

Vorblatt

Probleme:

Im Rahmen des vorgezogenen Finanzausgleichs wurde auch eine neue Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens verhandelt.

Nach intensiven Verhandlungen einigten sich die Vertragsparteien im Sinne einer patient/inn/enorientierten und wohnortnahen Gesundheitsversorgung auf die Weiterführung der mit der Gesundheitsreform 2005 eingeleiteten Organisations- und Finanzierungsreform, die insbesondere die Kooperation zwischen den einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens weiter intensivieren soll.

Ziele:

- Überwindung der strikten Trennung der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens und Forcierung der Abstimmung in der Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens;
- Langfristige Sicherstellung der Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens;
- Fortsetzung der Arbeiten zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen sowie zum Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (wie ELGA, eCard, eHealth).

Inhalt:

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

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

Alternative:

Käme es zu keiner Einigung zwischen Bund und Ländern über eine neue Vereinbarung würde die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 73/2005, bis 31. Dezember 2008 weiterlaufen und sodann die Rechtslage zum 31. Dezember 1977 am 1. Jänner 2009 in Kraft treten.

Diese Rechtslage würde zu einem Rückfall in das Betriebsabgangsdeckungssystem der Krankenanstalten gemäß der §§ 57 und 59 KAKuG, zu einer massiven Mehrbelastung der Träger der Sozialversicherung auf Grund des „Salzburger Modells“, zu einem Wegfall der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung führen und weiteren Reformen im Gesundheitswesen im Wege stehen.

Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:

Keine.

Finanzielle Auswirkungen:

Dem Bund entsteht durch diese Vereinbarung ein Mehraufwand von 100 Mio. Euro jährlich. Weiters werden ab dem Jahr 2009 die gesamten Bundesmittel entsprechend der Änderung des Aufkommens an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel valorisiert. Den Ländern, den Städten und Gemeinden entsteht durch diese Vereinbarung kein finanzieller Mehraufwand.

Mit dieser Vereinbarung ist auch ein Bündel von Maßnahmen verknüpft, das einerseits zu einer Verbesserung der Einnahmensituation der Krankenanstalten und der Sozialversicherung führt und andererseits notwendige Maßnahmen von Strukturveränderungen im Gesundheitswesen und Maßnahmen zur Kostendämpfung, Steigerung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen realisiert.

Diese Maßnahmen sollen die Finanzierung des Gesundheitswesens und die Liquidität der Krankenanstalten und der sozialen Krankenversicherung nachhaltig sicherstellen und damit auch einen finanziellen Mehraufwand für alle Gebietskörperschaften vermeiden.

EU-Konformität:

Der Entwurf sieht nur Regelungen vor, die nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union fallen.

ERLÄUTERUNGEN

I.

Allgemeiner Teil

Im Rahmen des vorgezogenen Finanzausgleichs wurde auch eine neue Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG verhandelt.

Nach intensiven Verhandlungen einigten sich die Vertragsparteien auf die Weiterführung der mit der Gesundheitsreform 2005 eingeleiteten Organisations- und Finanzierungsreform, die insbesondere die Kooperation zwischen den einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens weiter intensivieren soll.

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

Diese Vereinbarung tritt mit 1. Jänner 2008 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2013 außer Kraft. Die Vereinbarung BGBl. I Nr. 73/2005 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2007 außer Kraft. Die zur Durchführung der Vereinbarung notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen sind, jedenfalls soweit es die Umsetzung der finanzierungs- und organisationsrechtlichen Bestimmungen dieser Vereinbarung betrifft, mit 1. Jänner 2008 in Kraft zu setzen.

Mit den in der neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens festgeschriebenen Maßnahmen sind im Wesentlichen folgende Zielsetzungen verbunden:

- Überwindung der strikten Trennung der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens und Forcierung der Abstimmung in der Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens;
- Langfristige Sicherstellung der Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens;
- Fortsetzung der Arbeiten zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen sowie zum Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (wie ELGA, eCard, eHealth).

Zur Erreichung dieser Zielsetzungen umfasst diese Vereinbarung folgende wesentliche Punkte:

- Laufzeit 2008 bis einschließlich 2013;
- Forcierung der Maßnahmen zur Sicherstellung einer am Interesse der Patient/inn/en orientierten, integrierten und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens einschließlich der Nahtstellen zwischen den einzelnen Sektoren; Weiterentwicklung und Ergänzung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit;
- Fortführung der Implementierung und Intensivierung der systematischen Qualitätsarbeit zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen;
- Fortsetzung der Arbeiten zum Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (wie ELGA, eCard, eHealth) zur Sicherung des Rechts sowohl der Patient/inn/en als auch der Behandler/innen auf Zugang zur Information;
- Orientierung an zentralen Grundsätzen des Public Health;
- Entwicklung von Modellen für bedarfsorientierte Versorgung;
- Beibehaltung der Bundesgesundheitsagentur mit einer Bundesgesundheitskommission und der Landesgesundheitsfonds mit Gesundheitsplattformen auf Länderebene;
- Erhöhung der finanziellen Beiträge der Bundesgesundheitsagentur (des Bundes) und Fortschreibung der Beiträge der Länder, der Gemeinden sowie der Träger der Sozialversicherung an die Landesgesundheitsfonds;
- Weiterentwicklung und Ausbau des Kooperationsbereiches (Reformpool) zwischen den Ländern und der Sozialversicherung
- Fortsetzung und Weiterentwicklung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems in Entsprechung nationaler und internationaler Entwicklungen und damit abgestimmte Erarbeitung sektorenübergreifender Abrechnungsmodelle für das Gesundheitswesens, insbesondere für den ambulanten Bereich;

