherung und Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung. Im § 7 ist basierend auf der Grundlage des Gesundheitsqualitätsgesetzes, BGBl. I Nr. 179/2004, in der jeweils geltenden Fassung, nochmals klar festgehalten, dass die österreichische Qualitätsarbeit die Ebenen der Struktur-, der Prozess- und der Ergebnisqualität zu umfassen hat. Diese Dimensionen der Qualitätsarbeit sollen in einem direkten und ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen, wobei die Entwicklung und Weiterentwicklung von Ergebnisqualitätsindikatoren und deren Messung in allen Sektoren des Gesundheitswesens vorrangig ist. In Bezug auf die einzelnen Ebenen ist Folgendes festgelegt:

- Im stationären Bereich soll das auf internationalen Erfahrungen und Erfahrungen aus dem Bundesland Niederösterreich beruhende und seit 2011 österreichweit bereits im Probetrieb befindliche System A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators) unter Anwendung von Peer-Review-Verfahren fortgesetzt und ausgebaut werden. Im Rahmen des Systems A-IQI werden aus Routinedaten statistische Auffälligkeiten für definierte Krankheitsbilder in einzelnen Krankenanstalten identifiziert. Betrachtet werden dabei in erster Linie Sterbehäufigkeiten, aber auch Intensivhäufigkeiten, Komplikationen, Mengeninformationen, Operationstechniken sowie Versorgungs- und Prozessindikatoren. Das System baut auf einer Analyse der statistischen Auffälligkeiten und der Gründe hierfür auf. Können die statistischen Auffälligkeiten nicht erklärt werden, wird mittels einer Fremdanalyse und im kollegialen Dialog (Peer Review Verfahren) nach deren Ursachen gesucht. Aufbauend auf dieser Analyse werden gemeinsam zwischen den externen Peer-Reviewern (speziell für diese Aufgabe geschulte Primarärztinnen und Primärärzte) und den Verantwortlichen der jeweiligen Krankenanstalt qualitätsverbessernde Maßnahmen erarbeitet.
- Für den ambulanten Bereich ist vorgesehen, innerhalb von 18 Monaten ab dem 1. Juli 2013 durch die Bundes-Zielsteuerungskommission unter Einbindung der Sozialversicherung, der Österreichischen Ärztekammer und der Wirtschaftskammer Österreich (als Vertreterin von Gesundheitsbetrieben im Sinne von § 149 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) ein adäquates, vergleichbares System zur Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung unter Berücksichtigung internationaler Erfahrungen zu entwickeln. Auch hier soll das Grundprinzip der Auswertung von Routinedaten ohne bürokratischen Mehraufwand der betroffenen Gesundheitsdienstleister sowie der kollegiale Peer Review berücksichtigt werden. Im Anschluss daran ist die entsprechende Umsetzung dieses gemeinsam erarbeiteten Systems insbesondere im übertragenen Wirkungsbereich der Österreichischen Ärztekammer vorgesehen.
- Im Bereich der Prozessqualität sollen im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit im engen Konnex mit den Handlungsfeldern der Zielsteuerung-Gesundheit österreichweit einheitliche Qualitätsstandards festgelegt werden. Dies betrifft im Besonderen die Definition von am Patientenbedarf orientierten Versorgungsstandards für ausgewählte Krankheitsbilder sowie die Entwicklung von Disease Management Programmen zur Verbesserung der Versorgungsprozesse, insbesondere bei chronischen Erkrankungen.
- Weiters ist festgehalten, dass im Bereich der Strukturqualität die Kriterien im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt sind.

Weitere im Zusammenhang mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit erfolgte Regelungen zur Qualität im Gesundheitswesen sowie zur Weiterbildung der Ärztinnen/Ärzte finden sich im Art. 13 (Änderung des Gesundheitsqualitätsgesetzes) sowie im Art. 14 (Änderung des Ärztegesetzes 1998) dieses Bundesgesetzes. Die Umsetzung der Qualitätssicherung und Ergebnisqualitätsmessung bzw. -sicherung für die ärztliche Berufsausübung im niedergelassenen Bereich erfolgt – wie bisher – durch die Österreichische Ärztekammer teilweise im eigenen, teilweise im übertragenen Wirkungsbereich. Der Bundesminister für Gesundheit kann im übertragenen Wirkungsbereich die dafür notwendigen Vorgaben gemäß § 195f des Ärztegesetzes 1998 festlegen.

Zu Art. 1 (§ 8 G-ZG):

Der Zielsteuerungsprozess im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist mehrstufig und hat nach wissenschaftlich etablierten Methoden zu erfolgen. Diese Bestimmung impliziert die gemeinsame Verständigung auf Bundesebene sowie auf den jeweiligen Landesebenen auf Anwendung anerkannter und bewährter Verfahren und Instrumente der Organisationslehre zur Abwicklung des Zielsteuerungsprozesses.

Mit diesen Bestimmungen werden der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung verpflichtet, auf Bundesebene mit den Ländern vierjährige Bundes-Zielsteuerungsverträge (erstmalig für die Jahre 2013 bis 2016) abzuschließen. Weiters wird die gesetzliche Krankenversicherung verpflichtet, auf Landesebene mit dem jeweiligen Land vierjährige Landes-Zielsteuerungsverträge abzuschließen. Diese Verträge sind durch Jahresarbeitsprogramme zu operationalisieren. Das Prozedere für den Abschluss der Zielsteuerungsverträge einschließlich des Zeitplanes wird entsprechend den Festlegungen in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit detailliert geregelt bzw. dargestellt. Des Weiteren ist im Rahmen der bundesgesetzlichen Bestimmungen die Möglichkeit vorgesehen, dass der Entwurf für den Bundes-Zielsteuerungsvertrag noch vor Behandlung in der Bundes-Zielsteuerungskommission zur Unterfertigung den Mitgliedern der Bundesgesundheitskommission zur Abgabe einer allfälligen schriftlichen Stellungnahme vorgelegt werden kann. Die Einräumung der Möglichkeit zur Abgabe einer allfälligen schriftlichen Stellungnahme für die Mitglieder der Gesundheitsplattformen auf Landesebene hinsichtlich der jeweiligen Entwürfe für Landes-Zielsteuerungsverträge wäre allenfalls durch entsprechende landesgesetzliche Regelungen vorzusehen.

Vor dem Hintergrund der privatrechtlichen Natur der Zielsteuerungsverträge ist diese hier vorgenommene inhaltliche Determinierung zulässig.

Zu Art. 1 (§ 9 G-ZG):

Hier wird das Verhältnis der Zielsteuerung-Gesundheit zu den bestehenden Festlegungen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) sowie den Festlegungen der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) dahin gehend geregelt, dass die weitere Ausrichtung dieser Pläne durch die übergeordnete Zielsteuerung-Gesundheit determiniert ist.

Hinsichtlich der Zulässigkeit der Regelungen zum ÖSG/RSG wird auf die Entscheidung des VfGH zu § 10a KAKuG (VfSlg 17.232) verwiesen.

In diesem Erkenntnis sieht der VfGH „keine Überschreitung der Grundsatzgesetzgebung des Bundes durch die Bestimmungen über einen Krankenanstaltenplan (ÖKAP) sowie über einen Großgeräteplan (GGP) in § 10a KAKuG und die dadurch bewirkte Bindung der Landesregierung an den Inhalt von ÖKAP und GGP bei Erlassung des Landeskrankenanstaltenplanes. Bei § 10a KAKuG handelt es sich der Sache nach und im Wesentlichen nur um die Wiederholung von Inhalten der in der LKF-Vereinbarung gemäß Art 15a Abs 1 B-VG zwischen Bund und Ländern einvernehmlich festgelegten Planung und Finanzierung des Krankenanstaltenwesens. Die Bindung des Landesgesetzgebers an den ÖKAP/GGP ergibt sich daher nicht erst aus § 10a KAKuG, sondern ua. schon aus Art 4 Abs 1 LKF-Vereinbarung.“

Analog dazu ist das Verhältnis zwischen Landes-Zielsteuerungsverträgen und RSG nicht erst aus dieser Bestimmung, sondern schon in Art. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit festgelegt.

Die Richtung der Weiterentwicklung des ÖSG ist insbesondere durch Art. 4 Abs. 4 der Vereinbarung, mit der die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens geändert wird, determiniert.

Zu Art. 1 (§§ 10 bis 15 G-ZG):

Diese Bestimmungen konkretisieren die Inhalte der Zielsteuerungsverträge für die ersten drei Steuerungsbereiche (§§ 10 bis 15) der Zielsteuerung-Gesundheit:

1. Ergebnisorientierung,

2. Versorgungsstrukturen,
3. Versorgungsprozesse und
4. Finanzziele (siehe §§ 16 bis 18).

Diesbezüglich wird auch auf die inhaltlichen Ausführungen im Allgemeinen Teil der Erläuterungen sowie auf die inhaltlichen Ausführungen im Besonderen Teil zu den §§ 4 bis 7 verwiesen. Des Weiteren darf noch auf folgende Punkte im Besonderen eingegangen werden:

Es wird klar festgehalten, dass die Festlegungen im Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen (§ 12) sich am Bedarf der Patientinnen und Patienten sowie an den medizinischen Erfordernissen zu orientieren haben. Die Erbringung notwendiger Leistungen ist auch weiterhin sicherzustellen. So hat die partnerschaftliche Zielsteuerung-Gesundheit die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung für die Bevölkerung und die Sicherstellung bzw. Verbesserung der Qualität sowie die Steigerung der Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung zum Gegenstand. Keinesfalls ist mit den Festlegungen eine Kontingentierung von Leistungen intendiert. Vielmehr sollen durch die Festlegung entsprechender Bandbreiten zur Versorgungsdichte und Leistungsdichte einerseits die notwendigen Versorgungskapazitäten und Leistungsangebote sichergestellt und andererseits die Vorhaltung von Überkapazitäten vermieden werden. Zudem soll durch entsprechende Zielvorgaben erreicht werden, dass notwendige strukturelle Maßnahmen zur Veränderung in Richtung vermehrter tagesklinischer und ambulanter Leistungserbringung umgesetzt werden. Selbstverständlich ist unabhängig von diesen Zielwerten auch im Falle außergewöhnlich hoher Leistungsansprüchen (zB aufgrund besonderer regionaler oder saisonaler Gegebenheiten wie erhöhte Erkrankungsraten, Epidemien, Unfallgeschehen u.a.m.) die Versorgung im notwendigen Maß gewährleistet und finanziell gesichert. Sollte sich im Rahmen der Umsetzung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit durch gemeinsame Vereinbarungen hinsichtlich der Etablierung neuer innovativer Versorgungsformen ein Anpassungsbedarf bundesgesetzlicher Regelung ergeben, wird die Bundesregierung eine entsprechende Rechtsgrundlage dem Nationalrat vorschlagen.

Im Zusammenhang mit den Festlegungen in den Landes-Zielsteuerungsverträgen zu Kapazitätsanpassungen ist festzuhalten, dass entsprechend der Ziele und Handlungsfelder der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit die stationären Kapazitäten in Akutkrankenhäusern nach Verlagerung in den ambulanten Bereich zu reduzieren sind. Die versorgungswirksamen Kapazitäten und deren zeitliche Verfügbarkeit in der ambulanten Versorgung insbesondere im niedergelassenen Bereich sind bedarfsgerecht vor allem im Hinblick auf die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären Bereich entsprechend auf- bzw. auszubauen. Das setzt die Implementierung entsprechend leistungsfähiger, effektiver und effizienter Strukturen für die allgemeinmedizinische und fachärztliche Versorgung etwa in der Form von interdisziplinären Gruppenpraxen außerhalb von Krankenhäusern voraus, um insbesondere die Versorgung an Tagesrandzeit, Wochenenden und Feiertagen sowie in Ferienzeiten sicherzustellen.

Bei Kapazitätsanpassungen insbesondere im ambulanten Bereich wird auf die dem Vertragswesen inhärenten Prinzipien verwiesen.

Zur Unterstützung der organisatorischen Abläufe und zur Steigerung der Effektivität und Effizienz im intramuralen Bereich ist auch die vermehrte Einrichtung der im Kranken- und Kuranstaltengesetz (§ 6 Abs. 7 Z 4 und 5) vorgesehenen und im Österreichischen Strukturplan Gesundheit beschriebenen interdisziplinären Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten sowie Ambulanten Erstversorgungseinheiten in den Krankenhäusern vorgesehen.

