



Rechnungshof
Österreich

Unabhängig und objektiv für Sie.

Bericht des Rechnungshofes

Rolle des Bundes in der österreichischen
Krankenanstaltenplanung; Follow-up-Überprüfung

III-222 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVI. GP

Reihe Bund 2018/65



Vorbemerkungen

Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes-Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punktweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht. Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf- und Abrundungen.

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes „<http://www.rechnungshof.gv.at>“ verfügbar.

IMPRESSUM

Herausgeber: Rechnungshof
1031 Wien,
Dampfschiffstraße 2
<http://www.rechnungshof.gv.at>

Redaktion und Grafik: Rechnungshof
Herausgegeben: Wien, im November 2018

AUSKÜNFTE

Rechnungshof
Telefon (+43 1) 711 71 - 8876
Fax (+43 1) 712 94 25
E-Mail presse@rechnungshof.gv.at

[facebook/RechnungshofAT](https://www.facebook.com/RechnungshofAT)
Twitter: @RHSprecher

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis _____	2
Kurzfassung _____	3
Kenndaten _____	5
Prüfungsablauf und –gegenstand _____	6
System der Krankenanstaltenplanung und Kompetenzfragen _____	7
Planungsinstrumente und –methoden _____	12
Evaluierung und Monitoring _____	19
Schlussempfehlungen _____	26

Abkürzungsverzeichnis

Art.	Artikel
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz, BGBl. Nr. 1/1930 i.d.g.F.
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Hauptverband	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F.
Mio.	Million(en)
Nr.	Nummer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
rd.	rund
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit, Regionale Strukturpläne Gesundheit
S	Seite
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

Wirkungsbereich

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung; Follow-up-Überprüfung

Kurzfassung

Der RH beurteilte in einer Follow-up-Überprüfung im Jänner und Februar 2018 die Umsetzung von elf Empfehlungen, die er in seiner Prüfung „Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung“ (Reihe Bund 2015/17) ausgesprochen hatte. Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (kurz: **Ministerium**) setzte zwei Empfehlungen um, drei Empfehlungen teilweise und sechs Empfehlungen nicht um. (**TZ 1, TZ 13**)

Das Ministerium verhandelte im überprüften Zeitraum – in den Jahren 2016 und 2017 – im Rahmen des partnerschaftlichen Zielsteuerungssystems mit den Ländern und der Sozialversicherung auch über die Umsetzung der Empfehlungen des RH zur Krankenanstaltenplanung. Ergebnisse dieser Verhandlungen waren eine neue Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (**Reformvereinbarung 2017**), das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz 2017 und der Österreichische Strukturplan Gesundheit (**ÖSG**) 2017. (**TZ 2**)

In diesen neuen Grundlagen waren – wie vom RH empfohlen – Begriffe präzisiert sowie Struktur und Mindestinhalte für die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (**RSG**) und Landeskrankenanstaltenpläne vorgegeben, wie etwa die standortbezogene Kapazitätsplanung und die überregionale Versorgungsplanung. Die RSG wurden damit zum vorrangigen Planungsinstrument auf Landesebene aufgewertet. (**TZ 2**)

Die Empfehlung des RH, auf eine verbindliche Wirkung der Strukturpläne Gesundheit hinzuwirken, setzte das Ministerium im Ergebnis nur teilweise um. Es brachte diese Forderung zwar in die Verhandlungen mit den Zielsteuerungspartnern ein; diese kamen im März 2017 aber überein, in einem ersten Schritt nur wenige, ausgewählte Inhalte der Strukturpläne durch Verordnungen der neu geschaffenen Gesundheits-

planungs GmbH auf Bundes- und Landesebene verbindlich zu machen. Damit erhöhten sich sowohl die Anzahl der Akteure im Gesundheitswesen als auch die Komplexität des Planungs- und Steuerungssystems abermals. (TZ 3)

Die Krankenanstaltenplanung erfolgte, in Ermangelung einer klaren Abgrenzung der diesbezüglichen Verantwortung zwischen Bund und Ländern, immer noch nicht gesamthaft und bundesländerübergreifend. Laut Ministerium hätten die Länder diesbezügliche Änderungen bereits zu Beginn der Verhandlungen zum neuen Finanzausgleich auf politischer Ebene ausgeschlossen. Im Sinne der empfohlenen Konzentration der Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung erachtete der RH daher die klare Zuordnung der Verantwortung für die Krankenanstaltenplanung als wesentlichen ersten Schritt. (TZ 4)

Die vom RH aufgezeigten Problemfelder bei der Planung bestanden weiterhin; so zielte etwa der ÖSG auf Krankenhausaufenthalte ab, die RSG hingegen auf Betten. Die Berücksichtigung von inländischen Gastpatientinnen und -patienten, die gemäß Reformvereinbarung 2017 ein Schwerpunkt der zukünftigen RSG sein sollte, war noch offen. Zudem fand noch immer keine finanzielle Abgeltung der Gastpatientinnen und -patienten zwischen den Ländern statt, die auf der tatsächlichen Inanspruchnahme der Versorgungsstrukturen beruhte. Damit bestanden weiterhin keine Kostenwahrheit und kein Anreiz für die Länder, ihre Planungen besser aufeinander abzustimmen. (TZ 5, TZ 6, TZ 12)

Dabei stieg die Zahl jener Personen, die ein Krankenhausbett außerhalb ihres Wohnsitzbundeslandes belegten: Während zwischen 2013 und 2016 die stationären Aufenthalte um 1,2 % anstiegen, betrug die Steigerung bei den Gastpatientinnen und -patienten 4,8 %. 2016 entfielen 10,4 % aller stationären Aufenthalte auf diese Patientengruppe, in Wien waren es sogar 21,1 %. (TZ 12)

Das Ministerium griff die Empfehlung nicht auf, im Rahmen seiner zentralen Koordinations- und Steuerungsfunktion einen Standard zur Ermittlung des Bettenbedarfs je Fachrichtung zu erarbeiten. Stattdessen stellte die damit befasste Arbeitsgruppe in Aussicht, den fachspezifischen Bettenbedarf künftig in den RSG transparent und einheitlich darzustellen und dafür einen „ÖSG-Methodenband“ auszuarbeiten. (TZ 8)

Offen blieb auch die RH-Empfehlung, das Monitoring des ÖSG auf die Versorgungsregionen auszuweiten. Die Monitoring-Berichte beschränkten sich nach wie vor auf die Länderebene und ermöglichten damit keine Beurteilung, ob die Angebote und die Leistungsdichte in den Versorgungsregionen angemessen waren. Das Monitoring überprüfte weiterhin auch nicht, ob die Detailplanungen der im ÖSG vorgegebenen Rahmenplanung entsprachen. (TZ 9, TZ 10)

Empfehlungen

Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

- Im Sinne der empfohlenen Konzentration der Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung wären konkrete Schritte zu setzen, damit eine gesamthafte und bundesländerübergreifende Krankenanstaltenplanung in der Bundesverfassung sichergestellt wird.
- Im Rahmen des ÖSG-Monitorings wäre auch die Prüfung der ÖSG-Konformität der Detailplanungen sicherzustellen.
- Ein finanzieller Ausgleich für inländische Gastpatientinnen und -patienten wäre vorzusehen, der auf der tatsächlichen Inanspruchnahme beruht. (TZ 13)

Kenndaten

Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung	
Rechtsgrundlagen der Krankenanstaltenplanung	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008 (außer Kraft getreten am 31. Dezember 2016) Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 200/2013 (außer Kraft getreten am 31. Dezember 2016) Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 98/2017 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 97/2017 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F. Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017 i.d.g.F.
wesentliche Planungsdokumente	Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 (ÖSG 2012) Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG 2017) Landeskrankenanstaltenpläne Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG)

Quellen: BMASGK; RH

Prüfungsablauf und –gegenstand

1 (1) Der RH überprüfte im Jänner und Februar 2018 beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz die Umsetzung von Empfehlungen, die er bei einer vorangegangenen Gebarungsüberprüfung zum Thema „Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung“ abgegeben hatte. Der in der Reihe Bund 2015/17 veröffentlichte Bericht wird in der Folge als Vorbericht bezeichnet.

Die Angelegenheiten der Gesundheit waren bis 30. Juni 2016 im Bundesministerium für Gesundheit und von 1. Juli 2016 bis 7. Jänner 2018 im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen angesiedelt. Mit Inkrafttreten der Bundesministeriengesetz-Novelle 2017¹ ressortieren diese Angelegenheiten zum Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (in der Folge alle kurz: **Ministerium**).

