

**Kundmachung des Landeshauptmannes von Wien, betreffend die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008 bis einschließlich 2013**

Fundstellen der Rechtsvorschrift		
Datum	Publ.Blatt	Fundstelle
30.04.2008	LGBI	<a href="#">2008/28</a>
28.10.2013	LGBI	<a href="#">2013/43</a>

Der Wiener Landtag hat am 23. Jänner 2008 den Abschluss nachstehender Vereinbarung gemäß § 139 Abs. 2 der Wiener Stadtverfassung genehmigt:

**Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008 bis einschließlich 2013**

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

**INHALTSVERZEICHNIS**

**PRÄAMBEL**

**1. Abschnitt**

**Allgemeine Bestimmungen**

- Artikel 1 Gegenstand und Schwerpunkte
- Artikel 2 Geltungsbereich

**2. Abschnitt**

**Planung, Nahtstellenmanagement, Gesundheitstelematik, leistungsorientierte Finanzierungssysteme, sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs und Gesundheitsökonomie**

- Artikel 3 Integrierte Gesundheitsstrukturplanung
- Artikel 4 Österreichischer Strukturplan Gesundheit und Regionale Strukturpläne Gesundheit
- Artikel 5 Nahtstellenmanagement im Interesse der Patientinnen und Patienten
- Artikel 7 Gesundheitstelematik (e-Health) und elektronische Gesundheitsakte (ELGA)
- Artikel 8 Finanzierungssysteme
- Artikel 9 Sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs
- Artikel 10 Gesundheitsökonomie

**4. Abschnitt**

**Bundesgesundheitsagentur und Landesgesundheitsfonds  
Unterabschnitt A) Bundesgesundheitsagentur**

- Artikel 14 Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur
- Artikel 17 Mittel der Bundesgesundheitsagentur

## **Unterabschnitt B) Landesgesundheitsfonds**

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

### **5. Abschnitt**

#### **Zusammenwirken der Institutionen**

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

### **6. Abschnitt**

#### **Transparenz der Voranschläge und der Rechnungsabschlüsse**

- Artikel 26 Transparenz der Voranschläge und der Rechnungsabschlüsse

### **7. Abschnitt**

#### **Leistungsorientierte Finanzierung im Gesundheitswesen**

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

### **8. Abschnitt**

#### **Inländische Gastpatientinnen und Gastpatienten**

- Artikel 29 Ausgleich für inländische Gastpatientinnen und Gastpatienten

### **9. Abschnitt**

#### **Weitere Finanzierungsmaßnahmen**

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

### **11. Abschnitt**

#### **Evaluierung von allen gesetzten Maßnahmen**

- Artikel 36 Evaluierung

### **12. Abschnitt**

#### **Dokumentation**

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

### **13. Abschnitt Sanktionen**

- Artikel 40 Sanktionen intramuraler Bereich  
Artikel 41 Sanktionen extramuraler Bereich

### **14. Abschnitt Sonstige Bestimmungen**

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

### **15. Abschnitt Rechtliche Umsetzung der Vereinbarung**

- Artikel 48 Rechtliche Umsetzung

### **16. Abschnitt Schlussbestimmungen**

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

### **PRÄAMBEL**

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

Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens steht nunmehr in einem engen Konnex mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 200/2013. Mit der gegenständlichen, nunmehr geänderten Vereinbarung erfolgt die konsequente Fortschreibung der bisherigen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl. I Nr. 105/2008), die an die Erfordernisse der Zielsteuerung-Gesundheit angepasst wurde und hinsichtlich der FAG-Bestimmungen 2008 unverändert geblieben ist.

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

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

## **1. ABSCHNITT**

### **Allgemeine Bestimmungen**

#### **Artikel 1**

#### **Gegenstand und Schwerpunkte**

- (1) Die Vertragsparteien kommen überein, nach Maßgabe der nachstehenden Bestimmungen dieser Vereinbarung
1. weiterhin eine Bundesgesundheitsagentur 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,
  3. Mittel für Planungen und Projekte, die der Sicherstellung und der Verbesserung der Qualität, der Effizienz und der Effektivität der Gesundheitsversorgung dienen, vorzusehen,
  4. das Transplantationswesen und weitere wesentliche Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung zu fördern,
  5. die Beziehungen der Landesgesundheitsfonds, der Träger der Sozialversicherung, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (im Folgenden: Hauptverband) und der Träger der Krankenanstalten gemäß Art. 18 Abs. 3 und 4 (im Folgenden: Träger von Krankenanstalten) untereinander festzulegen und
  6. den Trägern der Krankenanstalten auf Rechnung von Landesgesundheitsfonds im Namen der Träger der Sozialversicherung leistungorientiert 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,
  3. sektorenübergreifende Finanzierung von ambulanten Leistungen,
  4. Forcierung der Maßnahmen zur Sicherstellung einer integrierten und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens,
  5. zur Effektivitäts- und Effizienzsteigerung eine flächendeckende verbindliche Verankerung der Qualitätsarbeit auf allen Ebenen des Gesundheitswesens,
  6. die Verbesserung des Nahtstellenmanagements zwischen den verschiedenen Leistungserbringern,
  7. Unterstützung der Arbeiten zum Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (wie ELGA, eCard, e-Health),
  8. die Forcierung gesundheitsökonomischer Ansätze,
  9. bei der gemeinsamen Steuerung und Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens ist der Grundsatz zu beachten, dass die für die Planung zuständigen Entscheidungsträger auch für die Finanzierung verantwortlich sein müssen und dass zwischen den Gesundheitssektoren das Prinzip „Geld folgt Leistung“ gilt.

#### **Artikel 2**

#### **Geltungsbereich**

- (1) Der Geltungsbereich dieser Vereinbarung umfasst – soweit im Folgenden nichts anderes bestimmt wird – das gesamte österreichische Gesundheitswesen (intra- und extramuraler Bereich) und – soweit davon betroffen – die Nahtstellen zum Pflegebereich.
- (2) Die Kostenersätze für den klinischen Mehraufwand gemäß § 55 KAKuG bilden keinen Gegenstand dieser Vereinbarung.

## **2. ABSCHNITT**

### **Planung, Nahtstellenmanagement, Gesundheitstelematik, leistungsorientierte Finanzierungssysteme, sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs und Gesundheitsökonomie**

#### **Artikel 3**

##### **Integrierte Gesundheitsstrukturplanung**

(1) Die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur hat den Anforderungen der Zielsteuerung-Gesundheit zu entsprechen und erfolgt auf Basis vorhandener Evidenzen und sektorenübergreifend. Sie umfasst alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und angrenzender Bereiche. Bestandteil dieser Vereinbarung ist die Sicherstellung der Realisierung einer integrierten Planung insbesondere für die folgenden Bereiche:

1. Stationärer Bereich, sofern dieser aus Mitteln der Gebietskörperschaften und/oder der Sozialversicherung zur Gänze oder teilweise finanziert wird;
2. Ambulanter Bereich, d.h. Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte mit Kassenverträgen, Gruppenpraxen mit Kassenverträgen und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen;
3. Rehabilitationsbereich mit dem Ziel des weiteren Auf- und Ausbaus einer österreichweit gleichwertigen, flächendeckenden abgestuften Versorgung im Sinne eines bedarfsgerechten Angebotes in allen Bereichen und auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung, d.h. stationär und ambulant, mit besonderer Berücksichtigung der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen;
4. Pflegebereich, soweit dieser im Rahmen des Nahtstellenmanagements für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist.

