

AMT DER NIEDERÖSTERREICHISCHEN LANDESREGIERUNG

Gruppe Gesundheit und Soziales Abteilung Sanitätsrecht und Krankenanstalten

Postanschrift 3109 St. Pölten, Landhausplatz 1

Fernschreibnummer 13 4145,

Fax 02742/9005/12785

Parteienverkehr: Dienstag 8 - 12 Uhr

3109 St. Pölten, Landhausplatz 1, Haus 15 b

zu erreichen mit: Wiesel-, Regional- und Citybus
zum Regionaltarif telefonisch erreichbar über die Telefon-Nr. ihrer
Bezirkshauptmannschaft, dann die Nr. 800 sowie die
jeweilige Klappe des Bearbeiters bzw. mit Nr. 9 die
Vermittlung

Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 3109



Beilagen

GS 4-20/III-30/1072

Bei Antwort bitte Kennzeichen angeben

Bezug

Bearbeiter

(0 27 42) 9005

Durchwahl

Datum

Mag. Kapral

13076

24. April 2001

Betrifft

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, Motivenbericht

Hoher Landtag!

Zum Vereinbarungstext wird berichtet:

1. Allgemeiner Teil

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

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

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

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

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

Inhaltlich ist zur neuen Vereinbarung folgendes hervorzuheben:

1. Bei gleich bleibenden Mittelflüssen aus dem Bundesbereich (Bund, Sozialversicherung) haben sich die Vertragsparteien Bund und Länder darüber geeinigt, eine Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens im Sinne einer Neustrukturierung anzustreben. Es ist gelungen, gegenüber der bisherigen Vereinbarung wesentlich neue Inhalte aufzunehmen ohne die Kostenentwicklung negativ zu beeinflussen:

Die neu in die Vereinbarung aufgenommene Präambel verbindet die Vertragsparteien in der Zielsetzung, auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und möglicher Kosteneinsparungen abzusichern. Die inhaltlich neuen Schwerpunkte sind vor allem darin zu sehen,

- a) eine integrierte, aufeinander abgestimmte Planung aller Bereiche im Gesundheitswesen, insbesondere unter stärkerer Einbeziehung des niedergelassenen Bereiches, zu erreichen,
 - b) ein verbindliches der Effizienzsteigerung dienendes Qualitätssystem für das österreichische Gesundheitswesen einzuführen,
 - c) die Voraussetzungen für einen effektiven und effizienten Einsatz der Informationstechnologie im Gesundheitswesen zu schaffen,
 - d) das Schnittstellenmanagement durch verbindliche Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen zu verbessern und
 - e) den Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) in Richtung eines Leistungsangebotsplanes weiterzuentwickeln.
2. Der einvernehmlich revidierte ÖKAP/GGP mit integrierter Leistungsangebotsplanung ist ein Bestandteil dieser Vereinbarung, wobei die Planung und ihre Weiterentwicklung laufend zu evaluieren ist.
 3. Erstmals ist auch die Einrichtung eines Strukturfonds und seine Dotation unmittelbar in der Vereinbarung geregelt, womit vor allem sichergestellt werden kann, dass die bisherigen Mittelflüsse an die Landesfonds trotz Umschichtung innerhalb des Bundesbereiches (Bund, Sozialversicherung) gewährleistet sind.
 4. In den Terminen der Dotation der Landesfonds tritt keine Änderung ein.
 5. Sichergestellt wurde, dass die Vereinnahmung des Betrages von 20,-- Schilling zusätzlich zum Spitalskostenbeitrag gemäß § 27a KAG durch die Bundesländer erfolgt. Die Zuführung der entsprechenden Einnahmen an die Sozialversicherung wurde derart geregelt, dass diese Einnahmen mit dem Pauschalbetrag der Sozialversicherung an die Landesfonds gegenverrechnet werden.

