

BM für Gesundheit – I/B/12
BM Alois Stöger
Radetzkystraße 2
1030 Wien

Wien, am 7. März 2013

ÖBVP-Stellungnahme Gesundheitsreformgesetz 2013 Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz)

Sehr geehrter Herr Bundesminister!
Sehr geehrte Damen und Herren!

Der vorliegende Entwurf adressiert wichtige Entwicklungsnotwendigkeiten des österreichischen Gesundheitswesens. Begrüßenswert sind insbesondere:

- Orientieren am Konzept von „Health in all Policies“
- Ausrichtung an Public Health Grundsätzen wie umfassender Gesundheitsbegriff, Ansprechen des Problems gesundheitlicher Ungleichheit, Stärkung der Multi- und Interdisziplinarität
- Wirkungsorientierung in der Planung und Steuerung
- Ausbau der Versorgungsforschung zur datenbasierten, bedarfsorientierten Planung
- Aktive Zusammenarbeit und wechselseitige Unterstützung bei der Umsetzung der gemeinsamen Ziele von Bund, Ländern und gesetzlicher Krankenversicherung
- Verbesserung Zugang zu und Verfügbarkeit von allen notwendigen Leistungen (§ 5 Abs. 2, Z. 2)
- Intensivierung der Qualitätssicherung
- Forcierung von Gesundheitsförderung und Prävention

Diese Ziele erfordern die Entwicklung von Know-how, das bisher im österreichischen Gesundheitssystem nicht ausreichend zur Verfügung steht und die Adaption und Neueinführung einer Vielzahl von Prozessen, etwa in den folgenden im Gesetzesvorschlag angesprochenen Bereichen:

- Dokumentation
- Erheben des subjektiven Gesundheitszustands der Bevölkerung, PatientInnenbefragungen
- Messen patientInnenorientierter Behandlungsqualität
- Aufbereiten der gewonnenen Information für verschiedene Zielpublika (Bund/Länder/Sozialversicherung, LeistungsanbieterInnen, PatientInnen, Öffentlichkeit)
- Eruiieren von Versorgungsbedarf, Formulieren von Versorgungsaufträgen etc.

- Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung
- Evaluierung
- Verschieben von Finanzströmen, Umgestalten von Versorgungsstrukturen

Grundsätzliche kritische Anmerkungen:

Transparenz bei Entscheidungsprozessen nicht gewährleistet:

Transparenz ist in Entscheidungsprozessen etwa zwischen Bund, Ländern, Sozialversicherung in den im Entwurf zum Gesundheitsreformgesetz 2013 neu vorgesehenen Strukturen unabdingbar. Auch die Veröffentlichung von diesen Entscheidungen zugrunde gelegten mit öffentlichen Geldern finanzierten Studien, Berichten, Konzepten etc. sind erforderlich. Das Transparenzgebot erstreckt sich hier insbesondere auch auf die Prozesse in ExpertInnenstrukturen, die bei Bund, Ländern, Sozialversicherung oder in getrennten Organisationen (z.B. GÖG/ÖBIG) wichtige Inputs zur Planung und Steuerung des Gesundheitssystems liefern. Diese Transparenz ist im Entwurf des Gesundheitsreformgesetz 2013 nicht annähernd sicher gestellt.

Einbinden von StakeholderInnen nicht sichergestellt:

Die im Entwurf zum Gesundheitsreformgesetz 2013 umfänglich erweiterte wirkungsorientierte Planung und Steuerung im österreichischen Gesundheitssystem erfordert weiters auch grundsätzlich neue Wege bei der Einbindung von StakeholderInnen wie BürgerInnen, PatientInnen, LeistungsanbieterInnen, Interessensvertretungen. Diese ist im Gesetzesentwurf nicht annähernd gewährleistet.

Sollen ASVG-garantierte Rechtsansprüche und gesamtvertragliche Versorgungsformen in der niedergelassenen Einzelpraxis zurück gedrängt werden?

