

Vorblatt

Probleme:

Die für die Jahre 2001 bis 2004 abgeschlossene Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung tritt mit 31. Dezember 2004 außer Kraft.

Nach intensiven Verhandlungen einigten sich die Vertragsparteien auf eine Organisations- und Finanzierungsreform, die insbesondere zur besseren Kooperation zwischen den einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens führen soll.

Ziele:

- Überwindung der strikten Trennung der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens und Erreichung einer besseren Abstimmung in der Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens
- Längerfristige Sicherstellung der Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens durch Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung im Gesundheitswesen
- Unterstützung von Vorsorgemaßnahmen und flächendeckende Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen

Inhalt:

Diese Vereinbarung umfasst folgende wesentliche Punkte:

- Laufzeit 2005 bis 2008;
- Verankerung einer Leistungsangebotsplanung und eine alle Gesundheitsbereiche umfassende integrative Versorgungsplanung einschließlich des Nahtstellenmanagements; Festlegung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit;
- Implementierung und Intensivierung der systematischen Qualitätsarbeit zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen;
- Forcierung des Einsatzes moderner Informations- und Kommunikationstechnologien (Gesundheitstelematik) und Harmonisierung mit europäischen Initiativen und Aktionsplänen;
- Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur mit einer Bundesgesundheitskommission und der Landesgesundheitsfonds mit Gesundheitsplattformen auf Länderebene und finanzielle Beiträge der Bundesgesundheitsagentur (des Bundes), der Länder und der Gemeinden sowie der Träger der Sozialversicherung an die Landesgesundheitsfonds;
- Förderung von vereinbarten Strukturveränderungen im Rahmen eines Kooperationsbereiches (Reformpool) zwischen den Ländern und der Sozialversicherung
- Fortsetzung und Weiterentwicklung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems in Entsprechung nationaler und internationaler Vorgaben und damit abgestimmte Entwicklung leistungsorientierter Finanzierungssysteme für andere Bereiche des Gesundheitswesens, insbesondere für den ambulanten Bereich;
- Förderung des Transplantationswesens, Finanzierung von Planungen und Strukturveränderungen, Förderung von wesentlichen Gesundheitsvorsorgeprogrammen und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung;
- Sicherstellung und Weiterentwicklung der bestehenden Dokumentation und Erfassung weiterer Daten, Einführung einer bundeseinheitlichen Dokumentation im ambulanten Bereich;
- Einrichtung des Sanktionsmechanismus;
- Schutzklausel für Bund und Träger der Sozialversicherung sowie für Städte und Gemeinden;
- Regelung der Abgeltung in- und ausländischer Gastpatienten/innen.

Alternative:

Käme es zu keiner Einigung zwischen Bund und Ländern über eine neue Vereinbarung würde die Rechtslage zum 31. Dezember 1977 am 1. Jänner 2005 in Kraft treten.

Diese Rechtslage würde zu einem Rückfall in das Betriebsabgangsdeckungssystem der Krankenanstalten gemäß der §§ 57 und 59 KAKuG, zu einer massiven Mehrbelastung der Träger der Sozialversicherung

auf Grund des „Salzburger Modells“, zu einem Wegfall der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung führen und weiteren Reformen im Gesundheitswesen im Wege stehen.

Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:

Keine.

Finanzielle Auswirkungen:

Dem Bund, den Ländern, den Städten und Gemeinden entsteht durch diese Vereinbarung kein finanzieller Mehraufwand.

Mit dieser Vereinbarung ist auch ein Bündel von Maßnahmen verknüpft, das einerseits zu einer Verbesserung der Einnahmensituation der Krankenanstalten und der Sozialversicherung führt und andererseits Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung im Gesundheitswesen jeweils im Ausmaß von 300 Millionen Euro realisiert.

Die sowohl einnahmen- als auch ausgabenseitigen Maßnahmen sollen die Finanzierung des Gesundheitswesens und die Liquidität der Krankenanstalten und der sozialen Krankenversicherung nachhaltig sicherstellen und damit auch einen finanziellen Mehraufwand für alle Gebietskörperschaften vermeiden.

EU-Konformität:

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

ERLÄUTERUNGEN

I.

Allgemeiner Teil

Die geltende Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, BGBl. I Nr. 60/2002, tritt gemäß Art. 38 Abs. 2 mit 31. Dezember 2004 außer Kraft.

Gemäß Art. 38 Abs. 3 dieser Vereinbarung treten die in Durchführung dieser Vereinbarung ergehenden Bundes- und Landesgesetze mit Außerkrafttreten dieser Vereinbarung auch außer Kraft.

In Entsprechung der 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 Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens fixiert.

Diese Vereinbarung tritt mit 1. Jänner 2005 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2008 außer Kraft. Alle zur Durchführung der Vereinbarung notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen sind mit 1. Jänner 2005 in Kraft zu setzen, mit Ausnahme der Bestimmungen über die Einrichtung der Landesgesundheitsfonds, die bis spätestens 1. Jänner 2006 in Kraft zu setzen sind.

