

## 410 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXI. GP

---

# Bericht des Budgetausschusses

### **über die Regierungsvorlage (395 der Beilagen): Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung samt Anlage**

Die geltende Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000, BGBI. I Nr. 111/1997, tritt gemäß Art. 31 Abs. 2 mit 31. Dezember 2000 außer Kraft.

Gemäß Art. 31 Abs. 3 dieser Vereinbarung treten die in Durchführung dieser Vereinbarung ergehenden Bundes- und Landesgesetze mit Außerkrafttreten dieser Vereinbarung auch außer Kraft.

Im Rahmen der Finanzausgleichsverhandlungen wurde zur Sicherung des Anspruchs an eine bestmögliche Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Krankenanstalten insbesondere vereinbart, den Finanzbeitrag aus dem Bundesbereich (Bund, Sozialversicherungsträger) gegenüber dem jetzigen Zustand nicht zu verändern. Umschichtungen im Bundesbereich bleiben dem Bund unbenommen.

In Entsprechung dieser Einigung im Rahmen der Finanzausgleichsverhandlungen wurde zwischen dem Bund und den Ländern als Vertragsparteien der Text der neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung fixiert.

Diese Vereinbarung tritt mit 1. Jänner 2001 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2004 außer Kraft.

Inhaltlich ist zur neuen Vereinbarung Folgendes hervorzuheben:

1. Bei gleich bleibenden Mittelflüssen aus dem Bundesbereich (Bund, Sozialversicherung) haben sich die Vertragsparteien Bund und Länder darüber geeinigt, eine Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens im Sinne einer Neustrukturierung anzustreben. Es ist gelungen, gegenüber der bisherigen Vereinbarung wesentliche neue Inhalte aufzunehmen ohne die Kostenentwicklung negativ zu beeinflussen.  
Die neu in die Vereinbarung aufgenommene Präambel verbindet die Vertragsparteien in der Zielsetzung, auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugänglich und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und möglicher Kosteneinsparungen abzusichern. Die inhaltlich neuen Schwerpunkte sind vor allem darin zu sehen,
  - a) eine integrierte, aufeinander abgestimmte Planung aller Bereiche im Gesundheitswesen, insbesondere unter stärkerer Einbeziehung des niedergelassenen Bereiches, zu erreichen,
  - b) ein verbindliches der Effizienzsteigerung dienendes Qualitätssystem für das österreichische Gesundheitswesen einzuführen,
  - c) die Voraussetzungen für einen effektiven und effizienten Einsatz der Informationstechnologie im Gesundheitswesen zu schaffen,
  - d) das Schnittstellenmanagement durch verbindliche Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen zu verbessern und
  - e) den Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) in Richtung eines Leistungsangebotsplanes weiterzuentwickeln.
2. Der einvernehmliche revidierte ÖKAP/GGP mit integrierter Leistungsangebotsplanung ist Bestandteil dieser Vereinbarung, wobei die Planung und ihre Weiterentwicklung laufend zu evaluieren ist.
3. Erstmals ist auch die Einrichtung des Strukturfonds und seine Dotierung unmittelbar in der Vereinbarung geregelt, womit vor allem sichergestellt werden kann, dass die bisherigen Mittelflüsse an die

Landesfonds trotz Umschichtung innerhalb des Bundesbereiches (Bund, Sozialversicherung) gewährleistet sind.