Zur Verstärkung der Wirkung seiner Empfehlungen hatte der RH im Jahr 2016 deren Umsetzungsstand bei der überprüften Stelle nachgefragt. Das Ergebnis dieses Nachfrageverfahrens findet sich im Internet unter <http://www.rechnungshof.gv.at/berichte/nachfrageverfahren/2016.html>.

Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2016 und 2017.

(2) Zu dem im Juni 2018 übermittelten Prüfungsergebnis nahm das Ministerium im August 2018 Stellung. Die Gegenäußerung des RH erging im November 2018.

(3) Das Ministerium hielt in seiner Stellungnahme generell fest, dass die Umsetzung der Empfehlungen des RH nicht in seiner alleinigen Zuständigkeit liege. Angesichts der verfassungsrechtlichen Kompetenzlage, der föderalen Strukturen und des partnerschaftlichen Zielsteuerungssystems mit den Ländern und der Sozialversicherung würden die Empfehlungen des RH auch andere Systempartner betreffen. Das Ministerium habe sich im Rahmen seiner Möglichkeiten für die Umsetzung der Empfehlungen eingesetzt, könne aber die gegebene Kompetenzverteilung nicht alleine abändern.

(4) Der RH entgegnete dem Ministerium – ohne die kompetenzrechtliche Verteilung verkennen zu wollen –, dass dieses ein wesentlicher Akteur in der österreichischen Krankenanstaltenplanung war und damit eine tragende Rolle in deren Weiterentwicklung innehatte. Diese Funktion und Rolle hatte der RH sowohl in seine Empfehlungen als auch in die Beurteilung der bisher vom Ministerium gesetzten Umsetzungsschritte einfließen lassen. Der RH teilte jedoch die Ansicht des Ministeriums, dass die Umsetzung von ergangenen Empfehlungen mitunter von einer Änderung der Kompetenzverteilung oder der Mitwirkung der Länder abhing.

¹ BGBl. I Nr. 164/2017 vom 28. Dezember 2017, in Kraft getreten am 8. Jänner 2018

System der Krankenanstaltenplanung und Kompetenzfragen

2.1

(1) Der RH hatte dem Ministerium in seinem Vorbericht (TZ 8) empfohlen, auf die Beseitigung begrifflicher Unklarheiten betreffend das Verhältnis von Rahmenplanung und Detailplanung hinzuwirken und klarzustellen, dass die im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (**ÖSG**) vorgegebenen Grenzen nicht missachtet werden dürfen. Nach Ansicht des RH ging aus den in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens² (**Reformvereinbarung 2008**) sowie den im ÖSG 2012 verwendeten Begriffen nicht klar hervor, welchen Detaillierungsgrad des ÖSG die Vereinbarungspartner beabsichtigt hatten. Zudem enthielt der ÖSG Formulierungen, die missverständlich waren und Interpretationsspielräume eröffneten.

(2) Das Ministerium hatte im Nachfrageverfahren angegeben, dass es die Umsetzung der Empfehlung mit Nachdruck verfolgt habe und das Ergebnis der Verhandlungen mit den Partnern der Zielsteuerung-Gesundheit (**Zielsteuerungspartner**)³ noch nicht absehbar sei.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass in der neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens⁴ (**Reformvereinbarung 2017**), im neuen Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz 2017⁵ sowie im ÖSG 2017 begriffliche Klarstellungen und Präzisierungen vorgenommen wurden:

- Die Reformvereinbarung 2017 verzichtete auf den Begriff der Detailplanung, der in der Reformvereinbarung 2008 die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (**RSG**) und die Landeskrankenanstaltenpläne gleichermaßen umfasste.
- Das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz 2017 definierte für die RSG Mindestinhalte wie beispielsweise die standortbezogene Kapazitätsplanung, die überregionale Versorgungsplanung und die transparente Berücksichtigung der Versorgung von Gastpatientinnen und –patienten. Damit wurde klargestellt, dass der RSG künftig das vorrangige Planungsinstrument auf Landesebene sein sollte.

² BGBl. I Nr. 105/2008 i.d.F. BGBl. I Nr. 199/2013 (außer Kraft getreten am 31. Dezember 2016)

³ Zielsteuerungspartner waren die Bundesländer und die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (vertreten durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (**Hauptverband**)), mit denen der Bund (vertreten durch die Gesundheitsministerin oder den Gesundheitsminister) die bisherigen Zielsteuerungsverträge („Bundes-Zielsteuerungsvertrag“ im Jahr 2013 und „Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene“ im Jahr 2017) schloss.

⁴ BGBl. I Nr. 98/2017

⁵ BGBl. I Nr. 26/2017 i.d.g.F.

- Der ÖSG 2017 enthielt erstmals Vorgaben für Struktur und Mindestinhalte der RSG. Die RSG-Planungsmatrix war als zentrales Planungsinstrument der Länderplanungen festgelegt und hatte die Versorgungssituation u.a. für den Bereich der Akutkrankenanstalten unter Berücksichtigung definierter Planungshorizonte strukturiert zu beschreiben. Sie stellte die verbindliche Grundlage für Planungsentscheidungen auf Landesebene dar und war auch im Entwurf der Verordnung der Gesundheitsplanung GmbH zum ÖSG 2017 (TZ 3) vorgesehen.

2.2 Das Ministerium setzte die Empfehlung des RH um, weil in der Reformvereinbarung 2017, im Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz 2017 sowie im ÖSG 2017 begriffliche Klarstellungen und Präzisierungen vorgenommen wurden und im ÖSG 2017 erstmals Vorgaben für Struktur und Mindestinhalte der RSG enthalten waren.

3.1 (1) Der RH hatte dem Ministerium in seinem Vorbericht (TZ 9) empfohlen, auf einen Rechtsrahmen hinzuwirken, der eine verbindliche Wirkung des ÖSG und der RSG sicherstellt. Die Verbindlichkeit des ÖSG wäre dabei bereits in den Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG festzuschreiben und die Verbindlichkeit der RSG für die Leistungserbringer – im intramuralen Bereich insbesondere die Krankenanstalten – eindeutig klarzustellen, wodurch sich die Verordnung von Landeskrankenanstaltenplänen erübrigen würde.

(2) Das Ministerium hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die Zielsteuerungspartner eine Verbindlichmachung des ÖSG mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln unterstützen würden. Die rechtlichen Möglichkeiten würden in den juristischen Gremien der Zielsteuerung geprüft, das Ergebnis stehe noch nicht fest.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das Ministerium auf ein klareres und verbindlicheres Planungs- und Steuerungssystem für das Gesundheitswesen hinwies, indem es das Thema im April 2016 in die paritätisch aus Vertreterinnen und Vertretern der Zielsteuerungspartner zusammengesetzte Redaktionsgruppe zur Vorbereitung der Reformvereinbarung 2017 einbrachte. Es schlug vor, die RSG für den intramuralen Bereich durch eine Verordnung der jeweiligen Landesregierung und für den extramuralen Bereich durch eine Verordnung des Landeshauptmanns im Einvernehmen mit dem Hauptverband umzusetzen. Laut Ministerium wurde dieser Vorschlag jedoch verworfen, weil eine verfassungskonforme Abgrenzung der Inhalte der beiden Verordnungen nicht möglich gewesen sei.

Die im Jänner 2017 in Kraft getretene Reformvereinbarung 2017 sah vor, die Bundesgesundheitsagentur bundes- und landesgesetzlich zu ermächtigen, die zuvor von Bund, Ländern und Sozialversicherung einvernehmlich ausgewählten Teile des ÖSG als verbindlich festzulegen und durch Verordnung kundzumachen.

Für die RSG enthielt die Reformvereinbarung eine analoge Bestimmung; die Verordnung war diesfalls von den Landesgesundheitsfonds zu erlassen.

Abweichend davon sah das ebenfalls im Jänner 2017 in Kraft getretene Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz 2017 vor, dass die Bundes-Zielsteuerungskommission jene für die nachhaltige Versorgung der Bevölkerung unerlässlichen Teile des ÖSG auszuweisen hatte, die eine rechtlich verbindliche Grundlage für Planungsentscheidungen der RSG bilden sollten. Die Planungsvorgaben der RSG, die rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollten, waren von den Landes-Zielsteuerungskommissionen als solche auszuweisen. Die Verbindlichkeit der ausgewiesenen Teile sollte durch Verordnungen der Gesundheitsplanungs GmbH⁶ auf Bundes- bzw. Landesebene hergestellt werden, wobei die als verbindlich vorgesehenen Teile einem allgemeinen Begutachtungsverfahren zu unterziehen waren. Kam kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des RSG zustande, hatte die Landesregierung wie bisher einen Landeskrankenanstaltenplan zu erlassen.

