
308 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXIII. GP

Regierungsvorlage

VEREINBARUNG

gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

Der Bund, vertreten durch die Bundesregierung,
 das Land Burgenland, vertreten durch den Landeshauptmann,
 das Land Kärnten, vertreten durch den Landeshauptmann,
 das Land Niederösterreich, vertreten durch den Landeshauptmann,
 das Land Oberösterreich, vertreten durch den Landeshauptmann,
 das Land Salzburg, vertreten durch die Landeshauptfrau,
 das Land Steiermark, vertreten durch den Landeshauptmann,
 das Land Tirol, vertreten durch den Landeshauptmann,
 das Land Vorarlberg, vertreten durch den Landeshauptmann und
 das Land Wien, vertreten durch den Landeshauptmann,
 im Folgenden Vertragsparteien genannt, kommen überein, gemäß Art. 15a B-VG die nachstehende Vereinbarung zu schließen:

INHALTSVERZEICHNIS

PRÄAMBEL

1. Abschnitt

Allgemeine Bestimmungen

- | | |
|-----------|-----------------------------|
| Artikel 1 | Gegenstand und Schwerpunkte |
| Artikel 2 | Geltungsbereich |

2. Abschnitt

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

- | | |
|------------|--|
| 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 9 | Sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs |
| Artikel 10 | Gesundheitsökonomie |
| Artikel 11 | Public Health |

3. Abschnitt

Entwicklung von Modellen für bedarfsorientierte Versorgung

- | | |
|------------|--|
| Artikel 12 | Entwicklung von Modellen für bedarfsorientierte Versorgung |
|------------|--|

4. Abschnitt

Bundesgesundheitsagentur und Landesgesundheitsfonds

Unterabschnitt A) Bundesgesundheitsagentur

- Artikel 14 Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur
- Artikel 15 Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur
- Artikel 16 Organisation der Bundesgesundheitsagentur
- Artikel 17 Mittel der Bundesgesundheitsagentur

Unterabschnitt B) Landesgesundheitsfonds

- Artikel 18 Einrichtung der Landesgesundheitsfonds
- Artikel 19 Organisation der Landesgesundheitsfonds
- Artikel 20 Aufgaben der Gesundheitsplattformen auf Länderebene im Rahmen der Landesgesundheitsfonds
- Artikel 21 Mittel der Landesgesundheitsfonds
- Artikel 22 Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge
- Artikel 23 Kostenbeitrag
- Artikel 24 Berechnung von Landesquoten

5. Abschnitt

Zusammenwirken der Institutionen

- Artikel 25 Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den Trägern der Krankenanstalten und zu den Landesgesundheitsfonds

6. Abschnitt

Transparenz der Voranschläge und der Rechnungsabschlüsse

- Artikel 26 Transparenz der Voranschläge und der Rechnungsabschlüsse

7. Abschnitt

Leistungsorientierte Finanzierung im Gesundheitswesen

- Artikel 27 Durchführung der leistungsorientierten Finanzierung
- Artikel 28 Krankenanstaltenspezifische Berechnung der LKF-Punkte

8. Abschnitt

Inländische Gastpatientinnen und Gastpatienten

- Artikel 29 Ausgleich für inländische Gastpatientinnen und Gastpatienten

9. Abschnitt

Weitere Finanzierungsmaßnahmen

- Artikel 30 Mittel für Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und Finanzierung von Projekten und Planungen
- Artikel 31 Kooperationsbereich (Reformpool)
- Artikel 32 Förderung des Transplantationswesens
- Artikel 33 Finanzierung überregional bedeutsamer Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen
- Artikel 34 Evaluierung von Vorsorgemaßnahmen

10. Abschnitt

Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung

- Artikel 35 Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung

11. Abschnitt

Evaluierung von allen gesetzten Maßnahmen

- Artikel 36 Evaluierung

12. Abschnitt

Dokumentation

Artikel 37	Sicherstellung und Weiterentwicklung der Dokumentation
Artikel 38	Erfassung weiterer Daten
Artikel 39	Erhebungen und Einschärfrechte

13. Abschnitt

Sanktionen

Artikel 40	Sanktionen intramuraler Bereich
Artikel 41	Sanktionen extramuraler Bereich

14. Abschnitt

Sonstige Bestimmungen

Artikel 42	Schutzklausel für Bund und Träger der Sozialversicherung
Artikel 43	Schutzklausel für Städte und Gemeinden
Artikel 44	Zuständigkeit für ärztliche Ausbildungsstätten und -stellen
Artikel 45	Ausländische Anspruchsberechtigte, Anstaltspflege im Ausland aus medizinischen Gründen
Artikel 46	Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes (Zams)
Artikel 47	Schiedskommission

15. Abschnitt

Rechtliche Umsetzung der Vereinbarung

Artikel 48	Rechtliche Umsetzung
------------	----------------------

16. Abschnitt

Schlussbestimmungen

Artikel 49	Inkrafttreten
Artikel 50	Durchführung der Vereinbarung
Artikel 51	Geltungsdauer, Kündigung
Artikel 52	Mitteilungen
Artikel 53	Urschrift

PRÄAMBEL

Die Vertragsparteien bekennen sich zu einer umfassenden medizinischen Versorgung für alle Menschen unabhängig vom Alter und Einkommen. Dabei gelten die Grundsätze der solidarischen Finanzierung, eines gleichen und niederschwelligen Zugangs zu Leistungen, sowie hoher Qualität und Effizienz bei der Leistungserbringung. Weiters verbinden die Vertragsparteien mit der Vereinbarung die Zielsetzung, ausgehend vom Bedarf der Patientinnen und Patienten Gesundheitsprozesse so zu gestalten, dass Vorsorge, Diagnose, Behandlung, Rehabilitation und Pflege in einer zweckmäßigen Abfolge und von der richtigen Stelle, in angemessener Zeit, mit gesicherter Qualität und mit bestmöglichem Ergebnis erbracht werden. Die Vertragsparteien kommen weiters überein, sich an den zentralen Public-Health-Grundsätzen zu orientieren.

Mit der gegenständlichen Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG erfolgt die Fortschreibung und Intensivierung der bereits in der vergangenen Vereinbarungsperiode vereinbarten und begonnenen Maßnahmen einer gemeinsamen Steuerung und Planung. Planungsziele und Grundsätze werden dabei grundsätzlich in einem Österreichischen Strukturplan Gesundheit gemeinsam festgelegt und die Planung erfolgt in den Regionalen Strukturplänen auf Landesebene. Die Vertragsparteien kommen daher überein, dass unter Einbeziehung der intra- und extramuralen Bereiche insbesondere die notwendigen Schritte gesetzt werden, um

- eine gemeinsame integrierte und sektorenübergreifende Planung und Steuerung im Gesundheitswesen sicherzustellen,
- den Grad der Verbindlichkeit in der Gesundheitsplanung auf Länderebene durch wechselseitige Abstimmung der intra- und extramuralen Versorgungsplanung zu erhöhen und
- eine sektorenübergreifende Finanzierung aufzubauen.