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

- I. Überwindung der strikten Trennung der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens und Erreichung einer besseren Abstimmung in der Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens
- II. Längerfristige Sicherstellung der Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens durch Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung im Gesundheitswesen
- III. Unterstützung von Vorsorgemaßnahmen und flächendeckende Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen

Zur Erreichung dieser Zielsetzungen sind die im Folgenden dargestellten Maßnahmen vorgesehen.

Ad I.:

Maßnahmen zur Überwindung der strikten Trennung der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens und zur Erreichung einer besseren Abstimmung in der Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens:

1. Mit dem Ziel, eine Gesamtverantwortung der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherungen für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung wahrzunehmen, werden Landesgesundheitsfonds mit Gesundheitsplattformen auf Länderebene und eine Bundesgesundheitsagentur mit Bundesgesundheitskommission zur Planung und Steuerung des gesamten Gesundheitswesens (intra- und extramural) eingerichtet.
 - 1.1 Errichtung von Gesundheitsplattformen auf Länderebene unter Einbeziehung der Aufgaben der derzeit bestehenden Landesfonds mit erweiterten Aufgaben. Die Aufgaben umfassen drei Kernbereiche:
 - Der Kernbereich intramural setzt sich aus den Aufgaben der bestehenden Landesfonds und jener neuen Aufgaben zusammen, die in den ausschließlichen Krankenanstaltenbereich fallen. Im intramuralen Bereich besteht eine Mehrheit des jeweiligen Landes.
 - Der Kernbereich extramural setzt sich aus den Aufgaben der jeweiligen Sozialversicherungen mit Mehrheit der Sozialversicherungen zusammen.
 - Der Kooperationsbereich umfasst die zwischen dem extramuralen und dem intramuralen Bereich abzustimmenden Aufgaben und wird aus den Landesfonds und den jeweiligen Sozialversicherungen gebildet. Zwischen dem jeweiligen Land und den jeweiligen Sozialversicherungen ist Einvernehmen herzustellen.
 - Bei Beschlüssen, die gegen Beschlüsse der Bundesgesundheitsagentur verstoßen, hat der Bund das Vetorecht..
 - 1.2 Die derzeit bestehende Strukturkommission wird in eine Bundesgesundheitsagentur mit erweiterten Aufgaben übergeführt. Es besteht eine Mehrheit des Bundes. Bei Beschlüssen, die den

Kernbereich der Länder oder der Sozialversicherung betreffen, ist Einvernehmen mit den Ländern bzw. der Sozialversicherung erforderlich.

- 1.3 Es werden Mittel für den Kooperationsbereich (Reformpool) zur Förderung von gemeinsam vereinbarten Strukturveränderungen oder Projekte, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intramuralen und dem extramuralen Bereich der Länder zur Folge haben, vereinbart, wobei sowohl Länder als auch Sozialversicherung von diesen Leistungsverschiebungen profitieren müssen. Voraussetzung für diese Maßnahmen ist, dass sich das jeweilige Land und die Sozialversicherung im Voraus darauf inhaltlich einigen. Die Leistungsverschiebungen werden im Rahmen des nächsten Budgets finanziell wirksam. Für den Reformpool werden mindestens 1 % der Gesamtmittel für den intra- und extramuralen Bereich für die Jahre 2005 und 2006 und mindestens 2 % der Gesamtmittel für den intra- und extramuralen Bereich für die Jahre 2007 und 2008 bereit gehalten. Die Finanzmittel werden nicht als Vorweganteile abgezogen, sondern stellen das maximale Volumen für Leistungsverschiebungen dar.
2. Es werden gemeinsame Modellversuche zur integrierten Planung, Umsetzung und Finanzierung der fachärztlichen Versorgung im Bereich der Spitalsambulanzen und des niedergelassenen Bereichs (Entwicklung neuer Kooperationsmodelle und/oder Ärztezentren etc.) vereinbart.
3. Es wird eine österreichweite Leistungsangebotsplanung für alle Bereiche des Gesundheitswesens (Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) bzw. ÖKAP/GGP 2003) unter Berücksichtigung der Behandlungskapazitäten aller versorgungswirksamen Spitäler vereinbart. Bis 31.12.2005 ist der derzeitige ÖKAP/GGP 2003 weiterhin die gemeinsame verbindliche Planungsgrundlage; bis zu diesem Zeitpunkt ist eine Einigung zu den Inhalten des ÖSG herzustellen. Bis 30. Juni 2005 wird eine Evaluierung des ÖKAP/GGP 2003 vorgenommen. Die österreichweite Leistungsangebotsplanung ist einvernehmlich zwischen dem Bund, den Ländern und der Sozialversicherung festzulegen.
4. Mit 1. Jänner 2007 wird eine bundesweit einheitliche Diagnosen- und Leistungsdokumentation im spitalsambulantem und niedergelassenen Bereich eingeführt und bis 1. Jänner 2007 ein Modell zur leistungsorientierten Abgeltung in diesen Bereichen (ergebnisorientiert, pauschaliert und gedeckelt) entwickelt. Diese Maßnahmen sind einvernehmlich zwischen dem Bund, den Ländern und der Sozialversicherung festzulegen.
5. Alle gesetzten Maßnahmen werden zur Sicherstellung der Effekte in allen Sektoren des Gesundheitswesens nach Vorgaben der Bundesgesundheitsagentur evaluiert.