Es werden wichtige ASV-gesetzliche Regelungen, die die derzeitige Versorgungspraxis begründen, nicht erwähnt. Es ist unklar, ob bisher geltende, im ASVG garantierte gesundheitspolitische Prinzipien einseitig zugunsten von Steuerungs- und Lenkungsmöglichkeiten geopfert werden sollen. Das würde hauptsächlich die Rechtsansprüche auf freie BehandlerInnen-Wahl, freien Zugang zur Krankenbehandlung und Gesundheitsförderung in der niedergelassenen Einzelpraxis betreffen. Der Gesetzesvorschlag schweigt dazu, die Erläuterungen geben unklare Anhaltspunkte.

§5 (2) Z 8: auf allen Versorgungsebenen ist der Einrichtung von multiprofessionellen und integrativen Versorgungsformen Vorrang gegenüber Einzelleistungserbringern zu geben

Diese Bestimmung ist grundsätzlich abzulehnen oder durch ASVG-garantierte Grundsätze zu ergänzen. Das Ende des freien Zugang zur Gesundheitsleistung und freier BehandlerInnen-Wahl wäre zu befürchten. Im Zug sogenannter „objektiven Kosten- und Nutzenbewertung“, und dem vorgeblichen Fokus auf „verbesserte Öffnungszeiten“ sind seit einigen Jahren Bemühungen der Kassen zu beobachten, den Zugang zur Kassenleistung zu regulieren bzw. Gesundheitsleistungen zu rationieren. Das kann in der niedergelassenen Einzelpraxis nicht gelingen, weil hier die sozialversicherungsrechtlich gesicherten Gesamtverträge wirksam sind. Diese sehen den freien Zugang zur Kassenleistung, ebenso wie Kostenerstattung und die freie BehandlerInnen-Wahl vor. Mit dieser Bestimmung würden die Kassen ein Instrument in die Hand bekommen, um „selbständige multiprofessionelle Ambulatorien“ und Gemeinschaftspraxen unter Vertrag nehmen und Behandlungskontingente zuteilen zu können.

Negative Folgen daraus sind etwa im Psychotherapie-Bereich virulent: Lange Wartezeiten, resultierende Nicht-Inanspruchnahme, Zuteilung von BehandlerInnen, Rationierung und zeitliche Beschränkung der Leistung, Sinken der Behandlungsqualität, Leistungserbringung zu mittelfristig für LeistungsanbieterInnen sozial gefährdend niedrigen Honoraren, hoher Verwaltungsaufwand usw.

In dieser Ausschließlichkeit erscheint die Bestimmung nicht sinnvoll, sie steht zudem gegen internationale wissenschaftliche Erkenntnisse, wonach in der Einzelpraxis die beste Qualität kosteneffektiv angeboten werden kann (u. a. Schweizer Gesundheitsobservatorium: 2/3 der Gesundheitsleistungen sollte im niedergelassenen Bereich angeboten werden).

Der Gesetzesentwurf legt die Annahme nahe, dass die neuen Versorgungsformen nicht nur ergänzend angeboten, sondern priorisiert werden und die bisherigen ASVG-fundierten Versorgungsformen ersetzen sollen, mit der Absicht, einen „Ausgabendämpfungspfad“ zu beschreiten und sämtliche Gesundheits- und Krankenbehandlungsleistungen mittels Ambulatoriumsverträgen zu plafonieren.

Multidisziplinarität nicht verwirklicht:

Bei der Weiterentwicklung von ambulanten Versorgungsstrukturen ist die gesundheitsberufliche Multidisziplinarität nur einleitend deklaratorisch angesprochen. In der Folge verengen sich die Ausführungen auf den ärztlichen Beruf. Insofern wird nicht Multidisziplinarität, sondern pyramidenartige Hierarchisierung der Gesundheitsberufe postuliert. Andere Gesundheitsberufe sind nicht aufgenommen, das Gesetz ist demnach explizit um diese zu erweitern.

Auch eine paritätische Repräsentation der Gesundheitsberufe-Vertretungen ist nicht vorgesehen. In den Entscheidungsgremien sind die LeistungsanbieterInnen völlig unterrepräsentiert bzw. marginalisiert, selbst die Vertretung der ÄrztInnen hat nur eine BeobachterInnenrolle, Anspruchsgruppen neben Kirchen und PatientInnenvertreterInnen und nicht-ärztliche Gesundheitsberufe sind von Entscheidungsprozessen, die sie zentral betreffen völlig ausgeschlossen, ebenso wie etwa die Kammer für Arbeiter und Angestellte.

