

Wien, 11. Dezember 2012

Die Gesundheitsreform 2012

Bessere Versorgungsstrukturen und mehr Leistungen für die kommenden Generationen

Österreich hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt und der Zugang zu medizinischen Leistungen ist international beispielgebend. Gleichzeitig sind die hohen Kostensteigerungsraten der vergangenen Jahre und die unterschiedlichen Zuständigkeiten große Herausforderungen. Um optimale Versorgungsstrukturen und mehr Leistungen für die kommenden Generationen garantieren zu können haben sich Bund, Länder und Sozialversicherungen auf eine Reform des österreichischen Gesundheitswesens geeinigt. Die Modernisierung hat ein klares Ziel: Das Wohl der PatientInnen.

Kern der Reform ist ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem, das eine bessere Abstimmung zwischen den niedergelassenen ÄrztInnen und den Spitälern garantieren wird. In Zukunft stehen die PatientInnen und ihre bestmögliche medizinische Behandlung im Mittelpunkt und nicht mehr die Institutionen. Das bedeutet eine weitere Stärkung des öffentlichen Gesundheitswesens, das sich in Österreich bewährt hat. Dazu braucht es einerseits jedes Jahr mehr Geld im Gesundheitssystem andererseits müssen die Kostensteigerungen auch für die kommenden Generationen leistbar bleiben. Um dieses Ziel zu erreichen wird bis 2016 jedes Jahr 3,6% mehr Geld in das Gesundheitssystem investiert. Das entspricht einer Angleichung der Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben an die Höhe des prognostizierten durchschnittlichen Wirtschaftswachstums für die Periode bis 2016.

1. Die Prinzipien der Gesundheitsreform 2012

- 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 zielgerichteter eingesetzt.
- Die Organisation und Steuerungsmechanismen auf Bundes- und Landesebene werden nach dem Prinzip der Wirkungsorientierung weiterentwickelt.
- Versorgungs- als auch Finanzzielen werden festgelegt und ein Monitoring eingeführt, um die Erreichung der Ziele messbar zu machen.

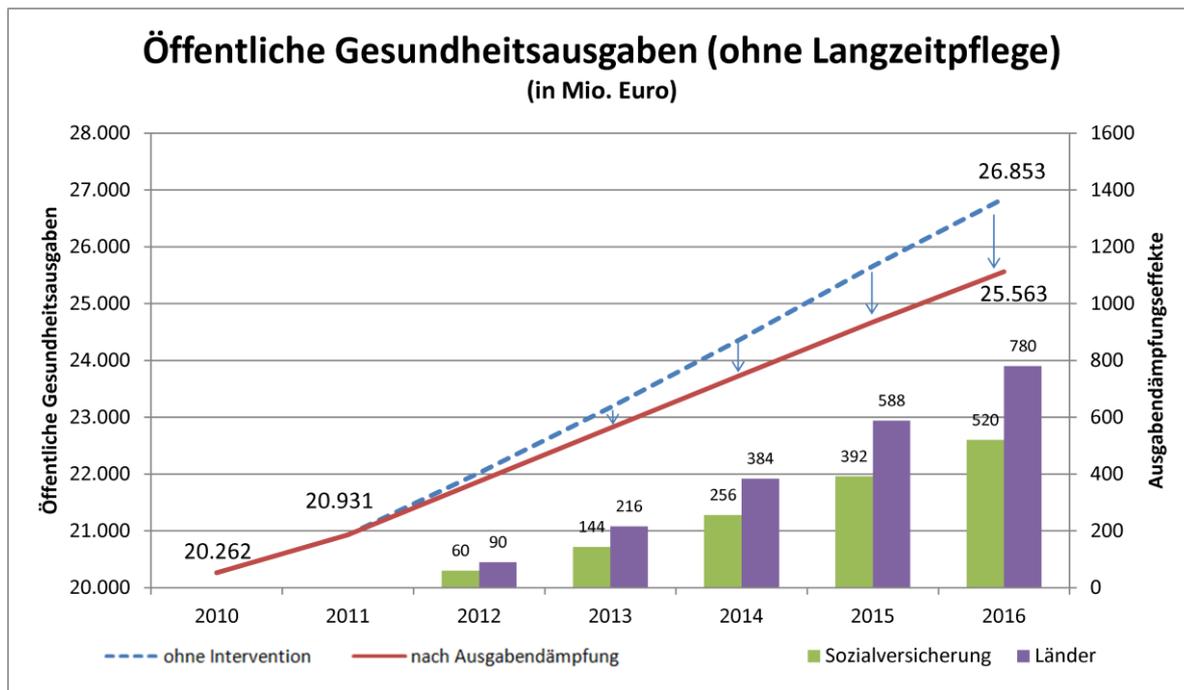
- Der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) ist über die Periode bis 2016 an das zu erwartende durchschnittliche nominelle Wachstum des Bruttoinlandsprodukts heranzuführen (plus 3,6% pro Jahr).
- Versorgung der PatientInnen zum richtigen Zeitpunkt, am richtigen Ort mit optimaler 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

