

Nr 133 der Beilagen zum stenographischen Protokoll des Salzburger Landtages

(4. Session der 15. Gesetzgebungsperiode)

Vorlage der Landesregierung

Gesetz vom über den Salzburger Gesundheitsfonds (Salzburger Gesundheitsfondsgesetz - SAGES-Gesetz 2016)

Der Salzburger Landtag hat beschlossen:

Inhaltsverzeichnis

1. Teil

Allgemeine Bestimmungen

- § 1 Salzburger Gesundheitsfonds; Zielsetzung und Grundsätze
- § 2 Begriffsbestimmungen
- § 3 Aufgaben für die Krankenanstaltenfinanzierung
- § 4 Aufgaben in allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen
- § 5 Aufgaben in Angelegenheiten der Zielsteuerung
- § 6 Sonstige Aufgaben

2. Teil

Bestimmungen über die Aufbringung der Fondsmittel

- § 7 Mittel des Fonds
- § 8 Landes- und Gemeindemittel

3. Teil

Bestimmungen über die Verwendung der Fondsmittel

- § 9 Abgeltung von stationären Leistungen
- § 10 Abgeltung von ambulanten Leistungen
- § 11 Abgeltung von Nebenkosten
- § 12 Sonstige Abgeltungen
- § 13 Förderung von Investitionsvorhaben und Großgeräten
- § 14 Mittel für krankenhausentlastende Planungen, Projekte und Maßnahmen
- § 15 Gesundheitsförderungsfonds
- § 16 Deckung des Verwaltungsaufwands des Fonds

4. Teil

Organisatorische Bestimmungen

- § 17 Organe des Fonds
- § 18 Geschäftsführung
- § 19 Gesundheitsplattform, Zusammensetzung
- § 20 Gesundheitsplattform, Geschäftsordnung
- § 21 Gesundheitsplattform, Aufgaben
- § 22 Landes-Zielsteuerungskommission, Zusammensetzung
- § 23 Landes-Zielsteuerungskommission, Geschäftsordnung
- § 24 Landes-Zielsteuerungskommission, Aufgaben
- § 25 Koordinatoren bzw Koordinatorinnen
- § 26 Sanktionsmechanismus und Rückförderung von Fondsmitteln
- § 27 Grundsätze der Gebarung
- § 28 Aufsicht und Kontrolle
- § 29 Datenerfassung und -weitergabe, Erhebungen

§ 30 Regressansprüche

5. Teil

Zielsteuerung-Gesundheit

1. Abschnitt

Landes-Zielsteuerungsvertrag

§ 31 Abschluss eines Landes-Zielsteuerungsvertrages

§ 32 Inhalt des Landes-Zielsteuerungsvertrages

§ 33 Steuerungsbereich „Ergebnisorientierung“

§ 34 Steuerungsbereich „Versorgungsstrukturen“

§ 35 Steuerungsbereich „Versorgungsprozesse“

2. Abschnitt

Finanzzielsteuerung

§ 36 Inhalt des Finanzrahmenvertrages

§ 37 Virtuelles Budget

3. Abschnitt

Sanktionsmechanismus für die Zielsteuerung Gesundheit

§ 38 Anwendung des Sanktionsmechanismus

6. Teil

Schlussbestimmungen

§ 39 Abgabenbefreiung

§ 40 Verweisungen auf Bundesrecht

§ 41 In- und Außerkrafttreten

1. Teil

Allgemeine Bestimmungen

Salzburger Gesundheitsfonds; Zielsetzung und Grundsätze

§ 1

(1) Zur Mitfinanzierung der Fondskrankenanstalten sowie zur Mitwirkung bei der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie zur Stärkung der Gesundheitsförderung besteht im Land Salzburg ein Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit. Er führt die Bezeichnung „Salzburger Gesundheitsfonds – SAGES“.

(2) Dieses Gesetz dient dem Ziel, eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung im Land Salzburg insbesondere auch durch die Zielsteuerung Gesundheit sicherzustellen und die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens unter Einhaltung der Finanzrahmenverträge abzusichern.