ad II.:

Maßnahmen zur längerfristigen Sicherstellung der Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens:

1. Bund, Länder und Sozialversicherung vereinbaren die Wahrnehmung von Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung im Gesundheitswesen im Ausmaß von 300 Mio. Euro.
2. Diese Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung im Gesundheitswesen betreffen insbesondere:
 - 2.1 Maßnahmen zur Senkung von Verwaltungskosten und weitere Maßnahmen im patientenfernen Bereich in Krankenanstalten
 - 2.2 Neue Organisationsformen in Krankenanstalten wie Tageskliniken, Wochenkliniken und andere vergleichbare Formen der Leistungserbringung
 - 2.3 Maßnahmen zur besseren Abstimmung zwischen einzelnen Krankenanstalten sowie dem niedergelassenen Bereich und zur Vermeidung von Doppelgleisigkeiten
 - 2.4 Maßnahmen im niedergelassenen Bereich im Sinne einer regional ausgeglicheneren Versorgung
 - 2.5 Alle Verordnungen im Rahmen des Gesundheitsqualitätsgesetzes und im Rahmen des Gesundheitstelematikgesetzes sowie alle kostensteigernden Maßnahmen im Krankenanstaltenbereich sind im Konsens zwischen dem Bund und den Ländern festzulegen.
3. Eine gemeinsame Evaluierung des Kataloges gemäß Punkt 2 wird alle zwei Jahre vorgenommen.
4. Bei Abweichungen verpflichten sich Bund, Länder und Sozialversicherung, einvernehmlich unverzüglich Maßnahmen zur Durchsetzung dieser Vorhaben einzuleiten.
5. Die Abrechnung im Rahmen des Systems der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) hat nach leistungsorientierten Gesichtspunkten in Entsprechung nationaler und internationaler Vorgaben zu erfolgen.

6. Das Stillhalteabkommen hinsichtlich der gegensätzlichen Standpunkte zu allfälligen Nachzahlungen im Sinne des Erkenntnisses des Verfassungsgerichtshofes vom 1. März 1983 (Zams) wird aufrecht erhalten.
7. Für inländische Gastpatienten/innen wird für die Dauer der neuen Vereinbarung keine über die Abgeltung der Landesgesundheitsfonds hinausgehende Entschädigung bezahlt.
8. Der Sanktionsmechanismus sieht vor, dass die Bundesgesundheitsagentur bei maßgeblichen Verstößen gegen vereinbarte Pläne und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität oder der Dokumentation finanzielle Mittel für die Landesgesundheitsfonds zurückzuhalten hat, bis der rechtskonforme Zustand herbeigeführt worden ist.
9. Bei Auslaufen der Vereinbarung würde die Rechtslage, die vor dem Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) bestanden hat (1977), wieder gelten, sofern sich Bundes und Länder nicht auf eine Nachfolgeregelung einigen.

ad III.:

Maßnahmen zur Unterstützung von Vorsorgemaßnahmen und zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen:

1. Gesundheitsqualitätsgesetz und Gesundheitstelematikgesetz
2. Einsetzung einer österreichweiten Steuerungsgruppe zur Planung und Akkordierung der Einführung des elektronischen Gesundheitsaktes
3. Finanzierung spezieller Projekte durch die Bundesgesundheitsagentur:
 - 3.1 Für die Finanzierung von Planungen und Strukturreformen stehen jährlich 3,5 Millionen Euro zur Verfügung.
 - 3.2 Zur Förderung des Transplantationswesens stehen jährlich 2,9 Millionen Euro zur Verfügung.
 - 3.3 Zur Durchführung wesentlicher Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung (z.B. flächendeckendes qualitätsgestütztes und systematisches Mammographie-Screeningprogramm, molekulargenetische Analyse zur Identifikation von Familien mit erblichem Brust- und Eierstockkrebs, Identifikation von angeborenen Stoffwechselerkrankungen bei Säuglingen, Maßnahmen betreffend Epidermolysis bullosa) stehen jährlich 3,5 Mio. Euro zur Verfügung. Die Verwendung dieser Mittel bedarf der einvernehmlichen Beschlussfassung der Vertragsparteien und der Sozialversicherung in der Bundesgesundheitskommission.
4. Gemeinsame Analyse und Evaluierung der epidemiologischen Auswirkungen bestehender und zukünftiger Vorsorgemaßnahmen im Gesundheitswesen.

II.

Besonderer Teil

Zu Art. 1:

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

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.