- Förderung des Transplantationswesens, Finanzierung von Planungen und Strukturveränderungen, Förderung von wesentlichen Gesundheitsvorsorgeprogrammen und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung;
- Sicherstellung und Weiterentwicklung der bestehenden Dokumentation und Erfassung weiterer Daten, Schaffung der erforderlichen Rahmenbedingungen zur Sicherstellung vergleichbarer Datengrundlagen für den gesamten ambulanten Bereich;
- Einrichtung des Sanktionsmechanismus;
- Schutzklausel für Bund und Träger der Sozialversicherung sowie für Städte und Gemeinden;
- Sicherstellung der Versorgung in- und ausländischer Gastpatienten/innen durch entsprechende Abgeltungsregelungen.

II.

Besonderer Teil

Zu Art. 1:

Vertragsparteien einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG sind der Bund und die Länder (B-VG-Novelle, BGBl. Nr. 444/1974).

Die Vertragsparteien stellen in diesem Zusammenhang ausdrücklich fest, dass auf keiner Stufe der Rechtsordnung in Vertragskompetenzen im Bereich der Selbstverwaltung eingegriffen wird.

Diese Bestimmung zählt den Gegenstand und die inhaltlichen Schwerpunkte dieser Vereinbarung auf.

Zu Art. 2:

Mit dieser Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG wird das gesamte österreichische Gesundheitswesen einschließlich der Nahtstellen zum Pflegebereich umfasst.

Zu Art. 3:

Die Grundsätze der integrierten Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur aus der vorangegangenen Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 73/2005, werden beibehalten.

In den Jahren 2005 und 2006 hat eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die auch infolge einer Entschließung des Nationalrats vom Dezember 2004 eingerichtet worden war, ein Konzept für eine abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung und darauf basierende Empfehlungen zum Auf- und Ausbau dieser Versorgungsstrukturen in allen Bereichen und auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung, d.h. im stationären und ambulanten Akut- und Langzeitbereich, ausgearbeitet. Die Umsetzung dieses Konzepts betrifft unterschiedliche Zuständigkeiten im Gesundheits- und im Sozialbereich und reicht daher über die Inhalte der ggst. Vereinbarung hinaus. Daher ist im Rahmen der Umsetzung eine Abstimmung insbesondere zwischen Gesundheits- und Sozialbereich sowie der Sozialversicherung vorzunehmen.

Zu Art. 4:

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) wird als verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur beibehalten. Auf regionaler Ebene werden Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG) für die stationäre und ambulante Versorgungsplanung im Rahmen des ÖSG vereinbart. Weiters stellt der ÖSG die Rahmenplanung für den Rehabilitationsbereich und die Nahtstellen zum Pflegebereich dar.

Der ÖSG umfasst quantitative und qualitative Planungsaussagen für alle Gesundheitsversorgungsbereiche, wobei eine Leistungsangebotsplanung in jenen Bereichen vorzunehmen ist, wo die Datengrundlagen (Diagnosen- und Leistungsdokumentation) dies ermöglichen.

Der ÖSG 2006 ist während der Laufzeit dieser Vereinbarung kontinuierlich weiterzuentwickeln, wobei die Priorität auf die Erarbeitung von Planungsgrundsätzen und Planungsfestlegungen für den ambulanten Bereich gelegt wird. Weiters ist eine umfassende Revision der bisherigen ÖSG-Inhalte auf aktueller Datenbasis mit Planungshorizont 2020 vereinbart. Die Leistungsmatrix des ÖSG wird im Zusammenhang mit den jährlichen LKF-Modellfestlegungen jährlich gewartet. Aktualisierungen des Ist-Standes werden vorgenommen.

Die stationäre und ambulante Versorgungsplanung im Rahmen der RSG sowie Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen dieser Planung sind zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung in der Gesundheitsplattform abzustimmen. Die Krankenanstaltenplanung des RSG ist durch eine Verordnung des jeweiligen Landes zu erlassen. Die RSG sind Grundlage für die krankenanstaltenrechtliche Bedarfsprüfung bzw. für Vertragsabschlüsse der Sozialversicherung. Entsprechende Anpassungen im Krankenanstalten- sowie im Sozialversicherungsrecht sind vorzunehmen. Sozialversicherungsrechtlich ist sicherzustellen, dass die Gesamtvertragspartner im extramuralen Bereich ihre Verhandlungen auf der Grundlage der einschlägigen gesetzlichen Regelung darauf ausrichten. Bei der Erteilung von Errichtungs- und Betriebsbewilligungen (Bedarfsprüfungsverfahren) sind alle versorgungswirksamen Kapazitäten zu berücksichtigen.

