

B e s c h l u s s

des Burgenländischen Landtages vom, mit dem der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zugestimmt wird

Der Landtag hat beschlossen:

Der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wird gemäß Art. 81 Abs. 2 L-VG zugestimmt.

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 den Landeshauptmann,
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

Art / Paragraf

Gegenstand / Bezeichnung

1. Abschnitt

Allgemeine Bestimmungen

Art. 1	Gegenstand
Art. 2	Geltungsbereich
Art. 3	Begriffsbestimmungen

2. Abschnitt

Planung und Gesundheitstelematik

Art. 4	Grundsätze der Planung
Art. 5	Österreichischer Strukturplan Gesundheit und Regionale Strukturpläne Gesundheit
Art. 6	Planung multiprofessioneller ambulanter Versorgungsangebote
Art. 7	Gesundheitstelematik (e-Health)

3. Abschnitt

Qualität und Gesundheitsförderung

Art. 8	Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen
Art. 9	Patientenorientierung und Transparenzmachung von Qualitätsinformationen
Art. 10	Stärkung zielgerichteter und abgestimmter Gesundheitsförderung
Art. 11	Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung
Art. 12	Neuorganisation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und Experten-Pooling für medizinisches Krisenmanagement

4. Abschnitt

Finanzierungssysteme, leistungsorientierte Finanzierung und Dokumentation

Art. 13	Finanzierungssysteme
Art. 14	Durchführung der leistungsorientierten Finanzierung
Art. 15	Sicherstellung und Weiterentwicklung der Dokumentation
Art. 16	Erfassung weiterer Daten
Art. 17	Erhebungen und Einschaurechte

5. Abschnitt

Organisation und Entscheidungsstrukturen auf Bundesebene

Art. 18	Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur
Art. 19	Organisation der Bundesgesundheitsagentur
Art. 20	Bundes-Zielsteuerungskommission
Art. 21	Ständiger Koordinierungsausschuss

Art / Paragraf	Gegenstand / Bezeichnung
Art. 22	Bundesgesundheitskommission
6. Abschnitt	
Organisation und Entscheidungsstrukturen auf Landesebene	
Art. 23	Einrichtung der Landesgesundheitsfonds
Art. 24	Organisation der Landesgesundheitsfonds
Art. 25	Gesundheitsplattform auf Landesebene
Art. 26	Landes-Zielsteuerungskommission
7. Abschnitt	
Mittel der Bundesgesundheitsagentur und der Landesgesundheitsfonds	
Art. 27	Mittel der Bundesgesundheitsagentur
Art. 28	Mittel der Landesgesundheitsfonds
Art. 29	Berechnung von Landesquoten
8. Abschnitt	
Reallokation der Finanzmittel zur Optimierung der Versorgung	
Art. 30	Zweckwidmung von Mitteln für sektorenübergreifende und überregionale Vorhaben
Art. 31	Finanzierung von sektorenübergreifenden Vorhaben
Art. 32	Finanzierung von überregionalen Vorhaben
9. Abschnitt	
Weitere Finanzierungsmaßnahmen	
Art. 33	Mittel für die GÖG und Finanzierung von Projekten und Planungen
Art. 34	Förderung des Transplantationswesens
Art. 35	Finanzierung überregional bedeutsamer Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie Behandlungsmaßnahmen
Art. 36	Evaluierung von Vorsorgemaßnahmen
10. Abschnitt	
Gesonderte Finanzierungsbestimmungen	
Art. 37	Transparenz der Voranschläge und der Rechnungsabschlüsse
Art. 38	Ausgleich für inländische Gastpatientinnen und Gastpatienten
Art. 39	Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge
Art. 40	Kostenbeitrag
Art. 41	Streichung der Selbstbehalte für Kinder und Jugendliche
Art. 42	Finanzierung von Lehrpraxen
11. Abschnitt	
Zusammenwirken der Institutionen	
Art. 43	Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den Trägern der Krankenanstalten und zu den Landesgesundheitsfonds
Art. 44	Ausländische Anspruchsberechtigte, Anstaltspflege im Ausland aus medizinischen Gründen
12. Abschnitt	
Sanktionen	
Art. 45	Sanktionen intramuraler Bereich
Art. 46	Sanktionen extramuraler Bereich
13. Abschnitt	
Sonstige Bestimmungen	
Art. 47	Schutzklausel für Bund und Träger der Sozialversicherung
Art. 48	Schutzklausel für Städte und Gemeinden
Art. 49	Schiedskommission
14. Abschnitt	
Rechtliche Umsetzung	
Art. 50	Gesetzliche Regelungen auf Bundesebene
Art. 51	Gesetzliche Regelungen auf Landesebene

**Art /
Paragraf**

Gegenstand / Bezeichnung

**15. Abschnitt
Schlussbestimmungen**

Art. 52	Inkrafttreten
Art. 53	Geltungsdauer und Kündigung
Art. 54	Durchführung der Vereinbarung
Art. 55	Urschrift

**1. Abschnitt
Allgemeine Bestimmungen**

Art. 1

Gegenstand

(1) Die Vertragsparteien kommen unter Berücksichtigung der Sozialversicherung als gleichberechtigter Partner der Zielsteuerung-Gesundheit überein, nach Maßgabe der nachstehenden Bestimmungen dieser Vereinbarung

1. weiterhin eine Bundesgesundheitsagentur auf Bundesebene und Landesgesundheitsfonds auf Länderebene zur regionen- und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und zur Sicherstellung einer gesamthaften Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens unter Beachtung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und der sich daraus ergebenden Festlegungen einzurichten,
2. Mittel für Planungen und Projekte, die der Sicherstellung und der Verbesserung der Qualität, der Effizienz und der Effektivität der Gesundheitsversorgung dienen, vorzusehen,
3. das Transplantationswesen und wesentliche Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung zu fördern,
4. Mittel zur Stärkung der ambulanten Versorgung, insbesondere der Primärversorgung, sowie zum Aufbau von neuen überregionalen Versorgungsangeboten und zum Aufbau von überregional erforderlicher Infrastruktur zweckzuwidmen,
5. die Beziehungen der Landesgesundheitsfonds, der Träger der Sozialversicherung, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (im Folgenden: Hauptverband) und der Träger der über Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten (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 in wechselseitiger Übereinstimmung mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und unter besonderer Berücksichtigung der Patientenorientierung sind insbesondere

1. Intensivierung der erforderlichen Strukturveränderungen im intra- und extramuralen Bereich,
2. sektorenübergreifende Finanzierung von ambulanten Leistungen,
3. Forcierung der Maßnahmen zur Sicherstellung einer integrativen und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens,
4. zur Effektivitäts- und Effizienzsteigerung eine flächendeckende verbindliche Verankerung der Qualitätsarbeit auf allen Ebenen des Gesundheitswesens,
5. die Verbesserung des Nahtstellenmanagements zwischen den verschiedenen Leistungserbringern,
6. Unterstützung der Arbeiten zum Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (e-Health, z. B. ELGA, eCard, Telegesundheitsdienste),
7. die Forcierung gesundheitsökonomischer Ansätze,
8. bei der gemeinsamen Steuerung und Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens ist der Grundsatz zu beachten, dass die für die Planung zuständigen Entscheidungsträger auch für die Finanzierung verantwortlich sein müssen und dass zwischen den Gesundheitssektoren das Prinzip „Geld folgt Leistung“ gilt,

9. Berücksichtigung von Public Health-Grundsätzen insbesondere mit Hinblick auf Prävention und Versorgung von chronischen Krankheiten wie zum Beispiel Diabetes Mellitus Typ II oder Demenz sowie Forcierung einer wirkungsorientierten Gesundheitsförderung.

Art. 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.

Art. 3

Begriffsbestimmungen

1. **„Ambulanter Bereich“**: Die ambulante Gesundheitsversorgung (insbesondere ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen im Sinne des SV-Rechts) im niedergelassenen Bereich, in selbstständigen Ambulatorien und in Spitalsambulanzen.
2. **„Ambulante Fachversorgung“**: Die ambulante Fachversorgung umfasst ambulante Leistungserbringung aus den Fachbereichen. Die Fachbereiche orientieren sich an der Systematik der Sonderfächer gemäß Ärzteausbildungsordnung (ÄAO 2015) und schließen auch andere Gesundheitsberufe mit ein.
3. **„Best point of service“**: Die kurative Versorgung ist jeweils zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig zu erbringen.
4. **„Health in all Policies (Gesundheit in allen Politikfeldern)“**: Durch verstärktes Berücksichtigen des Themas Gesundheit und der Gesundheitsdeterminanten in anderen als den unmittelbar dafür zuständigen politischen Sektoren soll die Gesundheit der Bevölkerung wirksam und nachhaltig gefördert werden.
5. **„Health Technology Assessment (HTA)“**: Prozess zur systematischen Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren und Hilfsmittel, aber auch Organisationsstrukturen, in denen medizinische Leistungen erbracht werden. Untersucht werden dabei Kriterien wie Wirksamkeit, Sicherheit und Kosten, jeweils unter Berücksichtigung sozialer, rechtlicher und ethischer Aspekte.
6. **„Integrative Versorgungsplanung“**: Es werden alle Elemente des Versorgungssystems sowie deren Beziehungen und Wechselwirkungen gleichzeitig in eine Gesamtschau einbezogen. Damit wird die herkömmliche isolierte Analyse und Planung einzelner Systemelemente (z. B. Krankenanstalten) ohne Berücksichtigung der Auswirkungen auf andere Elemente abgelöst.
7. **„Integrierte Versorgung“**: Darunter wird eine patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende, interdisziplinäre und/oder multiprofessionelle und nach standardisierten Versorgungskonzepten ausgerichtete Versorgung verstanden.
8. **„Interdisziplinäre Versorgungsmodelle“**: Zusammenarbeit von Ärztinnen/Ärzten unterschiedlicher Fachbereiche (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Gynäkologie, Labor, Radiologie etc.) sowie von nicht-ärztlichen Gesundheitsdiensteanbietern (diplomiertes Pflegepersonal, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, etc.) in Gruppenpraxen oder selbstständigen Ambulatorien sowie ggf. in weiter zu entwickelnden Organisationsformen.
9. **„Primärversorgung (Primary Health Care)“**: Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.
10. **„Public Health“**: Schaffung von gesellschaftlichen Bedingungen, Umweltbedingungen und Bedingungen einer bedarfsgerechten sowie effektiven und effizienten gesundheitlichen Versorgung unter denen Bevölkerungsgruppen gesund leben können.

2. Abschnitt

Planung und Gesundheitstelematik

Art. 4

Grundsätze der Planung

(1) Die integrative Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur hat den von der Zielsteuerung-Gesundheit vorgegebenen Anforderungen zu entsprechen und erfolgt auf Basis vorhandener Evidenzen und sektorenübergreifend. Sie umfasst alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und Nahtstellen zu angrenzenden Bereichen. Bestandteil dieser Vereinbarung ist es, die Realisierung einer integrativen Planung insbesondere für die folgenden Versorgungsbereiche sicherzustellen:

1. Ambulanter Bereich der Sachleistung, d.h. niedergelassene ÄrztInnen und ZahnärztInnen mit Kassenverträgen, Gruppenpraxen mit Kassenverträgen und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, Spitalsambulanzen;
2. Akutstationärer Bereich und tagesklinischer Bereich (d.h. landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten und Unfallkrankenhäuser), sofern dieser aus Mitteln der Gebietskörperschaften und/oder der Sozialversicherung zur Gänze oder teilweise finanziert wird;
3. Ambulanter und stationärer Rehabilitationsbereich mit besonderer Berücksichtigung des bedarfsgerechten Auf- und Ausbaus von Rehabilitationsangeboten für Kinder und Jugendliche;

(2) Als Rahmenbedingungen bei der integrativen Versorgungsplanung sind mit zu berücksichtigen:

1. Versorgungswirksamkeit von WahlärztInnen, WahltherapeutInnen, Sanatorien und sonstigen Wahleinrichtungen, sofern von diesen sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbracht werden
2. Sozialbereich, soweit dieser im Rahmen des Nahtstellenmanagements und hinsichtlich komplementärer Versorgungsstrukturen (im Sinne „kommunizierender Gefäße“) für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist (z. B. psychosozialer Bereich, Pflegebereich);
3. Rettungs- und Krankentransportwesen (inkl. präklinischer Notfallversorgung) im Sinne bodengebundener Rettungsmittel und Luftrettungsmittel (inkl. und exkl. der notärztlichen Komponente) sowie Krankentransportdienst.

(3) Die integrative Versorgungsplanung hat die Beziehungen zwischen allen in Abs. 1 und 2 genannten Versorgungsbereichen zu berücksichtigen. Im Sinne von gesamtwirtschaftlicher Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung berücksichtigen Teilbereichsplanungen die Wechselwirkung zwischen den Teilbereichen dahingehend, dass die gesamtwirtschaftlichen Aspekte vor den ökonomischen Aspekten des Teilbereiches ausschlaggebend sind.

(4) Die integrative Versorgungsplanung hat patientenorientiert zu erfolgen. Die Versorgungsqualität ist durch das Verschränken der Gesundheitsstrukturplanung mit einzuhaltenden Qualitätskriterien im Sinne der Bestimmungen gemäß Art. 8 sicherzustellen.

(5) Die integrative Versorgungsplanung verfolgt insbesondere das Ziel einer schrittweisen Verlagerung der Versorgungsleistungen von der akutstationären hin zu tagesklinischer und ambulanter Leistungserbringung im Sinne der Leistungserbringung am jeweiligen „Best Point of Service“ unter Sicherstellung hochwertiger Qualität.

(6) Eine möglichst rasche und lückenlose Behandlungskette ist durch verbessertes Nahtstellenmanagement und den nahtlosen Übergang zwischen den Einrichtungen bzw. den Bereichen, u.a. durch gesicherten Informationstransfer mittels effektiven und effizienten Einsatzes von Informations- und Kommunikationstechnologien, sicherzustellen.

(7) Die integrative Versorgungsplanung setzt entsprechend den Prinzipien der Zielsteuerung-Gesundheit insbesondere folgende Prioritäten:

1. Reorganisation aller in Abs. 1 angeführten Bereiche in Richtung eines effektiveren und effizienteren Ressourceneinsatzes.
2. Stärkung des ambulanten Bereichs insbesondere durch rasche flächendeckende Entwicklung von Primärversorgungsstrukturen und ambulanten Fachversorgungsstrukturen.
3. Weiterentwicklung des akutstationären und tagesklinischen Bereichs, insbesondere durch Bündelung komplexer Leistungen an geeigneten Standorten, die Überwindung von kleinteiligen

Organisationsformen sowie die Weiterentwicklung einzelner Krankenanstalten zu Einrichtungen für eine Grund- und Fachversorgung.

4. Ausbau einer österreichweit gleichwertigen, flächendeckenden abgestuften Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche; im Rahmen der Umsetzung integrierter Palliativ- und Hospizversorgung erfolgt eine Abstimmung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich sowie der Sozialversicherung.
5. Gemeinsame überregionale und sektorenübergreifende Planung der für die vorgesehenen Versorgungsstrukturen und -prozesse erforderlichen Personalressourcen unter optimaler Nutzung der Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen.
6. Sicherstellung einer nachhaltigen Sachleistungsversorgung.

(8) Die Vertragsparteien kommen überein, die für die integrative Versorgungsplanung notwendigen Datengrundlagen (inkl. bundesweit einheitlicher Datengrundlagen für alle Gesundheitsberufe) in ausreichender Qualität entsprechend Art. 10 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit zur Verfügung zu stellen. Gemäß Art. 15 Abs. 4 ist die Implementierung einer flächendeckenden verpflichtenden Dokumentation von Diagnosen in codierter Form im ambulanten Bereich auf Basis von ICD-10 bzw. im Bereich der Primärversorgung alternativ auch auf Basis von ICPC-2 vorgesehen.

Art. 5

Österreichischer Strukturplan Gesundheit und Regionale Strukturpläne Gesundheit

(1) Die zentralen Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung sind der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG). Der ÖSG ist der österreichweit verbindliche Rahmenplan für die in den RSG vorzunehmende konkrete Gesundheitsstrukturplanung und Leistungsangebotsplanung. ÖSG und RSG sind integrale Bestandteile der Zielsteuerung-Gesundheit und mit den Zielen und Maßnahmen der Gesundheitsreform abgestimmt.

(2) Der ÖSG umfasst verbindliche Vorgaben für RSG im Hinblick auf die in Art. 4 Abs. 1 angeführten Bereiche, verfolgt die Zielsetzungen gemäß Art. 4 Abs. 3 bis 7, legt die Kriterien für die Gewährleistung der bundesweit einheitlichen Versorgungsqualität fest und stellt damit eine Grundlage für die Abrechenbarkeit von Leistungen der Gesundheitsversorgung dar.

(3) Die Inhalte des ÖSG umfassen insbesondere:

1. Informationen zur aktuellen regionalen Versorgungssituation;
2. Grundsätze und Ziele der integrativen Versorgungsplanung;
3. Quantitative und qualitative Planungsvorgaben und -grundlagen für die bedarfsgerechte Dimensionierung der Versorgungskapazitäten bzw. der Leistungsvolumina;
4. Versorgungsmodelle für die abgestufte bzw. modulare Versorgung in ausgewählten Versorgungsbereichen sowie inhaltliche Vorgaben für Organisationsformen und Betriebsformen;
5. Vorgaben von verbindlichen Mindestfallzahlen für ausgewählte medizinische Leistungen zur Sicherung der Behandlungsqualität sowie Mindestfallzahlen als Orientierungswerte für die Leistungsangebotsplanung;
6. Kriterien zur Strukturqualität und Prozessqualität sowie zum sektorenübergreifenden Prozessmanagement als integrale Bestandteile der Planungsaussagen;
7. Grundlagen für die Festlegung von Versorgungsaufträgen für die ambulante und stationäre Akutversorgung unabhängig von einer Zuordnung auf konkrete Anbieterstrukturen; Leistungsmatrizen, Aufgabenprofile und Qualitätskriterien;
8. Kriterien für die Bedarfsfeststellung und die Planung von Angeboten für multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung sowie für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung gemäß Art. 6.
9. Verbindliche überregionale Versorgungsplanung für hochspezialisierte komplexe Leistungen von überregionaler Bedeutung in Form von Bedarfszahlen zu Kapazitäten sowie der Festlegung von Leistungsstandorten und deren jeweiliger Zuständigkeit für zugeordnete Versorgungsregionen.
10. Festlegung der von der Planung zu erfassenden, der öffentlichen Versorgung dienenden medizinisch-technischen Großgeräte inkl. österreichweiter Planungsgrundlagen, Planungsrichtwerte (insbesondere auch hinsichtlich der von diesen Großgeräten zu erbringenden Leistungen bzw. deren Leistungsspektrum sowie deren Verfügbarkeit) und Qualitätskriterien; Festlegung der bundesweit sowie je Bundesland jeweils erforderlichen Anzahl der Großgeräte (Bandbreiten).