4. In den Terminen der Dotation der Landesfonds tritt keine Änderung ein.
5. Sichergestellt wurde, dass die Vereinnahmung des Betrages von 20 S zusätzlich zum Spitalskostenbeitrag gemäß § 27a KAG durch die Bundesländer erfolgt. Die Zuführung der entsprechenden Einnahmen an die Sozialversicherung wurde derart geregelt, dass diese Einnahmen mit dem Pauschalbetrag der Sozialversicherung an die Landesfonds gegenverrechnet wird.
6. Um dem Abstimmungsbedarf zwischen den Vertragsparteien Rechnung zu tragen, wurde in wesentlichen Fragen (Planung und Qualität im österreichischen Gesundheitswesen sowie Weiterentwicklung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung) vorgesehen, dass ein Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zu erzielen ist.
7. Die Intention einer intensiven Zusammenarbeit schlägt sich auch in der vorgesehenen Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen nieder. Diese Arbeitsgruppe wird die von der Strukturkommission oder den Landesfonds finanzierten Projekte bei Bedarf und im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien einer begleitenden ökonomischen Evaluierung und einer laufenden Beobachtung und Bewertung von Strukturveränderungen unterziehen.
8. Die Vereinbarung sieht vor, dass ein Vertreter der Patientenanwaltschaften und ein Vertreter der Österreichischen Ärztekammer der Strukturkommission neben den bisherigen Mitgliedern angehören.
9. Der bisherige Sanktionsmechanismus wird sich auf Grund der Vereinbarung in Hinkunft auch auf zwischen den Vertragsparteien einvernehmlich verbindlich vereinbarte strukturelle Vorgaben und Rahmenbedingungen zur Sicherstellung der systematischen Qualitätsarbeit beziehen.

Im Folgenden werden inhaltlich neue Schwerpunkte sowie weitere wesentliche Bereiche dieser Vereinbarung näher erläutert:

### **1. Strukturveränderungen unter stärkerer Einbeziehung insbesondere des ambulanten Bereiches (Art. 3, 4 und 5)**

#### **a) Planung des österreichischen Gesundheitswesens**

Die Planung des österreichischen Gesundheitswesens gewährleistet eine integrierte und aufeinander abgestimmte Leistungserbringung auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung bei gleichzeitiger Sicherstellung der Strukturqualität der Leistungserbringung. Die Planung trägt dazu bei, dass auch in Zukunft für alle Patientinnen und Patienten – unabhängig von Alter, Herkunft, sozialem und gesundheitlichem Status – die notwendige Gesundheitsversorgung österreichweit auf hohem Qualitätsniveau und entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft frei und in angemessener Entfernung zugänglich ist und die Gesundheitsversorgung auf Grund einer überregional abgestimmten Angebotsplanung (insbesondere im Bereich spitzenmedizinischer Leistungen) gleichzeitig auch weiterhin finanziertbar ist.

So sollen durch das Instrument der Gesundheitsplanung allfällige bestehende Versorgungslücken geschlossen, Parallelstrukturen abgebaut und notwendige Strukturveränderungen forciert werden.

Durch eine stärkere Einbeziehung aller Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung, insbesondere des ambulanten Bereiches (Spitalsambulanzen, niedergelassener Bereich und selbstständige Ambulatorien), in die gesundheitspolitischen Überlegungen soll für die Patientinnen und Patienten eine möglichst lückenlose, umfassende und rasche Versorgung sichergestellt und die Versorgungseffizienz aus gesamtkökonomischer Sicht verbessert werden.

#### **b) Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan**

Bereits verbindlich vereinbarte Pläne wie der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) bleiben aufrecht bzw. werden während der Laufzeit dieser Vereinbarung ständig evaluiert und weiterentwickelt.

Mit 1. Jänner 2001 tritt eine revidierte Fassung des ÖKAP/GGP in Kraft, die einen Bestandteil dieser Vereinbarung darstellt.

Im ÖKAP/GGP 2001 werden – entsprechend der Zielsetzung der auslaufenden Vereinbarung – erstmals die im Auftrag der Strukturkommission im Einvernehmen mit den Ländern erarbeiteten Ergebnisse der Weiterentwicklung des ÖKAP/GGP zu einem Leistungsangebotsplan in Teilbereichen integriert. Damit werden die traditionellen Methoden der Bettenangebotsplanung durch eine stärkere Berücksichtigung des fachspezifischen Leistungsgeschehens und der Strukturqualität ergänzt und im Rahmen zukünftiger Planrevisionen schrittweise ersetzt werden.