Im Steuerungsbereich Versorgungsprozesse darf im Besonderen auf die Einrichtung einer gemeinsamen Medikamentenkommission für den intra- und extramuralen Bereich als Teil der Zielsteuerung-Gesundheit hingewiesen werden. Da in den vergangenen Jahren verstärkt Fragen des sektorenübergreifenden Einsatzes von hochpreisigen und spezialisierten Medikamenten und die Tragung der damit verbundenen Kosten zur Diskussion standen, sollen im Sinne der Zielsetzung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit zu dieser Thematik in einer eigens eingerichteten Medikamentenkommission entsprechende Empfehlungen gemeinsam erarbeitet und der Bundes-Zielsteuerungskommission zur Entscheidung vorgelegt werden. Den vertriebsberechtigten Unternehmen wird die Möglichkeit eingeräumt, vor der Entscheidung der gemeinsamen Medikamentenkommission eine Stellungnahme abzugeben. In der Geschäftsordnung der gemeinsamen Medikamentenkommission sind jedenfalls auch Regelungen über das Verfahren hinsichtlich eines Stellungnahmeverfahrens des vertriebsberechtigten Unternehmens einschließlich einer Frist für die Vorlage einer solchen Stellungnahme vorzusehen. Weiters wird klar festgehalten, dass die Aufgaben der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission gemäß § 351g des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes unberührt bleiben. Unter hochpreisigen und spezialisierten Medikamenten sind insbesondere solche im Bereich der seltenen Erkrankungen, im Bereich der Onkologie und im

Bereich anderer sehr spezialisierter Fächer zu verstehen. Die Beurteilung ob ein neues Medikament als hochpreisig und spezialisiert einzuordnen ist, soll sich nach den Spezifika des zu beurteilenden Medikaments und der jeweiligen vorraussichtlichen therapeutischen Anwendungsdauer richten.

Hinsichtlich der Zulässigkeit der Regelungen zu den Inhalten der Bundes- und Landes-Zielsteuerungsverträge ist festzuhalten, dass es dem für eine Materie zuständigen Gesetzgeber auch zusteht, zivilrechtliche Regelungen innerhalb dieser Materien vorzunehmen.

Zu Art. 1 (§§ 16 bis 18 G-ZG):

Im 5. Abschnitt des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes wird die Finanzzielsteuerung festgelegt.

Mit dieser Finanzzielsteuerung soll sichergestellt werden, dass der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) über die Periode bis 2016 an das zu erwartende durchschnittliche nominelle Wachstum des Bruttoinlandsprodukts von 3,6 Prozent herangeführt wird, was bedeutet, dass der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt stabil bei rund 7 Prozent liegt.

In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit hat man sich darauf verständigt, im Rahmen der Finanzzielsteuerung den Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben in der ersten Periode der Zielsteuerung-Gesundheit von 2012 bis 2016 stufenweise soweit zu dämpfen, dass der jährliche Ausgabenzuwachs im Jahr 2016 einen Wert von 3,6 Prozent (durchschnittliche Entwicklung des nominellen Bruttoinlandsprodukts gemäß Mittelfristprognose für das Bundesfinanzrahmengesetz) nicht überschreitet. In den weiteren Perioden, beginnend mit der Periode 2017 bis 2020, wird der jährliche Ausgabenzuwachs an die durchschnittliche Entwicklung des nominellen Bruttoinlandsprodukts gemäß Mittelfristprognose für das Bundesfinanzrahmengesetz in der jeweils geltenden Fassung gekoppelt.

Grundlage der Finanzzielsteuerung ist ein sektorenübergreifend zu vereinbarenden Ausgabendämpfungspfad. Dieser Ausgabendämpfungspfad hat eine Prognose der Gesundheitsausgaben ohne Intervention, die nominellen Ausgabenobergrenzen für öffentliche Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) und die sich daraus ergebenden Dämpfungseffekte beim Ausgabenzuwachs (Ausgabendämpfungseffekte) zu umfassen.

Bei der Festlegung von Ausgabenobergrenzen handelt es sich um vertraglich vereinbarte Zielwerte. Dadurch bleiben die bestehenden Finanzierungsregelungen insbesondere gemäß Finanzausgleichsgesetz 2008, BGBl. I Nr. 103/2007, in der derzeit geltenden Fassung, und der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens unberührt. Die Ansprüche der Versicherten auf Gesundheitsdienstleistungen und der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer hinsichtlich ihrer Honorierung bleiben gewahrt. Bei Überschreitung der vereinbarten Ausgabenobergrenze im Sinne des § 29 sind die Gründe für die Überschreitung im Rahmen des dort angeführten Berichts darzulegen.

Ausgangsbasis für die Ermittlung der nominellen Ausgabenobergrenzen einschließlich Ausgabendämpfungseffekte auf Bundesebene sowie für die Definition von sektoralen und regionalen Ausgabenobergrenzen sind die öffentlichen Gesundheitsausgaben in ihrer jeweiligen Ausprägung unter Vornahme von Abgrenzungen in Analogie zu den Ansätzen der Statistik Austria auf Grundlage von „Systems of Health Accounts (SHA)“.

Entsprechend der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit ist im Jahr 2016 ein Ausgabendämpfungseffekt von 1,3 Milliarden Euro zu erzielen, woraus sich eine Ausgabenobergrenze für die öffentlichen Gesundheitsausgaben im Jahre 2016 von insgesamt 25,563 Milliarden Euro ergibt. Für die erste Periode der Zielsteuerung-Gesundheit von 2012 bis 2016 sind somit kumulierte Ausgabendämpfungseffekte von insgesamt 3,43 Milliarden Euro zu erzielen.

Dies stellt sich für die Jahre 2012 bis 2016 auf Basis der öffentlichen Gesundheitsausgaben nach SHA wie folgt dar:

Beträge in Mio. Euro	2012	2013	2014	2015	2016
Ausgabenentwicklung öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Intervention	22.024	23.175	24.386	25.660	26.853
Ausgabenobergrenze	21.873	22.813	23.748	24.675	25.563
jährliche Ausgabendämpfungseffekte (gerundet)	150	360	640	980	1.300

Die Einhaltung des Ausgabendämpfungspfades auf Bundes- und Landesebene ist durch partnerschaftlich vereinbarte Maßnahmenpakete im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit sicherzustellen. Dazu haben der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung gemeinsam mit den Ländern auf Grundlage finanziell bewerteter und nachvollziehbarer Annahmen ein Maßnahmenpaket darzustellen, das in Summe geeignet

ist, die vereinbarten Ausgabenobergrenzen und die sich daraus ergebenden Ausgabendämpfungseffekte tatsächlich zu erreichen. Die endgültige Zielerreichung orientiert sich abschließend an der Einhaltung der jeweils geltenden Ausgabenobergrenzen. Diese Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte sind für den Bereich der Sozialversicherung und für den Bereich der Länder sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene darzustellen und auf Landesebene zu sektorenübergreifenden Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekten zusammenzuführen. Gesundheitsausgaben aus dem Bereich der Pensionsversicherung, Unfallversicherung, Krankenfürsorgeanstalten und des Bundes sowie Investitionen sind gesondert darzustellen, wobei für den Bereich der Pensionsversicherung und Unfallversicherung keine länderweise Darstellung erfolgt.

In weiterer Folge werden die für die Finanzzielsteuerung als zielsteuerungsrelevant definierten Gesundheitsausgaben im Bereich von Bund, Ländern und Sozialversicherung ermittelt. Die Methodik der österreichweiten Darstellung und der Ausgabendämpfungspfad der Zielsteuerung-Gesundheit werden in den periodenbezogenen Bundes-Zielsteuerungsverträgen festgelegt. Für die Ausgangswerte, Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte für die erste Periode bis 2016 gelten die Festlegungen und Darstellungen in den Art. 25 bis 27 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, wobei die Umsetzung der Zielvorgaben in der Periode im Vordergrund zu stehen hat.

Die Länder haben sich im Rahmen dieser Vereinbarung verpflichtet, in der ersten Periode bis 2016 kumulierte Ausgabendämpfungseffekte der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Höhe von 2.058 Millionen Euro zu erzielen. Bezogen auf die als zielsteuerungsrelevant definierten Gesundheitsausgaben ergeben sich für den Bereich der Länder folgende Ausgabenobergrenzen einschließlich Ausgabendämpfungseffekte:

Jahr	Definierte Ausgangswerte der Länder für die Finanzzielsteuerung, ohne Ausgabendämpfung (bundesweit)	Summe der Ausgabendämpfung der Länder	Ausgabenobergrenzen der Länder (bundesweit)
2012	10.130 Mio. €	90 Mio. €	10.040 Mio. €
2013	10.659 Mio. €	216 Mio. €	10.443 Mio. €
2014	11.215 Mio. €	384 Mio. €	10.831 Mio. €
2015	11.801 Mio. €	588 Mio. €	11.213 Mio. €
2016	12.349 Mio. €	780 Mio. €	11.569 Mio. €

Die Verteilung der Ausgabenobergrenzen einschließlich der zu erzielenden Ausgabendämpfungseffekte innerhalb der Länder wird durch die Länder vorgenommen und in den Bundes- und jeweiligen Landes-Zielsteuerungsverträgen dokumentiert. Auf den Beschluss der Landesfinanzreferentenkonferenz vom 2. Oktober 2012 wird hingewiesen. Übererfüllungen bei den Ausgabendämpfungseffekten der Länder in einem Jahr können auf die Folgejahre angerechnet werden, vorausgesetzt die festgelegten jährlichen Ausgabenobergrenzen werden eingehalten.

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sind entsprechend dieser Vereinbarung in der ersten Periode bis 2016 kumulierte Ausgabendämpfungseffekte der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Höhe von 1.372 Millionen Euro zu erzielen. Bezogen auf die als zielsteuerungsrelevant definierten Gesundheitsausgaben ergeben sich für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung folgende Ausgabenobergrenzen einschließlich Ausgabendämpfungseffekte:

Jahr	Definierte Ausgangswerte der gesetzlichen Krankenversicherung für die Finanzzielsteuerung, ohne Ausgabendämpfung (bundesweit)	Summe der Ausgabendämpfung der gesetzlichen Krankenversicherung	Ausgabenobergrenze der gesetzlichen Krankenversicherung (bundesweit)
2012	8.854 Mio. €	60 Mio. €	8.794 Mio. €
2013	9.316 Mio. €	144 Mio. €	9.172 Mio. €
2014	9.802 Mio. €	256 Mio. €	9.546 Mio. €
2015	10.314 Mio. €	392 Mio. €	9.922 Mio. €
2016	10.794 Mio. €	520 Mio. €	10.274 Mio. €

Die Verteilung der Ausgabenobergrenzen einschließlich der zu erzielenden Ausgabendämpfungseffekte innerhalb der Sozialversicherungsträger sowie die länderweise Zuordnung der Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte sind durch die Sozialversicherung vorzunehmen und in den Bundes- und jeweiligen Landes-Zielsteuerungsverträgen zu dokumentieren.

Des Weiteren ist festgelegt, dass die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik anzustreben haben.

Im § 17 wird beschrieben, welche Inhalte in den Finanzrahmenverträgen auf Bundes- und auf Landesebene umfasst sind. Wesentlicher Inhalt dieser Finanzrahmenverträge sind dabei auch die im ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag zu vereinbarenden inhaltlichen bundesweiten Rahmenregelungen zu den Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen sowie die in den jeweiligen Landes-Zielsteuerungsverträgen vorzusehenden konkreten Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen für die durch die Zielsteuerung-Gesundheit veranlassten sektorenübergreifenden Leistungsverchiebungen bzw. von neu etablierten Versorgungsformen. Die für die Finanzzielsteuerung einschließlich des Monitorings notwendigen Daten sind vom Bund, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und von den Ländern zur Verfügung zu stellen. Diesbezüglich haben die Länder in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit zugestimmt, dass gemäß § 17 Abs. 2 des Bundesstatistikgesetzes 2000 dem für Gesundheit zuständige Bundesministerium für die Zwecke des Monitorings alle ihre von der Statistik Austria verwendeten Daten für die Berechnung nach dem System of Health Accounts (SHA) dauerhaft von der Statistik Austria direkt zur Verfügung gestellt werden.

In § 18 sind die gemeinsame Darstellung der beiden Sektoren im Rahmen von virtuellen Budgets sowie die gemeinsam zu tragende Finanzverantwortung auf Landesebene in Bezug auf die Inhalte der zu vereinbarenden Finanzrahmenverträge geregelt.

Die Begrifflichkeit des virtuellen Budgets wurde deswegen gewählt, weil ein Budget im engeren Sinne jeweils von einem befugten Organ mit entsprechender Rechtswirkung beschlossen wird. Da es sich bei der Zielsteuerung-Gesundheit um eine vertragliche Form der Kooperation handelt, die die jeweiligen rechtlichen Zuständigkeiten zB für ein Budget nicht verändert, kann im Rahmen der Finanzzielsteuerung nur eine Zusammenschau der Budgets in Form eines virtuellen Budgets im Umfang des § 18 erfolgen.