11. Standort- und Kapazitätsplanung von Großgeräten mit überregionaler Bedeutung (insbesondere Strahlentherapiegeräte, Coronarangiographie-Anlagen und Positronen-Emissions-Tomographiegeräte) ist auf Bundesebene zu vereinbaren; weiters die standortbezogene und mit den Versorgungsaufträgen auf regionaler Ebene abgestimmte Planung der übrigen medizinisch-technischen Großgeräte;
12. Vorgaben für Aufbau, Inhalte, Struktur, Planungsmethoden, Darstellungsform und Planungshorizont der RSG in bundesweit einheitlicher Form.

(4) Der ÖSG ist während der Laufzeit dieser Vereinbarung von der Bundesgesundheitsagentur nach den Vorgaben der Zielsteuerung-Gesundheit kontinuierlich gesamthaft weiterzuentwickeln. Ergänzungen und Weiterentwicklungen des ÖSG erfolgen gemeinsam zwischen Bund, Bundesländern und Sozialversicherung nach partnerschaftlich festgelegten Prioritäten gemäß Art. 4 Abs. 7. Der Schwerpunkt der Ergänzungen liegt entsprechend der Zielsteuerung-Gesundheit im ambulanten Bereich. Es werden jedenfalls folgende Entwicklungsschritte vereinbart:

1. Aktualisierung von Ist-Stand und Bedarfsprognosen
2. jährliche Wartung und Weiterentwicklung der Leistungsmatrizen für den ambulanten und den akutstationären Bereich und sukzessive Festlegung weiterer verbindlicher Mindestfallzahlen für medizinische Leistungen bzw. Leistungsbündel entsprechend international vorhandener Evidenz;
3. Weiterentwicklung der Planungsgrundlagen und Qualitätskriterien für alle Bereiche, insbesondere für interdisziplinäre und multiprofessionelle Versorgungsformen;
4. Weiterentwicklung der überregionalen Versorgungsplanung auf Basis einer entsprechenden Beobachtung und bei Bedarf Ergänzung weiterer Versorgungsbereiche;
5. Planung der ambulanten Rehabilitation der Phase III, die zur Stabilisierung der Erfolge aus der ambulanten Rehabilitation der Phase II oder auch der stationären Rehabilitation der Phase II dienen soll, muss bestehende integrierte Versorgungsstrukturen (insbesondere Primärversorgung), fachärztliche Versorgung und die vorhandenen Evidenzen berücksichtigen;
6. Präzisierung der notwendigen Schritte zur Berücksichtigung der präklinischen Versorgung inkl. Rettungs- und Krankentransportdienst in der Planung;
7. Weiterentwicklung von morbiditätsbasierten Methoden der Bedarfsschätzung in der Gesundheitsversorgung und pilothafte Anwendung (Versorgungsforschung);

(5) Revisionen der ÖSG-Inhalte werden auf der jeweils aktuellen Datenbasis grundsätzlich im Abstand von maximal fünf Jahren vorgenommen. Die notwendige Wartung einzelner Teile des ÖSG sowie Ergänzungen haben bei Bedarf während der Laufzeit dieser Vereinbarung zeitnah zu erfolgen.

(6) Der ÖSG sowie Revisionen, Wartungen und Ergänzungen des ÖSG sind gemäß Abs. 9 Z 1 zu veröffentlichen.

(7) Die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) sind je Bundesland entsprechend den Vorgaben des ÖSG gemäß Abs. 3 Z 12 bezüglich Inhalten, Planungshorizonten und Planungsrichtwerten kontinuierlich weiter zu entwickeln und regelmäßig zu revidieren. Die Qualitätskriterien des ÖSG gelten bundesweit einheitlich. Die Schwerpunkte der RSG sind jedenfalls:

1. Festlegung der Kapazitätsplanungen standortbezogen für den akutstationären Bereich mit Angabe der Kapazitäten, Organisationsformen, Versorgungsstufen, Referenz-, Spezial- und Expertisezentren je Fachbereich;
2. Festlegung der Kapazitätsplanungen für die ambulante Fachversorgung – soweit noch nicht vorliegend – gesamthaft bis Ende 2018 unter der Voraussetzung, dass die Grundlagen auf Bundesebene vorliegen mit Angabe der Kapazitäten und Betriebsformen von Spitalsambulanzen sowie Versorgungstypen im ambulanten Bereich sowie Versorgungsaufträgen nach Fachbereichen auf Ebene der Versorgungsregionen (im Sinne des ÖSG) bzw. bei Bedarf auch auf tieferen regionalen Ebenen;
3. Stärkung der Primärversorgung durch Ausbau von wohnortnahen multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten entsprechend Art. 6 und Bereinigung von Parallelstrukturen im Sinne des Art. 4 Abs. 5 und Art. 4 Abs. 7 Z 3; Ergänzung einer konkretisierten Planung zur Einrichtung von Primärversorgungseinheiten bis spätestens Ende 2018 unter der Voraussetzung, dass die Grundlagen auf Bundesebene vorliegen;
4. Abbildung der überregionalen Versorgungsplanung gemäß Abs. 3 Z 9 inkl. Definition von Versorgungsgebieten je Standort;
5. Transparente Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer GastpatientInnen;

(8) Die RSG sind auf Landesebene zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung festzulegen. Der Bund ist bereits im Entwurfsstadium eines RSG entsprechend zu informieren und es ist mit dem Bund vor Einbringung zur Beschlussfassung insbesondere das Vorliegen der Rechts- und ÖSG-Konformität abzustimmen. Die jeweils aktuelle Fassung des RSG ist in geeigneter Weise kundzumachen und auf der Website des jeweiligen Landes zu veröffentlichen.

(9) Bund und Länder kommen überein, zur Verbindlichkeit der Planung im ÖSG Folgendes sicherzustellen:

1. Der ÖSG und seine Änderungen sind von der/dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister nach einvernehmlicher Beschlussfassung in der Bundes-Zielsteuerungskommission jedenfalls im Bundesgesetzblatt II gemäß § 4 Abs. 2 des Bundesgesetzes über das Bundesgesetzblatt 2004, BGBl. I Nr. 100/2003, in der jeweils geltenden Fassung, sowie auf der Website des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums unbeschadet Z 2 als Sachverständigengutachten zu veröffentlichen.
2. Die Bundesgesundheitsagentur ist bundes- und landesgesetzlich zu ermächtigen sowie organisatorisch in die Lage zu versetzen, die einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung als normativ gekennzeichneten Teile des ÖSG als verbindlich festzulegen und durch Verordnung kundzumachen. Der Beginn der verbindlichen Wirkung ist durch die Bundes-Zielsteuerungskommission festzulegen, wobei entsprechende Umsetzungsfristen zu berücksichtigen sind.

(10) Bund und Länder kommen überein, zur Verbindlichkeit der Planung im RSG Folgendes sicherzustellen:

1. Der RSG und seine Änderungen sind vom jeweiligen Landeshauptmann nach einvernehmlicher Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission jedenfalls im Landesgesetzblatt sowie auf der Website der jeweiligen Landesregierung zu veröffentlichen.
2. Der Landesgesundheitsfonds ist bundes- und landesgesetzlich zu ermächtigen sowie organisatorisch in die Lage zu versetzen, die einvernehmlich zwischen Ländern und Sozialversicherung als normativ gekennzeichneten Teile des RSG als verbindlich festzulegen und durch Verordnung kundzumachen. Der Beginn der verbindlichen Wirkung ist durch die Landes-Zielsteuerungskommission festzulegen, wobei entsprechende Umsetzungsfristen zu berücksichtigen sind. Diese Verordnung hat hinsichtlich der Vorgaben jenes Maß an Konkretheit aufzuweisen, das erforderlich ist, um den Bedarf an einer konkreten Versorgungseinrichtung ausschließlich und abschließend anhand dieser Verordnung beurteilen zu können.
3. Der jeweiligen Landesärztekammer und den betroffenen gesetzlichen Interessensvertretungen ist mindestens vier Wochen vor Beschlussfassung des RSG in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission die Möglichkeit zur Stellungnahme einzuräumen; der Ärztekammer insbesondere hinsichtlich der Umsetzbarkeit im Stellenplan (§ 342 Abs. 1 Z 1 ASVG). Dazu sind die für die Beschlussfassung vorgesehenen Planungsunterlagen zu übermitteln.

(11) Soweit krankenanstaltenrechtliche oder ärztliche Bedarfsprüfungen durchzuführen sind, sind die durch Verordnungen gemäß Abs. 9 und 10 verbindlichen Inhalte des RSG als verbindliche Grundlage anzuwenden. Im Fall von erforderlichen Bedarfsprüfungen in Bezug auf Versorgungsstrukturen, die nicht im RSG enthalten sind, sind die im ÖSG und RSG festgelegten Planungskriterien anzuwenden. Die Bundesgesetzgebung bzw. die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, dass die verbindlichen Inhalte des ÖSG und des jeweiligen RSG in ihren Bereichen als verbindlicher rechtlicher Rahmen für die bundes- und landesgesetzlich eingerichteten Körperschaften umzusetzen sind.

(12) Kommt in der Landes-Zielsteuerungskommission kein Einvernehmen über den verbindlichen Teil des RSG bzw. dessen Änderung zustande, bleiben die Planungskompetenzen des jeweiligen Landes bzw. der Sozialversicherung unberührt.

(13) Im Einklang mit dem ÖSG und den RSG sind die den GesundheitsdiensteanbieterInnen erteilten bzw. bestehenden Bewilligungen unter größtmöglicher Schonung wohlverworbener Rechte zu ändern oder allenfalls zurückzunehmen. Die entsprechenden bundes- und landesgesetzlichen Regelungen haben dies zu ermöglichen.

(14) Die Abrechenbarkeit von Leistungen über die Landesgesundheitsfonds bzw. über die Krankenversicherungsträger ist an die Einhaltung der verpflichtenden qualitativen Inhalte in ÖSG und RSG durch die GesundheitsdiensteanbieterInnen zu binden und entsprechend gesetzlich festzulegen. Eine allfällige Bereitstellung von Investitionszuschüssen an die GesundheitsdiensteanbieterInnen hat im Einklang mit dem ÖSG und den RSG zu erfolgen.

(15) Die Festlegungen im ÖSG und in den RSG sind hinsichtlich ihrer Umsetzung laufend zu überprüfen (ÖSG-Monitoring und österreichweit vergleichendes RSG-Monitoring). Dieses Monitoring ist inhaltlich so zu gestalten, dass es eine entsprechende Grundlage für das Monitoring im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit bereitstellen kann.

Art. 6

Planung multiprofessioneller ambulanter Versorgungsangebote

(1) Versorgungsstrukturen für die ambulante multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung werden in Form von Primärversorgungseinheiten geplant und auf bundesgesetzlicher Grundlage umgesetzt. Eine Primärversorgungseinheit kann entsprechend den örtlichen Verhältnissen an einem Standort oder als Netzwerk an mehreren Standorten eingerichtet sein (Primärversorgungstypen).

1. Eine an einem Standort eingerichtete Primärversorgungseinheit kann nur in der Organisationsform
 - a) einer Gruppenpraxis oder
 - b) eines selbstständigen Ambulatoriums geführt werden.
2. Wird eine Primärversorgungseinheit als Netzwerk geführt, so kann diese nur aus freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten, anderen nichtärztlichen Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen oder deren Trägerorganisationen gebildet werden.

(2) Die konkreten Planungs- und Qualitätskriterien der Primärversorgungseinheiten werden festgelegt

1. hinsichtlich der bundesweit einheitlichen Grundlagen im Rahmen der integrativen Planung im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und
2. hinsichtlich der regionalen Planung auf Basis der Vorgaben des ÖSG im jeweiligen RSG durch Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission, insbesondere im Hinblick auf Anzahl, Versorgungsgebiet, Größe, Schwerpunkte der Leistungsangebote und den zeitlichen Umsetzungshorizont, allenfalls unter Festlegung, ob die Primärversorgungseinheit in Form eines Netzwerkes oder eines Zentrums betrieben werden soll.

(3) Die Planung von Primärversorgungseinheiten hat auf Grundlage der Ergebnisse der Analyse der bestehenden regionalen Versorgungssituation in den jeweiligen Versorgungsgebieten nach folgenden Kriterien zu erfolgen:

1. Kriterien für die Planung von Primärversorgungseinheiten:
 - a) Primärversorgungseinheiten sind wohnortnah – jedenfalls unter Einhaltung der ÖSG-Planungsrichtwerte für den ambulanten Bereich pro Versorgungsregion (Erreichbarkeit und Versorgungsdichte) – zu planen.
 - b) Primärversorgungseinheiten haben verkehrsmäßig, auch im öffentlichen Verkehr, gut erreichbar (z. B. Bezirkshauptorte, Verkehrsknotenpunkte, Standorte entlang von Verkehrsachsen) zu sein.
2. Kriterien für die Analyse der bestehenden regionalen Versorgungssituation, deren Ergebnisse in der Planung von Primärversorgungseinheiten zu berücksichtigen sind:
 - a) Demographische, sozioökonomische und epidemiologische Merkmale der Bevölkerung in der Region bzw. im Einzugsgebiet
 - b) Altersstruktur der bestehenden primär versorgenden GesundheitsdiensteanbieterInnen (insbesondere AllgemeinmedizinerInnen) mit Kassenvertrag im Einzugsgebiet
 - c) Inanspruchnahme und Auslastung von regional bestehenden Versorgungsangeboten, insoweit diese sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen
 - d) Überweisungsverhalten der primär versorgenden GesundheitsdiensteanbieterInnen (insbesondere AllgemeinmedizinerInnen) mit Kassenvertrag im Einzugsgebiet (z. B. Anteil der PatientInnen mit Überweisungen mit Ausnahme von Röntgen und Labor)
 - e) Anzahl der Kontakte in Spitalsambulanzen im Einzugsgebiet (z. B. in Relation zur Bevölkerung, %-Anteil an allen ambulanten Kontakten)
 - f) Leitlinienkonforme Versorgung chronisch Kranker (z. B. Anteil der PatientInnen in Disease-Management-Programmen)
3. Multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgungseinheiten haben folgende Anforderungen zu erfüllen:
 - a) Die Primärversorgungseinheit hat jedenfalls aus einem Kernteam zu bestehen, das sich aus Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und Angehörigen des gehobenen Dienstes für

- Gesundheits- und Krankenpflege zusammensetzt; orts- und bedarfsabhängig können auch Fachärztinnen und Fachärzte der Kinder- und Jugendheilkunde Teil des Kernteams sein,
- b) orts- und bedarfsabhängig können zur Sicherstellung der Kernkompetenzen entsprechend den Vorgaben des ÖSG Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen und Einrichtungen, in denen solche Personen beschäftigt sind, verbindlich und strukturiert eingebunden werden,
 - c) zur Verbesserung der zeitlichen Zugänglichkeit haben Primärversorgungseinheiten bedarfsgerechte Öffnungszeiten jedenfalls von Montag bis Freitag, einschließlich der Tagesrandzeiten aufzuweisen,
 - d) Organisation der Erreichbarkeit für Akutfälle außerhalb der Öffnungszeiten in Absprache und Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen und gegebenenfalls unter Einbindung von Bereitschaftsdiensten,
 - e) Einbindung von vorhandenen telefon- und internetbasierten Diensten in das Erreichbarkeitskonzept,
 - f) Gewährleistung von aufsuchenden Diensten (Hausbesuche) durch verschiedene Berufsgruppen,
 - g) Sicherstellung der Kontinuität (Wahrnehmung einer Lotsenfunktion)
 - aa) in der Behandlung und Betreuung insbesondere von chronisch kranken Patientinnen und Patienten sowie Palliativpatientinnen und -patienten,
 - bb) der Behandlungsabläufe zwischen den Versorgungsstufen,
 - cc) in der Betreuung in anderen Versorgungsbereichen,
 - h) bedarfsgerechte Sprachdienstleistungen,
 - i) Vorhandensein der notwendigen (medizinisch-)technischen und apparativen Ausstattung,
 - j) Teilnahme an nationalen Vorsorge- und Screeningprogrammen und an integrierten Versorgungsprogrammen.
4. Zur Sicherstellung der in Z 3 genannten Anforderungen bzw. des Leistungsumfanges ist im Innenverhältnis der Primärversorgungseinheit in einem Versorgungskonzept im Hinblick auf die Versorgung der Bevölkerung im Einzugsgebiet insbesondere Folgendes zu vereinbaren:
- a) Betreffend Leistungen:
 - aa) Versorgungsziele des Primärversorgungsteams,
 - bb) Beschreibung des verbindlich zu erbringenden Leistungsspektrums,
 - cc) Regelungen zur Sicherstellung der Kontinuität der Betreuung von chronisch und multimorbid Erkrankten,
 - b) Betreffend Organisation:
 - aa) Regelungen zur Aufbau- und Ablauforganisation im Primärversorgungsteam und in der Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen,
 - bb) zur Arbeits- und Aufgabenverteilung und zur Zusammenarbeit im Primärversorgungsteam,
 - cc) zur aufeinander zeitlich abgestimmten Verfügbarkeit (Anwesenheit, Rufbereitschaft, Vertretungsregeln) und örtlichen Erreichbarkeit, insbesondere bei mehreren Standorten,
 - dd) zum gemeinsamen Auftritt nach außen.
- (4) Versorgungsstrukturen für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung werden in Form von ambulanten Zentren oder Netzwerken im extramuralen Bereich (niedergelassener Bereich, selbstständige Ambulatorien) und/oder im spitalsambulanten Bereich geplant und umgesetzt.
- (5) Die Bedarfsfeststellung und regionale Planung von Kapazitäten für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung hat auf Basis von im ÖSG festgelegten Kriterien zu erfolgen. Diese Kriterien fokussieren auf Kriterien für die Standortplanung und auf Anforderungen an die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung vor dem Hintergrund der bestehenden Versorgungssituation in der jeweiligen Region:
1. Kriterien für die Standortplanung:
 - a) Standorte von Versorgungsangeboten sind flächendeckend und regional gleichmäßig verteilt – jedenfalls unter Einhaltung der ÖSG-Planungsrichtwerte für den ambulanten Bereich pro Versorgungsregion (Erreichbarkeit und Versorgungsdichte) – zu planen.