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

Zu Art. 5

Unter Nahtstellenmanagement wird die reibungslose Organisation jener Versorgungsübergänge im Gesundheitswesen angesehen, die im Zuge des Behandlungsverlaufes von Patientinnen und Patienten passiert werden. Eine möglichst umfassende Gesundheitsversorgung ist dabei anzustreben.

Eine einheitliche bzw. kompatible Dokumentation auf allen Ebenen, in allen Bereichen und Einrichtungen des Gesundheitswesens ist Grundlage für ein funktionierendes Informationsmanagement und muss ebenfalls verbindlich sichergestellt werden.

Als Versorgungsübergänge im Interesse der Patientinnen und Patienten werden insbesondere folgende Nahtstellen verstanden:

- zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern des extramuralen Bereiches
- zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern des extramuralen und des intramuralen Bereichs
- innerhalb der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des intramuralen Bereiches.

Rahmenvorgaben sind von der Bundesgesundheitsagentur festgelegte bundesweit gültige Vorgaben bezüglich der Qualität von Strukturen, Prozessen und den erwünschten Ergebnissen an den Nahtstellen.

Den Gesundheitsplattformen auf Landesebene obliegt es, in ihrem Zuständigkeitsbereich dafür Sorge zu tragen, dass diese Rahmenvorgaben erfüllt werden und jährlich im Bericht über die Qualität im Gesundheitswesen über die Ergebnisse berichtet wird.

Zur Entwicklung und Erfüllung der Rahmenvorgaben werden die Ergebnisse aus abgeschlossenen Projekten des Strukturfonds und weiteren nahtstellenrelevanten Projekten (siehe z.B. Vorstudie zum Projekt Medtogether) einbezogen.

Zu Art. 6

Die Vertragsparteien kommen überein, die bereits in der vorangegangenen Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 73/2005, vereinbarte flächendeckende Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen durch systematische Qualitätsarbeit weiterzuführen. Dem entsprechend ist bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend (insbesondere auch einschließlich des niedergelassenen Bereichs) ein patient/inn/enorientiertes, transparentes, der Effizienz- und Effektivitätssteigerung dienendes und kostendämpfendes Qualitätssystem weiter zu entwickeln, umzusetzen und zu evaluieren. Dazu zählt insbesondere die Entwicklung und Weiterentwicklung von Standards, Richtlinien und Leitlinien für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und die Qualitätsberichterstattung.

Bundesweit einheitliche Strukturqualitätskriterien sollen im Rahmen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG 2006) weiterentwickelt und verbindlich gemacht werden, unabhängig davon, in welcher Institution bzw. Einrichtung die Gesundheitsleistungen erbracht werden. Für Prozessqualität sind österreichweit einheitliche Grundanforderungen zu entwickeln und verbindlich umzusetzen. Für Ergebnisqualität sind Indikatoren und Referenzgrößen zu entwickeln und Meldepflichten hierzu einzuführen. Die Förderung und der verstärkte Einsatz von innovativen Methoden entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft bzw. Health Technology Assessment ist zu forcieren.

Die Grundlagen für die Qualitätsarbeit sind im Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) weisungsfrei wissenschaftlich zu erarbeiten. Die Festlegung der methodologischen und gesundheitsökonomischen Grundsätze erfolgt im Einvernehmen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung. Die Inhalte aller Verordnungen im Rahmen des Gesundheitsqualitätsgesetzes und im Rahmen des Gesundheitstelematikgesetzes sind im Konsens zwischen Bund und Ländern festzulegen. Auf Plattformebene kann eine Qualitätssicherungskommission für den intra- und extramuralen Bereich eingerichtet werden.

Zur Erfüllung der zukünftigen Anforderungen werden die Ergebnisse aus qualitätsrelevanten Projekten, z.B. zu den Themenfeldern Qualitätskriterien des ÖSG, Qualitätsberichterstattung, Optimierung des Antibiotika-Einsatzes und des Verbrauchs von Blutkomponenten, Patientinnen- und Patientenorientierung, Patientinnen- und Patientensicherheit, Hygiene, Disease/Case Management sowie Nahtstellenmanagement sinnvoll einbezogen.

Zu Art. 7:

Das Gesundheitswesen steht nicht zuletzt durch den medizinischen Fortschritt und die demografische Entwicklung unter wachsendem Druck. Der gezielte Einsatz bürger- und dienstleistungsorientierter Informations- und Kommunikationstechnologien soll dazu beitragen

- die Qualität der Versorgung entsprechend dem Stand der Medizin zu sichern bzw. zu verbessern,
- die Betreuung der Menschen zwischen den Versorgungsebenen besser abzustimmen (integrierte Versorgung),
- die Effektivität, Effizienz und Transparenz des Gesundheitswesens zu steigern.

Die gesundheitspolitische Herausforderung dabei ist, diese positiven Effekte mit den innovationsbedingten Ausgaben in Einklang zu bringen. Gleichzeitig müssen die in diesem Kontext vorgesehenen Maßnahmen jedoch auch auf die Aktivitäten im europäischen Umfeld Bedacht nehmen bzw. mit diesen harmonisiert werden.

