

692 der Beilagen XXII. GP

Beschluss des Nationalrates

Der Nationalrat hat beschlossen:

Der Abschluss der nachstehenden Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG wird verfassungsmäßig genehmigt

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 und Gesundheitsökonomie

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

3. Abschnitt

Bundesgesundheitsagentur und Landesgesundheitsfonds

Unterabschnitt A) Bundesgesundheitsagentur

- | | |
|------------|--|
| Artikel 10 | Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur |
| Artikel 11 | Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur |

Artikel 12 Organisation der Bundesgesundheitsagentur

Artikel 13 Mittel der Bundesgesundheitsagentur

Unterabschnitt B) Landesgesundheitsfonds

Artikel 14 Einrichtung der Landesgesundheitsfonds

Artikel 15 Organisation der Landesgesundheitsfonds

Artikel 16 Aufgaben der Gesundheitsplattformen auf Länderebene im Rahmen der Landesgesundheitsfonds

Artikel 17 Mittel der Landesgesundheitsfonds

Artikel 17a Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge

Artikel 18 Kostenbeitrag

Artikel 19 Berechnung von Landesquoten

4. Abschnitt

Zusammenwirken der Institutionen

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

5. Abschnitt

Transparenz der Voranschläge und der Rechnungsabschlüsse

Artikel 21 Transparenz der Voranschläge und der Rechnungsabschlüsse

6. Abschnitt

Leistungsorientierte Finanzierung im Gesundheitswesen

Artikel 22 Durchführung der leistungsorientierten Finanzierung

Artikel 23 Krankenanstaltenspezifische Berechnung der LKF-Punkte

7. Abschnitt

Inländische Gastpatientinnen und Gastpatienten

Artikel 24 Ausgleich für inländische Gastpatientinnen und Gastpatienten

8. Abschnitt

Weitere Finanzierungsmaßnahmen

Artikel 25 Mittel für „ÖBIG“ und Finanzierung von Projekten und Planungen

Artikel 26 Mittel für den Kooperationsbereich (Reformpool)

Artikel 27 Förderung des Transplantationswesens

Artikel 28 Finanzierung überregional bedeutsamer Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen

Artikel 29 Evaluierung von Vorsorgemaßnahmen

9. Abschnitt

Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung

Artikel 30 Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung

Artikel 31 Evaluierung

10. Abschnitt

Dokumentation

Artikel 32 Sicherstellung und Weiterentwicklung der Dokumentation

Artikel 33 Erfassung weiterer Daten

Artikel 34 Erhebungen und Einschaurechte

11. Abschnitt

Sanktionen

Artikel 35 Sanktionen intramuraler Bereich

Artikel 36 Sanktionen extramuraler Bereich

12. Abschnitt

Sonstige Bestimmungen

Artikel 37 Schutzklausel für Bund und Träger der Sozialversicherung

Artikel 38 Schutzklausel für Städte und Gemeinden

Artikel 39	Ausländische Anspruchsberechtigte, Anstaltspflege im Ausland aus medizinischen Gründen
Artikel 40	Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes (Zams)
Artikel 41	Schiedskommission

13. Abschnitt

Schlussbestimmungen

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

PRÄAMBEL

Die Vertragsparteien verbinden mit dieser Vereinbarung die Absicht, auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, solidarische, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen. Das solidarische Gesundheitssystem soll erhalten und verbessert werden. Eine hochstehende medizinische Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig von Einkommen, ist vorrangiges Ziel. Die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens soll unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und eines möglichst effizienten Mitteleinsatzes durch eine gesamthafte regionale Planung, Steuerung und Finanzierung abgesichert werden. Weiters gilt es, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Gegebenheiten in den Bundesländern, die einzelnen Bereiche und das gesamte Gesundheitssystem überregional und sektorenübergreifend entsprechend den demographischen Entwicklungen und Bedürfnissen ständig zu analysieren und weiterzuentwickeln. Die Vertragsparteien bekennen sich dazu, dass Basis eines effizienten Gesundheitssystems die Verstärkung der Gesundheitsförderung sowohl in einem personenorientierten als auch lebensweltorientierten Ansatz ist und auch dem Gedanken der Prävention ein besonderer Stellenwert eingeräumt werden muss. Dazu kommen die Vertragsparteien überein, unter Einbeziehung der intra- und extramuralen Bereiche alle Möglichkeiten wahrzunehmen, um

- Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu unterstützen,
- ein verbindliches der Effizienzsteigerung dienendes Qualitätssystem für das österreichische Gesundheitswesen einzuführen und kontinuierlich weiter zu entwickeln,
- die Voraussetzungen für einen effektiven und effizienten Einsatz der Informationstechnologie im Gesundheitswesen zu schaffen,
- eine integrierte, aufeinander abgestimmte Planung und Steuerung aller Bereiche im Gesundheitswesen zu erreichen und
- das Nahtstellenmanagement zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen zu verbessern.

Die Vertragsparteien stellen in diesem Zusammenhang ausdrücklich fest, dass in Vertragskompetenzen im Bereich der Selbstverwaltung nicht eingegriffen wird.