6. Um dem Abstimmungsbedarf zwischen den Vertragsparteien Rechnung zu tragen, wurde in wesentlichen Fragen (Planung und Qualität im österreichischen Gesundheitswesen sowie Weiterentwicklung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung) vorgesehen, dass ein Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zu erzielen ist.
7. Die Intention einer intensiven Zusammenarbeit schlägt sich auch in der vorgesehenen Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen nieder. Diese Arbeitsgruppe wird die von der Strukturkommission oder den Landesfonds finanzierten Projekte bei Bedarf und im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien einer begleitenden ökonomischen Evaluierung und einer laufenden Beobachtung und Bewertung von Strukturveränderungen unterziehen.
8. Die Vereinbarung sieht vor, dass ein Vertreter der Patientenanwaltschaften und ein Vertreter der Österreichischen Ärztekammer der Strukturkommission neben den bisherigen Mitgliedern angehören.
9. Der bisherige Sanktionsmechanismus wird sich auf Grund der Vereinbarung in Hinkunft auch auf zwischen den Vertragsparteien einvernehmlich verbindlich vereinbarte strukturelle Vorgaben und Rahmenbedingungen zur Sicherstellung der systematischen Qualitätsarbeit beziehen.

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

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

a) Planung des österreichischen Gesundheitswesens

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

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

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

b) Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan

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

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

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

Der ÖKAP enthält u.a. folgende Neuerungen:

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

- Die bereits zur Routinetechnologie zählenden Computertomographiegeräte und Nierenlithotripter wurden aus der verbindlichen Großgeräteplanung herausgenommen.

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

c) Kooperationsformen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern, Schnittstellenmanagement

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

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

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

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

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

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

Dieser Konzeption wird ein gemeinsames Verständnis dessen zugrundegelegt, was unter Qualität, Qualitätssystem und Qualitätsarbeit verstanden werden soll. Demnach ist Qualität im Gesundheitswesen die Fähigkeit der Leistungserbringer, die Leistungen patientengerecht, effektiv und effizient zu gestalten. Zentrale Felder der Optimierung von Prozessen (Prozessqualität) und die Verbesserung des Ergebnisses (Ergebnisqualität).

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

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

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

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

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

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

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

Der gezielte Einsatz patientenorientierter Telematikanwendungen kann dazu beitragen

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

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

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

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

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

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

- a) Beiträge des Strukturfonds
- b) Beiträge der Länder
- c) Beiträge der Gemeinden (nach Maßgabe einer besonderen bundesgesetzlichen Regelung)

- d) Beiträge des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (für Rechnung der ihm angeschlossenen Träger der Sozialversicherung)
- e) Allfällige sonstige Mittel (nach Maßgabe von landesrechtlichen Vorschriften)
- f) Mittel des Bundes gemäß Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG)

Zu a) Jährliche Beiträge des Strukturfonds:
für das Jahr 2001

- (1) 1,416 % des Umsatzsteueraufkommens
3.253.968.000,--
- (2) Sonstige Mittel
3.330.000.000,--

Zu b) Jährliche Beiträge der Länder:

- (3) 0,949 % des Umsatzsteueraufkommens
2.180.802.000,--

Zu c) Jährliche Beiträge der Gemeinden:

- (4) 0,642 % des Umsatzsteueraufkommens
1.475.316.000,--

Zu d) Beiträge der Träger der Sozialversicherung:

- (5) Auf das Jahr 2001 valorisierte Zahlungen der Träger der Sozialversicherung, welche diese im Jahr 1999 an die Landesfonds zu leisten hatten, in Höhe von vorläufig 41.200.000.000,--
- (6) Auf das Jahr 2001 valorisiertes Finanzvolumen auf Grund der am 31. Dezember 1996 geltenden Rechtslage bezüglich Kostenbeiträge (Kostenanteile) im Sozialversicherungsbereich in Höhe von ca. 450.000.000,--

Zu f) Mittel gemäß GSBG:

- (7) Mittel gemäß GSBG
16.200.000.000,--

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

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

Strukturfonds:	6.583.968.000,--
Länder:	2.180.802.000,--
Gemeinden:	1.475.316.000,--
Sozialversicherung:	41.650.000.000,--
Bund:	<u>16.200.000.000,--</u>
	68.090,086.000,--

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

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

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

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

So sollen in Verbindung mit den weiteren Reformmaßnahmen insbesondere

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

erreicht werden.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Der Konsultationsmechanismus und der Sanktionsmechanismus bleiben in der bisher bestehenden Form aufrecht. Sie ist bei maßgeblichen Verstößen gegen die einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien festgelegten Pläne und Vorgaben – so wie bisher – seitens des Strukturfonds der entsprechende Länderanteil an den vom Bund eingebrachten Mitteln in Höhe von 1.750 Millionen Schilling zurückzuhalten, bis das Land oder der Landesfonds nachweislich die zur Herstellung des plan- oder vorgabekonformen Zustandes erforderlichen Maßnahmen gesetzt hat. Dieser Sanktionsmechanismus umfasst nunmehr auch Verstöße gegen die einvernehmlich zwischen Bund und Ländern verbindlich vereinbarten strukturellen Vorgaben und Rahmenbedingungen zur Sicherstellung der systematischen Qualitätsarbeit.