Gesundheitspartnerschaft und transparenter Interessenausgleich nach fairen Grundsätzen zwischen BürgerInnen/Steuer- und BeitragszahlerInnen/PatientInnen, LeistungsanbieterInnen und Verwaltung, werden zugunsten eindeutiger Vorrangstellung der Gesundheitsbehörden vollkommen vernachlässigt.

Geforderte Erweiterung: §5 „gesetzliche und **anerkannte freiwillige Interessenvertretungen**“

§ 5: Bei der Bearbeitung der Handlungsfelder gemäß Z 4 und 5 werden unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Evidenz unter anderem die betroffenen gesetzlichen Interessensvertretungen und Patientenorganisationen und -anwaltschaften sowie die allenfalls betroffenen medizinischen Fachgesellschaften einbezogen.

Nicht alle relevanten und betroffenen Gesundheitsberufe sind in gesetzlichen Interessenvertretungen („Kammern“) organisiert. Neben „allenfalls betroffenen medizinischen Fachgesellschaften“ sind in gleicher Weise allenfalls betroffene Fachdisziplinen anderer Gesundheitsberufe zur Mitbestimmung einzubeziehen, weshalb diese Formulierung um „anerkannte freiwillige Interessenvertretungen“ erweitert werden soll. Am Beispiel der PsychotherapeutInnen: PsychotherapeutInnen sind zwar ein der ärztlichen Hilfe gleich gestellter Gesundheitsberuf, die Berufsvertretung hat

jedoch den Status einer freiwilligen, vom Gesundheitsministerium bescheidmäßig als gesamtvertragsfähig anerkannten Interessenvertretung.

Betroffene Gesundheitsberufe sind in die Bearbeitung aller **Handlungsfelder gemäß §5 (3) Z 1 bis 7** einzubeziehen

Die Einbeziehung relevanter Gesundheitsberufe ist zudem nicht nur auf die Erarbeitung von Versorgungsstandards zu reduzieren, sondern auch bei der Bearbeitung der Handlungsfelder §5 (3) Z 1 bis 7 vorzusehen. Faire Gesundheitspartnerschaft erfordert Mitsprache- bzw. Verhandlungsmöglichkeit der LeistungsanbieterInnen auch bei Versorgungs- und Finanzierungsfragen.

Zuletzt zu den explizit angegebenen Finanzzahlen:

Der Anteil am Bruttoinlandsprodukt, den eine Gesellschaft für das Gesundheitswesen auszugeben bereit ist, spiegelt Werthaltungen der Bevölkerung wider. Die der Finanzzielsteuerung zugrunde gelegte Festschreibung eines Anteils der öffentlichen Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt von 7% deckt sich möglicherweise mit der aktuellen Werthaltung der österreichischen Bevölkerung. Möglicherweise aber auch nicht, sowohl ein Mehr als auch ein Weniger sind denkbar, ebenso wie eine Veränderung des Prozentsatzes mit der Zeit. Insofern ist die Festschreibung von 7% zu hinterfragen.

Die jährliche Dotierung der Gesundheitsförderungsfonds im Rahmen der Landesgesundheitsfonds mit € 15 Mio. für die nächsten 10 Jahre erscheint im Verhältnis zum gesamten öffentlichen Gesundheitsbudget sehr dürftig.

So wichtig eine ökonomisch orientierte leistungsprozessuale Zähleranalyse und **Neuregelung der Schnittstellen** stationärer, halb-stationärer und ambulatorischer Versorgung wäre, bringt der Entwurf hier nur Anregungen, während kontraproduktiverweise funktionierende Teile gesamtvertraglicher Versorgung und das ASVG weitreichend infrage gestellt werden.

Der Entwurf ist deshalb aus der Sicht des ÖBVP in entscheidenden Punkten verbesserungsbedürftig.

Mit freundlichen Grüßen

Dr.ⁱⁿ Eva Mückstein
Präsidentin des ÖBVP