1. ABSCHNITT

Allgemeine Bestimmungen

Artikel 1

Gegenstand und Schwerpunkte

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

1. eine Bundesgesundheitsagentur mit einer Bundesgesundheitskommission und Landesgesundheitsfonds mit Gesundheitsplattformen auf Länderebene zur regionen- und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und zur Sicherstellung einer gesamthafte Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens einzurichten,
2. Mittel für den Kooperationsbereich (Reformpool) für Leistungsverchiebungen zwischen dem intra- und dem extramuralen Bereich 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 (z.B. flächendeckendes qualitätsgestütztes und systematisches Mammographie-Screeningprogramm, molekulargenetische Analyse zur Identifikation von Familien mit erblichem Brust- und Eierstockkrebs, Identifikation von angeborenen Stoffwechselerkrankungen bei Säuglingen, Maßnahmen betreffend Epidermolysis bullosa) 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. 14 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
1. die erforderlichen Strukturveränderungen im intra- und extramuralen Bereich,
 2. zur Effizienzsteigerung eine flächendeckende verbindliche Verankerung der Qualitätsarbeit auf allen Ebenen des Gesundheitswesens,
 3. die Grundsätze für ein Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Leistungserbringern,
 4. eine Unterstützung der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologie,
 5. die Forcierung gesundheitsökonomischer Ansätze.

Artikel 2

Geltungsbereich

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

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

2. ABSCHNITT

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

Artikel 3

Integrierte Gesundheitsstrukturplanung

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

1. Stationärer Bereich, sofern dieser aus Mitteln der Gebietskörperschaften und/oder der Sozialversicherung zur Gänze oder teilweise finanziert wird;
2. Ambulanter Bereich, d.h. Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, 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 einheitlich zu planen sowie prioritär umzusetzen. Im Sinne eines bedarfsgerechten Angebotes ist die Realisierung der übergreifenden Planung der Palliativ- und Hospizversorgung in allen Bereichen und auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung, d.h. im stationären

ren Akut- und Langzeitbereich, im ambulanten Bereich sowie an den Nahtstellen zum Pflegebereich, sicherzustellen.

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

(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 Detailplanungen auf regionaler Ebene und/oder auf Ebene einzelner Bereiche der Gesundheitsversorgung (im Folgenden: Detailplanungen) im stationären, ambulanten, Rehabilitations- und an den Nahtstellen zum Pflegebereich dar.

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

(3) Der ÖSG umfasst eine Leistungsangebotsplanung für den stationären Akutbereich mit Planungshorizont 2010, sowie die Darstellung des Ist-Standes der Versorgungsstruktur im nicht-akuten stationären Bereich der Krankenanstalten, im ambulanten Bereich, im Rehabilitations- sowie an den Nahtstellen zum Pflegebereich auf Ebene von Versorgungsregionen und Versorgungszonen. Verbindliche Strukturqualitätskriterien stellen einen integrierenden Bestandteil der Planungsaussagen im Rahmen der Leistungsangebotsplanung dar.

(4) Die Leistungsangebotsplanung für den nicht-akuten stationären Bereich der Krankenanstalten, den ambulanten Bereich, den Rehabilitationsbereich (einschließlich Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen) sowie den Nahtstellen zum Pflegebereich ist sukzessive bis zum Ende der Vereinbarungsperiode verbindlich festzulegen und in den ÖSG aufzunehmen. Die Vertragsparteien kommen überein, die dafür notwendigen Datengrundlagen gemäß Artikel 32 und 33 in ausreichender Qualität zur Verfügung zu stellen.

(5) Bei Detailplanungen sind die im ÖSG in der jeweiligen Fassung enthaltenen Vorgaben und Richtwerte einzuhalten.

(6) Detailplanungen sind im Wege der Gesundheitsplattformen auf Länderebene der Bundesgesundheitsagentur umgehend zur Kenntnis zu bringen.

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

(8) Regelmäßige Revisionen des ÖSG sind während der Laufzeit dieser Vereinbarung von der Bundesgesundheitsagentur auszuarbeiten und in geeigneter Weise kundzutun.

(9) Im Rahmen der Erteilung von Bewilligungen an die Leistungsanbieterinnen/Leistungsanbieter in der Gesundheitsversorgung hat die Feststellung des Bedarfes im Einklang mit dem ÖSG und den damit abgestimmten Detailplanungen zu erfolgen. Bei der Erteilung von Errichtungs- und Betriebsbewilligungen (Bedarfsprüfungsverfahren) sind alle versorgungswirksamen Kapazitäten inklusive Spitalsambulanzen zu berücksichtigen.

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

(11) Eine allfällige Bereitstellung von Investitionszuschüssen an die Leistungsanbieterinnen/Leistungsanbieter hat im Einklang mit dem ÖSG und den damit abgestimmten Detailplanungen zu erfolgen.

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 leistung anbietenden Einrichtungen sind von der Bundesgesundheitsagentur die Rahmenvorgaben im Hinblick auf Struktur, Prozesse und gewünschte Ergebnisse festzulegen.

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

(4) Zur Sicherstellung eines akkordierten Informationstransfers und als Voraussetzung für funktionierendes Nahtstellenmanagement, werden die Vertragsparteien in ihrem jeweiligen Wirkungsbereich dafür Sorge tragen, dass in den Gesundheitseinrichtungen bundesweit einheitliche Vorgaben zur Dokumentation gemäß Art. 32 und 33 verbindlich vorgeschrieben werden.

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

(6) Die nahtstellenrelevanten Ergebnisse der aufgrund der vorangegangenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, BGBl. I Nr. 60/2002, durchgeführten und abgeschlossenen Projekte sind sinnvoll in die Entwicklung der Rahmenvorgaben miteinzubeziehen.

Artikel 6

Qualität im österreichischen Gesundheitswesen

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

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

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

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

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

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

(7) Es ist eine bundesländer- und sektorenübergreifende jährliche Berichterstattung über die Qualität im Gesundheitswesen sicherzustellen. Diese Berichterstattung hat die österreichweite Erfassung der für die Beobachtung der Qualität des österreichischen Gesundheitswesens relevanten Daten zu gewährleisten. Der Bericht 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 dienen soll. Der administrative Aufwand bei der Dokumentation und Berichterstattung ist so gering wie möglich zu halten.