1. ABSCHNITT

Allgemeine Bestimmungen

Artikel 1

Gegenstand und Schwerpunkte

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

1. 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,
2. Mittel für den Kooperationsbereich (Reformpool) in den Landesgesundheitsfonds vorzusehen,
3. Mittel für Planungen und Projekte, die der Sicherstellung und der Verbesserung der Qualität, der Effizienz und der Effektivität der Gesundheitsversorgung dienen, vorzusehen,
4. das Transplantationswesen und weitere wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung auf Basis von Beschlüssen der Bundesgesundheitskommission zu fördern,
5. die Beziehungen der Landesgesundheitsfonds, der Träger der Sozialversicherung, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (im Folgenden: Hauptverband) und der Träger der Krankenanstalten gemäß Art. 18 Abs. 3 und 4 (im Folgenden: Träger von Krankenanstalten) untereinander festzulegen und
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 insbesondere

1. Intensivierung der erforderlichen Strukturveränderungen im intra- und extramuralen Bereich,
2. Weiterentwicklung des Kooperationsbereiches (Reformpool),
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. Unterstützung der Arbeiten zum Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (wie ELGA, eCard, eHealth) auf Basis einer Kosten-Nutzenbewertung,
8. die Forcierung gesundheitsökonomischer Ansätze,
9. Bei der gemeinsamen Steuerung und Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens ist der Grundsatz zu beachten, dass die für die Planung zuständigen Entscheidungsträger auch für die Finanzierung verantwortlich sein müssen und dass zwischen den Gesundheitssektoren das Prinzip „Geld folgt Leistung“ gilt.

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, Gesundheitsökonomie und Public Health

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, 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) Im Besonderen wird vereinbart, eine österreichweit gleichwertige, flächendeckende abgestufte Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich prioritär umzusetzen. Im Rahmen der Umsetzung der integrierten Versorgung ist eine Abstimmung insbesondere zwischen Gesundheits- und Sozialbereich sowie der Sozialversicherung anzustreben.

(3) 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 gesamtökonomischen Aspekte vor den ökonomischen Aspekten des Teilbereiches ausschlaggebend sind. Die Sicherung der Qualität und die Patientinnen-/Patientenorientierung sind dabei jedenfalls sicherzustellen.

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

(5) 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.

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 den Rehabilitationsbereich und die Nahtstellen zum Pflegebereich sowie für die stationäre und ambulante Versorgungsplanung in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) dar.

(2) Entsprechend seiner Zielsetzung als Planungsgrundlage für das Gesundheitswesen umfasst der ÖSG quantitative und qualitative Planungsaussagen für alle Gesundheitsversorgungsbereiche. Eine Leistungsangebotsplanung ist in jenen Bereichen vorzunehmen, wo die Datengrundlagen dies ermöglichen. Weiters enthält der ÖSG die Darstellung des Ist-Standes der Versorgungsstrukturen im stationären Bereich, im ambulanten Bereich sowie an den Nahtstellen zum Pflegebereich auf Ebene von Versorgungsregionen, im Rehabilitationsbereich auf Ebene von Versorgungszonen. Verbindliche

Qualitätskriterien stellen einen integrierenden Bestandteil der Planungsaussagen im Rahmen der Leistungsangebotsplanung dar.

(3) Der ÖSG 2006 ist während der Laufzeit dieser Vereinbarung von der Bundesgesundheitsagentur kontinuierlich weiterzuentwickeln. Aufbauend auf den ÖSG 2006 sind Planungsgrundsätze und Planungsfestlegungen prioritätär 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 in ausreichender Qualität zur Verfügung zu stellen.

(4) Erweiterungen bzw. Revisionen des ÖSG sind von der Bundesgesundheitskommission zu beschließen und in geeigneter Weise kundzutun. Es werden folgende Entwicklungsschritte vereinbart:

1. Als Grundlage für die Detailplanungen sind bis Ende 2008 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.
2. Die Rahmenplanung des ambulanten Bereichs wird unmittelbar in Angriff genommen. Ein weiterer Entwicklungsschwerpunkt ist die Rahmenplanung für den bedarfsgerechten Ausbau der Rehabilitationsangebote.
3. Bis Ende 2010 wird eine umfassende Revision der bisherigen ÖSG-Inhalte auf der aktuellen Datenbasis 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 eine laufende Aktualisierung der Informationen zum Ist-Stand in den verschiedenen Versorgungsbereichen.

(5) Die 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 abzustimmen. Die Krankenanstaltenplanung des RSG ist durch eine Verordnung des jeweiligen Landes zu erlassen. Die RSG sind Grundlage für die krankenanstaltenrechtliche Bedarfsprüfung bzw. für Vertragsabschlüsse der Sozialversicherung. Entsprechende Anpassungen im Krankenanstalten- sowie im Sozialversicherungsrecht sind vorzunehmen. Sozialversicherungsrechtlich ist sicherzustellen, dass die Gesamtvertragspartner im extramuralen Bereich ihre Verhandlungen darauf ausrichten. Bei der Erteilung von Errichtungs- und Betriebsbewilligungen (Bedarfsprüfungsverfahren) sind alle versorgungswirksamen Kapazitäten 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.

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

(8) Die Abrechenbarkeit von Leistungen im Rahmen der Landesgesundheitsfonds bzw. durch die Krankenversicherungsträger ist an die verpflichtende Einhaltung der qualitativen 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.

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

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 leistungsanbietenden 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 tragen, dass in den Gesundheitseinrichtungen bundesweit einheitliche Vorgaben zur Dokumentation gemäß Art. 37 und 38 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, insbesondere auch einschließlich des niedergelassenen Bereichs, erfolgen. Dabei sind die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu berücksichtigen.

(3) Die Vertragsparteien kommen überein, dass die in Abs. 2 genannten Arbeiten im Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) erarbeitet werden. Der Bund hat sicherzustellen, dass das BIQG in seiner wissenschaftlichen Arbeit weisungsfrei ist. Die Festlegung der methodologischen und gesundheitsökonomischen Grundsätze zur wissenschaftlichen Entwicklung von Standards, Richtlinien und Leitlinien für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Gesundheitsbereich erfolgt im Einvernehmen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung. In der Geschäftsordnung der Institutsversammlung sind dazu die entsprechenden Regelungen vorzusehen.

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

(5) Im Bereich der Strukturqualität sollen aufbauend auf den bisherigen Entwicklungsarbeiten im Rahmen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG 2006) bundesweit einheitliche Qualitätskriterien für die Erbringung von Gesundheitsleistungen weiterentwickelt und verbindlich gemacht werden. Diese Qualitätskriterien sind einzuhalten, unabhängig davon, in welcher Institution bzw. Einrichtung die Gesundheitsleistungen erbracht werden.

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

(7) Im Bereich der Ergebnisqualität ist die Methodenarbeit zu verbessern. Es sind Indikatoren und Referenzgrößen zu entwickeln und Meldepflichten hierzu einzuführen.

(8) 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.

(9) Auf Plattformebene kann eine Qualitätssicherungskommission für den intra- und extramuralen Bereich eingerichtet werden. Besonderes Augenmerk ist auf folgende Punkte zu legen:

1. Umsetzung von Qualitätsinitiativen;
2. Erarbeitung und Einbindung von Werte-, Anreizsystemen und Förderprogrammen für Qualitätsarbeit (zB QFP-Qualitätsförderpreis des Landes);
3. Förderung des Informationsaustausches und der Kommunikationsstrukturen der im Qualitätsbereich tätigen Akteurinnen/Akteure sowie den Qualitätsarbeit leistenden Stellen (regelmäßige Veranstaltungen);
4. Berücksichtigung der Indikationsqualität als zusätzliche Qualitätsachse;
5. Nutzung von EBM, HTA und Leitlinien;
6. auf der Grundlage von bundesweiten Qualitätskriterien und in Abstimmung mit den bundesweit geführten Registern können auf Landesebene Register geführt werden;
7. besondere Berücksichtigung von Entwicklung und Nutzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Pfade).

