

# REFERENTENENTWURF

Gelb: Änderungen

Grau: Streichungen

(Rot: Kursiv): Kommentar

## REFERENTENENTWURF FÜR EINE ZUKÜNFTIGE

VEREINBARUNG gemäß Art. 15a B-VG über ...  
aufgrund der bisherigen Ergebnisse der strukturpolitischen Verhandlungen

(Stand: 28. September 2007)

### INHALTSVERZEICHNIS

#### PRÄAMBEL (*offen*)

##### 1. Abschnitt

##### Allgemeine Bestimmungen

- Artikel 1 Gegenstand und Schwerpunkte  
Artikel 2 Geltungsbereich

##### 2. Abschnitt

##### Planung, Nahtstellenmanagement, Qualität, Gesundheitstelematik, leistungsorientierte Finanzierungssysteme und Gesundheitsökonomie

- Artikel 3 Integrierte Gesundheitsstrukturplanung  
Artikel 4 Österreichischer Strukturplan Gesundheit  
Artikel 5 Nahtstellenmanagement im Interesse der Patientinnen und Patienten  
Artikel 6 Qualität im österreichischen Gesundheitswesen  
Artikel 7 Gesundheitstelematik (e-Health) und elektronische Gesundheitsakte (ELGA)  
Artikel 8 Leistungsorientierte Finanzierungssysteme  
~~Artikel 8a Sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs~~  
Artikel 9 Gesundheitsökonomie

##### ~~x. Abschnitt~~

##### ~~Neue ambulante Organisationsformen~~

*(eigene Arbeitsgruppe)*

##### 3. Abschnitt

##### Bundesgesundheitsagentur und Landesgesundheitsfonds

##### Unterabschnitt A) Bundesgesundheitsagentur

- Artikel 10 Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur  
Artikel 11 Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur  
Artikel 12 Organisation der Bundesgesundheitsagentur

# REFERENTENENTWURF

- Artikel 13 Mittel der Bundesgesundheitsagentur  
(Finanzierungsregelung laut FAG-Paktum ist noch zu formulieren)

## Unterabschnitt B) Landesgesundheitsfonds

- Artikel 14 Einrichtung der Landesgesundheitsfonds  
Artikel 15 Organisation der Landesgesundheitsfonds  
Artikel 16 Aufgaben der Gesundheitsplattformen auf Länderebene im Rahmen der Landesgesundheitsfonds  
Artikel 17 Mittel der Landesgesundheitsfonds  
(Finanzierungsregelung laut FAG-Paktum ist noch zu formulieren)  
Artikel 17a Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge  
(Finanzierungsregelung laut FAG-Paktum ist noch zu formulieren)  
Artikel 18 Kostenbeitrag  
(Finanzierungsregelung laut FAG-Paktum ist noch zu formulieren)  
Artikel 19 Berechnung von Landesquoten  
(Finanzierungsregelung laut FAG-Paktum ist noch zu formulieren)

### 4. Abschnitt

#### Zusammenwirken der Institutionen

- Artikel 20 Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den Trägern der Krankenanstalten und zu den Landesgesundheitsfonds

### 5. Abschnitt

#### Transparenz der Voranschläge und der Rechnungsabschlüsse

- Artikel 21 Transparenz der Voranschläge und der Rechnungsabschlüsse

### 6. Abschnitt

#### Leistungsorientierte Finanzierung im Gesundheitswesen

- Artikel 22 Durchführung der leistungsorientierten Finanzierung  
Artikel 23 Krankenanstaltenspezifische Berechnung der LKF-Punkte

### 7. Abschnitt

#### Inländische Gastpatientinnen und Gastpatienten

- Artikel 24 Ausgleich für inländische Gastpatientinnen und Gastpatienten (Finanzierungsregelungen offen)

### 8. Abschnitt

#### Weitere Finanzierungsmaßnahmen

- Artikel 25 Mittel für ~~Gesundheits Österreich GmbH (GÖG)~~ und Finanzierung von Projekten und Planungen  
Artikel 26 Mittel für den Kooperationsbereich (Reformpool) (Text wird nachgereicht)  
Artikel 27 Förderung des Transplantationswesens  
Artikel 28 Finanzierung überregional bedeutsamer Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen  
Artikel 29 Evaluierung von Vorsorgemaßnahmen

### 9. Abschnitt

#### Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung

(Text wird nachgereicht)

- Artikel 30 Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung

### ~~7. Abschnitt~~

#### ~~Evaluierung von allen gesetzten Maßnahmen~~

- Artikel 31 Evaluierung

### 10. Abschnitt

#### Dokumentation

- Artikel 32 Sicherstellung und Weiterentwicklung der Dokumentation  
Artikel 33 Erfassung weiterer Daten  
Artikel 34 Erhebungen und Einschaurechte

# REFERENTENENTWURF

## 11. Abschnitt

### Sanktionen

- Artikel 35 Sanktionen intramuraler Bereich  
Artikel 36 Sanktionen extramuraler Bereich

## 12. Abschnitt

### Sonstige Bestimmungen

- Artikel 37 Schutzklausel für Bund und Träger der Sozialversicherung  
Artikel 38 Schutzklausel für Städte und Gemeinden  
~~Artikel 38a Zuständigkeit für ärztliche Ausbildungsstätten und -stellen~~  
Artikel 39 Ausländische Anspruchsberechtigte, Anstaltspflege im Ausland aus medizinischen Gründen  
Artikel 40 Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes (Zams)  
Artikel 41 Schiedskommission

## ~~Z. Abschnitt~~

### ~~Rechtliche Umsetzung der Vereinbarung~~

*(eigene Arbeitsgruppe)*

## 13. Abschnitt

### Schlussbestimmungen

- Artikel 42 Inkrafttreten  
Artikel 43 Durchführung der Vereinbarung  
Artikel 44 Geltungsdauer, Kündigung  
Artikel 45 Mitteilungen  
Artikel 46 Urschrift

## PRÄAMBEL

*(Text der Präambel wird aktualisiert, wenn alle Inhalte der Vereinbarung feststehen.)*

## 1. ABSCHNITT

### Allgemeine Bestimmungen

#### Artikel 1

#### Gegenstand und Schwerpunkte

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, nach Maßgabe der nachstehenden Bestimmungen dieser Vereinbarung

- ~~weiterhin~~ eine Bundesgesundheitsagentur mit einer Bundesgesundheitskommission und Landesgesundheitsfonds mit Gesundheitsplattformen auf Länderebene zur regionen- und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und zur Sicherstellung einer gesamthaften Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens einzurichten,
- Mittel für den Kooperationsbereich (Reformpool) für Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und dem extramuralen Bereich in den Landesgesundheitsfonds vorzusehen,
- Mittel für Planungen und Projekte, die der Sicherstellung und der Verbesserung der Qualität, der Effizienz und der Effektivität der Gesundheitsversorgung dienen, vorzusehen ~~und die dafür erforderlichen Daten in aussagekräftiger Form zur Verfügung zu stellen,~~
- das Transplantationswesen und weitere wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung ~~(z.B. flächendeckendes qualitätsgestütztes und systematisches Mammographie-Screeningprogramm, molekulargenetische Analyse zur Identifikation von Familien mit erblichem Brust- und Eierstockkrebs, Identifikation von angeborenen Stoffwechselerkrankungen bei Säuglingen, Maßnahmen betreffend Epidermolysis bullosa) auf Basis von Beschlüssen der Bundesgesundheitskommission zu fördern,~~
- die Beziehungen der Landesgesundheitsfonds, der Träger der Sozialversicherung, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (im Folgenden: Hauptverband) und der Träger der Krankenanstalten gemäß Art. 14 Abs. 3 und 4 (im Folgenden: Träger von Krankenanstalten) untereinander festzulegen und

## REFERENTENTWURF

6. den Trägern der Krankenanstalten auf Rechnung von Landesgesundheitsfonds im Namen der Träger der Sozialversicherung leistungsorientiert Zahlungen für die Behandlung von Patientinnen/Patienten, für die eine Leistungspflicht der Sozialversicherung besteht, zu gewähren.

(2) Inhaltliche Schwerpunkte dieser Vereinbarung sind

1. Intensivierung der erforderlichen Strukturveränderungen im intra- und extramuralen Bereich,
2. Ermöglichung von neuen ambulanten Organisationsformen,
3. sektorenübergreifende Finanzierung von ambulanten Leistungen,
4. Forcierung der Maßnahmen zur Sicherstellung einer integrierten und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens,
5. zur Effektivitäts- und Effizienzsteigerung eine flächendeckende verbindliche Verankerung der Qualitätsarbeit auf allen Ebenen des Gesundheitswesens,
6. die Grundsätze für ein Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Leistungserbringern,
7. Fortsetzung der Arbeiten zum Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (wie ELGA, eCard, eHealth),
8. die Forcierung gesundheitsökonomischer Ansätze.

### Artikel 2

#### Geltungsbereich

(1) Der Geltungsbereich dieser Vereinbarung umfasst – soweit im Folgenden nichts anderes bestimmt wird – das gesamte österreichische Gesundheitswesen (intra- und extramuraler Bereich) und – soweit davon betroffen – die Nahtstellen zum Pflegebereich.

(2) Die Kostenersätze für den klinischen Mehraufwand gemäß § 55 KAKuG bilden keinen Gegenstand dieser Vereinbarung.

## 2. ABSCHNITT

### Planung, Nahtstellenmanagement, Qualität, Gesundheitstelematik, leistungsorientierte Finanzierungssysteme, sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs und Gesundheitsökonomie

### Artikel 3

#### Integrierte Gesundheitsstrukturplanung

(1) Die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur umfasst alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und angrenzender Bereiche. Bestandteil dieser Vereinbarung ist die Sicherstellung der Realisierung einer integrierten Planung insbesondere für die folgenden Bereiche:

1. Stationärer Bereich, sofern dieser aus Mitteln der Gebietskörperschaften und/oder der Sozialversicherung zur Gänze oder teilweise finanziert wird;
2. Ambulanter Bereich, d.h. Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, ambulante Versorgungszentren, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte mit Kassenverträgen, Gruppenpraxen mit Kassenverträgen und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen;
3. Rehabilitationsbereich mit dem Ziel des weiteren Auf- und Ausbaus einer österreichweit gleichwertigen, flächendeckenden abgestuften Versorgung im Sinne eines bedarfsgerechten Angebotes in allen Bereichen und auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung, d.h. stationär und ambulant, mit besonderer Berücksichtigung der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen;
4. Pflegebereich, soweit dieser im Rahmen des Nahtstellenmanagements für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist.

(2) Wesentliche Zielsetzung im Rahmen der Gesundheitsstrukturplanung ist die Intensivierung des Auf- und Ausbaus integrierter Gesundheitsversorgungsstrukturen (u.a. Einrichtung ambulanter Versorgungszentren, Schaffung neuer Kooperationsmodelle) sowie des Aufbaus vor- und nachgelagerter Betreuungsformen zur Entlastung des stationären Akutbereichs. Weiters ist eine optimierte Arbeitsteilung zwischen Spitälern der Zentral-, Schwerpunkt- und Standardversorgung anzustreben und es sind der erforderliche Aufbau überregionaler Versorgungsstrukturen in der Spitzenmedizin sowie die sektorenübergreifende Nutzung der Medizintechnologie voranzutreiben.

(3) Im Besonderen wird vereinbart, eine österreichweit gleichwertige, flächendeckende abgestufte Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich einheitlich zu planen sowie prioritär umzusetzen. Im Sinne eines bedarfsgerechten Angebotes ist die Realisierung der übergreifenden Planung Palliativ- und Hospizversorgung in

## REFERENTENENTWURF

allen Bereichen und auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung, d.h. im stationären Akut- und Langzeitbereich, im ambulanten Bereich sowie an den Nahtstellen zum Pflegebereich, sicherzustellen.

(4) Die Gesundheitsstrukturplanung hat die Beziehungen zwischen den Ebenen und Teilbereichen der Gesundheitsversorgung und angrenzender Versorgungsbereiche zu berücksichtigen. Im Sinne einer gesamtwirtschaftlichen Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung berücksichtigen Teilbereichsplanungen die Wechselwirkung zwischen den Teilbereichen dahingehend, dass die gesamtwirtschaftlichen Aspekte vor den ökonomischen Aspekten des Teilbereiches ausschlaggebend sind. Art. 26 Abs. 2 ist dabei zu beachten. Die Sicherung der Qualität und die Patientinnen-/Patientenorientierung sind dabei jedenfalls sicherzustellen.

(5) Die Gesundheitsstrukturplanung ist an Kriterien zur Qualität gemäß Art. 6 und zum Nahtstellenmanagement gemäß Art. 5 zu binden.