9. Finanzierung von Leistungen für inländische Gastpatienten und ausländische Anspruchsberechtigte, Anstaltspflege im Ausland aus medizinischen Gründen

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

Die Regelungen für ausländische Anspruchsberechtigte sowie für die Abrechnung von Kosten für Anstaltspflege im Ausland aus medizinischen Gründen bleiben ebenfalls unverändert.

2. Besonderer Teil

Zu Art. 1:

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

Eine Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG führt – mit Ausnahme von verfassungsändernden Art. 15a B-VG-Vereinbarungen – zu keiner Änderung der Kompetenzlage. Im Rahmen von Verhandlungen für eine Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG sowie im Rahmen der Umsetzung einer Vereinbarung bleibt es den einzelnen Vertragsparteien unbenommen, jeweils die für die Regelungen in ihrem Zuständigkeitsbereich maßgeblichen Partner beizuziehen.

Zu Art. 2:

Der Kreis der zu finanzierenden Träger von Krankenanstalten (Fondskrankenanstalten) ist auf die Krankenanstalten eingeschränkt, die im Jahre 1996 Zuschüsse des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds erhalten haben. Dieser Kreis von Krankenanstalten ist identisch mit dem Kreis der auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 finanzierten Krankenanstalten. Neue Krankenanstalten könnten in diesen Kreis nur auf Grund eines allfälligen Angliederungsvertrages mit einer Fondskrankenanstalt aufgenommen werden. In diesem Zusammenhang wird auch im Bundeskrankenanstaltengesetz die Möglichkeit geschaffen, Angliederungsverträge zwischen öffentlichen Krankenanstalten abzuschließen.

Zu Art. 3:

Zu Abs. 1:

Eine regional abgestimmte Planung geht von den Einzugsgebieten der jeweiligen Leistungserbringer (z.B. Krankenanstalten) aus. Hinsichtlich medizinischer Spitzenleistungen (technisch aufwändige und kostenintensive Leistungen) ist jedenfalls länderübergreifend zu planen.

Die Festlegung von Qualitätskriterien erfolgt dabei mehrstufig, wobei – ausgehend von bundesweiten Grundsätzen auf Länderebene Detaillierungen vorzunehmen sind.

Zu Abs. 4:

Die in der Revision des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes (ÖKAP/GGP) per 1. Jänner 2001 integrierte Leistungsangebotsplanung (LAP) enthält zwei Ebenen:

Leistungsangebotsplanung (LAP) nach Fachrichtungen:

Planungsprinzipien der LAP sind Versorgungsgerechtigkeit, Qualität und Effizienz. Eine regional möglichst homogene Versorgung der Bevölkerung soll dabei in Form von Planungsempfehlungen zu einer nach der strukturellen Ausstattung der Krankenanstalten bzw. nach Fachrichtungen differenzierten Leistungserbringung („abgestufte Leistungserbringung“) gewährleistet werden. In die Revision des ÖKAP/GGP per 1. Jänner 2001 wurde die LAP für die Fachrichtungen Orthopädie, Unfallchirurgie und Urologie integriert. Pro Fachrichtungen wurden fachspezifische Leistungsspektren erarbeitet, die einen von der Strukturqualität und damit indirekt vom krankenhausspezifischen Versorgungsauftrag abhängigen Maßstab zur fachrichtungsspezifischen Leistungserbringung in Krankenanstalten darstellen. Die Leistungsspektren enthalten sämtliche der jeweiligen Fachrichtung zuordbare Leistungen und sind nach den Ebenen der intramuralen Gesundheitsversorgung (Vollabteilung, Department/Fachschwerpunkt) differenziert. Dabei ist die Intensivstation als zentrales Strukturqualitätsmerkmal für die Zuordnung von Versorgungsaufträgen zu den Krankenanstalten und sind in Form von Richtlinien festzulegen. Sie stellen die Basis für die Planung des Leistungsangebots an den Krankenanstalten in Abhängigkeit von den vorgehaltenen Strukturen dar.