(10) Es ist eine bundesländer- und sektorenübergreifende 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. 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.

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

(12) Zur Sicherstellung eines Qualitätssystems, das auf den Prinzipien der Patientinnen- und Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität, Effizienz und Kostendämpfung 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.

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 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 zu nutzen. Sie werden die Festlegung von Vorgaben und Vorhaben mit überregionaler, bundesweiter oder europäischer Bedeutung unterstützen, ihre Umsetzung verbindlich erklären und ihre Einhaltung überwachen.

(3) 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 auf Grundlage einer Kosten-Nutzenbewertung und einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung gefassten Beschlüssen der Bundesgesundheitskommission insbesondere:

1. die Arbeitsgemeinschaft elektronische Gesundheitsakte (ARGE ELGA) mit eigener Rechtspersönlichkeit und entsprechender Infrastruktur ausstatten,
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,
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) Darauf 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 alle organisatorischen, technischen und rechtlichen Vorkehrungen treffen, die den elektronischen Gesundheitsdatenaustausch auch mit Betroffenen ermöglichen und dabei für einen wirksamen Schutz der Privatsphäre sorgen. Unbeschadet des gemeinsamen Verständnisses, den Verkehr mit Gesundheitsdaten weitestgehend elektronisch abzuwickeln, werden 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) Die Bundesgesundheitsagentur hat die gemäß den Abs. 3 bis 5 erzielten Fortschritte zu evaluieren. Die Landesgesundheitsfonds berichten der Bundesgesundheitsagentur über den Stand der Entwicklung und die Umsetzung von Beschlüssen 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 9

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. 37)
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.

(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. Nach dem Jahr 2010 werden die im Rahmen der Reformpools angewandten sektorenübergreifenden Abrechnungsmodelle einer Evaluierung unterzogen.

Artikel 10

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. Durchführung gesundheitsökonomischer Bewertungen, um umfassende Kosten-Nutzen-Analysen zu gewährleisten, die neben der Effizienz den Nutzen der Patient/inn/en im Focus haben
3. Förderung des Wissens um sowie Förderung des Einsatzes von gesundheitsökonomisch relevanten Methoden
4. Durchführung gesundheitsökonomischer Analysen und Evaluationen

Artikel 11

Public Health

Die Vertragsparteien kommen überein, sich bei der Durchführung ihrer Maßnahmen an Public Health Grundsätzen zu orientieren. Diese sind unter anderem:

1. Orientierung an einem umfassenden Gesundheitsbegriff

2. Systematische Gesundheitsberichterstattung
3. Versorgungsforschung um bedarfsorientierte Planung, Entwicklung und Evaluation zu gewährleisten
4. Stärkung der Interdisziplinarität in der Versorgung sowie in der Forschung und Entwicklung mit der Zielsetzung, die Gesundheit für alle zu verbessern und die gesundheitlichen Ungleichheiten zu verringern
5. Gemeinsame Entwicklung von Rahmen-Gesundheitszielen auf Bundesebene

3. ABSCHNITT **Entwicklung von Modellen für bedarfsorientierte Versorgung**

Artikel 12

Entwicklung von Modellen für bedarfsorientierte Versorgung

Die Vertragsparteien kommen überein, eine Arbeitsgruppe bestehend aus Expertinnen/Experten des Bundes, der Länder, der Sozialversicherung sowie Vertreterinnen/Vertretern der Bundeswirtschaftskammer und der gesetzlichen Interessensvertretung der Ärztinnen/Ärzte einzurichten. Diese Arbeitsgruppe erarbeitet bis Ende 2009 Modelle einer bedarfs- und patientenorientierten, Versorgungslücken schließenden, effizienten und Doppelstrukturen vermeidenden Versorgungsstruktur.

4. ABSCHNITT **Bundesgesundheitsagentur und Landesgesundheitsfonds** **Unterabschnitt A)** **Bundesgesundheitsagentur**

Artikel 14

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.

Artikel 15 **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,
5. Erarbeitung und Erprobung von Abrechnungsmodellen für eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs,
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),
10. Festlegung von Impfprogrammen auf der Grundlage evidenzbasierter Studien unter Beibehaltung des bisherigen Finanzierungsschlüssels,
11. Weiterentwicklung der Leitlinien für den Kooperationsbereich (Reformpool) gemäß Art. 31,
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 16

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. Weitere nicht stimmberechtigte Mitglieder der Bundesgesundheitskommission sind je eine/ein Vertreterin/Vertreter des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung, der Österreichischen Apothekerkammer, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und der für die in § 149 Abs. 3 ASVG genannten Krankenanstalten in Betracht kommenden gesetzlichen Interessenvertretung.
2. In der Bundesgesundheitskommission besteht eine Bundesmehrheit.
3. Der Bundesgesundheitskommission obliegt die Beschlussfassung in den Angelegenheiten gemäß Art. 15 Abs. 1.
4. Für Beschlussfassungen ist – ausgenommen in den Angelegenheiten gemäß Art. 15 Abs. 1 Z 12, soferne es sich um Mittel gemäß Art. 30 Abs. 1 handelt, und Art. 15 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.

(5) Es kann ein Präsidium bestehend aus der/dem Bundesministerin/Bundesminister für Gesundheit, Familie und Jugend, einer/einem Vertreter/in der Länder und einer/einem Vertreter/in der Sozialversicherung eingerichtet werden.

Artikel 17

Mittel der Bundesgesundheitsagentur

(1) Der Bund stellt sicher, dass die Bundesgesundheitsagentur im ersten Jahr der Laufzeit (2008) mit folgenden Mitteln dotiert wird :

1. Mit einem Betrag in der Höhe von 1,416% des Aufkommens an der Umsatzsteuer im Jahr 2008 nach Abzug des im § 8 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2008 genannten Betrages.
2. mit 258.426.240,71 Euro und
3. mit 83.573.759,29 Euro.

(2) Der Bund stellt sicher, dass die Bundesgesundheitsagentur in den Folgejahren (2009 bis 2013) jährlich mit Mitteln in folgender Höhe dotiert wird:

1. Mit einem Betrag in Höhe eines Anteiles am Aufkommen an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel (§ 9 Abs. 1 FAG 2008) ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8 Abs. 2 FAG 2008, wobei dieser Anteil als Verhältnis des Betrages gemäß Abs. 1 Z 1 zu den Aufkommen an diesen Abgaben im Jahr 2008 ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8 Abs. 2 FAG 2008 ermittelt wird,
2. mit einem Betrag in Höhe eines Anteiles am Aufkommen an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel (§ 9 Abs. 1 FAG 2008) ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8 Abs. 2 FAG 2008, wobei dieser Anteil als Verhältnis des Betrages von 258.426.240,71 Euro zu den Aufkommen an diesen Abgaben im Jahr 2008 ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8 Abs. 2 FAG 2008 ermittelt wird und
3. mit einem weiteren Betrag von 83.573.759,29 Euro.