(6) Die für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur und für die Umsetzung der Planungsfestlegungen jeweils notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen sind unverzüglich in Kraft zu setzen. Insbesondere ist vorzusehen, dass bei Vakanz einer Kassenplanstelle die zuständige Gesundheitsplattform deren Zweckmäßigkeit für die Gesundheitsversorgung zu überprüfen hat.

### Artikel 4

#### Österreichischer Strukturplan Gesundheit

(1) Die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur wird im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (im Folgenden: ÖSG) festgelegt. Der ÖSG stellt die Rahmenplanung für die stationäre und ambulante Versorgungsplanung in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) bzw. für Detailplanungen auf regionaler Ebene und/oder auf Ebene einzelner Bereiche der Gesundheitsversorgung (im Folgenden: Detailplanungen) im stationären, ambulanten, im Rehabilitationsbereich und an den Nahtstellen zum Pflegebereich dar.

(2) Die Vertragsparteien kommen überein, bis zum 31. Dezember 2005 einvernehmlich einen verbindlichen Österreichischen Strukturplan Gesundheit festzulegen. Bis zum 31. Dezember 2005 gilt weiterhin der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP 2003) als gemeinsame verbindliche Planungsgrundlage. Kommt in Bezug auf den Österreichischen Strukturplan Gesundheit zwischen den Vertragsparteien keine Einigung zustande, so bleibt der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP 2003) weiterhin als gemeinsame verbindliche Planungsgrundlage aufrecht. Bis 30. Juni 2005 wird eine Evaluierung des ÖKAP/GGP 2003 vorgenommen. Die in den nachfolgenden Bestimmungen dieses Artikels angeführten Festlegungen sind bis zum Inkrafttreten des ÖSG sinngemäß auf den ÖKAP/GGP 2003 anzuwenden.

(2) Der ÖSG umfasst eine Leistungsangebotsplanung für den stationären Akutbereich der Krankenanstalten mit Planungshorizont 2010. Entsprechend seiner Zielsetzung als Planungsgrundlage für das Gesundheitswesen umfasst der ÖSG quantitative und qualitative Planungsaussagen für alle Gesundheitsversorgungsbereiche. Eine Leistungsangebotsplanung wird in jenen Bereichen vorgenommen, wo die verfügbaren Datengrundlagen dies ermöglichen. Weiters enthält der ÖSG die Darstellung des Ist-Standes der Versorgungsstrukturen im nicht-akuten stationären Bereich der Krankenanstalten, im ambulanten Bereich, im Rehabilitations- sowie an den Nahtstellen zum im Pflegebereich auf Ebene von Versorgungsregionen, im Rehabilitationsbereich auf Ebene von und Versorgungszonen, zu umfassen. Verbindliche Strukturqualitätskriterien stellen einen integrierenden Bestandteil der Planungsaussagen im Rahmen der Leistungsangebotsplanung dar. (vormals Abs. 3)

(3) Die Leistungsangebotsplanung für Der ÖSG 2006 ist während der Laufzeit dieser Vereinbarung von der Bundesgesundheitsagentur kontinuierlich weiterzuentwickeln. Aufbauend auf den ÖSG 2006 sind Planungsgrundsätze und Planungsfestlegungen prioritär für den ambulanten Bereich, den nicht-akuten stationären Bereich der Krankenanstalten, den Rehabilitationsbereich (einschließlich Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen) sowie für die Nahtstellen zum Pflegebereich entsprechend Abs. 4 sukzessive bis zum Ende der Vereinbarungsperiode verbindlich festzulegen und in den ÖSG aufzunehmen. Die Vertragsparteien kommen überein, die dafür notwendigen Datengrundlagen gemäß Artikel 32 und 33 in ausreichender Qualität zur Verfügung zu stellen. (vormals Abs. 4)

(4) Regelmäßige Erweiterungen bzw. Revisionen des ÖSG sind während der Laufzeit dieser Vereinbarung von der Bundesgesundheitskommission auszuarbeiten zu beschließen und in geeigneter Weise kundzutun. (vormals Abs. 8) Es werden folgende Entwicklungsschritte vereinbart:

1. Bis Ende 2008 sind Planungsgrundsätze, Ziele und Methoden - insbesondere für die ambulante Versorgungsplanung - im Einvernehmen zwischen Bund, Sozialversicherung und Ländern festzulegen. Weiters wird der ÖSG um Planungsaussagen und Qualitätskriterien für weitere - zumindest für die im ÖSG 2006 bereits vorgesehenen - Versorgungsbereiche ergänzt. Die im Rehabilitationsplan 2004 definierten Strukturqualitätskriterien für die stationäre und ambulante Rehabilitation pro Indikationsgruppe werden im ÖSG verankert.



## REFERENTENTWURF

2. Die Planung des ambulanten Bereichs wird - unter Berücksichtigung ambulanter Versorgungszentren im Zusammenwirken insbesondere der Länder und der Sozialversicherung - unmittelbar in Angriff genommen. Ein weiterer Weiterentwicklungsschwerpunkt ist die Planung für den bedarfsgerechten morbiditätsbasierten Ausbau der stationären und ambulanten Rehabilitationsangebote inklusive der Entwicklung von Ergebnisqualitätskriterien insbesondere im Bereich der ambulanten Rehabilitation.
3. Bis Ende 2010 wird eine umfassende Revision der bisherigen ÖSG-Inhalte auf der Datenbasis 2009 mit Planungshorizont 2020 vorgenommen.
4. Die Leistungsmatrix des ÖSG wird jährlich gewartet, in Bezug auf die Änderungen in den Dokumentationsgrundlagen (insbesondere Leistungskatalog) angepasst und gemeinsam mit den LKF-Modellfestlegungen von der Bundesgesundheitskommission beschlossen.

Weiters erfolgt ein laufendes Update der Informationen zum Ist-Stand in den verschiedenen Versorgungsbereichen, wobei der Ist-Stand bezüglich der Pflegeplätze, der mobilen Dienste sowie von Tagespflege und Kurzzeitpflege auf Ebene der Versorgungsregionen nach Validierung durch die Sozialabteilungen der Landesregierungen aktualisiert bzw. ergänzt werden.

(5) Die aufeinander abgestimmte stationäre und ambulante Versorgungsplanung im Rahmen der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) sowie Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen dieser Planung sind zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung in der Gesundheitsplattform einvernehmlich festzulegen. Die Krankenanstaltenplanung des RSG ist durch eine Verordnung des jeweiligen Landes zu erlassen. Die ambulante Versorgungsplanung des RSG für den gesamten niedergelassenen Bereich ist durch eine Richtlinie des Hauptverbandes für die Sozialversicherungsträger hinsichtlich Vertragsabschlüsse verbindlich festzulegen. Die RSG sind Grundlage für die krankenanstaltenrechtliche Bedarfsprüfung bzw. für Vertragsabschlüsse der Sozialversicherung. Entsprechende Anpassungen im Krankenanstalten- sowie im Sozialversicherungsrecht sind vorzunehmen. Bei der Erteilung von Errichtungs- und Betriebsbewilligungen (Bedarfsprüfungsverfahren) sind alle versorgungswirksamen Kapazitäten inklusive Spitalsambulanzen und ambulanter Versorgungszentren zu berücksichtigen.

(6) Bei Detailplanungen sind die im ÖSG in der jeweiligen Fassung enthaltenen Vorgaben und Richtwerte einzuhalten. Detailplanungen sind im Wege der Gesundheitsplattform der Bundesgesundheitsagentur umgehend zur Kenntnis zu bringen. (vormals Abs. 5 und 6)

(7) Im Einklang mit dem ÖSG und den damit abgestimmten Detailplanungen, insbesondere mit dem RSG, sind die den Leistungsanbieterinnen/Leistungsanbietern erteilten bzw. bestehenden Bewilligungen sowie die mit diesen abgeschlossenen Verträge unter größtmöglicher Schonung wohlverborener Rechte zu ändern oder allenfalls zurückzunehmen. Die entsprechenden bundes- und landesgesetzlichen Regelungen haben dies zu ermöglichen. (vormals Abs. 10)

(8) Die Abrechenbarkeit von Leistungen im Rahmen der Landesgesundheitsfonds bzw. durch die Krankenversicherungsträger ist an die verpflichtende Einhaltung der Inhalte des ÖSG und der regionalen Detailplanungen, insbesondere des RSG, durch die Leistungserbringer/innen zu binden.

(9) Eine allfällige Bereitstellung von Investitionszuschüssen an die Leistungsanbieterinnen/-Leistungsanbieter hat im Einklang mit dem ÖSG und den damit abgestimmten Detailplanungen, insbesondere dem RSG, zu erfolgen. (vormals Abs. 11)

(10) Die Festlegungen im ÖSG und in den Detailplanungen sind hinsichtlich ihrer Umsetzung laufend zu überprüfen und zu evaluieren. (vormals Abs. 7)

### Artikel 5

#### Nahtstellenmanagement im Interesse der Patientinnen und Patienten

(1) Zur Gewährleistung eines patientinnen- und patientenorientierten, raschen, reibungs- und lückenlosen, effektiven, effizienten und sinnvollen Betreuungsverlaufes ist das Management an den Nahtstellen im Gesundheitswesen zu verbessern.

(2) Zur Regelung des Nahtstellenmanagements zwischen den leistungs anbietenden Einrichtungen sind von der Bundesgesundheitsagentur die Rahmenvorgaben im Hinblick auf Struktur, Prozesse und gewünschte Ergebnisse festzulegen.

(3) Diese Rahmenvorgaben haben zumindest die Verantwortung und die Kostentragung, ebenso die Ressourcenplanung und -sicherstellung zu beinhalten. Der funktionierende Informationstransfer zur organisatorischen Sicherstellung eines nahtlosen Überganges der Patientinnen- und Patientenversorgung zwischen leistungserbringenden Einrichtungen ist zu gewährleisten. Die Rahmenvorgaben haben ein gesundheitsförderndes Umfeld zu berücksichtigen.

(4) Zur Sicherstellung eines akkordierten Informationstransfers und als Voraussetzung für funktionierendes Nahtstellenmanagement, werden die Vertragsparteien in ihrem jeweiligen Wirkungsbereich dafür Sorge zu tragen,

## REFERENTENTWURF

dass in den Gesundheitseinrichtungen bundesweit einheitliche Vorgaben zur Dokumentation gemäß Art. 32 und 33 verbindlich vorgeschrieben werden.

(5) Die Bundesgesundheitsagentur hat die Rahmenvorgaben zu entwickeln und österreichweit einheitlich festzulegen. Sie hat einen entsprechenden Erfahrungsaustausch zwischen den Landesgesundheitsfonds zu unterstützen sowie Informations- und Beratungsfunktionen wahrzunehmen. Die Landesgesundheitsfonds berichten der Bundesgesundheitsagentur über die Erfüllung der Rahmenvorgaben. Diese Informationen fließen auch in die jährliche österreichische Berichterstattung über die Qualität im Gesundheitswesen ein.

(6) Die nahtstellenrelevanten Ergebnisse der aufgrund der bisherigen Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG durchgeführten und abgeschlossenen Projekte sind sinnvoll in die Entwicklung der Rahmenvorgaben miteinzubeziehen.

### Artikel 6

#### Qualität im österreichischen Gesundheitswesen

(1) Zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen ist systematische Qualitätsarbeit im Interesse der Patientinnen und Patienten zu implementieren und zu intensivieren. Dazu ist ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem basierend auf den Prinzipien Patientinnen- und Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität, Effizienz und Kostendämpfung nachhaltig zu entwickeln, umzusetzen und regelmäßig zu evaluieren.

(2) Die Vertragsparteien kommen überein, dass die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, zur Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend erfolgen. Dabei sind die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu berücksichtigen.

(3) Im Bereich der Strukturqualität sollen aufbauend auf den bisherigen Entwicklungsarbeiten im Rahmen des ~~Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes (OKAP/GGP 2003) des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG 2006)~~ bundesweit einheitliche Strukturqualitätskriterien für die Erbringung von Gesundheitsleistungen weiterentwickelt und verbindlich gemacht werden. Diese Strukturqualitätskriterien sind einzuhalten, unabhängig davon, in welcher Institution bzw. Einrichtung die Gesundheitsleistungen erbracht werden.

(4) Im Bereich der Prozessqualität ist die Methodenarbeit zu verbessern. Es sind österreichweit einheitliche Grundanforderungen zu entwickeln und verbindlich umzusetzen.