Der ÖKAP/GGP 2001 enthält ua. folgende Neuerungen:

- Im Rahmen der Leistungsangebotsplanung wurde für ausgewählte Bereiche, die auf Grund ihrer aufwändigen infrastrukturellen Erfordernisse und auf Grund der hohen überregionalen Bedeutung eine entsprechende bundesweite Abstimmung erforderlich, zweckmäßige Leistungsstandorte im Einvernehmen mit den Ländern vereinbart. Dazu zählen ua. Leistungsbereiche wie die Transplantationschirurgie, die Stammzelltransplantation, die Herzchirurgie und die onkologische Versorgung.
- Im Rahmen der Leistungsangebotsplanung wurde – entsprechend einem langjährigen Wunsch der Länder – auch die Möglichkeit der Errichtung von Fachschwerpunkten und dislozierten Tageskliniken geschaffen. Damit ist für abgestufte Leistungsangebote die Vorhaltung von Fachabteilungen, Departments, Fachschwerpunkten und dislozierten Tageskliniken bei Einhaltung vereinbarer Strukturqualitätskriterien möglich.
- Weiters ist – wie bereits im ÖKAP/GGP 1999 vereinbart – die standortbezogene Planung von palliativmedizinischen Einrichtungen im Einvernehmen mit den einzelnen Bundesländern erfolgt. Dem steigenden Bedarf an psychosomatischer Versorgung wurde erstmals durch ein entsprechendes Konzept und den Vorschlag zur Einrichtung von Modellversuchen Rechnung getragen.
- Die bereits zur Routinetchnologie zählenden Computertomographiegeräte und Nierenlithotripter wurden aus der verbindlichen Großgeräteplanung herausgenommen.

Weiters kommen Bund und Länder im Rahmen dieser Vereinbarung überein, die in Ergänzung zu den Festlegungen im Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan erforderlichen Strukturqualitätskriterien (beispielsweise zur Vorhaltung von spitzenmedizinischen Leistungsangeboten wie Stammzelltransplantation) einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien im Rahmen von Richtlinien der Strukturkommission zu vereinbaren.

### **c) Kooperationsformen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern, Schnittstellenmanagement**

In Zukunft soll die Planung der Schnittstellen und das Management an den Schnittstellen der unterschiedlichen Ebenen, Bereiche und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung verstärkt Berücksichtigung finden. Das Schnittstellenmanagement umfasst dabei sowohl den funktionierenden Informationstransfer als auch die organisatorische Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs der Patientenversorgung zwischen verschiedenen leistungsanbietenden Einrichtungen. Voraussetzung dafür ist eine einheitliche bzw. kompatible Dokumentation auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung sowie die Sicherstellung verbindlicher Vereinbarungen zwischen den verschiedenen leistungsanbietenden Einrichtungen.

Weiters ist vorgesehen, im Rahmen der Strukturreformmaßnahmen auf Ebene des Strukturfonds und der Landesfonds bereichsübergreifende Pilotprojekte mit Modellcharakter zu vereinbaren. Darüber hinaus wird die Strukturkommission zur Förderung des Schnittstellenmanagements einen entsprechenden Erfahrungsaustausch unterstützen und von den beteiligten Institutionen gewünschte Informations- und Beratungsfunktionen wahrnehmen.

Durch bessere Transparenz und geeignete Anreizsysteme sollen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass Leistungen bei entsprechend qualitativ hohem Niveau letztlich dort erbracht werden, wo sie effektiv und effizient durchgeführt werden können. Dabei wird als Zielsetzung eine stärkere Entlastung der Krankenanstalten durch medizinisch und gesamtökonomisch gerechtfertigte Verlagerungen von Leistungen in den niedergelassenen Bereich und durch eine Verringerung stationärer Aufnahmen, insbesondere durch eine Verringerung der Zuweisungen aus dem niedergelassenen Bereich, angestrebt.

In eine analoge Richtung zielen bereits bestehende Aktivitäten außerhalb der Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, die im Rahmen eines Arbeitskreises zwischen Hauptverband der Sozialversicherungsträger und Österreichischer Ärztekammer Maßnahmen zur Stärkung der extramuralen Strukturen beraten. Es ist das erklärte und verbindliche Ziel dieser Beratungen, bis Mitte 2001 ein konkretes Maßnahmenbündel zu konzipieren und auch die Strukturkommission darüber zu informieren.