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

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

(4) Die Gesundheitsstrukturplanung ist an Kriterien zur Qualität gemäß Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und zum Nahtstellenmanagement gemäß Art. 5 zu binden.

(5) Die für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur und für die Umsetzung der Planungsfestlegungen jeweils notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen sind unverzüglich in Kraft zu setzen.

#### **Artikel 4**

##### **Österreichischer Strukturplan Gesundheit und Regionale Strukturpläne Gesundheit**

(1) Die Ausrichtung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) wird durch die übergeordnete Zielsteuerung-Gesundheit determiniert. Das Verhältnis zwischen Zielsteuerung-Gesundheit und ÖSG ist in Art. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit geregelt. Die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur wird im ÖSG festgelegt. Der ÖSG stellt die Rahmenplanung für die stationäre und ambulante Versorgungsplanung in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) sowie für den Rehabilitationsbereich und die Nahtstellen zum Pflegebereich dar.

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

(3) Der ÖSG ist nach Maßgabe der Vorgaben der Zielsteuerung-Gesundheit während der Laufzeit dieser Vereinbarung von der Bundesgesundheitsagentur kontinuierlich weiterzuentwickeln. Dabei sind Planungsgrundsätze und Planungsfestlegungen prioritär für den ambulanten Bereich, den nicht-akuten stationären Bereich der Krankenanstalten, den Rehabilitationsbereich (einschließlich Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen) sowie für die Nahtstellen zum Pflegebereich sukzessive bis zum Ende der Vereinbarungsperiode verbindlich festzulegen und in den ÖSG aufzunehmen. Die Vertragsparteien kommen überein, die dafür notwendigen Datengrundlagen in ausreichender Qualität zur Verfügung zu stellen.

(4) Erweiterungen bzw. Revisionen des ÖSG sind entsprechend der Determinierung der übergeordneten Zielsteuerung-Gesundheit vorzunehmen und in geeigneter Weise kundzumachen. Es sind dabei jedenfalls folgende Entwicklungsschritte umfasst:

1. Laufende Aktualisierung der Informationen zum Ist-Stand sowie der Bedarfsprognosen in den verschiedenen Versorgungsbereichen,
2. Jährliche Wartung und Weiterentwicklung der Leistungsmatrix des ÖSG unter Berücksichtigung der Änderungen in den Dokumentationsgrundlagen (insbesondere Leistungskatalog) des LKF-Modells,
3. Konkretisierung der im ÖSG 2012 enthaltenen überregionalen Versorgungsplanung im Bereich komplexer medizinischer Leistungen in quantitativer Hinsicht sowie Ergänzung weiterer einvernehmlich festzulegender Bereiche entsprechend den Festlegungen in der Zielsteuerung-Gesundheit,
4. Revision und Redimensionierung der im ÖSG 2012 enthaltenen Strukturqualitätskriterien auf notwendige Vorgaben sowie verstärkte Schwerpunktsetzung auf Kriterien der Prozess- und Ergebnisqualität im intra- und extramuralen Bereich auf Basis der Konzeption der Zielsteuerung-Gesundheit; im Rahmen zukünftiger ÖSG-Revisionen sind für den ambulanten Bereich Strukturqualitätskriterien um notwendige Vorgaben zu ergänzen.

Revisionen der ÖSG-Inhalte werden auf der jeweils aktuellen Datenbasis grundsätzlich im Abstand von jeweils zwei Jahren vorgenommen.

(5) Die Ausrichtung des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) wird durch die übergeordnete Zielsteuerung-Gesundheit auf Landesebene determiniert. Das Verhältnis zwischen Zielsteuerung-Gesundheit und RSG ist in Art. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit geregelt. Die integrierte Versorgungsplanung im Rahmen des RSG sowie Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen dieser Planung sind zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung auf Landesebene abzustimmen, insbesondere hinsichtlich Kapazitätsfestlegungen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens. Die RSG werden hinsichtlich Aufbau, Mindestinhalt, Struktur und Darstellungsform sukzessive in österreichweit vergleichbarer Form weiterentwickelt. Die RSG sind in geeigneter Weise kundzumachen. Die Krankenanstaltenplanung des RSG ist durch eine Verordnung des jeweiligen Landes zu erlassen. Die RSG bzw. die Landes-Krankenanstaltenpläne sind Grundlage für die krankenanstaltenrechtliche Bedarfsprüfung bzw. für Vertragsabschlüsse der Sozialversicherung. Entsprechende Anpassungen im Krankenanstalten- sowie im Sozialversicherungsrecht sind vorzunehmen. Sozialversicherungsrechtlich ist sicherzustellen, dass die Gesamtvertragspartner im extramuralen Bereich ihre Verhandlungen darauf ausrichten. Bei der Erteilung von Errichtungs- und Betriebsbewilligungen (Bedarfsprüfungsverfahren) sind alle versorgungswirksamen Kapazitäten zu berücksichtigen.

(6) Bei Detailplanungen sind die im ÖSG in der jeweiligen Fassung enthaltenen Vorgaben und Richtwerte einzuhalten. Detailplanungen sind im Wege der Landesgesundheitsfonds der Bundesgesundheitsagentur umgehend zur Kenntnis zu bringen.

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

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

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

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

## **Artikel 5**

### **Nahtstellenmanagement im Interesse der Patientinnen und Patienten**

(1) Zur Gewährleistung eines patientinnen- und patientenorientierten, raschen, reibungs- und lückenlosen, effektiven, effizienten und sinnvollen Betreuungsverlaufes ist das Management an den Nahtstellen im Gesundheitswesen zu verbessern.

(2) *entfällt; LGBl. Nr. 43/2013 vom 28.10.2013*

(3) Der funktionierende Informationstransfer zur organisatorischen Sicherstellung eines nahtlosen Überganges der Patientinnen- und Patientenversorgung zwischen leistungserbringenden Einrichtungen ist zu gewährleisten.

(4) Zur Sicherstellung eines akkordierten Informationstransfers und als Voraussetzung für funktionierendes Nahtstellenmanagement, werden die Vertragsparteien in ihrem jeweiligen Wirkungsbereich dafür Sorge zu tragen, dass in den Gesundheitseinrichtungen bundesweit einheitliche Vorgaben zur Dokumentation gemäß Art. 37 und 38 verbindlich vorgeschrieben werden.