Zu Art. 1 (§ 19 G-ZG):

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist als eines der zentralen Prinzipien die Forcierung der Gesundheitsförderung und Prävention festgelegt. Mit Abschluss der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit hat man sich daher in Art. 23 dieser Vereinbarung u.a. auch darauf verständigt, dass zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in allen Landesgesundheitsfonds jeweils Sondervermögen mit eigenem Verrechnungskreis als „Gesundheitsförderungsfonds“ ohne Rechtspersönlichkeit eingerichtet werden. Mit den Bestimmungen in § 19 wird sichergestellt, dass seitens der gesetzlichen Krankenversicherung – wie vereinbart und unter der Maßgabe, dass auch seitens der Länder die Mittelaufbringung in Höhe von 20 Millionen Euro erfolgt – für die Jahre 2013 bis 2022 130 Millionen Euro in gleichen Jahrestanchen in diese Gesundheitsförderungsfonds eingebracht werden. Die Entscheidung über die Verwendung der Mittel aus dem Gesundheitsförderungsfonds erfolgt in den jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommissionen zwischen Land und gesetzlicher Krankenversicherung.

Zu Art. 1 (§§ 20 bis 24 G-ZG):

Im Zuge der Implementierung der Zielsteuerung-Gesundheit ist eine Anpassung der Zusammensetzung und Aufgaben der Bundesgesundheitskommission sowie die Einrichtung einer Bundes-Zielsteuerungskommission, die primär die Aufgaben der Zielsteuerung-Gesundheit wahrzunehmen haben wird, vorgesehen. Bei der Zusammensetzung der Gremien sind die entsendeberechtigten Stellen angehalten, im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf eine ausgewogene Zusammensetzung im Hinblick auf die Vertretung beider Geschlechter hinzuwirken.

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit werden auf Bundesebene in der Bundesgesundheitsagentur gemäß § 56a Krankenanstalten und Kuranstaltengesetz folgende Gremien eingerichtet:

Gemäß § 20 Abs.1 Z 1 in Verbindung mit § 21 die Bundesgesundheitskommission: Der Bundesgesundheitskommission werden in Zukunft neun (bisher sieben) Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, wobei es sachlich geboten ist, dass jedenfalls ein Mitglied der Bundesgesundheitskommission eine Vertreterin/ein Vertreter des Bundesministeriums für Finanzen ist, angehören. Weiters umfasst die Bundesgesundheitskommission jeweils neun Vertreterinnen/Vertreter der Länder und der Sozialversicherung (bisher sechs) und – so wie auch bisher – Vertreterinnen/Vertreter der Interessensvertretungen wie beispielsweise der Österreichischen Ärztekammer oder der Patientenanwaltschaft. Für Beschlüsse sind eine Stimmenmehrheit des gesamten Gremiums und eine ¾-Mehrheit der Vertreterinnen/Vertreter von Bund, Ländern und Sozialversicherung notwendig (doppelte Mehrheit).

In der Bundesgesundheitskommission erfolgen zu nachstehenden Punkten Festlegungen (Beschlüsse):

1. zu Angelegenheiten der Bundesgesundheitsagentur als Fonds:

- a) Laufende Wartung und Aktualisierung sowie Weiterentwicklung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungsmodells (LKF) inklusive seiner Grundlagen
 - b) Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln der Bundesgesundheitsagentur nach Maßgabe der Bestimmungen in Art. 30, 32, 33 und 45 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in der jeweils geltenden Fassung
 - c) Voranschlag und Rechnungsabschluss der Bundesgesundheitsagentur
2. zu allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen:
- a) (Weiter-)Entwicklung der (Rahmen-)Gesundheitsziele samt Festlegung der Indikatoren und Monitoring gemäß § 4 (inkl. Strategien zur Umsetzung)
 - b) Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens
 - c) Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien und ihrer Anwendungen (wie ELGA, e-card, Telehealth, Telecare)
 - d) Richtlinien für eine bundesweite, alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende Dokumentation
 - e) Weiterentwicklung des Dokumentations- und Informationssystems für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG)
 - f) Evaluierung der von der Bundesgesundheitskommission wahrgenommenen Aufgaben.

Gemäß § 20 Abs. 1 Z 2 in Verbindung mit § 22 die Bundes-Zielsteuerungskommission: Zur Umsetzung des Zielsteuerungssystems kommt diesem neu geschaffenen Gremium eine zentrale Rolle zu. Der Bundes-Zielsteuerungskommission gehören je vier Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung an. Beschlüsse werden einstimmig gefasst.

In der Bundes-Zielsteuerungskommission ist der Entwurf für den Bundes-Zielsteuerungsvertrag zu beraten und zur Beschlussfassung dem Bund, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Ländern einvernehmlich zu empfehlen. Dieser Vertrag bildet die Grundlage und den Rahmen für die nachfolgenden Aufgaben:

1. Koordination, Abstimmungen und Festlegungen aller aus dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag inkl. Finanzrahmenvertrag resultierenden Aufgaben
2. Jahresarbeitsprogramme für Maßnahmen auf Bundesebene zur konkreten Umsetzung des Bundes-Zielsteuerungsvertrags
3. Grundsätze für ein bundesweites Monitoring der Zielsteuerung-Gesundheit einschließlich des Finanzzielsteuerungsmonitorings
4. Angelegenheiten des Monitorings und Berichtswesens gemäß 7. Abschnitt
5. Wahrnehmung von Agenden zum Sanktionsmechanismus gemäß 8. Abschnitt
6. Angelegenheiten aus den Rahmenregelungen für vertragliche und gemeinsam von Sozialversicherung und Ländern zu verantwortende sektorenübergreifende Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen auf Landesebene (z. B. Spitalsambulanzen, Gruppenpraxen und niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte, tagesklinische Versorgung, innovative Versorgungsformen); Erarbeitung, Erprobung von Abrechnungsmodellen für eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs
7. (Weiter-)Entwicklung von Vergütungssystemen
8. Angelegenheiten der Qualität
9. Grundsätze, Ziele und Methoden für die Planungen im Österreichischen Strukturplan Gesundheit/in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit
10. Angelegenheiten des Österreichischen Strukturplans Gesundheit inkl. Strukturqualitätskriterien gemäß Artikel 3 und 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in der jeweils geltenden Fassung
11. Planung Großgeräte intra- und extramural
12. Angelegenheiten der Medikamentenkommission
13. Vorgaben für die transparente Darstellung der vollständigen Budgetierung und der Rechnungsabschlüsse der Krankenanstalten bzw. Krankenanstaltenverbände und von Vorgaben für die transparente Darstellung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherung für den extramuralen Bereich
14. Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung

15. Evaluierung der von der Bundes-Zielsteuerungskommission wahrgenommenen Aufgaben

16. Grundsätze und Ziele für die Verwendung der von den Landesgesundheitsfonds zur Stärkung der Gesundheitsförderung zur Verfügung zu stellenden Mittel

In der Bundes-Zielsteuerungskommission erfolgt weiters eine wechselseitige Information und Konsultation über die inhaltlichen und strategischen Festlegungen der Zielausrichtung und der Steuerungsmechanismen, deren sich Bund, Länder und Sozialversicherung im jeweiligen Wirkungsbereich bedienen.

Es wird die Möglichkeit eingeräumt, dass der Entwurf zum Österreichischen Strukturplan Gesundheit vor Beschlussfassung in der Bundes-Zielsteuerungskommission den Mitgliedern der Bundesgesundheitskommission zur Abgabe einer allfälligen schriftlichen Stellungnahme vorgelegt werden kann.

Für Beratungen der Bundesgesundheitsagentur kann eine Bundesgesundheitskonferenz eingerichtet werden. Wesentliche Akteurinnen/Akteure des Gesundheitswesens sind insbesondere:

- Bund
- Länder
- Städte und Gemeinden
- Träger der gesetzlichen Sozialversicherung und Hauptverband
- Träger von Krankenanstalten
- Vertretungen der Gesundheitsberufe
- Sozialpartner
- Interessensvertretungen (zB diverse Kammern)
- Patientenvertretungen und Selbsthilfegruppen
- Vertretungen von Menschen mit Beeinträchtigungen
- Einschlägige wissenschaftliche Einrichtungen

Auf Landesebene werden auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit von den Ländern auf Basis landesrechtlicher Vorschriften im Rahmen der Landesgesundheitsfonds folgende Gremien eingerichtet:

Die Gesundheitsplattform auf Landesebene: Den Gesundheitsplattformen auf Landesebene gehören jeweils fünf Vertreterinnen/Vertreter des Landes und der Sozialversicherung sowie eine Vertreterin/ein Vertreter des Bundes mit Stimmrecht an. Weitere Mitglieder sind wie bisher Vertreterinnen/Vertreter der Interessensvertretungen wie etwa der jeweiligen Landesärztekammer und der Patientenanwaltschaft. Je nach zu beschließender Angelegenheit sieht die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit unterschiedliche Beschlussmodalitäten vor. Der Bund hat ein Vetorecht, falls ein Beschluss gegen Bundesvorgaben (zB Bundes-Zielsteuerungsvertrag, Qualitätsrichtlinien, etc.) verstößt.

In der Gesundheitsplattform erfolgen zu nachstehenden Punkten Festlegungen (Beschlüsse):

1. in Angelegenheiten des Landesgesundheitsfonds als Fonds:
 - a) Landesspezifische Ausformung des im Bundesland geltenden leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems; Abgeltung von Betriebsleistungen der Fondskrankenanstalten; Umsetzung von leistungsorientierten Vergütungssystemen; Gewährung von Förderungen für Investitionsvorhaben; Gewährung von Zuschüssen für Projekte, Planungen und krankenhauserleichternde Maßnahmen
 - b) Voranschlag und Rechnungsabschluss des Landesgesundheitsfonds
 - c) Aufgaben, die dem Landesgesundheitsfonds durch die Landesgesetzgebung aus dem Zuständigkeitsbereich des Landes übertragen werden
2. zu allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen:
 - a) (Weiter-)Entwicklung der Gesundheitsziele (inkl. Strategien zur Umsetzung) auf Landesebene
 - b) Grundsätze der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen
 - c) Grundsätze der Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement
 - d) Mitwirkung am Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien und ihrer Anwendungen (wie ELGA, e-card, Telehealth, Telecare) auf Landesebene

e) Umsetzung von Projekten zur Gesundheitsförderung

f) Evaluierung der von der Gesundheitsplattform auf Landesebene wahrgenommenen Aufgaben

In der Gesundheitsplattform erfolgen zu nachstehenden Punkten Informationen und Konsultationen:

1. Ressourcenplanung im Pflegebereich
2. Bericht über Festlegungen der Landes-Zielsteuerungskommission

Die Landes-Zielsteuerungskommission: Dem neu geschaffenen Gremium gehören jeweils fünf Vertreterinnen/Vertreter des Landes sowie der gesetzlichen Krankenversicherung an, wobei beide in Kurien organisiert sind, sowie eine Vertreterin/ein Vertreter des Bundes. Um einen Beschluss herzustellen, ist Einvernehmen zwischen der Kurie des Landes und der Kurie der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig. Der Bund hat ein Vetorecht, falls ein Beschluss gegen Bundesvorgaben (zB Bundes-Zielsteuerungsvertrag, Qualitätsrichtlinien, etc.) verstößt.

In der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission ist der Entwurf für den Landes-Zielsteuerungsvertrag zu beraten und zur Beschlussfassung in den zuständigen Gremien der gesetzlichen Krankenversicherung und des Landes einvernehmlich zu empfehlen. Dieser Vertrag bildet die Grundlage und den Rahmen für die nachfolgenden Aufgaben:

1. Koordination, Abstimmungen und Festlegungen aller aus dem Landes-Zielsteuerungsvertrag inkl. Finanzrahmenvertrag resultierenden Aufgaben
2. Jahresarbeitsprogramme für Maßnahmen auf Landesebene zur konkreten Umsetzung des Landes-Zielsteuerungsvertrags
3. Mitwirkung am bundesweiten Monitoring und Behandlung des Monitoringberichts gemäß 7. Abschnitt
4. Wahrnehmung von Agenden zum Sanktionsmechanismus gemäß 8. Abschnitt
5. Umsetzung der Regelungen für vertragliche und gemeinsam von Sozialversicherung und Ländern zu verantwortende sektorenübergreifende Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen auf Landesebene (z. B. Spitalsambulanzen, Gruppenpraxen und niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte, tagesklinische Versorgung, innovative Versorgungsformen); Umsetzung von vereinbarten innovativen Modellen zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs
6. Angelegenheiten des Regionalen Strukturplans Gesundheit gemäß Artikel 3 und 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in der jeweils geltenden Fassung
7. Angelegenheiten der Großgeräte intra- und extramural
8. Strategie zur Gesundheitsförderung
9. Angelegenheiten des Gesundheitsförderungsfonds gemäß Artikel 23 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit
10. Mitwirkung bei der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen
11. Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement
12. Evaluierung der von der Landes-Zielsteuerungskommission wahrgenommenen Aufgaben

In der Landes-Zielsteuerungskommission erfolgt weiters eine wechselseitige und rechtzeitige Information und Konsultation über Festlegungen zu wesentlichen operativen und finanziellen Angelegenheiten der Leistungserbringung im Gesundheitswesen von Land und Sozialversicherung.