Ein volkswirtschaftlich zweckmäßiger Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen kann jedoch nur dann gewährleistet werden, wenn sich alle Akteure dazu bekennen, bestehende Hemmnisse zu beseitigen und alle Verbesserungsmöglichkeiten konsequent zu nutzen. Dazu bedarf es insbesondere der Schaffung verbindlicher Rahmenbedingungen für den Technologie-Einsatz, die über die Gestaltungsmöglichkeiten eines einzelnen Akteurs hinausgehen und daher auf Grund ihrer überregionalen oder bundesweiten Bedeutung in gemeinsamen Anstrengungen zu initiieren bzw. zu koordinieren sind.

Eine herausragende Bedeutung bei der Nutzung moderner Technologien wird – nicht nur auf nationaler Ebene – der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) beigemessen. Die damit intendierte zeit- und ortsunabhängige Bereitstellung von Gesundheitsinformationen in der jeweiligen Behandlungssituation ist geeignet, der Qualität der medizinischen Versorgung im Sinne der integrierten Versorgung neue Impulse zu geben. Fest steht aber auch, dass durch sie zumindest mittel- bis langfristig erhebliche Effizienzpotenziale auf allen Versorgungsebenen erzielt werden können. Die auf Basis der bereits gefassten Beschlüsse (Inangriffnahme der Detailplanungen der Basiskomponenten, Beachtung anerkannter Standards und des IHE-Frameworks zur Gewährleistung der Interoperabilität) begonnenen Arbeiten sollen daher als bundesweites Vorhaben fortgesetzt, ihre Ergebnisse akkordiert und – abgesichert durch die Erkenntnisse einer Kosten-Nutzenbewertung – mit weiteren gemeinsamen Beschlüssen umgesetzt werden. Dazu bedarf es insbesondere aus Datenschutz- und Akzeptanzgründen auch der Adaptierung bestehender bzw. der Schaffung zusätzlicher Rechtsgrundlagen sowie einer breiten, begleitenden Information der Öffentlichkeit.

Die Einsatzmöglichkeiten von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen gehen jedoch weit über das Kernprojekt ELGA hinaus. Die Vertragsparteien verständigen sich daher auf ein Maßnahmenbündel, das die Rahmenbedingungen für eHealth weiterentwickeln und die Umsetzungsfortschritte messbar machen soll. Insbesondere der raschere Eingang technologischer Neuerungen in die Praxis soll durch die umfassende Bereitstellung von Informationen und Wissen gefördert werden. Dies muss einerseits mit der Erhöhung der Qualifikationen im Umgang mit modernen Technologien, andererseits jedoch auch mit Maßnahmen zum Schutz der Privatsphäre sowie Vorkehrungen, die speziellen Bedürfnissen der Menschen Rechnung tragen, einhergehen. Der Bundesgesundheitsagentur obliegt die Aufgabe, die dabei erzielten Fortschritte zu evaluieren.

Zu Art. 8:

Die Vertragsparteien kommen überein, die bereits in der vorangegangenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 73/2005, vereinbarte Entwicklung leistungsorientierter Finanzierungssysteme für alle Bereiche des Gesundheitswesens weiterzuführen und aufeinander abzustimmen.

Zu Art. 9:

Die Vertragsparteien kommen überein, sektorenübergreifende Abrechnungsmodelle für den ambulanten Bereich in einer Arbeitsgruppe der Bundesgesundheitsagentur bis zum Beginn der zweiten Hälfte der Finanzausgleichsperiode zu erarbeiten als Grundlage für eine Entscheidung im Jahr 2011 über eine mögliche Umstellung des Abrechnungssystems im ambulanten Bereich.

Prioritär sollen Leistungsbereiche bzw. Fachrichtungen mit Relevanz für Reformpool-Projekte, mit gesicherten Datengrundlagen, mit in sich abgeschlossenen überschaubaren Leistungsangeboten und mit entsprechendem intra-/extramuralen Überschneidungspotenzial bearbeitet werden.

Bis Ende des Jahres 2007 wird bereits im Rahmen eines gemeinsamen Projekts der Bundesgesundheitskommission unter Einbeziehung aller in der Bundesgesundheitskommission vertretenen Institutionen ein Katalog ambulanter Leistungen (Startkatalog) erarbeitet und inhaltlich abgestimmt. Dieser Katalog soll im ersten Halbjahr 2008 entsprechend weiterentwickelt und in Pilotprojekten getestet werden. Basierend auf diesen gemeinsamen Datengrundlagen sollen in den nächsten Jahren nach gemeinsam in der Bundesgesundheitskommission festgelegten Kriterien Konzepte

zur Abrechnung des ambulanten Bereichs erarbeitet und konkrete Modellentwicklungen für ausgewählte Leistungsbereiche bis hin zu ausgewählten Fachbereichen vorgenommen werden.

Wesentliche Voraussetzung für die Entscheidungsfindung im Jahr 2011 ist es auch, die für die Finanzierung des ambulanten Bereichs erforderlichen Finanzierungsmittel exakt festzulegen sowie die zu erwartenden Auswirkungen auf die verschiedenen Versorgungsbereiche und Leistungserbringer im Rahmen von Simulationsrechnungen darzustellen.

Bis zu einer endgültigen Entscheidung über eine Umstellung des Abrechnungssystems im ambulanten Bereich können sektorenübergreifende Finanzierungen von ambulanten Leistungen im Rahmen der Reformpools vorgenommen werden, die nach dem Jahr 2010 einer Evaluierung unterzogen werden.