Im März 2017 kamen die Zielsteuerungspartner überein, die Verbindlichmachung von ÖSG-Inhalten in einem ersten Schritt auf wenige, ausgewählte Inhalte zu beschränken.

Die Bundes-Zielsteuerungskommission beschloss im Juni 2017 den ÖSG 2017, der die für eine Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH vorgesehenen Inhalte gesondert auswies. Die Abstimmung dieser Inhalte erforderte noch im November 2017 Aktualisierungen im ÖSG sowie in der dazu geplanten Verordnung. Zu den im Verordnungsentwurf angeführten Inhalten des ÖSG zählten die überregionale Versorgungsplanung, die Rehabilitation für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche, die bundesweite Planung von Großgeräten sowie Vorgaben zu Struktur und Inhalt der RSG. Nicht enthalten waren hingegen die in der Versorgungs- und Planungsgrundlagenmatrix (TZ 6) enthaltenen Planungsrichtwerte für die (allgemeine) Versorgungsplanung sowie die Bettenmessziffer, die der Bund nach wie vor als wesentliches Kriterium zur Prüfung der ÖSG-Konformität der Kapazitätsplanungen der Länder heranzog (TZ 7).

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung hatte die Gesundheitsplanungs GmbH noch keine Verordnungen zum ÖSG und zu den RSG erlassen.

⁶ Die Gesundheitsplanungs GmbH war von der Gesundheitsministerin oder dem Gesundheitsminister zu gründen, Gesellschafter waren der Bund, die Länder und der Hauptverband, die Beschlussfassung in der Generalversammlung hatte einstimmig zu erfolgen. Der Gründungsprozess war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung abgeschlossen und der Firmenbucheintrag erfolgt.

3.2

Der RH sah positiv, dass das Ministerium zu Beginn der Arbeiten zur Revision des ÖSG und zur Textierung der Reformvereinbarung 2017 das Thema Verbindlichkeit der Planungen in den Abstimmungsprozess mit den Zielsteuerungspartnern einbrachte. So schlug es beispielsweise vor, die RSG im intramuralen Bereich durch Verordnungen der Landesregierungen umzusetzen.

Das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz 2017 gab zwar ein Modell zur verbindlichen Umsetzung der Strukturpläne vor; der RH hielt jedoch kritisch fest, dass dieses Modell keine generelle Verbindlichkeit festlegte, sondern die Möglichkeit schuf, nur bestimmte Teile der Strukturpläne verbindlich zu stellen. Der RH beurteilte seine Empfehlung daher als teilweise umgesetzt.

Der RH vertrat die Ansicht, dass die verbindliche Wirkung der Krankenanstaltenplanung sichergestellt werden könnte, indem die Verantwortung dafür klar zugeordnet wird. Dann wäre das erwähnte Modell, das sowohl die Anzahl der Akteure als auch – durch das Begutachtungsverfahren – die Komplexität des Planungs- und Steuerungssystems abermals erhöhte, nicht mehr erforderlich. Vor diesem Hintergrund verwies der RH auf seine diesbezügliche Empfehlung in der folgenden **TZ 4**.

4.1

(1) Der RH hatte dem Ministerium in seinem Vorbericht (TZ 30) empfohlen, auf eine Konzentration der Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung im Krankenanstaltenwesen in einer Hand hinzuwirken. Der RH hatte die Ansicht vertreten, dass der aufwendige Prozess der Krankenanstaltenplanung ein Ausdruck der gegebenen Kompetenzersplitterung war, und auf bereits länger vorhandene Ansätze zur Bereinigung verwies, etwa im Rahmen des Österreich-Konvents oder in den Positionen des RH zur Verwaltungsreform⁷.

(2) Das Ministerium hatte im Nachfrageverfahren auf seine Stellungnahme verwiesen, wonach eine stärkere Konzentration der Verantwortung auch sein Anliegen sei. Eine über die Grundsatzgesetzgebung hinausgehende Mitsprache- und Gestaltungsmöglichkeit des Bundes im Bereich der Krankenanstaltenplanung könne nur im Wege von Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG erreicht werden. Das für eine diesbezügliche Änderung der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung vorab erforderliche Einvernehmen mit den Ländern sei bislang nicht zustande gekommen.

⁷ Positionen, Reihe 2011/1, S. 159

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die verfassungsrechtliche Kompetenzverteilung unverändert blieb. Laut Ministerium hätten die Länder eine diesbezügliche Änderung bereits zu Beginn der Verhandlungen zum Finanzausgleichsgesetz 2017⁸ auf politischer Ebene ausgeschlossen.⁹

Der Bund erreichte keine Änderung der Kompetenzverteilung, brachte jedoch Vorschläge zur Stärkung seiner Rolle in der Krankenanstaltenplanung in die Verhandlungen ein, die in der Reformvereinbarung 2017 berücksichtigt wurden, etwa die Aufnahme bundesweit einheitlicher ÖSG-Vorgaben für Aufbau, Inhalte, Struktur, Planungsmethoden, Darstellungsformen und Planungshorizonte der RSG. Zudem hatten die Länder den Bund gemäß der Reformvereinbarung 2017 nunmehr bereits im Entwurfsstadium eines RSG zu informieren und das Vorliegen der Rechts- und ÖSG-Konformität vor Beschluss des RSG mit dem Bund abzustimmen.

4.2

Der RH anerkannte, dass das Ministerium Vorschläge zur Stärkung der Mitsprache- und Gestaltungsmöglichkeit des Bundes im Bereich der Krankenanstaltenplanung in die Finanzausgleichsverhandlungen einbrachte, die in der Reformvereinbarung 2017 berücksichtigt wurden. Die Krankenanstaltenplanung erfolgte jedoch, in Ermangelung einer klaren Abgrenzung der diesbezüglichen Verantwortung zwischen Bund und Ländern, immer noch nicht gesamthaft und bundesländerübergreifend. Der RH stufte seine Empfehlung daher als nicht umgesetzt ein.

Im Sinne der empfohlenen Konzentration der Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung sollte das Ministerium konkrete Schritte setzen, damit eine gesamthaft und bundesländerübergreifende Krankenanstaltenplanung in der Bundesverfassung sichergestellt wird.

4.3

Das Ministerium verwies in seiner Stellungnahme auf das im aktuellen Regierungsprogramm 2017–2022 enthaltene Vorhaben der Überprüfung und Neuordnung der Kompetenztatbestände der Art. 10 bis 15 B-VG (Kompetenzentflechtung). Dieses umfasse insbesondere die Abschaffung des Kompetenztypus der Grundsatz- und Ausführungsgesetzgebung gemäß Art. 12 B-VG, worüber der zuständige Bundesminister für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz Gespräche mit den Ländern aufgenommen habe. Der Kompetenztatbestand der „Heil- und Pflegeanstalten“ sei derzeit Gegenstand der Beratungen einer dafür eingerichteten Arbeitsgruppe.

⁸ BGBl. I Nr. 116/2016 i.d.g.F.

⁹ Das Ministerium konnte dazu keine schriftlichen Belege wie etwa Verhandlungsprotokolle oder Vereinbarungen vorlegen, weil es laut eigener Auskunft nicht von Anfang an in die Besprechungen und Verhandlungen zum Finanzausgleichsgesetz eingebunden gewesen sei.

Planungsinstrumente und –methoden

5.1

(1) Der RH hatte dem Ministerium in seinem Vorbericht (TZ 11) empfohlen, im Zuge der nächsten ÖSG–Revision darauf hinzuwirken, dass die Versorgungsmatrix die Salden der inländischen Gastpatientenströme auch auf der Ebene der Versorgungsregion ausweist. Der RH hatte kritisiert, dass die Versorgungsmatrix lediglich auf die zur Versorgung der Wohnbevölkerung geplanten Krankenhausaufenthalte Bezug nahm („quellbezogene“ Darstellung), jedoch auf die Darstellung der Gastpatientenströme auf Ebene der Versorgungsregion verzichtete, obwohl diese Information zentral verfügbar und zur Ermittlung der in einer Versorgungsregion insgesamt anfallenden Krankenhausaufenthalte („zielbezogene“ Darstellung) erforderlich war.

(2) Das Ministerium hatte im Nachfrageverfahren an seiner Stellungnahme festgehalten, wonach die Berücksichtigung von Gastpatientinnen und –patienten nur in der „Zielregion“, also in jener Region, wo Gastpatientinnen und –patienten versorgt werden, sinnvoll sei. Die Versorgungsmatrix stelle jedoch den Versorgungsbedarf der in einer Region wohnhaften Bevölkerung dar.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass sich die Versorgungsmatrix des ÖSG 2017 von jener des ÖSG 2012 zwar geringfügig unterschied, indem sie die Krankenhausaufenthalte exklusive des bis zum Jahr 2025 realisierbaren Verlagerungspotenzials in den spitalsambulanten Bereich darstellte und dieses Verlagerungspotenzial in einer neuen Spalte als Summe für ganz Österreich auswies. Sie enthielt jedoch weiterhin keine zielbezogene Darstellung.