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

## **Artikel 6**

*Entfällt; LGBl. Nr. 43/2013 vom 28.10.2013*

## **Artikel 7**

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

(1) Die Vertragsparteien stimmen überein, dass sich die Maßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitstelematik vorrangig an folgenden Zielsetzungen orientieren:

1. Qualitative Verbesserung der Versorgung,
2. Nutzung der ökonomischen Potenziale von Informations- und Kommunikationstechnologien,
3. Harmonisierung der nationalen Vorgangsweise mit Programmen und Aktivitäten auf europäischer Ebene und
4. Sicherstellung des Rechtes der Bürgerinnen und Bürger auf elektronischen Zugang zu ihren persönlichen Gesundheitsdaten und zu qualitätsgesicherten öffentlichen Gesundheitsinformationen.

(2) Ausgehend von diesen Zielsetzungen werden die Vertragsparteien alle Anstrengungen unternehmen, die Informations- und Kommunikationstechnologien als Instrument zur Modernisierung des Gesundheitswesens unter Wahrung der sozialen, technischen, rechtlichen und ethischen Standards zu nutzen. Sie werden die Festlegung von Vorgaben und Vorhaben mit überregionaler, bundesweiter oder europäischer Bedeutung unterstützen, ihre Umsetzung verbindlich erklären und ihre Einhaltung überwachen.

(3) Die Vertragsparteien bekennen sich zur Umsetzung und Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA), wobei die Sozialversicherung bei allen Maßnahmen und Entscheidungen als gleichberechtigter Systempartner einbezogen wird.

(4) Darüber hinaus werden die Vertragsparteien insbesondere folgende Rahmenbedingungen für den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Sinne des Abs. 2 schaffen, weiterentwickeln und in ihrem Wirkungsbereich umsetzen:

1. Verfügbarkeit von informations- und kommunikationstechnologischer Infrastruktur sowie Sicherstellung der technischen und semantischen Interoperabilität auf der Grundlage international anerkannter Standards, Regelwerke und Nomenklaturen,
2. Bereitstellung zielgruppenorientierter und qualitätsgesicherter Informationen sowie elektronischer Gesundheitsdienste unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Betroffenen im Umgang mit Informations- und Kommunikationstechnologien,
3. Maßnahmen zur Erhöhung der Qualifikation des Gesundheitspersonals im Umgang mit Informations- und Kommunikationstechnologien, zur Förderung des Erfahrungsaustausches, zur Intensivierung der Nutzung von Wissenssystemen und zur Sicherstellung des raschen Transfers von Forschungsergebnissen in die Praxis,
4. Einführung und Verwendung von Instrumenten und Methoden zur Messung und Kommunikation von Fortschritten.

(5) Die Vertragsparteien werden alle organisatorischen, technischen und rechtlichen Vorkehrungen treffen, die den elektronischen Gesundheitsdatenaustausch auch mit Betroffenen ermöglichen und dabei für einen wirksamen Schutz der Privatsphäre sorgen. Unbeschadet des gemeinsamen Verständnisses, den Verkehr mit Gesundheitsdaten weitestgehend elektronisch abzuwickeln, werden sie in ihrem Wirkungsbereich jedoch alle erforderlichen Maßnahmen ergreifen, um jenen Betroffenen, die am elektronischen Verkehr nicht partizipieren können, die sie betreffenden Gesundheitsinformationen in einer für sie geeigneten Weise zur Verfügung zu stellen.

(6) Die Bundesgesundheitsagentur hat die gemäß den Abs. 3 und 4 erzielten Fortschritte zu evaluieren. Die Systempartner und die ELGA GmbH berichten der Bundesgesundheitsagentur zumindest jährlich über den Stand der Entwicklung.

## **Artikel 8**

### **Finanzierungssysteme**

In Analogie zum stationären Bereich sind für alle Bereiche des Gesundheitswesens Finanzierungssysteme zu entwickeln und aufeinander abzustimmen. Das leistungsorientierte Krankenhausfinanzierungssystem im stationären Bereich wird fortgesetzt und weiterentwickelt. In einem weiteren Schritt wird für den ambulanten Bereich ebenfalls ein bundeseinheitliches Modell zur Abgeltungssystematik entwickelt. Die bestehenden Modelle im ambulanten Bereich sind hinsichtlich ihrer Anreiz- und Steuerungswirkung zu evaluieren. Im Rahmen der Landesgesundheitsfonds ist bei der Umsetzung der Finanzierungssysteme von den jeweiligen Finanzierungspartnern auf mögliche Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen in den anderen Versorgungsbereichen Bedacht zu nehmen.

## **Artikel 9**

### **Sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs**

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, sektorenübergreifende Abrechnungsmodelle für den ambulanten Bereich zu erarbeiten. Dafür wird eine Arbeitsgruppe der Bundesgesundheitsagentur eingerichtet, der jedenfalls Bund, Länder und Sozialversicherung angehören. Das Ergebnis dieser Arbeitsgruppe muss bis Ende 2013 vorliegen als Grundlage für eine Entscheidung im Jahr 2014 über eine mögliche Umstellung des Abrechnungssystems im ambulanten Bereich.

(2) Zur Sicherstellung von Entscheidungsgrundlagen für eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs hat diese Arbeitsgruppe die folgenden Arbeiten bis zum Jahr 2013 zu leisten und laufend in der Bundesgesundheitskommission abzustimmen:

1. Begleitung der laufenden Arbeiten zur Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen Dokumentation im ambulanten Bereich (gemäß Art. 37),
2. Klärung wesentlicher Vorfragen (zB kalkulatorische Grundlagen, dienstrechtliche Fragen) und Erarbeitung der Rahmenbedingungen für Änderungen in der Finanzierung des ambulanten Bereichs,
3. Erarbeitung eines Konzepts zur Abrechnung des ambulanten Bereichs nach gemeinsam in der Bundesgesundheitskommission festgelegten Kriterien (zB Qualität, Erreichbarkeit, Effizienz),
4. Konkrete Modellentwicklungen für ausgewählte Leistungsbereiche bis hin zu ausgewählten Fachbereichen (zB Kalkulationen, Adaptierungen des Tagesklinik-Katalogs),



5. Begleitung von vereinbarten Pilotprojekten,
6. Ermittlung des für die Finanzierung des ambulanten Bereichs erforderlichen gesamten Mittelvolumens, insbesondere Bewertung des spitalsambulanten Versorgungsbereichs,
7. Simulationsrechnungen zur Darstellung der zu erwartenden finanziellen Auswirkungen bei Änderungen der Finanzierung des ambulanten Bereichs.

(3) Prioritär sollen Leistungsbereiche bzw. Fachrichtungen mit sektorenübergreifender Relevanz, mit gesicherten Datengrundlagen, mit in sich abgeschlossenen überschaubaren Leistungsangeboten und mit entsprechendem intra-/extramuralen Überschneidungspotenzial bearbeitet werden.

(4) Die Vertragsparteien kommen überein, dass bis zu einer endgültigen Entscheidung über eine Umstellung des Abrechnungssystems im ambulanten Bereich sektorenübergreifende Finanzierungen von ambulanten Leistungen im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit vorgenommen werden.