### **2. Flächendeckende verbindliche Verankerung der Qualitätsarbeit auf allen Ebenen des Gesundheitswesens (Art. 6)**

Bereits im Jahre 1993 wurden in das Bundes-Krankenanstaltengesetz Bestimmungen zur Qualitätssicherung aufgenommen. Die Effektivität und Umsetzung dieser Verpflichtung ist durch die einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien festzulegende Konzeption eines österreichischen Qualitätssystems zu unterstützen.

Dieser Konzeption wird ein gemeinsames Verständnis dessen zugrunde gelegt, was unter Qualität, Qualitätssystem und Qualitätsarbeit verstanden werden soll.

Demnach ist Qualität im Gesundheitswesen die Fähigkeit der Leistungserbringer, die Leistungen patientengerecht, effektiv und effizient zu gestalten. Zentrale Felder der Qualität sind insbesondere die Optimierung von Strukturen (Strukturqualität), die Optimierung von Prozessen (Prozessqualität) und die Verbesserung des Ergebnisses (Ergebnisqualität).

Das anzustrebende gesamtösterreichische Qualitätssystem soll vor allem dadurch gekennzeichnet sein, dass die wesentlichen Gesundheitsakteure eingebunden und wichtige Settings des Gesundheitswesens (extramural wie intramural) einbezogen werden.

Systematische Qualitätsarbeit bedarf des Zusammenwirkens aller Akteurinnen und Akteure auf allen Ebenen einschließlich der politischen Ebenen von Bund, Ländern und Gemeinden (Steuerung über Gesetze, Verordnungen, Vereinbarungen). Es geht hiebei auch um die Verankerung des Qualitätsbegriffes in den institutionellen Ebenen (Kollegiale Führungen, Ambulatoriumsleitung, niedergelassener Bereich, Apotheken usw.) bis hin zu den Ausführungsebenen (Ärzte, Pflegepersonal, Physiotherapeuten usw.).

Im Auftrag der Strukturkommission wurden bereits bisher Schritte für die Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen unternommen. Für die Entwicklung eines flächendeckenden Qualitätssystems hat diese Vereinbarung konkrete Ziele, Strukturen und Projekte definiert, um insbesondere sicherzustellen, dass das Qualitätssystem bereichsübergreifend – intra- und extramural – wirksam wird.

Die Vertragsparteien haben sich gleichzeitig darauf geeinigt, dass dieses Qualitätssystem auf den Prinzipien der Patientenorientierung, der Transparenz, der Effizienz und der Kostendämpfung zu basieren hat.

In den Beratungen zwischen den Vertragsparteien wurde auch Einvernehmen über jene Bereiche erzielt, in denen jedenfalls während der Laufzeit dieser Vereinbarung Aktivitäten und Projekte unterstützt werden sollen. Dies erfolgte in der Überzeugung, dass Qualitätsmaßnahmen in der Regel zumindest mittel- bis langfristig auch kostendämpfend wirken. Um dies sicherzustellen, wird die Umsetzung dieser Projekte an eine begleitende ökonomische Evaluierung gebunden.

### **3. Unterstützung einer für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologie (Art. 7)**

Das Gesundheitswesen steht aus verschiedenen Gründen unter wachsendem Druck: Verbesserte Behandlungsmethoden sind vielfach auch betreuungs- und kostenintensiver, der Anteil chronisch Kranker/multimorbider und betagter Menschen nimmt zu. Die Herausforderung ist, mehr Qualität und Innovationen mit einer Begrenzung der Ausgabenentwicklung in Einklang zu bringen.

Der gezielte Einsatz patientenorientierter Telematikanwendungen kann dazu beitragen

- die Qualität der Versorgung zu sichern bzw. zu verbessern,
- die Betreuung der Patienten zwischen den Versorgungsebenen besser abzustimmen (integrierte Versorgung),
- die Effektivität und Effizienz des Gesundheitswesens zu steigern.