Das Ministerium hatte die Berücksichtigung von Gastpatientinnen und –patienten durch eine Umstellung der Versorgungsmatrix auf eine zielbezogene Darstellung in den mit der ÖSG–Revision befassten Arbeitsgruppen im Jahr 2015 zur Diskussion gestellt und die Zielsteuerungspartner darauf hingewiesen, dass ein alleiniger Quellbezug (also die Berücksichtigung lediglich der Wohnbevölkerung) in der Planung nicht ausreiche und eine bundesländerübergreifende Abstimmung erforderlich sei. Die Länder wiesen jedoch darauf hin, dass die Berücksichtigung der Gastpatientenströme auf Ebene der Versorgungsregion davon ausgehen müsse, dass Gastpatientinnen und –patienten künftig in derselben Versorgungsregion wie derzeit versorgt würden, was wegen möglicher Umstrukturierungen von Krankenanstalten und allfälliger Veränderungen ihrer Versorgungsaufträge nicht sinnvoll sei. Die zielbezogene Darstellung der Planaufenthalte berge daher die Gefahr einer Festschreibung bestehender Strukturen und schränke die Flexibilität ein.

Im Jänner 2016 kam die Fachgruppe Planung¹⁰ zu dem Ergebnis, dass die Salden der Gastpatientenströme auch im ÖSG 2017 lediglich auf Ebene des Bundeslandes dargestellt werden sollen. Die Patientenströme (bzw. die Salden) auf Ebene der Versorgungsregion wurden hingegen in der sogenannten „Patientenstrommatrix“ dargestellt und diese den Ländern im Rahmen der sogenannten „ÖSG-Werkzeugkiste“ in einem passwortgeschützten Bereich der Ministeriumswebsite zur Verfügung gestellt.

5.2

Der RH erachtete seine Empfehlung als teilweise umgesetzt; dies insofern, als das Ministerium die Umstellung der Versorgungsmatrix des ÖSG von einer quellbezogenen auf eine zielbezogene Darstellung mit Berücksichtigung der Gastpatientenströme auf der Ebene der Versorgungsregion in die Verhandlungen mit den Zielsteuerungspartnern einbrachte. Der RH wies jedoch darauf hin, dass die quellbezogene Darstellung im ÖSG 2017 unverändert aufrecht blieb.

Der RH hielt es nach wie vor für zweckmäßig, alle verfügbaren Informationen zur Ermittlung der in einer Versorgungsregion insgesamt anfallenden Krankenhausaufenthalte („zielbezogene“ Darstellung) in der Krankenanstaltenplanung zu nutzen und diese transparent in der Versorgungsmatrix des ÖSG darzustellen. Die Gefahr der Einschränkung der Flexibilität sah der RH nicht, weil seiner Ansicht nach Planabweichungen nicht nur zulässig, sondern geradezu geboten waren, wenn sich die der Planung zugrunde gelegten Annahmen, etwa die Annahme konstanter Patientenströme, später als unzutreffend erwiesen.

Der RH empfahl dem Ministerium daher, weiterhin darauf hinzuwirken, dass die Versorgungsmatrix des ÖSG die Salden der inländischen Gastpatientenströme auch auf der Ebene der Versorgungsregion ausweist.

5.3

Das Ministerium sagte dies zu, hielt aber fest, dass es diese Frage nicht allein entscheiden könne. Die im Bericht dargestellten Argumente der Länder könne es nachvollziehen.

Die Ansicht des RH, dass Planabweichungen nicht nur zulässig, sondern geradezu geboten seien, wenn sich die der Planung zugrunde gelegten Annahmen später als unzutreffend erwiesen, müsse mit den Systempartnern noch weiter diskutiert werden, weil bisher die gemeinsame Auffassung bestanden habe, dass Abweichungen von der Planung möglichst zu vermeiden seien. Transparente Entscheidungsgrundlagen, wann welche Planabweichungen unter welchen Umständen geboten seien, könne das Ministerium nur im Einvernehmen mit den Zielsteuerungspartnern festlegen.

¹⁰ Die Fachgruppe Planung war eine der paritätisch zusammengesetzten Arbeitsgruppen der Bundesgesundheitsagentur (vgl. das Organigramm in TZ 30 des Vorberichts). Der Fachgruppe Planung gehörten je neun Vertreterinnen und Vertreter des Bundes, der Bundesländer und der Sozialversicherung an.

5.4 Der RH entgegnete dem Ministerium, dass er ein Mindestmaß an Flexibilität beim Vollzug der Planung als zweckmäßig erachte. Insbesondere könnten – unter der Voraussetzung der Offenlegung der Planungsmethoden und der zugrunde gelegten Annahmen – allfällige Planabweichungen im Rahmen des Monitoring-Prozesses nachvollziehbar begründet werden. Eine einvernehmliche Vereinbarung diesbezüglicher Entscheidungsgrundlagen im Vorhinein erachtete der RH hingegen als nicht sachdienlich; diese würde die Komplexität der Planung weiter erhöhen.

6.1 (1) Der RH hatte dem Ministerium in seinem Vorbericht (TZ 12) empfohlen, auf die Erstellung einer adaptierten und um den fachrichtungsspezifischen Bettenbedarf auf Ebene der Versorgungsregion ergänzten Fassung der Planungsmatrix hinzuwirken und dabei die Gastpatientenströme zwischen den Versorgungsregionen zu berücksichtigen. Der RH hatte kritisiert, dass die aus der Versorgungsmatrix stammenden Planaufenthalte je Leistungs- bzw. Diagnosengruppe für die Planungsmatrix zwar in stationäre Aufenthalte je Fachrichtung umgerechnet wurden, die Ermittlung und Darstellung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs, d.h. der zur Deckung des Versorgungsbedarfs in den einzelnen Fachrichtungen erforderlichen Bettenkapazitäten, jedoch unterblieb. Nach Ansicht des RH war damit ein Vergleich der Vorgaben der Planungsmatrix mit den Detailplanungen, die Angaben zum fachrichtungsspezifischen Bettenbedarf enthielten, nicht möglich. Der RH hatte hervorgehoben, dass die Umsetzung seiner Empfehlung die Überprüfung der ÖSG-Konformität der Detailplanungen ermöglichen würde und dass Planabweichungen weiterhin zulässig wären, sofern sie im Rahmen des Monitoring-Prozesses sachlich und nachvollziehbar begründet würden.

(2) Das Ministerium hatte im Nachfrageverfahren an seiner Stellungnahme festgehalten und diese ergänzt. Demnach sei die Darstellung der Planaufenthalte je Fachrichtung zum einen problematisch, weil medizinische Leistungen nicht immer einer Fachrichtung zuordenbar seien. Zum anderen würden „starre Planungsrichtwerte“, wie beispielsweise die Festlegung von Planaufhalten auf Ebene der Versorgungsregion, die Flexibilität von Leistungsverchiebungen vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich erheblich einschränken. Überdies könne die Ermittlung des Bettenbedarfs je Fachrichtung zur unerwünschten Festschreibung eines „künstlichen“ Bettenbedarfs führen. Schließlich sei die Berücksichtigung inländischer Gastpatientenströme wegen des Bezugs der Planungsmatrix auf die Quellregion (TZ 5) nicht möglich.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Ermittlung und Darstellung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs in der Planungsgrundlagenmatrix¹¹ des ÖSG 2017

¹¹ Die Planungsmatrix des ÖSG 2012 wurde im ÖSG 2017 in Planungsgrundlagenmatrix umbenannt, nicht zuletzt um sie von den Planungsmatrizen der RSG zu unterscheiden und zum Ausdruck zu bringen, dass sie keine Planwerte, sondern Planungsrichtwerte enthielt.

unterblieben und diese nach wie vor lediglich die Anzahl der geplanten stationären Aufenthalte je Fachrichtung auf Bundeslandebene auswies.