## **Artikel 10**

### **Gesundheitsökonomie**

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

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

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

## **Artikel 11**

*Entfällt; LGBL Nr. 43/2013 vom 28.10.2013*

## **3. ABSCHNITT**

### **Artikel 12**

*Entfällt; LGBL Nr. 43/2013 vom 28.10.2013*

## **4. ABSCHNITT**

### **Bundesgesundheitsagentur und Landesgesundheitsfonds**

#### **Unterabschnitt A) Bundesgesundheitsagentur**

### **Artikel 14**

#### **Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur**

(1) 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.

(2) Die Aufgaben und die Organisation der Bundesgesundheitsagentur sind in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit geregelt.

## Artikel 15

*Entfällt; LGBl. Nr. 43/2013 vom 28.10.2013*

## Artikel 16

*Entfällt; LGBl. Nr. 43/2013 vom 28.10.2013*

## Artikel 17

### Mittel der Bundesgesundheitsagentur

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

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

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

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

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

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

1. Zunächst sind folgende Vorweganteile zu überweisen:
  - a) 3,63 Millionen Euro an den Landesgesundheitsfonds Oberösterreich,
  - b) 4,36 Millionen Euro an den Landesgesundheitsfonds Steiermark,
  - c) 3,63 Millionen Euro an den Landesgesundheitsfonds Tirol,
  - d) 2 Millionen Euro an den Landesgesundheitsfonds Niederösterreich,
  - e) 2 Millionen Euro an den Landesgesundheitsfonds Oberösterreich,
  - f) 2 Millionen Euro an den Landesgesundheitsfonds Salzburg,
  - g) 14 Millionen Euro an den Landesgesundheitsfonds Tirol.
2. Sodann sind folgende Mittel in Abzug zu bringen und gemäß dem 9. Abschnitt bzw. gemäß Art. 45 Abs. 2 zu verwenden:
  - a) 5 Millionen Euro zur Finanzierung von Projekten und Planungen sowie zur Abgeltung von Leistungen, die von der Gesundheit Österreich GmbH für die Bundesgesundheitsagentur erbracht werden,
  - b) 2,9 Millionen Euro bzw. bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Art. 32 Abs. 3 3,4 Millionen Euro zur Förderung des Transplantationswesens,
  - c) 3,5 Millionen Euro zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen im Sinne der lit. a und für wesentliche Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung, deren Verwendung im Einvernehmen mit den Ländern und der Sozialversicherung festgelegt wird,

- d) nach Vorliegen einer Kosten-Nutzenbewertung sowie nach Maßgabe von einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung gefassten Beschlüssen der Bundesgesundheitskommission maximal insgesamt 10 Millionen Euro (für den Zeitraum 2008 bis 2013) für die Konzeption, Umsetzung und den Betrieb der Architekturkomponenten gemäß den Planungen für die erste Umsetzungsphase der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) gemäß Art. 30 Abs. 6 Z 1 und nach Maßgabe von Beschlüssen der Bundesgesundheitskommission maximal insgesamt 10 Millionen Euro (für den Zeitraum 2014 bis 2016) zur Finanzierung der ELGA gemäß Art. 30 Abs. 6 Z 2 und
  - e) allfällige für Anstaltspflege im Ausland aufzuwendende Mittel (Art. 45 Abs. 2).
3. Die verbleibenden Mittel werden nach Maßgabe des Art. 40 (Sanktionen) an die Landesgesundheitsfonds geleistet.

## **Unterabschnitt B)**

### **Landesgesundheitsfonds**

#### **Artikel 18**

##### **Einrichtung der Landesgesundheitsfonds**

(1) Zur Wahrnehmung von Aufgaben auf Grund 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. 21 hinausgehend Zahlungen an den Gesundheitsfonds Steiermark nach Maßgabe des Vertrages vom 11.9.2006 für die dort genannten Leistungen. Für die Behandlung sozialversicherter Patientinnen und Patienten leistet der Gesundheitsfonds Steiermark Zahlungen an den Träger der Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie sowie der NÖGUS Zahlungen an den Träger des PSO Eggenburg. Diese speziellen Finanzierungen des Geriatrischen Krankenhauses der Stadt Graz, der Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie und des PSO Eggenburg haben keinerlei Auswirkung auf die Finanzierung der übrigen Landesgesundheitsfonds.

(5) Die Aufgaben und die Organisation der Landesgesundheitsfonds sind in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit geregelt.

#### **Artikel 19**

*Entfällt; LGBl. Nr. 43/2013 vom 28.10.2013*

## Artikel 20

### Aufgaben der Gesundheitsplattformen auf Länderebene im Rahmen der Landesgesundheitsfonds

Bei Einschränkungen des Leistungsangebotes ist einvernehmlich vorzugehen. Die bislang maßgebliche Vertragslage ist dabei zu berücksichtigen. Die finanziellen Folgen von plan- und vertragswidrigen Leistungseinschränkungen im stationären, ambulanten und im Pflegebereich hat jene Institution zu tragen, die sie verursacht hat.

## Artikel 21

### Mittel der Landesgesundheitsfonds

(1) Mittel der Landesgesundheitsfonds sind:

1. Beiträge der Bundesgesundheitsagentur,
2. ein Betrag in der Höhe von 0,949 % des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug des im § 8 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2008 genannten Betrages von den Ländern,
3. Beiträge der Sozialversicherung gemäß Abs. 6,
4. zusätzliche Mittel, die für die Gesundheitsreform auf Grund 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. 17 Abs. 1 Z 1 bzw. Abs. 2 Z 1,
2. 9,29 % der Mittel gemäß Art. 17 Abs. 1 Z 2 bzw. Abs. 2 Z 2,
3. 2,87 % der Mittel gemäß Art. 17 Abs. 1 Z 2 bzw. Abs. 2 Z 2, zuzüglich 83.573.759,29 Euro gemäß Art. 17 Abs. 1 Z 3 bzw. Abs. 2 Z 3,
4. 49,14 % der Mittel gemäß Art. 17 Abs. 1 Z 2 bzw. Abs. 2 Z 2 vermindert um die Abzüge gemäß Art. 17 Abs. 4 Z 2 (nach Maßgabe des Art. 40),
5. 38,70 % der Mittel gemäß Art. 17 Abs. 1 Z 2 bzw. Abs. 2 Z 2.