Detaillierte Leistungsangebotsplanung (für ausgewählte medizinische Leistungsbereiche): Ziel ist die Definition und Auswahl von Leistungsstandorten, die für die Erbringung von ausgewählten, komplexen aufwändigen und daher teuren (spitzen)medizinischen Leistungen bedarfsnotwendig und hinsichtlich der strukturellen Voraussetzung geeignet sind. Da solche Leistungen an vergleichsweise wenigen Standorten erbracht werden, ist eine überregionale (d.h. über die Bundesländergrenzen hinausgehende) Planung und Koordination notwendig. In die Revision des ÖKAP/GGP per 1. Jänner 2001 wurden die folgenden ausgewählten Bereiche der detaillierten Leistungsangebotsplanung aufgenommen: Onkologische Versorgung, Stammzelltransplantation, Nuklearmedizinische Therapie, Herzchirurgie, Kinderkardiologie, Lebertransplantation, Nierentransplantation, Stroke Unit, Neonatologie und Chronische Hämodialyse. Voraussetzung für die detaillierte Leistungsangebotsplanung ist die Festlegung verbindlicher Richtlinien für Strukturqualitätskriterien.

Neue Organisationsformen der intramuralen Versorgung in Form von den im ÖKAG/GGP 2001 vereinbarten Departments, Fachschwerpunkten und (dislozierten) Tageskliniken sind im Falle von Departments für Pulmologie sowie von Fachschwerpunkten und dislozierten Tageskliniken nur an den im ÖKAG/GGP 2001 vereinbarten Standorten und nur in Form von zu evaluierenden Pilotprojekten zu führen.

Zu Abs. 6:

Die im Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan in den einzelnen Bundesländern vorgesehenen Behandlungskapazitäten (z.B. Betten) stellen jedenfalls Höchstzahlen dar. Quantitative und qualitative Festlegungen, die im Zusammenhang mit Qualitätskriterien für die Struktur (z.B. Mindestabteilungsgrößen, Personalqualifikation, etc.) erfolgen, sind hingegen als Mindestanforderungen zu verstehen.

Zu Art. 6:

Die Zielsetzung und Zielrichtung dieser neu in die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG aufgenommenen Bestimmungen sind im Zuge der Verhandlungen zum Finanzausgleich bereits im Vorfeld zwischen den Vertragsparteien und zusätzlich beigezogenen Interessenspartnern (z.B. Ärztekammer, konfessionelle Krankenanstalten) akkordiert worden. Die Vertragsparteien bekennen sich demnach in Abs. 1 zur einvernehmlichen Entwicklung eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems, das auf den Prinzipien der Patientenorientierung, der Transparenz, der Effizienz und der Kostendämpfung zu basieren hat.

Patientenorientierung – im Sinne der Maximierung der Lebensqualität – heißt, dass die jeweiligen individuellen Lebensumstände der betroffenen Menschen bzw. die Auswirkungen von Interventionen auf die selben im Mittelpunkt der Handlungsentscheidungen stehen. Die Patientenorientierung zu Grunde liegt ein gesamteinheitliches Qualitätsverständnis: Qualität wird im Zusammenwirken aller Professionen und Fachbereiche erreicht.

Transparenz bedeutet eine ständige, systematische Überprüfung, Dokumentation und Analyse der Leistungen und Ergebnisse als Basis für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung.

Effizienz: Qualitätsarbeit soll dem Prinzip der Effizienzsteigerung der Leistungserbringung unter Berücksichtigung der Patienten- und Mitarbeiterorientierung verpflichtet sein. Eine Effizienzsteigerung soll insbesondere über die Verbesserung des Outputs bei konstantem Input erfolgen.

Kostendämpfend soll durch einen quantitativ und qualitativ optimalen Mitteleinsatz erreicht werden. Eine regelmäßige Überprüfung der Mittelverwendung ist anzustreben.

Die Vertragsparteien legen im Abs. 2 fest, dass bundeseinheitliche Grundsätze und Vorgaben sowie deren Umsetzung verbindlich zu vereinbaren sind.

Mit Abs. 4 wird daher ein Sanktionsmechanismus gemäß Art. 29 Abs. 2 vorgesehen.