(3) Die Mittel gemäß Abs. 1 Z 1 und Abs. 2 Z 1 werden von der Bundesgesundheitsagentur an die Landesgesundheitsfonds geleistet.

(4) Die Mittel gemäß Abs. 1 Z 2 und Abs. 2 Z 2 sind entsprechend der nachfolgenden Bestimmungen zu verwenden:

1. Zunächst sind folgende Vorweganteile zu überweisen:
 - a) 3,63 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Oberösterreich,
 - b) 4,36 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Steiermark,
 - c) 3,63 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Tirol,
 - d) 2 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Niederösterreich,
 - e) 2 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Oberösterreich,
 - f) 2 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Salzburg,
 - g) 14 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Tirol.
2. Sodann sind folgende Mittel in Abzug zu bringen und gemäß dem 9. Abschnitt bzw. gemäß Art. 45 Abs. 2 zu verwenden:
 - a) 5 Millionen Euro zur Finanzierung von Projekten und Planungen sowie zur Abgeltung von Leistungen, die von der Gesundheit Österreich GmbH für die Bundesgesundheitsagentur erbracht werden,
 - b) 2,9 Millionen Euro bzw. bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Art. 32 Abs. 3 3,4 Millionen Euro zur Förderung des Transplantationswesens,
 - c) 3,5 Millionen Euro zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen im Sinne der lit. a und für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung, deren Verwendung im Einvernehmen mit den Ländern und der Sozialversicherung festgelegt wird,
 - d) nach Vorliegen einer Kosten-Nutzenbewertung sowie nach Maßgabe von einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung gefassten Beschlüssen der Bundesgesundheitskommission maximal insgesamt 10 Mio. Euro (für den Zeitraum 2008 bis 2013) für die Konzeption, Umsetzung und den Betrieb der Architekturkomponenten gemäß den Planungen für die erste Umsetzungsphase der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) und
 - e) allfällige für Anstaltpflege im Ausland aufzuwendende Mittel (Art. 45 Abs. 2).
3. Die verbleibenden Mittel werden nach Maßgabe des Art. 40 (Sanktionen) an die Landesgesundheitsfonds geleistet.

Unterabschnitt B) **Landesgesundheitsfonds**

Artikel 18

Einrichtung der Landesgesundheitsfonds

(1) Zur Wahrnehmung von Aufgaben aufgrund dieser Vereinbarung haben die Länder weiterhin für jedes Bundesland einen Landesgesundheitsfonds in Form eines öffentlich-rechtlichen Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten.

(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 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 Geriatrischen Krankenhauses der Stadt Graz und dem Träger der Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie vom Gesundheitsfonds Steiermark Zahlungen zu gewähren. Für den Träger des Geriatrischen Krankenhauses Graz leistet der Hauptverband für die Laufzeit dieser Vereinbarung über Art. 21 hinausgehend Zahlungen an den Gesundheitsfonds Steiermark nach Maßgabe des Vertrages vom 11. 9. 2006 für die dort genannten Leistungen. Für die Behandlung sozialversicherter Patientinnen und Patienten leistet der Gesundheitsfonds Steiermark Zahlungen an den Träger der Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie sowie der NÖGUS Zahlungen an den Träger des PSO Eggenburg. Diese speziellen Finanzierungen des Geriatrischen Krankenhauses der Stadt Graz, der Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie und des PSO Eggenburg haben keinerlei Auswirkung auf die Finanzierung der übrigen Landesgesundheitsfonds.

Artikel 19

Organisation der Landesgesundheitsfonds

- (1) Das oberste Organ des Landesgesundheitsfonds ist die Gesundheitsplattform.
- (2) Hinsichtlich der Gesundheitsplattform gilt:
 1. Der Gesundheitsplattform gehören an:
 - a) das Land und Träger der Sozialversicherung zu gleichen Teilen sowie der Bund (jedenfalls mit Stimmrecht),
 - b) der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ohne Stimmrecht und
 - c) jedenfalls Vertreterinnen/Vertreter der Ärztekammer, der Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden, der Patientenvertretungen und der Rechtsträger der in Art. 18 Abs. 3 genannten Krankenanstalten.
 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. 20 Abs. 1.
 4. Für Beschlussfassungen gilt Folgendes:
 - a) Bei Angelegenheiten des Kooperationsbereichs, die sowohl in die Zuständigkeit des Landes als auch der Sozialversicherung fallen, ist ein Einvernehmen zwischen dem Land und der Sozialversicherung erforderlich.
 - b) In Angelegenheiten, in denen die alleinige Zuständigkeit des Landes besteht (intramuraler Bereich), hat das Land die Mehrheit.
 - c) In Angelegenheiten, in denen die alleinige Zuständigkeit der Sozialversicherung besteht (extramuraler Bereich), hat die Sozialversicherung die Mehrheit.
 - d) Bei Beschlüssen, die gegen Beschlüsse der Bundesgesundheitsagentur verstößen, 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.
- (4) Weiters kann zur Beratung der Landesgesundheitsfonds jeweils eine Gesundheitskonferenz eingerichtet werden, in der die wesentlichen Akteurinnen/Akteure des Gesundheitswesens vertreten sind.

Artikel 20

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. Abstimmung der Inhalte sowie allfälliger Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen der regionalen Strukturpläne Gesundheit (Detailplanungen gemäß Art. 3 und 4) bzw. von Kapazitätsfestlegungen 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 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. Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung,
9. Entwicklung und Umsetzung konkreter strukturverbessernder Maßnahmen inklusive Dokumentation der Leistungsverschiebungen zwischen den Gesundheitsektoren,
10. Abstimmung der Ressourcenplanung zwischen dem Gesundheitswesen und dem Pflegebereich,
11. Erstellung von Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen,
12. Aufgaben, die den Landesgesundheitsfonds durch die Länder übertragen werden,
13. 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.

Artikel 21

Mittel der Landesgesundheitsfonds

(1) Mittel der Landesgesundheitsfonds sind:

1. Beiträge der Bundesgesundheitsagentur,
2. ein Betrag in der Höhe von 0,949% des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug des im § 8 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2008 genannten Betrages von den Ländern,
3. Beiträge der Sozialversicherung gemäß Abs. 6

4. zusätzliche Mittel, die für die Gesundheitsreform aufgrund der Vereinbarung über den Finanzausgleich 2005 bis 2008 zur Verfügung gestellt werden (diese Mittel werden bis 2013 weiterhin in der bisherigen Form zur Verfügung gestellt und wie im Jahr 2007 an die Landesgesundheitsfonds verteilt),
5. Mittel gemäß GSBG,
6. nach Maßgabe einer besonderen bundesgesetzlichen Regelung - Beiträge der Gemeinden (Umsatzsteueranteile),
7. allenfalls die von den Ländern, Gemeinden und Rechtsträgern der Krankenanstalten zur Abdeckung des Betriebsabgangs der Krankenanstalten zu leistenden Beiträge und sonstige Mittel, die die Länder den Krankenanstalten zur Verfügung stellen, und
8. allfällige sonstige Mittel nach Maßgabe von landesrechtlichen Vorschriften, wobei die Einführung weiterer Selbstbehalte unzulässig ist.