Die Projektgruppe ÖSG-Neustrukturierung¹² hielt bereits im November 2015 fest, dass die Grundstruktur der Planungsmatrix im Wesentlichen unverändert bleiben sollte. Das Ministerium wies zwar auch im Rahmen der Fachgruppe Planung im Dezember 2015 auf das vom RH in seinem Vorbericht hervorgehobene Problem der Trennung zwischen quellbezogener Rahmenplanung im ÖSG und zielbezogener Planung in den RSG hin, dennoch unterblieb die Adaptierung der Planungsmatrix im Rahmen der weiteren Arbeiten zur ÖSG-Revision. Laut Ministerium hätten die Länder eine Umstellung der Planungsmatrix auf eine zielbezogene Darstellung im Wesentlichen aus denselben Gründen abgelehnt wie bei der Versorgungsmatrix (TZ 5). Darüber hinaus sei in der Reformvereinbarung 2017 festgelegt, dass die standortbezogene Kapazitätsplanung für den akutstationären Bereich sowie die transparente und nachvollziehbare Berücksichtigung der Gastpatientenströme (TZ 12) in den RSG zu erfolgen hätten.

6.2

Das Ministerium setzte die Empfehlung des RH teilweise um, weil es die Kritik und Empfehlung des RH in die Verhandlungen mit den Zielsteuerungspartnern – wenn gleich erfolglos – einbrachte.

Die vom RH in seinem Vorbericht aufgezeigten Problemfelder bestanden wegen der unterbliebenen Adaptierung der Planungsmatrix somit weiterhin, nämlich die Trennung zwischen quellbezogener Rahmenplanung im ÖSG und zielbezogener Planung in den RSG einerseits und die unterschiedlichen Bezugsgrößen der Planung (Planaufenthalte im ÖSG und Planbetten in den RSG) andererseits (TZ 10).

Der RH empfahl dem Ministerium, weiterhin auf die Erstellung einer adaptierten und um den fachrichtungsspezifischen Bettenbedarf auf Ebene der Versorgungsregion ergänzten Fassung der Planungsgrundlagenmatrix hinzuwirken und dabei die Gastpatientenströme zwischen den Versorgungsregionen zu berücksichtigen.

6.3

Das Ministerium sagte dies zu. Es merkte dazu aber an, dass die Festlegung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs auf Ebene der Versorgungsregion unter Berücksichtigung der inländischen Gastpatientenströme im ÖSG zu einer grundlegenden Änderung der zwischen den Systempartnern vereinbarten Funktionen von ÖSG und RSG führen würde. Dies würde die Detailplanungskompetenz der Länder im Krankenanstaltenbereich und damit auch große Teile der RSG erübrigen. Insofern sei bei gegebener Kompetenzlage dafür kein Einvernehmen mit den Ländern zu erwarten.

¹² Die Projektgruppe ÖSG-Neustrukturierung war ein der Fachgruppe Planung (TZ 5) untergeordnetes, paritätisch zusammengesetztes Arbeitsgremium.

7.1

(1) Der RH hatte dem Ministerium in seinem Vorbericht (TZ 13) empfohlen, im Zuge der nächsten ÖSG-Revision auf einen Verzicht auf die Darstellung der Bettenmessziffer hinzuwirken. Der RH hatte kritisiert, dass regionale Besonderheiten bei der Ermittlung der Bettenmessziffer nicht berücksichtigt wurden und die Bettenmessziffer darüber hinaus einen Toleranzbereich von $\pm 25\%$ in Form sogenannter Intervallgrenzen aufwies, um damit „epidemiologische und intersektorale Versorgungsspezifika einer Region“ berücksichtigen zu können. Da die regionalen Gegebenheiten jedoch nicht im Rahmen des Monitoring-Prozesses transparent gemacht wurden und der ÖSG festlegte, dass selbst eine Verletzung der Intervallgrenzen nicht notwendigerweise eine Missachtung der Rahmenvorgaben darstellte, war die Bettenmessziffer nach Ansicht des RH weder für Planungs- und Steuerungszwecke noch für Evaluierungszwecke geeignet.

(2) Das Ministerium hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die Bettenmessziffer ein zentraler, österreichweit einheitlich gültiger Planungsrichtwert sei, der auch in der bevorstehenden Revision des ÖSG enthalten sein werde.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass auch der ÖSG 2017 die Bettenmessziffer je Fachrichtung als zentralen Planungsrichtwert enthielt. Die Fachgruppe Planung hatte im Jänner 2016 eine Diskussion über den erwähnten Toleranzbereich sowie über eine höhere Verbindlichkeit der Bettenmessziffer auf die nächste ÖSG-Revision verschoben.

Das Ministerium zog die Bettenmessziffer nach wie vor bei seinen Stellungnahmen zu RSG und Landeskrankenanstaltenplänen als wesentliches Prüfkriterium im Hinblick auf die Kapazitätsplanungen heran. Es habe auf den Verzicht der Bettenmessziffer deswegen nicht hingewirkt, weil die Darstellung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs auf der Ebene der Versorgungsregion unter Berücksichtigung der Gastpatientenströme in einer adaptierten Planungsmatrix nicht realisierbar gewesen sei (TZ 6).

7.2

Das Ministerium setzte die Empfehlung des RH nicht um. Der RH hielt dazu fest, dass seine Empfehlungen zur Adaptierung der Planungsmatrix und zum Verzicht auf die Bettenmessziffer gemeinsam zu betrachten waren, weil der Verzicht auf die Bettenmessziffer die empfohlene Adaptierung der Planungsmatrix voraussetzte; weil diese unterblieb, war das Ministerium bei der Überprüfung der ÖSG-Konformität der Kapazitätsplanungen der RSG und Landeskrankenanstaltenpläne bis auf Weiteres auf die – nach Ansicht des RH dafür nicht geeignete – Bettenmessziffer angewiesen. Der RH verwies daher auf seine Empfehlung, auf die Erstellung einer adaptierten Planungsgrundlagenmatrix hinzuwirken (TZ 6).

8.1

(1) Der RH hatte dem Ministerium in seinem Vorbericht (TZ 15) empfohlen, in Wahrnehmung seiner zentralen Koordinations- und Steuerungsfunktion einen Standard zur Ermittlung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs zu erarbeiten und diesen der Bundes-Zielsteuerungskommission zur Beschlussfassung vorzulegen. Der RH hatte den Prozess der Kapazitätsplanung als überaus komplex und nur eingeschränkt zweckmäßig erachtet. Dies insofern, als zwar das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (**ÖBIG**) die Versorgungsmatrix zentral erstellte, die weiteren Berechnungsschritte aber dezentral auf Landesebene erfolgten, obwohl die dafür benötigten Informationen zentral vorlagen oder bundesweit standardisiert werden konnten. Er hatte in diesem Zusammenhang auch kritisiert, dass die Länder ihre Methoden zur Ermittlung der Anzahl der in den einzelnen Fachrichtungen erforderlichen Planbetten nicht offenlegten.

(2) Das Ministerium hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, die in seiner Stellungnahme zugesagte Prüfung der Möglichkeit einer bundesweiten Standardisierung mit Nachdruck zu verfolgen. Es hatte jedoch auf die Argumentation der Länder verwiesen, der zufolge eine bundesweite Ermittlung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs durch die Bettenmessziffer ohnehin vorgegeben sei.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das Ministerium keinen Standard zur Ermittlung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs erarbeitet hatte.

Die Fachgruppe Planung erwog im Jänner 2016 eine einheitliche Umrechnung der in der Versorgungsmatrix nach Leistungs- bzw. Diagnosengruppen gegliederten Planaufenthalte in Bettenbedarfe pro Fachrichtung. Sie hatte aber Bedenken, dass dies in einzelnen Versorgungsregionen zu einem unerwünschten Kapazitätsaufbau führen könnte, der in der überregionalen Betrachtung nicht sinnvoll sei. Darüber hinaus seien die Leistungs- und Diagnosengruppen in den einzelnen Bundesländern oder Versorgungsregionen sehr heterogen auf die einzelnen Fachrichtungen verteilt, u.a. wegen überlappender Leistungsbereiche oder unterschiedlicher Präferenzen für Behandlungsalternativen.¹³ Die Fachgruppe kam überein, dass die Methoden zur Ermittlung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs in den RSG künftig in transparenterer Form als bisher offengelegt werden sollten und stellte dafür einen „ÖSG-Methodenband“ in Aussicht.

Das Ministerium wies auch auf die immer geringere Bedeutung hin, die der Bettenplanung im akutstationären Bereich angesichts des Ziels einer integrierten Versorgung und größerer Durchlässigkeit zwischen den Versorgungsformen zukomme.

¹³ Der RH hatte allerdings in seinem Vorbericht auf die bereits vorliegenden standardisierten fachspezifischen Leistungsspektren hingewiesen und betont, dass er nicht nur die Harmonisierung der Berechnungsmethode, sondern insbesondere auch ihre Offenlegung als zweckmäßig erachtete und dass eine vom Standard abweichende Zuordnung von Leistungen auf Fachrichtungen im Rahmen des Monitoring-Prozesses zu begründen wäre.