Dieser Sanktionsmechanismus resultiert aus der Absicht der Vertragsparteien, die Qualitätsarbeit einvernehmlich steuern zu können, wobei nicht die operative Ebene bzw. die einzelnen Maßnahmen zur Qualitätssicherung, sondern die Umsetzung struktureller Voraussetzungen und Rahmenbedingungen Gegenstand der Sanktionen sein sollen.

In Abs. 3 sind jene Themen angeführt, deren Bearbeitung in der Laufzeit der Vereinbarung jedenfalls zu unterstützen und durch eine ökonomische Evaluierung zu begleiten ist.

Zu Art. 7:

Zu Abs. 1:

Der rasche Fortschritt in der Entwicklung und bei der Nutzbarmachung moderner Technologien eröffnet neue Chancen für das Gesundheitswesen. Mit den Chancen, die diese Entwicklung bietet, ist die Erkenntnis verbunden, dass der mit dem Technologieeinsatz verbundene Mehrwert durch adäquate und gemeinsame Vorgangsweisen der Vertragsparteien rascher erzielbar sein wird. Eingebettet in die Strukturen der Europäischen Union und einschlägiger internationaler Organisationen gehen die Vertragsparteien weiters davon aus, dass die im Bereich der Gesundheits-„Telematik“ (Begriffsbildung als TELEkommunikation und InforMATIK) zu treffenden Maßnahmen in enger Beobachtung und Abstimmung mit der Entwicklung in diesen Bereichen erfolgen müssen.

Die Umsetzung der auf Grund dieser Bestimmungen zu treffenden Maßnahmen wird sich daher an die in Abs. 1 genannten Zielsetzungen zu orientieren haben:

- qualitative Verbesserung der Versorgung,
- Erzielung synergetischer Effekte und
- Harmonisierung mit internationalen Bestrebungen.

Zu Abs. 2:

Ausgehend von diesen Zielsetzungen sehen die Vertragsparteien in Abs. 2 vor, die Möglichkeiten der neuen Technologien intensiv zu nutzen. Dabei ist allerdings auf die gegebenen Strukturen des Gesundheitswesens und die Entwicklungsfortschritte umfassend Bedacht zu nehmen. Insbesondere ist davon auszugehen, dass der Technologie-Einsatz die tragenden Prinzipien des Gesundheitswesens unterstützen bzw. zu ihrer Weiterentwicklung angemessen beitragen soll. Als bundeseinheitliche Vorgangsweise werden in diesem Zusammenhang vor allem Verfahren und Mechanismen der gegenseitigen Information und der partnerschaftlichen Meinungsbildung zu entwickeln sein. Ferner werden Diskussionsplattformen zur Förderung des Erfahrungsaustausches einzurichten sein. Damit kann den unterschiedlichen technologischen und organisatorischen Gegebenheiten sowie der dezentralen Ausgestaltung des Gesundheitswesens optimal entsprochen werden.

Zu Abs. 3:

Angesichts der Tatsache, dass wesentliche Nutzeneffekte des Technologie-Einsatzes im Gesundheitswesen aus der Verfügbarmachung von medizinischem Wissen und fachspezifischer Erfahrung sowie aus der Anwendung auf administrative Abläufe resultieren, werden in Abs. 3 Schwerpunktaktivitäten der Vertragsparteien für diese Bereiche vereinbart.

Ein für den Technologie-Einsatz bzw. die Ausschöpfung der damit verbundenen Potenziale ausschlaggebender Faktor ist die Verstärkung und Ausdehnung der Kommunikation auf allen Ebenen. Voraussetzung hierfür ist die Verständigung der Vertragsparteien auf eine gemeinsame Vorgangsweise bei der Ausgestaltung der Vernetzungsinfrastruktur. Es besteht in dieser Hinsicht Einhelligkeit, dass in technologischer Hinsicht auf der bestehenden bzw. sich rasch weiterentwickelnden Infrastruktur der logischen (offenen) Netze (Z 1) aufzusetzen ist. Dies erleichtert nicht nur die Integration bereits bestehender lokaler oder regionaler Netze, sondern kann auch allfällige ökonomisch unzweckmäßige Effekte vermeiden. Gerade im Bereich der Netzwerkgestaltung haben internationale Vergleiche die Kostenintensität gesonderter Gesundheitsnetze (Intranets) deutlich gemacht. Die Einbeziehung der Chip-Karte der Sozialversicherung gestattet es, den Sicherheitsanforderungen-sowohl der Leistungsersteller als auch der Bürgerinnen und Bürger angemessen Rechnung zu tragen und organisatorische Abläufe zu straffen.