Die positiven Wirkungen der Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen können jedoch nur dann eintreten, wenn alle Akteure zur Beseitigung bestehender Hemmnisse beitragen und gemeinsame Anstrengungen zur konsequenten Nutzung aller Verbesserungsmöglichkeiten unternehmen. Dazu bedarf es insbesondere der Schaffung und Einhaltung von Rahmenbedingungen für den Austausch von Gesundheitsdaten. Dies sind Strukturen und Maßnahmen, die über die Möglichkeiten eines einzelnen Akteurs hinausgehen und daher vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen einzurichten bzw. zu initiieren sind.

Für den Austausch von Gesundheitsdaten in einem vernetzten Gesundheitswesen sind zusätzlich zum Aspekt des Datenschutzes Vorkehrungen zur Gewährleistung der Datensicherheit erforderlich. In diesem Datensicherheitskonzept für den Informationsaustausch im Gesundheitswesen ist insbesondere die Vertraulichkeit der Daten durch Verwendung von dem Stand der Technik entsprechender kryptographischer Verfahren sicherzustellen. Ausreichender Schutz vor unbefugter Einsichtnahme oder Veränderung der Daten kann durch Verwendung digitaler Signaturen gewährleistet werden. Darüber hinaus sind die notwendigen Vorkehrungen zur Nachvollziehbarkeit der Kommunikationsvorgänge und zur Offenlegung der Identität der Kommunikationspartner vorzusehen.

Hinsichtlich der Rechte der Bürger und Patienten wird – aufbauend auf den derzeit geltenden Standards – zu prüfen sein, inwieweit diese durch den Einsatz bzw. durch die Inanspruchnahme moderner Technologien weiter ausgebaut werden können.

#### 4. Schätzung der Beiträge an die Landesfonds (Art. 11 bis 13)

Die Mittel der Landesfonds setzen sich – wie folgt – zusammen:

- a) Beiträge des Strukturfonds,
- b) Beiträge der Länder,
- c) Beiträge der Gemeinden (nach Maßgabe einer besonderen bundesgesetzlichen Regelung),
- d) Beiträge des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (für Rechnung der ihm angeschlossenen Träger der Sozialversicherung),
- e) allfällige sonstige Mittel (nach Maßgabe von landesrechtlichen Vorschriften),
- f) Mittel des Bundes gemäß Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG).

##### Zu a) Jährliche Beiträge des Strukturfonds:

	für das Jahr 2001
1. 1,416% des Umsatzsteueraufkommens	3 253 968 000 S
2. Sonstige Mittel	3 330 000 000 S

##### Zu b: Jährliche Beiträge der Länder:

3. 0,949% des Umsatzsteueraufkommens	2 180 802 000 S
--------------------------------------	-----------------

##### Zu c: Jährliche Beiträge der Gemeinden:

4. 0,642% des Umsatzsteueraufkommens	1 475 316 000 S
--------------------------------------	-----------------

##### Zu d: Beiträge der Träger der Sozialversicherung:

5. Auf das Jahr 2001 valorisierte Zahlungen der Träger der Sozialversicherung, welche diese im Jahr 1999 an die Landesfonds zu leisten hatten, in Höhe von vorläufig	41 200 000 000 S
6. Auf das Jahr 2001 valorisiertes Finanzvolumen auf Grund der am 31. Dezember 1996 geltenden Rechtslage bezüglich Kostenbeiträge (Kostenanteile) im Sozialversicherungsbereich in Höhe von zirka	450 000 000 S

##### Zu f: Mittel gemäß GSBG:

7. Mittel gemäß GSBG	16 200 000 000 S
----------------------	------------------

Für die Zahlungen der Sozialversicherung in den Folgejahren sind in der Vereinbarung genaue Berechnungsvorschriften – in Abhängigkeit von den prozentuellen Steigerungen der Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung – enthalten.

##### Die dargestellten Beträge ergeben für das Jahr 2001 eine vorläufige geschätzte Summe von:

Strukturfonds	6 583 968 000 S
Länder	2 180 802 000 S
Gemeinden	1 475 316 000 S
Sozialversicherung	41 650 000 000 S
Bund	16 200 000 000 S
	<hr/>
	68 090 086 000 S

Die Länder haben die Möglichkeit, ua. auch die Mittel, die bisher im Land zur Deckung des Betriebsabganges der Krankenanstalten aufzuwenden waren, in die Landesfonds einfließen zu lassen. Daher stellt die vorläufig geschätzte Summe nur die österreichweite Mindestsumme dar, die in Zukunft für die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung zur Verfügung steht.