Zu Art. 10:

Die Vertragspartner kommen überein, gesundheitsökonomische Schwerpunkte im Hinblick auf österreichische und internationale Anforderungen weiterhin zu fördern, weiterzuentwickeln und auszubauen. Insbesondere ist dies auch zur Erfüllung der Verpflichtungen gegenüber der Europäischen Union (inkl. Eurostat) erforderlich.

Dazu zählt insbesondere die Verbesserung der gesundheitsökonomisch relevanten Datenlage bzw. Aufbau, Weiterentwicklung und laufende Wartung von Datenbanken/Informationssystemen von gesundheitsökonomischer Relevanz, u.a. durch:

Kooperationen mit der Bundesanstalt Statistik Österreich, z.B. hinsichtlich laufender Verbesserung der Methodik und des Detailgrads bei der Erfassung der privaten und öffentlichen Gesundheitsausgaben und Gewährleistung einer kontinuierlichen Datenerhebung, sowie Einführung und Etablierung einer regelmäßigen EU-konformen Gesundheitsbefragung (Gesundheitssurvey);

Kooperationen mit der OECD, insbesondere hinsichtlich Weiterentwicklung des „System of Health Accounts“ (Gesundheitsausgabenrechnung) in Österreich

Kooperationen mit der WHO, insbesondere zur international vergleichbaren Darstellung der Entwicklung der Gesundheitssysteme bzw. deren regelmäßigen Aktualisierungen (z.B. im Rahmen der Berichte zu „Health Systems in Transition“)

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Förderung des Einsatzes von gesundheitsökonomisch relevanten Methoden zur Messung von Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen, u.a. HTA, EBM, Kosten-Nutzen-Analysen, Kosten-Wirksamkeits-Analysen, Kosten-Nutzwert-Analysen, Data Envelopment Analysis, sowie Methoden zur Messung von Gesundheit.

Zu Art. 11:

Die Vertragsparteien kommen überein, sich bei der Durchführung ihrer Maßnahmen verstärkt an Public Health Grundsätzen zu orientieren. Einige Grundsätze sind demonstrativ angeführt.

Zu Art. 12:

Es entspricht einem seit langem festgestellten dringenden Reformbedürfnis, die Versorgung im intramuralen und im extramuralen Bereich besser aufeinander abzustimmen (Neugestaltung der ambulanten Versorgung).

Weiters ist es seit Jahren eine deklarierte Zielsetzung der Reformbestrebungen, den kostenintensiven stationären Bereich zu entlasten und die Leistungserbringung – soweit dies medizinisch gerechtfertigt ist – in den tagesklinischen und ambulanten Bereich zu verlagern. Dies erfordert auch diesen neuen Anforderungen entsprechende, flexiblere Formen der Organisation und Kooperation der Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Dementsprechend haben sich die Vertragsparteien darauf geeinigt, entsprechende Modelle für eine bedarfsorientierte Versorgung zu entwickeln.

Da diese Versorgungssegmente nach der geltenden Rechtslage in unterschiedlichen Verantwortungsbereichen liegen, wird vereinbart, durch eine Arbeitsgruppe, in der alle betroffenen Versorgungskreise (Bund, Länder, Selbstverwaltungsträger [Sozialversicherung, Österreichische Ärztekammer, WKÖ]) vertreten sind, miteinander nach den Vorgaben der vorliegenden Vereinbarung konstruktive Reformmodelle zu erarbeiten.

Zu Art. 14:

Die bisherige Bundesgesundheitsagentur wird als öffentlich-rechtlicher Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit weiterhin eingerichtet.

Zu Art. 15:

Die bisherigen Aufgaben der Bundesgesundheitskommission werden beibehalten und im Hinblick auf die notwendigen Schwerpunkte der nächsten Jahre entsprechend aktualisiert und ergänzt (u.a. Erarbeitung

und Erprobung von Abrechnungsmodellen für eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs, Festlegung von Impfprogrammen).

Zu Art. 16:

Der Bundesgesundheitskommission als Organ der Bundesgesundheitsagentur gehören Vertreterinnen und Vertreter der wesentlichen Institutionen im österreichischen Gesundheitswesen an. Die meisten Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur werden im Einvernehmen zwischen dem Bund, den Ländern und der Sozialversicherung wahrgenommen. Die bisher bereits gemäß § 59g des Kranken- und Kuranstaltengesetzes in die Bundesgesundheitskommission ohne Stimmrecht kooptierten Mitglieder (je einer/eines Vertreterin/Vetreters des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung, der Österreichischen Apothekerkammer, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und der für die in § 149 Abs. 3 ASVG genannten Krankenanstalten in Betracht kommenden gesetzlichen Interessenvertretung) werden als Mitglieder ohne Stimmrecht in die Bundesgesundheitskommission aufgenommen.

Zu Art. 17:

Die Dotation der Bundesgesundheitsagentur wurde um 100 Mio. Euro des Bundes aufgestockt. Die um 100 Mio. Euro aufgestockten Bundesanteile werden ab dem Jahr 2009 ausschließlich mit der Ertragsanteildynamik ausgehend vom Jahr 2008 valorisiert. Weiters leistet die Sozialversicherung wie bisher einen jährlichen Fixbetrag in Höhe von rund 84 Mio. Euro.