(8) Im Rahmen ihrer Verantwortlichkeiten haben die Vertragsparteien im Zusammenhang mit der Sicherung und Verbesserung der Qualität kontrollierend tätig zu werden.

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

Artikel 7

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

(1) Die Vertragsparteien stimmen überein, dass sich die Bestrebungen 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 und
3. Harmonisierung der nationalen Vorgangsweise mit Programmen und Maßnahmen auf europäischer Ebene.

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

(3) In diesem Zusammenhang bekennen sich die Vertragsparteien prioritär zur Konzeption und Einführung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) sowie der elektronischen Arzneimittelverschreibung und -verrechnung (eRezept). Der Bund verpflichtet sich, zur Planung und Akkordierung der Einführung der elektronischen Gesundheitsakte eine österreichweite Steuerungsgruppe unter umfassender Einbindung aller Betroffenen einzurichten. Die Länder verpflichten sich, an dieser Steuerungsgruppe teilzunehmen.

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

(5) Die Bundesgesundheitskommission und die Gesundheitsplattformen auf Länderebene werden auf dem Gebiet der Gesundheitstelematik insbesondere folgende Schwerpunkte verfolgen:

1. Ausbau der informationstechnologischen Infrastruktur einschließlich der Vernetzung aller Leistungsanbieter und Kostenträger,
2. Konzeption und Begleitung der Umsetzung von Vorhaben sowie Förderung des diesbezüglichen Wissens- und Erfahrungstransfers,
3. Verbesserung bzw. Sicherstellung der Interoperabilität unter Berücksichtigung anerkannter nationaler Standards und internationaler Normen bei der Implementierung neuer und der Adaptierung bestehender gesundheitstelematischer Anwendungen,
4. Stärkung der Position der Betroffenen bei der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen,
5. Implementierung und Nutzung zielgruppenorientierter Informations- und Wissenssysteme,
6. Erhöhung der Verfügbarkeit und Verbesserung der Qualität gesundheitsbezogener Informationen.

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

(7) Unbeschadet des gemeinsamen Verständnisses, den Verkehr mit Gesundheitsdaten weitestgehend elektronisch abzuwickeln, werden die Vertragsparteien 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.

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

Gesundheitsökonomie

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

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

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

3. ABSCHNITT

Bundesgesundheitsagentur und Landesgesundheitsfonds

Unterabschnitt A)

Bundesgesundheitsagentur

Artikel 10

Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur

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

Artikel 11

Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur

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

1. Erarbeitung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen,
2. Erstellung von Vorgaben für die transparente Darstellung der vollständigen Budgetierung und der Rechnungsabschlüsse der Krankenanstalten bzw. Krankenanstaltenverbände und von Vorgaben für die transparente Darstellung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherung für den extramuralen Bereich,
3. 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,
4. Entwicklung und Weiterentwicklung von leistungsorientierten Vergütungssystemen (ergebnisorientiert, pauschaliert und gedeckelt) unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche,
5. 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,
6. Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens,
7. Mitwirkung im Bereich Gesundheitstelematik und der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA),
8. Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung,
9. Erarbeitung von Leitlinien für den Kooperationsbereich (Reformpool) gemäß Art. 26,
10. Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln der Bundesgesundheitsagentur,
11. Erstellung des Voranschlages und des Rechnungsabschlusses und
12. Evaluierung der von der Bundesgesundheitsagentur wahrgenommenen Aufgaben.

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

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

Artikel 12

Organisation der Bundesgesundheitsagentur

- (1) Die Bundesgesundheitskommission ist das Organ der Bundesgesundheitsagentur.
- (2) Hinsichtlich der Bundesgesundheitskommission gilt:
 1. Der Bundesgesundheitskommission gehören Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, aller Länder, der Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden, der konfessionellen Krankenanstalten, der Patientenvertretungen und der Österreichischen Ärztekammer an.
 2. In der Bundesgesundheitskommission besteht eine Bundesmehrheit.
 3. Der Bundesgesundheitskommission obliegt die Beschlussfassung in den Angelegenheiten gemäß Art. 11 Abs. 1.
 4. Für Beschlussfassungen ist – ausgenommen in den Angelegenheiten gemäß Art. 11 Abs. 1 Z 10, sofern es sich um Mittel gemäß Art. 25 Abs. 1 handelt, und Art. 11 Abs. 1 Z 11 – ein Einvernehmen mit den Ländern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erforderlich.
- (3) Die Führung der Geschäfte der Bundesgesundheitsagentur obliegt dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- (4) Weiters ist zur Beratung der Bundesgesundheitsagentur eine Bundesgesundheitskonferenz einzurichten, in der die wesentlichen Akteurinnen/Akteure des Gesundheitswesens vertreten sind.

Artikel 13

Mittel der Bundesgesundheitsagentur

(1) Der Bund stellt sicher, dass die Bundesgesundheitsagentur jährlich mit folgenden Mitteln dotiert wird :

1. Mit einem Betrag in der Höhe von 1,416% des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug des im § 8 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2005 genannten Betrages und
2. mit 242 Millionen Euro.

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

(3) Die Mittel gemäß Abs. 1 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.
2. Sodann sind folgende Mittel in Abzug zu bringen und gemäß dem 8. Abschnitt bzw. gemäß Art. 39 Abs. 2 zu verwenden:
 - a) 3,5 Millionen Euro zur Finanzierung von Projekten und Planungen sowie zur Abgeltung von Leistungen, die vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen für die Bundesgesundheitsagentur erbracht werden,
 - b) 2,9 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 (z.B. flächendeckendes qualitätsgestütztes und systematisches Mammographie-Screeningprogramm, molekulargenetische Analyse zur Identifikation von Familien mit erblichem Brust- und Eierstockkrebs, Identifikation von angeborenen Stoffwechselerkrankungen bei Säuglingen, Maßnahmen betreffend Epidermolysis bullosa), deren Verwendung im Einvernehmen mit den Ländern und der Sozialversicherung festgelegt wird, und
 - d) allfällige für Anstaltspflege im Ausland aufzuwendende Mittel (Art. 39 Abs. 2).
3. Die verbleibenden Mittel werden nach Maßgabe des Art. 35 (Sanktionen) an die Landesgesundheitsfonds geleistet.