Auf eine bundesweit einheitliche Festlegung des Finanzierungsvolumens der Landesfonds (mit/ohne Einbeziehung der Betriebsabgangsdeckungsmittel) als auch auf eine überwiegende Verteilung der Landesfondsmittel nach einem ungewichteten, bundesweit einheitlichen LKF-Kernbereich konnten sich die Länder in den Verhandlungen nicht festlegen. Die Länder signalisierten jedoch Bereitschaft, im Rahmen ihrer Landesfondsregelungen den im Rahmen der Einschau vom Rechnungshof vorgebrachten Kritiken und Empfehlungen Rechnung tragen zu wollen.

#### 5. Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (Art. 18 und 19)

Das mit 1. Jänner 1997 in allen von Landesfonds finanzierten Krankenanstalten eingeführte leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem auf Basis von leistungsorientierten Diagnosenfallpauschalen (LKF-System) wird während der Laufzeit dieser Vereinbarung unter Zugrundelegung der bisher geltenden Regelungen fortgeführt. Die mit der LKF-Abrechnung verbundenen Zielsetzungen wurden nunmehr in die Vereinbarung aufgenommen. So sollen in Verbindung mit den weiteren Reformmaßnahmen insbesondere

1. eine höhere Kosten- und Leistungstransparenz,
2. eine langfristige 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 (ua. Akutbettenabbau) und
8. ein österreichweit einheitliches, einfach zu administrierendes Instrumentarium für gesundheitspolitische Planungs- und Steuerungsmaßnahmen erreicht werden.

Weiters kommen Bund und Länder überein, bis Ende 2002 für spezielle Funktions- und Leistungsbereiche des ambulanten Sektors (für ausgewählte Leistungen, die besondere Strukturen erfordern und kostenintensiv sind, wie beispielsweise Dialysen, Chemotherapie, Strahlentherapie) ein Abrechnungssystem mittels Finanzierungspauschalen zu entwickeln. Spätestens ab 1. Jänner 2003 soll nach Beschlussfassung in der Strukturkommission dieses Finanzierungskonzept bundesweit oder regional in Form von Pilotprojekten umgesetzt werden.

#### **6. Finanzierung von Planungen und Strukturreformen, Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen, Förderung des Transplantationswesens (Art. 20, 21 und 22)**

Für die Finanzierung von Planungen und Strukturreformen, das sind insbesondere strukturverbessernde Maßnahmen, die zur Entlastung des stationären Akutbereiches der Krankenanstalten führen, können die Länder auf Ebene der Landesfonds weiterhin im bisherigen Ausmaß (bis zu 5% der den Landesfonds zur Verfügung stehenden Mittel) Mittel aufwenden.

Auf Ebene des Strukturfonds sind ebenfalls weiterhin Mittel zur Finanzierung von Planungen und Strukturreformen im Ausmaß von 30 Millionen Schilling (im Falle eines Mehrbedarfs bis höchstens 50 Millionen Schilling) zur Fortsetzung der laufenden Projektarbeiten (ua. Weiterentwicklung der österreichischen Gesundheitsplanung, Wartung/Weiterentwicklung des LKF-Modells, Weiterentwicklung der bestehenden Dokumentationssysteme) und zur Wahrnehmung der zusätzlichen Aufgabenschwerpunkte im Rahmen der neuen Vereinbarung (ua. Entwicklung/Aufbau eines Qualitätssystems für das österreichische Gesundheitswesen, Projekte zum Schnittstellenmanagement, Erarbeitung eines Abrechnungssystems für Spitalsambulanzen) vorgesehen.