Dabei sind die Landesgesundheitsfonds betragsmäßig so zu dotieren, dass sichergestellt ist, dass zumindest 51% der laufenden Kosten der Krankenanstalten (inkl. Abschreibungen) durch marktmäßige Umsätze (Erlöse) finanziert werden.

- (2) Die Bundesgesundheitsagentur leistet jährlich folgende Beiträge an die Landesgesundheitsfonds:
 1. Mittel gemäß Art. 17 Abs. 1 Z 1 bzw. Abs. 2 Z 1,
 2. 9,29 % der Mittel gemäß Art. 17 Abs. 1 Z 2 bzw. Abs. 2 Z 2,
 3. 2,87 % der Mittel gemäß Art. 17 Abs. 1 Z 2 bzw. Abs. 2 Z 2, zuzüglich 83.573.759,29 Euro gemäß Art. 17 Abs. 1 Z 3 bzw. Abs. 2 Z 3,
 4. 49,14 % der Mittel gemäß Art. 17 Abs. 1 Z 2 bzw. Abs. 2 Z 2 vermindert um die Abzüge gemäß Art. 17 Abs. 4 Z 2 (nach Maßgabe des Art. 40),
 5. 38,70 % der Mittel gemäß Art. 17 Abs. 1 Z 2 bzw. Abs. 2 Z 2.

(3) Hinsichtlich der Termine für die jährliche Überweisung der Mittel der Bundesgesundheitsagentur an die Landesgesundheitsfonds wird Folgendes vereinbart:

1. Beiträge gemäß Abs. 2 Z 1 sind mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2008 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen zu erbringen, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder für das Jahr 2008 an der Umsatzsteuer bzw. für die Jahre ab 2009 an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel zu richten hat. Diese Vorschüsse sind an den gesetzlichen Terminen der Vorschussleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen.
2. Beiträge gemäß Abs. 2 Z 2 und 3 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels zu überweisen.
3. Beiträge gemäß Abs. 2 Z 4 vermindert um die Abzüge gemäß Art. 17 Abs. 4 Z 2 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 20. April, 20. Juli, 20. Oktober und am 20. Jänner des Folgejahres zu überweisen.
4. Beiträge gemäß Abs. 2 Z 5 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 20. April, 20. Juli, 20. Oktober und am 20. Jänner des Folgejahres zu überweisen.

(4) Die Vertragsparteien kommen überein, dass die Beiträge der Länder gemäß Abs. 1 Z 2 mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2008 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen zu erbringen sind, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder an der Umsatzsteuer zu richten hat. Diese Vorschüsse sind zu den gesetzlichen Terminen der Vorschussleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu Lasten der Länder vom Bund an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

(5) Die an die Landesgesundheitsfonds zu leistenden Beiträge gemäß Abs. 1 Z 2 und Abs. 2 ausgenommen Mittel in Höhe von 83.573.759,29 Euro sind als Vorschussleistungen anzusehen. Die Höhe der Teilbeträge gemäß Abs. 3 Z 2, 3 und 4 richtet sich nach der jeweils letzten Prognose über die Entwicklung der Einnahmen an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel; wenn die tatsächliche Entwicklung der Einnahmen eine deutliche Abweichung von dieser Prognose erwarten lässt, kann der letzte Teilbetrag entsprechend angepasst werden. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 12 Abs. 1 Finanzausgleichsgesetz 2008 oder der an die Stelle dieser Bestimmung tretenden Norm in der jeweils geltenden Fassung zu erfolgen. Dabei entstehende Übergenüsse oder Guthaben der Landesgesundheitsfonds sind auszugleichen.

- (6) Hinsichtlich der Mittel der Sozialversicherung gilt Folgendes:

1. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger leistet für Rechnung der in ihm zusammengefassten Sozialversicherungsträger an die Landesgesundheitsfonds für das Jahr 2008 einen vorläufigen Pauschalbetrag. Dieser vorläufige Pauschalbetrag 2008 ist auf der Basis des endgültigen Pauschalbetrages 2006 (Art 17 Abs. 6 der Vereinbarung BGBI. I Nr. 73/2005) zuzüglich der Erhöhungen gemäß den vorläufigen Hundertsätzen 2007 und 2008 zu berechnen, wobei die Mehreinnahmen aus dem Budgetbegleitgesetz 2003 in die Hundertsätze einzurechnen sind.
2. Die vorläufigen Zahlungen der Träger der Sozialversicherung für die Jahre 2009 bis 2013 ergeben sich aus dem Jahresbetrag der Zahlung gemäß endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr, multipliziert mit den vorläufigen Hundertsätzen der Folgejahre. Diese sind die geschätzten prozentuellen Steigerungen der Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr.
3. Die endgültigen Abrechnungen für die Jahre 2008 bis 2013 sind bis zum 31. Oktober des jeweils folgenden Kalenderjahres in der Form vorzunehmen, dass der jeweilige endgültige Jahresbetrag des Vorjahres um jenen Prozentsatz zu erhöhen ist, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr prozentuell gestiegen sind, wobei im Zuge der Vereinbarung über den Finanzausgleich gemäß Abs. 1 Z 4 vereinbarte beitragsrelevante Einnahmen in der sozialen Krankenversicherung nicht zu berücksichtigen sind.
4. Von den Mitteln gemäß Z 1 bis 3 werden
 - a) 70% in zwölf gleich hohen Monatsraten überwiesen, wobei die 1. Rate am 20. April 2008, alle weiteren Raten über die gesamte Laufzeit dieser Vereinbarung jeweils zum 20. eines Monats fällig sind;
 - b) 30% in vier gleich hohen Quartalsbeträgen überwiesen, wobei die 1. Rate am 20. April 2008, die folgenden Raten jeweils am 20. Juli, am 20. Oktober und am 20. Jänner des Folgejahres fällig sind.
5. Die Sozialversicherungsträger leisten in den Jahren 2008 bis einschließlich 2013 einen Betrag in der Höhe des variablen Finanzvolumens an die Landesgesundheitsfonds, das sich auf Grund der am 31. Dezember 1996 bestehenden Rechtslage bezüglich der in den Sozialversicherungsgesetzen vorgesehenen Kostenbeiträge (Kostenanteile) im stationären Bereich ergeben hätte. Kostenbeiträge (Kostenanteile) für (bei) Anstaltspflege auf Grund von Bestimmungen in den Sozialversicherungsgesetzen werden von den Trägern der Krankenanstalten im Namen der Träger der Sozialversicherung für die Landesgesundheitsfonds eingehoben. Diese Kostenbeiträge (Kostenanteile) werden gemäß Z 2 valorisiert.

Artikel 22

Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge

Der Bund wird die Krankenversicherungsbeiträge befristet auf den Zeitraum der Geltungsdauer dieser Vereinbarung (2008 – 2013) um 0,1% erhöhen. Die Aufteilung der daraus resultierenden Mehreinnahmen zwischen den Ländern und der Sozialversicherung ist entsprechend der Vereinbarung über den Finanzausgleich 2005 bis 2008 vorzunehmen.

Artikel 23

Kostenbeitrag

Die Länder sind bereit, sicherzustellen, dass der Kostenbeitrag gemäß § 27a Abs. 2 KAKuG, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 136/2001, in der Höhe von 1,45 Euro von den Trägern der Krankenanstalten eingehoben wird.

