
2800/J-BR/2011

Eingelangt am 03.03.2011

Dieser Text ist elektronisch textinterpretiert. Abweichungen vom Original sind möglich.

Anfrage

der Bundesräte Dr. Brunner, Mayer, Michalke
an den Bundesminister für Gesundheit
betreffend **der Umsetzung einer Modellregion Vorarlberg im Gesundheitsbereich**

Die Schaffung von Modellregionen ist im Regierungsprogramm in Vorbereitung zum nächsten Finanzausgleich ausdrücklich vorgesehen; demnach sollte es letztlich um die Einführung von Modellen zu einer „gemeinsamen, österreichweiten Strategie, Planung und Steuerung“ des Spitals- und des niedergelassenen Bereichs auf regionaler Ebene gehen. Vorarlberg würde sich nun als Modellregion anbieten: Land, Ärzte und Krankenversicherung stünden bereits in den Startlöchern,

Wörtlich heißt es im Regierungsprogramm dazu auf Seite 198: „Ziel ist eine gemeinsame strategische Ausrichtung, integrierte und sektorenübergreifende Planung und Steuerung im Gesundheitswesen. Die in der geltenden Art 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung im Gesundheitswesen enthaltenen Planungs- und Steuerungsansätze müssen weiterentwickelt werden. Dabei ist die Verbindlichkeit in der Gesundheitsplanung durch wechselseitige Abstimmung der intra- und extramuralen integrierten Leistungsangebotsplanung zu erhöhen und eine sektorenübergreifende Finanzierung für den ambulanten Bereich anzustreben. In Vorbereitung zum nächsten FAG bekennt sich die Bundesregierung zur Möglichkeit der Bildung von Modellregionen mit dem Ziel der Einführung neuer integrierter Modelle zur gemeinsamen österreichweiten Strategie, Planung und Steuerung.“

Die Modellregion Vorarlberg wäre nun eine echte Chance, in einem überschaubaren Rahmen das zu erproben, was Experten schon lange fordern.

Während etwa das deutsche Sozialgesetzbuch ausdrücklich Ermächtigungen zur Durchführung von Modellvorhaben enthält, um die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung zu erhöhen, sind dem österreichischen Sozialversicherungsrecht ähnliche Regelungen zur Erprobung innovativer, integrierter Versorgungsformen fremd. Das Besondere an den deutschen Regelungen liegt darin, dass bei Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben unter bestimmten, näher genannten Voraussetzungen von Vorschriften über die Beziehung der Leistungserbringer zu den Krankenkassen abgewichen werden kann. Bezüglich der Anreiz- und Steuerungsmechanismen besteht die Möglichkeit, dass erzielte Einsparungen an die Versicherten weitergegeben werden können.

Die unterzeichnenden Bundesräte stellen daher an den Bundesminister für Gesundheit die nachstehende

Anfrage:

1. Im Gegensatz zum Regierungsprogramm, in dem sich die Regierungspartner auf die Schaffung von Modellregionen geeinigt haben, schlagen Sie ein „Pooling“ der Sozialversicherungs- und Bundesmittel für den Spitalsbereich auf Bundesebene und die Auszahlung dieser Mittel durch Bindung an Finanzziele sowie ökonomische Kennzahlen vor. Dadurch würde die getrennte Finanzierung des intra- und extramuralen Bereiches nicht überwunden und auf die regionalen Besonderheiten im Gesundheitswesen nicht Bedacht genommen. Warum verfolgen Sie eine im Regierungsprogramm nicht vorgesehene Zielrichtung?
2. Zur Mitte der Legislaturperiode liegen immer noch keine entsprechenden gesetzlichen Voraussetzungen zur Schaffung von Modellregionen im Sinne des Regierungsprogrammes vor. Warum?
3. Maßgeblich für den Erfolg von Modellregionen sind gemeinsame Steuerungsgremien der Finanzierungspartner im Gesundheitswesen, die befugt sind, rechtsverbindliche Beschlüsse zu fassen, Welche Schritte gedenken Sie zur Schaffung solcher gemeinsamer Steuerungsgremien zu unternehmen?
4. Eine gemeinsame Finanzierung setzt eine gemeinsame Planung voraus. In den meisten Bundesländern sind mittlerweile Regionale Strukturpläne für den ambulanten und stationären Bereich von den Gesundheitsplattformen beschlossen worden bzw. werden intensiv vorbereitet. In den Sozialversicherungsgesetzen fehlen jedoch nach wie vor rechtliche Regelungen, dass die Gesamtvertragspartner an die Regionalen Strukturpläne gebunden und verpflichtet sind, diese umzusetzen. Warum wurden die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen bislang nicht den Erfordernissen der Umsetzung einer gemeinsamen Planung angepasst?
5. Im Rahmen von Modellregionen könnten auch sogenannte „Managed Care“-Modelle getestet werden. „Managed Care“-Modelle haben den Anspruch einer ganzheitlich, von einer Hand gesteuerten Gesundheitsversorgung durch die gesamte Leistungskette. Sie basieren insbesondere auf einer Optimierung der Patienteninformationen und Patientensteuerung an allen Stellen der integrierten Versorgung. Mögliche effektive Formen der Patientensteuerung, insbesondere auch Anreizsysteme für die Leistungserbringer, scheitern an fehlenden oder entgegenstehenden bundesgesetzlichen Regelungen (zB §§ 51ff ASVG). Zum Beispiel:
 - Bonusversicherungsmodell, wenn sich Versicherte für ein Gatekeeping durch den Hausarzt und/oder Telefonberatungssysteme entscheiden;
 - Fallpauschalen für einzelne oder mehrere Leistungserbringer (uU abweichend von gesamtvertraglichen Regelungen);
 - Budgetmitverantwortung der

- Leistungserbringer/Leistungserbringer-Netzwerke;
- Leistungserbringer/Versicherte erhalten Anteile an Kosteneinsparungen.

Denken Sie daran, so wie in anderen europäischen Ländern „Managed Care“-Modell im Sozialversicherungsrecht zuzulassen? Wenn ja, bis wann und in welcher Form? Wenn nein, warum nicht?