(5) Im Bereich der Ergebnisqualität ist die Methodenarbeit zu verbessern. Es sind Indikatoren und Referenzgrößen zu entwickeln und Meldepflichten hierzu einzuführen. ~~Vorhandene Datenbestände sollen so weit wie möglich herangezogen werden und sind in einer aussagekräftigen Form zur Verfügung zu stellen.~~

(6) Die qualitätsrelevanten Ergebnisse der aufgrund vorangegangener Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG durchgeführten und abgeschlossenen Projekte sowie sonstiger bundesweiter Projekte fließen in die zukünftig zu setzenden Maßnahmen der Vertragsparteien ein.

(7) Es ist eine bundesländer- und sektorenübergreifende ~~jährliche regelmäßige~~ Berichterstattung über die Qualität im Gesundheitswesen sicherzustellen. Diese Berichterstattung hat die österreichweite Erfassung der für die Beobachtung der Qualität des österreichischen Gesundheitswesens relevanten Daten zu gewährleisten. ~~Der Bericht Das Berichtswesen~~ ist als flexibles, laufend weiter zu entwickelndes Instrument anzulegen, welches als Grundlage für die Identifizierung von Verbesserungspotenzialen und für eine umfassende Planung im österreichischen Gesundheitswesen ~~sowie für die Information von Patientinnen und Patienten~~ dienen soll. Der administrative Aufwand bei der Dokumentation und Berichterstattung ist so gering wie möglich zu halten. ~~Vorhandene Datenbestände sollen so weit wie möglich herangezogen werden und sind in einer aussagekräftigen Form zur Verfügung zu stellen.~~

(8) Im Rahmen ihrer Verantwortlichkeiten haben die Vertragsparteien im Zusammenhang mit der Sicherung und Verbesserung der Qualität kontrollierend tätig zu werden. ~~Weiters soll auch das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen im Rahmen seiner Zuständigkeit kontrollierend tätig werden.~~

(9) Die Bundesgesundheitsagentur und die Landesgesundheitsfonds haben an der Umsetzung bundeseinheitlicher Vorgaben mitzuwirken.

(10) Zur Sicherstellung eines Qualitätssystems, das auf den Prinzipien der Patientinnen- und Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz beruht, ist die Förderung und der verstärkte Einsatz von innovativen Methoden entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft (z.B. Health Technology Assessment) erforderlich (insbesondere für sektorenübergreifende Maßnahmen und zur Evaluierung von Innovationen). Die dafür erforderlichen Daten sind in aussagekräftiger Form zur Verfügung zu stellen.

# REFERENTENTWURF

## Artikel 7

### Gesundheitstelematik (e-Health) und elektronische Gesundheitsakte (ELGA)

(1) Die Vertragsparteien stimmen überein, dass sich die Maßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitstelematik vorrangig an folgenden Zielsetzungen zu orientieren haben:

1. Qualitative Verbesserung der Versorgung,
2. Nutzung der ökonomischen Potenziale von Informations- und Kommunikationstechnologien,
3. Harmonisierung der nationalen Vorgangsweise mit Programmen und ~~Maßnahmen~~ ~~Aktivitäten~~ auf europäischer Ebene und
4. Sicherstellung des Rechtes der Patientinnen und Patienten auf Zugang zu persönlichen und allgemeinen Gesundheitsdaten.

(2) Ausgehend von diesen Zielsetzungen werden die Vertragsparteien alle Anstrengungen unternehmen, die Informations- und Kommunikationstechnologien als Instrument zur Modernisierung des Gesundheitswesens unter Wahrung der sozialen, technischen, rechtlichen und ethischen Standards im Gesundheitswesen zu nutzen. ~~Im Rahmen ihres Wirkungsbereiches~~ Sie werden ~~sie~~ die Festlegung und Umsetzung von Vorgaben und Vorhaben mit überregionaler, bundesweiter oder europäischer Bedeutung unterstützen, ~~ihre Umsetzung~~ verbindlich erklären und ihre Einhaltung überwachen.

(3) ~~In diesem Zusammenhang bekennen sich die Vertragsparteien~~ prioritär zur Konzeption und Einführung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) sowie der elektronischen Arzneimittelverschreibung und -verrechnung (eRezept). Der Bund verpflichtet sich, zur Planung und Akkordierung der Einführung der elektronischen Gesundheitsakte eine österreichweite Steuerungsgruppe unter umfassender Einbindung aller Betroffenen einzurichten. Die Länder verpflichten sich, an dieser Steuerungsgruppe teilzunehmen. Auf der Grundlage bereits durchgeführter Vorarbeiten und gemeinsamer Beschlüsse bekennen sich die Vertragsparteien zur Fortführung der Planungs- und Umsetzungsarbeiten zur Einführung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) als Vorhaben im Sinne des Abs. 2. In diesem Zusammenhang werden sie insbesondere:

1. die Arbeitsgemeinschaft elektronische Gesundheitsakte (ARGE ELGA) mit eigener Rechtspersönlichkeit und entsprechender Infrastruktur ausstatten, *(Bedarf einer politischen Klärung)*
2. die Konzeption der ELGA-Systemkomponenten (Architektur) und der ersten Kernanwendungen abschließen,
3. die Arbeitsergebnisse mit den in der Steuerungsgruppe ELGA vertretenen Partnern des Gesundheitswesens akkordieren,
4. die auf Basis gemeinsamer Beschlüsse für die Umsetzung im eigenen Wirkungsbereich notwendigen Entscheidungen zeitgerecht treffen und die für die Einführung und den Betrieb der ELGA notwendigen Ressourcen bereitstellen,
5. die Anpassung von Rechtsgrundlagen entsprechend den Anforderungen der ELGA durchführen, ein Recht der Betroffenen auf Bereitstellung (Registrierung) ihrer Gesundheitsdaten in ELGA und umfassende Auskunftspflichten über Art und Umfang der Verwendung gesundheitsbezogener Informationen von Betroffenen vorsehen sowie wirkungsvolle Mechanismen zur Kontrolle der Einhaltung dieser Rechte und Pflichten festlegen,
6. die Transparenz der umzusetzenden Maßnahmen durch umfassende Information der Öffentlichkeit sicherstellen.

(4) Darüber hinaus werden die Vertragsparteien insbesondere folgende Rahmenbedingungen für den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Sinne des Abs. 2 schaffen, weiterentwickeln und in ihrem Wirkungsbereich umsetzen:

1. Verfügbarkeit von informations- und kommunikationstechnologischer Infrastruktur sowie Sicherstellung der technischen und semantischen Interoperabilität auf der Grundlage international anerkannter Standards, Regelwerke und Nomenklaturen,
2. Bereitstellung zielgruppenorientierter und qualitätsgesicherter Informationen sowie elektronischer Gesundheitsdienste unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Betroffenen im Umgang mit Informations- und Kommunikationstechnologien,
3. Maßnahmen zur Erhöhung der Qualifikation des Gesundheitspersonals im Umgang mit Informations- und Kommunikationstechnologien, zur Förderung des Erfahrungsaustausches, zur Intensivierung der Nutzung von Wissenssystemen und zur Sicherstellung des raschen Transfers von Forschungsergebnissen in die Praxis,
4. Einführung und Verwendung von Instrumenten und Methoden zur Messung und Kommunikation von Fortschritten.

(5) Die Vertragsparteien werden ~~in ihrem Wirkungsbereich~~ alle organisatorischen, technischen und rechtlichen Vorkehrungen treffen, die den elektronischen Gesundheitsdatenaustausch auch mit Betroffenen ermöglichen bzw. den elektronischen Verkehr mit Gesundheitsdaten nachvollziehbar gestalten. Insbesondere werden die Vertragsparteien ~~in ihrem Wirkungsbereich~~ und dabei für einen wirksamen Schutz der Privatsphäre



## REFERENTENENTWURF

sorgen. Unbeschadet des gemeinsamen Verständnisses, den Verkehr mit Gesundheitsdaten weitestgehend elektronisch abzuwickeln, werden die Vertragsparteien sie in ihrem Wirkungsbereich jedoch alle erforderlichen Maßnahmen ergreifen, um jenen Betroffenen, die am elektronischen Verkehr nicht partizipieren können, die sie betreffenden Gesundheitsinformationen in einer für sie geeigneten Weise zur Verfügung zu stellen.

(6) Von der Bundesgesundheitsagentur sind als Aufgabe gemäß Art. 11 Abs. 1 Z. 7 insbesondere zu den in Abs. 5 genannten Schwerpunkten Grundanforderungen auszuarbeiten, die zumindest die umsetzungsbezogene Lokalisierung der Verantwortlichkeiten, eine Prioritätensetzung, eine Ressourcenbedarfsschätzung sowie Angaben zu den ökonomischen Auswirkungen zu enthalten haben. Die Bundesgesundheitsagentur hat ferner die gemäß den Abs. 3 bis 5 erzielten Fortschritte qualitativen, ökonomischen und gesellschaftlichen Auswirkungen des Einsatzes der Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen zu evaluieren. Die Landesgesundheitsfonds berichten der Bundesgesundheitsagentur über den Stand der Umsetzung, Entwicklung und die Umsetzung von Beschlüssen, die Erfüllung der Anforderungen bzw. die sonst erzielten Ergebnisse nach Maßgabe der von der Bundesgesundheitsagentur zu entwickelnden Berichtsstrukturen.

### Artikel 8

#### Leistungsorientierte Finanzierungssysteme

In Analogie zum stationären Bereich sind für alle Bereiche des Gesundheitswesens leistungsorientierte Finanzierungssysteme zu entwickeln und aufeinander abzustimmen. Das leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem im stationären Bereich wird fortgesetzt und weiterentwickelt. In einem weiteren Schritt wird für den ambulanten Bereich ebenfalls ein bundeseinheitliches Modell zur leistungsorientierten Abgeltung entwickelt. Im Rahmen der Landesgesundheitsfonds ist bei der Umsetzung der Finanzierungssysteme von den jeweiligen Finanzierungspartnern auf mögliche Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen in den anderen Versorgungsbereichen Bedacht zu nehmen.

### Artikel 8a

#### Sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, sektorenübergreifende Abrechnungsmodelle für den ambulanten Bereich zu erarbeiten. Dafür wird eine Arbeitsgruppe der Bundesgesundheitsagentur eingerichtet, der jedenfalls Bund, Länder und Sozialversicherung angehören. Das Ergebnis dieser Arbeitsgruppe muss bis zum Beginn der zweiten Hälfte der Finanzausgleichsperiode vorliegen als Grundlage für eine Entscheidung im Jahr 2011 über eine mögliche Umstellung des Abrechnungssystems im ambulanten Bereich.

(2) Zur Sicherstellung von Entscheidungsgrundlagen für eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs wird im Rahmen der Bundesgesundheitskommission eine Arbeitsgruppe bestehend aus Bund, Ländern und Sozialversicherung eingerichtet, die folgende Arbeiten bis zum Jahr 2011 zu leisten und laufend in der Bundesgesundheitskommission abzustimmen hat:

1. Begleitung der laufenden Arbeiten zur Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen Dokumentation im ambulanten Bereich (gemäß Art. 32)
2. Klärung wesentlicher Vorfragen (z.B. kalkulatorische Grundlagen, dienstrechtliche Fragen) und Erarbeitung der Rahmenbedingungen für Änderungen in der Finanzierung des ambulanten Bereichs
3. Erarbeitung eines Konzepts zur Abrechnung des ambulanten Bereichs nach gemeinsam in der Bundesgesundheitskommission festgelegten Kriterien (z.B. Qualität, Erreichbarkeit, Effizienz)
4. Konkrete Modellentwicklungen für ausgewählte Leistungsbereiche bis hin zu ausgewählten Fachbereichen (z.B. Kalkulationen, Adaptierungen des Tagesklinik-Katalogs)
5. Begleitung von vereinbarten Pilotprojekten
6. Ermittlung des für die Finanzierung des ambulanten Bereichs erforderlichen gesamten Mittelvolumens, insbesondere Bewertung des spitalsambulanten Versorgungsbereichs
7. Simulationsrechnungen zur Darstellung der zu erwartenden finanziellen Auswirkungen bei Änderungen der Finanzierung des ambulanten Bereichs

(3) Prioritär sollen Leistungsbereiche bzw. Fachrichtungen mit Relevanz für Reformpool-Projekte, mit gesicherten Datengrundlagen, mit in sich abgeschlossenen überschaubaren Leistungsangeboten und mit entsprechendem intra-/extramuralen Überschneidungspotenzial bearbeitet werden. Dazu zählen u.a. Dialysen, CT- und MR-Leistungen, Leistungen aus den Bereichen Augenheilkunde, Urologie, Labordiagnostik, Physikalische Medizin, HNO, Dermatologie, Onkologie/Chemotherapie und Strahlentherapie.

## REFERENTENENTWURF

(4) Die Vertragsparteien kommen überein, dass bis zu einer endgültigen Entscheidung über eine Umstellung des Abrechnungssystems im ambulanten Bereich sektorenübergreifende Finanzierungen von ambulanten Leistungen im Rahmen der Reformpools vorgenommen werden können.