Im Rahmen der Bundesgesundheitsagentur werden entsprechende Mittel für folgende Maßnahmen vorgesehen:

- Finanzierung von Projekten und Planungen sowie zur Abgeltung von Leistungen der Gesundheit Österreich GmbH (maximal 5 Mio. Euro jährlich),
- Förderung des Transplantationswesens (2,9 Mio. Euro bis maximal 3,4 Mio. Euro jährlich),
- Förderung spezieller Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung (maximal 3,5 Mio. Euro jährlich) und
- Verwendung von maximal insgesamt 10 Mio. Euro (für den Zeitraum 2008 bis 2013) für die Konzeption, Umsetzung und den Betrieb der Architekturkomponenten gemäß den Planungen für die erste Umsetzungsphase der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) nach Vorliegen einer Kosten-Nutzenbewertung sowie nach Maßgabe von einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung gefassten Beschlüssen der Bundesgesundheitskommission.

Zu Art. 18:

Die bisherigen Landesgesundheitsfonds werden als öffentlich-rechtliche Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit weiterhin eingerichtet.

Zusätzlich zum Träger des Geriatriischen Krankenhauses der Stadt Graz wurde nunmehr auch für den Träger der Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie sowie den Träger des PSO Eggenburg die Möglichkeit geschaffen, über den steirischen bzw. niederösterreichischen Landesgesundheitsfonds abgerechnet zu werden. Daraus ist keinerlei Anspruch abzuleiten, dass weiteren Krankenanstalten auf der Grundlage des Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung von Landesgesundheitsfonds Zahlungen zu gewähren sind. Diese speziellen Finanzierungen (Geriatriisches Krankenhaus der Stadt Graz, Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie und PSO Eggenburg) haben keinerlei Auswirkung auf die Finanzierung der übrigen Landesgesundheitsfonds.

Zu Art. 19:

Als oberstes Organ des Landesgesundheitsfonds ist eine Gesundheitsplattform auf Landesebene einzurichten. Der Gesundheitsplattform gehören Vertreterinnen und Vertreter der wesentlichen Institutionen im österreichischen Gesundheitswesen an. Zusätzlich ist nunmehr vorgesehen, dass der Gesundheitsplattform auch der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ohne Stimmrecht angehört. Dadurch soll es dem Hauptverband ermöglicht werden, seine Koordinierungsfunktion im Rahmen der Sozialversicherung zu intensivieren.

Die organisatorischen Regelungen hinsichtlich der Landesgesundheitsfonds obliegen im Rahmen der Vorgaben der Vereinbarung den Ländern. Die Sicherstellung der Landesmehrheit und die Abstimmungsregelungen innerhalb des Landes liegen im Gestaltungsbereich der Länder. Es ist auch möglich, in bezug auf das Abstimmungsverhalten Kurienmehrheiten vorzusehen. Bei der Vertretung der Sozialversicherung ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten. Weiters ist jedenfalls sicherzustellen, dass das Land und die Sozialversicherung zu gleichen Teilen in der Gesundheitsplattform vertreten sind.

In Abhängigkeit von der Beschlussfassung im intramuralen Bereich bzw. im extramuralen Bereich bestehen unterschiedliche Mehrheitsverhältnisse. Im Kooperationsbereich ist zwischen dem jeweiligen Land und den jeweiligen Sozialversicherungen ein Einvernehmen herzustellen.

Zu Art. 20:

Die bisherigen Aufgaben der Gesundheitsplattformen werden beibehalten und im Hinblick auf die notwendigen Schwerpunkte der nächsten Jahre entsprechend aktualisiert und ergänzt (u.a. Abstimmung der Inhalte sowie allfälliger Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen der regionalen Strukturpläne Gesundheit bzw. von Kapazitätsfestlegungen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der Qualitätsvorgaben, Erprobung und Umsetzung von Modellen zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs).

Zu Art. 21 bis 24:

Im Rahmen dieser Vereinbarung werden - zusätzlich zu den schon bisher vorgesehenen finanziellen Mitteln einschließlich der aufgrund der Vereinbarung über den Finanzausgleich 2005 bis 2008 zur Verfügung gestellten Mittel (z.B. Erhöhung des KV-Beitrages um 0,1%, Anhebung der Höchstbemessungsgrundlage, Erhöhung der Tabaksteuer) – vom Bund weiters jährlich 100 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Die um 100 Mio. Euro aufgestockten Bundesanteile werden ab dem Jahr 2009 ausschließlich mit der Ertragsanteilsdynamik ausgehend vom Jahr 2008 valorisiert.

Die Verteilung der bisherigen Mittel bleibt unverändert.

Im Zusammenhang mit den inländischen Gastpatient/inn/en werden im Sinne eines Ausgleichs von den zusätzlichen 100 Mio. Euro ein jährlicher Vorweganteil in Höhe von 14 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Tirol und jährliche Vorweganteile in Höhe von jeweils 2 Mio. Euro an die Landesgesundheitsfonds Niederösterreich, Oberösterreich und Salzburg überwiesen. Die nach Abzug dieser Vorweganteile verbleibenden Mittel (80 Mio. Euro) werden je zur Hälfte nach dem Bevölkerungsschlüssel 2001 und nach dem LKF-Verteilungsschlüssel des Jahres 2005 aufgeteilt.