Unterabschnitt B)

Landesgesundheitsfonds

Artikel 14

Einrichtung der Landesgesundheitsfonds

(1) Zur Wahrnehmung von Aufgaben aufgrund dieser Vereinbarung haben die Länder für jedes Bundesland oder nach Maßgabe einer Einigung der jeweiligen Länder für mehrere Bundesländer gemeinsam einen Landesgesundheitsfonds in Form eines öffentlich-rechtlichen Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten. Die Landesfonds entsprechend der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, BGBl. I Nr. 60/2002, werden durch die Landesgesundheitsfonds ersetzt.

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

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

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

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

Artikel 15

Organisation der Landesgesundheitsfonds

- (1) Das oberste Organ des Landesgesundheitsfonds ist die Gesundheitsplattform.
- (2) Hinsichtlich der Gesundheitsplattform gilt:
 1. In der Gesundheitsplattform sind das Land (die Länder) und die Sozialversicherung zu gleichen Teilen sowie der Bund vertreten. Weiters gehören der Gesundheitsplattform jedenfalls Vertreterinnen/Vertreter der Ärztekammer, der Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden, der Patientenvertretungen und der Rechtsträger der in Art. 14 Abs. 3 genannten Krankenanstalten an.
 2. Bei der Vertretung der Sozialversicherung ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten.
 3. Der Gesundheitsplattform obliegt die Beschlussfassung in den Angelegenheiten gemäß Art. 16 Abs. 1.
 4. Für Beschlussfassungen gilt Folgendes:
 - a) Bei Angelegenheiten des Kooperationsbereichs, die sowohl in die Zuständigkeit des Landes (der Länder) als auch der Sozialversicherung fallen, ist ein Einvernehmen zwischen dem Land (den Ländern) und der Sozialversicherung erforderlich.
 - b) In Angelegenheiten, in denen die alleinige Zuständigkeit des Landes besteht (intramuraler Bereich), hat (haben) das Land (die Länder) 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 verstoßen, hat der Bund das Vetorecht.
 5. Die Voranschläge und die Rechnungsabschlüsse sind der Bundesgesundheitsagentur unmittelbar nach Beschlussfassung zu übermitteln.
- (3) Weiters kann zur Beratung der Landesgesundheitsfonds jeweils eine Gesundheitskonferenz eingerichtet werden, in der die wesentlichen Akteurinnen/Akteure des Gesundheitswesens vertreten sind.

Artikel 16

Aufgaben der Gesundheitsplattformen auf Länderebene im Rahmen der Landesgesundheitsfonds

- (1) Die Gesundheitsplattformen auf Länderebene haben zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens im Landesbereich insbesondere folgende Aufgaben unter Einhaltung der Vorgaben der Bundesgesundheitsagentur und unter Berücksichtigung gesamtökonomischer Auswirkungen wahrzunehmen:
 1. Mitwirkung an der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen,
 2. Darstellung des Budgetrahmens für die öffentlichen Ausgaben im intra- und extramuralen Bereich,
 3. Mitwirkung bei der Erstellung konkreter Pläne (Detailplanungen gemäß Art. 3 und 4) für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens, wobei die Qualitätsvorgaben gemäß Z 1 zu berücksichtigen sind,
 4. Umsetzung von leistungsorientierten Vergütungssystemen (ergebnisorientiert, pauschaliert und gedeckelt) unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche auf Basis entsprechender Dokumentationssysteme,

5. Durchführung von Analysen zur Beobachtung von Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen, wobei insbesondere auch auf die geschlechtsspezifische Differenzierung zu achten ist,
 6. Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens,
 7. Mitwirkung im Bereich Gesundheitstelematik,
 8. Marktbeobachtung und Preisinformation,
 9. Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung,
 10. Entwicklung und Umsetzung konkreter strukturverbessernder Maßnahmen inklusive Dokumentation der Leistungsverschiebungen zwischen den Gesundheitssektoren,
 11. Realisierung von gemeinsamen Modellversuchen zur integrierten Planung, Umsetzung und Finanzierung der fachärztlichen Versorgung im Bereich der Spitalsambulanzen und des niedergelassenen Bereichs (Entwicklung neuer Kooperationsmodelle und/oder Ärztezentren etc.),
 12. Abstimmung der Ressourcenplanung zwischen dem Gesundheitswesen und dem Pflegebereich,
 13. Erstellung von Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen,
 14. Aufgaben, die den Landesgesundheitsfonds durch die Länder übertragen werden,
 15. Evaluierung der von den Gesundheitsplattformen auf Länderebene wahrgenommenen Aufgaben.
- (2) Die Vertragsparteien stellen sicher, dass die Gesundheitsplattformen auf Länderebene auf Anforderung die zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigten Daten in entsprechend aufbereiteter Form erhalten.
- (3) Bei der Erfüllung der Aufgaben haben die Gesundheitsplattformen auf Länderebene insbesondere darauf zu achten, dass eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sichergestellt und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und möglicher Kosteneinsparungen abgesichert wird.
- (4) Im Falle eines vertragslosen Zustandes mit den Vertragsärztinnen/Vertragsärzten wird die Gesundheitsplattform auf Länderebene mithelfen, schwerwiegende Folgen für die Bevölkerung zu vermeiden. Dabei ist auch eine Regelung für die Entgelte bei Mehrleistungen zu treffen. Die Sozialversicherung hat Zahlungen maximal im Ausmaß der vergleichbaren ersparten Arztkosten an den Landesgesundheitsfonds zu leisten.
- (5) Bei Einschränkungen des Leistungsangebotes ist einvernehmlich vorzugehen. Die bislang maßgebliche Vertragslage ist dabei zu berücksichtigen. Die finanziellen Folgen von plan- und vertragswidrigen Leistungseinschränkungen im stationären, ambulanten und im Pflegebereich hat jene Institution zu tragen, die sie verursacht hat.