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

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

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

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

(6) Hinsichtlich der Mittel der Sozialversicherung gilt Folgendes:

1. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger leistet für Rechnung der in ihm zusammengefassten Sozialversicherungsträger an die Landesgesundheitsfonds für das Jahr 2008 einen vorläufigen Pauschalbetrag. Dieser vorläufige Pauschalbetrag 2008 ist auf der Basis des endgültigen Pauschalbetrages 2006 (Art. 17 Abs. 6 der Vereinbarung BGBl. I Nr. 73/2005) zuzüglich der Erhöhungen gemäß den vorläufigen Hundertsätzen 2007 und 2008 zu berechnen, wobei die Mehreinnahmen aus dem Budgetbegleitgesetz 2003 in die Hundertsätze einzurechnen sind.
2. Die vorläufigen Zahlungen der Träger der Sozialversicherung ab 2009 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 beitragsrelevante Einnahmen in der sozialen Krankenversicherung nicht zu berücksichtigen sind.
4. Von den Mitteln gemäß Z 1 bis 3 werden
  - a) 70 % in zwölf gleich hohen Monatsraten überwiesen, wobei die 1. Rate am 20. April 2008, alle weiteren Raten über die gesamte Laufzeit dieser Vereinbarung jeweils zum 20. eines Monats fällig sind;
  - b) 30 % in vier gleich hohen Quartalsbeträgen überwiesen, wobei die 1. Rate am 20. April 2008, die folgenden Raten jeweils am 20. Juli, am 20. Oktober und am 20. Jänner des Folgejahres fällig sind.
5. Die Sozialversicherungsträger leisten ab 2008 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.

## **Artikel 22**

### **Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge**

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

## Artikel 23

### Kostenbeitrag

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

## Artikel 24

### Berechnung von Landesquoten

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

Burgenland	2,572 %
Kärnten	6,897 %
Niederösterreich	14,451 %
Oberösterreich	13,692 %
Salzburg	6,429 %
Steiermark	12,884 %
Tirol	7,982 %
Vorarlberg	3,717 %
Wien	31,376 %
	100,000 %

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

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

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

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

Burgenland	2,426210014 %
Kärnten	7,425630646 %
Niederösterreich	14,377317701 %
Oberösterreich	17,448140331 %
Salzburg	6,441599507 %
Steiermark	14,549590044 %
Tirol	7,696467182 %
Vorarlberg	4,114811946 %
Wien	25,520232629 %
	100,000000000 %

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

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

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

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

## **5. ABSCHNITT**

### **Zusammenwirken der Institutionen**

#### **Artikel 25**

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

(1) Mit den Zahlungen der Träger der Sozialversicherung gemäß dieser Vereinbarung an die Landesgesundheitsfonds sind alle Leistungen der Krankenanstalten gemäß Art. 18 Abs. 3 und 4, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich einschließlich der durch den medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen für Versicherte und anspruchsberechtigte Angehörige der Träger der Sozialversicherung zur Gänze abgegolten.

(2) Unter den Leistungen der Sozialversicherung sind

1. im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung nur die auf Grund des § 189 Abs. 3 ASVG (bzw. der analogen Regelungen in den übrigen Sozialversicherungsgesetzen) – mit Ausnahme der Ambulanzeleistungen 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 Tarifierung ist Einvernehmen herzustellen.

(6) Die Landesgesundheitsfonds übernehmen die finanziellen Leistungsverpflichtungen der Träger der Sozialversicherung gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten, soweit dem Grunde nach Ansprüche von Vertragseinrichtungen gemäß Art. 18 Abs. 3 bereits im Jahre 1996 bestanden haben. Art. 18 Abs. 4 ist dabei zu berücksichtigen.

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

(8) Die Krankenanstalten haben den Trägern der Sozialversicherung auf elektronischem Weg alle 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.

(8a) 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.

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

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

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

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

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

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

## **6. ABSCHNITT**

### **Transparenz der Budgetierung und der Rechnungsabschlüsse**

#### **Artikel 26**

### **Transparenz der Voranschläge und der Rechnungsabschlüsse**

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

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

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



## **7. ABSCHNITT**

### **Leistungsorientierte Finanzierung im Gesundheitswesen**

#### **Artikel 27**

##### **Durchführung der leistungsorientierten Finanzierung**

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

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

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

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

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

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

(3a) 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.

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

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

(6) Die im Jahr 2012 begonnenen Arbeiten zur umfassenden Aktualisierung und Weiterentwicklung des LKF-Modells sind mit der Zielsetzung einer Modellumstellung mit 1. Jänner 2016 rechtzeitig im 1. Halbjahr 2015 abzuschließen und durch entsprechende Simulationsrechnungen über die Auswirkungen einer Modellumstellung zu ergänzen. Schwerpunkte dieser LKF-Modellweiterentwicklung sind u.a

1. Kalkulation mit überarbeitetem Kalkulationsleitfaden auf Basis der aktualisierten und weiterentwickelten Krankenanstalten-Kostenrechnung,

2. Weiterentwicklung des LKF-Modells unter Einbeziehung von Bepunktungsregelung für Intensiveinheiten und für spezielle Leistungsbereiche unter Berücksichtigung der Verwendbarkeit der generierten Daten für die Qualitätsberichterstattung,
3. Abstimmung des LKF-Modells mit den Versorgungsmöglichkeiten im spitalsambulanten und niedergelassenen Bereich (Harmonisierung der Dokumentation, Abgrenzung der Inhalte und Bepunktung der Fallpauschalen zu den anderen Versorgungsbereichen).

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

(8) Im Rahmen der Entwicklung sektorenübergreifender Abrechnungsmodelle gemäß Art. 9 ist der im LKF-System angewandte Katalog tagesklinischer Leistungen zu überarbeiten. Es ist eine Unterscheidung zwischen tagesklinischen Leistungen, die ausschließlich stationär erbracht werden können, und Leistungen, die auch ambulant erbracht werden können, vorzunehmen. Die ambulant erbringbaren Leistungen sind dem ambulanten Bereich zuzuordnen und es ist eine entsprechende Finanzierung innerhalb dieses Bereiches vorzusehen. Etwaige notwendige flankierende Maßnahmen sind vor der Umsetzung dieser Änderungen vorzunehmen.

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

(10) Die Weiterentwicklung des LKF-Systems hat den Anforderungen der Zielsteuerung-Gesundheit zu entsprechen. Weiters sind die Ergebnisse der Evaluierung „10 Jahre LKF-System in Österreich“ zu berücksichtigen und eine schrittweise Anhebung des Anteils der über LKF abgerechneten Mittel auf Basis der LKF-Evaluierungsergebnisse vorzunehmen.

## **Artikel 28**

### **Krankenanstaltenspezifische Berechnung der LKF-Punkte**

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

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

(3) Die Krankenanstalten, die Zahlungen aus den Landesgesundheitsfonds erhalten, haben Diagnosen- und Leistungsberichte gleichzeitig an eine gemäß Art. 37 einzurichtende Pseudonymisierungsstelle und an die Landesgesundheitsfonds zu übermitteln. Die Art und Weise der Übermittlung an die Pseudonymisierungsstelle wird durch die Bundesgesundheitsagentur noch einvernehmlich festgelegt.