Mitwirkung des Bundes in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds

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 Bundes-Zielsteuerungsvertrag 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.

Mitwirkung der gesetzlichen Krankenversicherung in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds

Der Hauptverband wird im Rahmen der Mitwirkung in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds verpflichtet, eine Vertreterin/einen Vertreter ohne Stimmrecht in die jeweilige durch die Landesgesetzgebung eingerichtete Gesundheitsplattform zu entsenden.

Die gesetzlichen Krankenversicherungsträger werden im Rahmen der Mitwirkung in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds verpflichtet, insgesamt fünf Vertreterinnen/Vertreter in die jeweilige durch die Landesgesetzgebung eingerichtete Gesundheitsplattform und Landes-Zielsteuerungskommission zu entsenden. Dabei sind vier Vertreterinnen/Vertreter der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse, darunter jedenfalls die Obfrau/der Obmann und eine Vertreterin/ein Vertreter der bundesweiten Träger je Bundesland zu entsenden. Bei der Entsendung von Vertreterinnen/Vertretern und der Wahrnehmung der Aufgaben ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten und auf die Interessen der Betriebskrankenkassen Bedacht zu nehmen.

In der Landes-Zielsteuerungskommission bilden die von der gesetzlichen Krankenversicherung nominierten Vertreterinnen/Vertreter eine Kurie mit einer Stimme. Die gemeinsamen Positionen zu den Themen der Landes-Zielsteuerungskommission sind innerhalb der Kurie der Sozialversicherung zu akkordieren.

Die Obfrau/der Obmann der jeweils örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse hat folgende Aufgaben im Rahmen der Landesgesundheitsfonds zu erfüllen und ist daher jedenfalls als Mitglied in die genannten Gremien zu entsenden:

1. Wahrnehmung der Funktion der ersten Stellvertreterin/des ersten Stellvertreters der/des Vorsitzenden der Gesundheitsplattform,
2. Führung des Vorsitzes in der Landes-Zielsteuerungskommission gleichberechtigt mit dem vom Land bestellten Mitglied der Landesregierung (Co-Vorsitz) sowie
3. Wahrnehmung der Stimmabgabe für die Kurie der gesetzlichen Krankenversicherung in der Landes-Zielsteuerungskommission.

Bei den Entsendungen ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten und auf die Interessen der Betriebskrankenkassen Bedacht zu nehmen.

Im Sinne der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit ist zur effektiven und effizienten Wahrnehmung der Aufgaben der Landes-Zielsteuerungskommission von der gesetzlichen Krankenversicherung eine Koordinatorin/ein Koordinator namhaft zu machen. Diese/dieser ist gleichberechtigt mit der/dem vom Land bestellten Koordinatorin/Koordinator für alle Angelegenheiten der Landes-Zielsteuerungskommission zuständig. Die/Der von der gesetzlichen Krankenversicherung bestellte Koordinatorin/Koordinator ist als solche/solcher ausschließlich der Obfrau/dem Obmann der jeweils örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse in ihrer/seiner Funktion als Co-Vorsitzende/Co-Vorsitzender verantwortlich. Für den Fall, dass die landesgesetzliche Umsetzung der Festlegungen der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit zu den Landesgesundheitsfonds eine/einen von der gesetzlichen Krankenversicherung zu bestellende/bestellenden Geschäftsführerin/Geschäftsführer vorsieht, kann die gesetzliche Krankenversicherung die Koordinatorin/den Koordinator auch mit dieser Funktion betrauen.

Auf Grund der kompetenzrechtlichen Zuständigkeit der Länder für Regelungen zur Organisation auf Landesebene wird in diesem Gesetz ausgehend davon, dass die Länder in Umsetzung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit Gesundheitsplattformen und Landes-Zielsteuerungskommissionen einrichten, vom Bestehen dieser Gremien ausgegangen und der Bund sowie die gesetzliche Krankenversicherung zur notwendigen Mitwirkung verpflichtet.

Weiters sind in § 24 auch entsprechende Regelungen vorgesehen, dass im Fall eines vertragslosen Zustandes in Folge Kündigung eines Gesamtvertrages die landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten unter Berücksichtigung von § 26 Abs.1 Z 3 des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes dazu beitragen, schwerwiegende Folgen in der medizinischen Versorgung für die Bevölkerung zu vermeiden. Diesbezüglich sind im Bedarfsfall entsprechende Vereinbarungen zwischen dem Landesgesundheitsfonds und der gesetzlichen Krankenversicherung abzuschließen.

Zu Art. 1 (§§ 25 bis 27 G-ZG):

Dieser Abschnitt sieht die Implementierung eines ständigen bundesweiten Monitorings und Berichtswesens basierend auf klar festgelegten Messgrößen und Zielwerten vor und regelt die einzelnen voneinander getrennten Prozessschritte. Das Monitoring (Datensammlung, Aufbereitung und Auswertung) erfolgt durch die gemäß § 5 Abs. 1a des Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH, BGBl. I Nr. 132/2006, einzurichtende Tochtergesellschaft der Gesundheit Österreich GmbH. Dabei ist die Einbindung der jeweils betroffenen Landes-Zielsteuerungskommissionen vorgesehen. Die Abnahme des Monitoringberichts ist Angelegenheit der Bundes-Zielsteuerungskommission. Die Monitoringberichte sind zu veröffentlichen.

Detailregelungen zum Monitoring und Berichtswesen haben im ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag zu erfolgen.

Zu Art. 1 (§§ 28 bis 32 G-ZG):

Es ist vorgesehen, dass ein Sanktionsmechanismus in folgenden Fällen in Gang gesetzt wird:

1. Im Zuge des Monitorings festgestellte Nicht-Erreichung von vereinbarten Zielen, die in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, im Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder in den Landes-Zielsteuerungsverträgen festgelegt sind,
2. Verstoß gegen die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, den Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder die Landes-Zielsteuerungsverträge sowie
3. Nicht-Zustandekommen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages oder der Landes-Zielsteuerungsverträge.

In § 30 Abs. 4 ist festgehalten, dass im Falle eines aus einem im Schlichtungsverfahren festgestellten Verstoßes gegen den Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder die Landes-Zielsteuerungsverträge Mehrausgaben resultieren, diese vom vertragsbrüchigen Partner zu tragen sind. Dies ist in dem Sinne zu verstehen, dass daraus zu Lasten des anderen Vertragspartners entstehende Mehrausgaben im Rahmen der Finanzzielsteuerung dem vertragsbrüchigen Partner zuzurechnen sind.

Bei Streitigkeiten über Inhalte des Bundes-Zielsteuerungsvertrags und der Landes-Zielsteuerungsverträge ist ein Schlichtungsverfahren vorgesehen. Dieses Schlichtungsverfahren ist weder ein Verwaltungsverfahren noch ein Schiedsverfahren im Sinne des § 577 der Zivilprozessordnung, somit ein Verfahren sui generis. Das heißt, die Entscheidungen der Schlichtungsstelle im Schiedsverfahren sind endgültig und von den Vertragspartnern anzuerkennen. Dadurch wird eine gesetzliche Bindungswirkung der Entscheidungen der Schlichtungsstelle erzeugt.

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

Zu Art. 2 Z 1 (§ 3 Abs. 2a KAKuG):

Es wird geregelt, dass auch dann von der Prüfung des Bedarfes abzusehen ist, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt.

Zu Art. 2 Z 2 (§ 5a Abs. 1 Z 2 KAKuG):

Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass die Patientinnen und Patienten durch Aufklärung und Information in die Lage zu versetzen sind, sich aktiv an den Entscheidungsprozessen ihren Gesundheitszustand betreffend beteiligen zu können.

Zu Art. 2 Z 3 (§ 5b Abs. 6 KAKuG):

Ein Instrument zur Messung der Zielerreichung im Zuge der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit sind regelmäßige sektorenübergreifende Patientenbefragungen. Daher wird die Verpflichtung der Krankenanstaltenträger zur Teilnahme an diesen Patientenbefragungen vorgesehen.

Zu Art. 2 Z 4 (§ 10a Abs. 1 KAKuG):

Da die partnerschaftliche Zielsteuerung-Gesundheit und die Planung der Gesundheitsversorgung im Rahmen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit und der Regionalen Strukturpläne Gesundheit unmittelbare Auswirkungen aufeinander haben, wird mit dieser Bestimmung sichergestellt, dass die Erlassung von Krankenanstaltenplänen durch Verordnung auf Basis der gemeinsamen Festlegungen in der Zielsteuerung-Gesundheit erfolgt. Insbesondere wird vorgesehen, dass sich der Krankenanstaltenplan im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages zu befinden hat.

Zu Art. 2 Z 5 (§ 12 Abs. 1 KAKuG):

Es wird klargestellt, dass eine Änderung bzw. Zurücknahme von Bewilligungen auch dann möglich ist, wenn die Festlegungen des Regionalen Strukturplans Gesundheit und damit des Landeskrankenanstaltenplanes in Folge von gemeinsamen Festlegungen im Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit geändert werden. Eine Änderung bzw. Zurücknahme der Bewilligungen hat unter größtmöglicher Schonung wohlverworbener Rechte zu erfolgen. Da für private nicht gemeinnützig geführte Krankenanstalten aufgrund der Niederlassungsfreiheit und der Erwerbsfreiheit eine Standortplanung nicht zulässig ist und daher die Landeskrankenanstaltenpläne keine entsprechenden Festlegungen beinhalten, ist eine Änderung bzw. Zurücknahme von Bewilligungen für diese Krankenanstalten in Folge von Planungsfestlegungen im Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit ausgeschlossen.

Zu Art. 2 Z 6 (§ 19a Abs. 3 KAKuG):

Im Zuge der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit ist die Implementierung einer gemeinsamen Medikamentenkommission für den intra- und extramuralen Bereich insbesondere für Empfehlungen hinsichtlich hochpreisiger und spezialisierter Medikamente vorgesehen und auf Basis von Empfehlungen dieser gemeinsamen Medikamentenkommission kann die Bundes-Zielsteuerungskommission Beschlüsse darüber fassen, welche hochpreisigen und spezialisierten Medikamente in welchem Versorgungssektor eingesetzt werden sollen. Daher wird mit dieser Bestimmung vorgesehen, dass die in den Krankenanstalten einzurichtenden Arzneimittelkommissionen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben auch diese Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission zu beachten haben.

Zu Art. 2 Z 7 (§ 27b Abs. 5 KAKuG):

Entsprechend der Festlegung in Art. 7 Abs. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit wird die Einhaltung von essentiellen Qualitätsvorgaben im Sinne des § 3 Abs. 3 des Gesundheitsqualitätsgesetzes als weitere Voraussetzung dafür verankert, dass die Träger der Krankenanstalten für die Erbringung einzelner Leistungen Mittel aus den Landesgesundheitsfonds erhalten.

Zu Art. 2 Z 8 (§ 56a KAKuG):

Da die Bundesgesundheitsagentur zukünftig auch wesentliche Aufgaben der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit wahrzunehmen hat, wird diese Bestimmung entsprechend ergänzt.

Zu Art. 2 Z 9 und 12 (§ 59 Abs. 6 Z 2 lit. c und d sowie § 59e Abs. 1 und 2 KAKuG):

Es erfolgen entsprechende Anpassungen an die verlängerte und novellierte Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Zu Art. 2 Z 10 und 14 (§ 59a Abs. 1 und § 59g KAKuG):

Diese Bestimmungen werden im Hinblick darauf, dass die Bundesgesundheitsagentur nunmehr auch Aufgaben im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit zu erfüllen hat, und im Hinblick darauf, dass die Organisation und die Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur nunmehr im Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz geregelt werden, angepasst.

Zu Art. 2 Z 11 (§ 59c KAKuG):

Eine Zitat Anpassung wird vorgenommen.

Zu Art. 2 Z 13 (§ 59e Abs. 3 KAKuG):

Da die Bundesgesundheitskommission nunmehr mit Stimmenmehrheit und den Stimmen von mindestens $\frac{3}{4}$ der Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Sozialversicherung und der Länder entscheiden wird, war eine entsprechende Anpassung notwendig.

Zu Art. 2 Z 15 (§ 59j Z 2 bis 4 KAKuG):

Das Funktionieren der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit setzt unter anderem eine größtmögliche Transparenz zwischen den Partnern sowie gegenüber den Patientinnen und Patienten und den Gesundheitsdiensteanbietern voraus. Dementsprechend wird die Gesundheitsministerin/der Gesundheitsminister verpflichtet, den jeweils aktuellen Bundes-Zielsteuerungsvertrag im Internet zu veröffentlichen.