Artikel 17

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 2005 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,
 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 Betriebsabganges 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. 1,416% des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug des im § 8 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2005 genannten Betrages,
2. 24 Millionen Euro,
3. 91 Millionen Euro und
4. 127 Millionen Euro vermindert um die Abzüge gem. Art. 13 Abs. 3 Z 2 (nach Maßgabe des Art. 35).

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

1. Beträge in der Höhe von 1,416% des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug des im § 8 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2005 genannten Betrages, sind mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2005 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 an der Umsatzsteuer zu richten hat. Diese Vorschüsse sind an den gesetzlichen Terminen der Vorschussleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen.
2. 115 Millionen Euro sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels zu überweisen.
3. 127 Millionen Euro vermindert um die Abzüge gemäß Art. 13 Abs. 3 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) Die Vertragsparteien kommen überein, dass die Beiträge der Länder gemäß Abs. 1 Z 2 mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2005 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 Z 1 sind als Vorschussleistungen anzusehen. 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 2005 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 2005 einen vorläufigen Pauschalbetrag. Dieser vorläufige Pauschalbetrag 2005 ist auf der Basis des endgültigen Pauschalbetrages 2003 (Art 13 Abs. 1 der Vereinbarung BGBl. I Nr. 60/2002) zuzüglich der Erhöhungen gemäß den vorläufigen Hundertsätzen 2004 und 2005 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 2006 bis 2008 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 2005 bis 2008 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 2005, 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 2005, 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 2005 bis einschließlich 2008 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 17a

Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge

Der Bund wird dem Wunsch der Länder entsprechend die Krankenversicherungsbeiträge befristet auf den Zeitraum der Geltungsdauer dieser Vereinbarung (2005 – 2008) 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 18

Kostenbeitrag

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

Artikel 19

Berechnung von Landesquoten

(1) Die Beiträge der Bundesgesundheitsagentur gemäß Art. 17 Abs. 2 Z 1 und 2 sowie die Mittel der Länder gemäß Art. 17 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. 17 Abs. 1 Z 6 wird vorsehen, dass die Beiträge der Gemeinden länderspezifisch entsprechend den in Abs. 1 genannten Anteilen verteilt werden.

(3) Die Beiträge der Bundesgesundheitsagentur gemäß Art. 17 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. 17 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%
	100,000000000%

(5) Die Mittel gemäß Art. 17 Abs. 6 Z 5 verbleiben den Landesgesundheitsfonds.

(6) Die Mittel gemäß Art. 17 Abs. 2 Z 4 mit Ausnahme der Vorweganteile (Art. 13 Abs. 3 Z 1), allenfalls für die Zwecke gemäß Art. 13 Abs. 3 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.

4. ABSCHNITT

Zusammenwirken der Institutionen

Artikel 20

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

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

(2) Unter den Leistungen der Sozialversicherung sind

1. im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung nur die auf Grund des § 189 Abs. 3 ASVG (bzw. der analogen Regelungen in den übrigen Sozialversicherungsgesetzen) – mit Ausnahme der Ambulanzleistungen der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt - sowie
2. im Bereich der gesetzlichen Pensionsversicherung nur die auf Grund der §§ 302 Abs. 3 und 307d ASVG (bzw. der analogen Regelungen in den übrigen Sozialversicherungsgesetzen) bisher erbrachten Leistungen zu verstehen, wobei das Volumen der Leistungen, die von den Landesgesundheitsfonds abgegolten werden, 2004 im Vergleich zum entsprechenden Leistungsvolumen des Jahres 1994 zu überprüfen und der Betrag der Träger der Sozialversicherung für diese Leistungen gegebenenfalls entsprechend dieser Überprüfung nachzujustieren ist.

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

(4) Die Verpflichtung der Sozialversicherung zur ausreichenden Bereitstellung von Vertragspartnerinnen/Vertragspartnern bleibt aufrecht. Die in den Sozialversicherungsgesetzen festgelegten Sachleistungspflichten und Verfahrenszuständigkeiten gegenüber den Versicherten der Sozialversicherungsträger bleiben aufrecht. Die Erfüllung der Sachleistungsverpflichtung durch die vertragsgegenständlichen Kran-

kenanstalten 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 Tarifierung ist Einvernehmen herzustellen.

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

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

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

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

(10) Der Hauptverband erteilt aus den bei ihm gespeicherten Daten auf automationsunterstütztem Weg (im Online- oder Stapelverfahren) Auskünfte an Krankenanstaltenträger hinsichtlich der leistungszuständigen Versicherungsträger. Der Zugang erfolgt ausschließlich über das Behördennetzwerk (Federal Domain) oder nach Vereinbarung über das Netzwerk eines Sozialversicherungsträgers. Die Verpflichtung der grundsätzlichen Feststellung der Versicherungszugehörigkeit bei der Aufnahme durch die Krankenanstalt bleibt davon unbenommen. Ab flächendeckender Einführung des SV-Chipkartensystems ist eine unmittelbare verbindliche Auskunftserteilung an die Krankenanstaltenträger sichergestellt.