Eine von den Vertragsparteien im Rahmen der Strukturkommission eingerichtete Arbeitsgruppe wird die Abstimmung der auf Ebene des Strukturfonds und der Landesfonds finanzierten Projekte und die Durchführung einer begleitenden ökonomischen Evaluierung und einer laufenden Beobachtung und Bewertung von sich daraus ergebenden Strukturveränderungen wahrnehmen.

Zur Unterstützung des Transplantationswesens in Österreich sollen im Rahmen der neuen Vereinbarung wiederum Mittel im Ausmaß von maximal 40 Millionen Schilling vorgesehen werden.

Zur Förderung des Transplantationswesens soll neben den bisherigen Maßnahmen vor allem die Einrichtung „Regionaler Transplantationsreferenten“ initiiert und österreichweit umgesetzt werden. Internationale Erfahrungen sowie die Erfahrungen aus einem Pilotprojekt in den Bundesländern Salzburg und Oberösterreich haben gezeigt, dass derartige „Regionale Transplantationsreferenten“ mit der zentralen Aufgabe der direkten Kontaktaufnahme mit den Intensiveinheiten wesentlich zur Sicherstellung der notwendigen Vorhaltung und Erbringung von Transplantationsleistungen beizutragen im Stande sind.

#### **7. Sicherstellung und Weiterentwicklung der bestehenden Dokumentation und Erfassung weiterer Daten (Art. 23 und 24)**

Für die Beobachtung, Analyse und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und zur Weiterentwicklung der leistungsorientierten Abrechnungssysteme ist auch in Zukunft eine zweckentsprechende Dokumentation im österreichischen Gesundheitswesen unverzichtbar.

#### **8. Fortsetzung des Konsultations- und Sanktionsmechanismus (Art. 28 und 29)**

Der Konsultationsmechanismus und der Sanktionsmechanismus bleiben in der bisher bestehenden Form aufrecht. So ist bei maßgeblichen Verstößen gegen die einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien festgelegten Pläne und Vorgaben – so wie bisher – seitens des Strukturfonds der entsprechende Länderanteil an den vom Bund eingebrachten Mitteln in Höhe von 1 750 Millionen Schilling zurückzuhalten, bis das Land oder der Landesfonds nachweislich die zur Herstellung des plan- oder vorgabenkonformen

Zustandes erforderlichen Maßnahmen gesetzt hat. Dieser Sanktionsmechanismus umfasst nunmehr auch Verstöße gegen die einvernehmlich zwischen Bund und Länder verbindlich vereinbarten strukturellen Vorgaben und Rahmenbedingungen zur Sicherstellung der systematischen Qualitätsarbeit.

#### **9. Finanzierung von Leistungen für inländische Gastpatienten und ausländische Anspruchsberchtigte, Anstaltpflege im Ausland aus medizinischen Gründen**

Wie bereits in der bisherigen Vereinbarung festgelegt, wird auch für die Dauer dieser Vereinbarung für inländische Gastpatienten keine über die Abgeltung der Landesfonds hinausgehende Entschädigung bezahlt.

Die Regelungen für ausländische Anspruchsberchtigte sowie für die Abrechnung von Kosten für Anstaltpflege im Ausland aus medizinischen Gründen bleiben ebenfalls unverändert bestehen.

Der Budgetausschuss hat die Regierungsvorlage in seiner Sitzung am 11. Dezember 2000 in Verhandlung genommen.

An der Debatte beteiligten sich die Abgeordneten Dr. Elisabeth **Pittermann**, Mag. Werner **Kogler**, Manfred **Lackner**, Dr. Gottfried **Feurstein** sowie der Staatssekretär im Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen Dr. Reinhart **Waneck**.

Bei der Abstimmung hat der Budgetausschuss mit Stimmenmehrheit beschlossen, dem Nationalrat die Genehmigung des Abschlusses der vorliegenden Vereinbarung zu empfehlen.

Als Ergebnis seiner Beratungen stellt der Budgetausschuss somit den **Antrag**, der Nationalrat wolle dem Abschluss der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung samt Anlage (395 der Beilagen) die Genehmigung erteilen.

Wien, 2000 12 11

**Hans Müller**

Berichterstatter

**Dipl.-Kfm Mag. Josef Mühlbachler**

Obmann