(3) Das Land und der Salzburger Gesundheitsfonds haben sich bei der Erfüllung ihrer Aufgaben an Public Health Grundsätzen zu orientieren. Dazu zählen insbesondere:

1. Orientierung an einem umfassenden Gesundheitsbegriff;
2. systematische Gesundheitsberichterstattung;
3. Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) unter Berücksichtigung von Public Health;
4. Versorgungsforschung, um bedarfsorientierte Planung, Entwicklung und Evaluation zu gewährleisten;
5. Stärkung der Interdisziplinarität in der Versorgung sowie in der Forschung und Entwicklung mit der Zielsetzung, die Gesundheit für alle zu verbessern und die gesundheitlichen Ungleichheiten zu verringern.

(4) Der Fonds hat bei seiner Tätigkeit die Prinzipien, Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung Gesundheit gemäß der Zielsteuerungsvereinbarung, wie sie insbesondere in deren Abschnitten 5 und 6

festgelegt sind, einzuhalten. Im Rahmen seiner Aufgaben sind die digitalen Informationssysteme aus dem eHealth-Bereich zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung einzusetzen.

(5) Im Bereich der Zielsteuerung Gesundheit sind folgende Prinzipien zu befolgen:

1. die Forcierung der Gesundheitsförderung und Prävention;
2. die kurative Versorgung im Krankheitsfall am „best point of service“, das ist jene Stelle, an der die kurative Versorgung zum richtigen Zeitpunkt, am richtigen Ort, mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität und gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erfolgt;
3. die verbindliche Zusage zur aktiven Zusammenarbeit und wechselseitigen Unterstützung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung bei der Umsetzung der gemeinsam vereinbarten Ziele;
4. patientenorientierte Qualität im Gesundheitswesen zur Steigerung der Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung;
5. die Verfügbarmachung der für die Zielsteuerung einschließlich der integrierten Planung notwendigen Daten für alle Sektoren in entsprechend aufbereiteter und nachvollziehbarer Form.

(6) Zur Verwirklichung der Prinzipien gemäß Abs 5 sind im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit insbesondere folgende Ziele umzusetzen:

1. zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention, Stärkung von evidenzbasierter Früherkennung und Frühintervention;
2. verbesserter Zugang zu und verbesserte Verfügbarkeit von allen notwendigen Leistungen;
3. Abstimmung des Leistungsangebots in allen Sektoren, patienten- und bedarfsorientierte Gestaltung und Abbau bzw Verhinderung von Parallelstrukturen;
4. Sicherstellung hoher Behandlungsqualität auch durch Transparenz;
5. verbesserte Behandlungsprozesse insbesondere durch die Behebung von Organisations- und Kommunikationsdefiziten;
6. routinemäßige Messung der Versorgungseffektivität;
7. stärkere Ausrichtung der Finanzierungs- und Honorierungssysteme am Versorgungsbedarf;
8. Vorrang der Einrichtung von multiprofessionellen und integrativen Versorgungsformen gegenüber Einzelleistungserbringern auf allen Versorgungsebenen.

(7) Bei der Umsetzung der Finanzierungssysteme ist von den jeweiligen Finanzierungspartnern auf mögliche Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen in anderen Versorgungsbereichen Bedacht zu nehmen.

Begriffsbestimmungen

§ 2

Im Sinn dieses Gesetzes gelten als:

1. Fonds: der Salzburger Gesundheitsfonds.
2. Fondskrankenanstellen: Krankenanstellen, die im Jahr 1996 Zuschüsse des Krankenanstellen-Zusammenarbeitsfonds erhalten haben und
 - a) öffentliche allgemeine Krankenanstellen und öffentliche Sonderkrankenanstellen mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in Krankenanstellen für Psychiatrie sind (§ 2 Abs 1 Z 1 und 2 SKAG) oder
 - b) private allgemeine und gemeinnützige Krankenanstellen (§ 2 Abs 1 Z 1 SKAG) sind.
3. Fondspatienten bzw Fondspatientinnen: Patienten bzw Patientinnen, bei welchen die Leistungen der Fondskrankenanstellen gemäß Art 25 Abs 6 der Vereinbarung vom Fonds abzugelten sind.
4. LKF-Modell: die zur Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstellenfinanzierung (Art 27 der Vereinbarung) ergangenen Vorschriften und Beschreibungen einschließlich des Programms zur Ermittlung der Punktwerte von Krankenanstellenleistungen nach leistungsorientierten Diagnosefallgruppen (LDF-Punkte).
5. Verbindliche Pläne: der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) sowie die auf seiner Grundlage erlassenen verbindlichen Detailplanungen, insbesondere die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG), (Art 4 der Vereinbarung).
6. Vereinbarung: die Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, kundgemacht unter LGBl Nr 52/2008, in der Fassung der unter LGBl Nr 79/2013 kundgemachten Vereinbarung;