Zu Artikel 3 bis 12 (Änderungen im Sozialversicherungsrecht)

Zu Art. 3 Z 1 (§ 23 Abs. 5 ASVG):

Mit dieser Bestimmung wird der den Fall eines vertragslosen Zustandes regelnde Art. 13 Abs. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Zielsteuerung-Gesundheit umgesetzt. Entsprechend dem

Vereinbarungstext sowie § 24 Abs. 8 des Gesundheitszielsteuerungsgesetzes – G-ZG, wird festgelegt, dass im Falle eines vertragslosen Zustandes die Übernahme der Versorgung durch die Länder vereinbart werden kann. Die Träger der Krankenversicherung haben diese Verpflichtung höchstens im Ausmaß der vergleichbaren ersparten Aufwendungen für ärztliche Hilfe im niedergelassenen Bereich zu übernehmen.

Zu Art. 3 Z 2 (§ 31 Abs. 2 Z 6 ASVG):

Durch die vorgeschlagene Erweiterung der Aufgaben des Hauptverbandes wird eine Rechtsgrundlage für die in der Praxis schon gegebene Einbindung des Hauptverbandes in den Vollzug der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie den Vollzug der neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Zielsteuerung-Gesundheit geschaffen.

In Umsetzung des Art. 37 Abs. 10 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wird auch die Erarbeitung und Überlassung standardisierter Datengrundlagen als eine der dem Hauptverband obliegenden Aufgaben festgelegt.

Zu Art. 3 Z 3, 7 und 9 (§§ 31 Abs. 4 Z 10, 82 Abs. 5 und § 84a Abs. 5 ASVG):

Mit den vorgeschlagenen Änderungen werden Art. 13 Abs. 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit sowie Art. 25 Abs. 8a und 37 Abs. 8 und 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens umgesetzt.

Die Führung einer Pseudonymisierungsstelle durch den Hauptverband war bislang nicht explizit als vom Hauptverband wahrzunehmende Aufgabe festgeschrieben. Durch die vorgeschlagene Neuregelung wird die Führung der Pseudonymisierungsstelle als zentrale, vom Hauptverband für die Sozialversicherungsträger zu erbringende Dienstleistung verankert. Zudem wird klargestellt, dass die Erbringung von Pseudonymisierungsleistungen an außerhalb des Kreises der Sozialversicherung stehende Auftraggeber stets im Rahmen des übertragenen Wirkungsbereiches erfolgt.

Wirkt der Hauptverbandes durch Datenpseudonymisierung an der Vollziehung des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. I Nr. 746/1996, mit, besteht Anspruch auf eine Pauschalvergütung.

Zu Art. 3 Z 4, 11 bis 13, 16, 17 sowie 33 bis 36; Art. 4 Z 1 bis 4; Art. 5 Z 1 bis 4; Art. 6 Z 1 bis 4 (§§ 31 Abs. 5 Z 16b, 116 Abs. 1 Z 1 und 5, Überschrift des ersten Unterabschnittes zu Abschnitt II des Zweiten Teiles, die Überschrift zu 154b, 154b Abs. 1 sowie § 447h Abs. 3 und 4 ASVG; §§ 78 Abs. 1 Z 1 und 5, die Überschrift zu 99b, 99b Abs. 1 GSVG; §§ 74 Abs. 1 Z 1 und 5, die Überschrift zu 96b, 96b Abs. 1 BSVG; §§ 51 Abs. 1 Z 1 und 5, die Überschrift zu 65b, 65b Abs. 1 B-KUVG):

In Umsetzung der Art. 5 Abs. 1 Z 1 und Abs. 2 Z 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit soll nunmehr auch die Prävention ausdrücklich als Aufgabe der Krankenversicherung verankert und dem Hauptverband eine entsprechende Richtlinienkompetenz eingeräumt werden.

Im Rahmen der als Pflichtaufgabe wahrzunehmenden Gesundheitsförderung und Prävention ist die individuelle Situation der oder des Versicherten bzw. der oder der Angehörigen soweit als möglich zu berücksichtigen.

Zu Art. 3 Z 5 (§ 31d Abs. 2 und 3 ASVG):

Das Gesundheitsportal <https://www.gesundheit.gv.at>, das qualitätsgesicherte, gesundheitsbezogene Informationen anbietet, wird vom Bundesministerium für Gesundheit betrieben. Dieses Gesundheitsportal muss als Zugangsportale von ELGA nach § 23 Abs. 2 GTelG 2012 die Überprüfung der eindeutigen Identität der ELGA-Teilnehmer/innen anbieten. Die dahinterliegenden Funktionen des Zugangsportals für die Wahrung der Teilnehmer/innen/rechte, zum Beispiel im Sinne eines Zugangs zu den persönlichen ELGA-Gesundheitsdaten, sind nach Abs. 3 vom Hauptverband im übertragenen Wirkungsbereich zur Verfügung zu stellen. Abs. 2 Z 2 bedeutet, dass der Hauptverband ein Betreiber (unter mehreren) einer ELGA Domain sein kann.

Zu Art. 3 Z 6 (§ 32h ASVG):

Die Zielsetzung der durch die Krankenversicherungsträger durchzuführenden Vertragspartner-Analyse soll sich in Hinkunft nicht mehr nur auf die Vergleichbarkeit der Kennzahlen, sondern auch auf die Vergleichbarkeit der Honorierungssysteme, und dort vor allem auf eine Vergleichbarkeit der durch sie gesetzten Anreiz- und Steuerungswirkungen erstrecken.

Zu Art. 3 Z 8 (Überschrift des 7. Unterabschnittes zu Abschnitt V des Ersten Teiles):

Mit der vorgeschlagenen Änderung wird der Wortlaut der Überschrift an den Umstand angepasst, dass neben der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des

Gesundheitswesens nunmehr auch eine Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Zielsteuerung-Gesundheit getroffen wurde.

Zu Art. 3 Z 9 und 24 (§ 84a Abs. 2 und 3 sowie § 441d Abs. 2 Z 12 bis 14 ASVG):

Die im § 84a Abs. 2 und § 441d Abs. 2 Z 12 bis 14 geregelten Entsendepflichten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger folgen den Art. 11 Abs. 1 Z 1 (Entsendepflicht in die Bundesgesundheitskommission), Art. 12 Abs. 1 (Entsendepflicht in die Bundes-Zielsteuerungskommission) und Art. 14 Abs. 1 Z 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit. Die Entsendungen obliegen der Trägerkonferenz.

Die Entsendepflicht der Sozialversicherungsträger in die Gesundheitsplattformen auf Landesebene folgt Art. 14 Abs. 1 Z 1 und Art. 15 Abs. 1 und 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit.

Zu Art. 3 Z 9 (§ 84a Abs. 4 ASVG):

Art. 31 Abs. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens legt das Auslaufen der Reformpoolprojekte mit dem 31. Dezember 2012 fest. Die Sozialversicherungsträger haben für als Teil der Landes-Zielsteuerungsverträge nach diesem Datum fortgeführte Projekte im Bedarfsfall die erforderlichen Mittel zu überweisen.

Zu Art. 3 Z 10, 23 und 24; Art. 4 Z 6; Art. 5 Z 6; Art. 6 Z 6 (§§ 84c, 437 Abs. 1 Z 9 und 441d Abs. 2 Z 11 und 12 ASVG; § 210 Abs. 1 Z 9 GSVG; § 198 Abs. 1 Z 9 BSVG; § 147a Abs. 1 Z 9 B-KUVG):

Die Sozialversicherungsträger und der Hauptverband haben sich an der Zielsteuerung-Gesundheit zu beteiligen (Art. 16 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit) und sind berechtigt, entsprechende Verträge abzuschließen (Art. 8 Abs. 3 und 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit). Die Abschlussberechtigung erstreckt sich nicht nur auf die Zielsteuerungsverträge im engeren Sinn, sondern umfasst auch daraus abgeleitete Vertragsabschlüsse, um sektorenübergreifende Versorgungs- und Finanzierungsformen zu gewährleisten.

Der Abschluss der Bundes-Zielsteuerungsverträge obliegt im Bereich des Hauptverbandes dem Vorstand; der Abschluss derartiger Verträge bedarf der Zustimmung der Trägerkonferenz.

Im Bereich der Sozialversicherungsträger kommt die Abschlusskompetenz für Landes-Zielsteuerungsverträge dem Vorstand zu; der Abschluss bedarf der Zustimmung der Kontrollversammlung.

Zu Art. 3 Z 14 (§ 149 Abs. 3 ASVG):

Vertragspartner des Gesamtvertrages nach § 149 Abs. 3 ASVG sind der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Fachverband der Gesundheitsbetriebe. Der Fachverband der Gesundheitsbetriebe ist die gesetzliche Interessenvertretung der privaten Krankenanstalten und Kurbetriebe, sowie der Bäder und Saunas. Er vertritt die fachlichen Interessen der Betriebe auf Bundesebene. Rechtlich ist der Fachverband der Gesundheitsbetriebe eine Körperschaft öffentlichen Rechts. Er hat seinen Sitz in der Wirtschaftskammer Österreich. Die vorgenommene Anpassung ist daher redaktioneller Natur.

Zu Art. 3 Z 15, 19, 20, 25 bis 31, 37 und 38; Art. 4 Z 7; Art. 5 Z 7; Art. 6 Z 7; Art. 7 Z 1 und 2; Art. 8 Z 1 bis 3; Art. 9 Z 1 und 2; Art. 10 Z 1; Art. 11 Z 1; Art. 12 Z 1 (§§ 149 Abs. 3a, 322a Abs. 2 und 4, 447a Abs. 10 sowie 447f Abs. 1, 6, 14 und 16, 634 Abs. 1 Z 2 sowie 675 Abs. 3 ASVG; § 319 Abs. 1 Z 2 GSVG; § 309 Abs. 1 Z 2 BSVG; § 218 Abs. 1 Z 2 B-KUVG; §§ 7a Abs. 1 sowie 9k SV-EG; §§ 32 Abs. 6, 42 Abs. 5, 79 Abs. 134 sowie 80 Abs. 15 AIVG; § 7 Abs. 4 sowie Artikel V Abs. 26 SUG; § 99 Abs. 15 Z 2 HVG; § 115 Abs. 12 Z 2 KOVG; §§ 39j Abs. 6 FLAG)

Mit den vorgeschlagenen Gesetzesänderungen erfolgt eine Fortschreibung der vereinbarten Maßnahmen einer gemeinsamen Steuerung und Planung bis zum Auslaufen des Finanzausgleiches 2008 und entspricht der Regelung über die Geltungsdauer gemäß Art. 51 Abs. 1 der geänderten Vereinbarung nach Art. 15a über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Durch die finanzausgleichsrechtlichen Begleitbestimmungen im Bundesgesetz BGBl. I Nr. 156/2004 wurden die Beitragssätze in der Krankenversicherung für alle Bevölkerungsgruppen einheitlich um 0,1 Prozentpunkte - befristet bis zum Ablauf des damals geltenden Finanzausgleichspaktes mit 31. Dezember 2008 - angehoben.

Wie schon nach der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, soll diese seit 1. Jänner 2005 wirksame Anhebung der Krankenversicherungsbeiträge um 0,1 Prozentpunkte auch durch die geänderte Vereinbarung nach

Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens weiterhin aufrecht bleiben.

Zu Art. 3 Z 18; Art. 4 Z 5, Art. 5 Z 5; Art. 6 Z 5 (§ 156 Abs. 1 Z 3 ASVG; § 101 Abs. 1 Z 3 GSVG; § 101 Abs. 1 Z 3 BSVG; § 72 Abs. 1 Z 3 B-KUVG):

In Umsetzung des Art. 6 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit können die Krankenversicherungsträger Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Versicherten und ihrer Angehörigen als freiwillige Leistungen erbringen. Dadurch soll das Gesundheitsverständnis der Versicherten und ihrer Angehörigen gefördert und eine aktive Teilnahme an Entscheidungsprozessen ermöglicht werden.

Zu Art. 3 Z 21 und 38 (§§ 338 Abs. 1 und 675 Abs. 2 ASVG):

Die Beziehungen zu den Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern sind durch Gesamtverträge und darauf aufbauend durch Einzelerträge geregelt.

Zur Förderung der Transparenz im Bereich des Vertragspartnerrechts wurde durch das 4. Sozialrechts-Änderungsgesetz 2009, BGBl. I Nr. 84/2009, vorgesehen, dass die Gesamtverträge sowie allfällige Änderungen und Zusatzvereinbarungen vom Hauptverband im Internet zu veröffentlichen sind. Vorgesehen wurde durch die Bestimmung des § 645 Abs. 3 ASVG auch, dass der Hauptverband bis zum 1. Juli 2010 eine konsolidierte Fassung dieser Verträge zu veröffentlichen hat. Nunmehr soll festgelegt werden, dass der Hauptverband zum 1. Juli 2014 jeweils eine neue konsolidierte Fassung zu veröffentlichen hat. Um die Übersichtlichkeit in diesem Bereich zu gewährleisten, soll zudem künftig vorgesehen werden, dass nach jeder fünften Änderung vom Hauptverband eine konsolidierte Fassung zu veröffentlichen ist.