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

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

(13) Die Einschau- und Untersuchungsrechte gemäß § 148 Z 5 ASVG in der zum 31. Dezember 2004 geltenden Fassung bleiben unverändert aufrecht.

5. ABSCHNITT

Transparenz der Budgetierung und der Rechnungsabschlüsse

Artikel 21

Transparenz der Voranschläge und der Rechnungsabschlüsse

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

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

6. ABSCHNITT

Leistungsorientierte Finanzierung im Gesundheitswesen

Artikel 22

Durchführung der leistungsorientierten Finanzierung

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

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

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

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

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

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

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

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

(6) Bis Ende 2007 ist das LKF-Modell einer umfassenden Weiterentwicklung zu unterziehen, wobei insbesondere die folgenden Punkte in Aussicht genommen werden:

1. Kalkulation mit überarbeitetem Kalkulationsleitfaden auf Basis der aktualisierten und weiterentwickelten Krankenanstalten-Kostenrechnung
2. Entwicklung eines Bepunktungsmodells für medizinische Nachsorge, Transferierungen, Verlegungen und Wiederaufnahmen
3. Weiterentwicklung des LKF-Modells, z.B. der Bepunktungsregelung für Intensiveinheiten und für spezielle Leistungsbereiche

4. Abstimmung des LKF-Modells mit den Versorgungsmöglichkeiten im spitalsambulanten und niedergelassenen Bereich (Harmonisierung der Dokumentation, Abgrenzung der Inhalte und Be-punktung der Fallpauschalen zu den anderen Versorgungsbereichen).

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

Artikel 23

Krankenanstaltenspezifische Berechnung der LKF-Punkte

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

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

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

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

7. ABSCHNITT

Inländische Gastpatientinnen und Gastpatienten

Artikel 24

Ausgleich für inländische Gastpatientinnen und Gastpatienten

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.

8. ABSCHNITT

Weitere Finanzierungsmaßnahmen

Artikel 25

Mittel für „ÖBIG“ und Finanzierung von Projekten und Planungen

(1) Für die Finanzierung von Projekten und Planungen kann die Bundesgesundheitsagentur jährlich Mittel bis zum Höchstausmaß von 3,5 Millionen Euro verwenden. Über die Verwendung dieser Mittel entscheidet die Bundesgesundheitskommission.

(2) Der Bund stellt sicher, dass die Bundesgesundheitsagentur bei der Erfüllung ihrer Aufgaben (Qualitätsarbeit, Leistungsangebotsplanung, Gesundheitstelematik, Dokumentation, LKF u.a.) auf die Ressourcen des „Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG)“ zurückgreifen kann.

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

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

Artikel 26

Mittel für den Kooperationsbereich (Reformpool)

(1) Bund und Länder kommen überein, zur Förderung von gemeinsam vereinbarten Strukturveränderungen oder Projekten, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich auf Landesebene zur Folge haben, im Rahmen der Landesgesundheitsfonds für die Jahre 2005 und 2006 Mittel in der Höhe von mindestens 1 % der Gesamtmittel für den intra- und extramuralen Bereich und für die Jahre 2007 und 2008 Mittel in der Höhe von mindestens 2 % der Gesamtmittel für den intra- und extramuralen Bereich bereit zu halten. Die in einem Jahr nicht in Anspruch genommenen Mittel können mit Beschluss des Landesgesundheitsfonds auf das Folgejahr übertragen werden.

(2) Voraussetzung für die Förderung dieser Leistungsverschiebungen ist, dass sich das jeweilige Land und die Sozialversicherung im Voraus auf diese Maßnahmen inhaltlich einigen und sowohl das Land als auch die Sozialversicherung von diesen Verschiebungen profitieren.

(3) Voraussetzung für eine Zuerkennung von Mitteln ist eine entsprechende Dokumentation des Status Quo und der Veränderungen des Leistungsgeschehens im intramuralen und extramuralen Bereich durch die jeweiligen Finanzierungspartner.

(4) Die Bundesgesundheitsagentur erarbeitet Leitlinien für den Kooperationsbereich (Reformpool).

(5) Die Landesgesundheitsfonds berichten regelmäßig der Bundesgesundheitsagentur über vereinbarte und durchgeführte strukturverändernde Maßnahmen und über den Erfolg dieser Maßnahmen. Eine besondere Begründung für nicht in Anspruch genommene Mittel ist erforderlich.

Artikel 27

Förderung des Transplantationswesens

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

1. Im Bereich des Organspendewesens ist die Kontinuität im Spenderinnen- und Spenderaufkommen auf hohem Niveau sicherzustellen. Darüber hinaus ist eine Steigerung der Anzahl der Organspender anzustreben (auf ca. 30 Organspenderinnen/Organspender pro Mio. EW).
2. Im Bereich des Stammzelltransplantationswesens ist dafür zu sorgen, dass Spenderinnen/Spender in ausreichender Zahl registriert sind und zur Verfügung stehen. Das Vorgehen sowie die Zusammenarbeit aller daran beteiligten Institutionen für Spenderinnen/Spender und Patientinnen/Patienten hat so sicher und wirksam wie möglich zu erfolgen. Die Feststellung, ob das nationale Spendervolumen als ausreichend zu betrachten ist, obliegt dem beim ÖBIG 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 € zu dotieren. Die Aufbringung der Mittel erfolgt entsprechend den Bestimmungen des Art. 13 Abs. 3 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 Intensivseinheiten, um die Bereitschaft zur Spendermeldung zu erhöhen;
 - c. Zweckgewidmete, pauschalierte Förderung für den Einsatz von Transplantationskoordinatoren in den Transplantationszentren;
 - d. Förderung der Einrichtung mobiler Hirntoddiagnostik-Teams sowie geeigneter Maßnahmen im Bereich bundesweiter Vorhaltung der Hirntoddiagnostik, die dem jeweiligen Stand der Wissenschaft entspricht;