7. Zielsteuerungsvereinbarung: die Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, kundgemacht unter LGBl Nr 78/2013;
8. Verbraucherpreisindex: der Verbraucherpreisindex 2010 oder ein an seine Stelle tretender vergleichbarer Index.

Aufgaben für die Krankenanstaltenfinanzierung

§ 3

- (1) Der Fonds hat im Rahmen der Krankenanstaltenfinanzierung folgende Aufgaben wahrzunehmen:
1. die Umsetzung von leistungsorientierten Vergütungssystemen (ergebnisorientiert, pauschaliert und gedeckelt) unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche auf Basis entsprechender Dokumentationssysteme (Kernbereich) sowie die landesspezifische Ausformung des in Salzburg geltenden leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems (Steuerungsbereich);
 2. die Abgeltung von Betriebsleistungen der Fondskrankenanstalten für Fondspatienten, wobei folgende Abgeltungen zu unterscheiden sind:
 - a) die Abgeltung von stationären Leistungen (§ 9),
 - b) die Abgeltung von ambulanten Leistungen (§ 10),
 - c) die Abgeltung von Nebenkosten (§ 11),
 - d) sonstige Abgeltungen (§ 12);
 - e) die Gewährung von Förderungen für Investitionsvorhaben einschließlich der Anschaffung medizinisch-technischer Großgeräte (§ 13);
 - f) die Gewährung von Zuschüssen für Projekte, Planungen und krankenanstaltenentlastende Maßnahmen (§ 14).

(2) Im Fall eines vertragslosen Zustandes mit den Vertragspartnern hat der Fonds daran mitzuwirken, schwerwiegende Folgen für die Bevölkerung zu vermeiden. Dabei ist auch eine Einigung darüber anzustreben, welche Entgelte die Sozialversicherungsträger bei Mehrleistungen der Krankenanstalten an den Fonds zu bezahlen haben. Die Entgelte dürfen das Ausmaß der von den Sozialversicherungsträgern ersparten Arztkosten nicht überschreiten.

(3) Bei Einschränkungen des Leistungsangebotes hat der Fonds auf eine einvernehmliche Vorgangsweise hinzuwirken. Die bislang maßgebliche Vertragslage ist dabei zu berücksichtigen. Es ist darauf hinzuwirken, dass die finanziellen Folgen von plan- und vertragswidrigen Leistungseinschränkungen im stationären, ambulanten und im Pflegebereich jene Institution zu tragen hat, die sie verursacht hat.

Aufgaben in allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen

§ 4

Der Fonds hat in Angelegenheiten allgemeiner gesundheitspolitischer Belange folgende Aufgaben wahrzunehmen:

1. die (Weiter-)Entwicklung der Gesundheitsziele (einschließlich Strategien zur Umsetzung) auf Landesebene;
2. die Festlegung von Grundsätzen der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen;
3. die Festlegung von Grundsätzen der Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement;
4. die Mitwirkung am Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (wie elektronische Gesundheitsakte, e-Card, Telehealth, Telecare) auf Landesebene;
5. die Umsetzung von Projekten zur Gesundheitsförderung;
6. die Analyse und Evaluierung der epidemiologischen Auswirkungen bestehender und zukünftiger Vorsorgemaßnahmen im Gesundheitswesen gemäß Art 34 der Vereinbarung.