Zu Art. 3 Z 22 (§ 351g Abs. 2 ASVG):

Die Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission zu den von der gemeinsamen Medikamentenkommission (§ 13 Abs. 2 G-ZG) ausgesprochenen Empfehlungen sollen künftig in den Empfehlungen der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission an den Hauptverband berücksichtigt werden.

Zu Art. 3 Z 24 und 32 (§§ 441d Abs. 2 Z 13 sowie 447g ASVG):

Durch diese Bestimmung wird die Beteiligung der Krankenversicherungsträger am nach Art. 23 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit in den Landesgesundheitsfonds einzurichtenden Gesundheitsförderungsfonds geregelt. Die Aufbringung der Mittel orientiert sich an den Versichertenzahlen des zweitvorangegangenen Jahres; diese sind im Wege des Hauptverbandes an den jeweiligen Gesundheitsfonds zu überweisen.

Zu Artikel 13 (Änderung des Gesundheitsqualitätsgesetzes - GQG)

Zu Art. 13 Z 1 (§ 1 Abs. 1 GQG):

Der geänderte Gesetzestext berücksichtigt die Formulierungen der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, ändert aber die bisherigen Prinzipien der Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen nicht.

Zu Art. 13 Z 2 (§ 1 Abs. 2 GQG):

Bestimmungen zur Qualität im Gesundheitswesen finden sich auch im Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und in § 7 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes. Dem wird durch entsprechende Formulierungen und Verweise Rechnung getragen.

Zu Art. 13 Z 4 und 5 (§ 2 Z 3 und 11 GQG):

Die Definition in Z 3 wurde an die leichter verständliche Formulierung in Art. 6 der Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit bzw. in § 6 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes angepasst.

In Z 11 wird klargestellt, dass die Erbringung von Gesundheitsleistungen auch durch Organisationen erfolgen kann. Der Anwendungsbereich des Gesetzes wird dadurch nicht verändert.

Zu Art. 13 Z 7 (§ 3 Abs. 1 erster Satz GQG):

Die Sicherung und Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen ist ein wichtiger Schwerpunkt der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit. Der Anwendungsbereich des Gesundheitsqualitätsgesetzes wird um die Verpflichtung zur Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen erweitert. Unter dem auf Routinedokumentation basierenden System der Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung gemäß § 7 Abs. 2 Z 1 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes ist das derzeit bereits im Probetrieb befindliche System A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators) zu verstehen. Im Rahmen des Systems A-IQI werden aus Routinedaten dabei statistische Auffälligkeiten für definierte Krankheitsbilder in Krankenanstalten identifiziert. Betrachtet werden dabei in erster Linie

Sterbehäufigkeiten, aber auch Intensivhäufigkeiten, Komplikationen, Mengeninformatoren, Operationstechniken sowie Versorgungs- und Prozessindikatoren. Auch die Teilnahme an Qualitätsregistern fällt unter den Begriff „bundesweite Qualitätssicherungsmaßnahmen“.

Zu Art. 13 Z 8 (§ 3 Abs. 3 GQG):

Mit diesem Absatz wird das in Art. 7 Abs. 6 der Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit festgelegte Prinzip umgesetzt, dass die Einhaltung der essentiellen Qualitätsstandards Voraussetzung für die Abgeltung von einzelnen Leistungen ist. Als essentielle Qualitätsstandards werden jene Standards definiert, die maßgeblich für die Patientensicherheit oder den Behandlungserfolg sind (zB wenn die fachliche Qualifikation einer Ärztin oder eines Arztes den gesetzlichen Vorschriften für eine bestimmte Behandlung nicht entspricht oder die für die Erbringung einer bestimmten Leistung vorgeschriebenen Strukturen nicht vorhanden sind und sich daraus ein Patientensicherheitsrisiko oder die Gefahr eines nachteiligen Behandlungserfolgs ergibt). Werden solche Standards nicht eingehalten, werden die Träger der Sozialversicherung, die Landesgesundheitsfonds und der Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) ermächtigt, spezifische einzelne Leistungen gegebenenfalls nicht zu vergüten. Dadurch soll die Einhaltung der Qualitätsvorgaben im Interesse der Patientinnen und Patienten sichergestellt werden.

In Bezug auf die Bestimmungen in § 7 Abs. 2 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes ist festgelegt, dass seitens der Gesundheitsleistungserbringerinnen und -erbringer die Teilnahme an den Maßnahmen zur Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung gewährleistet sein muss. Im Bereich der Ergebnisqualität ist nicht die Erreichung bestimmter Zielwerte für die Abgeltung von Leistungen von Relevanz, sondern es sind vielmehr bei auffälligen Mess-Ergebnissen mögliche Ursachen für diese Ergebnisse mit geeigneten Prüfverfahren (Peer-Review-Verfahren) festzustellen und im Falle von dafür verantwortlichen Mängeln im Bereich der Prozesse und Strukturen diese Mängel umgehend zu beseitigen. Daher wird zwischen der Teilnahme an den Maßnahmen zur Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung gemäß § 7 Abs. 2 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes als solche und der Einhaltung von essentiellen Qualitätsstandards insbesondere gemäß diesem Gesetz, gemäß § 7 Abs. 3 und 4 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes und gemäß § 117c Abs. 1 Z 5 des Ärztegesetzes 1998 unterschieden.

Zu Art. 13 Z 10 (§ 4 Abs. 2 Z 6 GQG):

Die Formulierung „gegenwärtiger Stand des Wissens und der Erfahrung“ wurde zu „Stand der Wissenschaft und der Erfahrung“ abgeändert und damit an den im Gesundheitswesen üblichen Sprachgebrauch (vgl. zB § 49 des Ärztegesetzes 1998) angepasst.

Zu Art. 13 Z 12 (§ 5 Abs. 1 zweiter und dritter Satz GQG):

Das Gesundheitsqualitätsgesetz ging bei der Festlegung der Dimensionen der Qualitätsarbeit in § 5 immer schon von der Dreiteilung in Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität aus. Die bisherigen Erfahrungen bei der Umsetzung haben allerdings deutlich gezeigt, dass Struktur- und Prozesskriterien prioritär behandelt wurden. Aus diesem Grund wird nunmehr normiert, dass die drei Dimensionen in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen müssen. Da bei der Entwicklung von Ergebnisqualitätsindikatoren Nachholbedarf besteht, soll dieser Bereich vorrangig ausgebaut werden.

Zu Art. 13 Z 17 (§ 6 Abs. 1 GQG):

Die bisherigen nach den Vorgaben des Gesundheitsqualitätsgesetzes erstellten Berichte stellten vorwiegend die Struktur- und Prozessqualität der Qualitätssysteme in österreichischen Akutkrankenanstalten und Rehabilitationseinrichtungen dar. Die in Zukunft zu erarbeitenden Berichte haben gemäß der im Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz festgelegten Schwerpunktsetzung vorrangig die Darstellung der Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung zu umfassen. Dementsprechend wird vorgesehen, dass beginnend mit dem Jahr 2014 regelmäßige Berichte über Ergebnisqualität im stationären und ambulanten Bereich zu erstellen sind.

Zu Art. 13 Z 19 (§ 6 Abs. 3 GQG):

Diese Bestimmung wird textlich angepasst.

Zu Art. 13 Z 23 (§ 9 Abs. 2 Z 3 GQG):

Die bisher im Gesundheitsqualitätsgesetz normierte jährliche Erstellung eines Qualitätsberichts hat sich als nicht praktikabel und zielführend erwiesen. Die Darstellung des österreichischen Gesundheitssystems in einem einzigen Bericht wäre zu umfassend und wegen der Fülle an Information kaum lesbar. Zudem steht das Kostenverhältnis für eine jährliche Berichterstattung in keinem Bezug zum Nutzen, der dadurch erreicht werden kann. Eine bundesweite Erhebung und Berichterstattung in größeren Abständen ist ausreichend, um die Entwicklungen im Qualitätsbereich verfolgen zu können. Darüber hinaus sollen zukünftig vorrangig Themenberichte erstellt werden, die bestimmte relevante Fragestellungen umfassend darstellen.

Zu Artikel 14 (Änderung des Ärztegesetzes 1998 – ÄrzteG 1998)

Zu Art. 14 Z 1 und 2 (§ 49 Abs. 2c und § 117b Abs. 1 Z 21 lit. c, d und e ÄrzteG 1998):

Gemäß Art. 7 Abs. 7 der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG Zielsteuerung - Gesundheit ist regelmäßig ein Bericht zur Weiterbildung der Ärzte zu erstellen. Der Entwurf geht davon aus, dass unter dem Begriff „Weiterbildung“ Weiterbildung im weiteren Sinn zu verstehen ist, sodass auch die Fortbildung darunter fallen muss und der Bericht somit die ärztliche Fort- und Weiterbildung zu enthalten hat.

Die Qualitätssicherung der ärztlichen Fort- und Weiterbildung obliegt der Österreichischen Ärztekammer im eigenen Wirkungsbereich gemäß § 117b Abs. 1 Z 21 ÄrzteG 1998. In Umsetzung der in Art. 7 Abs. 7 der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG Zielsteuerung - Gesundheit normierten Berichtspflicht sieht § 117b Abs. 1 Z 21 lit. e ÄrzteG 1998 in der Fassung des Entwurfs vor, dass eine zumindest alle zwei Jahre stattfindende und zu veröffentlichende Berichterstattung zur ärztlichen Fort- und Weiterbildung zu ergehen hat. Der Bericht ist zu gliedern nach niedergelassenen und angestellten Ärzten, Fachgruppen sowie Versorgungsregionen, wobei die Sicherstellung der Anonymität zu gewährleisten ist. Die Versorgungsregionen sollen auf Basis des Österreichischen Strukturplans Gesundheit definiert werden.

Weiters normiert der Entwurf in § 49 Abs. 2c ÄrzteG 1998 eine weitere Berufspflicht für Ärzte. Diese müssen zumindest alle drei Jahre ihre absolvierte Fortbildung gegenüber der Österreichischen Ärztekammer glaubhaft machen. Die Meldungen haben spätestens drei Monate nach dem jeweiligen Fortbildungszeitraum (Sammelzeitraum) zu erfolgen.

Die Österreichische Ärztekammer hat die Aufgabe, die eingelangten Meldungen auszuwerten und zu prüfen und als Grundlage für die Berichterstattung gemäß § 117b Abs. 1 Z 21 lit. e ÄrzteG 1998 in der Fassung des Entwurfs heranzuziehen.

Zur Aufgabenerfüllung gemäß § 49 Abs. 2c ÄrzteG 1998 in der Fassung des Entwurfs soll sich die Österreichische Ärztekammer auch einer Tochtergesellschaft bedienen können, wie beispielsweise der Akademie der Ärzte.

Zu Art. 14 Z 3 (§ 117c Abs. 1 Z 5 lit. a ÄrzteG 1998):

Im Bereich der Ergebnisqualität sieht der Entwurf in Umsetzung des Art. 7 Abs. 3 Z 2 der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG Zielsteuerung – Gesundheit in § 7 Abs. 2 Z 2 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) vor, dass von der Bundes-Zielsteuerungskommission ein adäquates System zur Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung für die Gesundheitsdiensteanbieter im ambulanten Bereich zu entwickeln und bei deren Erarbeitung Sozialversicherung, Österreichische Ärztekammer und die Wirtschaftskammer Österreich einzubinden sind.

Gemäß Art. 7 Abs. 3 Z 3 der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG Zielsteuerung - Gesundheit erfolgt die Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung sowie die Wahrnehmung der Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung im niedergelassenen Bereich im übertragenen Wirkungsbereich nach den Vorgaben des Bundes.

Nach geltender Rechtslage (§ 117c Abs. 1 Z 5 lit. a ÄrzteG 1998) obliegt der Österreichischen Ärztekammer im übertragenen Wirkungsbereich die Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung ausgenommen im Bereich der Fortbildung durch Erarbeitung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen zur Hebung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Durch den nunmehr in § 117c Abs. 1 Z 1 lit. a ÄrzteG 1998 in der Fassung des Entwurfs enthaltenen Verweis auf § 7 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG), soll sichergestellt werden, dass die Österreichische Ärztekammer im Rahmen der ihr übertragenen Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung das gemäß § 7 Abs. 2 Z 2 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) erarbeitete System zur Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung entsprechend umsetzt.

Da die Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung gemäß § 117c Abs. 1 Z 1 ÄrzteG 1998 im übertragenen Wirkungsbereich der Österreichischen Ärztekammer liegt, kann im Wege des Weisungsrechtes des Bundesministers für Gesundheit Einfluss ausgeübt werden.