- b) Standorte von Versorgungsangeboten sind verkehrsmäßig, auch im öffentlichen Verkehr, gut erreichbar (z. B. Bezirkshauptorte, Verkehrsknotenpunkte, Standorte entlang von Verkehrsachsen).
2. Kriterien für die Analyse der bestehenden regionalen Versorgungssituation:
- a) Demographische, sozioökonomische und epidemiologische Merkmale der Bevölkerung in der Region bzw. im Einzugsgebiet
 - b) Altersstruktur der bestehenden jeweiligen GesundheitsdiensteanbieterInnen (insbesondere FachärztInnen) mit Kassenvertrag im Einzugsgebiet
 - c) Inanspruchnahme und Auslastung von regional bestehenden Versorgungsangeboten, insoweit diese sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen
 - d) Anzahl der Besuche und Kontakte in Spitalsambulanzen der jeweiligen Fachbereiche im Einzugsgebiet (z. B. in Relation zur Bevölkerung, %-Anteil an allen ambulanten Kontakten)
3. Anforderungen an die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung, die bei Anträgen auf neu einzurichtende Versorgungsangebote hinsichtlich der geplanten Umsetzung entsprechend darzustellen sind:
- a) Verbesserung der Zugänglichkeit durch längere Öffnungszeiten, auch an Tagesrandzeiten und gegebenenfalls an Wochenenden, entsprechend dem regionalen Bedarf
 - b) Umfang des Leistungsangebots entsprechend „ambulanter Leistungsmatrix, Aufgabenprofil und Ausstattung“ für den jeweiligen Fachbereich gemäß ÖSG mit besonderer Berücksichtigung der Beseitigung regionaler Defizite bezüglich kontinuierlicher und koordinierter Versorgung, insbesondere von chronisch kranken und multimorbiden PatientInnen sowie bezüglich Prävention und Gesundheitsförderung
 - c) Geregelte Arbeits- und Kompetenzverteilung im Team (z. B. im Organisationskonzept festgelegt)
 - d) Standardisierter strukturierter Informationsaustausch (z. B. geplante Fallbesprechungen) und standardisierte elektronische Kommunikation und Dokumentation (z. B. elektronische PatientInnenakte mit Zugriffsberechtigungen für das Team)
 - e) Standardisierter und strukturierter Informationstransfer zwischen allen an der Behandlung beteiligten Personen/Institutionen; Teilnahme an ELGA
- (6) Die gemäß Abs. 3 und 5 festgelegten Kriterien sind insbesondere in Abhängigkeit von der jeweiligen Datenlage weiterzuentwickeln und zu ergänzen.

Art. 7

Gesundheitstelematik (e-Health)

(1) Zur Erfüllung eines wichtigen öffentlichen Interesses kommen die Vertragsparteien überein, den Ausbau von e-Health auf Basis der jeweils geeigneten ELGA-Komponenten zu forcieren. Dieses öffentliche Interesse ergibt sich insbesondere aus nachstehenden Zielsetzungen:

1. einer verbesserten, schnelleren Verfügbarkeit medizinischer Informationen, die zu einer Qualitätssteigerung diagnostischer und therapeutischer Entscheidungen sowie der Behandlung und Betreuung führt,
2. der Steigerung der Prozess- und Ergebnisqualität von Gesundheitsdienstleistungen,
3. dem Ausbau integrierter Versorgung und eines sektorenübergreifenden Prozessmanagements im öffentlichen Gesundheitswesen,
4. der Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung,
5. der Stärkung der Bürger- und Patientenrechte, insbesondere der Informationsrechte und des Rechtsschutzes gemäß den datenschutzrechtlichen Vorgaben bei der Verwendung von personenbezogenen Daten sowie
6. einem Beitrag zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit.

(2) Ausgehend von diesen Zielsetzungen werden die Vertragsparteien alle Anstrengungen unternehmen, die Informations- und Kommunikationstechnologien als Instrument zur Modernisierung des Gesundheitswesens unter Wahrung der sozialen, technischen, rechtlichen und ethischen Standards zu nutzen. Sie werden bei allen Maßnahmen und Entscheidungen die Sozialversicherung als gleichberechtigten Systempartner einbeziehen und Vorhaben mit überregionaler, bundesweiter oder europäischer Bedeutung unterstützen, deren Umsetzung für verbindlich erklären sowie die Einhaltung der diesbezüglich allenfalls festgelegten Vorgaben überwachen.

(3) Die Vertragsparteien bekennen sich zur sicheren und effizienten Betriebsführung sowie zur inhaltlichen und technischen Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA). In diesem Zusammenhang werden sie insbesondere:

1. die ELGA GmbH zu einer wirkungsvollen und effizienten gemeinsamen Einrichtung für die Planung und Koordination der Weiterentwicklung der ELGA (insbesondere weitere ELGA-Anwendungen wie z. B. „patient summary“) ausgestalten und erforderlichenfalls deren gesellschaftsrechtliche Grundlagen anpassen,
2. die Leistungsfähigkeit der Infrastruktur, insbesondere durch die Nutzbarmachung von zentralen ELGA-Infrastrukturkomponenten für andere elektronische Gesundheitsdienste, verbessern,
3. die technische und ökonomische Evaluierung der Betriebsführung der verschiedenen ELGA-Komponenten und der Gesamtarchitektur durchführen und die daraus abzuleitenden Erkenntnisse umsetzen,
4. die Verantwortung für die Durchführung und Finanzierung von Maßnahmen im eigenen Wirkungsbereich wahrnehmen und die dafür notwendigen Entscheidungen zeitgerecht treffen,
5. für wirkungsvolle Kontrollen der Betriebssicherheit und die Einhaltung der Betroffenenrechte im eigenen Wirkungsbereich sorgen,
6. die Transparenz aller Maßnahmen durch umfassende Informationstätigkeit sicherstellen.

(4) Die Vertragsparteien werden Rahmenbedingungen im Sinne des Abs. 2 für den breiteren Einsatz von elektronischen Gesundheitsdiensten (eRezept, eImpfpass, Telegesundheitsdienste, insbesondere ein telefon- und webbasiertes Beratungsservice, mHealth, pHealth, Telemedizin) schaffen und weiterentwickeln. Dazu zählen insbesondere:

1. die Festlegung von fachlichen, prozessualen und infrastrukturellen Anforderungen,
2. die Verbesserung der technischen und semantischen Interoperabilität auf der Grundlage anerkannter Standards und Nomenklaturen,
3. Maßnahmen zur Sicherstellung der Kontinuität der Versorgung an den Übergängen von Gesundheit und Pflege,
4. die Entwicklung patientenbezogener öffentlicher elektronischer Gesundheitsdienste auf der Grundlage eines festgestellten Bedarfs sowie unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Betroffenen bei der Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien und zum Schutz ihrer Privatsphäre,
5. die Intensivierung der Nutzung von leistungsanbieterspezifischen Diensten, wie Wissens- und Entscheidungsunterstützungssystemen,
6. die Errichtung bzw. Anpassung ökonomischer und sonstiger Regelwerke sowie die Evaluierung der Effekte von elektronischen Gesundheitsdiensten,
7. die Förderung der Kooperation und des Erfahrungsaustausches und
8. die Willensbekundung, gemeinsame Finanzierungsformen zu entwickeln.

(5) Die Vertragsparteien bekennen sich zum Ausbau der IKT-Sicherheitskompetenz im Gesundheitswesen. Hierzu werden sie insbesondere dafür Sorge tragen, dass vor allem die für Einrichtungen der kritischen Infrastruktur notwendigen Ressourcen bereitgestellt und die organisationsübergreifende Zusammenarbeit im Rahmen eines zu etablierenden „Health Computer Emergency Response Team (Health CERT)“ nachhaltig implementiert wird.

(6) Die Bundesgesundheitsagentur evaluiert die gemäß den Abs. 3 bis 5 erzielten Fortschritte. Die Zielsteuerungspartner berichten der Bundesgesundheitsagentur zumindest jährlich über den Stand der Entwicklung.

3. Abschnitt

Qualität und Gesundheitsförderung

Art. 8

Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen

(1) Das Gesundheitsqualitätsgesetz des Bundes, BGBl. I Nr. 179/2004 in der jeweils geltenden Fassung, sowie die zwischen den Vertragspartnern vereinbarte Qualitätsstrategie bilden die Grundlagen der Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen. Die Qualitätsarbeit hat die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen, wobei diese Ebenen in einem direkten und ausgewogenen Verhältnis zu einander zu stehen haben. Die Weiterentwicklung, die Sicherung und Evaluierung des flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems erfolgen bundeseinheitlich,

bundesländer-, sektoren- und berufsgruppenübergreifend, insbesondere auch einschließlich des ambulanten Bereichs. Die Patientensicherheitsstrategie ist ein wesentlicher Teil der Qualitätsarbeit.

(2) Die Qualitätsarbeit wird umsetzungs- und praxisorientiert gestaltet. Bei der Qualitätsarbeit und den vereinbarten bzw. zu vereinbarenden Qualitätsanforderungen ist eine Ausgewogenheit zwischen dem stationären und ambulanten Bereich sicherzustellen. Sämtliche Festlegungen zum Qualitätssystem haben jedenfalls auch den Anforderungen der Zielsteuerung-Gesundheit zu entsprechen. Qualitätsarbeit hat auch einen wesentlichen Beitrag zur mittel- bis langfristigen Steigerung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen zu leisten und somit zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und zu deren langfristigen Finanzierbarkeit beizutragen.

(3) Die Sicherstellung der Qualität einschließlich der Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen ist – unabhängig davon, in welcher Institution bzw. Einrichtung die Gesundheitsleistungen und von welchem Gesundheitsdiensteanbieter sie erbracht werden – verpflichtend. Die beschlossenen Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement werden verbindlich in allen Gesundheitseinrichtungen und bei allen Gesundheitsdiensteanbietern weiter umgesetzt. Es ist sicherzustellen, dass die Einhaltung der festgelegten essentiellen Qualitätsstandards Voraussetzung für die Erbringung und Verrechnbarkeit der Leistungen ist.

(4) Für die von den Vertragspartnern der Zielsteuerung-Gesundheit priorisierten Bereiche sind bundesweit einheitliche Qualitätsstandards zu entwickeln und festzulegen. Diese Qualitätsstandards beinhalten verpflichtende Kriterien bzw. Rahmenvorgaben zur Prozessqualität. Dabei ist die Sicherstellung einer integrierten Versorgung von chronischen Erkrankungen ein wesentlicher Schwerpunkt.

(5) Zur Ergebnisqualitätsmessung wird Folgendes festgelegt:

1. Für den stationären Bereich ist die bereits bestehende, auf Routedokumentation basierende Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung (A-IQI inkl. Peer-Review-Verfahren, ergänzt durch Qualitäts-Register auf Bundesebene) fortzusetzen und auszubauen.
2. Die Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich ist auf Grundlage des beschlossenen Konzeptes weiter zu entwickeln und umzusetzen. Als Voraussetzung dafür ist eine einheitliche Diagnose- und Leistungsdokumentation gemäß Art. 15 aufzubauen und bei allen Gesundheitsdiensteanbietern verpflichtend umzusetzen.
3. Regelmäßige sektorenübergreifende Befragungen zur Patientenzufriedenheit mit den Leistungen im Gesundheitswesen werden durchgeführt.

(6) Im Bereich der Strukturqualität werden die Kriterien im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt.

(7) Die Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung sowie die Wahrnehmung der Ergebnisqualitätsmessung im niedergelassenen Bereich erfolgen im übertragenen Wirkungsbereich nach den Vorgaben des Bundes. Darüber hinaus sind geeignete Indikatoren zu entwickeln um analog zu Art. 9 Abs. 2 dieser Vereinbarung Qualitätsinformationen aus dem extramuralen Bereich aus Routedaten verständlich und qualitätsgesichert für die Bevölkerung anzubieten.

Art. 9

Patientenorientierung und Transparenzmachung von Qualitätsinformationen

(1) Im Sinne der Patientenorientierung ist die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung so zu stärken, dass die aktive Beteiligung der Betroffenen in Entscheidungsprozessen möglich ist. Die Partner der Zielsteuerung-Gesundheit haben den Einsatz von digitalen Informationssystemen aus dem Bereich eHealth sicherzustellen. Solche umfassen insbesondere transparente Informationen über Angebote, Leistungen und Ergebnisse von Gesundheitsdiensteanbietern.

(2) Der Bevölkerung werden im Rahmen einer beim für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium eingerichteten neutralen Plattform Qualitätsinformationen zur Verfügung gestellt. Die derzeit eingerichtete Plattform (kliniksuche.at) ist kontinuierlich weiterzuentwickeln und auszubauen.

(3) Wartezeiten auf ausgewählte Leistungen im ambulanten und stationären Bereich sind zu erfassen, auf Basis verfügbarer Evidenz zu bewerten und in geeigneter Weise transparent im Internet zu veröffentlichen.

(4) Die Arbeiten zu einer bundesweiten und sektorenübergreifenden regelmäßigen Berichterstattung über die Qualität im Gesundheitswesen sind fortzusetzen. Die periodische, alle fünf Jahre stattfindende Berichterstattung hat auch Berichte über Patientensicherheit, Patientenbefragungen, Umsetzung von Qualitätsmanagementsystemen und Qualitätsstandards sowie über Ergebnisqualität zu umfassen. Die

Qualitätsberichte dienen als Grundlage zur Weiterentwicklung des Systems. Eine Veröffentlichung dieser Berichte in allgemein verständlicher Form ist sicherzustellen.

Art. 10

Stärkung zielgerichteter und abgestimmter Gesundheitsförderung

(1) Zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention werden die in allen Landesgesundheitsfonds eingerichteten „Gesundheitsförderungsfonds“ (ohne Rechtspersönlichkeit mit eigenem Verrechnungskreis) sowie der Fonds Gesundes Österreich fortgeführt.

(2) Österreichweit erfolgt die Dotierung dieser Gesundheitsförderungsfonds für 10 Jahre (2013 bis 2022) mit insgesamt 150 Millionen Euro, wobei durch die Sozialversicherung 130 Millionen Euro und durch die Länder 20 Millionen Euro in gleichen Jahrestanchen einzubringen sind. Die Mittel der Sozialversicherung werden nach dem Versichertenschlüssel, die Mittel der Länder werden nach der Volkszahl aufgebracht und in dieser Form auf die Bundesländer verteilt. Im Geschäftsjahr nicht verwendete Mittel sind im Folgejahr den zur Verfügung stehenden Gesundheitsförderungsmitteln zuzuschlagen.

(3) Auf Landesebene erfolgt die Entscheidung über die Verwendung der Mittel aus dem Gesundheitsförderungsfonds in der Landes-Zielsteuerungskommission im Einvernehmen zwischen Land und Sozialversicherung.

(4) Die Vertragsparteien kommen überein, sich bei der Durchführung von allen Maßnahmen der Gesundheitsförderung an der gemeinsam vereinbarten Gesundheitsförderungsstrategie zu orientieren. Die Ziele, priorisierten Schwerpunkte und die Grundsätze zur Mittelvergabe der Gesundheitsförderungsstrategie sind verbindlich für die Mittelvergabe in den Gesundheitsförderungsfonds der Landesgesundheitsfonds (Abs. 1) und in der „Finanzierung überregional bedeutsamer Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie Behandlungsmaßnahmen“ (Art. 35) einzuhalten. Die Mittelvergabe in den Gesundheitsförderungsfonds der Landesgesundheitsfonds hat zu mindestens 66 % für die priorisierten Schwerpunkte der Gesundheitsförderungsstrategie zu erfolgen. Bei Verwendung der Mittel gemäß Art. 35 für überregional bedeutsame Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme hat der Mitteleinsatz zu 100 % den priorisierten Schwerpunkten der Gesundheitsförderungsstrategie zu entsprechen.

(5) Es werden jedenfalls die aus Mitteln der Gesundheitsförderungsfonds und der Bundesgesundheitsagentur finanzierten Gesundheitsförderungsmaßnahmen entsprechend dem Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission im gemeinsamen „Monitoring der Gesundheitsförderungsstrategie“ dokumentiert und in zweckmäßigen Intervallen (alle drei Jahre) in einem Bundes-Monitoringbericht zusammengefasst und analysiert. Ein mit den Vertragspartnern abgestimmtes Ergebnis wird nach Beschluss in der Bundes-Zielsteuerungskommission publiziert.

Art. 11

Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung

Im Sinne der öffentlichen Gesundheit, der Patientenorientierung und der Verbesserung der Outcomes im Gesundheitssystem ist die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung so zu stärken, dass Gesundheitsentscheidungen unterstützt werden, die Orientierung im Gesundheitssystem und die aktive Beteiligung der Betroffenen in Entscheidungsprozessen möglich sind. Dazu kommen die Vertragsparteien insbesondere überein, die zum Rahmen-Gesundheitsziel 3 ("Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken") erarbeiteten operativen Teilziele umzusetzen und auszubauen.

Art. 12

Neuorganisation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und Experten-Pooling für medizinisches Krisenmanagement

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, rechtliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die auf Landesebene eine flexible, effiziente und übergreifende Weiterentwicklung und Umsetzung der Aufgaben des ÖGD erlauben. Zur Umsetzung werden folgende Schritte bis spätestens Ende 2018 vereinbart:

1. Prüfen von Bundes- und Landesgesetzen, die Tätigkeiten für Amtsärzte, Sprengelärzte oder Gemeindeärzte vorsehen, im Hinblick darauf, ob diese Tätigkeiten zwingend von diesen auszuüben sind oder diese anderen Ärzten oder anderen Gesundheitsberufen übertragen werden können,
2. entsprechende Anpassung der jeweiligen Bundes- und Landesgesetze und

3. Schaffen des für eine behörden- und landesgrenzenübergreifende Erfüllung der Aufgaben des ÖGD erforderlichen rechtlichen Rahmens, wobei prioritär mit dem Ärztegesetz 1998 und dem Unterbringungsgesetz zu beginnen ist.

(2) Die Vertragsparteien kommen weiters überein, zur raschen Intervention bei hochkontagiösen Erkrankungen die überregionale Organisation des ÖGD durch die Einrichtung eines Expertenpools für medizinisches Krisenmanagement an Standorten der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES) zu stärken. Aufgaben sind dabei die Erstellung von Risikoanalysen, Beratung und Intervention vor Ort sowie die Erstellung von Prüfberichten.

4. Abschnitt

Finanzierungssysteme, leistungsorientierte Finanzierung und Dokumentation

Art. 13

Finanzierungssysteme

(1) Es wird vereinbart, die bestehenden Finanzierungs- und Abgeltungs- bzw. Honorierungssysteme im österreichischen Gesundheitswesen in der Form weiterzuentwickeln, sodass die Ziele der Zielsteuerung-Gesundheit, insbesondere eine stärkere Ausrichtung am Versorgungsbedarf, unterstützt und ein möglichst effektiver und effizienter Einsatz der zur Verfügung stehenden Finanzmittel sichergestellt wird. Des Weiteren sind die Finanzierungs- und Abgeltungs- bzw. Honorierungssysteme aller Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens aufeinander abzustimmen und grundsätzlich in pauschalierter, leistungsorientierter und transparenter Form zu gestalten. Dabei ist insbesondere auch auf die Anreiz- und Steuerungswirkungen dieser Systeme zu achten. Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist bei der Umsetzung der Finanzierungs- und Abgeltungs- bzw. Honorierungssysteme von den jeweiligen Finanzierungspartnern auf mögliche Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen in den anderen Versorgungsbereichen Bedacht zu nehmen.