Zu Art. 25:

Die bisherigen Regelungen hinsichtlich der Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den Trägern der Krankenanstalten und zu den Landesgesundheitsfonds bleiben im Wesentlichen unverändert. Im Zusammenhang mit dem elektronischen Datenaustausch ist aufgrund der mittlerweile erfolgten Einführung der eCard eine entsprechende Aktualisierung erforderlich.

Zur Verbesserung der gemeinsamen Steuerung des Gesundheitswesens wird vorgesehen, dass in die Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (HEK, § 351g Abs. 3 ASVG) eine/ein Vertreter/in der Länder aufgenommen wird. Die Mehrheitsverhältnisse in dieser Kommission werden dadurch nicht verändert. Entscheidungen, ob neue Arzneispezialitäten intra- und/oder extramural verabreicht werden können, sind mit der/dem Ländervertreter/in abzustimmen. Analog dazu wird vorgesehen, dass in die Arzneimittelkommissionen gemäß § 19a Kranken- und Kuranstaltengesetz ein/e Vertreter/in der Sozialversicherung aufgenommen wird, mit der/dem insbesondere die Vorgehensweise bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung abzustimmen ist (vgl. Art. 48 Abs. 1 Z 10).

Zu Art. 27:

Die Vertragsparteien kommen überein, das leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem fortzuführen. Mit 1. Jänner 2009 ist eine Modellumstellung auf Basis einer aktualisierten Kalkulation, unter Einbeziehung der Bepunktungsregelungen für Intensiveinheiten und für spezielle Leistungsbereiche und unter Abstimmung des LKF-Modells mit den Versorgungsmöglichkeiten im tagesklinischen und ambulanten Bereich vorgesehen.

Weiters werden im Rahmen der LKF-Weiterentwicklung bei Vorliegen bereichsübergreifender Datengrundlagen episodенübergreifende Bepunktungsregelungen für die medizinische Nachsorge, Transferierungen, Verlegungen und Wiederaufnahmen erarbeitet.

Im Rahmen der Entwicklung sektorenübergreifender Abrechnungsmodelle gemäß Art. 9 wird der im LKF-System angewandte Katalog tagesklinischer Leistungen dahingehend überarbeitet, dass eine Unterscheidung zwischen tagesklinischen Leistungen, die ausschließlich stationär erbracht werden können, und Leistungen, die auch ambulant erbracht werden können, vorzunehmen ist. Die ambulant erbringbaren Leistungen sind dem ambulanten Bereich zuzuordnen und es soll eine entsprechende Finanzierung innerhalb dieses Bereiches vorgesehen werden.

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

Zu Art. 29:

Aufgrund des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes sind öffentliche und private gemeinnützigen Krankenanstalten verpflichtet, alle anstaltsbedürftigen Patientinnen und Patienten aufzunehmen und zu behandeln.

Mit den vereinbarten Landesquoten inklusive der Bereitstellung und Aufteilung von zusätzlich 100 Mio. Euro über die Bundesgesundheitsagentur ist für die Laufzeit dieser Vereinbarung die Versorgung der inländischen Gastpatient/inn/en sichergestellt und im Rahmen der Zahlungen der Landesgesundheitsfonds abgegolten.

Zu Art. 30:

Die Mittel, die von der Bundesgesundheitsagentur für die Finanzierung von Projekten und Planungen verwendet werden können, wurden von 3,5 Mio. Euro auf maximal 5 Mio. Euro angehoben.

Zur Forcierung krankenhausentlastender Maßnahmen werden die dafür zur Verfügung stehenden Mittel wie bisher mit 7% der Dotation der Gesundheitsfonds gemäß Art. 21 Abs. 1 Z 1 bis 3 und 6 begrenzt.

Die Planung und Implementierung der Architekturkomponenten (erste Umsetzungsphase von ELGA) bedarf neben einem professionellen Multiprojektmanagement auch einer entsprechenden Dotierung des dafür zu schaffenden Rechtsträgers. Der Anteil der Länder im Umfang von maximal 10 Millionen Euro an der gemeinsamen Finanzierung wird auf Basis gemeinsamer Beschlüsse in der Bundesgesundheitskommission durch Vorwegabzug aus der Gesamtdotierung geleistet.

Zu Art. 31:

Auf Grund der bisherigen Erfahrungen in den Ländern bei der Umsetzung der Reformpoolprojekte haben sich die Vertragsparteien darauf verständigt, die über Reformpools zu finanzierenden Projekte näher zu konkretisieren und zu differenzieren. So sollen bei entsprechender Vereinbarung der seitens des Landes und der Sozialversicherung einzubringenden Mittel folgende Projekte im Rahmen der Reformpools gefördert werden:

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

Zu Art. 33 und 34:

Die Förderung wesentlicher Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen mit überregionaler Bedeutung wird weitergeführt. Die geförderten Maßnahmen haben sich am Kriterienkatalog sowie an den Definitionen, thematischen Prioritäten und Leitlinien für Mittelvergabe und –verwendung des im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur erarbeiteten „Konzepts für überregional bedeutsame Vorsorgemaßnahmen“ zu orientieren. Die von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen „Richtlinien zur Finanzierung überregional bedeutsamer Vorsorgeprogramme“ und die „Richtlinien für die Förderung von Pilotprojekten zur Einführung des Mammographie-Screenings in Österreich“ sind einzuhalten. Die epidemiologischen Auswirkungen von Vorsorgemaßnahmen sind gemeinsam zu analysieren und zu evaluieren.