## **8. ABSCHNITT**

### **Inländische Gastpatientinnen und Gastpatienten**

## **Artikel 29**

### **Ausgleich für inländische Gastpatientinnen und Gastpatienten**

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

## **9. ABSCHNITT**

### **Weitere Finanzierungsmaßnahmen**

#### **Artikel 30**

##### **Mittel für die GÖG und Finanzierung von Projekten und Planungen**

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

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

(3) Für die Finanzierung von Projekten, Planungen und krankenhaustlastenden Maßnahmen kann jeder Landesgesundheitsfonds jährlich Mittel bis zum Höchstausmaß von 7 % der ihm gemäß Art. 21 Abs. 1 Z 1, 2, 3 und 6 zur Verfügung stehenden Mittel verwenden. Über die Höhe und die Verwendung dieser Mittel entscheidet die Gesundheitsplattform auf Länderebene.

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

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

(6) Bund und Länder kommen überein,

1. auf Grundlage einer Kosten-Nutzenbewertung und nach Maßgabe von einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung gefassten Beschlüssen der Bundesgesundheitskommission zur gemeinsamen Finanzierung der Konzeption, der Umsetzung und des Betriebs der Architekturkomponenten gemäß den Planungen für die erste Umsetzungsphase (2008 bis 2013) der ELGA in der Laufzeit dieser Vereinbarung insgesamt maximal 30 Millionen Euro zur Verfügung zu stellen,
2. für gemeinschaftlich zu finanzierende Maßnahmen betreffend Errichtung, Wartung, Betrieb und Weiterentwicklung der ELGA in den Jahren 2014 bis 2016 insgesamt weitere maximal 30 Millionen Euro zur Verfügung zu stellen,
3. dass die Aufbringung der Anteile der Länder gemäß Z 1 und 2 im Rahmen der Bundesgesundheitsagentur durch Vorwegabzug (gemäß Art. 17 Abs. 4 Z 2 lit. d) erfolgt.

#### **Artikel 31**

##### **Kooperationsbereich (Reformpool)**

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

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

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

beschlossen wurden; zur Fortsetzung dieser Projekte sind die bereits dafür vereinbarten Mittel bereitzustellen.

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

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

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

(6) Nach dem 31. Dezember 2012 gibt es keine neuen Reformpoolprojekte mehr. Vor dem 1. Jänner 2013 beschlossene Reformpoolprojekte können Teil der Landes-Zielsteuerungsverträge sein.

## Artikel 32

### Förderung des Transplantationswesens

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

1. Im Bereich des Organspendewesens ist die Kontinuität im Spenderinnen- und Spenderaufkommen auf hohem Niveau sicherzustellen. Darüber hinaus ist eine Steigerung der Anzahl der Organspender anzustreben (auf zirka 30 Organspenderinnen/Organspender pro Mio. EW).
2. Im Bereich des Stammzelltransplantationswesens ist dafür zu sorgen, dass Spenderinnen/Spender in ausreichender Zahl registriert sind und zur Verfügung stehen. Das Vorgehen sowie die Zusammenarbeit aller daran beteiligten Institutionen für Spenderinnen/Spender und Patientinnen/Patienten hat so sicher und wirksam wie möglich zu erfolgen. Die Feststellung, ob das nationale Spendervolumen als ausreichend zu betrachten ist, obliegt dem bei der GÖG eingerichteten Transplantationsbeirat (Bereich Stammzellspende).

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

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

zu gewährleisten.

(3) Diese Clearingstelle ist jährlich mit 2,9 Millionen Euro zu dotieren; im Bedarfsfall kann mit Beschluss der Bundesgesundheitskommission im Einvernehmen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung eine Erhöhung der Mittel auf maximal 3,4 Millionen Euro vorgesehen werden. Die Aufbringung der Mittel erfolgt entsprechend den Bestimmungen des Art. 17 Abs. 4 Z 2 lit. b.

(4) Die Mittel gemäß Abs. 3 sind zur Erreichung der in Abs. 1 genannten Ziele gemäß den nachfolgenden Bestimmungen zu verwenden:

1. Im Bereich des Organspendewesens sind insbesondere folgende Maßnahmen durchzuführen:
  - a) Zweckgewidmete, pauschalierte Förderung an die spenderbetreuenden Krankenanstalten bzw. die betreffende Abteilung;
  - b) Einrichtung und Administration „Regionaler Transplantationsreferenten“ bzw. regionaler Förderprogramme, mit der zentralen Aufgabe der direkten Kontaktaufnahme mit den Intensiveinheiten, um die Bereitschaft zur Spendermeldung zu erhöhen;
  - c) Zweckgewidmete, pauschalierte Förderung für den Einsatz von Transplantationskoordinatoren in den Transplantationszentren;
  - d) Förderung der Einrichtung mobiler Hirntoddiagnostik-Teams sowie geeigneter Maßnahmen im Bereich bundesweiter Vorhaltung der Hirntoddiagnostik, die dem jeweiligen Stand der Wissenschaft entspricht;
  - e) Förderung der Transporte, die im Zusammenhang mit der Organgewinnung anfallen;
  - f) Mittel für die Abdeckung der Aufwendungen von GÖG/ÖBIG-Transplant (Bereich Organspende);
2. Im Bereich des Stammzellspendewesens sind insbesondere folgende Maßnahmen durchzuführen:
  - a) Förderung der HLA-Typisierung; Festlegung der Zahl der jährlich zu fördernden HLA-Typisierungen sowie deren Aufteilung auf die geeigneten Leistungserbringer jährlich im Voraus auf Expertenvorschlag vom Transplantationsbeirat der GÖG (Bereich Stammzellspende);
  - b) Förderung der Suche und Betreuung von Stammzellspendern;
  - c) Mittel für die Abdeckung der Aufwendungen von GÖG/ÖBIG-Transplant (Bereich Stammzellspende).
3. Der Förderungsgeber kann auf Vorschlag des in der GÖG eingerichteten Transplantationsbeirates (für den jeweiligen Bereich) beschließen, die Mittel auch für andere als unter Z 1 und 2 genannten Maßnahmen

einzusetzen.

4. Die Abrechnung der Beitragsleistungen hat jeweils bis 30. Juni des Folgejahres zu erfolgen. Allenfalls nicht ausgeschöpfte Mittel sind entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 2001 an die einzelnen Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

(5) Die Bundesgesundheitskommission hat Richtlinien über die Verwendung der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens zu erlassen.

(6) Der jährlich erfolgte Mitteleinsatz ist in einer Jahresabrechnung zu dokumentieren und hinsichtlich der Effizienz zu evaluieren.

### **Artikel 33**

#### **Finanzierung überregional bedeutsamer 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. 30 Abs. 1 im Rahmen der Bundesgesundheitsagentur jährlich Mittel im maximalen Ausmaß von 3,5 Millionen Euro zur Verfügung zu stellen.

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

(3) Die Verwendung dieser Mittel bedarf der einvernehmlichen Beschlussfassung der Vertragsparteien und der Sozialversicherung in der Bundesgesundheitskommission.