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

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

Zu Art. 2:

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

Zu Art. 3:

In der vorangegangenen Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und die Krankenanstaltenfinanzierung, BGBl. I Nr. 60/2002, war festgelegt, dass die Planung des österreichischen Gesundheitswesens grundsätzlich alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversor-

gung (stationärer, ambulanter und Rehabilitationsbereich) und den Pflegebereich sowie deren Beziehungen untereinander umfasst

Mit einer integrierten Planung des Gesundheitswesens sollen die Teilbereiche des Versorgungssystems sowohl entsprechend ihren Versorgungsaufträgen als auch regional (auch über Bundeslandgrenzen hinweg) derart aufeinander abgestimmt werden, dass einerseits Versorgungslücken geschlossen und andererseits Parallelstrukturen vermieden werden. Die Versorgungsstruktur soll dahingehend optimiert werden, dass österreichweit eine möglichst gleichmäßige, bestmöglich erreichbare, aber auch medizinisch und wirtschaftliche sinnvolle Versorgung der Bevölkerung mit österreichweit gleichwertiger Qualität gewährleistet ist.

Die Versorgungsstruktur muss weiters so gestaltet werden, dass die Patientinnen und Patienten während des Krankheitsverlaufes bzw. Genesungsprozesses die verschiedenen Versorgungsebenen ohne Barrieren durchlaufen können und in die - entsprechend den jeweiligen Bedürfnissen und den medizinischen Erfordernissen - maßgeschneiderten Versorgungseinrichtungen nahtlos übernommen werden können.

Die Gesundheitsstrukturplanung hat jene Versorgungsbereiche besonders zu berücksichtigen, aufeinander abzustimmen und regional möglichst ausgewogen zu planen,

- in denen Parallelstrukturen vorhanden sind in der Form, dass in verschiedenen Sektoren und/oder auf verschiedenen Ebenen die gleichen oder gleichwertige Leistungen erbracht werden, wie z.B. die fachärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich und in Spitalsambulanzen
- in denen derzeit noch Versorgungslücken bestehen und ein entsprechendes Nahtstellenmanagement fehlt, weil eine sektorenübergreifende Abstimmung unzureichend ist, z.B. in der Palliativ- und Hospizversorgung zwischen den (akut)stationären, dem ambulanten und dem Pflegebereich (Abs. 2), aber auch in der Neurorehabilitation oder in der Langzeitversorgung von Lymphödempatienten/innen zwischen dem (akut)stationären bzw. dem Rehabilitationsbereich und dem ambulanten Bereich.

Zu Abs. 2:

Ausgangspunkt für die besondere Hervorhebung der einheitlichen Planung einer österreichweit gleichwertigen, flächendeckenden abgestuften Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich ist die Parlamentarische Enquete „Solidarität mit unseren Sterbenden – Aspekte einer humanen Sterbebegleitung in Österreich“ vom 29.5.2001 und die daraus hervorgegangene EntschlieÙung aller vier Parteien vom 13.12.2001 im Nationalrat. Die EntschlieÙung enthält u.a. die Forderung nach einem österreichweiten Hospizplan, dessen Realisierung bislang aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten im Rahmen der o.a. vorangegangenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG nicht realisierbar war.

Zu Art. 4:

In der vorangegangenen Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und die Krankenanstaltenfinanzierung, BGBl. I Nr. 60/2002, war – zusätzlich zur Vereinbarung einer alle Versorgungsbereiche umfassenden Planung (siehe Erläuterungen zu Abs. 3) - festgelegt, dass die Weiterentwicklung des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes (ÖKAP/GGP) zu einem Leistungsangebotsplan fortzusetzen ist.

Die in der vorangegangenen Vereinbarungsperiode erfolgte Weiterentwicklung des ÖKAP/GGP soll in die Festlegung des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) münden.

Der ÖSG soll – im Gegensatz zu der Standort-, Fächerstruktur- und Bettenplanung im ÖKAP/GGP – einen Leistungsangebotsplan für den stationären Akutbereich mit Elementen einer umfassenden integrativen Versorgungsplanung mit insbesondere folgenden Eigenschaften darstellen:

- Festlegung von österreichweit einheitlichen verbindlichen Strukturqualitätskriterien als integrierenden Bestandteil der Planungsaussagen im Rahmen der Leistungsangebotsplanung;
- Darstellung der Versorgungsstruktur auf Basis von Versorgungsregionen („regionale Rahmenplanung“) und Versorgungszonen („überregionale Rahmenplanung“) mit Planungshorizont 2010;
- Integrativer Ansatz in Form der Abbildung der gesamten Versorgung einer Region.

Der ÖSG wird in den nächsten Jahren zu einem Leistungsangebotsplan für möglichst viele Bereiche der Gesundheitsversorgung bzw. zu einer umfassenden integrativen Versorgungsplanung weiterentwickelt.

Unbedingte Voraussetzung für die Weiterentwicklung des ÖSG zu einem umfassenden Leistungsangebotsplan ist die Einführung einer bundesweit einheitlichen Diagnosen- und Leistungsdokumentation im spitalsambulantem und niedergelassenen Bereich gemäß Artikel 32 und 33.