Aufgaben in Angelegenheiten der Zielsteuerung

§ 5

Der Fonds hat in Angelegenheiten der Zielsteuerung folgende Aufgaben wahrzunehmen:

1. die Beratung des Entwurfs des Landes-Zielsteuerungsvertrages und die Empfehlung zu dessen Abschluss;
2. die Koordination, Abstimmung und Festlegung aller aus dem Landes-Zielsteuerungsvertrag einschließlich des Finanzrahmenvertrages resultierenden Aufgaben;

3. die Erstellung von Jahresarbeitsprogrammen für Maßnahmen auf Landesebene zur konkreten Umsetzung des Landes-Zielsteuerungsvertrages;
4. die Mitwirkung am bundesweiten Monitoring und die Behandlung des Monitoringberichts;
5. die Wahrnehmung von Agenden des Sanktionsmechanismus der Zielsteuerung-Gesundheit nach § 38;
6. die Umsetzung der Regelungen für vertragliche und gemeinsam von Sozialversicherung und Ländern zu verantwortende sektorenübergreifende Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen auf Landesebene (zB Spitalsambulanzen, Gruppenpraxen und niedergelassene Fachärzte, tagesklinische Versorgung, innovative Versorgungsformen) sowie die Umsetzung von vereinbarten innovativen Modellen zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs;
7. die Abstimmung der Inhalte sowie allfälliger Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen des Regionalen Strukturplanes Gesundheit bzw von Kapazitätsfestlegungen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens;
8. die Angelegenheiten der Großgeräte intra- und extramural;
9. die Erstellung einer Strategie zur Gesundheitsförderung;
10. die Angelegenheiten des Gesundheitsförderungsfonds (§ 15);
11. die Mitwirkung bei der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen;
12. die Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement;
13. die Evaluierung der Aufgaben gemäß Z 1 bis 12.

Sonstige Aufgaben

§ 6

Der Fonds hat folgende sonstige Aufgaben wahrzunehmen:

1. die Handhabung des Sanktionsmechanismus (§ 26);
2. die Ausübung der Schiedsfunktion bei Auslegungsfragen des Salzburger Krankenanstaltenplanes oder an seine Stelle tretender Detailplanungen für den intramuralen Bereich;
3. die Abstimmung von Leistungen zwischen den Krankenanstalten unter Berücksichtigung des überregionalen Leistungsangebotes;
4. die Bestellung und Abberufung des Geschäftsführers bzw der Geschäftsführerin des Fonds;
5. die Einrichtung weiterer Fondsorgane (§ 17 Abs 2);
6. die Erstellung des Voranschlages und des Stellenplanes des Fonds;
7. die Erstellung des Jahresabschlusses des Fonds;
8. das Eingehen grenzüberschreitender Kooperationen gemäß Art 45 Abs 2 letzter Satz der Vereinbarung;
9. die Abgabe von Stellungnahmen in Verwaltungsverfahren;
10. sonstige Aufgaben, die dem Fonds durch Gesetze übertragen werden.

2. Teil

Bestimmungen über die Aufbringung der Fondsmittel

Mittel des Fonds

§ 7

(1) Mittel des Fonds sind:

1. Beiträge der Bundesgesundheitsagentur, der Träger der Sozialversicherung sowie der Länder und der Gemeinden, die dem Land oder dem Fonds auf Grund der Vereinbarung, auf Grund dieses Gesetzes oder auf Grund bundesgesetzlicher Vorschriften für Zwecke der Krankenanstaltenfinanzierung zufließen;
2. Finanzierungsanteile der Rechtsträger der Fondskrankenanstalten am Betriebsabgang (§ 8 Abs 9);
3. Beiträge der Träger der Sozialversicherung und des Landes, die dem Fonds auf Grund der Zielsteuerungsvereinbarung für die Stärkung der Gesundheitsförderung zufließen;
4. Kostenbeiträge oder Kostenanteile, die in Analogie zu inländischen Sozialversicherungsgesetzen für die Versorgung ausländischer Anspruchsberechtigter eingehoben werden;
5. Beihilfen nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz;

6. Vermögenserträge und allfällige sonstige Erträge;
7. allfällige sonstige Mittel, die dem Fonds nach anderen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften zufließen.