2. Neue Strukturen im Dienst der 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 niedergelassener Bereich) wird der vollstationäre Bereich in den Spitälern entlastet.
- Der Anteil der ambulanten Versorgungsstruktur mit Öffnungszeiten zu Tagesrand- und Wochenendzeiten und der Anteil interdisziplinärer Versorgungsmodelle in der ambulanten Versorgungsstruktur wird ausgebaut.
- Die Primärversorgung bei niedergelassenen ÄrztInnen wird gestärkt.

3. Finanzzielsteuerung Neu: Mehr Geld für das Gesundheitssystem

- Ausgangslage: Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) von durchschnittlich 5,2 % jährlich seit 1990, das ist höher als der Anstieg der Wirtschaftsleistung (BIP)
- Ziel: Schrittweise Annäherung des Anstiegs der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den mittelfristig prognostizierten Anstieg des nominellen BIP (von derzeit 3,6 %)
- Keine Einsparungen, sondern 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.)



4. Transparenz und bessere Qualität für die PatientInnen

Ein weiterer Schwerpunkt der Gesundheitsreform ist die Verbesserung der Qualität. Dazu wird ein österreichweit einheitliches Qualitätssystem geschaffen, das folgende Schwerpunkte hat:

- Messung der Ergebnisqualität in Spitälern und bei niedergelassenen ÄrztInnen
- Die Sicherstellung der Qualitätsstandards und die Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen sind für alle verpflichtend.
- Die Qualitätsberichte müssen veröffentlicht werden.
- Durch das Bundesqualitätsgesetz werden laufend rechtlich verbindliche Vorgaben durch den Bund gemacht.

5. Mehr Prävention und Gesundheitsförderung

„Länger Leben bei guter Gesundheit“ ist eines der Kernziele der Gesundheitsreform 2012. Prävention und Gesundheitsförderung spielen daher eine zentrale Rolle. Um in Zukunft vermehrt auf Prävention zu setzen, wird auf Landesebene ein gemeinsamer Gesundheitsförderungsfonds eingerichtet. Der Fonds wird mit insgesamt 150 Millionen Euro für 10 Jahre dotiert. Über die Mittelverwendung entscheidet die jeweilige Landeszielsteuerungskommission.

6. Umfassende Kontrolle und Schiedsverfahren

- 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 15a-Vereinbarung „Zielsteuerung Gesundheitswesen“, 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 Landeszielsteuerungsverträge ist ein Schiedsverfahren vorgesehen.