(5) Bei der Entwicklung und Umsetzung neuer Finanzierungssysteme ist auf die Einhaltung des Prinzips „Geld folgt Leistung“ zu achten.

### Artikel 9

#### Gesundheitsökonomie

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, durch den Einsatz gesundheitsökonomischer Methoden die effektivsten und effizientesten Mittel und Instrumente zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung zu identifizieren. Gleichzeitig wird damit die Zielsetzung verbunden, den chancengleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung nach dem Stand der Wissenschaft für alle zu gewährleisten.

(2) Folgende gesundheitsökonomische Schwerpunkte sind im Hinblick auf nationale und internationale Anforderungen zu fördern und auszubauen:

1. Verbesserung der gesundheitsökonomisch relevanten Datenlage,
2. Förderung des Wissens um sowie Förderung des Einsatzes von gesundheitsökonomisch relevanten Methoden und
3. Durchführung gesundheitsökonomischer Analysen und Evaluationen.

## 2. ABSCHNITT

### Neue ambulante Organisationsformen

(eigene Arbeitsgruppe)

## 3. ABSCHNITT

### Bundesgesundheitsagentur und Landesgesundheitsfonds

#### Unterabschnitt A)

#### Bundesgesundheitsagentur

### Artikel 10

#### Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur

Zur Wahrnehmung von Aufgaben auf Grund dieser Vereinbarung hat der Bund ~~weiterhin~~ eine Bundesgesundheitsagentur in Form eines öffentlich-rechtlichen Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten. ~~Der Strukturfonds entsprechend der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, BGBl. I Nr. 60/2002, wird durch die Bundesgesundheitsagentur ersetzt.~~

### Artikel 11

#### Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur

(1) Die Bundesgesundheitsagentur hat im Rahmen der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens in Österreich folgende Aufgaben unter Berücksichtigung gesamtökonomischer Auswirkungen sowie regionaler und länderspezifischer Erfordernisse wahrzunehmen:

1. Erarbeitung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen,
2. Erstellung von 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,
3. Festlegung der Grundsätze, Ziele und Methoden für die Planung im Gesundheitswesen, insbesondere für die ambulante Versorgungsplanung,
4. Leistungsangebotsplanung als Rahmen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens, wobei die Qualitätsvorgaben gemäß Z 1 zu berücksichtigen sind, und Entwicklung geeigneter Formen der Zusammenarbeit von Leistungserbringern (insbesondere Ermöglichung von neuen ambulanten Organisationsformen),
5. Erarbeitung und Erprobung von Abrechnungsmodellen für eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs.

## REFERENTENENTWURF

6. Entwicklung und Weiterentwicklung von leistungsorientierten Vergütungssystemen (ergebnisorientiert, pauschaliert und gedeckelt) unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche,
7. Erarbeitung von Richtlinien für eine bundesweite, alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende Dokumentation, sowie Weiterentwicklung eines Dokumentations- und Informationssystems für Analysen im Gesundheitswesen zur Beobachtung von Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen, wobei insbesondere auch auf die geschlechtsspezifische Differenzierung zu achten ist,
8. Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens,
9. Mitwirkung im Bereich Gesundheitstelematik und der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA),
- ~~8. Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung,~~
10. ~~Festlegung von Kinderimpfprogrammen auf der Grundlage evidenzbasierter Studien,~~
11. ~~Weiterentwicklung der~~ Leitlinien für den Kooperationsbereich (Reformpool) gemäß Art. 26,
12. Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln der Bundesgesundheitsagentur,
13. Erstellung des Voranschlages und des Rechnungsabschlusses und
14. Evaluierung der von der Bundesgesundheitsagentur wahrgenommenen Aufgaben.

(2) Die Vertragsparteien stellen sicher, dass die Bundesgesundheitsagentur auf Anforderung die zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigten Daten in entsprechend aufbereiteter Form erhält.

(3) Bei der Erfüllung der Aufgaben hat die Bundesgesundheitsagentur insbesondere darauf zu achten, dass eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sichergestellt und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und möglicher Kostendämpfungen abgesichert wird.

### Artikel 12

#### Organisation der Bundesgesundheitsagentur

(1) Die Bundesgesundheitskommission ist das Organ der Bundesgesundheitsagentur.

(2) Hinsichtlich der Bundesgesundheitskommission gilt:

1. Der Bundesgesundheitskommission gehören Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, aller Länder, der Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden, der konfessionellen Krankenanstalten, der Patientenvertretungen und der Österreichischen Ärztekammer an.
2. In der Bundesgesundheitskommission besteht eine Bundesmehrheit.
3. Der Bundesgesundheitskommission obliegt die Beschlussfassung in den Angelegenheiten gemäß Art. 11 Abs. 1.
4. Für Beschlussfassungen ist – ausgenommen in den Angelegenheiten gemäß Art. 11 Abs. 1 Z 12, sofern es sich um Mittel gemäß Art. 25 Abs. 1 handelt, und Art. 11 Abs. 1 Z 13 - ein Einvernehmen mit den Ländern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erforderlich.

(3) Die Führung der Geschäfte der Bundesgesundheitsagentur obliegt dem ~~Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.~~

(4) ~~Weiters kann zur Beratung der Bundesgesundheitsagentur eine Bundesgesundheitskonferenz eingerichtet werden, in der die wesentlichen Akteurinnen/Akteure des Gesundheitswesens vertreten sind.~~

### Artikel 13

#### Mittel der Bundesgesundheitsagentur

*(Finanzierungsregelungen laut FAG-Paktum ist noch zu formulieren)*

### Unterabschnitt B)

#### Landesgesundheitsfonds

### Artikel 14

#### Einrichtung der Landesgesundheitsfonds

(1) Zur Wahrnehmung von Aufgaben aufgrund dieser Vereinbarung haben die Länder weiterhin für jedes Bundesland ~~oder nach Maßgabe einer Einigung der jeweiligen Länder für mehrere Bundesländer gemeinsam~~

## REFERENTENENTWURF

einen Landesgesundheitsfonds in Form eines öffentlich-rechtlichen Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten. Die Landesfonds entsprechend der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, BGBl. I Nr. 60/2002, werden durch die Landesgesundheitsfonds ersetzt.

(2) Bei der Einrichtung und Tätigkeit von Landesgesundheitsfonds haben jedenfalls zwischen den Ländern akkordierte und die Vergleichbarkeit gewährleistende Verrechnungsvorschriften Anwendung zu finden und eine periodengerechte Abgrenzung der Mittel der Landesgesundheitsfonds zu erfolgen.

(3) Auf der Grundlage des Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung sind den Trägern folgender Krankenanstalten, soweit diese Krankenanstalten im Jahr 1996 Zuschüsse des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds erhalten haben, von den Landesgesundheitsfonds Zahlungen zu gewähren:

1. Öffentliche Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 KAKuG mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und
2. private Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 KAKuG bezeichneten Art, die gemäß § 16 KAKuG gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind.

(4) Ebenfalls auf der Grundlage des Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung sind dem Träger des Geriatriischen Krankenhauses der Stadt Graz vom Steirischen Landesgesundheitsfonds Zahlungen zu gewähren. Dies ab dem Zeitpunkt, für den seitens der Sozialversicherung zusätzlich zu den sonstigen finanziellen Regelungen dieser Vereinbarung jährliche Zahlungen an den Steirischen Landesgesundheitsfonds für die Behandlung sozialversicherter Patientinnen und Patienten im Geriatriischen Krankenhaus der Stadt Graz erfolgen. Die Zahlungen der Sozialversicherung sind nach Maßgabe eines Vertrages zwischen dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und dem Steirischen Landesgesundheitsfonds zu leisten, welcher nach Vorliegen einer externen Studie über die Versorgungssituation im Raum Graz auch betreffend die Akutgeriatrie/Remobilisation abgeschlossen wird. Diese spezielle Finanzierung des Geriatriischen Krankenhauses der Stadt Graz hat keinerlei Auswirkung auf die Finanzierung der übrigen Landesgesundheitsfonds. *(Allfälliger Änderungs- und Ergänzungsbedarf wäre noch mit der Steiermark abzustimmen.)*

### Artikel 15

#### Organisation der Landesgesundheitsfonds

(1) Das oberste Organ des Landesgesundheitsfonds ist die Gesundheitsplattform.

(2) Hinsichtlich der Gesundheitsplattform gilt:

1. In der Gesundheitsplattform sind das Land (~~die Länder~~) und die Sozialversicherung zu gleichen Teilen sowie der Bund (~~jedenfalls mit Stimmrecht~~) vertreten. Weiters gehören der Gesundheitsplattform jedenfalls Vertreterinnen/Vertreter der Ärztekammer, der Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden, der Patientenvertretungen und der Rechtsträger der in Art. 14 Abs. 3 genannten Krankenanstalten an.
2. Bei der Vertretung der Sozialversicherung ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten.
3. Der Gesundheitsplattform obliegt die Beschlussfassung in den Angelegenheiten gemäß Art. 16 Abs. 1.
4. Für Beschlussfassungen gilt Folgendes:
  - a) ~~Angelegenheiten betreffend die regionalen Strukturpläne Gesundheit (Detailplanungen und Kapazitätsfestlegungen im Bereich der gesamten Gesundheitsversorgung gemäß Art. 16 Abs. 1 Z 3) sind zwischen dem Land und der Sozialversicherung einvernehmlich festzulegen.~~
  - b) ~~In Angelegenheiten der Ermittlung des Bedarfs von ambulanten Versorgungszentren ist ein Einvernehmen zwischen dem Land und der Sozialversicherung erforderlich.~~
  - c) Bei Angelegenheiten des Kooperationsbereichs, die sowohl in die Zuständigkeit des Landes (~~der Länder~~) als auch der Sozialversicherung fallen, ist ein Einvernehmen zwischen dem Land (~~den Ländern~~) und der Sozialversicherung erforderlich.
  - d) In Angelegenheiten, in denen die alleinige Zuständigkeit des Landes besteht (intramuraler Bereich), hat (~~haben~~) das Land (~~die Länder~~) die Mehrheit.
  - e) In Angelegenheiten, in denen die alleinige Zuständigkeit der Sozialversicherung besteht (extramuraler Bereich), hat die Sozialversicherung die Mehrheit.
  - f) Bei Beschlüssen, die gegen Beschlüsse der Bundesgesundheitsagentur verstoßen, hat der Bund das Vetorecht.
5. Die Voranschläge und die Rechnungsabschlüsse sind der Bundesgesundheitsagentur unmittelbar nach Beschlussfassung zu übermitteln.

(3) ~~Zur Vorbereitung der Sitzungen der Gesundheitsplattform kann ein Präsidium bestehend aus Vertreter/inn/en des Landes und der Sozialversicherung vorgesehen werden.~~

## REFERENTENTWURF

(4) Weiters kann zur Beratung der Landesgesundheitsfonds jeweils eine Gesundheitskonferenz eingerichtet werden, in der die wesentlichen Akteurinnen/Akteure des Gesundheitswesens vertreten sind.

### Artikel 16

#### Aufgaben der Gesundheitsplattformen auf Länderebene im Rahmen der Landesgesundheitsfonds

(1) Die Gesundheitsplattformen auf Länderebene haben zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens im Landesbereich insbesondere folgende Aufgaben unter Einhaltung der Vorgaben der Bundesgesundheitsagentur und unter Berücksichtigung gesamtökonomischer Auswirkungen wahrzunehmen:

1. ~~Mitwirkung an der~~ Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen,
2. Darstellung des Budgetrahmens für die öffentlichen Ausgaben im intra- und extramuralen Bereich,
3. ~~Mitwirkung bei der Abstimmung der Inhalte sowie allfälliger Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen der regionalen Strukturpläne Gesundheit (Detailplanungen gemäß Art. 3 und 4) bzw. von Kapazitätsfestlegungen einschließlich der Einrichtung neuer ambulanter Versorgungszentren~~ für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens, wobei die Qualitätsvorgaben gemäß Z 1 zu berücksichtigen sind,
4. ~~Erprobung und Umsetzung von Modellen zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs sowie~~ Umsetzung von leistungsorientierten Vergütungssystemen (ergebnisorientiert, pauschaliert und gedeckelt) unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche auf Basis entsprechender Dokumentationssysteme,
5. Durchführung von Analysen zur Beobachtung von Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen, wobei insbesondere auch auf die geschlechtsspezifische Differenzierung zu achten ist,
6. Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens,
7. Mitwirkung im Bereich Gesundheitstelematik,
8. ~~Marktbeobachtung und Preisinformation,~~
9. ~~Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung,~~
8. Entwicklung und Umsetzung konkreter strukturverbessernder Maßnahmen inklusive Dokumentation der Leistungsverschiebungen zwischen den Gesundheitssektoren,
9. Realisierung von gemeinsamen Modellversuchen zur integrierten Planung, Umsetzung und Finanzierung der fachärztlichen Versorgung im Bereich der Spitalsambulanzen und des niedergelassenen Bereichs (Entwicklung neuer Kooperationsmodelle und/oder Ärztezentren etc.),
10. ~~Forcierung des Auf- und Ausbaus von ambulanten Versorgungszentren einschließlich der Ermittlung des Bedarfes und der sektorenübergreifenden Nutzung der Medizintechnologie,~~
11. ~~Optimierung der Arbeitsteilung zwischen Krankenanstalten der Zentral-, Schwerpunkt- und Standardversorgung sowie Intensivierung des Auf- und Ausbaus vor- und nachgelagerter Betreuungsförmn zur Entlastung des akutstationären Bereichs,~~
12. Abstimmung der Ressourcenplanung zwischen dem Gesundheitswesen und dem Pflegebereich,
13. Erstellung von Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen,
14. Aufgaben, die den Landesgesundheitsfonds durch die Länder übertragen werden,
15. Evaluierung der von den Gesundheitsplattformen auf Länderebene wahrgenommenen Aufgaben.