- e. Förderung der Transporte, die im Zusammenhang mit der Organgewinnung anfallen;
 - f. Mittel für die Abdeckung der Aufwendungen von 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 des ÖBIG (Bereich Stammzellspende);
 - b. Förderung der Suche und Betreuung von Stammzellspendern;
 - c. Mittel für die Abdeckung der Aufwendungen von ÖBIG-Transplant (Bereich Stammzellspende).
 3. Der Förderungsgeber kann auf Vorschlag des im ÖBIG 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 28

Finanzierung überregional bedeutsamer Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen

- (1) Die Vertragsparteien kommen überein, zur Förderung wesentlicher Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen mit überregionaler Bedeutung (z.B. flächendeckendes qualitätsgestütztes und systematisches Mammographie-Screeningprogramm, molekulargenetische Analyse zur Identifikation von Familien mit erblichem Brust- und Eierstockkrebs, Identifikation von angeborenen Stoffwechselerkrankungen bei Säuglingen, Maßnahmen betreffend Epidermolysis bullosa) und zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen im Sinne des Art. 25 Abs. 1 im Rahmen der Bundesgesundheitsagentur jährlich Mittel im maximalen Ausmaß von 3,5 Millionen Euro zur Verfügung zu stellen.
- (2) Die Bundesgesundheitskommission hat im Bedarfsfall Richtlinien über die Verwendung dieser Mittel zu erlassen.
- (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 29

Evaluierung von Vorsorgemaßnahmen

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

9. ABSCHNITT

Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung

Artikel 30

Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung

- (1) Die Vertragsparteien kommen überein, gemeinsame Modellversuche zur integrierten Planung, Umsetzung und Finanzierung der fachärztlichen Versorgung im Bereich der Spitalsambulanzen und des niedergelassenen Bereichs (Entwicklung neuer Kooperationsmodelle und/oder Ärztezentren etc.) durchzuführen.
- (2) Die Vertragsparteien vereinbaren, Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung im Gesundheitswesen im Ausmaß von 300 Millionen Euro wahrzunehmen.
- (3) Die Maßnahmen gemäß Abs. 2 betreffen insbesondere

1. Maßnahmen zur Senkung von Verwaltungskosten und weitere Maßnahmen im patientenfernen Bereich in Krankenanstalten,
 2. Neue Organisationsformen in Krankenanstalten wie Tageskliniken, Wochenkliniken und andere vergleichbare Formen der Leistungserbringung,
 3. Maßnahmen zur besseren Abstimmung zwischen einzelnen Krankenanstalten sowie dem niedergelassenen Bereich und zur Vermeidung von Doppelgleisigkeiten und
 4. Maßnahmen im niedergelassenen Bereich im Sinne einer regional ausgeglicheneren Versorgung.
- (4) Eine gemeinsame Evaluierung des Einsparungskataloges ist alle 2 Jahre vorzunehmen.
- (5) Bei Abweichungen verpflichten sich die Vertragsparteien, einvernehmlich unverzüglich Maßnahmen zur Durchsetzung der Maßnahmen gemäß Abs. 3 einzuleiten.

Artikel 31

Evaluierung

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

10. ABSCHNITT

Dokumentation

Artikel 32

Sicherstellung und Weiterentwicklung der Dokumentation

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

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

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

(4) Die Vertragsparteien stellen sicher, dass ab 1. Jänner 2007 im spitalsambulanten Bereich aller Krankenanstalten eine bundeseinheitliche Dokumentation der Diagnosen auf der Grundlage der vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen herausgegebenen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) und eine bundeseinheitliche Leistungsdokumentation erfolgt. Zur Vorbereitung der Einführung einer bundeseinheitlichen Leistungsdokumentation und als Grundlage für die Entwicklung eines bundeseinheitlichen Modells zur leistungsorientierten Abgeltung im ambulanten Bereich gem. Art. 22 Abs. 7 ist sicherzustellen, dass ab 1. Jänner 2006 bei ausgewählten Leistungsanbietern eine Diagnosen- und Leistungsdokumentation im erforderlichen Ausmaß erfolgt. Von der Bundesgesundheitsagentur ist als Grundlage für die Leistungsdokumentation ein Katalog unter Berücksichtigung des Leistungsgeschehens im niedergelassenen Bereich zu entwickeln.

(5) Die Träger der Krankenanstalten werden verpflichtet, beginnend ab dem Berichtsjahr 2007 in periodischer Form administrative und medizinische Daten zum spitalsambulanten Bereich zu übermitteln. Struktur und Inhalt des ambulanten Datensatzes werden - in Analogie zu den Diagnosen- und Leistungsberichten im stationären Bereich - durch Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen festgelegt.

(6) 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 einer noch beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger einzurichtenden Pseudonymisierungsstelle pseudonymisierte Diagnosen- und Leistungsdaten aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung in einer standardisierten und verschlüsselten Form zur Verfügung zu stel-

len. Die Diagnosen sind dabei nach der vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen herausgegebenen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) zu verschlüsseln.

(7) Die Vertragsparteien kommen daher überein, dass ab 1. Jänner 2007 die Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer mit Kassenvertrag im niedergelassenen Bereich (Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner, Fachärztinnen/Fachärzte, Gruppenpraxen, Zahnärztinnen/Zahnärzte) und die Ambulatorien (Vertragsambulatorien und kasseneigene Einrichtungen) die Diagnosen in verschlüsselter Form nach der vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen herausgegebenen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) und die Leistungen in verschlüsselter Form elektronisch den Sozialversicherungsträgern bzw. den Krankenfürsorgeanstalten zu melden haben.