Entsprechend dem integrativen Planungsansatz betreffen die Vereinbarungen in Abs. 9 bis 11 alle versorgungswirksamen Kapazitäten (Leistungsanbieter/innen) im Gesundheitswesen.

Zu Art. 5

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

Gesundheitsförderung und Prävention sind als Teile eines funktionierenden Nahtstellenmanagements zu berücksichtigen. Voraussetzung für funktionierendes Nahtstellenmanagement ist die Sicherstellung verbindlicher Vereinbarungen zwischen den verschiedenen leistungs anbietenden Einrichtungen.

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

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

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

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

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

Zur Entwicklung und Erfüllung der Rahmenvorgaben werden die Ergebnisse aus abgeschlossenen Projekten des Strukturfonds und weiteren nahtstellenrelevanten Projekten (siehe z.B. Vorstudie zum Projekt Medtogether) einbezogen. Beispielhaft sind in diesem Zusammenhang die Vorschläge zu standardisierten Aufnahme- und Entlassungsprozessen aus dem Projekt Medtogether zu nennen.

Hinsichtlich der Qualität von Nahtstellenmanagement könnten folgende Elemente beachtet werden:

Hinsichtlich der Strukturen:

- Kompetenz des Personals (u.a. Prozessmanagement, Kommunikation)
- Zeitressourcen für Nahtstellenmanagement
- Sachliche Ausstattung
- Finanzierung (u.a. Ressourcensicherstellung, Abgeltung von definierten Schnittstellenleistungen)

Hinsichtlich der Prozesse:

- Prozesse müssen definiert, nachvollziehbar, angemessen, kontinuierlich und mit allen am Prozess Beteiligten abgestimmt sein.

Hinsichtlich der Ergebnisse:

- Regelmäßige Messung und Evaluation der Patientinnen- und Patientenzufriedenheit
- Regelmäßige Messung und Evaluation der Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterzufriedenheit
- Evaluation der Prozesstreue
- Evaluation des Zielerreichungsgrades durch Ergebnisparameter/Referenzwerte

Zu Art. 6

Die Vertragsparteien bekunden die Absicht, auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen. Dem entsprechend ist sektorenübergreifend ein österreichweites, der Effizienzsteigerung dienendes Qualitätssystem für das österreichische Gesundheitswesen einzuführen.

Eine traditionell übliche Betrachtung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Gesundheitswesen orientiert sich nach deren Zugehörigkeit zu gewissen Institutionen beziehungsweise nach deren Finanzierungsquellen. Diese Betrachtungsweise verhindert jedoch, die Patientin und den Patienten

in den Mittelpunkt der Überlegungen zu stellen. Hinzu kommt, dass sich im zukünftigen Gesundheitswesen die traditionellen Grenzen und Aufgabenbeschreibungen zwischen Gesundheitsversorgungseinrichtungen zunehmend auflösen werden. Daher ist es notwendig, dass die Vertragsparteien die Entwicklung von Standards für die Leistungserbringung, unabhängig von der Organisationsform, in der sie erfolgt, voran treiben.

In Fortführung der bereits erfolgten Aktivitäten und der neuen Herausforderungen an Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen werden mit dem vorliegenden Artikel die Rahmenbedingungen für zukünftige Qualitätsarbeiten beschrieben. Diese Rahmenbedingungen beziehen sich auf

- Standardentwicklung,
- die Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität als Dimensionen der Qualitätsarbeit und eines gesamten Qualitätssystems sowie
- eine Qualitätsberichterstattung.

Zur Erfüllung der zukünftigen Anforderungen werden die Ergebnisse aus abgeschlossenen Projekten des Strukturfonds und weiteren qualitätsrelevanten Projekten sinnvoll einbezogen. Beispielhaft sind in diesem Zusammenhang das Projekt Qualitätsberichterstattung sowie im Hinblick auf Standardentwicklung die Projekte des Strukturfonds zu Strukturqualitätskriterien, Optimierung des Antibiotika-Einsatzes, Optimierung des Verbrauchs von Blutkomponenten, Patientinnen- und Patientenorientierung (einschließlich Patientinnen- und Patientenzufriedenheitsmessungen) sowie Nahtstellenmanagement zu nennen. Weitere wichtige Themenfelder wie beispielsweise Disease/Case Management sowie Patientinnen- und Patientensicherheit und Hygiene sollen bearbeitet werden.

Zu 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. Der gezielte Einsatz patienten/innenorientierter Informations- und Kommunikationstechnologien soll dazu beitragen

- die Qualität der Versorgung entsprechend dem medizinischen Fortschritt 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 gesundheitspolitische Herausforderung ist daher, diese positiven Effekte mit den innovationsbedingten Ausgaben in Einklang zu bringen.

Gleichzeitig müssen die in diesem Kontext vorgesehenen Maßnahmen jedoch auf die Aktivitäten im europäischen Umfeld, die etwa in den eEurope-Initiativen oder zuletzt im eHealth-Aktionsplan dargelegt sind, Bedacht nehmen bzw. mit diesen harmonisiert werden.