(2) Die Vertragsparteien stellen sicher, dass die Gesundheitsplattformen auf Länderebene auf Anforderung die zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigten Daten in entsprechend aufbereiteter Form erhalten.

(3) Bei der Erfüllung der Aufgaben haben die Gesundheitsplattformen auf Länderebene insbesondere darauf zu achten, dass eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sichergestellt und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und möglicher Kosteneinsparungen abgesichert wird.

(4) Im Falle eines vertragslosen Zustandes mit den Vertragsärztinnen/Vertragsärzten wird die Gesundheitsplattform auf Länderebene mithelfen, schwerwiegende Folgen für die Bevölkerung zu vermeiden. Dabei ist auch eine Regelung für die Entgelte bei Mehrleistungen zu treffen. Die Sozialversicherung hat Zahlungen maximal im Ausmaß der vergleichbaren ersparten Arztkosten an den Landesgesundheitsfonds zu leisten.

(5) Bei Einschränkungen des Leistungsangebotes ist einvernehmlich vorzugehen. Die bislang maßgebliche Vertragslage ist dabei zu berücksichtigen. Die finanziellen Folgen von plan- und vertragswidrigen Leistungseinschränkungen im stationären, ambulanten und im Pflegebereich hat jene Institution zu tragen, die sie verursacht hat.



# REFERENTENTWURF

## Artikel 17 bis Artikel 19

(Finanzierungsregelungen laut FAG-Paktum ist noch zu formulieren)

### 4. ABSCHNITT

#### Zusammenwirken der Institutionen

##### Artikel 20

#### Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den Trägern der Krankenanstalten und zu den Landesgesundheitsfonds

(1) Mit den Zahlungen der Träger der Sozialversicherung gemäß dieser Vereinbarung an die Landesgesundheitsfonds sind alle Leistungen der Krankenanstalten gemäß Art. 14 Abs. 3 und 4, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich einschließlich der durch den medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen für Versicherte und anspruchsberechtigte Angehörige der Träger der Sozialversicherung zur Gänze abgegolten.

(2) Unter den Leistungen der Sozialversicherung sind

1. im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung nur die auf Grund des § 189 Abs. 3 ASVG (bzw. der analogen Regelungen in den übrigen Sozialversicherungsgesetzen) – mit Ausnahme der Ambulanzleistungen der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt - sowie
2. im Bereich der gesetzlichen Pensionsversicherung nur die auf Grund der §§ 302 Abs. 3 und 307d ASVG (bzw. der analogen Regelungen in den übrigen Sozialversicherungsgesetzen) bisher erbrachten Leistungen zu verstehen, wobei das Volumen der Leistungen, die von den Landesgesundheitsfonds abgegolten werden, 2007 im Vergleich zum entsprechenden Leistungsvolumen des Jahres 1994 zu überprüfen und der Betrag der Träger der Sozialversicherung für diese Leistungen gegebenenfalls entsprechend dieser Überprüfung nachzujustieren ist.

(3) Ausgenommen sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und im Einvernehmen zwischen der Sozialversicherung und betroffenen Ländern ausgenommene Leistungen. Zwischen Hauptverband, Sozialversicherungsträger und Landesgesundheitsfonds ist eine aktuelle Liste der Verträge zu erstellen, deren Leistungsgegenstand nicht Inhalt dieser Vereinbarung ist. Weiters sind die im § 27 Abs. 2 KAKuG ausgenommenen Leistungen nicht mit dem Pauschalbeitrag abgegolten.

(4) Die Verpflichtung der Sozialversicherung zur ausreichenden Bereitstellung von Vertragspartnerinnen/Vertragspartnern bleibt aufrecht. Die in den Sozialversicherungsgesetzen festgelegten Sachleistungspflichten und Verfahrenszuständigkeiten gegenüber den Versicherten der Sozialversicherungsträger bleiben aufrecht. Die Erfüllung der Sachleistungsverpflichtung durch die vertragsgegenständlichen Krankenanstalten wird inklusive des jeweiligen medizinischen Standards, der eine ausreichende Behandlung der Versicherten sicherstellt, von den Landesgesundheitsfonds im Namen der Träger der Sozialversicherung übernommen.

(5) Nach Ablauf dieser Vereinbarung werden die zwischen dem Hauptverband bzw. den Trägern der sozialen Krankenversicherung und den Rechtsträgern der Krankenanstalten am 31. Dezember 1996 maßgeblichen Verträge im vollen Umfang wieder rechtswirksam. Über eine angemessene Tarifanpassung ist Einvernehmen herzustellen.

(6) Die Landesgesundheitsfonds übernehmen die finanziellen Leistungsverpflichtungen der Träger der Sozialversicherung gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten, soweit dem Grunde nach Ansprüche von Vertragseinrichtungen gemäß Art. 14 Abs. 3 bereits im Jahre 1996 bestanden haben. Art. 14 Abs. 4 ist dabei zu berücksichtigen.

(7) Der Bund verpflichtet sich gegenüber den Ländern, die bestehenden gesetzlichen Regelungen beizubehalten, wonach mit den Zahlungen der Landesgesundheitsfonds an die Krankenanstalten sämtliche Ansprüche der Krankenanstalten gegenüber den Trägern der Sozialversicherung und gegenüber den Landesgesundheitsfonds abgegolten sind.

(8) Die Krankenanstalten haben den Trägern der Sozialversicherung auf elektronischem Weg alle erforderlichen Daten zu übermitteln, die zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Sozialversicherung erforderlich sind, insbesondere die Aufnahme und Entlassung von Patientinnen/Patienten samt Diagnosen sowie Daten über ambulante Behandlungen. Die Daten der Leistungserbringung an die/den Patientin/Patienten sind von den Trägern der Krankenanstalten im Wege der Landesgesundheitsfonds auf der Basis des LKF-Systems den Sozialversicherungsträgern zu übermitteln.

(9) Die Sozialversicherung ist laufend über die festgelegten vorläufigen und endgültigen Punktwerte von den Landesgesundheitsfonds zu informieren.

(10) Der Hauptverband erteilt aus den bei ihm gespeicherten Daten auf automationsunterstütztem Weg (im Online- oder Stapelverfahren) Auskünfte an Krankenanstaltenträger hinsichtlich der leistungszuständigen

## REFERENTENTWURF

Versicherungsträger. Der Zugang erfolgt ausschließlich über das Behördennetzwerk (Federal Domain) oder nach Vereinbarung über das Netzwerk eines Sozialversicherungsträgers. Die Verpflichtung der grundsätzlichen Feststellung der Versicherungszugehörigkeit bei der Aufnahme durch die Krankenanstalt bleibt davon unbenommen. Ab flächendeckender Einführung des SV-Chipkartensystems ist eine unmittelbare verbindliche Auskunftserteilung an die Krankenanstaltenträger sichergestellt.

(11) Der gesamte Datenaustausch zwischen Krankenanstalten und Sozialversicherungsträgern für den stationären und ambulanten Bereich ist elektronisch vorzunehmen. Ziel ist es, den gesamten Datenaustausch im Wege der Datendrehscheibe des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vorzunehmen. Die Datensatzaufbauten und Codeverzeichnisse sind bundesweit einheitlich zu gestalten und zwischen den Vertragsparteien einvernehmlich verbindlich festzulegen.

(12) Die Vertragsparteien verpflichten sich dafür zu sorgen, dass die Krankenanstalten bei der Entlassung Medikationsempfehlungen unter Berücksichtigung des Erstattungskodex erstellen und erforderlichenfalls eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einholen.

(13) Die Einschau- und Untersuchungsrechte gemäß § 148 Z 5 ASVG in der zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung bleiben unverändert aufrecht.

### 5. ABSCHNITT

#### Transparenz der Budgetierung und der Rechnungsabschlüsse

##### Artikel 21

##### Transparenz der Voranschläge und der Rechnungsabschlüsse

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, in den Landesgesundheitsfonds die vollständige Budgetierung und die Rechnungsabschlüsse der Krankenanstalten bzw. der Krankenanstaltenverbände transparent darzustellen.

(2) Die Vertragsparteien kommen überein, in den Landesgesundheitsfonds die Voranschläge und die Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherung für den extramuralen Bereich transparent darzustellen.

### 6. ABSCHNITT

#### Leistungsorientierte Finanzierung im Gesundheitswesen

##### Artikel 22

##### Durchführung der leistungsorientierten Finanzierung

(1) Das mit 1. Jänner 1997 eingeführte leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem ist mit der Zielsetzung fortzuführen, in Verbindung mit den weiteren Reformmaßnahmen insbesondere

1. eine höhere Kosten- und Leistungstransparenz,
2. eine nachhaltige Eindämmung der Kostensteigerungsraten,
3. eine Optimierung des Ressourceneinsatzes,
4. eine den medizinischen Erfordernissen angepasste kürzere Belagsdauer und reduzierte Krankenhaushäufigkeit,
5. eine Reduzierung unnötiger Mehrfachleistungen,
6. eine Entlastung der Krankenanstalten durch medizinisch und gesamtökonomisch gerechtfertigte Verlagerungen von Leistungen in den ambulanten Bereich,
7. notwendige Strukturveränderungen (u.a. Akutbettenabbau) und
8. ein österreichweit einheitliches, einfach zu administrierendes Instrumentarium für gesundheitspolitische Planungs- und Steuerungsmaßnahmen zu erreichen.

(2) Die im Zusammenhang mit der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung durchzuführenden Aufgaben sind nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen über die Landesgesundheitsfonds wahrzunehmen. Die Bepunktung je leistungsorientierter Diagnosenfallgruppe im LKF-Kernbereich ist von der Bundesgesundheitsagentur bundesweit einheitlich festzusetzen und in regelmäßigen Abständen anzupassen.

(3) Die leistungsorientierte Mittelzuteilung aus den Landesgesundheitsfonds an die Träger der Krankenanstalten kann im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches auf besondere Versorgungsfunktionen bestimmter Krankenanstalten Rücksicht nehmen. Als besondere Versorgungsfunktionen im Rahmen der LKF-Abrechnung gelten

1. Zentralversorgung
2. Schwerpunktversorgung
3. Krankenanstalten mit speziellen fachlichen Versorgungsfunktionen
4. Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsfunktionen

## REFERENTENENTWURF

Bei der Zuordnung zu den Versorgungsstufen sind auch die Versorgungsfunktionen einzelner Abteilungen entsprechend ihrer Anzahl und Struktur zu berücksichtigen. Die Punkteplafondierung im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung ist kein Element des LKF-Steuerungsbereiches. Die vereinbarten Festlegungen für das LKF-Modell 2005 bleiben davon unberührt.

(4) Änderungen im LKF-Modell und seiner Grundlagen treten jeweils nur mit 1. Jänner eines jeden Jahres in Kraft. Als Grundlage für die Entscheidung über Modelländerungen werden bis spätestens 31. Mai die geplanten Modifikationen festgelegt und bis spätestens 30. Juni vor dem Abrechnungsjahr Simulationsrechnungen erstellt. Bis 15. Juli hat die definitive Modellfestlegung in der Bundesgesundheitsagentur zu erfolgen und es sind die erforderlichen Modellbeschreibungen und LKF-Bepunktungsprogramme bis spätestens 30. September mit Wirksamkeit 1. Jänner des Folgejahres den Landesgesundheitsfonds bereitzustellen. Die Finanzierung der LKF-Weiterentwicklung auf Bundesseite erfolgt aus den vorgesehenen Mitteln für Projekte und Planungen.