Informations- und Kommunikationstechnologien sollen nach dem Verständnis der Vertragsparteien nicht nur zu generellen Kommunikationserleichterungen führen, sondern auch der Qualität der Leistungserstellung neue Dimensionen eröffnen. Die Verfügbarmachung von Gesundheitsinformationen zur zeit- und bedarfsgerechten Erstellung von Versorgungsleistungen sowie die technologieunterstützte Vereinfachung von administrativen Vorgängen (Z 2) sind geeignet, die Akzeptanz von Gesundheitsdienstleistungen auf allen Ebenen zu steigern. Darüber hinaus eröffnen sie nicht nur hinsichtlich möglicher Effizienzgewinne zusätzliche Optionen der Versorgung.

Komplementär zur Schwerpunktsetzung der Vertragsparteien auf die technologische Unterstützung des Wissens- und Erfahrungstransfers ist ihre Verständigung auf die Zurverfügungstellung und Nutzung fachspezifischer Informationssysteme (Z 3). Das aus dem Umstand erkennbar, dass in manchen Fachbereichen die Halbwertszeit des medizinischen Wissens bereits weniger als zwei Jahre beträgt. Des Weiteren war von den Vertragsparteien auf die Maßnahmen der Europäischen Union bzw. das Erfordernis der Harmonisierung nationaler Vorhaben mit den EU-Maßnahmen Bedacht zu nehmen. Beispielhaft zu erwähnen sind die Vernetzung und die Verbreitung vorbildlicher Verfahren (best practice-Modelle) im Rahmen des Aktionsplanes eEurope sowie die Einrichtung eines epidemiologischen Netzwerkes. Ähnliche Vernetzungsprojekte auf EU-Ebene sind ferner im neuen Aktionsprogramm der Gemeinschaft für den Bereich öffentliche Gesundheit (2001-2006) vorgesehen.

Zu Abs. 4:

Durch die Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien, aber auch durch expandierende Informationsmengen auf Grund des raschen Fortschritts des medizinischen Wissens hat die Verwendung sensibler Gesundheitsdaten stark zugenommen, für die Zukunft ist eine weitere – exponentielle – Zunahme absehbar. Die Anfälligkeit der Infrastruktur – beispielhaft sei die Virenproblematik erwähnt – ist nicht nur das Problem einzelnen Institutionen, sondern hat als Sicherheitsaspekt eine nationale Bedeutung erlangt. Verschiedentlich ist bereits eine Kommerzialisierung von personenbezogenen Daten zu beobachten. Die Vertragsparteien sehen es daher als eine ihrer wesentlichen Aufgaben an, den Schutz der Privatsphäre der Bürgerinnen und Bürger gleichwertig zu verbessern (Abs. 4). Dazu ist vorerst das vorhandene rechtliche Instrumentarium, nämlich das Datenschutzgesetz, heranzuziehen. Diesbezüglich sind die Vertragsparteien einhellig der Auffassung, dass im jeweiligen Wirkungsbereich jedes Materiengesetzgebers extensiv die Zweckbindung der Verwendung von Gesundheitsdaten vorzusehen ist. Die Vertragsparteien sind aber auch der Auffassung, dass es nicht ausreichend sein wird, den Auswirkungen der technologischen Entwicklung im Gesundheitswesen auf die Privatsphäre der Betroffenen ausschließlich mit Mitteln des Rechts zu begegnen. Vielmehr wurde Einvernehmen dahingehend erzielt, rechtliche Vorkehrungen durch entsprechende flankierende Maßnahmen im Bereich der Technologie selbst sowie durch die Adaptierung der Informationstätigkeit zu ergänzen. Neben dem Auf- und Ausbau angemessener Sicherheitsinfrastrukturen werden daher auch Reininvestitionen bzw. Neuinvestitionen im Bereich der technologischen Ausstattung auf ihre Tauglichkeit in Bezug auf den Datenschutz zu bewerten sein. Der Informationsstand von Bürgerinnen und Bürger kann etwa im Rahmen der organisatorischen Abläufe bei der Datenermittlung oder durch die erhöhte Transparenz der Datenflüsse angehoben werden. Darüber hinaus wird die Anwendung bzw. die Erweiterung anderer datenschutzrechtlicher Prinzipien, wie etwa von Auskunftsrechten oder Richtigstellungsansprüchen, zu forcieren sein.