Ein volkswirtschaftlich zweckmäßiger Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen kann jedoch nur dann gewährleistet werden, wenn sich alle Akteure dazu bekennen, bestehende Hemmnisse zu beseitigen und gemeinsame Anstrengungen zur konsequenten Nutzung aller Verbesserungsmöglichkeiten zu unternehmen. Dazu bedarf es insbesondere der Schaffung verbindlicher Rahmenbedingungen für den Technologie-Einsatz, die über die Möglichkeiten eines einzelnen Akteurs hinausgehen und daher auf Grund ihrer überregionalen oder übergreifenden Bedeutung auf Ebene des Bundes zu initiieren bzw. zu koordinieren ist.

Eine herausragende Bedeutung im Zusammenhang mit der Nutzung moderner Technologien wird – nicht nur auf nationaler Ebene - der elektronischen Gesundheitsakte beigemessen. Die damit intendierte vollständige, zeit- und ortsunabhängige Bereitstellung von Gesundheitsinformationen in der jeweiligen Behandlungssituation ist geeignet, der Qualität der medizinischen Versorgung neue Impulse zu geben. Darüber hinaus steht unzweifelhaft fest, dass durch sie zumindest mittel- bis langfristig erhebliche Effizienzpotenziale auf allen Versorgungsebenen erzielt werden können.

Die in diesem Zusammenhang erforderlichen Grundlagenarbeiten sowie die Aufbereitung der Entscheidungsunterlagen, die nicht zuletzt im Hinblick auf das Monitoring auf europäischer Ebene u.a. auch umfassende Infrastrukturinformationen enthalten müssen, wird eine der zentralen Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur sein.

Hinsichtlich der Rechte der Bürger/innen und Patienten/innen werden die derzeit geltenden Standards einerseits dahin gehend weiter zu entwickeln sein, dass der Schutz von Gesundheitsdaten wirkungsvoll sicher gestellt ist bzw. auch jenen Personengruppen, die die technologischen Möglichkeiten nicht nutzen

können oder wollen, die betreffenden Informationen in einem solchen Umfang und in einer solchen Form zur Verfügung gestellt werden, die ihrem Informationsbedarf entsprechen.

Im Rahmen der Nutzung der Informationstechnologien sind Doppelgleisigkeiten zu vermeiden. Dabei sind bereits bestehende geeignete Technologien (z.B. e-card) entsprechend zu nutzen und weiter zu entwickeln.

Zu Art. 8:

Nach Einführung des Systems der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung im Jahr 1997 sind nunmehr für alle Bereiche des Gesundheitswesens leistungsorientierte Finanzierungssysteme zu entwickeln und aufeinander abzustimmen.

Zu Art. 9:

Die Vertragspartner verpflichten sich, folgende gesundheitsökonomische Schwerpunkte im Hinblick auf österreichische und internationale Anforderungen zu fördern, weiterzuentwickeln und auszubauen:

1. Verbesserung der gesundheitsökonomisch relevanten Datenlage:

Die Bemühungen der Vertragsparteien konzentrieren sich in einem ersten Schritt auf die Verbesserung der gesundheitsökonomischen Datenbasis. In diesem Zusammenhang geht es um den Aufbau, die Weiterentwicklung und laufende Wartung von Datenbanken/Informationssystemen von gesundheitsökonomischer Relevanz. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang u.a.:

a) Kooperationen mit der Bundesanstalt Statistik Österreich, beispielsweise im Hinblick auf

- die Methodik und den Detailgrad bei der Erfassung der privaten und öffentlichen Gesundheitsausgaben laufend zu verbessern und eine kontinuierliche Datenerhebung zu gewährleisten und um
- die Einführung und Etablierung einer regelmäßigen Gesundheitsbefragung (Gesundheits-survey) – in Übereinstimmung mit der Entwicklung innerhalb der Europäischen Union zu gewährleisten

b) Verpflichtungen gegenüber der Europäischen Union (inkl. Eurostat), beispielsweise im Hinblick auf

- die Mitteilung der Kommission zu Patienten/innenmobilität (KOM (2004) 301 endg. vom 20.4.2004: Reaktion auf den Reflexionsprozess auf hoher Ebene über die Patienten/innenmobilität und die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der europäischen Union)
- die Mitteilung der Kommission zur Entwicklung einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung unter Anwendung der „Methode der offenen Koordinierung“ (KOM (2004) 304 endg. vom 20.4.2004: Modernisierung des Sozialschutzes für die Entwicklung einer hochwertigen, zugänglichen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege: Unterstützung der einzelstaatlichen Strategien durch die „Offene Koordinierungsmethode“)

c) Kooperationen mit der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit), um insbesondere in Übereinstimmung mit der internationalen Entwicklung das „System of Health Accounts“ (Gesundheitsausgabenrechnung) in Österreich einzuführen und laufend weiter zu entwickeln

d) Kooperationen mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO), beispielsweise um die Darstellungen der international vergleichbaren Informationen über die Entwicklung der Gesundheitssysteme im Rahmen der „Health Care Systems in Transition“-Berichte laufend zu aktualisieren.