(2) Das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) für den stationären Bereich wird fortgesetzt und weiterentwickelt. Das für den spitalsambulanten Bereich entwickelte Abgeltungsmodell wird implementiert und im Rahmen des gesamten LKF-Modells gewartet und weiterentwickelt. Die Ausgestaltung des gesamten LKF-Modells hat dahin gehend zu erfolgen, dass entsprechende Anreize für eine weitgehende Verlagerung kurzzeitiger Aufenthalte entsprechend dem „Best Point of Service (BPoS)“ in den ambulanten Bereich gesetzt werden. Des Weiteren sind auch die Honorierungssysteme im extramuralen Bereich, insbesondere im Bereich der Primärversorgung, weiterzuentwickeln und dahingehend auszurichten, dass die Erfüllung der Versorgungsaufträge unterstützt sowie der Auf- und Ausbau multiprofessioneller und interdisziplinärer Versorgungsangebote forciert wird. Dabei ist auch eine Harmonisierung der Abgeltungssystematiken schrittweise umzusetzen. Des Weiteren ist eine stärkere pauschalierte Abgeltung von Leistungsbündel anzustreben und eine verbesserte Abstimmung der Krankenversicherungsträger bei der (Weiter-)Entwicklung der Honorarkataloge insbesondere bei der Festlegung neuer und der Änderung von bestehenden Abrechnungspositionen sicherzustellen.

Art. 14

Durchführung der leistungsorientierten Finanzierung

(1) Das für den spitalsambulanten Bereich entwickelte leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem ist zu implementieren und das bestehende leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem für den stationären Bereich ist fortzuführen. Die leistungsorientierten Finanzierungssysteme sind so zu gestalten und weiterzuentwickeln, dass sie die Zielsetzungen und Handlungsfelder gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit unterstützen. Diese Finanzierungssysteme haben auch als österreichweit einheitliches, einfach zu administrierendes Instrumentarium für gesundheitspolitische Planungs-, Qualitäts- und Steuerungsmaßnahmen zu dienen und zu einer höheren Kosten- und Leistungstransparenz beizutragen.

(2) Die Bepunktungsregelungen im LKF-Modell ambulant und stationär (LKF-Kernbereich) sind von der Bundesgesundheitsagentur bundesweit einheitlich festzusetzen und in regelmäßigen Abständen anzupassen.

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

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

Bei der Zuordnung zu den Versorgungsstufen sind auch die Versorgungsfunktionen einzelner Abteilungen entsprechend ihrer Anzahl und Struktur zu berücksichtigen. Die Punkteplafondierung im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung ist kein Element des LKF-Steuerungsbereiches.

(4) 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.

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

(6) Die jährlichen Änderungen im LKF-Modell sind auf die aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen zu beschränken.

(7) Mit 1. Jänner 2017 ist das weiterentwickelte LKF-Modell für den stationären Bereich anzuwenden. Gleichzeitig wird mit 1. Jänner 2017 das für den spitalsambulanten Bereich entwickelte LKF-Modell eingeführt. In weiterer Folge werden die Auswirkungen der Modellanwendungen analysiert und darauf basierend diese Modelle in Einem gewartet und weiterentwickelt. Sofern erforderlich ist eine punktuelle Aktualisierung und Weiterentwicklung des gesamten LKF-Modells im Rahmen der Vereinbarungsperiode jederzeit möglich. In diesem Zusammenhang ist auch eine Entwicklung von Fallpauschalen für pharmakologische Therapien in Kombination mit Diagnosen auf Basis der Dokumentation von definierten seltenen und teuren pharmakologischen Therapien gemäß Art. 15 unter Berücksichtigung des „Best Point of Service“ für eine mögliche Integration in das LKF-Modell 2019 vorzunehmen.

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

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

(10) Eine schrittweise weitere Anhebung des Anteils der über LKF abgerechneten Mittel ist vorzunehmen.

(11) Die krankenanstaltenspezifische Berechnung der Punkte des gesamten LKF-Modells (stationär und spitalsambulant) ist auch zentral durch die Bundesgesundheitsagentur vorzunehmen, um eine einheitliche Auswertung und Dokumentation sicherzustellen. Die Bundesgesundheitsagentur hat die Länder über die Ergebnisse der zentralen Punkteberechnung im Wege des Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG) zu informieren.

Art. 15

Sicherstellung und Weiterentwicklung der Dokumentation

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

(2) Die derzeitige Dokumentation im stationären Bereich (Diagnosen- und Leistungsdokumentation, Intensivdokumentation) und im ambulanten Bereich (Leistungsdokumentation) der Krankenanstalten sowie die Dokumentation von Statistikdaten (Krankenanstalten-Statistik), Kostendaten (Kostenstellenrechnung) und Daten aus dem Berichtswesen zu den Rechnungsabschlüssen der Krankenanstalten durch die Träger von Krankenanstalten sind sicherzustellen und weiterzuentwickeln. Ebenso ist die derzeitige Dokumentation im extramuralen Bereich (Leistungsdokumentation) durch die

Sozialversicherung sicherzustellen und weiterzuentwickeln. In diesem Zusammenhang wird auch die Pseudonymisierung der Datenmeldungen inklusive der dafür notwendigen Datengrundlagen weiterhin sichergestellt.

(3) Ab 1. Jänner 2017 soll eine Erfassung von definierten seltenen und teuren pharmakologischen Therapien (z. B. Enzyersatztherapien) sowohl im stationären als auch im spitalsambulanten Bereich erfolgen. Dazu sollen im Leistungskatalog einige wenige Positionen aufgenommen werden. Gleichzeitig mit der Leistungserfassung für die ausgewählten Medikamente ist eine verpflichtende Erfassung der entsprechenden Diagnosen nach ICD-10 sicherzustellen, um diese Therapien mit entsprechenden Indikationen für Zwecke der Qualitätssicherung, Epidemiologie und allfällige spätere Abrechenbarkeit verknüpfen zu können. In Symmetrie zur Dokumentation dieser pharmakologischen Therapien im Krankenanstaltenbereich werden zur Erreichung eines vollständigen Bildes über das Leistungsgeschehen seitens der Sozialversicherung entsprechende Informationen aus dem extramuralen Bereich im Sinne des Art. 14 Abs. 3 Z 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit zur Verfügung gestellt (z. B. Daten zu Arzneimittelverordnungen).

(4) Als Voraussetzung zur Planung, Realisierung und Erfolgskontrolle des Konzepts der integrierten Gesundheitsversorgung ist eine zum akutstationären Versorgungsbereich kompatible Diagnosedokumentation im intra- und extramuralen ambulanten Versorgungsbereich sicherzustellen. Die Dokumentation von Diagnosen im ambulanten Bereich in codierter Form auf Basis des Diagnoseschlüssels ICD-10 bzw. im Bereich der Primärversorgung alternativ auch auf Basis von ICPC-2 wird angestrebt.

(5) Bund, Länder und Sozialversicherung schaffen dafür zeitgerecht die notwendigen Rahmenbedingungen in fachlicher, rechtlicher, organisatorischer und technischer Hinsicht und stellen damit vergleichbare Datengrundlagen über den gesamten ambulanten Bereich sicher.

(6) Sämtliche Festlegungen zur Dokumentation und zum Berichtswesen im stationären und gesamten ambulanten Bereich haben jedenfalls auch den Anforderungen der Zielsteuerung-Gesundheit und insbesondere dem darin vorgesehenen Monitoring zu entsprechen.

(7) Bei der Konzeption und der Weiterentwicklung der Dokumentationssysteme ist auf die Kompatibilität mit den bereits vereinbarten bzw. mit den noch festzulegenden Standards in der ELGA zu achten. Die Dokumentation soll an international standardisierten Terminologie- und Klassifikationssystemen ausgerichtet sein und im Rahmen der routinemäßigen Datenerfassungs- und Datenverarbeitungsprozesse der Leistungserbringer/innen erfolgen.

(8) Auf Basis eines von der Bundesgesundheitsagentur festgelegten bundesweit einheitlich strukturierten Berichts sind von den Landesgesundheitsfonds und den Trägern der Sozialversicherung standardisierte Berichte über deren Gebarung (Voranschläge und Rechnungsabschlüsse) und weitere wesentliche Eckdaten in periodischen Abständen zu übermitteln.

(9) Zur Gewährleistung der Steuerung, Planung und Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgt die unentgeltliche Bereitstellung von Dokumentationsdaten (LKF-Daten für den stationären Bereich bzw. Leistungsdokumentation für den ambulanten Bereich) der Krankenanstalten durch die Landesgesundheitsfonds sowie die unentgeltliche Bereitstellung von Abrechnungsdaten durch die Sozialversicherungsträger an die Gesundheit Österreich GmbH. In Hinblick auf die Datenhaltung, -auswertung und -interpretation werden folgende Grundsätze vereinbart:

1. Die gemeinsame Datenhaltung erfolgt bei der Gesundheit Österreich GmbH.
2. Der Aufbau der Datenhaltung erfolgt sukzessive und im Einvernehmen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung.
3. In Abstimmung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung wird für Routineauswertungen eine gemeinsame Analyse- und Auswertungsplattform unter Bedachtnahme auf bestehende Systeme etabliert, die allen Zielsteuerungspartnern zugänglich ist.
4. Sofern eine Abfrage außerhalb der Routineauswertungen von einem Zielsteuerungspartner gewünscht wird, sind die anderen Zielsteuerungspartner unmittelbar zu informieren. In begründeten Fällen kann ein Partner einen Einwand gegen die Abfrage geltend machen und diese hemmen. Die Auswertungsergebnisse solcher Abfragen sind allen Zielsteuerungspartnern zugänglich zu machen. Eine allfällige Interpretation und Verwendung der Auswertungen kann nur in gemeinsamer Abstimmung zwischen den Zielsteuerungspartnern erfolgen.
5. Die Koordination des in Z 4 beschriebenen Abfrageprozesses obliegt der Gesundheit Österreich GmbH. Dem Ständigen Koordinierungsausschuss gemäß Art. 21 ist über die in Z 1 bis 4 beschriebenen Aktivitäten in regelmäßigen Abständen ein Bericht vorzulegen.

Art. 16

Erfassung weiterer Daten

Zur Beobachtung, Analyse und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems sowie zur integrativen 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.

Art. 17

Erhebungen und Einschaurechte

(1) Den Organen des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums und von diesen beauftragten nicht amtlichen Sachverständigen ist es gestattet, Erhebungen über die Betriebsorganisation und den Betriebsablauf der Krankenanstalten gemäß Art. 23 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. 23 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.

5. Abschnitt

Organisation und Entscheidungsstrukturen auf Bundesebene

Art. 18

Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur

Zur Wahrnehmung von Aufgaben auf Grund dieser Vereinbarung und der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit hat der Bund weiterhin eine Bundesgesundheitsagentur in Form eines öffentlich-rechtlichen Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten, deren Geschäftsführung dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium obliegt.

Art. 19

Organisation der Bundesgesundheitsagentur

(1) Die Bundesgesundheitsagentur hat folgende Organe:

1. Bundes-Zielsteuerungskommission
2. Ständiger Koordinierungsausschuss

(2) Die Vertragsparteien stellen sicher, dass die Bundesgesundheitsagentur auf Anforderung die zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigten Daten und Informationen in entsprechend aufbereiteter und nachvollziehbarer Form erhält. Das gilt insbesondere für die Bereiche Planung und Qualität.

Art. 20

Bundes-Zielsteuerungskommission

(1) Der Bundes-Zielsteuerungskommission gehören vier Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, vier Vertreterinnen/Vertreter der Sozialversicherung sowie neun Vertreterinnen/Vertreter der Länder an.

(2) Den Vorsitz in der Bundes-Zielsteuerungskommission führt die/der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister, die erste Vorsitzenden-Stellvertreterin/der erste Vorsitzenden-Stellvertreter wird von der Sozialversicherung und die zweite Vorsitzenden-Stellvertreterin/der zweite Vorsitzenden-Stellvertreter wird von den Ländern bestellt.

(3) Hinsichtlich der Beschlussfassung in der Bundes-Zielsteuerungskommission gilt Folgendes:

1. Für die Beschlussfassungen in allen Angelegenheiten ausgenommen Z 2 ist ein Einvernehmen zwischen der Kurie des Bundes, der Kurie der Länder und der Kurie der Sozialversicherung erforderlich, wobei die Kurien jeweils eine Stimme haben.
2. Beschlussfassungen in den Angelegenheiten gemäß Abs. 4 Z 1 lit. a sowie Abs. 4 Z 1 lit. b, sofern es sich um Mittel gemäß Art. 33 Abs. 1 und 2 und Art. 34 Abs. 3 handelt, erfolgen mit Bundesmehrheit; in diesen Fällen verfügt die Kurie des Bundes über vier Stimmen.

(4) In der Bundes-Zielsteuerungskommission erfolgen zu nachstehenden Punkten Festlegungen (Beschlüsse):

1. zu Angelegenheiten der Bundesgesundheitsagentur als Fonds:
 - a) Voranschlag und Rechnungsabschluss der Bundesgesundheitsagentur
 - b) Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln der Bundesgesundheitsagentur nach Maßgabe der Bestimmungen in Art. 33, Art. 34, Art. 35 und Art. 44
 - c) Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln zur Reallokation nach Maßgabe der Bestimmungen im 8. Abschnitt
 - d) Laufende Wartung und Aktualisierung sowie Weiterentwicklung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungsmodells (LKF) für den stationären und spitalsambulanten Bereich inklusive seiner Grundlagen
2. zu allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen:
 - a) Stärkung der nachhaltigen Umsetzung der (Rahmen-)Gesundheitsziele samt Festlegung der Indikatoren und Monitoring gemäß Art. 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit. (inkl. Strategien zur Umsetzung)
 - b) Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens
 - c) Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien gemäß Art. 7
 - d) Richtlinien für eine bundesweite, alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende Dokumentation, sowie Weiterentwicklung des Dokumentations- und Informationssystems für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG)

(5) Die Bundes-Zielsteuerungskommission kann die Besorgung einzelner ihrer Aufgaben gemäß Abs. 4 und gemäß Art. 8 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit an den Ständigen Koordinierungsausschuss übertragen.

(6) In der Bundes-Zielsteuerungskommission erfolgt eine wechselseitige Information und Konsultation über die inhaltlichen und strategischen Festlegungen der Zielausrichtung und der Steuerungsmechanismen, deren sich Bund, Länder und Sozialversicherung im jeweiligen Wirkungsbereich bedienen.

Art. 21

Ständiger Koordinierungsausschuss

(1) Zur Vorbereitung und Koordination der Agenden der Bundes-Zielsteuerungskommission sowie zur Unterstützung der Umsetzung von Beschlüssen der Bundes-Zielsteuerungskommission ist ein Ständiger Koordinierungsausschuss einzurichten. Im Ständigen Koordinierungsausschuss hat eine laufende wechselseitige Information und Konsultation der Mitglieder zu erfolgen.

(2) Dem Ständigen Koordinierungsausschuss gehören je neun Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung an. Den Vorsitz führt eine Vertreterin/ein Vertreter des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums. Der Ständige Koordinierungsausschuss tritt regelmäßig, mindestens jedoch alle zwei Monate zusammen.

(3) Für Beschlussfassungen im Ständigen Koordinierungsausschuss sind die Bestimmungen des Art. 20 Abs. 3 analog anzuwenden.

(4) Der Ständige Koordinierungsausschuss hat folgende Aufgaben:

1. Beschlussfassung in den von der Bundes-Zielsteuerungskommission übertragenen Aufgaben,
2. Entscheidung über die geplante Einführung und inhaltliche Umsetzung von neuen oder inhaltlich erweiterten Monitoring-Systemen im Gesundheitswesen, sofern diese nicht aufgrund rechtlicher Vorgaben oder aufgrund international bestehender Verpflichtungen durchzuführen sind,
3. Akkordierung gemeinsamer Standpunkte von Bund, Ländern und der Sozialversicherung,
4. Abstimmung konkreter Arbeitsaufträge einschließlich Verantwortlichkeit und Zeitplan,
5. Klärung von Fragen, die von anderen Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit an ihn herangetragen werden,
6. Abstimmung der eHealth-Entwicklung im Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung insbesondere zur Umsetzung des Art. 7. Gemeinsame Festlegung von eHealth Anwendungen der Zielsteuerungspartner, um Parallelstrukturen und -entwicklungen zu vermeiden und
7. Abstimmung der strategischen Ausrichtung der gemeinsamen Gesundheitsdatenbewirtschaftung insbesondere hinsichtlich Aufbau und Weiterentwicklung der Datenhaltung, -auswertung und -interpretation gemäß Art. 15 Abs. 9.

(5) Die Mitglieder des Ständigen Koordinierungsausschusses sorgen für die Implementierung der Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission im eigenen Wirkungsbereich.

Art. 22

Bundesgesundheitskommission

(1) Zur Beratung der Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Städte und Gemeinden) sowie der Sozialversicherung in gesundheitspolitischen Themen ist eine Bundesgesundheitskommission einzurichten.

(2) Der Bundesgesundheitskommission gehören an:

1. vier Vertreterinnen/Vertreter des Bundes,
2. neun Vertreterinnen/Vertreter der Länder,
3. je eine Vertreterin/ein Vertreter der Interessenvertretung der Städte und Gemeinden,
4. neun Vertreterinnen/Vertreter der Sozialversicherung,
5. eine Vertreterin/ein Vertreter der Träger der öffentlichen und eine Vertreterin/ein Vertreter der konfessionellen Krankenanstalten,
6. drei Vertreterinnen/Vertreter der Österreichischen Ärztekammer, je zwei Vertreterinnen/Vertreter der Österreichischen Zahnärztekammer, der Österreichischen Apothekerkammer und der gesetzlichen Interessensvertretungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe,
7. eine Vertreterin/ein Vertreter der Österreichischen Patientenanwaltschaft,
8. je eine Vertreterin/ein Vertreter der Dachverbände der österreichischen Selbsthilfeorganisationen,
9. je eine Vertreterin/ein Vertreter der Bundesarbeitskammer und der Wirtschaftskammer Österreich (Fachverband der Gesundheitsbetriebe),
10. eine Vertreterin/ein Vertreter des Österreichischen Gewerkschaftsbund,
11. eine Vertreterin/ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt,
12. zwei Vertreterinnen/Vertreter des Österreichischen Seniorenrates,
13. eine Vertreterin/ein Vertreter einschlägiger außeruniversitären Forschungseinrichtungen auf Vorschlag der/des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesministers,
14. eine Vertreterin/ein Vertreter der Medizinischen Universitäten/Fakultäten,
15. eine Vertreterin/ein Vertreter der pharmazeutischen Industrie und
16. je eine Vertreterin/ein Vertreter der Parlamentsklubs.

(3) Den Vorsitz in der Bundesgesundheitskommission führt die/der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister.