Zu Art. 14 Z 4 (§ 118f ÄrzteG 1998):

Die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) soll hinkünftig im Rahmen der Evaluierung und Kontrolle gemäß § 118e ÄrzteG 1998 auch die Fortbildungsverpflichtung der Ärzte überprüfen und in die Ergebnisse der Evaluierung und Kontrolle aufnehmen. Die Überprüfung soll neben den formalen auch die inhaltlichen Erfordernisse berücksichtigen. Der Entwurf sieht vor, dass die Pflicht der ÖQMed zur Überprüfung der erbrachten Fortbildungsverpflichtung ab dem nächsten auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2013 folgenden Evaluierungszyklus zum Tragen kommt. Diese Übergangsbestimmung

soll die Österreichische Ärztekammer in die Lage versetzen, die entsprechende Umsetzung der Verpflichtung zu gewährleisten.

Sinngemäß soll § 118e Abs. 2 dritter Satz ÄrzteG 1998 zur Anwendung kommen, sodass die ÖQMed bei Verletzung der Fortbildungsverpflichtung und ungenutztem Verstreichen einer angemessenen Nachfrist für das Nachholen der Fortbildung eine Disziplinaranzeige beim Disziplinaranwalt der Österreichischen Ärztekammer zu erstatten hat.

Gemäß § 118f Abs. 2 ÄrzteG 1998 in der Fassung des Entwurfs kann die Disziplinaranzeige gemäß § 118e Abs. 2 dritter Satz ÄrzteG 1998 in Verbindung mit § 118f ÄrzteG 1998 in der Fassung des Entwurfs unterbleiben, wenn der Arzt den Nachweis für die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung aus berücksichtigungswürdigen Gründen (zB Karenzierung) nicht erbringen kann. Diese Regelung soll Ärzten die Einhaltung der neuen Rechtspflicht ohne Härtefälle ermöglichen, unabhängig von der für Ärzte seit jeher bestehenden Fortbildungsverpflichtung gemäß § 49 Abs. 1 ÄrzteG 1998.

Zu Art. 14 Z 5 (§ 233 ÄrzteG 1998):

Gemäß § 233 ÄrzteG 1998 in der Fassung des Entwurfs hat der erste Bericht über die ärztliche Fort- und Weiterbildung gemäß § 117b Abs. 1 Z 21 lit. e ÄrzteG 1998 in der Fassung des Entwurfs spätestens zum 31. März 2015 zu ergehen. Auch diese Übergangsbestimmung soll die Österreichische Ärztekammer in die Lage versetzen, die entsprechende Umsetzung der Verpflichtung zu gewährleisten.

Zu Artikel 15 (Änderung des Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH - GÖGG)

Zu Art. 15 Z 1 (Inhaltsverzeichnis sowie §§ 5 Abs. 1a und 14 Abs. 3 GÖGG):

In Umsetzung des Art. 8 Abs. 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit wird die Gesundheit Österreich GmbH verpflichtet, eine Tochtergesellschaft der Gesundheit Österreich GmbH zu gründen, über die die Arbeiten zur Umsetzung der Aufgaben im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit, insbesondere Monitoring (Berichtswesen) und Qualitätsarbeit abgewickelt werden. An dieser Tochtergesellschaft sind der Bund, vertreten durch die Gesundheit Österreich GmbH, die Länder und die gesetzliche Krankenversicherung, vertreten durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, zu gleichen Teilen (also je ein Drittel) zu beteiligen. Im Sinne einer ressourcenschonenden Geschäftsführung wird festgelegt, dass der Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH die Geschäfte der Tochtergesellschaft führt.

Zu Artikel 16 (Änderung des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetzes – PRIKRAF-G)

Zu Art. 16 Z 1 (§ 2 Abs. 1 PRIKRAF-G):

Die Festlegung von Qualitätskriterien sowie die Mitwirkung an der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben und die Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung wird als Aufgabe des PRIKRAF ergänzt. Diese Aufgabe umfasst die bereits jetzt von der Fondskommission des PRIKRAF im Bereich Qualität wahrzunehmenden Agenden und die Tätigkeit der Geschäftsführung insbesondere im Rahmen des auf Routedokumentation basierenden Systems der Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators).

Zu Art. 16 Z 2 (§ 21 Abs. 7 PRIKRAF-G):

Mit der Verwaltungsgerichtsbarkeits-Novelle 2012, BGBl. I Nr. 51, wurde eine neue zweistufige Verwaltungsgerichtsbarkeit geschaffen. Demnach werden mit Wirkung vom 1. Jänner 2014 je ein Verwaltungsgericht erster Instanz in den Ländern sowie zwei Verwaltungsgerichte erster Instanz beim Bund eingerichtet, und zwar ein Bundesverwaltungsgericht und ein Bundesfinanzgericht. Diese Bestimmung regelt den Instanzenzug von der beim PRIKRAF eingerichteten Schiedskommission und ist daher an die gesetzlichen Regelungen des neuen System der Verwaltungsgerichtsbarkeit anzupassen. Es wird nunmehr die Beschwerdemöglichkeit an das Bundesverwaltungsgericht vorgesehen.

Zu Artikel 17 (Änderung des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen - DokuG)

Zu Art. 17 Z 1 (§ 1 DokuG):

Die Zweck der Dokumentation und Datenverarbeitung sind in § 1 ausgeführt. Ziel ist die Darstellung des gesamtösterreichischen Leistungsgeschehens des Gesundheitsbereiches und die statistische Auswertung der gewonnenen Daten. Generiert werden Verlaufsstatistiken von gesundheitsbezogenen Daten, deren Personenbezug pseudonymisiert ist. Insbesondere für die langfristige Planung, die Qualitätssicherung (einschließlich Ergebnisqualitätsmessung im intra- und extramuralen Bereich) und die Epidemiologie sind Zeitreihen, die einen längeren Zeitraum umfassen, wesentlich. Die Dauer der Speicherung der Pseudonyme wird mit maximal 15 Jahren terminisiert, die von den Pseudonymen befreiten Datensätze können in anonymisierter Form weitere 10 Jahre weiterverwendet werden.

Zu Art. 17 Z 4 (§ 2 Abs. 4 Z 2 DokuG):

Aufgrund der nunmehr vorgesehenen Pseudonymisierung des Pfleglings sind seine Aufnahmezahl sowie sein Geburtsdatum nicht mehr an das Bundesministerium für Gesundheit zu übermitteln. Es wird daher festgelegt, dass die Träger von Krankenanstalten, die nicht über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, einerseits anstelle des Geburtsdatums die dazugehörige Altersgruppe und andererseits anstelle der Aufnahmezahl eine nicht rückrechenbare Einweg-Ableitung davon (Datensatz-ID) dem Bundesministerium für Gesundheit zu melden haben, die dort für die Zusammenführung der getrennten Datenströme (administrative/medizinische Daten einerseits, Stammdaten/Pseudonyme andererseits) erforderlich ist. Nach der Pseudonymisierung des Personenbezuges werden die über zwei unterschiedliche Wege laufenden Datensätze mittels der Datensatz-ID im Data Warehouse im Bundesministerium für Gesundheit wieder zusammengeführt.

Details zu den Datenflüssen und zur Errechnung des Pseudonyms sind in den Erläuterungen zu den §§ 5a bis 5c DokuG ausgeführt.

Zu Art. 17 Z 5 und 6 (§ 3 Abs. 1 und 2 DokuG):

Aufgrund der nunmehr vorgesehenen Pseudonymisierung des Pfleglings sind seine Aufnahmezahl sowie sein Geburtsdatum nicht mehr an das Bundesministerium für Gesundheit zu übermitteln. Es wird daher festgelegt, dass der Landeshauptmann bzw. der Landesgesundheitsfonds einerseits anstelle des Geburtsdatums die dazugehörige Altersgruppe und andererseits anstelle der Aufnahmezahl eine nicht rückrechenbare Einweg-Ableitung davon (Datensatz-ID) dem Bundesministerium für Gesundheit zu melden haben, die dort für die Zusammenführung der getrennten Datenströme (administrative/medizinische Daten einerseits, Stammdaten/Pseudonyme andererseits) erforderlich ist.

Zu Art. 17 Z 7 (§ 4 DokuG):

Es wird festgelegt, dass der Bundesminister für Gesundheit nähere Bestimmungen bezüglich des konkreten Datensatzaufbaus, der Datenübermittlungen, der Generierung der Pseudonyme, der technischen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die Pseudonymisierungen sowie bezüglich der zur Anwendung kommenden Einweg-Ableitungen durch Verordnung zu erlassen hat. Weiters hat er per Verordnung nähere Bestimmungen zu den Datensicherheitsmaßnahmen, insbesondere zur Verschlüsselung der Daten, zur Zugriffs- und Zutrittsberechtigung, zur Identifizierung und Authentifizierung, zur Protokollierung der Verwendungsvorgänge und zur Dokumentation zu erlassen. Diese Datensicherheitsmaßnahmen haben jedenfalls dem aktuellen Stand der Technik und der jeweils geltenden Rechtslage, insbesondere den Vorschriften des § 1 Abs. 2 iVm § 14 DSGVO 2000, zu entsprechen.

In Abs. 3 wird der Betrieb des für die Speicherung und Analyse der Daten einzurichtenden Data Warehouse im Bundesministerium für Gesundheit geregelt. Gleichzeitig werden die Maßnahmen zur Gewährleistung einer möglichst hohen Datensicherheit festgelegt. So ist zB das Handling der Rohdaten und somit auch der Zugriff auf die Rohdaten auf wenige Personen beschränkt, die primär administrativ für die Errichtung und die Wartung der Datenbank (mit entsprechenden Sicherheitsauflagen) verantwortlich sind. Die Nutzung der im Data Warehouse gespeicherten Daten zu Analysezwecken unterliegt strengen Regelungen zur Datensicherheit. Die zur Nutzung des Data Warehouse für Analysezwecke autorisierten Personen haben keinen Zugang zu den enthaltenen Rohdaten und zu den gespeicherten Pseudonymen. Auch für diese zahlenmäßig restriktiv zu haltende Personengruppe gelten strenge Vorgaben hinsichtlich Identifikation, Authentifikation und Protokollierung aller Zugriffe.

In Abs. 4 wird festgelegt, dass das als Eingangsparemeter für die Pseudonymisierung genutzte bPK GH-GD dem Bundesminister für Gesundheit zugeordnet ist. Daher ist vorgesehen, dass der Hauptverband das bPK, GH-GD, ausschließlich in verschlüsselter Form zu verwenden hat.

In Abs. 5 wird festgelegt, dass die den Datensätzen zugeordneten Pseudonyme nach einem Zeitraum von längstens 15 Jahren zu löschen sind und die Datensätze danach nur mehr in einer vom Pseudonym befreiten Form für längstens weitere 10 Jahre verwendet werden dürfen. Dieser Zeitraum ist notwendig, da für die genannten Zwecke, insbesondere in den Bereichen Qualitätssicherung, Epidemiologie und der langfristigen Versorgungsplanung, nur durch Beobachtungen über einen längeren Zeitraum hinweg gesicherte Aussagen gemacht werden können.

Zu Art. 17 Z 8 und 9 (§ 5 Abs. 1 und 2 DokuG):

Durch diese Ergänzungen wird sichergestellt, dass die an das Bundesministerium für Gesundheit gemeldeten Pseudonyme gemäß § 5a Abs. 1 Z 1 von diesem nicht weitergegeben werden.

Zu Art. 17 Z 10 (§§ 5a bis 5c DokuG):

§ 5a normiert, zu welchen Zeitpunkten der Hauptverband welche Dateninhalte an das Bundesministerium für Gesundheit zu melden hat. Die Pseudonymisierungsstelle ist gem. § 31 Abs. 4 Z 10 Allgemeines

Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, in der jeweils geltenden Fassung, beim Hauptverband der Sozialversicherungsträger eingerichtet. Dem Betrieb einer zentralen Pseudonymisierung im Hauptverband der Sozialversicherungsträger wurde aus Gründen der Datensicherheit, der Datenqualität und aus Kostengründen der Vorzug gegenüber einer dezentralen Pseudonymisierung direkt beim Leistungserbringer gegeben. Dies betrifft sowohl das in seiner Pseudonymisierungsstelle erzeugte Pseudonym zum Pflegefall als auch eine nicht rückrechenbare Einweg-Ableitung der Aufnahmezahl (Datensatz-ID), die für die Zusammenführung der getrennten Datenströme (administrative/medizinische Daten einerseits, Stammdaten/Pseudonyme andererseits) im Bundesministerium für Gesundheit erforderlich ist.