2. Förderung des Wissens um sowie Förderung des Einsatzes von gesundheitsökonomisch relevanten Methoden:

Im Rahmen der wissenschaftlichen Disziplin Gesundheitsökonomie wurden diverse gesundheitsökonomisch relevante Verfahren und Methoden zur Messung von Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen entwickelt. Ein Anliegen der Vertragsparteien besteht darin, den Bekanntheitsgrad und die praktische Akzeptanz dieser Methoden zu fördern. Dazu zählen u.a.:

- Methoden zur Messung der Relevanz und medizinischen Wirksamkeit gesundheitsspezifischer Interventionen (z. B. Bedarfs- und Nachfrageprüfungen, Health Technology Assessment, Evidence Based Medicine),
- Methoden zur Messung der Kosteneffizienz gesundheitsspezifischer Interventionen (z.B. Kosten-Nutzen-Analysen, Kosten-Wirksamkeits-Analysen, Kosten-Nutzwert-Analysen, Data Envelopment Analysis)

- Methoden zur Messung von Gesundheit (z.B. QUALY – Quality Adjusted Life Years, DALY – Disability Adjusted Life Years, etc.)

Zu Art. 10:

Der bisherige Strukturfonds wird durch die Bundesgesundheitsagentur – ebenfalls ein öffentlich-rechtlicher Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit – ersetzt.

Zu Art. 11:

Zu Abs. 1 Z 2:

Durch diese Aufgabe soll die Transparenz im Rechnungswesen der Krankenanstalten bzw. Krankenanstaltenverbände und der Sozialversicherung wesentlich verbessert werden. Dabei soll durch die Berücksichtigung der bestehenden Rechnungslegungsvorschriften der Krankenanstalten und der Sozialversicherung ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand weitgehend vermieden werden.

Zu Art. 12:

Der Bundesgesundheitskommission als Organ der Bundesgesundheitsagentur gehören Vertreterinnen und Vertreter der wesentlichen Institutionen im österreichischen Gesundheitswesen an. Die meisten Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur werden im Einvernehmen zwischen dem Bund, den Ländern und der Sozialversicherung wahrgenommen.

Zu Art. 13:

Die Dotation der Bundesgesundheitsagentur entspricht der Dotation des bisherigen Strukturfonds. Hervorzuheben, dass die Bundesgesundheitsagentur in die Lage versetzt wurde, Mittel auch für spezielle Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung einzusetzen.

Zu Art. 14:

Zu Abs. 4:

Mit dieser Bestimmung wurde für eine Krankenanstalt, der bereits im Jahr 1993 das Öffentlichkeitsrecht verliehen wurde und welche ihre Leistungen im Rahmen der stationären Anstaltspflege auf Basis eines Vertrages mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger abgegolten erhält, die Möglichkeit geschaffen, nunmehr über den steirischen Landesgesundheitsfonds abgerechnet zu werden. Daraus ist keinerlei Anspruch abzuleiten, dass weitere Krankenanstalten auf der Grundlage des Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung von Landesgesundheitsfonds Zahlungen zu gewähren sind. Der Pauschalbetrag gemäß Art. 17 Abs. 6 und seine Verteilung bleiben von Art. 14 Abs. 4 unberührt.

Zu Art. 15:

Die Landesgesundheitsfonds haben als oberstes Organ jedenfalls eine Gesundheitsplattform auf Länderebene einzurichten. Der Gesundheitsplattform gehören Vertreterinnen und Vertreter der wesentlichen Institutionen im österreichischen Gesundheitswesen an.

Die organisatorischen Regelungen hinsichtlich der Landesgesundheitsfonds obliegen den Ländern, wobei unter anderem auch die Möglichkeit besteht, für bestimmte Aufgabenstellungen insbesondere im intramuralen Bereich zusätzliche Organe im Rahmen der Landesgesundheitsfonds einzurichten. Die Sicherstellung der Landesmehrheit und die Abstimmungsregelungen innerhalb des Landes liegen im Gestaltungsbezug der Länder. Es ist auch möglich, in bezug auf das Abstimmungsverhalten Kurienmehrheiten vorzusehen. Bei der Vertretung der Sozialversicherung ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten. Weiters ist jedenfalls sicherzustellen, dass das Land und die Sozialversicherung zu gleichen Teilen in der Gesundheitsplattform vertreten sind.

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

Zu Art. 17:

Im Rahmen dieser Vereinbarung werden - zusätzlich zu den schon bisher vorgesehenen finanziellen Mitteln - aufgrund der Vereinbarung über den Finanzausgleich 2005 bis 2008 zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Zu Art. 22:

Zu Abs. 3:

Die Bezeichnung der Versorgungsfunktionen von Krankenanstalten im Rahmen der LKF-Abrechnung stellen rein technische Begriffe dar, die in keiner Weise mit den in den §§ 2 und 2a im Bundesgesetz über

Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) und den im Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) 2003 enthaltenen Einteilungen korrespondieren muss.