Daher orientiere sich der ÖSG auch stärker an Versorgungsstufen als an Fachrichtungen und konzentriere sich auf multiprofessionelle und interdisziplinäre Versorgungsformen mit besonderem Regelungsbedarf.

8.2

Das Ministerium setzte die Empfehlung des RH nicht um. Stattdessen stellte die Fachgruppe Planung einen „ÖSG-Methodenband“ in Aussicht, der zur Vereinheitlichung der in den RSG verwendeten Methoden zur Ermittlung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs und zu mehr Transparenz beitragen sollte.

Der RH teilte die Bedenken der Fachgruppe Planung nicht, dass eine standardisierte Ermittlung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs und eine dadurch erhöhte Nachvollziehbarkeit der RSG-Planungsergebnisse zu unerwünschten Effekten führen könnten. Er vertrat im Gegenteil die Ansicht, dass die evidenz- und datenbasierte Ermittlung der zur Versorgung erforderlichen stationären Kapazitäten, die Offenlegung der Planungsmethoden sowie die Schaffung von Transparenz über die Gründe für allfällige Planabweichungen geeignet waren, sachlich nicht gebotene Einflussnahmen auf die Planungsergebnisse hintanzuhalten.

Der RH nahm zur Kenntnis, dass das Ministerium von einer immer geringer werdenden Bedeutung der Bettenplanung im akutstationären Bereich ausging, wies aber darauf hin, dass das Bett bis auf Weiteres die wichtigste Bezugsgröße der Kapazitätsplanung im stationären Bereich war (TZ 7).

Der RH hielt daher seine Empfehlung an das Ministerium aufrecht, einen Standard zur Ermittlung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs zu erarbeiten, und empfahl ergänzend, diesen Standard im geplanten „ÖSG-Methodenband“ nachvollziehbar darzustellen.

8.3

Das Ministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es sich weiterhin für die Festlegung eines Standards zur Ermittlung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs einsetzen werde.

Evaluierung und Monitoring

9.1

(1) Der RH hatte dem Ministerium in seinem Vorbericht (TZ 21) empfohlen, sich in der Bundesgesundheitsagentur bzw. der Bundes-Zielsteuerungskommission für ein ÖSG-Monitoring auf Ebene der Versorgungsregion einzusetzen. Der RH hatte kritisiert, dass das ÖSG-Monitoring eine Beurteilung der Angemessenheit von Versorgungsangeboten und Leistungsdichte wegen des hohen Aggregationsniveaus auf Bundeslandebene nur eingeschränkt gestattete.

(2) Das Ministerium hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass es auch die Vorgehensweise beim ÖSG-Monitoring im Rahmen der Arbeiten und Verhandlungen zur ÖSG-Revision thematisiert und sämtliche Empfehlungen des RH eingebracht habe.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das ÖSG-Monitoring mit Ausnahme laufender Wartungsarbeiten seit der Vorlage des Vorberichts unverändert blieb. Im Hinblick auf die Kapazitätsplanung verglich das Monitoring einerseits das Leistungsgeschehen in den Krankenanstalten, insbesondere die Anzahl der stationären Aufenthalte je Leistungs- und Diagnosengruppe und je Fachrichtung, mit den Zielwerten der Versorgungsmatrix und der Planungsmatrix und andererseits die Einhaltung der Intervalle zur Bettenmessziffer. Allerdings beschränkten sich diese Monitoring-Berichte nach wie vor auf die Bundeslandebene und ermöglichten keine Beurteilung der Angemessenheit von Versorgungsangeboten und Leistungsdichte in den Versorgungsregionen.

Laut Ministerium arbeiteten die Zielsteuerungspartner seit Mitte 2014 intensiv an der Erstellung des neuen ÖSG, weshalb die Weiterentwicklung des ÖSG-Monitorings in Ermangelung personeller und finanzieller Kapazitäten nachrangig gewesen sei. Die Fachgruppe Planung, der das Ministerium im Jänner 2016 eine Punktation der für die Fachgruppe maßgeblichen RH-Empfehlungen aus dem Vorbericht vorlegte, hielt zu einem ÖSG-Monitoring auf Ebene der Versorgungsregion fest, dass dieses zu einer Vervielfachung des Arbeitsaufwands führen würde, die Ergebnisse ohne Kenntnis regionaler Besonderheiten und Umfeldfaktoren aber nicht abschließend beurteilt werden könnten. Das Thema ÖSG-Monitoring würde daher erst nach Fertigstellung des ÖSG bearbeitet. Laut Ministerium sei der nächste Workshop für Juni 2018 geplant.

9.2

Das Ministerium setzte die Empfehlung des RH nicht um, weil es die Erstellung des ÖSG 2017 als vorrangig betrachtete und daher die (personellen und finanziellen) Ressourcen für die Weiterentwicklung des ÖSG-Monitorings fehlten.

Der RH empfahl dem Ministerium, ein Monitoring einzurichten, das eine Beurteilung der Angemessenheit von Versorgungsangeboten und Leistungsdichte auf Ebene der Versorgungsregion ermöglicht.

9.3 Das Ministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass Anfang Juli 2018 ein Workshop zur Neuausrichtung des ÖSG-Monitorings stattgefunden habe.

Die empfohlene Änderung des ÖSG-Monitorings könne nur dann erfolgen, wenn die dafür erforderlichen vergleichbaren Informationen über das vorhandene und geplante Leistungsangebot sowie die Leistungsdichte auf Ebene der Versorgungsregion vorhanden seien. Diese Informationen würden künftig den RSG zu entnehmen sein, sobald die neuen ÖSG-Vorgaben über Mindestinhalte und Darstellungsform der RSG in allen Bundesländern umgesetzt seien.

10.1 (1) Der RH hatte dem Ministerium in seinem Vorbericht (TZ 22) empfohlen, künftig im Rahmen des ÖSG-Monitorings auch die Prüfung der ÖSG-Konformität der Detailplanungen sicherzustellen und damit das Evaluierungskonzept des ÖSG lückenlos umzusetzen. Der RH hatte die Ansicht vertreten, dass der unmittelbare Vergleich der Planungsgrundlagen des ÖSG mit dem Leistungsgeschehen in den Krankenanstalten nicht ausreichend war, und darauf hingewiesen, dass die ÖSG-Konformität der Detailplanungen wegen der auf den verschiedenen Planungsebenen verwendeten unterschiedlichen Bezugsgrößen¹⁴ nicht überprüfbar war.

(2) Das Ministerium hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass es seine Stellungnahme aufrecht halte, wonach das Leistungsgeschehen in einzelnen Versorgungsbereichen, Bundesländern und Regionen kontinuierlich vor dem Hintergrund der ÖSG-Vorgaben beobachtet und überprüft werde. Im Falle gravierender Abweichungen würde es die Ergebnisse den betroffenen Ländern kommunizieren und diese auffordern, für die Herstellung eines ÖSG-konformen Zustands zu sorgen. Das Ministerium hatte ergänzt, dass es mit den Zielsteuerungspartnern die österreichweite Vereinheitlichung von Mindestinhalten und einheitlichere Darstellungsformen der RSG verhandeln wolle, womit die Möglichkeiten zur Überprüfung der ÖSG-Konformität der Detailplanungen erheblich verbessert werden könnten.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das – wie erwähnt seit der Vorlage des Vorberichts im Wesentlichen unveränderte – ÖSG-Monitoring zwar die kontinuierliche Überprüfung des Leistungsgeschehens in den Krankenanstalten vor dem Hintergrund der ÖSG-Vorgaben umfasste (TZ 9), nicht aber die Überprüfung, ob die Detailplanungen der im ÖSG vorgegebenen Rahmenplanung entsprachen.

¹⁴ stationäre Aufenthalte je Leistungs- bzw. Diagnosengruppe in der Versorgungsmatrix (TZ 5); stationäre Aufenthalte je Fachrichtung in der Planungsmatrix (TZ 6); Betten je Fachrichtung in den RSG bzw. Landeskrankenanstaltenplänen

Laut Ministerium werde das Evaluierungskonzept des ÖSG insoweit umgesetzt, als die Prüfung der ÖSG-Konformität im Rahmen der Begutachtungen von Entwürfen und Änderungen von RSG und Landeskrankenanstaltenplänen erfolge. Der RH hatte dies in seinem Vorbericht als grundsätzlich zweckmäßig erachtet, jedoch bemängelt, dass die Prüfung der Kapazitätsplanungen dabei lediglich anhand der dafür nicht geeigneten Bettenmessziffer (TZ 7) erfolgte.