Artikel 24

Berechnung von Landesquoten

(1) Die Beiträge der Bundesgesundheitsagentur gemäß Art. 21 Abs. 2 Z 1 und 2 sowie die Mittel der Länder gemäß Art. 21 Abs. 1 Z 2 sind im Ausmaß der nachfolgend angeführten Prozentsätze jeweils in Landesquoten aufzuteilen und an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen:

Burgenland	2,572%
Kärnten	6,897%
Niederösterreich	14,451%
Oberösterreich	13,692%
Salzburg	6,429%

Steiermark	12,884%
Tirol	7,982%
Vorarlberg	3,717%
Wien	31,376%
	100,000%

(2) Die bundesgesetzliche Regelung gemäß Art. 21 Abs. 1 Z 6 wird vorsehen, dass die Beiträge der Gemeinden ländерweise entsprechend den in Abs. 1 genannten Anteilen verteilt werden.

(3) Die Beiträge der Bundesgesundheitsagentur gemäß Art. 21 Abs. 2 Z 3 sind im Ausmaß der nachfolgend angeführten Prozentsätze jeweils in Landesquoten aufzuteilen und an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen:

Burgenland	2,559%
Kärnten	6,867%
Niederösterreich	14,406%
Oberösterreich	13,677%
Salzburg	6,443%
Steiermark	12,869%
Tirol	8,006%
Vorarlberg	3,708%
Wien	31,465%
	100,000%

(4) Die Beiträge der Sozialversicherung gemäß Art. 21 Abs. 6 Z 1 bis 3 sind unter Anwendung des folgenden Gesamtschlüssels zu verteilen:

Burgenland	2,426210014%
Kärnten	7,425630646%
Niederösterreich	14,377317701%
Oberösterreich	17,448140331%
Salzburg	6,441599507%
Steiermark	14,549590044%
Tirol	7,696467182%
Vorarlberg	4,114811946%
Wien	25,520232629%
	100,0000000000%

(5) Die Mittel gemäß Art. 21 Abs. 6 Z 5 verbleiben den Landesgesundheitsfonds.

(6) Die Mittel gemäß Art. 21 Abs. 2 Z 4 mit Ausnahme der Vorweganteile gemäß Art. 17 Abs. 4 Z 1 lit. a bis c, allenfalls für die Zwecke gemäß Art. 17 Abs. 4 Z 2 nicht ausgeschöpfte Mittel und die der Bundesgesundheitsagentur anfallenden Vermögenserträge sind entsprechend der aufgrund der Volkszählung 2001 auf drei Dezimalstellen kaufmännisch gerundet errechneten Prozentsätze an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

(7) Die Mittel gemäß Art. 21 Abs. 2 Z 5 - mit Ausnahme der Vorweganteile gemäß Art. 17 Abs. 4 Z 1 lit. d bis g - sind zur Hälfte entsprechend der aufgrund der Volkszählung 2001 auf drei Dezimalstellen kaufmännisch gerundet errechneten Prozentsätze und zur Hälfte unter Anwendung des folgenden Gesamtschlüssels (Basis: LKF-Punkteverteilung 2005) an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen:

Burgenland	2,187%
Kärnten	7,544%
Niederösterreich	16,062%
Oberösterreich	18,348%
Salzburg	6,291%
Steiermark	13,663%
Tirol	9,371%
Vorarlberg	3,498%
Wien	23,036%
	100,000%

5. ABSCHNITT **Zusammenwirken der Institutionen**

Artikel 25

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. 18 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 Ambulanzzleistungen 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 nachzustitzen 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. 18 Abs. 3 bereits im Jahre 1996 bestanden haben. Art. 18 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 über das e-card System auf automationsunterstütztem Weg Auskünfte an Krankenanstalten für deren Leistungserbringung und Leistungsverrechnung. Der Zugang der

Krankenanstalt erfolgt online durch Verwenden der e-card über die e-card Infrastruktur. Die Krankenanstalt hat auf diesem Weg das Vorliegen eines Versicherungsanspruches festzustellen. Die Krankenversicherungsträger haben die für diese Auskunftserteilung notwendigen Daten dem Hauptverband bereitzustellen. Bei Nichtvorlage der e-card ist eine Onlineprüfung durch Eingabe der Sozialversicherungsnummer vorzunehmen. Für Personen mit Sozialversicherungsanspruch, aber ohne Versicherungsnummer (betreute Personen, Europäische Krankenversicherungskarte, andere internationale Fälle usw.) hat die Sozialversicherung eine gleichwertige online-Vorgangsweise anzubieten.

(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) In die Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (HEK, § 351g Abs. 3 ASVG) ist eine/ein Vertreterin/Vertreter der Länder aufzunehmen. Diese/Dieser ist dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger über die Verbindungsstelle der Bundesländer bekannt zu geben. Die Mehrheitsverhältnisse in dieser Kommission werden dadurch nicht verändert. Entscheidungen, ob neue Arzneispezialitäten intra- und/oder extramural verabreicht werden können, sind mit der/dem Ländervertreterin/Ländervertreter abzustimmen.

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

6. ABSCHNITT **Transparenz der Budgetierung und der Rechnungsabschlüsse**

Artikel 26

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.

7. ABSCHNITT **Leistungsorientierte Finanzierung im Gesundheitswesen**

Artikel 27

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

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.

(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.

(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. Weiterentwicklung des LKF-Modells unter Einbeziehung von Bepunktungsregelung für Intensiveinheiten 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 episodenübergreifende Bepunktungsregelungen für die medizinische Nachsorge, Transferierungen, Verlegungen und Wiederaufnahmen erarbeitet.

(8) Im Rahmen der Entwicklung sektorenübergreifender Abrechnungsmodelle gemäß Art. 9 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. Etwaige notwendige flankierende Maßnahmen sind vor der Umsetzung dieser Änderungen vorzunehmen.

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

(10) Anlässlich „10 Jahre LKF-System in Österreich“ ist unter Einbeziehung internationaler externer Expert/inn/en eine wissenschaftliche Evaluierung (insbesondere hinsichtlich Steuerungs- und Anreizeffekte) bis Ende 2009 durchzuführen.

Artikel 28

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. 37 einzurichtende Pseudonymisierungsstelle und an die Landesgesundheitsfonds zu übermitteln. Die Art und Weise der Übermittlung an die Pseudonymisierungsstelle wird durch die Bundesgesundheitsagentur noch einvernehmlich festgelegt.

8. ABSCHNITT

Inländische Gastpatientinnen und Gastpatienten

Artikel 29

Ausgleich für inländische Gastpatientinnen und Gastpatienten

Für inländische Gastpatientinnen und Gastpatienten wird für die Dauer dieser Vereinbarung keine über die Abgeltung der Landesgesundheitsfonds hinausgehende Entschädigung bezahlt. Bilaterale Vereinbarungen bezüglich Gastpatientinnen und Gastpatienten sind möglich.