7. Entscheidungsstrukturen und Organisation

Im Rahmen der Gesundheitsreform werden folgende Gremien eingerichtet bzw. verändert:

- **Die Bundesgesundheitskommission (BGK):** Der an die Reform angepassten Bundesgesundheitskommission werden in Zukunft jeweils neun VertreterInnen des Bundes, der Länder und der Sozialversicherungen angehören und – so wie auch bisher – VertreterInnen der Interessensvertretungen wie beispielsweise die Ärztekammer oder die Patientenanwaltschaft. Für Beschlüsse sind eine Stimmenmehrheit des gesamten Gremiums und eine $\frac{3}{4}$ Mehrheit der VerrteterInnen von Bund, Ländern und Sozialversicherung notwendig (doppelte Mehrheit). Zu den Aufgaben der Bundesgesundheitskommission zählen unter anderem die Weiterentwicklung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungsmodells (LKF) und die Weiterentwicklung der Gesundheitsziele für Österreich.
- **Die neu geschaffene Bundeszielsteuerungskommission (BZK):** Zur Umsetzung des Zielsteuerungssystems kommt diesem neu geschaffenen Gremium eine zentrale Rolle zu. Der Bundeszielsteuerungskommission gehören je vier VertreterInnen des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung an. Beschlüsse werden einvernehmlich gefasst. Zentrale Aufgabe der Bundesziesteuerungskommission ist der Beschluss des Bundes-Zielsteuerungsvertrags, sowie beispielsweise die Festlegung des Jahresarbeitsprogramms und die Wahrung von Agenden des Sanktionsmechanismus. Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag wird von Bund, Ländern und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger unterschrieben.
- **Die Gesundheitsplattform auf Landesebene:** Jeweils fünf VertreterInnen des Landes und der Sozialversicherung sowie ein Vertreter oder eine Vertreterin des Bundes sind mit Stimmrecht vertreten. Weitere Mitglieder sind wie bisher VertreterInnen der Interessensvertretungen wie etwa der Ärztekammer. Die Aufgaben der Gesundheitsplattform korrespondieren mit denen der Bundesgesundheitskommission auf Bundesebene, also etwa das LKF-System und die Gesundheitsziele
- **Die neu geschaffene Landeszielsteuerungskommission (LZK):** Dem neu geschaffenen Gremium gehören jeweils fünf Vertreterinnen des Landes sowie der Sozialversicherung an, wobei beide in Kurien organisiert sind, sowie ein Vertreter oder eine Vertreterin des Bundes. Um einen Beschluss herzustellen, ist Einvernehmen zwischen der Kurie des Landes und der Kurie der Sozialversicherung notwendig. Der Bund hat ein Vetorecht, falls ein Beschluss gegen Bundesvorgaben (z.B. Bundes-Zielsteuerungsvertrag, Qualitätsrichtlinien, etc.) verstößt. In der Landeszielsteuerungskommission wird der Landes-Zielsteuerungsvertrag

erarbeitet. Damit werden auf dieser Ebene die Behandlungsprozesse und somit die Strukturen gemeinsam geplant und gesteuert.

8. Die Reform-Verträge



Laufzeit der 15a-Vereinbarungen:

- 15a-Vereinbarung „Zielsteuerung Gesundheit“: unbefristet
- 15a-Vereinbarung „Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“: ist an die Geltungsdauer des Finanzausgleichs gekoppelt

9. Zeitlicher Ablauf

- Beschluss der 15a-Vereinbarung „Zielsteuerung Gesundheit“ bei der LH-Konferenz am 19.12. in Tirol
- Beschluss der 15a-Vereinbarung „Zielsteuerung Gesundheit“ in den Landtagen und im Nationalrat
- Partnerschaftliche Vereinbarung eines Bundes-Zielsteuerungsvertrages für 2013 bis 2016 auf Bundesebene
- Konkretisierung von Zielen und Maßnahmen auf Landesebene in Landes-Zielsteuerungsverträgen zwischen Land und Sozialversicherung für die Periode 2013 bis 2016
- Einbindung aller Gesundheitsberufe in die weitere Umsetzung der bevorstehenden bundesgesetzlichen Maßnahmen