(4) Die Abrechnung der Beitragsleistungen hat jeweils bis 30. Juni des Folgejahres zu erfolgen. Allenfalls nicht ausgeschöpfte Mittel sind entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 2001 an die einzelnen Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

### **Artikel 34**

#### **Evaluierung von Vorsorgemaßnahmen**

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

## **10. ABSCHNITT**

### **Artikel 35**

*Entfällt; LGBl. Nr. 43/2013 vom 28.10.2013*

## **11. ABSCHNITT**

#### **Evaluierung von allen gesetzten Maßnahmen**

### **Artikel 36**

#### **Evaluierung**

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

## **12. ABSCHNITT**

#### **Dokumentation**

## Artikel 37

### Sicherstellung und Weiterentwicklung der Dokumentation

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

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

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

(4) Als Voraussetzung zur Planung, Realisierung und Erfolgskontrolle des Konzepts der integrierten Gesundheitsversorgung ist eine zum akutstationären Versorgungsbereich kompatible Leistungs- und Diagnosendokumentation im intra- und extramuralen ambulanten Versorgungsbereich sicherzustellen. Dabei ist in zeitlicher Hinsicht prioritär die Leistungsdokumentation umzusetzen, erst in weiterer Folge die Diagnosendokumentation.

(5) Die Vertragsparteien kommen überein, dass medizinische Leistungen über den gesamten ambulanten Bereich (d.h. Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte mit Kassenverträgen, Gruppenpraxen mit Kassenverträgen und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen) ab 1. Jänner 2014 bundesweit nach dem seit 2010 in Pilotprojekten getesteten Katalog ambulanter Leistungen (KAL) im Rahmen eines Berichtswesens in pseudonymisierter Form dem Bund zu melden sind. Die derzeitige Überleitung (Mapping) ist im Hinblick auf Verbesserungsmöglichkeiten zu prüfen. Im Sinne einer möglichst hohen Datenqualität ist die Originärdokumentation gemäß dem Katalog ambulanter Leistungen anzustreben. Der Katalog ambulanter Leistungen wird einer periodischen Wartung und Weiterentwicklung unterzogen.

(6) Bund, Länder und Sozialversicherung schaffen dafür zeitgerecht die notwendigen Rahmenbedingungen in fachlicher, rechtlicher, organisatorischer und technischer Hinsicht und stellen damit ab 2014 vergleichbare Datengrundlagen über den gesamten ambulanten Bereich sicher.

(7) Bei der Konzeption und der Weiterentwicklung der Dokumentationssysteme ist auf die Kompatibilität mit den bereits vereinbarten bzw. mit den noch festzulegenden Standards des ELGA-Projekts zu achten. Die Dokumentation soll nach Möglichkeit im Rahmen der routinemäßigen Datenerfassungs- und Datenverarbeitungsprozesse der Leistungserbringer/innen erfolgen.

(8) Die Vertragsparteien kommen überein, zur Sicherstellung einer bereichsübergreifenden Datentransparenz ab 1. Jänner 2015 die gesamte ambulante und stationäre Dokumentation in einer für alle Bereiche identen Weise zu pseudonymisieren. Die Pseudonymisierungsstelle nimmt die für Zwecke des Datenschutzes erforderliche Pseudonymisierung personenbezogener Daten für die Diagnosen- und Leistungsberichte aus dem stationären und ambulanten Bereich vor. Die Pseudonymisierung wird durch die beim Hauptverband eingerichtete Pseudonymisierungsstelle vorgenommen.

(9) Für die gemeinsame Beobachtung, Planung, Steuerung und Finanzierung im Gesundheitswesen haben die Sozialversicherungsträger sowie die Krankenfürsorgeanstalten, soweit diese im Rahmen der Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds im Wege der beim Hauptverband eingerichteten Pseudonymisierungsstelle pseudonymisierte Diagnosen- und Leistungsdaten aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung in einer standardisierten und verschlüsselten Form zur Verfügung zu stellen.

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

## **Artikel 38**

### **Erfassung weiterer Daten**

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

## **Artikel 39**

### **Erhebungen und Einschaurechte**

(1) Den Organen des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend und von diesen beauftragten nicht amtlichen Sachverständigen ist es gestattet, Erhebungen über die Betriebsorganisation und den Betriebsablauf der Krankenanstalten gemäß Art. 18 Abs. 3 und 4 durchzuführen und in die die Betriebsführung der Krankenanstalten betreffenden Unterlagen Einsicht zu nehmen. Der Bund ist verpflichtet, den betroffenen Landesgesundheitsfonds und dem Rechtsträger der jeweiligen Krankenanstalt über die Ergebnisse zu berichten und Vorschläge für Verbesserungen und Änderungen innerhalb einer angemessenen Frist zu erstatten.

(2) In der Bundesgesundheitsagentur und in den Landesgesundheitsfonds sind den Vertreterinnen/Vertretern des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung auf Verlangen Auskünfte über 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. 18 Abs. 3 und 4 durchzuführen und in alle die Betriebsführung betreffenden Unterlagen durch eigene Organe oder beauftragte Sachverständige Einsicht zu nehmen und
2. der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds oder von diesen beauftragten Sachverständigen gestatten, Erhebungen über die Betriebsorganisation und den Betriebsablauf sonstiger Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer im Gesundheitswesen durchzuführen und in alle die Betriebsführung betreffenden Unterlagen durch eigene Organe oder beauftragte Sachverständige Einsicht zu nehmen.

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

## **13. ABSCHNITT**

### **Sanktionen**

## **Artikel 40**

### **Sanktionen intramuraler Bereich**

(1) Der Sanktionsmechanismus für den Krankenanstaltenbereich wird mit 1. Jänner 2008 fortgeführt.

(2) Bei maßgeblichen Verstößen gegen einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien festgelegte Pläne (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. 21 Abs. 2 Z 4 zurückzuhalten, bis das Land oder der Landesgesundheitsfonds nachweislich die zur Herstellung des den Vorgaben gemäß dieser Vereinbarung entsprechenden Zustandes erforderlichen Maßnahmen gesetzt hat.

## **Artikel 41**

### **Sanktionen extramuraler Bereich**

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

## **14. ABSCHNITT**

### **Sonstige Bestimmungen**

## **Artikel 42**

### **Schutzklausel für Bund und Träger der Sozialversicherung**

(1) Die Länder verpflichten sich im Rahmen ihrer Kompetenz dafür zu sorgen, dass für die Vereinbarungsdauer keine über diese Vereinbarung hinausgehenden finanziellen Forderungen betreffend die Krankenanstalten im Sinne des Art. 18 Abs. 3 und 4 an den Bund oder die Träger der Sozialversicherung gestellt werden.