Zu Art. 11:

Im Rahmen der Prüfung der Landesfonds hatte der Rechnungshof kritisch angemerkt, dass einige Landesfonds im wesentlichen nur mit Mitteln des Bundes und der Sozialversicherung dotiert worden sind und dass von der Möglichkeit, unter anderem auch die Mittel zur Deckung des Betriebsabganges der Krankenanstalten in die Landesfonds einfließen zu lassen, nicht Gebrauch gemacht wurde.

Im Rahmen der Verhandlungen zu dieser Vereinbarung signalisierten die Vertreter der Länder ihre Bereitschaft, der Kritik des Rechnungshofes im Rahmen der einzelnen Landesgesetzgebungsverfahren Rechnung zu tragen.

Zu Art. 13:

Zu Abs. 1:

Der vorläufige Pauschalbetrag in der Höhe von 41.200 Millionen Schilling für das Jahr 2001 wurde folgendermaßen errechnet:

Der endgültige Pauschalbetrag für das Jahr 1999 in der Höhe von 38.677.306.568,29 wurde mit dem provisorischen Hundertsatz in der Höhe von 3,00 % vom Jahr 1999 auf das Jahr 2000 valorisiert.

Der auf diese Weise ermittelte Pauschalbetrag für das Jahr 2000 wurde mit dem provisorischen Hundertsatz in der Höhe von 3,30 % vom Jahr 2000 auf das Jahr 2001 valorisiert.

Der sich auf Grund dieser Berechnung ergebende Betrag wurde auf volle hundert Millionen Schilling aufgerundet.

Zu Abs. 2 und 3:

Bund und Länder kommen im Rahmen dieser Vereinbarung überein, dass folgende Einnahmen bei der Erhöhung der von den Trägern der Sozialversicherung an die Länder (Landesfonds) zu leistenden vorläufigen und endgültigen Beiträge nicht zu berücksichtigen sind:

1. Beitragseinnahmen aus dem Zusatzbeitrag für Angehörige
2. Beitragseinnahmen aus Krankenversicherungsbeiträgen von Zusatzpensionsleistungen
3. Einnahmen aus der Erhöhung des Kostenbeitrages gemäß § 27a Krankenanstaltengesetz und
4. Einnahmen aus dem Behandlungsbeitrag-Ambulanz.

Weiters wurde vereinbart, dass bei einer allfälligen Beitragseinnahmenerhöhung Gespräche zwischen dem Bund und den Ländern wegen der Frage der Einbeziehung in die Dynamisierung der von der Sozialversicherung zu leistenden Beiträge stattfinden werden.

Zu Art. 21:

Zu Abs. 1 und 2:

Im Zuge der Finanzausgleichsverhandlungen haben Bund und Länder vereinbart, für Strukturveränderungen im Gesundheitssystem eine ständige Arbeitsgruppe einzurichten. In Umsetzung dieses Paktums wird daher im Rahmen der Strukturkommission von den Vertragsparteien (Bund und Länder) eine Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen eingerichtet, die sich mit strukturellen Veränderungen im österreichischen Gesundheitswesen und deren Auswirkungen zu befassen hat. Diese Arbeitsgruppe wird bei Bedarf und im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien die aus Mitteln für Planungen und Strukturreformen finanzierten Projekte des Strukturfonds und der Landesfonds abstimmen und in Bezug auf die Auswirkungen evaluieren. Hinsichtlich der Mitglieder dieser Arbeitsgruppe ist zwischen den Vertragsparteien Einvernehmen herzustellen.

Zu Abs. 3:

Für die einzelnen Projekte können Projektsteuerungsgruppen bestehend aus vier Mitgliedern eingerichtet werden. Dabei ist vereinbart, dass von Seiten des Bundes zwei Vertreter und in akkordierter Weise von Seiten der Länder zwei Vertreter in diese Projektsteuerungsgruppen nominiert und entsandt werden können.