9. ABSCHNITT

Weitere Finanzierungsmaßnahmen

Artikel 30

Mittel für die GÖG 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, Dokumentation, LKF u.a.) entsprechende Ressourcen der GÖG 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. 21 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 Strukturreformen 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) Bund und Länder kommen überein, auf Grundlage einer Kosten-Nutzenbewertung und nach Maßgabe von einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung gefassten Beschlüssen der Bundesgesundheitskommission zur gemeinsamen Finanzierung der Konzeption, der Umsetzung und des Betriebs der Architekturkomponenten gemäß den Planungen für die erste Umsetzungsphase der ELGA in der Laufzeit dieser Vereinbarung insgesamt maximal 30 Millionen Euro zur Verfügung zu stellen. Die Aufbringung des Anteils der Länder erfolgt im Rahmen der Bundesgesundheitsagentur durch Vorwegabzug (gemäß Art. 17 Abs. 4 Z 2 lit. d). Die Bundesgesundheitsagentur wird diese Mittel dem nach Maßgabe der Beschlüsse der Bundesgesundheitskommission durch die gesellschaftliche Neupositionierung der ARGE ELGA geschaffenen Rechtsträger zur Verfügung stellen. Gleichzeitig ist zumindest eine jährliche Berichtspflicht an die Bundesgesundheitsagentur im Wege der Geschäftsführung vorzusehen.

Artikel 31

Kooperationsbereich (Reformpool)

(1) Bund und Länder kommen überein, Projekte der Integrierten Versorgung und Projekte, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich auf Landesebene zur Folge haben, sowie die sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs über einen gemeinsamen Reformpool zu finanzieren. Voraussetzung für die Förderung dieser Projekte ist, dass sich das jeweilige Land und die Sozialversicherung im Voraus auf diese Maßnahmen inhaltlich einigen.

(2) Der Reformpool dient zur Förderung insbesondere folgender Projekte:

1. Projekte der Integrierten Versorgung (insbesondere die Versorgung von Diabetes-Patient/inn/en, von Schlaganfall-Patient/ inn/en, von Patient/inn/en mit koronaren Herzkrankheiten, von Patient/inn/en mit nephrologischen Erkrankungen und das Entlassungsmanagement). Für vereinbarte Projekte sind während der Laufzeit der Vereinbarung in den jeweiligen Budgets der Länder und Sozialversicherung die erforderlichen Mittel vorzusehen.
2. Projekte, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich zur Folge haben; bis zur Entscheidung über eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs sind für diese Projekte seitens des Landes und der Sozialversicherung die jeweils vereinbarten Mittel einzubringen.
3. Pilotprojekte zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs; bis zur Entscheidung über eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs sind für diese Projekte seitens des Landes und der Sozialversicherung die jeweils vereinbarten Mittel einzubringen.
4. Projekte, die bereits während der Laufzeit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG (BGBl. I Nr. 73/2005) beschlossen wurden; zur Fortsetzung dieser Projekte sind die bereits dafür vereinbarten Mittel bereitzustellen .

(3) Voraussetzung für eine Zuerkennung von Mitteln bei Projekten gemäß Abs. 2, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich zur Folge haben, ist eine entsprechende Dokumentation des Status Quo und der Veränderungen des Leistungsgeschehens im intra- und extramuralen Bereich durch die jeweiligen Finanzierungspartner.

(4) Die Bundesgesundheitsagentur überarbeitet die Leitlinien für den Kooperationsbereich (Reformpool).

(5) Die Landesgesundheitsfonds berichten regelmäßig der Bundesgesundheitsagentur über vereinbarte und durchgeführte Projekte des Kooperationsbereichs (Reformpools) sowie über den Erfolg dieser Maßnahmen.

Artikel 32

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; im Bedarfsfall kann mit Beschluss der Bundesgesundheitskommission im Einvernehmen zwischen Bund, Ländern und

Sozialversicherung eine Erhöhung der Mittel auf maximal 3,4 Millionen Euro vorgesehen werden. Die Aufbringung der Mittel erfolgt entsprechend den Bestimmungen des Art. 17 Abs. 4 Z 2 lit. b.

(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 Intensiveinheiten, 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);
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 entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 2001 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.

Artikel 33

Finanzierung überregional bedeutsamer Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, zur Förderung wesentlicher Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen mit überregionaler Bedeutung und zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen im Sinne des Art. 30 Abs. 1 im Rahmen der Bundesgesundheitsagentur jährlich Mittel im maximalen Ausmaß von 3,5 Millionen Euro zur Verfügung zu stellen.

(2) 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 entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 2001 an die einzelnen Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

Artikel 34

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.

10. ABSCHNITT

Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung

Artikel 35

Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung im Gesundheitswesen wahrzunehmen. Die Maßnahmen betreffen insbesondere

1. Verringerung von Zuweisungen und Wiederaufnahmen und Optimierung der tagesklinischen Behandlungen in den Krankenanstalten.
2. Neue Organisationsformen in Krankenanstalten wie Tageskliniken, Wochenkliniken, interdisziplinäre Belegung unter Wahrung der fachärztlichen Verantwortung und andere vergleichbare Formen der Leistungserbringung.
3. Maßnahmen zur besseren Abstimmung zwischen einzelnen Krankenanstalten sowie dem niedergelassenen Bereich und zur Vermeidung von Doppelgleisigkeiten.
4. Maßnahmen im niedergelassenen Bereich im Sinne einer regional ausgeglicheneren Versorgung.
5. Verbesserung der Effizienz bei der Nutzung von Medizinprodukten und Medikamenten.
6. Abgestimmte Honorierungssysteme.
7. Schrittweise Anhebung des Anteils der über LKF abgerechneten Mittel auf Basis der LKF-Evaluierungsergebnisse.
8. Effizienzpotenziale beim Einkauf können über die Nutzung der Bundesbeschaffungsgesellschaft genutzt werden.

(2) Die Vertragsparteien kommen überein, dass seitens der Länder sichergestellt wird, dass den über die Landesgesundheitsfonds finanzierten, nicht in der Rechtsträgerschaft von Gebietskörperschaften oder Sozialversicherungsträgern stehenden Krankenanstalten bei Abrechnung von LKF-Punkten bezüglich des Punktwertes für diesen Teil gleiche Vergütung von gleichartigen Leistungen gewährleistet wird.

11. ABSCHNITT

Evaluierung von allen gesetzten Maßnahmen

Artikel 36

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.

12. ABSCHNITT

Dokumentation

Artikel 37

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 Kostenrechungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten, BGBI. II Nr. 638/2003, von den Rechtsträgern der Krankenanstalten gemäß Art. 18 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 prioritätär 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 unter Berücksichtigung der bestehenden Leistungskataloge 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 möglichst ab 2009 vergleichbare Datengrundlagen über den gesamten ambulanten Bereich (d.h. Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatoren mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, 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.

(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.

(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 38

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 39

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. 18 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 finanziierungsrelevante 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. 18 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.

13. ABSCHNITT

Sanktionen

Artikel 40

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 Strukturplan Gesundheit) und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität oder der Dokumentation hat die Bundesgesundheitsagentur den entsprechenden Länderanteil an den Mitteln gemäß Art. 21 Abs. 2 Z 4 zurückzuhalten, bis das Land oder der Landesgesundheitsfonds nachweislich die zur Herstellung des den Vorgaben gemäß dieser Vereinbarung entsprechenden Zustandes erforderlichen Maßnahmen gesetzt hat.