(4) Das für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerium hat

1. die Sitzungen der Bundesgesundheitskommission vorzubereiten,
2. die Ergebnisse der Sitzungen der Bundesgesundheitskommission festzuhalten und

3. der Bundesgesundheitskommission über die Aktivitäten der Bundesgesundheitsagentur zu berichten.

6. Abschnitt

Organisation und Entscheidungsstrukturen auf Landesebene

Art. 23

Einrichtung der Landesgesundheitsfonds

(1) Zur Wahrnehmung von Aufgaben aufgrund dieser Vereinbarung und der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit haben die Länder weiterhin für jedes Bundesland einen Landesgesundheitsfonds in Form eines öffentlich-rechtlichen Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten.

(2) Bei der Einrichtung und Tätigkeit von Landesgesundheitsfonds haben jedenfalls zwischen den Ländern akkordierte und die Vergleichbarkeit gewährleistende Verrechnungsvorschriften Anwendung zu finden und eine periodengerechte Abgrenzung der Mittel der Landesgesundheitsfonds zu erfolgen. Diese Regelungen haben insbesondere den Anforderungen der Finanzzielsteuerung gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit zu entsprechen.

(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 und dem Träger der Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie vom Gesundheitsfonds Steiermark Zahlungen zu gewähren. Für den Träger des Geriatrischen Krankenhauses Graz leistet der Hauptverband für die Laufzeit dieser Vereinbarung über Art. 28 hinausgehend Zahlungen an den Gesundheitsfonds Steiermark nach Maßgabe des Vertrages vom 11. 9. 2006 für die dort genannten Leistungen. Für die Behandlung sozialversicherter Patientinnen und Patienten leistet der Gesundheitsfonds Steiermark Zahlungen an den Träger der Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie sowie der NÖGUS Zahlungen an den Träger des PSO Eggenburg. Diese speziellen Finanzierungen des Geriatrischen Krankenhauses der Stadt Graz, der Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie und des PSO Eggenburg haben keinerlei Auswirkung auf die Finanzierung der übrigen Landesgesundheitsfonds.

Art. 24

Organisation der Landesgesundheitsfonds

(1) In den Landesgesundheitsfonds sind folgende Organe einzurichten:

1. Gesundheitsplattform
2. Landes-Zielsteuerungskommission

(2) Zur Vorbereitung der Sitzungen der Gesundheitsplattform und der Landes-Zielsteuerungskommission kann ein Präsidium bestehend aus Vertreterinnen/Vertretern des Landes und der Sozialversicherung vorgesehen werden.

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

(4) Zur Wahrnehmung der Aufgaben der Landes-Zielsteuerungskommission ist je eine gleichberechtigte Koordinatorin/ein gleichberechtigter Koordinator vom Land und von der Sozialversicherung zu bestellen, die ausschließlich den Co-Vorsitzenden der Landes-Zielsteuerungskommission verantwortlich sind und für alle Angelegenheiten gemäß Art. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit zuständig sind. Die Regelung der Geschäftsführung des Landesgesundheitsfonds obliegt dem Land.

(5) Die Vertragsparteien stellen sicher, dass die Landesgesundheitsfonds auf Anforderung die zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigten Daten in entsprechend aufbereiteter und nachvollziehbarer Form

erhalten. Weiters wird sichergestellt, dass in den Organen der Landesgesundheitsfonds über alle relevanten Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich informiert wird.

(6) Bei der Erfüllung der Aufgaben haben die Landesgesundheitsfonds insbesondere darauf zu achten, dass eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich insbesondere auch durch die Zielsteuerung-Gesundheit sichergestellt und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Einhaltung der Finanzrahmenverträge abgesichert wird.

(7) Im Falle eines vertragslosen Zustandes mit den Vertragspartnern wird der Landesgesundheitsfonds 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.

(8) Den Vorsitz in der Gesundheitsplattform führt ein vom Land bestelltes Mitglied der Landesregierung. Die erste Stellvertreterin/der erste Stellvertreter der/des Vorsitzenden ist die Obfrau/der Obmann der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse. Den Vorsitz in der Landes-Zielsteuerungskommission führt ein vom Land bestelltes Mitglied der Landesregierung gleichberechtigt mit der Obfrau/dem Obmann der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse (Co-Vorsitz). Die Geschäftsordnung hat zu regeln, dass die Sitzungen gemeinsam vorzubereiten (Tagesordnung und Unterlagen) und einzuladen sind.

Art. 25

Gesundheitsplattform auf Landesebene

(1) Der Gesundheitsplattform gehören an:

1. mit Stimmrecht: fünf Vertreterinnen/Vertreter des Landes und fünf Vertreterinnen/Vertreter der Träger der Sozialversicherung sowie eine/ein Vertreterin/Vertreter des Bundes; Ersatzmitglieder nach Maßgabe allfälliger landesgesetzlicher Regelungen,
2. ohne Stimmrecht: der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und
3. jedenfalls Vertreterinnen/Vertreter der Ärztekammer, der Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden, der Patientenvertretungen und der Rechtsträger der Krankenanstalten, die über den Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, denen landesgesetzlich ein Stimmrecht eingeräumt werden kann.

(2) Bei der Vertretung der Sozialversicherung ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten.

(3) Hinsichtlich der Beschlussfassung in der Gesundheitsplattform gilt Folgendes:

1. In Angelegenheiten gemäß Abs. 5 Z 1 besteht – vorbehaltlich des Abs. 9 – eine Landesmehrheit.
2. In Angelegenheiten gemäß Abs. 5 Z 2 ist eine Stimmenmehrheit und die Zustimmung von mindestens drei Viertel der Vertreterinnen/Vertreter gemäß Abs. 1 Z 1 erforderlich.
3. Der Bund verfügt über ein Vetorecht gegen Beschlüsse, die gegen geltendes Recht, die geltenden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG, den Zielsteuerungsvertrag oder gegen Beschlüsse der Organe der Bundesgesundheitsagentur verstoßen.

(4) Die Gesundheitsplattform auf Landesebene hat zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens im Landesbereich Aufgaben unter Einhaltung der Festlegungen in der Bundesgesundheitsagentur, im Zielsteuerungsvertrag, im jeweiligen vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen und in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission sowie unter Berücksichtigung gesamtwirtschaftlicher Auswirkungen wahrzunehmen.

(5) In der Gesundheitsplattform erfolgen zu nachstehenden Punkten Festlegungen (Beschlüsse):

1. in Angelegenheiten des Landesgesundheitsfonds als Fonds:
 - a) Landesspezifische Ausformung des im Bundesland geltenden leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems; Abgeltung von Betriebsleistungen der Fondskrankenanstalten; Umsetzung von leistungsorientierten Vergütungssystemen; Gewährung von Förderungen für Investitionsvorhaben; Gewährung von Zuschüssen für Projekte, Planungen und krankenhausentlastende Maßnahmen
 - b) Voranschlag und Rechnungsabschluss des Landesgesundheitsfonds
 - c) Aufgaben, die dem Landesgesundheitsfonds durch die Landesgesetzgebung aus dem Zuständigkeitsbereich des Landes übertragen werden
2. zu allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen:

- a) (Weiter-)Entwicklung der Gesundheitsziele (inkl. Strategien zur Umsetzung) auf Landesebene
 - b) Grundsätze der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen
 - c) Grundsätze der Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement
 - d) Mitwirkung am Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (wie ELGA, eCard, Telehealth, Telecare) auf Landesebene
 - e) Umsetzung von Projekten zur Gesundheitsförderung
 - f) Evaluierung der von der Gesundheitsplattform auf Landesebene wahrgenommenen Aufgaben
- (6) In der Gesundheitsplattform erfolgen zu nachstehenden Punkten Informationen und Konsultationen:
- 1. Ressourcenplanung im Pflegebereich
 - 2. Bericht über Festlegungen der Landes-Zielsteuerungskommission
- (7) Die Voranschläge und die Rechnungsabschlüsse sind der Bundesgesundheitsagentur unmittelbar nach Beschlussfassung zu übermitteln.
- (8) Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass einzelne Aufgaben der Gesundheitsplattform, sofern darüber Einvernehmen zwischen dem Land und der Sozialversicherung vorliegt, an die Landes-Zielsteuerungskommission übertragen werden können.
- (9) Ein der Volkszahl des jeweiligen Landes entsprechender Anteil an 15 Millionen Euro von den Zuschüssen für krankenhausentlastende Maßnahmen gem. Abs. 5 Z 1 lit. a ist jährlich in den Jahren 2013 bis 2022 im Voranschlag gesondert auszuweisen. Über die Vergabe dieser Mittel wird im Einvernehmen zwischen Land und Sozialversicherung in der Gesundheitsplattform entschieden.
- (10) 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.

Art. 26

Landes-Zielsteuerungskommission

- (1) Der Landes-Zielsteuerungskommission gehören die Kurie des Landes mit fünf Vertreterinnen/Vertretern, die Kurie der Träger der Sozialversicherung mit fünf Vertreterinnen/Vertretern sowie eine Vertreterin/ein Vertreter des Bundes an. Bei der Vertretung der Sozialversicherung ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten.
- (2) Hinsichtlich der Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission gilt Folgendes:
- 1. Innerhalb der jeweiligen Kurie ist eine Entscheidung über ihr Stimmverhalten herbeizuführen. Die Entscheidungsfindung ist für die Kurie des Landes landesgesetzlich und für die Kurie der Träger der Sozialversicherung im Sozialversicherungsrecht zu regeln.
 - 2. Für Beschlussfassungen ist Einvernehmen zwischen der Kurie des Landes und der Kurie der Träger der Sozialversicherung erforderlich.
 - 3. Die Vertreterin/der Vertreter des Bundes verfügt über ein Vetorecht gegen Beschlüsse, die gegen geltendes Recht, die geltenden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG, den Zielsteuerungsvertrag oder gegen Beschlüsse der Organe der Bundesgesundheitsagentur verstoßen. Im Falle der Verhinderung des Bundes an der Sitzungsteilnahme kann dieser binnen einer Woche schriftlich und begründet sein Vetorecht einbringen.
- (3) In der Landes-Zielsteuerungskommission erfolgt eine wechselseitige und rechtzeitige Information und Konsultation über Festlegungen zu wesentlichen operativen und finanziellen Angelegenheiten der Leistungserbringung im Gesundheitswesen von Land und Sozialversicherung.

7. Abschnitt

Mittel der Bundesgesundheitsagentur und der Landesgesundheitsfonds

Art. 27

Mittel der Bundesgesundheitsagentur

- (1) Der Bund stellt sicher, dass die Bundesgesundheitsagentur jährlich mit Mitteln in folgender Höhe dotiert wird:

1. 0,453115 % des Nettoaufkommens an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel (§ 10 Abs. 1 FAG 2017),
 2. 0,411633 % des Nettoaufkommens an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel (§ 10 Abs. 1 FAG 2017) und
 3. mit einem weiteren Betrag von 83 573 759,29 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,
 - d) 2 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Niederösterreich,
 - e) 2 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Oberösterreich,
 - f) 2 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Salzburg,
 - g) 14 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Tirol.
 2. Sodann sind folgende Mittel in Abzug zu bringen und gemäß Art. 33 bis Art. 36 bzw. gemäß Art. 44 Abs. 2 zu verwenden:
 - a) 5 Millionen Euro zur Finanzierung von Projekten und Planungen sowie zur Abgeltung von Leistungen, die von der Gesundheit Österreich GmbH für die Bundesgesundheitsagentur erbracht werden,
 - b) 3,4 Millionen Euro zur Förderung des Transplantationswesens,
 - c) 3,5 Millionen Euro zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen im Sinne der lit. a und für wesentliche Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung, deren Verwendung im Einvernehmen mit den Ländern und der Sozialversicherung festgelegt wird,
 - d) 10 Millionen Euro zur Finanzierung von überregionalen Vorhaben gemäß Art. 32 und nach Maßgabe entsprechender Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission
 - e) 13,667 Millionen Euro (für den Zeitraum 2017 bis 2020) zur Finanzierung von ELGA gemäß Art. 33 Abs. 6 und nach Maßgabe entsprechender Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission und
 - f) allfällige für Anstaltspflege im Ausland aufzuwendende Mittel (Art. 44 Abs. 2).
 3. Die verbleibenden Mittel werden nach Maßgabe des Art. 45 (Sanktionen) an die Landesgesundheitsfonds geleistet.

Art. 28

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 2017 genannten Betrages von den Ländern,
 3. Beiträge der Sozialversicherung gemäß Abs. 6,
 4. zusätzliche Mittel, die für die Gesundheitsreform aufgrund der Vereinbarung über den Finanzausgleich 2005 bis 2008 zur Verfügung gestellt werden (diese Mittel werden bis Ende der Laufzeit dieser Vereinbarung weiterhin in der bisherigen Form zur Verfügung gestellt und wie im Jahr 2007 an die Landesgesundheitsfonds verteilt),
 5. Mittel gemäß GSBG,
 6. nach Maßgabe einer besonderen bundesgesetzlichen Regelung – Beiträge der Gemeinden (Umsatzsteueranteile),
 7. allenfalls die von den Ländern, Gemeinden und Rechtsträgern der Krankenanstalten zur Abdeckung des 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. Mittel gemäß Art. 27 Abs. 1 Z 1,
2. 9,29% der Mittel gemäß Art. 27 Abs. 1 Z 2,
3. 2,87% der Mittel gemäß Art. 27 Abs. 1 Z 2, zuzüglich 83 573 759,29 Euro gemäß Art. 27 Abs. 1 Z 3,
4. 49,14% der Mittel gemäß Art. 27 Abs. 1 Z 2 vermindert um die Abzüge gemäß Art. 27 Abs. 3 Z 2 (nach Maßgabe des Art. 45),
5. 38,70% der Mittel gemäß Art. 27 Abs. 1 Z 2.

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

1. Beiträge gemäß Abs. 2 Z 1 sind mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2017 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 den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel zu richten hat. Diese Vorschüsse sind an den gesetzlichen Terminen der Vorschussleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen.
2. Beiträge gemäß Abs. 2 Z 2 und 3 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels zu überweisen.
3. Beiträge gemäß Abs. 2 Z 4 vermindert um die Abzüge gemäß Art. 27 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. Beiträge gemäß Abs. 2 Z 5 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 20. April, 20. Juli, 20. Oktober und am 20. Jänner des Folgejahres zu überweisen.

(4) Die Vertragsparteien kommen überein, dass die Beiträge der Länder gemäß Abs. 1 Z 2 mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2017 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen zu erbringen sind, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder an der Umsatzsteuer zu richten hat. Diese Vorschüsse sind zu den gesetzlichen Terminen der Vorschussleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu Lasten der Länder vom Bund an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

(5) Die an die Landesgesundheitsfonds zu leistenden Beiträge gemäß Abs. 1 Z 2 und Abs. 2 ausgenommen Mittel in Höhe von 83 573 759,29 Euro sind als Vorschussleistungen anzusehen. Die Höhe der Teilbeträge gemäß Abs. 3 Z 2, 3 und 4 richtet sich nach der jeweils letzten Prognose über die Entwicklung der Einnahmen an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel; wenn die tatsächliche Entwicklung der Einnahmen eine deutliche Abweichung von dieser Prognose erwarten lässt, kann der letzte Teilbetrag entsprechend angepasst werden. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 12 Abs. 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2017 oder der an die Stelle dieser Bestimmung tretenden Norm in der jeweils geltenden Fassung zu erfolgen. Dabei entstehende Übergüsse 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 einen vorläufigen Pauschalbetrag.
2. Die vorläufigen Zahlungen der Träger der Sozialversicherung ab 2017 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 jährlichen Abrechnungen 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 betragsrelevante Einnahmen in der sozialen Krankenversicherung nicht zu berücksichtigen sind.

4. Von den Mitteln gemäß Z 1 bis 3 werden
- 70% in zwölf gleich hohen Monatsraten überwiesen, wobei die 1. Rate am 20. April 2017, alle weiteren Raten über die gesamte Laufzeit dieser Vereinbarung jeweils zum 20. eines Monats fällig sind;
 - 30% in vier gleich hohen Quartalsbeträgen überwiesen, wobei die 1. Rate am 20. April 2017, die folgenden Raten jeweils am 20. Juli, am 20. Oktober und am 20. Jänner des Folgejahres fällig sind.
5. Die Sozialversicherungsträger leisten ab 2017 bis zum Ende der Laufzeit dieser Vereinbarung jährlich 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.

Art. 29

Berechnung von Landesquoten

(1) Die Beiträge der Bundesgesundheitsagentur gemäß Art. 28 Abs. 2 Z 1 und 2 sowie die Mittel der Länder gemäß Art. 28 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%
<u>Wien</u>	<u>31,376%</u>
	100,000%

(2) Die bundesgesetzliche Regelung gemäß Art. 28 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. 28 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%
<u>Wien</u>	<u>31,465%</u>
	100,000%

(4) Die Beiträge der Sozialversicherung gemäß Art. 28 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%
<u>Wien</u>	<u>25,520232629%</u>
	100,000000000%

(5) Die Mittel gemäß Art. 28 Abs. 6 Z 5 verbleiben den Landesgesundheitsfonds.

(6) Die Mittel gemäß Art. 28 Abs. 2 Z 4 mit Ausnahme der Vorweganteile gemäß Art. 27 Abs. 3 Z 1 lit. a bis c, allenfalls für die Zwecke gemäß Art. 27 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.

(7) Die Mittel gemäß Art. 28 Abs. 2 Z 5 – mit Ausnahme der Vorweganteile gemäß Art. 27 Abs. 3 Z 1 lit. d bis g – sind zur Hälfte entsprechend der aufgrund der Volkszählung 2001 auf drei Dezimalstellen kaufmännisch gerundet errechneten Prozentsätze und zur Hälfte unter Anwendung des folgenden Gesamtschlüssels (Basis: LKF-Punkteverteilung 2005) an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen:

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

8. Abschnitt

Reallokation der Finanzmittel zur Optimierung der Versorgung

Art. 30

Zweckwidmung von Mitteln für sektorenübergreifende und überregionale Vorhaben

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, zur Mittelreallokation geeignete Finanzierungsinstrumente einzurichten, um gemeinsam im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit definierte Vorhaben der Gesundheitsreform zu folgenden Themenbereichen umzusetzen:

1. Stärkung der ambulanten Versorgung insbesondere der Primärversorgung gemäß den Vorgaben des Primärversorgungsgesetzes und
2. Aufbau bzw. Entwicklung von neuen überregionalen Versorgungsangeboten und überregional erforderlicher Infrastruktur sowie gemeinsam vereinbarte Finanzierungsösungen für Medikamente.