Durch eine entsprechende Dotierung der Landesgesundheitsfonds ist jedenfalls sicherzustellen, dass zumindest 51 % der laufenden Kosten der Krankenanstalten (inkl. Abschreibungen) durch marktmäßige Umsätze (Erlöse) finanziert werden (Art. 17 Abs. 1 letzter Satz).

Zu Abs. 6:

Im Einvernehmen zwischen Bund und Ländern wird die in Z 3 genannte Weiterentwicklung des LKF-Modells für den tagesklinischen Bereich nach Möglichkeit bereits in das LKF-Modell 2006 aufgenommen werden.

Zu Art. 24:

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

Mit den vereinbarten Landesquoten sind Gastpatientinnen und -patienten österreichweit abgegolten.

Zu Art. 25:

Zu Abs. 3:

Zur Forcierung krankenhausesentlastender Maßnahmen werden die bisher auf das Höchstausmaß von 5 % der bisherigen Landesfondsmittel begrenzten Finanzierungsmittel von Projekten und Planungen nunmehr auf 7 % erhöht.

Zu Art. 26:

Es obliegt den Ländern, gemeinsam mit den regionalen Sozialversicherungsträgern, die Ausgestaltung des Kooperationsbereichs (Reformpool) den landesspezifischen Erfordernissen entsprechend zu gestalten. So soll dieser Kooperationsbereich in den Jahren 2005 und 2006 Mittel in der Höhe von mindestens 1 % der Gesamtmittel für den intra- und extramuralen Bereich zur Förderung von gemeinsam vereinbarten Strukturveränderungen oder Projekten, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich auf Landesebene zur Folge haben, bereithalten. In den Jahren 2007 und 2008 sollen mindestens 2 % der Gesamtmittel für diese wesentlichen Vorhaben zur Verfügung stehen. Voraussetzung für die Realisierung dieser Projekte ist, dass sowohl Länder als auch die Sozialversicherung von diesen Verschiebungen profitieren und sich im Voraus auf diese strukturverändernden Maßnahmen inhaltlich einigen. Die Leistungsverschiebungen werden im Rahmen des nächsten Budgets finanziell wirksam. Die Finanzmittel werden nicht als Vorweganteile abgezogen, sondern stellen das maximale Volumen für Leistungsverschiebungen dar. Es besteht in den Landesgesundheitsfonds auch die Möglichkeit, in einem Jahr nicht in Anspruch genommene Mittel auf die Folgejahre zu übertragen.

Die Landesgesundheitsfonds berichten regelmäßig der Bundesgesundheitsagentur über vereinbarte und durchgeführte Maßnahmen und deren Erfolg. Dabei ist auch zu begründen, wenn in weiterer Folge diese Mittel nicht in dem vereinbarten Ausmaß in Anspruch genommen werden.

Zu Art. 28:

Auf die Erläuterungen zu Art. 13 wird verwiesen.

Zu Art. 30:

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

Zu Art. 32 und 33:

Als Grundlage für eine Vernetzung des Gesundheitswesens, für die Planung, Steuerung und Finanzierung und für die Kooperation zwischen den einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens ist die bestehende Dokumentation sicher zu stellen, weiter zu entwickeln und auszubauen, insbesondere durch Einführung einer bundeseinheitlichen Dokumentation im ambulanten Bereich.

Zwischen dem Bund, den Ländern und der Sozialversicherung besteht Einvernehmen darüber, beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eine Pseudonymisierungsstelle einzurichten. Es besteht Einvernehmen darüber, dass die Kosten für diese Stelle von der Sozialversicherung getragen werden und keine Finanzierung aus den Mitteln gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG erforderlich heranzuziehen sind. Die genaue Definition der Aufgaben dieser Pseudonymisierungsstelle wird einvernehmlich in der Bundesgesundheitsagentur festgelegt werden. Es ist jedenfalls sicherzustellen, dass den zuständigen Stellen auf Bundes- und Landesebene die für ihre Aufgaben erforderlichen Daten zur

Verfügung stehen und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen im ausreichenden Maße Rechnung getragen wird.

Den Sozialversicherungsträgern wird in der Folge ebenfalls ein Zugang zu den Daten des intramuralen Bereiches gewährt unter der Voraussetzung, dass zur Erfüllung der Aufgaben auf Ebene der Gesundheitsplattformen auf Länderebene ebenfalls die Daten des extramuralen Bereiches zur Verfügung stehen.

Zu Art. 42:

Zu Abs. 3:

Wesentliche Voraussetzung für das Inkrafttreten dieser Vereinbarung ist, dass sich die Länder im Rahmen einer Zusatzvereinbarung über die Aufteilung der zusätzlichen Mittel auf Grund des Gesamtpakets Finanzausgleich 2005 bis 2008 einigen.

Zu Art. 43:

Zu Abs. 4 und 5:

Alle Verordnungen im Rahmen des Gesundheitsqualitätsgesetzes und im Rahmen des Gesundheitstelematikgesetzes sowie alle kostensteigernden Maßnahmen im Krankenanstaltenbereich sind im Konsens zwischen dem Bund und den Ländern festzulegen.