Auch die Planungsgrundlagenmatrix des ÖSG 2017 wies die in den einzelnen Fachrichtungen erforderlichen Bettenkapazitäten auf Ebene der Versorgungsregion nicht aus und berücksichtigte die Versorgung von Gastpatientinnen und -patienten nicht, obwohl das Ministerium eine entsprechende Adaptierung vorgeschlagen hatte (TZ 6). Weil die Länder aber nach wie vor die erforderliche Bettenanzahl je Fachrichtung planten, konnte die ÖSG-Konformität anhand der Bettenmessziffer nur grob geprüft werden.

Als wesentliche Voraussetzung für ein detaillierteres Monitoring erachtete das Ministerium die in der Reformvereinbarung 2017 sowie im ÖSG 2017 vereinbarten Elemente zur Vereinheitlichung der RSG (TZ 3, TZ 4). Die zuständigen Arbeitsgremien würden sich mit den Möglichkeiten der praktischen Umsetzung zu befassen haben, sobald einige RSG in der neuen Struktur vorlägen.

Der ÖSG 2017 enthielt nicht mehr das Evaluierungskonzept des ÖSG 2012 und erwähnte das ÖSG-Monitoring nur mehr im Zusammenhang mit der regelmäßigen Beobachtung der Angebote der überregionalen Versorgungsplanung.

10.2

Das Ministerium setzte die Empfehlung des RH nicht um und verwies stattdessen darauf, dass die Überprüfung, ob die Detailplanungen der im ÖSG vorgegebenen Rahmenplanung entsprachen, im Rahmen der Begutachtungen von Entwürfen und Änderungen von RSG und Landeskrankenanstaltenplänen erfolge.

Der RH hielt dazu fest, dass er bereits in seinem Vorbericht (TZ 13 und TZ 16) die teilweise detaillierten Stellungnahmen des Bundes zwar als grundsätzlich zweckmäßig, die Prüfung der Kapazitätsplanungen anhand der Bettenmessziffer jedoch als nicht ausreichend erachtet hatte. Allerdings bestand nach Ansicht des RH auch zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine Alternative, weil die von ihm empfohlene Adaptierung der Planungsmatrix unterblieb.

Der RH hielt seine Empfehlung an das Ministerium aufrecht, künftig im Rahmen des ÖSG-Monitorings auch die Prüfung der ÖSG-Konformität der Detailplanungen sicherzustellen und wiederholte seine Empfehlung aus TZ 6, auf die Erstellung einer adaptierten Planungsgrundlagenmatrix hinzuwirken.

10.3 Das Ministerium verwies auf seine Stellungnahme zur vorangegangenen **TZ 9** und auf die neuen ÖSG-Vorgaben betreffend die Vereinheitlichung der RSG. Sobald diese umgesetzt seien, könne die ÖSG-Konformität der Detailplanungen strukturiert und vergleichbar dargestellt werden.

11.1 (1) Der RH hatte dem Ministerium in seinem Vorbericht (TZ 22) empfohlen, der Bundes-Zielsteuerungskommission einen wirksamen und unmittelbar auf den Bereich der Gesundheitsplanung bezogenen Sanktionsmechanismus vorzuschlagen. Ein derartiger finanzieller Anreiz zur Einhaltung des ÖSG sollte auch bei den Verhandlungen zum Finanzausgleich berücksichtigt werden. Der RH hatte kritisch festgehalten, dass das Ministerium den in der Reformvereinbarung 2008 vorgesehenen Sanktionsmechanismus nicht auslöste, und bezweifelt, dass die in der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit 2013 vorgesehenen und im Wesentlichen aus einer Berichtspflicht ohne finanzielle Konsequenzen bestehenden Sanktionen geeignet waren, ein vereinbarungskonformes Verhalten der Zielsteuerungspartner sicherzustellen.

(2) Das Ministerium hatte im Nachfrageverfahren seine Stellungnahme aufrecht gehalten, wonach der Sanktionsmechanismus ein einvernehmlich mit allen neun Ländern erreichtes Verhandlungsergebnis sei und vom Bund nicht einseitig festgelegt werden könne. Aus Sicht des Bundes seien die vereinbarten Sanktionsmechanismen im Großen und Ganzen ausreichend.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Sanktionsmechanismen unverändert blieben. Nach Angaben des Ministeriums sei eine Einigung mit den Ländern über eine Neugestaltung der Sanktionsmechanismen von vornherein aussichtslos gewesen, weshalb es keine diesbezüglichen Vorschläge eingebracht habe. Zur Erreichung eines vereinbarungskonformen Vorgehens sei die bloße Androhung von Sanktionen bislang ausreichend gewesen.

11.2 Das Ministerium setzte die Empfehlung des RH nicht um, weil es keinen Vorschlag für einen wirksamen Sanktionsmechanismus erstattete.

Der RH hielt daher seine Empfehlung an das Ministerium aufrecht, der Bundes-Zielsteuerungskommission einen wirksamen und unmittelbar auf den Bereich der Gesundheitsplanung bezogenen Sanktionsmechanismus vorzuschlagen.

11.3 Laut Stellungnahme des Ministeriums würden die Länder einem weiteren Sanktionsmechanismus keinesfalls zustimmen, sodass ein entsprechender Vorschlag an die Bundes-Zielsteuerungskommission ein aussichtsloses Unterfangen wäre.

Das Ministerium werde sich jedenfalls weiterhin mit allen verfügbaren Mitteln für eine verbindliche Verpflichtung der Systempartner zur Umsetzung konkreter Planungsvorhaben sowie für die Sanktionierung der Nichteinhaltung getroffener Vereinbarungen einsetzen.

11.4 Der RH entgegnete dem Ministerium, dass dessen Stellungnahme den RH in seiner in **TZ 3** und **TZ 4** vertretenen Ansicht bestärkte, dass eine klare Zuordnung der Verantwortung für die Krankenanstaltenplanung die verbindliche Wirkung der Krankenanstaltenplanung sicherstellen könnte.

12.1 (1) Der RH hatte dem Ministerium in seinem Vorbericht (TZ 31) empfohlen, darauf hinzuwirken, dass die Länder in ihren Krankenanstaltenplanungen künftig inländische Gastpatientenströme in nachvollziehbarer Form berücksichtigen. Der RH hatte festgehalten, dass die Berücksichtigung von Gastpatientinnen und –patienten in den Planungen der Länder nur zum Teil nachvollziehbar war und dass beispielsweise im Wiener und im niederösterreichischen RSG entsprechende Darstellungen fehlten. Obwohl inländische Gastpatientinnen und –patienten die akutstationären Versorgungsstrukturen erheblich beanspruchten und etwa in Wien über 20 % der gesamten stationären Aufenthalte im Jahr 2013 ausmachten, fehlte auf Bundesebene, etwa im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (**KAKuG**), eine verbindliche Vorgabe zu deren Berücksichtigung. Die finanzielle Abgeltung der Versorgung inländischer Gastpatientinnen und –patienten beruhte nicht auf der tatsächlichen Inanspruchnahme der Versorgungsstrukturen, sondern erfolgte pauschal.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte das Ministerium mitgeteilt, dass es sich im Zuge der Arbeiten und Verhandlungen zur Revision des ÖSG mit Nachdruck dafür einsetze, dass die Länder in ihren Planungen künftig inländische Patientenströme in nachvollziehbarer Form berücksichtigen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass inländische Gastpatientinnen und –patienten, d.h. Personen, die ein Krankenhausbett außerhalb ihres Wohnsitzbundeslandes belegten, die Versorgungsstrukturen nach wie vor erheblich beanspruchten:

- Während etwa die Anzahl der stationären Aufenthalte in Österreich insgesamt von rd. 2,46 Mio. im Jahr 2013 um rd. 1,2 % auf rd. 2,49 Mio. im Jahr 2016 stieg, betrug die Steigerungsrate bei Aufenthalten inländischer Gastpatientinnen und –patienten in diesem Zeitraum rd. 4,8 % (von 256.993 auf 269.388 Aufenthalte). Der Anteil ihrer Aufenthalte an den Aufenthalten insgesamt stieg daher von rd. 10,4 % im Jahr 2013 auf rd. 10,8 % im Jahr 2016.

- Im Jahr 2016 entfielen in Wien 123.970 oder rd. 21,1 % der insgesamt 587.488 stationären Aufenthalte auf inländische Gastpatientinnen und –patienten. Dagegen wurden rd. 34,3 % der Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Burgenland in einem anderen Bundesland versorgt.

Die Reformvereinbarung 2017 legte die transparente Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer Gastpatientinnen und –patienten als einen der Schwerpunkte der RSG fest, was gegenüber der Reformvereinbarung 2008 eine Neuerung darstellte.