Art. 31

Finanzierung von sektorenübergreifenden Vorhaben

(1) Die Vertragspartner kommen überein, finanzielle Mittel gemäß den nachstehenden Bestimmungen zur Finanzierung von sektorenübergreifenden Vorhaben zweckzuwidmen, die auf eine Stärkung der ambulanten Versorgung, insbesondere den Aufbau der Primärversorgung, die primär in die Zuständigkeit der Sozialversicherung fällt, sowie den Aufbau von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten in der ambulanten Fachversorgung, abstellen. Es wird angestrebt, über die Laufzeit dieser Vereinbarung bis 2020 für diese Zwecke insgesamt 200 Millionen Euro zweckzuwidmen. Die Vorhaben erfolgen entsprechend der Planungsentscheidungen im RSG (projektbezogen) und haben zur Verbesserung der Versorgung und zur Spitalsentlastung beizutragen. Im Bereich der Primärversorgung wird als Ziel die Realisierung von zumindest 75 Primärversorgungseinheiten bis zum Ende der Laufzeit dieser Vereinbarung angestrebt.

(2) Die Mittel dienen bei diesen Vorhaben ausschließlich zur Abdeckung des Finanzierungsbedarfs für folgende Finanzierungsinhalte:

1. Zuzahlung zur Anschubfinanzierung bei neuen Vorhaben (z. B. einmalige Investitionskosten zur Schaffung notwendiger Infrastruktur)
2. Zuzahlung zur Finanzierung des Mehraufwands gegenüber dem Status Quo (z. B. dauerhafte Finanzierungsregelung für Primärversorgungseinheiten zur Abdeckung des erweiterten Leistungsangebots durch Integration weiterer Berufsgruppen)

(3) Die Krankenversicherungsträger verpflichten sich auf Landesebene Mittel für die in den RSG gemeinsam festgelegten Vorhaben gem. Abs. 1 nachhaltig sicherzustellen. Dabei ist zu gewährleisten,

dass in allen Bundesländern und von allen Krankenversicherungsträgern im Rahmen der vorhandenen Honorarvolumina für ärztliche Hilfe (dazu zählen auch Gesamtausgabenbegrenzungen, Gesamtvergütungen u.ä.) entsprechende Mittel für diese Vorhaben zur Verfügung gestellt werden können.

(4) Die Länder verpflichten sich, auf Landesebene Mittel zur Kofinanzierung von in den RSG gemeinsam festgelegten Vorhaben gem. Abs. 1 nachhaltig sicherzustellen. Mehraufwendungen für Leistungen, die in die Zuständigkeit der Länder fallen, werden jedenfalls durch die Länder bedeckt.

(5) Die Festlegung der konkreten Vorhaben (gemäß RSG) sowie die Entscheidung über die Finanzierungsaufteilung erfolgt individuell projektbezogen und einvernehmlich in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission und hat die Verbesserung der Versorgung und die Spitalsentlastung zu berücksichtigen.

(6) Zur Sicherstellung einer möglichst bundesweit einheitlichen Vorgehensweise legt die Bundes-Zielsteuerungskommission Richtlinien über die wesentlichen Eckpunkte für die Verwendung der Mittel gemäß Abs. 1 fest.

(7) Zur Unterstützung bei der Umsetzung von konkreten Vorhaben gemäß Abs. 1 wird beim Hauptverband eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die aus Vertreterinnen/Vertretern der in der Bundes-Zielsteuerungskommission vertretenen Partnern besteht und von einer Vertreterin/einem Vertreter des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums geleitet wird.

(8) Im Rahmen des Monitoring gemäß Art. 18 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit erfolgt regelmäßig ein Bericht über den Stand der Umsetzung der Vorhaben gemäß Abs. 1.

Art. 32

Finanzierung von überregionalen Vorhaben

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, finanzielle Mittel gemäß den nachstehenden Bestimmungen zur Finanzierung von Vorhaben zum Aufbau von überregionalen Versorgungsangeboten zweckzuwidmen.

(2) Diese Mittel sind für folgende Zwecke einzusetzen:

1. Vorhaben zum Aufbau von neuen überregionalen Versorgungsangeboten, wie z. B.
 - a) Isoliereinheiten für hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen (HKLE, z. B. Ebola)
 - b) Expertisezentren für ausgewählte Gruppen von seltenen Erkrankungen
 - c) neue Leistungsangebote im Rahmen der Überregionalen Versorgungsplanung (ÜRVP gemäß ÖSG, z. B. Schwerbrandverletztenversorgung)
2. Aufbringung des Anteils der Länder an der Finanzierung von Vorhaben zum Aufbau von überregional erforderlicher Infrastruktur, sofern dafür nicht bereits eigene Finanzierungsregeln vereinbart sind, wie z. B.
 - a) Telefon- und webbasiertes Erstkontakt- und Beratungsservice (TEWEB)
 - b) weitere Telegesundheitsdienste
3. Aufbringung des Anteils der Länder an der Finanzierung von Leistungen zur Durchführung Molekulargenetischer Analysen zur Identifikation von Familien mit erblichem Brust- und Eierstockkrebs (BRCA 1,2) einschließlich humangenetischer Beratungen durch Zentren für Humangenetik
4. Aufbringung des Anteils der Länder an der Finanzierung von Medikamenten im Falle einer gemeinsam vereinbarten sektorenübergreifenden und/oder überregionalen Finanzierungslösung

(3) Die Mittel dienen bei diesen Vorhaben insbesondere zur Abdeckung des Finanzierungsbedarfs für folgende Finanzierungsinhalte:

1. Anschubfinanzierung bei neuen Vorhaben (z. B. einmalige Investitionskosten zur Schaffung notwendiger Infrastruktur – HKLE, TEWEB)
2. Finanzierung des Mehraufwands gegenüber dem Status Quo (z. B. entstehender Aufwand für Krankenanstaltenträger bei Auftreten eines HKLE-Falles)
3. Finanzierung des Länderanteils für Leistungen gemäß Abs. 2 Z 2 bis 4

(4) Für die Finanzierung dieser Vorhaben werden von der Bundesgesundheitsagentur über die Laufzeit 2017 bis 2020 Mittel im Höchstausmaß von jährlich 10 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Die Aufbringung dieser Mittel erfolgt entsprechend den Bestimmungen des Art. 27 Abs. 3 Z 2 lit. d.

(5) Anträge zu den Vorhaben gemäß Abs. 2 Z 1 und 2 können von den Zielsteuerungspartnern in der Bundes-Zielsteuerungskommission eingebracht werden. Diese Anträge haben eine Beschreibung des konkreten Vorhabens und deren Finanzierungsbedarf gemäß Abs. 3 im Hinblick auf Anschubfinanzierung und Mehraufwand im Vergleich zur bisherigen Versorgungssituation zu beinhalten.

(6) Durch die Bundes-Zielsteuerungskommission sind Grundsätze für die Verwendung und die Abrechnung dieser zweckgewidmeten Mittel zu beschließen. Unter der Voraussetzung, dass diese Vorhaben diesen Grundsätzen entsprechen, gibt die Bundes-Zielsteuerungskommission die entsprechenden Mittel für diese Vorhaben frei.

(7) Die Abrechnung der Mittel erfolgt auf Grundlage der von der Bundes-Zielsteuerungskommission festgelegten Grundsätze gemäß Abs. 6 und ist von der Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur durchzuführen.

(8) Sofern in einzelnen Jahren der Laufzeit dieser Vereinbarung das Höchstausmaß von 10 Millionen Euro nicht ausgeschöpft wird, so kann dieser Differenzbetrag bis zu einem Betrag von insgesamt 20 Millionen Euro zweckgewidmet für Mittelverwendungen in den Folgejahren einer Rücklage zugeführt werden. Am Ende der Laufzeit nicht für konkrete Vorhaben gebundene und nicht verbrauchte Mittel fließen an die Landesgesundheitsfonds.

9. Abschnitt

Weitere Finanzierungsmaßnahmen

Art. 33

Mittel für die GÖG und Finanzierung von Projekten und Planungen

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

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

(3) Für die Finanzierung von Projekten, Planungen und krankenhauserlastenden Maßnahmen kann jeder Landesgesundheitsfonds jährlich Mittel bis zum Höchstausmaß von 7% der ihm gemäß Art. 28 Abs. 1 Z 1, 2, 3 und 6 zur Verfügung stehenden Mittel verwenden. Über die Höhe und die Verwendung dieser Mittel entscheidet die Gesundheitsplattform auf Länderebene.

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

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

(6) Auf der Grundlage des bestehenden Finanzierungsmodells für ELGA werden in der Laufzeit dieser Vereinbarung für den Betrieb, die Wartung und die Weiterentwicklung von ELGA gemäß Art. 7 Abs. 3 maximal 41 Mio. Euro zu gleichen Anteilen von den Vertragsparteien und der Sozialversicherung zur Verfügung gestellt. Gemeinsames Verständnis ist dabei, dass die Aufbringung dieser Mittel nicht linear verteilt über die einzelnen Kalenderjahre erfolgen muss und eine laufende wechselseitige Information im Sinne eines Kosten- und Risikocontrollings implementiert wird. Die Aufbringung der Länderanteile erfolgt im Rahmen des Vorwegabzugs gemäß Art. 27 Abs. 3 Z 2 lit. e. Abweichend davon verständigen sich die Vertragsparteien darauf, dass die Finanzierung von gemeinsamen Maßnahmen gemäß Art. 7 Abs. 3 Z 6 (Informationstätigkeit ELGA), Abs. 4 und 5 nicht im oben genannten Betrag enthalten ist, sondern jeweils gesondert von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen werden muss.

Art. 34

Förderung des Transplantationswesens

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

1. Im Bereich des Organspendewesens ist die Kontinuität im Spenderinnen- und Spenderaufkommen auf hohem Niveau sicherzustellen. Darüber hinaus ist eine Steigerung der

Anzahl der Organspender anzustreben (auf ca. 30 Organspenderinnen/Organspender pro Mio. EW).

2. Im Bereich des Stammzelltransplantationswesens ist dafür zu sorgen, dass Spenderinnen/Spender in ausreichender Zahl registriert sind und zur Verfügung stehen. Das Vorgehen sowie die Zusammenarbeit aller daran beteiligten Institutionen für Spenderinnen/Spender und Patientinnen/Patienten hat so sicher und wirksam wie möglich zu erfolgen. Die Feststellung, ob das nationale Spendervolumen als ausreichend zu betrachten ist, obliegt dem bei der GÖG eingerichteten Transplantationsbeirat (Bereich Stammzellspende).

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

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

zu gewährleisten.

(3) Diese Clearingstelle ist jährlich mit 3,4 Millionen Euro zu dotieren. Die Aufbringung der Mittel erfolgt entsprechend dem Art. 27 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 GÖG/ÖBIG-Transplant (Bereich Organspende);
2. Im Bereich des Stammzellspendewesens sind insbesondere folgende Maßnahmen durchzuführen:
 - a) Förderung der HLA-Typisierung; Festlegung der Zahl der jährlich zu fördernden HLA-Typisierungen sowie deren Aufteilung auf die geeigneten Leistungserbringer jährlich im Voraus auf Expertenvorschlag vom Transplantationsbeirat der GÖG (Bereich Stammzellspende);
 - b) Förderung der Suche und Betreuung von Stammzellspendern;
 - c) Mittel für die Abdeckung der Aufwendungen von GÖG/ÖBIG-Transplant (Bereich Stammzellspende).
3. Der Förderungsgeber kann auf Vorschlag des in der GÖG eingerichteten Transplantationsbeirates (für den jeweiligen Bereich) beschließen, die Mittel auch für andere als unter Z 1 und 2 genannten Maßnahmen einzusetzen.
4. Die Abrechnung der Beitragsleistungen hat jeweils bis 30. Juni des Folgejahres zu erfolgen. Allenfalls nicht ausgeschöpfte Mittel sind entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 2001 an die einzelnen Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

(5) Die Bundes-Zielsteuerungskommission 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.

Art. 35

Finanzierung überregional bedeutsamer Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie Behandlungsmaßnahmen

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, zur Förderung wesentlicher Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie Behandlungsmaßnahmen mit überregionaler Bedeutung, insbesondere mit

Bezug zu den Rahmen-Gesundheitszielen und zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen im Sinne des Art. 33 Abs. 1 im Rahmen der Bundesgesundheitsagentur jährlich Mittel im maximalen Ausmaß von 3,5 Millionen Euro zur Verfügung zu stellen.

(2) Die geförderten Maßnahmen haben sich an den von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen und allenfalls von der Bundes-Zielsteuerungskommission weiterentwickelten Grundsätzen der Mittelvergabe und den Vergabe- und Qualitätskriterien der „Strategie zur Verwendung der Vorsorgemittel“ zu orientieren. Des Weiteren sind auch ergänzende von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossene Richtlinien einzuhalten. Die Maßnahmen haben der Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele zu dienen.

(3) Die Verwendung dieser Mittel bedarf der Beschlussfassung der Vertragsparteien und der Sozialversicherung in der Bundes-Zielsteuerungskommission.

(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.

Art. 36

Evaluierung von Vorsorgemaßnahmen

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

10. Abschnitt

Gesonderte Finanzierungsbestimmungen

Art. 37

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.

(3) Diese Darstellungen haben insbesondere den Anforderungen der Finanzzielsteuerung gemäß Art. 15 bis 17 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit zu entsprechen.

Art. 38

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.

Art. 39

Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge

Die Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge um 0,1% bleibt während der Laufzeit dieser Vereinbarung aufrecht. Die Aufteilung der daraus resultierenden Mehreinnahmen zwischen den Ländern und der Sozialversicherung ist entsprechend der Vereinbarung über den Finanzausgleich 2005 bis 2008 vorzunehmen.

Art. 40

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.

Art. 41

Streichung der Selbstbehalte für Kinder und Jugendliche

Bund und Länder kommen überein, für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei stationären Krankenhausaufenthalten die Verpflichtung zur Leistung von Selbstbehalten sowohl im KAKuG als auch im SV-Recht zu streichen.

Art. 42

Finanzierung von Lehrpraxen

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, die zur Attraktivierung des Berufsbildes des Arztes/der Ärztin für Allgemeinmedizin, insbesondere im niedergelassenen Bereich, geschaffene und verpflichtende Ausbildung in Lehrpraxen unter nachfolgenden Voraussetzungen gemeinsam zu fördern:

1. Abschluss eines Gesamtvertrages durch den Hauptverband der Sozialversicherungsträger und die Österreichische Ärztekammer über Art, Umfang und Grundsätze der Verrechnungbarkeit jener Leistungen, welche von Ausbildungsärzten in Lehrpraxen erbracht werden
2. Etablierung einer bundesweit einheitlichen Förderung von Lehrpraxen sowie eines bundesweiten Reglements für die Verteilung der förderbaren und geförderten Lehrpraxen auf das Bundesgebiet.
3. Die Verteilung der förderbaren und geförderten Lehrpraxen entspricht dem Nachbesetzungsbedarf (intra- und extramural) in den jeweiligen Ländern.
4. Auf Länderebene erfolgt:
 - a) die konkrete Verteilung und Auswahl der förderbaren und geförderten Lehrpraxen;
 - b) die Festlegung über das Dienstverhältnis bzw. die Dienstzuteilung der Lehrpraktikanten;
 - c) die Abrechnung der gemeinsamen Förderung der Lehrpraxen.

(2) Folgende Grundsätze für die gemeinsame Förderung werden vereinbart:

1. Die Förderung bezieht sich auf eine Lehrpraxisdauer von höchstens sechs Monaten und eine Lehrpraxistätigkeit von 30 Wochenstunden.
2. Die Förderung wird wie folgt getragen:
 - a) Der Bund, die Sozialversicherungsträger sowie das jeweilige Land tragen zu jeweils gleichen Anteilen insgesamt 75vH der Gehaltsaufwendungen der LehrpraktikantInnen für deren Tätigkeit in den Lehrpraxen.
 - b) Dem Bund wird die Option eingeräumt, bis zum 30. September eines jeden Jahres mitzuteilen, dass im Folgejahr abweichend von lit. a die gemeinsame Förderung insgesamt höchstens 70vH der Gehaltsaufwendungen beträgt und die Anteile des Bundes höchstens 10vH der Gehaltsaufwendungen betragen. Im Falle der Ausübung dieses Optionsrechtes tragen die Sozialversicherungsträger sowie das jeweilige Land jeweils 30vH der Gehaltsaufwendungen.
 - c) Das Optionsrecht ist bis zum Ablauf des Jahres 2022 befristet.

11. Abschnitt

Zusammenwirken der Institutionen

Art. 43

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. 23 Abs. 3 und 4, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich einschließlich der durch den medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen für Versicherte und anspruchsberechtigte Angehörige der Träger der Sozialversicherung zur Gänze abgegolten.

(2) Unter den Leistungen der Sozialversicherung sind

1. im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung nur die auf Grund des § 189 Abs. 3 ASVG (bzw. der analogen Regelungen in den übrigen Sozialversicherungsgesetzen) – mit Ausnahme der Ambulanzleistungen der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt – sowie
2. im Bereich der gesetzlichen Pensionsversicherung nur die auf Grund der §§ 302 Abs. 3 und 307d ASVG (bzw. der analogen Regelungen in den übrigen Sozialversicherungsgesetzen) bisher erbrachten Leistungen zu verstehen, wobei das Volumen der Leistungen, die von den Landesgesundheitsfonds abgegolten werden, 2007 im Vergleich zum entsprechenden

Leistungsvolumen des Jahres 1994 zu überprüfen und der Betrag der Träger der Sozialversicherung für diese Leistungen gegebenenfalls entsprechend dieser Überprüfung nachzujustieren ist.

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

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

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

(6) Die Landesgesundheitsfonds übernehmen die finanziellen Leistungsverpflichtungen der Träger der Sozialversicherung gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten, soweit dem Grunde nach Ansprüche von Vertragseinrichtungen gemäß Art. 23 Abs. 3 bereits im Jahre 1996 bestanden haben. Art. 23 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 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 Sozialversicherungsträger haben auf elektronischem Weg den Landesgesundheitsfonds auf Anforderung die zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigten Daten in entsprechend aufbereiteter und nachvollziehbarer Form zu übermitteln.

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

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

(12) 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.

(13) 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. Es wird angestrebt, dass im Fall von Medikationsempfehlungen,

wenn nicht medizinische Gründe dagegen sprechen, anstatt der Bezeichnung der Arzneyspezialität die Bezeichnung des Wirkstoffes (INN) angegeben wird.

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

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

Art. 44

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. 27 Abs. 3 Z 2 lit. f in dem Ausmaß zu ersetzen, als diese Kosten einen bestimmten Betrag übersteigen. Dieser Betrag ist für 2008 auf Basis des Betrages 2006 (Art. 39 Abs. 2 der Vereinbarung BGBl. I Nr. 73/2005) zuzüglich den Erhöhungen gemäß den vorläufigen Hundertsätzen 2007 und 2008 zu berechnen, wobei die Mehreinnahmen aus dem Budgetbegleitgesetz 2003 in die Hundertsätze einzurechnen sind. Die vorläufigen und endgültigen Beträge ergeben sich in analoger Anwendung der Valorisierungsbestimmungen gemäß Art. 28 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 Bundes-Zielsteuerungskommission halbjährlich aktuell über Art und Umfang der gemäß Abs. 2 für Anstaltspflege im Ausland erbrachten Leistungen zu berichten.