Folgende Datenverarbeitungen finden in diesem Zusammenhang statt:

1. Der Hauptverband verwendet die vom Träger der Sozialversicherung und der Krankenfürsorgeanstalt zur Verfügung gestellten Informationen dazu, um einerseits aus der Aufnahmezahl durch Einweg-Ableitung mittels Hash-Algorithmus eine nicht rückrechenbare Datensatz-ID zu erzeugen (mit gleichem Algorithmus wie der Landeshauptmann, das Land oder der Landesgesundheitsfonds) und um andererseits das zum Pflegefall vorab abgespeicherte verschlüsselte bPK GH-GD aus seinen Systemen auszulesen. Gegebenenfalls fehlende Informationen werden regelmäßig durch Abfrage der entsprechenden behördlichen Register auf Basis der Personen-Stammdaten ermittelt und in den Systemen des Hauptverbandes ergänzt.
2. In der Pseudonymisierungsstelle werden innerhalb eines vom Bundesminister für Gesundheit zur Verfügung gestellten Hardware Security Moduls (HSM) das verschlüsselte bPK GH-GD entschlüsselt. Mit dieser Entschlüsselung wird das bPK im HSM als Ausgangsparameter für den eigentlichen Pseudonymisierungsvorgang nutzbar. Es bildet somit den Ausgangsparameter für die eigentliche Pseudonymisierung. Dabei wird im HSM aus dem bPK des Pflegefalls mittels HMAC-Algorithmus ein nicht rückrechenbares Pseudonym gebildet und anschließend verschlüsselt. Im Anschluss an die Pseudonymisierung übermittelt die Pseudonymisierungsstelle die Identifikatoren zum stationären Krankenhausaufenthalt (Krankenanstaltennummer, Datensatz-ID) zusammen mit dem Pseudonym (verschlüsselt) an das Bundesministerium für Gesundheit. Da der Vorgang im HSM gekapselt und automatisiert abläuft, sind dem Hauptverband nur das verschlüsselte bPK GH-GD und das noch im HSM verschlüsselte Pseudonym bekannt.
3. Im Bundesministerium für Gesundheit erfolgt über die Identifikatoren zum stationären Krankenhausaufenthalt (Krankenanstaltennummer, Datensatz-ID) eine Zusammenführung der Pseudonym-Informationen mit einerseits den von den Landeshauptleuten, Ländern oder Landesgesundheitsfonds übermittelten Daten und andererseits jenen von den Trägern der Krankenanstalten, die nicht über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden. Außerdem finden im Bundesministerium für Gesundheit die Entschlüsselung des Pseudonyms und das Einspielen in das Data Warehouse (DIAG – „Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen“) statt. Es liegen dort somit keinerlei Daten mehr mit direktem Personenbezug oder mit rückverfolgbarem indirektem Personenbezug vor.

Das vom Bundesministerium für Gesundheit betriebene Data Warehouse (DIAG) ist ein Expertensystem für eine geschlossene Gruppe von Benutzerinnen/Benutzern. Es basiert auf der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, bei der Bund und Länder überein kamen, ein auch den Ländern (Landesfonds) und der Sozialversicherung zugängliches Informations- und Analyseinstrumentarium mit den Leistungs-, Kosten-, Personal- und epidemiologischen Daten zur Beobachtung von Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen einzurichten und laufend weiter zu entwickeln. In der zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und den zugriffsberechtigten Stellen jeweils abgeschlossenen Vereinbarung über die einzuhaltenden DIAG-Rahmenbedingungen werden die Benutzerinnen/Benutzer insbesondere zur Einhaltung des Datenschutzgesetzes in der jeweils gültigen Fassung bei der Verwendung der zur Verfügung gestellten Daten sowie zu einem Zugriff ausschließlich von EDV-Arbeitsplätzen in den Räumlichkeiten der zugriffsberechtigten Stelle verpflichtet. Darüber hinaus ist für den Zugriff die Installation eines vom Bundesministerium für Gesundheit ausgestellten Client-Zertifikats auf jedem Arbeitsplatz sowie ein Login mittels Benutzername/Kennwort notwendig. Zur Gewährleistung des Datenschutzes erfolgen alle DIAG-Zugriffe verschlüsselt und werden protokolliert. Auch ist ein Abrufen der Pseudonyme für Benutzerinnen/Benutzer außerhalb des Bundesministerium für Gesundheit nicht möglich.

In § 5b wird festgelegt, zu welchen Zeitpunkten die Träger der Sozialversicherung und der Krankenfürsorgeanstalten welche Dateninhalte dem Hauptverband zur Verfügung zu stellen haben.

§ 5c sieht vor, dass sowohl der Hauptverband als auch das Bundesministerium für Gesundheit keinen Personenbezug bei der Verwendung der genannten Daten herstellen dürfen. Weiters werden alle an der Diagnosen- und Leistungsdokumentation im stationären Bereich beteiligten Institutionen zu entsprechenden Datensicherheitsmaßnahmen und Protokollierungen verpflichtet.

Zu Art. 17 Z 11 (§ 6 Abs. 4 DokuG):

Es werden jene Institutionen und Dateninhalte festgelegt, die ab dem 1. Jänner 2014 Teil des Berichtswesens über den ambulanten Bereich sind.

Zu Art. 17 Z 12 (§§ 6a bis 6g DokuG):

§ 6a beschreibt, zu welchen Zeitpunkten die Träger von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, welche Dateninhalte an die Landesgesundheitsfonds zu melden haben. Die Daten müssen auch das Geburtsdatum sowie die Aufnahmezahl der/des Leistungsempfängerin/Leistungsempfängers enthalten, da diese von den Landesgesundheitsfonds für die Wahrnehmung ihrer obliegenden Aufgaben benötigt werden. Aufgrund der Pseudonymisierung der/des Leistungsempfängerin/Leistungsempfängers sind diese Informationen aber in weiterer Folge nicht mehr an das Bundesministerium für Gesundheit zu übermitteln.

In § 6b wird festgelegt, zu welchen Zeitpunkten die Landesgesundheitsfonds welche Dateninhalte an das Bundesministerium für Gesundheit zu melden haben. Aufgrund der Pseudonymisierung der/des Leistungsempfängerin/Leistungsempfängers sind die Aufnahmezahl sowie das Geburtsdatum nicht mehr an das Bundesministerium für Gesundheit zu übermitteln. Hinsichtlich der Aufnahmezahl wird daher in dieser Regelung festgelegt, dass diese von den Landesgesundheitsfonds durch eine nicht rückrechenbare Einweg-Ableitung davon (Datensatz-ID) zu ersetzen ist, die für die Zusammenführung der getrennten Datenströme (administrative/medizinische Daten einerseits, Stammdaten/Pseudonyme andererseits) beim Bundesministerium für Gesundheit erforderlich ist.

In § 6c wird normiert, zu welchen Zeitpunkten der Hauptverband welche Dateninhalte an das Bundesministerium für Gesundheit zu melden hat. Dies betrifft sowohl die Daten zu den Leistungen aus dem extramuralen ambulanten Bereich als auch die in seiner Pseudonymisierungsstelle erzeugten Pseudonyme zu den Leistungsempfängerinnen/Leistungsempfängern sowie den Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern. Dabei wird durch die Definition unterschiedlicher Eingangsparameter für die Pseudonymisierung sichergestellt, dass Personen in ihrer Rolle als Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer ein anderes Pseudonym zugewiesen bekommen, als in ihrer Eigenschaft als Leistungsempfängerinnen/Leistungsempfänger. Aufgrund der Pseudonymisierung wird weiters festgelegt, dass der Hauptverband sowohl von der Aufnahmezahl als auch von der Hauptverband-internen Laufnummer nicht rückrechenbare Einweg-Ableitungen (Datensatz-ID) zu bilden hat. Außerdem ist eine Leistungserbringer-ID zu generieren, die jedoch ausschließlich zur temporären Verbindung der einzelnen Satzarten innerhalb einer einzigen Datenmeldung dient und keine Rückschlüsse auf die/den Leistungserbringerin/Leistungserbringer zulässt.

Folgende Datenverarbeitungen finden in diesem Zusammenhang statt:

1. Der Hauptverband verwendet die vom Träger der Sozialversicherung und der Krankenfürsorgeanstalt zur Verfügung gestellten Daten dazu, um einerseits aus einer je ambulanten Kontakt eindeutigen Laufnummer durch Einweg-Ableitung mittels Hash-Algorithmus eine nicht rückrechenbare Datensatz-ID zu erzeugen und um andererseits eine je Quartal und Träger eindeutige Leistungserbringer-ID aus der Kombination von Jahr, Quartal, Träger-Code und weiterer aufsteigender Laufnummer zu errechnen.
2. Der Hauptverband liest einerseits das zur/zum Leistungsempfängerin/Leistungsempfänger vorab abgespeicherte verschlüsselte bPK GH-GD und andererseits eine eindeutige Vertragspartnerkennung zur/zum Leistungserbringerin/Leistungserbringer aus seinen Systemen aus. Gegebenenfalls fehlende Informationen der Leistungsempfängerinnen/Leistungsempfänger werden regelmäßig durch Abfrage der entsprechenden behördlichen Register auf Basis der Personen-Stammdaten der/des Leistungsempfängerin/Leistungsempfängers ermittelt und in den Systemen des Hauptverbandes ergänzt. Anschließend führt die Pseudonymisierungsstelle analog zu dem zu § 5a dargestellten Prozess mittels eines Hardware Security Moduls (HSM) die eigentliche Pseudonymisierung durch. Dabei wird im HSM einerseits aus dem entschlüsselten bPK GH-GD der/des Leistungsempfängerin/Leistungsempfängers und andererseits aus der Vertragspartnerkennung der/des Leistungserbringerin/Leistungserbringers mittels HMAC-Algorithmus ein nicht rückrechenbares Pseudonym gebildet und anschließend verschlüsselt.
3. Da die Dokumentation der Leistungen im ambulanten extramuralen Bereich nach unterschiedlichen Katalogen (Honorarordnungen der Krankenkassen) erfolgt, müssen die Dokumentationen auf den

vom Bundesminister für Gesundheit herausgegebenen Leistungskatalog übergeleitet werden. Zusätzlich ermittelt der Hauptverband die administrativen Daten zur Leistungserbringerin/zum Leistungserbringer. Anschließend übermittelt er die Identifikatoren zum ambulanten Kontakt (Leistungserbringer-ID, Datensatz-ID) zusammen mit den administrativen und medizinischen Daten, dem Pseudonym (verschlüsselt) zur/zum Leistungsempfängerin/Leistungsempfänger, dem Pseudonym (verschlüsselt) zur/zum Leistungserbringerin/Leistungserbringer sowie den geografischen und Strukturdaten an das Bundesministerium für Gesundheit.

4. Im Bundesministerium für Gesundheit erfolgen die Entschlüsselung der Pseudonyme und das Einspielen in das Data Warehouse (DIAG). Im Bundesministerium für Gesundheit liegen somit keinerlei Daten mehr mit direktem Personenbezug oder mit rückverfolgbarem indirektem Personenbezug vor.

Details zum Data Warehouse (DIAG) sind in den Erläuterungen zu den §§ 5a bis 5c DokuG ausgeführt.

§ 6d legt fest, zu welchen Zeitpunkten die Träger der Sozialversicherung und der Krankenfürsorgeanstalten welche Dateninhalte dem Hauptverband zur Verfügung zu stellen haben.

In § 6e werden die Bedingungen normiert, unter denen das Bundesministerium für Gesundheit Dateninhalte an die Bundesgesundheitsagentur, die Landesgesundheitsfonds, die Länder, den Hauptverband und die Träger der Sozialversicherung zu übermitteln hat.

In § 6f wird festgelegt, dass sowohl der Hauptverband als auch das Bundesministerium für Gesundheit keinen Personenbezug hinsichtlich der Patientinnen und Patienten bei der Verwendung der genannten Daten herstellen dürfen. Weiters werden alle am Berichtswesen über den ambulanten Bereich beteiligten Institutionen zu entsprechenden Datensicherheitsmaßnahmen und Protokollierungen verpflichtet. Gemäß § 4 hat der Bundesminister für Gesundheit auch für diesen Bereich per Verordnung nähere Bestimmungen zu den Datensicherheitsmaßnahmen festzulegen. Diese haben jedenfalls dem aktuellen Stand der Technik und der jeweils geltenden Rechtslage, insbesondere den Vorschriften des § 1 Abs. 2 iVm § 14 DSGVO 2000, zu entsprechen.

Durch § 6g wird der Bundesminister für Gesundheit verpflichtet, nähere Bestimmungen bezüglich des konkreten Datensatzaufbaus, der Datenübermittlungen, der Generierung der Pseudonyme, der technischen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die Pseudonymisierungen sowie bezüglich der zur Anwendung kommenden Einweg-Ableitungen durch Verordnung zu erlassen.

Zu Art. 17 Z 13 bis 15 (§ 7 Abs. 1, 3 und 4 DokuG):

Im § 7 erfolgt eine Anpassung der Begriffsbezeichnungen für einzelne Berichtsteile im Bereich der Dokumentation von Statistik- und Kostendaten in Krankenanstalten an den aktuellen Status-quo.

Zu Art. 17 Z 16 (§ 12 Abs. 4 bis 6 DokuG):

Dem § 12 werden die Zeitpunkte des Inkrafttretens angefügt.