Artikel 41

Sanktionen extramuraler Bereich

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

14. ABSCHNITT

Sonstige Bestimmungen

Artikel 42

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. 18 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 43

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 44

Zuständigkeit für ärztliche Ausbildungsstätten und – stellen

Die Vertragsparteien kommen überein, die Zuständigkeit für

1. die Anerkennung von Krankenanstalten einschließlich Lehrambulatorien als ärztliche Ausbildungsstätten,
2. die Zuerkennung von ärztlichen Ausbildungsstellen,
3. die Rücknahme solcher Bewilligungen sowie
4. die Einschränkung der Anrechenbarkeit der an diesen Ausbildungsstätten absolvierbaren ärztlichen Ausbildungszeiten

an eine Bundesbehörde zu übertragen. Die Länder verpflichten sich, die hiefür allenfalls erforderlichen Maßnahmen so rechtzeitig durchzuführen, dass die Übertragung der erstinstanzlichen Zuständigkeit mit 1. Jänner 2009 wirksam werden kann.

Artikel 45

Ausländische Anspruchsberechtigte, Anstaltpflege 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 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 Anstaltpflege 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. 17 Abs. 4 Z 2 lit. e in dem Ausmaß zu ersetzen, als diese Kosten einen bestimmten Betrag übersteigen. Dieser Betrag ist für 2008 auf Basis des Betrages 2006 (Art. 39 Abs. 2 der Vereinbarung BGBl. I Nr. 73/2005) zuzüglich den Erhöhungen gemäß den vorläufigen Hundertsätzen 2007 und 2008 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. 21 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, soferne 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 Anstaltpflege im Ausland erbrachten Leistungen zu berichten.

Artikel 46

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 47

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 bestanden haben, und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
2. Entscheidungen über Streitigkeiten aus zwischen den Trägern der in Art. 18 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. 40) gründen.

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

1. Eine/Ein von der/vom Präsidentin/Präsidenten des jeweiligen Oberlandesgerichtes bestellte/r Richterin/Richter aus dem Aktivstand der zum Sprengel des jeweiligen Oberlandesgerichtes gehörenden Gerichte, der den Vorsitz übernimmt;
2. ein vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger entsendete Mitglied und ein Mitglied aus dem Kreise der Bediensteten des Aktivstandes des jeweiligen Landes;
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.

15. ABSCHNITT

Rechtliche Umsetzung der Vereinbarung

Artikel 48

Rechtliche Umsetzung

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, im Zusammenhang mit der Transformation dieser Vereinbarung – insbesondere im Hinblick auf die Umsetzung des ÖSG und RSG – krankenanstaltenrechtliche Regelungen für folgende Themen vorzusehen:

1. Umsetzung des ÖSG in RSG,
2. Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen auf Plattformebene (insbesondere: RSG) in den krankenanstaltenrechtlichen Bedarfsprüfungsverfahren,
3. Festlegung der Mindestinhalte des RSG (u.a. Bettenzahl je Fachrichtung und Versorgungsregion) mit entsprechendem Spielraum zur landes- bzw. regionsspezifischen Umsetzung,
4. Geltungsbereich bzw. Verbindlichkeit der Qualitätskriterien für alle Krankenanstalten,
5. Sanktionen bei Nichteinhaltung des ÖSG bzw. RSG, insbesondere der Qualitätskriterien,
6. Zurücknahme bzw. Änderung der Bewilligung des Leistungsangebots einer Krankenanstalt aufgrund des RSG,
7. Übergangsregelungen für bestehende Krankenanstalten,
8. allenfalls Anpassungen der Legaldefinition für die Tagesklinik bzw. den tagesklinischen Bereich im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Finanzierungsregelungen,
9. der Geltungsbereich des § 27a Abs. 2 KAKuG erstreckt sich bis zum Ende der Laufzeit dieser Vereinbarung,
10. in die Arzneimittelkommission der Krankenanstalten wird eine/ein Vertreterin/Vertreter der Sozialversicherung aufgenommen, mit dem insbesondere die Vorgangsweise gemäß § 19a Abs. 4 Z 3 KAKuG abzustimmen ist.

(2) Der Bund verpflichtet sich, die erforderlichen Anpassungen der sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen, wie etwa die Anpassung an die Ausweitung der Aufgaben des Reformpools oder die Bezugnahme auf den jeweiligen RSG bei den Gesamtvertragspartnerverhandlungen im extramuralen Bereich sowie die Verlängerung der bisher befristeten Regelungen vorzunehmen.

(3) Der Bund verpflichtet sich, im Rahmen des Ärztegesetzes 1998 sicherzustellen, dass Verordnungen der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung nicht im Widerspruch zu Richtlinien oder Leitlinien des BIQG stehen. Ein solcher Widerspruch liegt auch dann vor, wenn Verordnungen der Österreichischen Ärztekammer Mindeststandards in welcher Weise auch immer unterschreiten.

(4) In die Fondskommission des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds wird eine/ein von den Ländern nominierte/r Vertreterin/Vertreter ohne Stimmrecht aufgenommen.

16. ABSCHNITT

Schlussbestimmungen

Artikel 49

Inkrafttreten

(1) Diese Vereinbarung tritt 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, BGBI. 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 BGBI. 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.

Artikel 50

Durchführung der Vereinbarung

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

(2) Alle bundes- und landesgesetzlichen Regelungen, die im Widerspruch zu dieser Vereinbarung stehen, sind mit 1. Jänner 2008, für die Laufzeit dieser Vereinbarung außer Kraft zu setzen.

(3) Die Vertragsparteien kommen überein, im Zusammenhang mit der Transformation dieser Vereinbarung auch folgende Regelungen vorzusehen:

1. Das Vermögen der mit der KAKuG-Novelle 2005 eingerichteten Bundesgesundheitsagentur geht mit allen Rechten und Verbindlichkeiten auf die auf Grund dieser Vereinbarung einzurichtende Bundesgesundheitsagentur über. Beschlüsse der mit der KAKuG-Novelle 2005 eingerichteten Bundesgesundheitskommission und daraus abgeleitete Rechte und Verbindlichkeiten bleiben aufrecht, sofern die auf Grund dieser Vereinbarung einzurichtende Bundesgesundheitskommission nichts Gegenteiliges beschließt.
2. Ein bestelltes Mitglied der mit der KAKuG-Novelle 2005 eingerichteten Bundesgesundheitskommission ist so lange Mitglied der auf Grund dieser Vereinbarung einzurichtenden Bundesgesundheitskommission, bis für dieses ein anderes Mitglied bestellt wird.
3. Auf einen Regressanspruch der/des Bundesgesundheitsagentur/Landesgesundheitsfonds gegen Mitglieder der Bundesgesundheitskommission/Landesgesundheitsplattformen ist das Dienstnehmerhaftpflichtgesetz (BGBL. Nr. 80/1965 i.d.F. BGBL. Nr. 169/1983) sinngemäß anzuwenden.

Artikel 51

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.

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

(4) Soferne 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 2014 die für die Periode 2008 bis 2013 vorgesehenen zusätzlichen Mittel nicht zur Verfügung gestellt werden würden.

Artikel 52

Mitteilungen

Das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend hat die Vertragsparteien unverzüglich in Kenntnis zu setzen, sobald alle Mitteilungen gemäß Art. 49 eingelangt sind.

Artikel 53

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.