12. Abschnitt Sanktionen

Art. 45

Sanktionen intramuraler Bereich

(1) Der Sanktionsmechanismus für den Krankenanstaltenbereich wird fortgeführt.

(2) Bei maßgeblichen Verstößen gegen einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien festgelegte Pläne (zB Österreichischer Strukturplan Gesundheit) und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität

oder der Dokumentation hat die Bundesgesundheitsagentur den entsprechenden Länderanteil an den Mitteln gemäß Art. 28 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.

Art. 46

Sanktionen extramuraler Bereich

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

13. Abschnitt

Sonstige Bestimmungen

Art. 47

Schutzklausel für Bund und Träger der Sozialversicherung

(1) Die Länder verpflichten sich im Rahmen ihrer Kompetenz dafür zu sorgen, dass für die Vereinbarungsdauer keine über diese Vereinbarung hinausgehenden finanziellen Forderungen betreffend die Krankenanstalten im Sinne des Art. 23 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.

Art. 48

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.

Art. 49

Schiedskommission

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

1. Entscheidung über den Abschluss von Verträgen zwischen Trägern öffentlicher Krankenanstalten außerhalb der Landesgesundheitsfonds, die zum Zeitpunkt 31. Dezember 1996 bestanden haben, und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
2. Entscheidungen über Streitigkeiten aus zwischen den Trägern der in Art. 23 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. 45) gründen.
- (2) Den Schiedskommissionen gehören folgende auf vier Jahre bestellte Mitglieder an:
1. Eine/Ein von der/vom Präsidentin/Präsidenten des jeweiligen Oberlandesgerichtes bestellte/r RichterIn/Richter aus dem Aktivstand der zum Sprengel des jeweiligen Oberlandesgerichtes gehörenden Gerichte, der den Vorsitz übernimmt;
 2. ein vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger 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.

14. Abschnitt

Rechtliche Umsetzung

Art. 50

Gesetzliche Regelungen auf Bundesebene

- (1) Zur Transformation dieser Vereinbarung und Sicherstellung der Durchführung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit hat der Bund insbesondere nachfolgende gesetzliche Regelungen vorzusehen.
- (2) Zur Stärkung der Primärversorgung gemäß Art. 6 Abs. 1 werden rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen.
- (3) Im Bundesgesetz über die Zielsteuerung-Gesundheit erfolgt jedenfalls die Integration von Planungsbestimmungen zur Umsetzung der in Art. 5 Abs. 9 bis 12 vorgesehenen Maßnahmen bei gleichzeitigem Entfall des § 18 Abs. 2 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz.
- (4) Im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz erfolgt jedenfalls
 1. Anpassung der Krankenanstaltentypologie an die neuen Planungsgrundsätze:
 - a) Standardkrankenanstalt: mindestens zwei Abteilungen, davon eine für Innere Medizin; weiters muss zumindest eine ambulante Basis-Akutversorgung im Bereich Chirurgie/Unfallchirurgie gewährleistet werden, wobei die Landesgesetzgebung festlegen kann, dass dies auch durch Kooperation mit anderen nahe gelegenen Gesundheitsdiensteanbietern möglich ist,
 - b) Entfall der Standardkrankenanstalten der Basisversorgung,
 - c) Schwerpunktkrankenanstalt: Entfall des Sonderfaches Haut- und Geschlechtskrankheiten als Pflichtfach und Erweiterung von § 2a Abs. 3 letzter Satz auf sonstige Einrichtungen,
 - d) Mehrstandortkrankenanstalt: standortbezogene Festlegung der Versorgungsstufe mit allen daraus entstehenden Rechtsfolgen (z. B. ärztliche Anwesenheit pro Standort) in den Verordnungen gemäß Art. 5 Abs. 10 oder mit Bescheid und
 - e) Umsetzung des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) hinsichtlich der reduzierten Organisationsformen,
 2. Änderungen im Bereich des krankenanstaltenrechtlichen Bewilligungsverfahrens:
 - a) Regelungen zum Entfall der Bedarfsprüfung, jedenfalls für ausschließlich nicht erstattungsfähige Leistungen (z. B. „Schönheitschirurgie“),
 - b) bei verbindlich durch Verordnungen gemäß Art. 5 Abs. 9 und 10 geplanten Leistungsbereichen im ÖSG oder RSG ist vorzusehen, dass ein Feststellungsbescheid über die Plankonformität das Bedarfsprüfungsverfahren ersetzt und

- c) verfahrensrechtliche Abstimmungen des krankenanstaltenrechtlichen Bedarfsprüfungs- und Errichtungsbewilligungsverfahrens mit einem vom Antragssteller angestrebten Kassenvertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung sowie
3. sonstige notwendige Regelungen zur Umsetzung dieser Vereinbarung (z. B. Bundesgesundheitsagentur).
- (5) Im Sozialversicherungsrecht erfolgt:
1. Vorsehen, dass die Kündigung eines § 2-Kassenvertrages die Kündigung sämtlicher Einzelverträge bewirkt und
 2. sonstige Anpassungen an diese Vereinbarung, insbesondere im Zusammenhang mit Datenaustausch.
- (6) In den Berufsrechten erfolgt:
1. eine Flexibilisierung der Ärzteausbildung,
 2. Anpassung der Notärzteausbildung an die neue Ausbildungsordnung und
 3. Anpassung der Berufsgesetze hinsichtlich Art. 6 Abs. 2 Z 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit.
- (7) Die erforderlichen bundesgesetzlichen Bestimmungen zur Umsetzung der in Art. 14 Abs. 3 Z 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit im Zusammenhang mit Medikamenteneinkauf und -bewirtschaftung genannten Maßnahmen werden geschaffen.
- (8) Es erfolgt eine rechtliche Klarstellung, dass notärztliche Tätigkeiten im Sinne des § 2 Abs. 2 FSVG nicht auf Arbeitshöchstgrenzen nach dem KA-AZG anzurechnen sind.
- (9) Im Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes erfolgt die Umsetzung der in Art. 12 vereinbarten Maßnahmen sowie die Verankerung der Amtsärzteausbildung/Physikatsprüfung neu (Online-Kurs) im Dienstrecht.
- (10) Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG)

Art. 51

Gesetzliche Regelungen auf Landesebene

Zur Transformation dieser Vereinbarung und Sicherstellung der Durchführung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit haben die Länder insbesondere nachfolgende gesetzliche Regelungen vorzusehen:

1. Die Umsetzung dieser Vereinbarung in den einschlägigen Landesgesetzen, insbesondere die Verpflichtung der Umsetzung der Vorgaben des ÖSG und der RSG gemäß Art. 5 Abs. 9 bis 12,
2. die Anpassung der Landeskrankenanstaltengesetze an die in Art. 50 vorgesehenen Änderungen des KAKuG,
3. die erforderlichen landesgesetzlichen Bestimmungen zur Umsetzung der in Art. 14 Abs. 3 Z 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit im Zusammenhang mit Medikamenteneinkauf und -bewirtschaftung genannten Maßnahmen und
4. im Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes die Umsetzung der in Art. 12 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit vereinbarten Maßnahmen sowie die Verankerung der Amtsärzteausbildung/Physikatsprüfung neu (Online-Kurs) im Dienstrecht.

15. Abschnitt

Schlussbestimmungen

Art. 52

Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt nach Einlangen der Mitteilungen aller Vertragsparteien beim für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium, dass die nach der Bundesverfassung bzw. nach den Landesverfassungen erforderlichen Voraussetzungen für das Inkrafttreten erfüllt sind, mit 1. Jänner 2017 in Kraft. Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 199/2013, tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2016 außer Kraft.

Art. 53

Geltungsdauer und Kündigung

(1) Diese Vereinbarung wird unter Verzicht auf ein Kündigungsrecht für die Dauer der Geltung des Finanzausgleichsgesetzes 2017 (FAG 2017), BGBl. I Nr. XX/2016, in der derzeit geltenden Fassung, jedenfalls aber bis zum 31. Dezember 2020 abgeschlossen. Wird die Geltungsdauer des FAG 2017 auf Basis einer Einigung zwischen dem Bund und den Ländern über den Finanzausgleich verlängert, so wird auch die Geltungsdauer dieser Vereinbarung unter Verzicht auf ein Kündigungsrecht auf denselben Zeitraum erstreckt. Finanzielle Festlegungen in dieser Vereinbarung, die bis zum Jahr 2020 geregelt sind, werden für das Jahr 2021 und gegebenenfalls für alle weiteren Jahre bei einer Verlängerung des Finanzausgleichs entsprechend fortgeschrieben.

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

(3) 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 dann die für die Laufzeit der Vereinbarung vorgesehenen zusätzlichen Mittel nicht zur Verfügung gestellt werden würden.

Art. 54

Durchführung der Vereinbarung

(1) Die zur Durchführung dieser Vereinbarung notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen sind rückwirkend mit 1. Jänner 2017 in Kraft zu setzen.

(2) Alle bundes- und landesgesetzlichen Regelungen, die im Widerspruch zu dieser Vereinbarung stehen, sind mit 1. Jänner 2017, für die Laufzeit dieser Vereinbarung außer Kraft zu setzen.

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

1. Ein bestelltes Mitglied der mit dem G-ZG, BGBl. I Nr. 81/2013, eingerichteten Bundes-Zielsteuerungskommission ist so lange Mitglied der auf Grund dieser Vereinbarung einzurichtenden Bundes-Zielsteuerungskommission, bis für dieses ein anderes Mitglied bestellt wird.
2. Beschlüsse der mit dem G-ZG eingerichteten Bundes-Zielsteuerungskommission oder Bundesgesundheitskommission und daraus abgeleitete Rechte und Verbindlichkeiten bleiben aufrecht, sofern die auf Grund dieser Vereinbarung einzurichtende Bundes-Zielsteuerungskommission nichts Gegenteiliges beschließt.
3. Das Vermögen der mit der KAKuG-Novelle, BGBl. I Nr. 81/2013, eingerichteten Bundesgesundheitsagentur geht mit allen Rechten und Verbindlichkeiten auf die auf Grund dieser Vereinbarung einzurichtende Bundesgesundheitsagentur über.
4. Auf einen Regressanspruch der/des Bundesgesundheitsagentur/Landesgesundheitsfonds gegen Mitglieder der Bundesgesundheitskommission/Landesgesundheitsplattformen, Mitglieder der Bundes-Zielsteuerungskommission/Landes-Zielsteuerungskommissionen und Mitglieder des Ständigen Koordinierungsausschusses ist das Dienstnehmerhaftpflichtgesetz (BGBl. Nr. 80/1965 i.d.F. BGBl. Nr. 169/1983) sinngemäß anzuwenden.

Art. 55

Urschrift

Diese Vereinbarung wird in einer Urschrift ausgefertigt. Die Urschrift wird beim für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium hinterlegt. Dieses hat allen Vertragsparteien beglaubigte Abschriften der Vereinbarung zu übermitteln.

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

Einbringende Stelle: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Laufendes Finanzjahr: 2016

Inkrafttreten/ 2017
Wirksamwerden:

Vorblatt

Ziele

- Abschluss einer neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG im Zusammenhang mit dem Finanzausgleich für die Jahre 2017 bis 2021 unter Berücksichtigung der Erfordernisse der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit bei gleichzeitiger grundsätzlicher Beibehaltung der bisherigen Finanzierungssystematik.

Inhalt

Das Vorhaben umfasst hauptsächlich folgende Maßnahme(n):

- Festlegungen zu den Thematiken Gesundheitsplanung, Qualität, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitsförderung, Gesundheitstelematik, Leistungsorientierte Finanzierung und Dokumentation sowie zur Reallokation von Finanzmitteln zur Optimierung der Versorgung
- Regelungen hinsichtlich der Organisation und Entscheidungsstrukturen auf Bundes- und Landesebene
- Umsetzung des Finanzausgleiches für die Jahre 2017 bis 2021 im Gesundheitsbereich

Wesentliche Auswirkungen

Unterstützung bzw. Ermöglichung einer effektiven und effizienten Umsetzung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit.

In den weiteren Wirkungsdimensionen gemäß § 17 Abs. 1 BHG 2013 treten keine wesentlichen Auswirkungen auf.

Verhältnis zu den Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

Die vorgesehenen Regelungen fallen nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:

Keine.

Wirkungsorientierte Folgenabschätzung

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

Problemanalyse

Problemdefinition

Außerkräfttreten der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 199/2013, und Anpassungsbedarf aufgrund des Abschlusses des Finanzausgleiches für die Jahre ab 2017.

Nullszenario und allfällige Alternativen

Der Abschluss dieser Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG ist mit dem Abschluss des neuen Finanzausgleichs (für die Jahre 2017 bis 2021) paktiert und wesentliche Voraussetzung für die Fortsetzung der Zielsteuerung-Gesundheit entsprechend der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit. Ohne Abschluss dieser Vereinbarung wäre die Finanzierung der Krankenanstalten nicht sichergestellt. Aus diesen Gründen gibt es zum Abschluss dieser Vereinbarung keine Alternativen.

Interne Evaluierung

Zeitpunkt der internen Evaluierung: 2017

Ziele

Ziel 1: Abschluss dieser Vereinbarung zur Umsetzung des Finanzausgleiches für die Jahre 2017 bis 2021 im Gesundheitsbereich

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 199/2013, tritt mit 31. Dezember 2016 außer Kraft.	Eine neue Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zur Umsetzung des Finanzausgleichs für die Jahre 2017 bis 2021 im Gesundheitsbereich ist abgeschlossen.

Maßnahmen

Maßnahme 1: Abschluss dieser Vereinbarung zur Umsetzung des Finanzausgleiches für die Jahre 2017 bis 2021

Beschreibung der Maßnahme:

Abschluss dieser Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zur Umsetzung des Finanzausgleiches für die Jahre 2017 bis 2021 unter Berücksichtigung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit.

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 199/2013, tritt mit 31. Dezember 2016 außer Kraft.	Eine neue Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zur Umsetzung des Finanzausgleichs für die Jahre 2017 bis 2021 im Gesundheitsbereich ist abgeschlossen.

ERLÄUTERUNGEN

Allgemeiner Teil

Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 199/2013, tritt mit 31. Dezember 2016 außer Kraft. Für die Jahre 2017 bis 2021 wurde ein neuer Finanzausgleich abgeschlossen.

Zur Umsetzung des Finanzausgleiches für die Jahre 2017 bis 2021 ist der Abschluss einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der gleichzeitig abzuschließenden Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit erforderlich. Die bisherige Finanzierungssystematik bleibt grundsätzlich unverändert aufrecht.

Inhaltliche Schwerpunkte dieser Vereinbarung in wechselseitiger Übereinstimmung mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und unter besonderer Berücksichtigung der Patientenorientierung sind insbesondere:

1. Intensivierung der erforderlichen Strukturveränderungen im intra- und extramuralen Bereich,
2. sektorenübergreifende Finanzierung von ambulanten Leistungen,
3. Forcierung der Maßnahmen zur Sicherstellung einer integrativen und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens,
4. zur Effektivitäts- und Effizienzsteigerung eine flächendeckende verbindliche Verankerung der Qualitätsarbeit auf allen Ebenen des Gesundheitswesens,
5. die Verbesserung des Nahtstellenmanagements zwischen den verschiedenen Leistungserbringern,
6. Unterstützung der Arbeiten zum Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (e-Health, z.B. ELGA, eCard, Telegesundheitsdienste),
7. bei der gemeinsamen Steuerung und Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens ist der Grundsatz zu beachten, dass die für die Planung zuständigen Entscheidungsträger auch für die Finanzierung verantwortlich sein müssen und dass zwischen den Gesundheitssektoren das Prinzip „Geld folgt Leistung“ gilt,
8. Berücksichtigung von Public Health-Grundsätzen insbesondere mit Hinblick auf Prävention und Versorgung von chronischen Krankheiten wie zum Beispiel Diabetes Mellitus Typ II oder Demenz sowie Forcierung einer wirkungsorientierten Gesundheitsförderung.

Zur Realisierung dieser Schwerpunkte wird weiterhin eine Bundesgesundheitsagentur auf Bundesebene und Landesgesundheitsfonds auf Länderebene zur regionen- und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und zur Sicherstellung einer gesamthaften Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens vorgesehen und die entsprechende Bereitstellung von Mitteln der Bundesgesundheitsagentur und der Landesgesundheitsfonds geregelt. Insbesondere werden auch Mittel zur Förderung des Transplantationswesens und zur Finanzierung wesentlicher Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung vorgesehen und es sollen zukünftig Mittel zur Stärkung der ambulanten Versorgung, insbesondere der Primärversorgung, sowie zum Aufbau von neuen überregionalen Versorgungsangeboten und zum Aufbau von überregional erforderlicher Infrastruktur zweckgewidmet werden.

Besonderer Teil

Zu Abschnitt 1:

Dieser Abschnitt beschreibt den Gegenstand und den Geltungsbereich dieser Vereinbarung und enthält einen Katalog von Begriffsbestimmungen.

Zu Abschnitt 2:

Zu Art. 4 Abs. 1 und 2:

Die Berücksichtigung der Versorgungswirksamkeit der jeweiligen Angebote und Versorgungseinrichtungen im Gesundheits- und im Sozialbereich in der integrativen Versorgungsplanung setzt entsprechend belastbare Datengrundlagen in qualitativer und quantitativer Hinsicht voraus.

Zu Art. 4 Abs. 7 Z 1:

Ziel ist die Sicherstellung des für die Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Gesundheitspersonals, bei gleichzeitiger Neuausrichtung der Aufgabenteilung im Hinblick auf die Aufgabenprofile der Gesundheitsberufe (Verbesserung des Skill-Mix und des Grade-Mix) und bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung einer hohen Behandlungsqualität.

Zu Art. 4 Abs. 7 Z 2:

Die Planung von Versorgungsstrukturen für die multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung und für die multiprofessionelle und interdisziplinäre ambulante Fachversorgung ist Gegenstand von Art. 6.

Zu Art. 4 Abs. 7 Z 5:

Unter der Planung der erforderlichen Personalressourcen ist eine „Meta-Planung“ auf gesamtstaatlicher Ebene zu verstehen (Health Workforce Planning).

Zu Art. 5 Abs. 3 Z 7:

Unter einem Versorgungsauftrag ist die Zuordnung von Aufgaben und Leistungen auf regionaler Ebene zur dafür im regionalen Kontext am besten geeigneten Anbieterstruktur zu verstehen.

Zu Art. 5 Abs. 3 Z 9:

Zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung mit hochspezialisierten komplexen Leistungen sollen im Rahmen einer verbindlichen überregionalen Versorgungsplanung (ÜRVP) eine überregionale Abstimmung der Ressourcen- und Leistungsangebotsplanung für ausgewählte Versorgungsbereiche vorgenommen werden (z.B. Herzchirurgie, Kinderherzzentren, Transplantationschirurgie, Schwerbrandverletztenversorgung, Sonderisolerstationen für hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen, u.a.m.).