(5) Die jährlichen Änderungen im LKF-Modell sind grundsätzlich auf die aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen zu beschränken. Die Bepunktungsregelung für den tagesklinischen Bereich ist für das LKF-Modell 2006 weiterzuentwickeln.

(6) Die in den Jahren 2006 und 2007 begonnenen Arbeiten zur umfassenden Aktualisierung und Weiterentwicklung des LKF-Modells sind mit der Zielsetzung einer Modellumstellung mit 1. Jänner 2009 rechtzeitig im 1. Halbjahr 2008 abzuschließen und durch entsprechende Simulationsrechnungen über die Auswirkungen einer Modellumstellung zu ergänzen. Schwerpunkte dieser LKF-Modellweiterentwicklung sind u.a.

1. Kalkulation mit überarbeitetem Kalkulationsleitfaden auf Basis der aktualisierten und weiterentwickelten Krankenanstalten-Kostenrechnung
2. Entwicklung eines Bepunktungsmodells für medizinische Nachsorge, Transferierungen, Verlegungen und Wiederaufnahmen
2. Weiterentwicklung des LKF-Modells unter Einbeziehung von Bepunktungsregelung für Intensivseinheiten und für spezielle Leistungsbereiche unter Berücksichtigung der Verwendbarkeit der generierten Daten für die Qualitätsberichterstattung
3. Abstimmung des LKF-Modells mit den Versorgungsmöglichkeiten im spitalsambulanten und niedergelassenen Bereich (Harmonisierung der Dokumentation, Abgrenzung der Inhalte und Bepunktung der Fallpauschalen zu den anderen Versorgungsbereichen).

(7) Bei Vorliegen bereichsübergreifender Datengrundlagen werden im Rahmen der LKF-Weiterentwicklung episodenspezifische Bepunktungsregelungen für die medizinische Nachsorge, Transferierungen, Verlegungen und Wiederaufnahmen erarbeitet.

(7) Bis 1. Jänner 2007 ist auf Basis der gemäß Art. 32 Abs. 4 einzuführenden Dokumentation im ambulanten Bereich und auf Basis der bei ausgewählten Leistungsanbieterinnen/Leistungsanbietern zusätzlich erhobenen Leistungsdaten und Kalkulationen ein bundeseinheitliches Modell zur leistungsorientierten Abgeltung im ambulanten Bereich zu entwickeln.

(8) Im Rahmen der Entwicklung sektorenübergreifender Abrechnungsmodelle gemäß Art. 8a ist der im LKF-System angewandte Katalog tagesklinischer Leistungen zu überarbeiten. Es ist eine Unterscheidung zwischen tagesklinischen Leistungen, die ausschließlich stationär erbracht werden können, und Leistungen, die auch ambulant erbracht werden können, vorzunehmen. Die ambulant erbringbaren Leistungen sind dem ambulanten Bereich zuzuordnen und es ist eine entsprechende Finanzierung innerhalb dieses Bereiches vorzusehen.

(9) Sozialversicherung: Die Entscheidung, ob neue Arzneyspezialitäten intra- und/oder extramural verabreicht werden können, wird in der Heilmittelveurteilungskommission (HEK) unter Beiziehung von Ländervertreter/innen behandelt.

Länder: Bei Entscheidungen, ob neue Arzneimittelspezialitäten intra- und/oder extramural verabreicht werden können, ist im Rahmen der HEK Einvernehmen zwischen den Ländern und der Sozialversicherung herzustellen.

(ASVG-Verfahrensordnung noch zu überprüfen.)

(10) Bei Änderungen im LKF-System sind Überleitungsregelungen zu definieren, die eine Kontinuität von statistischen Zeitreihen sicherstellt.

(11) Anlässlich „10 Jahre LKF-System in Österreich“ ist unter Einbeziehung internationaler externer Expert/inn/en eine wissenschaftliche Evaluierung (insbesondere hinsichtlich Fehlsteuerungen und falscher Anreize) durchzuführen.

# REFERENTENENTWURF

## Artikel 23

### Krankenanstaltenspezifische Berechnung der LKF-Punkte

(1) Die krankenanstaltenspezifische Berechnung der LKF-Punkte ist auch zentral durch die Bundesgesundheitsagentur vorzunehmen, um eine einheitliche Auswertung und Dokumentation sicherzustellen.

(2) Die Bundesgesundheitsagentur hat die Länder über die Ergebnisse der zentralen LKF-Punkteberechnung zu informieren.

(3) Die Krankenanstalten, die Zahlungen aus den Landesgesundheitsfonds erhalten, haben Diagnosen und Leistungsberichte gleichzeitig an eine gemäß Art. 32 einzurichtende Pseudonymisierungsstelle und an die Landesgesundheitsfonds zu übermitteln. Die Art und Weise der Übermittlung an die Pseudonymisierungsstelle wird durch die Bundesgesundheitsagentur noch einvernehmlich festgelegt.

(4) Die Landesgesundheitsfonds haben entsprechend den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, idGF, Diagnosen und Leistungsberichte der über die Landesgesundheitsfonds abgerechneten Krankenanstalten zu übermitteln.

## 7. ABSCHNITT

### Inländische Gastpatientinnen und Gastpatienten

#### Artikel 24

#### Ausgleich für inländische Gastpatientinnen und Gastpatienten

*(Finanzierungsregelungen offen)*

## 8. ABSCHNITT

### Weitere Finanzierungsmaßnahmen

#### Artikel 25

#### Mittel für die GOG und Finanzierung von Projekten und Planungen

(1) Für die Finanzierung von Projekten und Planungen kann die Bundesgesundheitsagentur jährlich Mittel bis zum Höchstausmaß von 5 Millionen Euro verwenden. Über die Verwendung dieser Mittel entscheidet die Bundesgesundheitskommission.

(2) Der Bund stellt sicher, dass der Bundesgesundheitsagentur bei der Erfüllung ihrer Aufgaben (Qualitätsarbeit, Leistungsangebotsplanung, Gesundheitsstelematik, Dokumentation, LKF u.a.) entsprechende Ressourcen der GOG zur Verfügung stehen.

(3) Für die Finanzierung von Projekten, Planungen und krankenhausentlastenden Maßnahmen kann jeder Landesgesundheitsfonds jährlich Mittel bis zum Höchstausmaß von 7 % der ihm gemäß Art. 17 Abs. 1 Z 1, 2, 3 und 6 zur Verfügung stehenden Mittel verwenden. Über die Höhe und die Verwendung dieser Mittel entscheidet die Gesundheitsplattform auf Länderebene.

(4) Nach Ablauf dieser Vereinbarung nicht ausgeschöpfte Mittel gemäß Abs. 3 sind weiterhin zweckgebunden für Planungen und Strukturformen zu verwenden.

(5) Zur Sicherstellung eines effektiven und effizienten Mitteleinsatzes für Planungen und Projekte ist eine geeignete Koordination einschließlich einer regelmäßigen Berichterstattung zwischen der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds sicherzustellen.

(6) Die Bundesgesundheitsagentur kann die in ... für die ELGA vorgesehenen Mittel dem durch die gesellschaftliche Neupositionierung der ARGE ELGA geschaffenen Rechtsträger zur Verfügung stellen. Gegebenenfalls sind gleichzeitig periodische Berichtspflichten an die Bundesgesundheitsagentur im Wege der Geschäftsführung vorzusehen. *(Bedarf einer politischen Klärung)*

#### Artikel 26

#### Kooperationsbereich (Reformpool)

*(Text wird nachgereicht)*

# REFERENTENTWURF

## Artikel 27

### Förderung des Transplantationswesens

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, dass Mittel der Bundesgesundheitsagentur zur Förderung des Transplantationswesens verwendet werden. Diese Mittel sind zur Erreichung folgender Ziele einzusetzen:

1. Im Bereich des Organspendewesens ist die Kontinuität im Spenderinnen- und Spenderaufkommen auf hohem Niveau sicherzustellen. Darüber hinaus ist eine Steigerung der Anzahl der Organspender anzustreben (auf ca. 30 Organspenderinnen/Organspender pro Mio. EW).
2. Im Bereich des Stammzelltransplantationswesens ist dafür zu sorgen, dass Spenderinnen/Spender in ausreichender Zahl registriert sind und zur Verfügung stehen. Das Vorgehen sowie die Zusammenarbeit aller daran beteiligten Institutionen für Spenderinnen/Spender und Patientinnen/Patienten hat so sicher und wirksam wie möglich zu erfolgen. Die Feststellung, ob das nationale Spendervolumen als ausreichend zu betrachten ist, obliegt dem bei der GÖG eingerichteten Transplantationsbeirat (Bereich Stammzellspende).

(2) Der Bund hat sicherzustellen, dass die Funktion einer Clearingstelle wahrzunehmen ist mit dem Ziel, eine überregionale Mittelverteilung an die Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer für

1. den Bereich des Organspendewesens und
2. den Bereich des Stammzellspendewesens

zu gewährleisten.

(3) Diese Clearingstelle ist jährlich mit 2,9 Millionen Euro zu dotieren. Unter der Voraussetzung, dass das Förderziel im Rahmen der Förderung der Organspende gemäß Abs. 1 Z 1 erreicht wird und sämtliche Maßnahmen laut Abs. 4 Z 1 lit. a bis g durchgeführt werden, ist im Bedarfsfall eine Erhöhung der Mittel auf 3,4 Millionen Euro vorzusehen. Die Aufbringung der Mittel erfolgt entsprechend den Bestimmungen des Art. 13 Abs. 3 Z 2 lit. b. und

(4) Die Mittel gemäß Abs. 3 sind zur Erreichung der in Abs. 1 genannten Ziele gemäß den nachfolgenden Bestimmungen zu verwenden:

1. Im Bereich des Organspendewesens sind insbesondere folgende Maßnahmen durchzuführen:
  - a. Zweckgewidmete, pauschalierte Förderung an die spenderbetreuenden Krankenanstalten bzw. die betreffende Abteilung;
  - b. Einrichtung und Administration „Regionaler Transplantationsreferenten“ bzw. regionaler Förderprogramme, mit der zentralen Aufgabe der direkten Kontaktaufnahme mit den Intensivseinheiten, um die Bereitschaft zur Spendermeldung zu erhöhen;
  - c. Zweckgewidmete, pauschalierte Förderung für den Einsatz von Transplantationskoordinatoren in den Transplantationszentren;
  - d. Förderung der Einrichtung mobiler Hirntoddiagnostik-Teams sowie geeigneter Maßnahmen im Bereich bundesweiter Vorhaltung der Hirntoddiagnostik, die dem jeweiligen Stand der Wissenschaft entspricht;
  - e. Förderung der Transporte, die im Zusammenhang mit der Organgewinnung anfallen;
  - f. Mittel für die Abdeckung der Aufwendungen von GÖG/ÖBIG-Transplant (Bereich Organspende);
  - g. Durchführung eines Pilotprojektes zur Einrichtung von lokalen Transplantationsbeauftragten in den Krankenanstalten als Ansprechpersonen für die Förderung der Organspende und bei gegebenem Zusammenhang auch für Zell- und Gewebentnahmen sowie Zell- und Gewebetransplantationen.
2. Im Bereich des Stammzellspendewesens sind insbesondere folgende Maßnahmen durchzuführen:
  - a. Förderung der HLA-Typisierung; Festlegung der Zahl der jährlich zu fördernden HLA-Typisierungen sowie deren Aufteilung auf die geeigneten Leistungserbringer jährlich im Voraus auf Expertenvorschlag vom Transplantationsbeirat der GÖG (Bereich Stammzellspende);
  - b. Förderung der Suche und Betreuung von Stammzellspendern;
  - c. Mittel für die Abdeckung der Aufwendungen von GÖG/ÖBIG-Transplant (Bereich Stammzellspende).
3. Der Förderungsgeber kann auf Vorschlag des in der GÖG eingerichteten Transplantationsbeirates (für den jeweiligen Bereich) beschließen, die Mittel auch für andere als unter Z 1 und 2 genannten Maßnahmen einzusetzen.
4. Die Abrechnung der Beitragsleistungen hat jeweils bis 30. Juni des Folgejahres zu erfolgen. Allenfalls nicht ausgeschöpfte Mittel sind im Ausmaß der im Art. 19 Abs. 1 angeführten Prozentsätze an die einzelnen Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

(5) Die Bundesgesundheitskommission hat Richtlinien über die Verwendung der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens zu erlassen.

(6) Der jährlich erfolgte Mitteleinsatz ist in einer Jahresabrechnung zu dokumentieren und hinsichtlich der Effizienz zu evaluieren.