Zu Art. 22:

Die Förderung des Transplantationswesens ist im Unterschied zu bisher nicht mehr durch die Vorgabe fixer Beträge bzw. bestimmter Institutionen reglementiert, sondern erfolgt projektbezogen. Die konkreten Festlegungen der zu fördernden Leistungen bzw. Leistungserbringern ist von der Strukturkommission auf Vorschlag von Expertengremien (Transplantbeirat, Kommission gemäß § 8 BMG für die Weiterentwicklung des österreichischen Stammzellspende- und Transplantationswesens) festzulegen.

Für die Förderung des Transplantationswesens stehen jährlich bis zu 40 Millionen Schilling zur Verfügung. Der jährliche Mitteleinsatz ist in einer Jahresabrechnung zu dokumentieren und hinsichtlich der Effizienz zu evaluieren.

Zu Art. 23:

Der Bund und die Länder haben sich im Rahmen dieser Vereinbarung darauf geeinigt, mit 1. Jänner 2001 in allen Krankenanstalten Österreichs den Diagnoseschlüssel ICD-10 als Grundlage für die Diagnosendokumentation verpflichtend einzuführen und im ambulanten Bereich spätestens ab 1. Juli 2001 in Modellversuchen eine geeignete Diagnosen- und Leistungsdokumentation zu erproben. Darüber hinaus besteht Einvernehmen, die seit 1978 in den Krankenanstalten praktizierte Krankenanstalten-Kostenrechnung zu aktualisieren und weiterzuentwickeln. Dabei soll dieses Informations- und Berichtssystem auf die zur Abdeckung des nunmehr geänderten überbetrieblichen Informationsbedarfs notwendigen Daten angepasst werden bei gleichzeitiger Sicherstellung einer weitgehenden Flexibilität bei der Ausgestaltung der krankenhausinternen Kostenrechnungssysteme. Die Arbeiten sollen während der Laufzeit dieser Vereinbarung abgeschlossen und in den Krankenanstalten umgesetzt werden.

Zu Art. 26:

Zur besseren Berücksichtigung der Anliegen der Patientinnen und Patienten wird ein gemeinsamer Vertreter der Patientenanwaltschaften als neues Mitglied der Strukturkommission angehören. Außerdem wird entsprechend der Intention der Vereinbarung, die erforderlichen Strukturveränderungen unter stärkerer Berücksichtigung insbesondere des ambulanten Bereiches durchzuführen, die Strukturkommission um ein von der Ärztekammer zu bestellendes Mitglied erweitert.

Zu Art. 29:

Zu Abs. 2:

In dieser Bestimmung sind für den Sanktionsmechanismus durch einen Verweis auf den Art. 12 Abs. 4 Z 4 der Vereinbarung weiterhin 1.750 Millionen Schilling vorgesehen.

Damit sind für den Sanktionsmechanismus Mittel in der gleichen Höhe, wie sie in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 enthalten waren, vorgesehen.

Der Sanktionsmechanismus kommt nunmehr auch dann zur Anwendung, wenn einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien verbindlich vereinbarte strukturelle Vorgaben und Rahmenbedingungen zur Sicherstellung der systematischen Qualitätsarbeit nicht eingehalten werden.

Zu Art. 32:

Zu Abs. 3:

Der in dieser Bestimmung angeführte vorläufige Betrag in der Höhe von 67.641.000,-- Schilling für das Jahr 2001 wurde folgendermaßen errechnet:

Der endgültige Betrag für das Jahr 1999 in der Höhe von 63.573.163,20 Schilling wurde mit dem provisorischen Hundertsatz in der Höhe von 3,00 % vom Jahr 1999 auf das Jahr 2000 valorisiert.

Der auf diese Weise ermittelte Betrag für das Jahr 2000 wurde mit dem provisorischen Hundertsatz in der Höhe von 3,30 % vom Jahr 2000 auf das Jahr 2001 valorisiert.

Der sich auf Grund dieser Berechnung ergebende Betrag wurde auf volle tausend Schilling gerundet.

Die NÖ Landesregierung beehrt sich daher, den Antrag zu stellen:

Der Hohe Landtag wolle den Vereinbarungstext für die Änderung der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung der verfassungsgemäßen Behandlung unterziehen und den Abschluss genehmigen.

NÖ Landesregierung
O N Ö D I

Landeshauptmann-Stellvertreter

Für die Richtigkeit
der Ausfertigung

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized name, positioned below the text 'Für die Richtigkeit der Ausfertigung'.