Zu Art. 5 Abs. 3 Z 10 und 11:

Großgeräte mit überregionaler Bedeutung werden nicht mehr wie bisher auf der Landesebene sondern auf der Bundesebene geplant und vereinbart.

Zu Art. 5 Abs. 4 Z 4:

Zur Beobachtung der Entwicklung der überregionalen Versorgung und zur Entscheidungsunterstützung bei der Schaffung neuer oder Veränderung bestehender ÜRVP-Angebote werden Prozesse und Vorgehensweise im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit definiert. Wesentliche Änderungen der Leistungskapazitäten bzw. -volumina sollen zukünftig hinsichtlich ihrer Auswirkungen bundesländerübergreifend bzw. auf der Bundesebene im Rahmen der Bundes-Zielsteuerungskommission behandelt und mit den betroffenen Bundesländern abgestimmt werden.

Zu Art. 5 Abs. 6:

Revisionen des ÖSG umfassen die Überarbeitung und Aktualisierung grundsätzlich sämtlicher Inhalte des ÖSG, sofern ein Überarbeitungs- bzw. Aktualisierungsbedarf gegeben ist. Wartungen des ÖSG umfassen einzelne Teile oder Themenbereiche des ÖSG, die aufgrund des medizinischen Fortschritts oder sonstiger relevanter Entwicklungen an den aktuellen Entwicklungsstand anzupassen sind, ohne dass dadurch der gesamte ÖSG geändert wird. Ergänzungen des ÖSG umfassen die Integration von Inhalten bzw. Themenbereichen, die im jeweils gültigen ÖSG noch nicht enthalten sind.

Zu Art. 5 Abs. 7 Z 2:

Die Grobabschätzung des Bedarfs auf Basis der „Planungsrichtwerte für den gesamten ambulanten Bereich“ im ÖSG ersetzt nicht eine regionale sektorenübergreifende Angebotsplanung für die ambulante Versorgung. Daher sind eine detaillierte Bedarfsschätzung und Angebotsplanung auf regionaler Ebene

bzw. für Versorgungsregionen durchzuführen, wobei die lokalen Spezifika (inkl. Wechselwirkungen zwischen den Regionen wie z. B. Pendlerbewegungen) ebenso zu berücksichtigen sind wie die bundesweiten Vorgaben. In diesem Zusammenhang wird festgehalten, dass im RSG im ambulanten Bereich nicht auf Ebene der Leistungserbringer geplant wird. In dem so gesetzten Rahmen werden konkretere Festlegungen, z.B. von Ordinationsstandorten wie bisher dem Stellenplan belassen bleiben. Sofern im Rahmen von RSG – zu den im ÖSG ausgewiesenen „ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten“ (ÄAVE) analoge – Messgrößen (wie z.B. Standardversorgungseinheiten (SVE)) herangezogen werden, ist die bundesweite Vergleichbarkeit der Ergebnisse sicherzustellen.

Zu Art. 5 Abs. 7 Z 4:

Die im ÖSG enthaltene überregionale Versorgungsplanung (ÜRVP) ist, soweit die Versorgung des jeweiligen Bundeslandes betroffen ist, unverändert im RSG darzustellen. Unter Versorgungsgebiet ist hier die Summe der Versorgungsregionen, die gemäß Zuordnungstabelle im ÖSG von einem bestimmten Leistungsstandort zu versorgen sind, zu verstehen.

Zu Art. 5 Abs. 9 bis 12:

In diesen Bestimmungen wird zur Verbesserung der Transparenz festgelegt, dass der ÖSG und die RSG und deren Änderungen im Bundesgesetz- bzw. Landesgesetzblatt zu veröffentlichen sind. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung als normativ gekennzeichnete Teile des ÖSG bzw. einvernehmlich zwischen Ländern und Sozialversicherung als normativ gekennzeichnete Teile des RSG als verbindlich festgelegt und durch Verordnung kundgemacht werden.

Zu Art. 7:

Die Bedeutung des Einsatzes moderner Technologien im öffentlichen Gesundheitswesen wird in den Absätzen 1 und 2 durch die Nennung der damit verbundenen Zielsetzungen sowie durch Hervorhebung der organisations- bzw. grenzüberschreitenden Zusammenarbeit unterstrichen.

Der Rollout von ELGA soll weitgehend im Jahr 2017 abgeschlossen werden. Die ELGA GmbH wurde mit dem Fokus auf die Errichtung von ELGA gegründet und ist nach Abschluss dieser Maßnahmen zu einem effizienten Kompetenzzentrum für die Weiterentwicklung und die strategische Betriebskoordination von ELGA umzugestalten. Damit einhergehen muss erforderlichenfalls auch die Adaptierung ihrer gesellschaftsrechtlichen Grundlagen (Abs. 3 Z 1). Ausgehend von entsprechenden Erfahrungen aus dem laufenden Betrieb von ELGA soll der derzeit verteilte Betrieb der zentralen Komponenten und damit auch Aspekte der Architektur einer eingehenden Evaluierung unterzogen werden, um hinreichende Fakten für allenfalls vorzunehmende Nachjustierungen in technischer und ökonomischer Hinsicht zu erlangen. Dies ist nicht zuletzt auch deshalb unumgänglich, weil – wie schon durch das Gesundheitstelematikgesetz 2012 skizziert – Teile der für ELGA geschaffenen Infrastruktur auch anderen eHealth-Anwendungen zugänglich gemacht und damit Mehrwert generiert werden soll (Abs. 3 Z 2).

Unter dem Sammelbegriff „Telegesundheitsdienste“ werden vom „Markt“ zunehmend elektronische Gesundheitsservices entwickelt und zur Verfügung gestellt. Vom öffentlichen Gesundheitswesen werden vergleichbare Dienste zwar geplant, angesichts fehlender Rahmenbedingungen aber nur sehr zögerlich in die Regelversorgung übernommen. Der Grund dafür sind vor allem fehlende oder unzureichende technische und semantische Standards. Abs. 4 sieht daher im Wesentlichen die Erarbeitung gemeinsamer Rahmenbedingungen vor, um die Investitionssicherheit im öffentlichen Gesundheitssektor zu erhöhen.

Abs. 5 adressiert die Sensibilität von IKT-Anwendungen und Gesundheitsdaten in Bezug auf intern und extern induzierte Missbräuche, Missbrauchsversuche und Störungen. Wie in anderen Bereichen auch ist geplant, die für den Schutz kritischer Infrastrukturen des Gesundheitswesens notwendigen Kompetenzen und Ressourcen gemeinsam aufzubauen und bereitzustellen. Die organisatorische Nähe zu und die Zusammenarbeit mit bestehenden nationalen und internationalen Einrichtungen werden angestrebt.

Zu Abschnitt 3:

Zu Art. 8:

Der Begriff Gesundheitsdiensteanbieter umfasst alle Angehörigen eines gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufes und alle gesetzlich zugelassenen Organisationen, die Gesundheitsleistungen gemäß dem Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) erbringen (das GQG verwendet den Begriff Gesundheitsleistungserbringerinnen und -erbringer). Das GQG definiert Gesundheitsleistungen als Handlungen, die am oder für den Menschen erbracht werden und der Förderung, Bewahrung, Wiederherstellung oder Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes dienen.

Die Verpflichtung zur Einhaltung der Qualitätsstandards und zur Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen (z.B. Peer Reviews) ist in § 3 Abs. 1 GQG geregelt. § 3 Abs. 3 GQG legt ausdrücklich fest, dass die Abgeltung der Leistungen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems an die Einhaltung der essentiellen Qualitätsstandards, die unmittelbar für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten und den Behandlungserfolg maßgeblich sind, geknüpft ist.

Das Konzept zur Qualitätsmessung im ambulanten Bereich wurde im April 2016 von der Bundes-Zielsteuerungskommission abgenommen und wird derzeit in Pilotprojekten getestet und weiterentwickelt. Es soll sicherstellen, dass in Zukunft die Qualität auch bei niedergelassenen Ärzten in mit AIQI vergleichbarer Weise überprüft wird und insbesondere die Patientensicherheit und -zufriedenheit erhöht wird.

Zu Art. 9 Abs. 3:

Im Zusammenhang mit Wartezeiten verpflichtet § 5a Abs. 2 KAKuG die Landesgesetzgebung zur Einführung eines transparenten Wartelistenregimes. Laut KAKuG muss dieses Wartelistenregime in anonymisierter Form für elektive Operationen sowie für Fälle invasiver Diagnostik zumindest für die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie eingerichtet werden, sofern die jeweilige Wartezeit vier Wochen überschreitet. Die Landesgesetzgebung hat Kriterien für den Ablauf und die Organisation dieses Wartelistenregimes vorzusehen, wobei die Gesamtanzahl der pro Abteilung für den Eingriff vorgemerkten Personen und von diesen die der Sonderklasse angehörigen vorgemerkten Personen erkennbar zu machen sind. Gemäß Abs. 3 ist die für den Eingriff vorgemerkte Person auf ihr Verlangen über die gegebene Wartezeit zu informieren. Dabei ist nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten tunlichst eine Auskunftseinholung auf elektronischem Weg zu ermöglichen.

Zu Art. 9 Abs. 4:

Derzeit werden die Berichte zur Qualität im Gesundheitssystem einzeln veröffentlicht, z.B. die Berichte zur Bevölkerungsbefragung und zu den Qualitätssystemen in österreichischen Akutkrankenanstalten und Rehabilitationseinrichtungen. In Zukunft soll es einen sektorenübergreifenden Bericht geben. Dafür wurde im Rahmen der Arbeiten in der Zielsteuerung-Gesundheit ein erstes Konzept ausgearbeitet, mit dem Ziel, dass die politischen Entscheidungsträger in Zukunft durch den sektorenübergreifenden Qualitätsbericht einen Überblick über die Behandlung der Themen in den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens erhalten.

Zu Artikel 10:

Vorgesehen ist eine Fortführung und Weiterentwicklung der Arbeiten aus der vergangenen Zielsteuerungs-Periode auch unter Berücksichtigung einer Rechnungshof-Empfehlung (strategische Bündelung der Mittel im Sinne einer gemeinsamen Strategie). Bund und Länder haben sich dabei auch darauf verständigt, dass der Anteil der Mittel aus den Landesgesundheitsförderungsfonds, der für die priorisierten Bereiche der Gesundheitsförderungs-Strategie zu widmen ist, von 50% auf 66% angehoben wird.

Zu Artikel 11:

Vorgesehen ist eine Fortführung und Weiterentwicklung der vergangenen Zielsteuerungs-Periode. Die angesprochenen Teilziele des R-GZ 3 „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ umfassen auf Bundesebene insbesondere die Weiterführung und den Ausbau der Plattform Gesundheitskompetenz, die Ausrollung des telefon- und webbasierten Erstkontakt- und Beratungsservice (TEWEB) und die Nutzung von ELGA auch für Aspekte der Gesundheitskompetenz, sowie die Sicherstellung einer weiteren Erhebung zur Gesundheitskompetenz der Österreicherinnen und Österreicher. Dies knüpft an eine Zielsetzung des Bundes-Zielsteuerungsvertrages aus der vergangenen Zielsteuerungs-Periode an, wonach eine Steigerung des Anteils von Österreicherinnen und Österreichern mit ausreichender oder exzellenter Gesundheitskompetenz um rund 10 Prozentpunkte angestrebt wird. Die Verbesserung der Gesundheitskompetenz wurde auch als Indikator in das Mess- und Vergleichskonzept des Outcome-Monitorings im Gesundheitswesen übernommen.

Zu Artikel 12:

Wie die Erfahrungen im Rahmen von Vorbereitungen für Maßnahmen im Falle von eingeschleppten Krankheitsfällen nach Österreich (anlässlich der Ebola-Epidemie in Westafrika) gezeigt haben, ist es zur raschen Intervention bei hochkontagiösen Erkrankungen erforderlich, die überregionale Organisation des ÖGD durch die Einrichtung eines Expertenpools für medizinisches Krisenmanagement zu stärken. Daher haben sich die Vereinbarungspartner verständigt, entsprechende organisatorische Maßnahmen zu treffen.

Zu Abschnitt 4:

Zu Art. 15 Abs. 7:

Für die Entwicklung von ELGA wurde bereits in den grundlegenden Beschlüssen der Bundesgesundheitskommission im Jahr 2006 festgelegt, dass sowohl bei der technischen Konzeption als auch den Inhalten international eingeführte Standards zu nutzen sind. International standardisierte Kataloge werden bereits bei der Erfassung von Diagnosen (ICD-10), der Dokumentation von Laborleistungen (LOINC) und bei der Dokumentation von Wirkstoffen von Arzneimitteln (ATC) verwendet. Im Hinblick auf künftige Anforderungen für eine grenzüberschreitende Gesundheits-Dokumentation sowie einer verbesserten innerösterreichischen Kommunikation, ist vorgesehen, in Abstimmung mit ELGA Weiterentwicklungen in der Dokumentation an international standardisierten Terminologie- und Klassifikationssystemen auszurichten. Zu erwartende Effekte sind die Vermeidung von unterschiedlichen Doppel- und Mehrfachdokumentationen, die Verbesserung der Datenqualität und die qualitative Verbesserung von Überleitungs- und Mappingverfahren. Darüber hinaus wird die Erfüllung von internationalen Informations- und Meldeverpflichtungen vereinfacht.

Zu Abschnitt 5:

Auf Bundesebene werden die Entscheidungsstrukturen verschlankt und der administrative Aufwand deutlich reduziert. Zur Vorbereitung und Koordination der Agenden der Bundes-Zielsteuerungskommission sowie zur Unterstützung der Umsetzung von Beschlüssen der Bundes-Zielsteuerungskommission wird ein Ständiger Koordinierungsausschuss eingerichtet.

Zu Abschnitt 6:

Die bisherigen Organisations- und Entscheidungsstrukturen auf Landesebene bleiben im Wesentlichen unverändert.

Zu Abschnitt 7:

Die bisherigen Finanzierungsregelungen bleiben unter Berücksichtigung der aktuellen Festlegungen aus dem FAG ab dem Jahr 2017 inhaltlich im Wesentlichen unverändert.

Zu Abschnitt 8:

Um gemeinsam im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit definierte Vorhaben der Gesundheitsreform zu nachfolgenden Themenbereichen umzusetzen, sind Bund und Länder gemeinsam mit der Sozialversicherung übereingekommen, geeignete Finanzierungsinstrumente zur Mittelreallokation einzurichten:

In Art. 31 wird vereinbart, finanzielle Mittel zur Finanzierung von sektorenübergreifenden Vorhaben, die auf eine Stärkung der ambulanten Versorgung, insbesondere den Aufbau der Primärversorgung sowie den Aufbau von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten in der ambulanten Fachversorgung, abstellen, zweckzuwidmen. Dabei wird angestrebt, über die Laufzeit dieser Vereinbarung für diese Zwecke insgesamt 200 Millionen Euro zweckzuwidmen. Die Vorhaben erfolgen entsprechend der Planungsentscheidungen im RSG (projektbezogen) und haben zur Verbesserung der Versorgung und zur Spitalsentlastung beizutragen. Im Bereich der Primärversorgung wird als Ziel die Realisierung von zumindest 75 Primärversorgungseinheiten bis zum Ende der Laufzeit dieser Vereinbarung angestrebt.

Weiters wird in Art. 32 vorgesehen, Mittel im Höchstausmaß von jährlich 10 Millionen Euro für den Aufbau bzw. die Entwicklung von neuen überregionalen Versorgungsangeboten und überregional erforderlicher Infrastruktur sowie für gemeinsam vereinbarte Finanzierungslösungen für Medikamente zweckzuwidmen.

Zu Abschnitt 9:

Die weiteren Finanzierungsmaßnahmen bleiben gegenüber den bisherigen Regelungen im Wesentlichen unverändert.

Zu Art. 33 Abs. 6:

Entsprechend dem Verständnis für eine akkordierte Vorgangsweise bei der Umsetzung sollen auch Betrieb, Wartung und Weiterentwicklung zentraler ELGA-Komponenten gemeinschaftlich finanziert werden. Ausgenommen von den gemäß Art. 33 Abs. 6 anteilig von Bund, Ländern und Sozialversicherung aufzubringenden Mitteln sind die Aufwände für Informationstätigkeit, weil diese weder zeitlich noch betragsmäßig mit ausreichender Sicherheit ex ante bestimmt werden können. Klar gestellt wird ferner, dass die Finanzierung für Maßnahmen in Bezug auf Telegesundheitsdienste und die IKT-Sicherheit (Art. 7 Abs. 4 und 5) außerhalb der hier geregelten ELGA-Finanzierung sichergestellt werden muss.

Zu Abschnitt 10:

Zu Art. 41:

Bund und Länder haben vereinbart, für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei stationären Krankenhausaufenthalten die Verpflichtung zur Leistung von Selbsthalten sowohl im Krankenanstaltenrecht als auch im Sozialversicherungsrecht zu streichen. Damit wird einem wiederholt von verschiedenen Seiten geäußerten Wunsch Rechnung getragen und damit insbesondere zur finanziellen Entlastung von Familien beigetragen.

Zu Art. 42:

Die Vertragsparteien kommen überein, die zur Attraktivierung des Berufsbildes des Arztes/der Ärztin für Allgemeinmedizin, insbesondere im niedergelassenen Bereich, geschaffene und verpflichtende Ausbildung in Lehrpraxen gemeinsam zu fördern. Sofern der Bund die in dieser Regelung vereinbarte Option geltend macht, wurde seitens des Bundes zugesagt, jedenfalls einen Beitrag in der Höhe von einer Million Euro für die Finanzierung von Lehrpraxen bereitzustellen.

Zu Abschnitt 14:

In diesem Abschnitt werden die Eckpunkte für die notwendigen gesetzlichen Regelungen zur Umsetzung dieser Vereinbarung dargelegt.

Zu Abschnitt 15:

Die vorliegende Vereinbarung wird unter Verzicht auf ein Kündigungsrecht für die Dauer der Geltung des Finanzausgleichsgesetzes 2017 (FAG 2017), jedenfalls aber bis zum 31. Dezember 2020 abgeschlossen. Wird die Geltungsdauer des FAG 2017 auf Basis einer Einigung zwischen dem Bund und den Ländern über den Finanzausgleich verlängert, so wird auch die Geltungsdauer dieser Vereinbarung unter Verzicht auf ein Kündigungsrecht auf denselben Zeitraum erstreckt. Finanzielle Festlegungen in dieser Vereinbarung, die bis zum Jahr 2020 geregelt sind, werden für das Jahr 2021 und gegebenenfalls für alle weiteren Jahre bei einer Verlängerung des Finanzausgleichs entsprechend fortgeschrieben.