# REFERENTENTWURF

## Artikel 28

### Finanzierung überregional bedeutsamer Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, zur Förderung wesentlicher Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen mit überregionaler Bedeutung (z.B. flächendeckendes qualitätsgesetztes und systematisches Mammographie-Screeningprogramm, molekulargenetische Analyse zur Identifikation von Familien mit erblichem Brust- und Eierstockkrebs, Identifikation von angeborenen Stoffwechselerkrankungen bei Säuglingen, Maßnahmen betreffend Epidermolysis bullosa) und zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen im Sinne des Art. 25 Abs. 1 im Rahmen der Bundesgesundheitsagentur jährlich Mittel im maximalen Ausmaß von 3,5 Millionen Euro zur Verfügung zu stellen.

2) Die Bundesgesundheitskommission hat im Bedarfsfall Richtlinien über die Verwendung dieser Mittel zu erlassen. Die geförderten Maßnahmen haben sich am Kriterienkatalog sowie den Definitionen, thematischen Prioritäten und Leitlinien für Mittelvergabe und -verwendung des „Konzepts für überregional bedeutsame Vorsorgemaßnahmen“ zu orientieren. Die von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen „Richtlinien zur Finanzierung überregional bedeutsamer Vorsorgeprogramme“ und die „Richtlinien für die Förderung von Pilotprojekten zur Einführung des Mammographie-Screenings in Österreich“ sind einzuhalten.

(3) Die Verwendung dieser Mittel bedarf der einvernehmlichen Beschlussfassung der Vertragsparteien und der Sozialversicherung in der Bundesgesundheitskommission.

(4) Die Abrechnung der Beitragsleistungen hat jeweils bis 30. Juni des Folgejahres zu erfolgen. Allenfalls nicht ausgeschöpfte Mittel sind im Ausmaß der im Art. 19 Abs. 1 angeführten Prozentsätze an die einzelnen Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

## Artikel 29

### Evaluierung von Vorsorgemaßnahmen

Bund und Länder kommen überein, die epidemiologischen Auswirkungen bestehender und zukünftiger Vorsorgemaßnahmen im Gesundheitswesen in der Bundesgesundheitsagentur und in den Landesgesundheitsfonds gemeinsam zu analysieren und zu evaluieren.

## 9. ABSCHNITT

### Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung

## Artikel 30

### Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung

*(Text wird nachgereicht)*

# REFERENTENTWURF

## 9. ABSCHNITT

### Evaluierung von allen gesetzten Maßnahmen

#### Artikel 31

##### Evaluierung

Die Vertragsparteien kommen überein, alle gesetzten Maßnahmen zur Sicherstellung der Effekte in allen Sektoren des Gesundheitswesens nach Vorgaben der Bundesgesundheitsagentur zu quantifizieren und zu evaluieren.

## 10. ABSCHNITT

### Dokumentation

#### Artikel 32

##### Sicherstellung und Weiterentwicklung der Dokumentation

(1) Das auch den Ländern (Landesgesundheitsfonds) und der Sozialversicherung zugängliche Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen ist auszubauen und weiterzuentwickeln.

(2) Die derzeitige Diagnosen- und Leistungsdokumentation (einschließlich Intensivdokumentation) im stationären Bereich der Krankenanstalten sowie die Dokumentation von Statistikdaten (Krankenanstalten-Statistik, Ausgaben und Einnahmen) und Kostendaten (Kostenstellenrechnung) durch die Träger von Krankenanstalten sind sicherzustellen und weiterzuentwickeln.

(3) Ab 1. Jänner 2008 ist entsprechend den Festlegungen der Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten, BGBl. II Nr. 638/2003, von den Rechtsträgern der Krankenanstalten gemäß Art. 14 Abs. 3 und 4 ein auf handelsrechtlichen Normen basierendes pagatorisches Rechnungswesen zu führen. Von der Bundesgesundheitsagentur ist ein einheitliches Berichtssystem des Rechnungsabschlusses in Analogie zum Berichtssystem der KA-Kostenrechnung bis spätestens 30. Juni 2008 zu erarbeiten und zu vereinbaren.

(4) Als Voraussetzung zur Planung, Realisierung und Erfolgskontrolle des Konzepts der integrierten Gesundheitsversorgung ist eine zum akutstationären Versorgungsbereich kompatible Leistungs- und Diagnosendokumentation im intra- und extramuralen ambulanten Versorgungsbereich sicherzustellen. Dabei ist in zeitlicher Hinsicht prioritär die Leistungsdokumentation vorzubereiten und umzusetzen, erst in weiterer Folge die Diagnosendokumentation.

(5) Die Vertragsparteien kommen überein, dass der im Jahr 2007 erarbeitete Katalog ambulanter Leistungen (Startkatalog) im 1. Halbjahr 2008 in weiteren Pilotprojekten getestet und im Hinblick auf die mit der Dokumentation verbundenen Zielsetzungen inhaltlich ergänzt sowie fachlich verfeinert und weiterentwickelt wird. Jedenfalls sind in den Leistungskatalog auch seltene, aber medizinisch und/oder finanziell bedeutsame Leistungen zu integrieren. Für die Wartung und Weiterentwicklung des Leistungskataloges ist ein leistungsfähiges, administrativ einfach handhabbares Wartungssystem zu entwickeln.

(6) Bund und Länder kommen weiters überein, die notwendigen Rahmenbedingungen in fachlicher, rechtlicher, organisatorischer und technischer Hinsicht zu schaffen, um mit 1. Jänner 2009 vergleichbare Datengrundlagen über den gesamten ambulanten Bereich (d.h. Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, ambulante Versorgungszentren, niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte mit Kassenverträgen, Gruppenpraxen mit Kassenverträgen und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen) sicherzustellen.

(7) Bei der Konzeption und der Weiterentwicklung der Dokumentationssysteme ist auf die Kompatibilität mit den bereits vereinbarten bzw. mit den noch festzulegenden Standards des ELGA-Projekts zu achten. Die Dokumentation soll nach Möglichkeit im Rahmen der routinemäßigen Datenerfassungs- und -verarbeitungsprozesse der Leistungserbringer/innen erfolgen.

(8) Die Vertragsparteien kommen überein, zur Sicherstellung einer bereichsübergreifenden Datentransparenz eine Pseudonymisierungsstelle einzurichten. Die Pseudonymisierungsstelle nimmt die für Zwecke des Datenschutzes erforderliche Pseudonymisierung personenbezogener Daten für die Diagnosen- und Leistungsberichte aus dem stationären und ambulanten Bereich vor. Die Pseudonymisierungsstelle wird auf Kosten der Sozialversicherung beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eingerichtet.

## REFERENTENTWURF

(9) Für die gemeinsame Beobachtung, Planung, Steuerung und Finanzierung im Gesundheitswesen haben die Sozialversicherungsträger sowie die Krankenfürsorgeanstalten, soweit diese im Rahmen der Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds im Wege der beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eingerichteten Pseudonymisierungsstelle pseudonymisierte Diagnosen- und Leistungsdaten aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung in einer standardisierten und verschlüsselten Form zur Verfügung zu stellen. Die Diagnosen sind dabei nach der vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen herausgegebenen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) zu verschlüsseln.

(10) Der Bundesgesundheitsagentur sind von den Landesgesundheitsfonds und den Trägern der Sozialversicherung standardisierte Berichte über deren Gebarung auf Basis eines bundesweit einheitlich strukturierten Voranschlags und Rechnungsabschlusses und weitere wesentliche Eckdaten in periodischen Abständen zu übermitteln. Struktur und Inhalt dieser Berichte werden von der Bundesgesundheitsagentur festgelegt.

### Artikel 33

#### Erfassung weiterer Daten

Zur Beobachtung, Analyse und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems sowie zur integrierten Planung der Gesundheitsversorgungsstruktur und zur Weiterentwicklung der leistungsorientierten Vergütungssysteme unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche können weitere erforderliche Daten erfasst und angefordert werden. Entsprechende Maßnahmen sind vorher in der Bundesgesundheitsagentur zu beraten.

### Artikel 34

#### Erhebungen und Einschaurechte

(1) Den Organen des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend und von diesen beauftragten nicht amtlichen Sachverständigen ist es gestattet, Erhebungen über die Betriebsorganisation und den Betriebsablauf der Krankenanstalten gemäß Art. 14 Abs. 3 und 4 durchzuführen und in die die Betriebsführung der Krankenanstalten betreffenden Unterlagen Einsicht zu nehmen. Der Bund ist verpflichtet, den betroffenen Landesgesundheitsfonds und dem Rechtsträger der jeweiligen Krankenanstalt über die Ergebnisse zu berichten und Vorschläge für Verbesserungen und Änderungen innerhalb einer angemessenen Frist zu erstatten.

(2) In der Bundesgesundheitsagentur und in den Landesgesundheitsfonds sind den Vertreterinnen/Vertretern des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung auf Verlangen Auskünfte über finanzierungsrelevante oder planungsrelevante Angelegenheiten von den beteiligten Finanzierungspartnerinnen/Finanzierungspartnern zu erteilen.

(3) Der Bund und die Länder verpflichten sich, entsprechende gesetzliche Bestimmungen zu schaffen, die es

1. der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds oder von diesen beauftragten Sachverständigen gestatten, Erhebungen über die Betriebsorganisation und den Betriebsablauf der Krankenanstalten gemäß Art. 14 Abs. 3 und 4 durchzuführen und in alle die Betriebsführung betreffenden Unterlagen durch eigene Organe oder beauftragte Sachverständige Einsicht zu nehmen und
2. der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds oder von diesen beauftragten Sachverständigen gestatten, Erhebungen über die Betriebsorganisation und den Betriebsablauf sonstiger Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer im Gesundheitswesen durchzuführen und in alle die Betriebsführung betreffenden Unterlagen durch eigene Organe oder beauftragte Sachverständige Einsicht zu nehmen.

(4) Der Bund verpflichtet sich, die im Wege der Aufsicht über die Sozialversicherungsträger zugänglichen Daten und Unterlagen der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds zur Verfügung zu stellen, soweit dies zur Nachvollziehbarkeit der Finanzflüsse erforderlich ist.

## 11. ABSCHNITT

### Sanktionen

#### Artikel 35

##### Sanktionen intramuraler Bereich

(1) Der Sanktionsmechanismus für den Krankenanstaltenbereich wird mit 1. Jänner 2008 fortgeführt.

(2) Bei maßgeblichen Verstößen gegen einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien festgelegte Pläne (z.B. Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan bzw. Österreichischer Strukturplan Gesundheit)

## REFERENTENENTWURF

und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität oder der Dokumentation hat die Bundesgesundheitsagentur den entsprechenden Länderanteil an den Mitteln gemäß Art. 17 Abs. 2 Z 5 zurückzuhalten, bis das Land oder der Landesgesundheitsfonds nachweislich die zur Herstellung des den Vorgaben gemäß dieser Vereinbarung entsprechenden Zustandes erforderlichen Maßnahmen gesetzt hat.

### Artikel 36

#### Sanktionen extramuraler Bereich

Der Bund wird entsprechende rechtliche Maßnahmen vorsehen, um wirksame Sanktionsmechanismen im extramuralen Bereich sicherzustellen.

## 12. ABSCHNITT

### Sonstige Bestimmungen

#### Artikel 37

##### Schutzklausel für Bund und Träger der Sozialversicherung

(1) Die Länder verpflichten sich im Rahmen ihrer Kompetenz, dafür zu sorgen, dass für die Jahre 2008 bis einschließlich 2013 keine über diese Vereinbarung hinausgehenden finanziellen Forderungen betreffend die Krankenanstalten im Sinne des Art. 14 Abs. 3 und 4 an den Bund oder die Träger der Sozialversicherung gestellt werden.

(2) Insoweit nicht schon aus dieser Vereinbarung durchsetzbare vermögensrechtliche Ansprüche erwachsen, wird der Bund im Rahmen seiner Kompetenz gesetzliche Grundlagen zur Sicherung der in dieser Vereinbarung festgelegten wechselseitigen Rechte und Pflichten, insbesondere auch in Bezug auf den Hauptverband bzw. die Träger der Sozialversicherung, schaffen.

(3) Die Vertragsparteien kommen für den Bereich der sozialversicherten Patientinnen/Patienten überein, für die Abgeltung jenes Aufwandes, der den Krankenanstalten ab 1. Jänner 1997 durch die Systemänderung bei der Mehrwertsteuer durch den Übergang auf die unechte Befreiung entsteht, einvernehmlich eine Pauschalierungsregelung anzustreben. Bis zur Realisierung dieses Vorhabens gilt der Bund den Ländern jenen Aufwand ab, der den Krankenanstalten dadurch entsteht, dass sie bei der Mehrwertsteuer nicht mehr berechtigt sind, die ihnen angelastete Vorsteuer geltend zu machen.