Während das KAKuG nach wie vor keine diesbezüglichen Vorgaben enthielt, verpflichtete das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz 2017 die Landesgesetzgebung in einer Grundsatzbestimmung, die transparente Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer Gastpatientinnen und –patienten in den RSG sicherzustellen.

Ein finanzieller Ausgleich für die Versorgung inländischer Gastpatientinnen und –patienten auf der Basis der tatsächlichen Inanspruchnahme erfolgte zwischen den Bundesländern nach wie vor nicht. Die Reformvereinbarung 2017 legte diesbezüglich – wie bereits die Reformvereinbarung 2008 – fest, dass für inländische Gastpatientinnen und –patienten keine über die Abgeltung der Landesgesundheitsfonds hinausgehende Entschädigung zu leisten war. Bilaterale Vereinbarungen waren aber möglich.

12.2

Das Ministerium setzte die Empfehlung des RH um, indem es mit den Ländern in der Reformvereinbarung 2017 die transparente Berücksichtigung der Versorgung von Gastpatientinnen und –patienten in den RSG vereinbarte. Darüber hinaus verpflichtete das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz 2017 die Landesgesetzgebung, die transparente Berücksichtigung der Versorgung von Gastpatientinnen und –patienten in den RSG sicherzustellen. Der RH erachtete dies als zweckmäßig, weil die inländischen Gastpatientenströme bereits im Jahr 2013 beträchtlich waren und seitdem tendenziell anstiegen.

Der RH empfahl dem Ministerium, beim Beschluss von RSG künftig sicherzustellen, dass die Länder die Versorgung von Gastpatientinnen und –patienten darin tatsächlich transparent berücksichtigen.

Der RH kritisierte, dass nach wie vor kein finanzieller Ausgleich für die Versorgung inländischer Gastpatientinnen und –patienten auf der Basis der tatsächlichen Inanspruchnahme zwischen den Bundesländern erfolgte und auch die Reformvereinbarung 2017 lediglich feststellte, dass bilaterale Vereinbarungen möglich waren. Der RH hielt – wie in seinem Vorbericht – fest, dass damit keine Kosten-

wahrheit und kein Anreiz für die Länder bestanden, ihre regionalen Planungen intensiver aufeinander abzustimmen.

Der RH empfahl dem Ministerium daher, gemeinsam mit den Ländern in der künftigen Reformvereinbarung einen auf der tatsächlichen Inanspruchnahme beruhenden finanziellen Ausgleich für die Versorgung inländischer Gastpatientinnen und –patienten vorzusehen.

12.3

Das Ministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es im Rahmen seiner Möglichkeiten seinen Beitrag dazu leisten werde, dass die Länder die Versorgung von Gastpatientinnen und –patienten in den RSG tatsächlich transparent berücksichtigen. Eine gesicherte Versorgung von inländischen Gastpatientinnen und –patienten habe für das Ministerium höchste Priorität. Diesbezüglich sei eine Reihe von Festlegungen mit den Ländern und der Sozialversicherung im ÖSG beschlossen und nunmehr auch in der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH verbindlich festgelegt worden.

Das Ministerium setze sich schon seit langer Zeit für einen auf der tatsächlichen Inanspruchnahme beruhenden finanziellen Ausgleich für die Versorgung inländischer Gastpatientinnen und –patienten ein und habe mit den Systempartnern bereits verschiedene Modelle beraten; eine Umsetzung habe bislang jedoch nur partiell bei ausgewählten überregionalen Versorgungsaufgaben (z.B. Kinderherzchirurgie) vereinbart werden können. Das Ministerium werde diese Angelegenheit jedoch weiterhin aktiv vorantreiben.

Schlussempfehlungen

- 13** Der RH stellte fest, dass das Ministerium von elf überprüften Empfehlungen zwei Empfehlungen umsetzte, drei teilweise und sechs Empfehlungen nicht umsetzte.

Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts Bund 2015/17			
Vorbericht		Follow-up-Überprüfung	
TZ	Empfehlungsinhalt	TZ	Umsetzungsgrad
Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz			
8	Hinwirken auf die Beseitigung der begrifflichen Unklarheiten betreffend das Verhältnis von Rahmenplanung und Detailplanung und Klarstellung, dass die im ÖSG vorgegebenen Grenzen nicht missachtet werden dürfen	2	umgesetzt
9	Hinwirken auf einen Rechtsrahmen, der eine verbindliche Wirkung der Planungen auf Bundes- (ÖSG) und auf Landesebene (RSG) in vollem Umfang sicherstellt	3	teilweise umgesetzt
11	Hinwirken darauf, dass die Versorgungsmatrix die Salden der inländischen Gastpatientenströme auch auf der Ebene der Versorgungsregion ausweist	5	teilweise umgesetzt
12	Hinwirken auf die Erstellung einer adaptierten und um den fachrichtungsspezifischen Bettenbedarf auf Ebene der Versorgungsregion ergänzten Fassung der Planungsmatrix	6	teilweise umgesetzt
13	Hinwirken auf einen Verzicht auf die Darstellung der Bettenmessziffer im nächsten ÖSG	7	nicht umgesetzt
15	Erarbeitung eines Standards zur Ermittlung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs und Vorlage zur Beschlussfassung an die Bundes-Zielsteuerungskommission	8	nicht umgesetzt
21	Einsatz für ein ÖSG-Monitoring, das sich auf die für die Detailplanung relevante Ebene der Versorgungsregion bezieht	9	nicht umgesetzt
22	Sicherstellen, dass im Rahmen des ÖSG-Monitorings künftig – im Interesse der lückenlosen Umsetzung des Evaluierungskonzepts des ÖSG – auch die ÖSG-Konformität der Detailplanungen geprüft wird	10	nicht umgesetzt
22	Vorschlag eines wirksamen und unmittelbar auf den Bereich der Gesundheitsplanung bezogenen Sanktionsmechanismus an die Bundes-Zielsteuerungskommission	11	nicht umgesetzt
30	Hinwirken auf die Konzentration der Aufgaben, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung im Krankenanstaltenwesen in einer Hand	4	nicht umgesetzt
31	Hinwirken darauf, dass die Länder in ihren Krankenanstaltenplanungen künftig inländische Gastpatientenströme in nachvollziehbarer Form berücksichtigen	12	umgesetzt

ÖSG = Österreichischer Strukturplan Gesundheit
RSG = Regionaler Strukturplan Gesundheit

Aus Anlass der nunmehrigen Follow-up-Überprüfung hob der RH folgende Empfehlungen an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz hervor:

- (1) Im Sinne der empfohlenen Konzentration der Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung wären konkrete Schritte zu setzen, damit eine gesamthafte und bundesländerübergreifende Krankenanstaltenplanung in der Bundesverfassung sichergestellt wird. **(TZ 4)**
- (2) Es wäre darauf hinwirken, dass die Versorgungsmatrix des Österreichischen Strukturplans Gesundheit die Salden der inländischen Gastpatientenströme auch auf der Ebene der Versorgungsregion ausweist. **(TZ 5)**
- (3) Es wäre auf die Erstellung einer adaptierten und um den fachrichtungsspezifischen Bettenbedarf auf Ebene der Versorgungsregion ergänzten Fassung der Planungsgrundlagenmatrix hinzuwirken und dabei wären die Gastpatientenströme zwischen den Versorgungsregionen zu berücksichtigen. **(TZ 6, TZ 10)**
- (4) Ein Standard zur Ermittlung des fachrichtungsspezifischen Bettenbedarfs wäre zu erarbeiten und im geplanten „ÖSG-Methodenband“ nachvollziehbar darzustellen. **(TZ 8)**
- (5) Es wäre ein Monitoring einzurichten, das eine Beurteilung der Angemessenheit von Versorgungsangeboten und Leistungsdichte auf Ebene der Versorgungsregion ermöglicht. **(TZ 9)**
- (6) Im Rahmen des Monitorings des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) wäre auch die Prüfung der Konformität der Detailplanungen mit dem ÖSG sicherzustellen. **(TZ 10)**
- (7) Der Bundes-Zielsteuerungskommission wäre ein wirksamer und unmittelbar auf den Bereich der Gesundheitsplanung bezogener Sanktionsmechanismus vorzuschlagen. **(TZ 11)**
- (8) Es wäre beim Beschluss von Regionalen Strukturplänen Gesundheit künftig sicherzustellen, dass die Länder die Versorgung von Gastpatientinnen und -patienten darin tatsächlich transparent berücksichtigen. **(TZ 12)**

- (9) Gemeinsam mit den Ländern wäre in der künftigen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ein auf der tatsächlichen Inanspruchnahme beruhender finanzieller Ausgleich für die Versorgung inländischer Gastpatientinnen und -patienten vorzusehen. (TZ 12)



Wien, im November 2018

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

R
—
H