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

Artikel 33

Erfassung weiterer Daten

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

Artikel 34

Erhebungen und Einschaurechte

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

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

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

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

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

11. ABSCHNITT

Sanktionen

Artikel 35

Sanktionen intramuraler Bereich

(1) Der Sanktionsmechanismus für den Krankenanstaltenbereich wird mit 1. Jänner 2005 fortgeführt.

(2) Bei maßgeblichen Verstößen gegen einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien festgelegte Pläne (z.B. Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan bzw. Österreichischer Strukturplan Gesundheit) und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität oder der Dokumentation hat die Bundesgesundheitsagentur den entsprechenden Länderanteil an den Mitteln gemäß Art. 17 Abs. 2 Z 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 36

Sanktionen extramuraler Bereich

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

12. ABSCHNITT

Sonstige Bestimmungen

Artikel 37

Schutzklausel für Bund und Träger der Sozialversicherung

(1) Die Länder verpflichten sich im Rahmen ihrer Kompetenz, dafür zu sorgen, dass für die Jahre 2005, 2006, 2007 und 2008 keine über diese Vereinbarung hinausgehenden finanziellen Forderungen betreffend die Krankenanstalten im Sinne des Art. 14 Abs. 3 und 4 an den Bund oder die Träger der Sozialversicherung gestellt werden.

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

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

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

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

Artikel 38

Schutzklausel für Städte und Gemeinden

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

Artikel 39

Ausländische Anspruchsberechtigte, Anstaltspflege im Ausland aus medizinischen Gründen

(1) Für die Erbringung von Leistungen der Krankenanstalten an ausschließlich gegenüber einem österreichischen Träger auf Grund von zwischenstaatlichen Übereinkommen oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit anspruchsberechtigte Patientinnen/Patienten sind die Landesgesundheitsfonds zuständig. Die Kosten sind von den Trägern der Krankenanstalten mit den Landesgesundheitsfonds wie für österreichische Versicherte und ihre Angehörigen abzurechnen. Die Erstattung der von den Landesgesundheitsfonds aufgewendeten Beträge sind entsprechend den in den zwischenstaatlichen Übereinkommen oder dem überstaatlichen Recht vorgesehenen Erstattungsverfahren gegenüber den zuständigen ausländischen Trägern im Wege der örtlich in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse geltend zu machen. In Fällen einer pauschalen Kostenerstattung oder eines Kostenerstattungsverzichtes erstatten die Gebietskrankenkassen den Landesgesundheitsfonds die diesen als Trägern des Aufenthalts- oder Wohnortes erwachsenden Kosten mit Ende des Jahres der Geltendmachung, wobei eine generelle Kürzung des Pauschbetrages entsprechend zu berücksichtigen ist.

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

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

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

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

Artikel 40

Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes (Zams)

Die Vertragsparteien kommen überein, dass ihre gegensätzlichen Standpunkte zu allfälligen Nachzahlungen im Sinne des Erkenntnisses des Verfassungsgerichtshofes vom 1. März 1983, A 1/81 - 13 (Zams) aufrecht bleiben und diese bis 31. Dezember 2008 nicht zur Diskussion stehen.

Artikel 41

Schiedskommission

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

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

3. Entscheidung über Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung und den Landesgesundheitsfonds über die wechselseitigen Verpflichtungen und Ansprüche aus der vorliegenden Vereinbarung;
 4. Entscheidung über Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus (Art. 35) gründen.
- (2) Den Schiedskommissionen gehören folgende auf vier Jahre bestellte Mitglieder an:
1. Ein vom Präsidenten des jeweiligen Oberlandesgerichtes bestellter Richter aus dem Aktivstand der zum Sprengel des jeweiligen Oberlandesgerichtes gehörenden Gerichte, der den Vorsitz übernimmt;
 2. ein vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger entsendetes Mitglied und ein Mitglied aus dem Kreise der Bediensteten des Aktivstandes des jeweiligen Landes;
 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.

13. ABSCHNITT

Schlussbestimmungen

Artikel 42

Inkrafttreten

(1) Diese Vereinbarung tritt – sofern sich aus Abs. 3 nichts anderes ergibt - nach Einlangen der Mitteilungen aller Vertragsparteien beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, dass die nach der Bundesverfassung bzw. nach den Landesverfassungen erforderlichen Voraussetzungen für das Inkrafttreten erfüllt sind, mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

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

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

Artikel 43

Durchführung der Vereinbarung

(1) Die zur Durchführung dieser Vereinbarung notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen sind mit Ausnahme der Bestimmungen über die Einrichtung der Landesgesundheitsfonds mit 1. Jänner 2005 in Kraft zu setzen.

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

(3) Alle bundes- und landesgesetzlichen Regelungen, die im Widerspruch zu dieser Vereinbarung stehen, sind mit 1. Jänner 2005, die Regelungen über die Landesfonds mit dem Tag des Inkrafttretens der Bestimmungen über die Einrichtung der Landesgesundheitsfonds, spätestens jedoch mit 1. Jänner 2006 für die Laufzeit dieser Vereinbarung außer Kraft zu setzen.

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

Artikel 44

Geltungsdauer, Kündigung

(1) Diese Vereinbarung wird für die Jahre 2005, 2006, 2007 und 2008 geschlossen. Die Vertragsparteien verzichten für diesen Zeitraum auf ihr Recht, die Vereinbarung zu kündigen.

(2) Diese Vereinbarung tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2008 außer Kraft.

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

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

Artikel 45

Mitteilungen

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

Artikel 46

Urschrift

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