Zu Art. 35:

Das Maßnahmenpaket zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung im Gesundheitswesen soll dazu dienen, die Finanzierung des Gesundheitswesens nachhaltig sicherzustellen und eine Mehrbelastung für die Steuer- und Beitragszahler/innen entsprechend zu vermeiden.

Die bisher demonstrativ aufgezählten Maßnahmen werden aktualisiert und insbesondere um folgende Punkte ergänzt:

- Verringerung von Zuweisungen und Wiederaufnahmen und Optimierung der tagesklinischen Behandlungen in den Krankenanstalten,
- Verbesserung der Effizienz bei der Nutzung von Medizinprodukten und Arzneimitteln,
- abgestimmte Honorierungssysteme,
- schrittweise Anhebung des Anteils der über LKF abgerechneten Mittel auf Basis der LKF-Evaluierungsergebnisse und
- mögliche Nutzung der Bundesbeschaffungsgesellschaft für den Einkauf der Krankenanstalten.

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

Zu Art. 37:

Die Vertragsparteien kommen überein, dass auch den Ländern (Landesgesundheitsfonds) und der Sozialversicherung zugängliche Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen auszubauen und weiterzuentwickeln. Insbesondere ist ein einheitliches Berichtssystem des Rechnungsabschlusses der Krankenanstalten zu erarbeiten und zu vereinbaren.

Weiters soll eine zum akutstationären Versorgungsbereich kompatible Leistungs- und Diagnosendokumentation im intra- und extramuralen ambulanten Versorgungsbereich geschaffen werden. Der im Jahr 2007 in einem gemeinsamen Projekt der Bundesgesundheitsagentur erarbeitete Katalog ambulanter Leistungen (Startkatalog) wird im 1. Halbjahr 2008 in weiteren Pilotprojekten getestet, ergänzt und verfeinert.

Die Vertragsparteien kommen in diesem Zusammenhang auch überein, die notwendigen Rahmenbedingungen in fachlicher, rechtlicher, organisatorischer und technischer Hinsicht zu schaffen, um möglichst ab 2009 vergleichbare Datengrundlagen über den gesamten ambulanten Bereich sicherzustellen. Diese vergleichbaren Datengrundlagen sind unabdingbare Voraussetzung für eine integrierte, zwischen den Sektoren aufeinander abgestimmte Planung und Steuerung im Gesundheitswesen, für die Durchführung von Projekten, die Leistungsverschiebungen zwischen den Sektoren zur Folge haben (Reformpoolprojekte) und für die Entwicklung bzw. Erprobung von sektorenübergreifenden Abrechnungsmodellen.

Bei der Konzeption und der Weiterentwicklung der Dokumentationssysteme ist auf die Kompatibilität mit den bereits vereinbarten bzw. mit den noch festzulegenden Standards des ELGA-Projekts zu achten. Weiters wird bei der Entwicklung von Dokumentationssystemen besonders darauf zu achten sein, dass die Dokumentation möglichst aus den bereits bestehenden routinemäßigen Datenerfassungs- und -verarbeitungsprozessen der Leistungserbringer abgeleitet werden kann und Paralleldokumentationen sowie ungerechtfertigter zusätzlicher Dokumentationsaufwand vermieden werden.

Zu Art. 44:

Mit dem Verwaltungsreformgesetz 2001 wurde die Zuständigkeit zu Verfahren betreffend Anerkennungen und Aberkennungen von Genehmigungen für ärztliche Ausbildungsstätten der ÖÄK übertragen. Nach den Vollzugserfahrungen mit dieser Neuregelung wurde seitens der Länder der dringende Wunsch geäußert, diese Zuständigkeit wieder dem Bund rückzuübertragen, da diesem mangels Spitalsträgerschaft ebenso wie mangels Vertretung unmittelbarer standespolitischer Gesichtspunkte keinerlei Interessenkonflikt zum Vorwurf gemacht werden kann. Dies soll in Umsetzung dieser Vereinbarung durch eine Novelle zum Ärztegesetz 1998 geschehen. Der Text der Vereinbarung lässt die zu treffende Lösung noch dahin offen, an welche konkrete Bundesbehörde dies geschehen soll, so dass die Länder die Zusage allfälliger Maßnahmen ihrerseits (dies könnte z.B. eine Zustimmung gemäß Art 102 Abs 4 B-VG sein) geben.

Zu Art. 49:

Aufgrund des Vorziehens des Finanzausgleiches um ein Jahr ist es erforderlich, die derzeit geltende und bis 31. Dezember 2008 laufende Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, BGBl. I Nr. 73/2005, ausdrücklich mit Ablauf des 31. Dezember 2007 außer Kraft zu setzen.