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

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

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

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

## **Artikel 43**

### **Schutzklausel für Städte und Gemeinden**

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

## **Artikel 44**

### **Ärztliche Ausbildung**

Die Vertragsparteien kommen überein, dass unter Einbeziehung der Länder, der Träger der Sozialversicherung, der Österreichischen Ärztekammer und der Träger der ärztlichen Ausbildungsstätten beim Bundesministerium für Gesundheit eine Kommission gemäß § 8 Bundesministeriengesetz 1986, BGBl. Nr. 76, eingerichtet wird. Aufgabe dieser Kommission ist die Beratung in folgenden Angelegenheiten der ärztlichen Ausbildung:

1. Planung,
2. Steuerung,
3. Qualitätssicherung und
4. Weiterentwicklung.



## **Artikel 45**

### **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. 17 Abs. 4 Z 2 lit. e in dem Ausmaß zu ersetzen, als diese Kosten einen bestimmten Betrag übersteigen. Dieser Betrag ist für 2008 auf Basis des Betrages 2006 (Art. 39 Abs. 2 der Vereinbarung BGBl. I Nr. 73/2005) zuzüglich den Erhöhungen gemäß den vorläufigen Hundertsätzen 2007 und 2008 zu berechnen, wobei die Mehreinnahmen aus dem Budgetbegleitgesetz 2003 in die Hundertsätze einzurechnen sind. Die vorläufigen und endgültigen Beträge ergeben sich in analoger Anwendung der Valorisierungsbestimmungen gemäß Art. 21 Abs. 6 Z 2 und 3. Länder und Sozialversicherung verpflichten sich, in ihrem Wirkungsbereich alles zu unternehmen, dass die Patientinnen/Patienten in Österreich behandelt werden und damit die Voraussetzung geschaffen wird, dass diese Zielgröße nicht überschritten wird. Ausgenommen von diesen Regelungen sind Behandlungen im Rahmen grenzüberschreitender Kooperationen, sofern hierüber in der jeweiligen Gesundheitsplattform Einvernehmen erzielt wird.

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

## **Artikel 46**

### **Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes (Zams)**

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

## **Artikel 47**

### **Schiedskommission**

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

1. Entscheidung über den Abschluss von Verträgen zwischen Trägern öffentlicher Krankenanstalten außerhalb der Landesgesundheitsfonds, die zum Zeitpunkt 31. Dezember 1996 bestanden haben, und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;

2. Entscheidungen über Streitigkeiten aus zwischen den Trägern der in Art. 18 Abs. 3 und 4 genannten Krankenanstalten und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (oder einen Träger der sozialen Krankenversicherung) abgeschlossenen Verträgen einschließlich der Entscheidung über die aus diesen Verträgen erwachsenden Ansprüche gegenüber Trägern der Sozialversicherung oder gegenüber den Landesgesundheitsfonds;
  3. Entscheidung über Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung und den Landesgesundheitsfonds über die wechselseitigen Verpflichtungen und Ansprüche aus der vorliegenden Vereinbarung;
  4. Entscheidung über Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus (Art. 40) gründen.
- (2) Den Schiedskommissionen gehören folgende auf vier Jahre bestellte Mitglieder an:
1. Eine/Ein von der/vom Präsidentin/Präsidenten des jeweiligen Oberlandesgerichtes bestellte/r Richterin/Richter aus dem Aktivstand der zum Sprengel des jeweiligen Oberlandesgerichtes gehörenden Gerichte, der den Vorsitz übernimmt;
  2. ein vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger 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.

## 15. ABSCHNITT

### Rechtliche Umsetzung der Vereinbarung

#### Artikel 48

#### Rechtliche Umsetzung

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

1. *entfällt; LGBl. Nr. 43/2013 vom 28.10.2013*
2. *entfällt; LGBl. Nr. 43/2013 vom 28.10.2013*
3. *entfällt; LGBl. Nr. 43/2013 vom 28.10.2013*
4. Geltungsbereich bzw. Verbindlichkeit der Qualitätskriterien für alle Krankenanstalten,
5. Sanktionen bei Nichteinhaltung des ÖSG bzw. RSG, insbesondere der Qualitätskriterien,
6. *entfällt; LGBl. Nr. 43/2013 vom 28.10.2013*
7. *entfällt; LGBl. Nr. 43/2013 vom 28.10.2013*
8. allenfalls Anpassungen der Legaldefinition für die Tagesklinik bzw. den tagesklinischen Bereich im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Finanzierungsregelungen,
9. der Geltungsbereich des § 27a Abs. 2 KAKuG erstreckt sich bis zum Ende der Laufzeit dieser Vereinbarung,
10. in die Arzneimittelkommission der Krankenanstalten wird eine/ein Vertreterin/Vertreter der Sozialversicherung aufgenommen, mit dem insbesondere die Vorgangsweise gemäß § 19a Abs. 4 Z 3 KAKuG abzustimmen ist.

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

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

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

## **16. ABSCHNITT**

### **Schlussbestimmungen**

#### **Artikel 49**

##### **In-Kraft-Treten**

(1) Diese Vereinbarung tritt nach Einlangen der Mitteilungen aller Vertragsparteien beim Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, dass die nach der Bundesverfassung bzw. nach den Landesverfassungen erforderlichen Voraussetzungen für das In-Kraft-Treten erfüllt sind, mit 1. Jänner 2008 in Kraft. Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 73/2005, tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2007 außer Kraft.

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

(3) Die Änderungen auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, mit der die Vereinbarung BGBl. I Nr. 105/2008 geändert wird, treten nach Einlangen der Mitteilungen aller Vertragsparteien beim Bundesministerium für Gesundheit, dass die nach der Bundesverfassung bzw. nach den Landesverfassungen erforderlichen Voraussetzungen für das Inkrafttreten erfüllt sind, mit 1. Jänner 2013 in Kraft.

#### **Artikel 50**

##### **Durchführung der Vereinbarung**

(1) Die zur Durchführung dieser Vereinbarung notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen sind, jedenfalls soweit es die Umsetzung der finanzierungs- und organisationsrechtlichen Bestimmungen dieser Vereinbarung betrifft, mit 1. Jänner 2008 in Kraft zu setzen. Die zur Durchführung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, BGBl. I Nr. 199/2013, notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen sind rückwirkend mit 1. Jänner 2013 in Kraft zu setzen.

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

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

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

## **Artikel 51**

### **Geltungsdauer, Kündigung**

(1) Diese Vereinbarung wird unter Verzicht auf ein Kündigungsrecht für die Dauer der Geltung des Finanzausgleichsgesetzes 2008 (FAG 2008), BGBl. I Nr. 103/2007, in der derzeit geltenden Fassung, jedenfalls aber bis zum 31. Dezember 2014 geschlossen. Wird die Geltungsdauer des FAG 2008 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.

(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.

## **Artikel 52**

### **Mitteilungen**

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

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Vertragsparteien unverzüglich in Kenntnis zu setzen, sobald alle Mitteilungen gemäß Art. 49 Abs. 3 eingelangt sind.

## **Artikel 53**

### **Urschrift**

(1) Diese Vereinbarung wird in einer Urschrift ausgefertigt. Die Urschrift wird beim Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend hinterlegt. Dieses hat allen Vertragsparteien beglaubigte Abschriften der Vereinbarung zu übermitteln.

(2) Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, mit der die Vereinbarung BGBl. I Nr. 105/2008 geändert wird, wird in einer Urschrift ausgefertigt. Die Urschrift wird beim Bundesministerium für Gesundheit hinterlegt. Dieses hat allen Vertragsparteien beglaubigte Abschriften der Vereinbarung zu übermitteln.