(4) Der Bund und die Länder stellen sicher, dass

1. die Bundesgesundheitsagentur und die Landesgesundheitsfonds von allen bundes- und landesgesetzlich geregelten Abgaben mit Ausnahme der Gerichts- und Justizverwaltungsgebühren befreit sind und
2. die finanziellen Leistungen der Bundesgesundheitsagentur an die Landesgesundheitsfonds weder der Umsatzsteuer noch den Steuern von Einkommen und Vermögen unterliegen.

#### Artikel 38

##### Schutzklausel für Städte und Gemeinden

Die Länder verpflichten sich, die im Zusammenhang mit der LKF-Finanzierung im jeweiligen Land angewendeten Finanzierungssysteme hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Finanzierungsbeiträge der Gemeinden oder Städte derart zu gestalten, dass es zu keiner Verschiebung der Anteile an der Aufbringung an den Fondsmitteln kommt. Jene Betriebsergebnisse, die alleine durch die im Verantwortungsbereich des Krankenanstalten-Trägers liegenden Entscheidungen verursacht sind, sind dem jeweiligen Träger zuzurechnen.

#### Artikel 38a

##### Zuständigkeit für ärztliche Ausbildungsstätten und – stellen

Die Vertragsparteien kommen überein, die Zuständigkeit für die Verfahren betreffend die Anerkennung von ärztlichen Ausbildungsstätten einschließlich Lehrambulatorien, die Zuerkennung von ärztlichen Ausbildungsstellen, die Rücknahme solcher Bewilligungen sowie für Verfahren betreffend die Einschränkung der Anrechenbarkeit ärztlicher Ausbildungszeiten in diesem Zusammenhang der/dem örtlich zuständigen Landeshauptfrau/Landeshauptmann zu übertragen.

#### Artikel 39

##### Ausländische Anspruchsberechtigte, Anstaltspflege im Ausland aus medizinischen Gründen

(1) Für die Erbringung von Leistungen der Krankenanstalten an ausschließlich gegenüber einem österreichischen Träger auf Grund von zwischenstaatlichen Übereinkommen oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit anspruchsberechtigte Patientinnen/Patienten sind die Landesgesundheitsfonds zuständig. Die Kosten sind von den Trägern der Krankenanstalten mit den Landesgesundheitsfonds wie für österreichische

## REFERENTENENTWURF

Versicherte und ihre Angehörigen abzurechnen. Die Erstattung der von den Landesgesundheitsfonds aufgewendeten Beträge sind entsprechend den in den zwischenstaatlichen Übereinkommen oder dem überstaatlichen Recht vorgesehenen Erstattungsverfahren gegenüber den zuständigen ausländischen Trägern im Wege der örtlich in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse geltend zu machen. In Fällen einer pauschalen Kostenerstattung oder eines Kostenerstattungsverzichtes erstatten die Gebietskrankenkassen den Landesgesundheitsfonds die diesen als Trägern des Aufenthalts- oder Wohnortes erwachsenden Kosten mit Ende des Jahres der Geltendmachung, wobei eine generelle Kürzung des Pauschbetrages entsprechend zu berücksichtigen ist.

(2) Die Kosten einer Anstaltspflege im Ausland, die die Träger der Krankenversicherung auf Grund des innerstaatlichen Rechts oder auf Grund von zwischenstaatlichen Abkommen oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit aufzuwenden haben, weil die betreffende Person

1. aus medizinischen Gründen aus einer inländischen in eine ausländische Krankenanstalt verlegt wurde oder
2. die ihrem Zustand angemessene Behandlung im Inland nicht oder nicht in einem Zeitraum erhalten konnte, der für diese Behandlung normalerweise erforderlich ist,

sind den Trägern der Krankenversicherung aus Mitteln der Bundesgesundheitsagentur gemäß Art. 13 Abs. 3 Z 2 lit. d in dem Ausmaß zu ersetzen, als diese Kosten einen bestimmten Betrag übersteigen. Dieser Betrag ist für 2005 auf Basis des Betrages 2003 (Art. 32 Abs. 3 der Vereinbarung BGBl. I Nr. 60/2002) zuzüglich den Erhöhungen gemäß den vorläufigen Hundertsätzen 2004 und 2005 zu berechnen, wobei die Mehreinnahmen aus dem Budgetbegleitgesetz 2003 in die Hundertsätze einzurechnen sind. Die vorläufigen und endgültigen Beträge ergeben sich in analoger Anwendung der Valorisierungsbestimmungen gemäß Art. 17 Abs. 6 Z 2 und 3. Länder und Sozialversicherung verpflichten sich, in ihrem Wirkungsbereich alles zu unternehmen, dass die Patientinnen/Patienten in Österreich behandelt werden und damit die Voraussetzung geschaffen wird, dass diese Zielgröße nicht überschritten wird. Ausgenommen von diesen Regelungen sind Behandlungen im Rahmen grenzüberschreitender Kooperationen, sofern hierüber in der jeweiligen Gesundheitsplattform Einvernehmen erzielt wird.

(3) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat in der Bundesgesundheitskommission halbjährlich aktuell über Art und Umfang der gemäß Abs. 2 für Anstaltspflege im Ausland erbrachten Leistungen zu berichten.

### Artikel 40

#### Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes (Zams)

Die Vertragsparteien kommen überein, dass ihre gegensätzlichen Standpunkte zu allfälligen Nachzahlungen im Sinne des Erkenntnisses des Verfassungsgerichtshofes vom 1. März 1983, A 1/81 - 13 (Zams) aufrecht bleiben und diese bis 31. Dezember 2013 nicht zur Diskussion stehen.

### Artikel 41

#### Schiedskommission

(1) In den Ländern werden bei den Ämtern der Landesregierungen Schiedskommissionen errichtet, die zur Entscheidung in folgenden Angelegenheiten zuständig sind:

1. Entscheidung über den Abschluss von Verträgen zwischen Trägern öffentlicher Krankenanstalten außerhalb der Landesgesundheitsfonds, die zum Zeitpunkt 31. Dezember 1996 bestehen, und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
2. Entscheidungen über Streitigkeiten aus zwischen den Trägern der in Art. 14 Abs. 3 und 4 genannten Krankenanstalten und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (oder einen Träger der sozialen Krankenversicherung) abgeschlossenen Verträgen einschließlich der Entscheidung über die aus diesen Verträgen erwachsenden Ansprüche gegenüber Trägern der Sozialversicherung oder gegenüber den Landesgesundheitsfonds;
3. Entscheidung über Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung und den Landesgesundheitsfonds über die wechselseitigen Verpflichtungen und Ansprüche aus der vorliegenden Vereinbarung;
4. Entscheidung über Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus (Art. 35) gründen.

(2) Den Schiedskommissionen gehören folgende auf vier Jahre bestellte Mitglieder an:

1. Ein vom Präsidenten des jeweiligen Oberlandesgerichtes bestellter Richter aus dem Aktivstand der zum Sprengel des jeweiligen Oberlandesgerichtes gehörenden Gerichte, der den Vorsitz übernimmt;
2. ein vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger entsendetes Mitglied und ein Mitglied aus dem Kreise der Bediensteten des Aktivstandes des jeweiligen Landes;



## REFERENTENENTWURF

3. zwei Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstreuhänder, wobei ein Mitglied entweder das jeweilige Land oder der betroffene Träger der Krankenanstalt und ein Mitglied der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entsendet;
4. für jedes gemäß Z 1 bis 3 bestellte Mitglied der Schiedskommission kann ein Ersatzmitglied bestellt werden. Für die Bestellung gelten die Z 1 bis 3 sinngemäß.

(3) Landesgesetzlichen Regelungen, die die Errichtung von Schiedskommissionen im Rahmen der Bestimmungen der Abs. 1 bis 2 vorsehen, darf die Zustimmung des Bundes nicht verweigert werden.

### z. ABSCHNITT

#### Rechtliche Umsetzung der Vereinbarung

(eigene Arbeitsgruppe)

### 13. ABSCHNITT

#### Schlussbestimmungen

##### Artikel 42

###### Inkrafttreten

(1) Diese Vereinbarung tritt ~~sofern sich aus Abs. 3 nichts anderes ergibt~~ nach Einlangen der Mitteilungen aller Vertragsparteien beim ~~Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend~~, dass die nach der Bundesverfassung bzw. nach den Landesverfassungen erforderlichen Voraussetzungen für das Inkrafttreten erfüllt sind, mit ~~1. Jänner 2008~~ in Kraft. Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 73/2005, tritt mit Ablauf des ~~31. Dezember 2007~~ außer Kraft.

(2) Die Ansprüche der Krankenanstaltenträger gegenüber dem Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds aufgrund der Vereinbarung BGBl. Nr. 863/1992 in der für das Jahr 1996 geltenden Fassung, und der erlassenen bundes- und landesgesetzlichen Vorschriften bis einschließlich des Jahres 1996 bleiben durch diese Vereinbarung unberührt und sind vom Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds bis zur Endabrechnung für das Jahr 1996 zu erfüllen.

~~(3) Über die Mittel gemäß Art. 17 Abs. 1 Z 4 ist zwischen den Ländern eine Zusatzvereinbarung zu treffen. Diese Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens tritt nur nach Einlangen der Mitteilungen der Länder über das Zustandekommen der Zusatzvereinbarung in Kraft.~~

##### Artikel 43

###### Durchführung der Vereinbarung

(1) Die zur Durchführung dieser Vereinbarung notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen sind, ~~jedenfalls soweit es die Umsetzung der finanzierungs- und organisationsrechtlichen Bestimmungen dieser Vereinbarung betrifft mit Ausnahme der Bestimmungen über die Einrichtung der Landesgesundheitsfonds~~ mit ~~1. Jänner 2008~~ in Kraft zu setzen.

~~(2) Die Bestimmungen über die Einrichtung der Landesgesundheitsfonds sind bis spätestens 1. Jänner 2006 in Kraft zu setzen. Bis zum Ablauf des Tages vor Inkrafttreten der Bestimmungen über die Einrichtung der Landesgesundheitsfonds, spätestens jedoch bis zum Ablauf des 31. Dezember 2005, gelten die Bestimmungen über die Landesfonds entsprechend der Vereinbarung BGBl. I Nr. 60/2002 weiter.~~

(2) Alle bundes- und landesgesetzlichen Regelungen, die im Widerspruch zu dieser Vereinbarung stehen, sind mit ~~1. Jänner 2008~~, die Regelungen über die Landesfonds mit dem Tag des Inkrafttretens der Bestimmungen über die Einrichtung der Landesgesundheitsfonds, spätestens jedoch mit ~~1. Jänner 2006~~ für die Laufzeit dieser Vereinbarung außer Kraft zu setzen.

(3) Die Inhalte aller Verordnungen im Rahmen des Gesundheitsqualitätsgesetzes und im Rahmen des Gesundheitstelematikgesetzes sind im Konsens zwischen dem Bund und den Ländern festzulegen.

~~(5) Die Vertragsparteien kommen überein, bestehende gesetzliche Vorschriften zu überprüfen, ob durch deren Änderung die Rechtsträger der Krankenanstalten entlastet werden können. Sollte es dennoch zu kostensteigernden Maßnahmen kommen, ist ein Konsens zwischen dem Bund und den Ländern herzustellen.~~

##### Artikel 44

###### Geltungsdauer, Kündigung

(1) Diese Vereinbarung wird für die Jahre ~~2008 bis einschließlich 2013~~ geschlossen. Die Vertragsparteien verzichten für diesen Zeitraum auf ihr Recht, die Vereinbarung zu kündigen.

(2) Diese Vereinbarung tritt mit Ablauf des 31. Dezember ~~2013~~ außer Kraft.

## REFERENTENENTWURF

(3) Die Vertragsparteien verpflichten sich, rechtzeitig Verhandlungen über eine Neuregelung aufzunehmen.

(4) Sofern in diesen Verhandlungen keine Einigung über eine Neuregelung zustande kommt, werden mit Außerkrafttreten dieser Vereinbarung die am 31. Dezember 1977 in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften, soweit sie in Durchführung dieser Vereinbarung geändert wurden, wieder in Kraft gesetzt, wobei ab 2009 die für die Periode 2005 bis 2008 vorgesehenen zusätzlichen Mittel nicht zur Verfügung gestellt werden würden.

### Artikel 45

#### Mitteilungen

Das ~~Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend~~ hat die Vertragsparteien unverzüglich in Kenntnis zu setzen, sobald alle Mitteilungen gemäß Art. 42 eingelangt sind.

### Artikel 46

#### Urschrift

Diese Vereinbarung wird in einer Urschrift ausgefertigt. Die Urschrift wird beim ~~Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend~~ hinterlegt. Dieses hat allen Vertragsparteien beglaubigte Abschriften der Vereinbarung zu übermitteln.