(2) Die Fondskrankenanstalten sind verpflichtet, folgende Mittel gemeinsam mit den laufenden Diagnosemeldungen dem Fonds zu melden, soweit diese Mittel kassenmäßig nicht über den Fonds abgewickelt werden:

1. die Kostenbeiträge oder Kostenanteile gemäß Art 21 Abs 6 Z 5 der Vereinbarung;
2. Kostenbeiträge nach § 62 Abs 1 bis 3 SKAG;
3. die Mittel, die von der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse gemäß Art 45 Abs 1 der Vereinbarung als Abgeltung der Versorgung ausländischer Anspruchsberechtigter an den Fonds weitergeleitet oder an diesen unmittelbar entrichtet werden;
4. Kostenbeiträge oder Kostenanteile, die in Analogie zu inländischen Sozialversicherungsgesetzen für die Versorgung ausländischer Anspruchsberechtigter eingehoben werden.

Diese Einnahmen sind trotz ihrer kassenmäßigen Abwicklung außerhalb des Fonds im Jahresabschluss des Fonds rechnungsmäßig als Fondsmittel darzustellen. Dies gilt für diese Mittel mit Ausnahme der Kostenbeiträge gemäß § 62 Abs 1 bis 3 SKAG auch dann, wenn sie ohne zwingenden Grund von der Fondskrankenanstalt nicht eingehoben worden sind.

(3) Im Sinn des Abs 1 Z 3 werden gemäß Art 23 Abs 2 der Zielsteuerungsvereinbarung zusätzliche Mittel der Sozialversicherung und der Länder zur Dotierung eines Sondervermögens zur Gesundheitsförderung verwendet. Die auf das Land Salzburg entfallenden Mittel sind bis spätestens 20. April des jeweiligen Jahres dem Fonds zu überweisen und gemeinsam mit den zusätzlichen Mitteln der Sozialversicherung jeweils als Sondervermögen mit eigenem Verrechnungskreis zu führen. Sie sind zehn Jahre lang (2013 bis 2022) in der Höhe einzubringen, die jeweils dem Volkszahlanteil Salzburgs (ermittelt gemäß der nach § 9 Abs 9 des Finanzausgleichsgesetzes 2008 für das jeweilige Jahr relevanten Volkszahl) an zwei Millionen Euro entspricht.

Landes- und Gemeindemittel

§ 8

(1) Der Landesbeitrag beträgt 91.971.707 € und der Gemeindebeitrag 61.314.472 €. Der zusätzliche Landesbeitrag beträgt 1.639.976 € und der zusätzliche Gemeindebeitrag 1.093.318 €.

(2) Die Beiträge gemäß Abs 1 sind wertgesichert und erstmals 2017 anzupassen. Die Prozentzahl der Wertanpassung entspricht der Summe folgender Komponenten:

1. 60 % der um zwei Prozentpunkte erhöhten prozentuellen Bezugsanpassung im Landesdienst für die Dienstklasse V, Gehaltsstufe 2, für den Mai des vorangegangenen Jahres gegenüber dem Mai des zweitvorangegangenen Jahres;
2. 20 % der Veränderung der Verbraucherpreise gemäß den Bundesmesszahlen der COICOP-Hauptgruppe 6 (Gesundheitspflege) des Verbraucherpreisindex, gemessen am Wert für den Mai des vorangegangenen Jahres gegenüber jenem für den Mai des zweitvorangegangenen Jahres;
3. 20% der Veränderung der Verbraucherpreise gemäß dem Verbraucherpreisindex, gemessen am Wert für den Mai des vorangegangenen Jahres gegenüber jenem für den Mai des zweitvorangegangenen Jahres.

Die neuen Beträge sind von der Landesregierung im Landesgesetzblatt kundzumachen.

(3) Die von den Gemeinden gemäß Abs 1 und 2 aufzubringenden Beiträge werden auf die einzelnen Gemeinden wie folgt verteilt:

1. Zuerst wird die Gesamtsumme in Teilbeträge unterteilt, die den einzelnen Fondskrankenanstalten zugeordnet werden. Diese Unterteilung und Zuordnung erfolgt nach folgenden Prozentsätzen:

Krankenanstalt	Prozentsatz
Allgemeines öffentliches Krankenhaus Hallein	3,18175
Allgemeines öffentliches Krankenhaus Mittersill	2,24903
Allgemeines öffentliches Krankenhaus Oberndorf	1,38025
Landeskrankenhaus Salzburg – Universitätsklinikum der PMU	61,69679
Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Barmherzigen Brüder	0,98682
Christian-Doppler-Klinik Salzburg – Universitätsklinikum der PMU	19,73518
Landesklinik St Veit	1,82428
Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Kardinal Schwarzenberg'schen Krankenhaus Betriebsgesellschaft mbH	3,02017
Allgemeines öffentliches Krankenhaus Tamsweg des Landes Salzburg	1,94409
Allgemeines öffentliches Krankenhaus Zell am See	3,98164

2. Der daraus sich ergebende Teilbetrag wird zur Hälfte auf die Gemeinden des Beitragsbezirkes und zur Hälfte auf die Gemeinden des Krankenanstaltensprengels der jeweiligen Fondskrankenanstalt aufgeteilt. Die Beitragsbezirke und Krankenanstaltensprengel sind von der Landesregierung durch Verordnung festzulegen. Die Aufteilung auf die einzelnen Gemeinden ist entsprechend ihrer Finanzkraft (§ 11 Abs 4 des Finanzausgleichsgesetzes 2008) vorzunehmen.

(4) Die Höhe des auf das Land und die einzelnen Gemeinden im Beitragsjahr entfallenden Beitrages gemäß Abs 1 bis 3 ist diesen vom Fonds bis spätestens zum 15. Jänner bekannt zu geben.

- (5) Die Beiträge sind wie folgt an den Fonds zu überweisen (Fälligkeitszeitpunkte):

1. die Beiträge gemäß Abs 1 erster Satz in Verbindung mit Abs 2 bis 4: in vier gleichen Teilbeträgen jeweils zum 15. Februar, 15. Mai, 15. August und 15. November;
2. die Beiträge gemäß Abs 1 zweiter Satz in Verbindung mit Abs 2 bis 4: jeweils zum 15. August des Jahres, das auf das ausgleichende Jahr folgt.

(6) Wird die Höhe eines Beitrages von einer Gebietskörperschaft bestritten, kann sie binnen zwei Wochen ab der Zustellung der Bekanntgabe nach Abs 4 bei der Gesundheitsplattform schriftlich die Vorschreibung des Beitrages durch Bescheid beantragen. Im Verfahren zur Beitragsvorschreibung kommt den beitragspflichtigen Gebietskörperschaften Parteistellung zu. Wird ein Beitrag bestritten, sind vorläufig 90 % der sich aus der bekannt gegebenen Höhe ergebenden Teilbeträge zu den Fälligkeitszeitpunkten nach Abs 5 zu entrichten. Nach Rechtskraft des Beitragsbescheides ist zum nächstfolgenden Fälligkeitszeitpunkt der Ausgleich zwischen den vorläufig entrichteten und den im Bescheid vorgeschriebenen Teilbeträgen vorzunehmen.

Dieser Verpflichtung ist aber erst nachzukommen, sobald

- a) ein in einem Beschwerdeverfahren vor dem Verwaltungsgericht nicht mehr abänder- oder aufhebbarer Bescheid vorliegt oder
- b) über die Beschwerde durch Erkenntnis des Verwaltungsgerichts in der Sache selbst entschieden worden ist.

- (7) Ab dem Fälligkeitstag sind Verzugszinsen in der Höhe von 4 % zu entrichten.

(8) Wenn eine Gemeinde vor oder ab Inkrafttreten dieses Gesetzes die (unmittelbare oder mittelbare) Rechtsträgerschaft ihrer Fondskrankenanstalt ganz oder überwiegend auf einen oder mehrere andere Rechtsträger überträgt, sind von dieser Gemeinde und vom Land ab dem Jahr des Wirksamwerdens dieser Übertragung jährlich Sonderbeiträge in folgender Höhe zu leisten:

1. von der Gemeinde: Ausgehend von den im Abs 1 und 2 festgelegten Gemeindebeiträgen sind unter sinngemäßer Anwendung der Abs 3 bis 7 Beiträge in der Höhe von fiktiven Krankenanstaltensprengelbeiträgen für jene Krankenanstalten zu leisten, von deren Krankenanstaltensprengel die Gemeinde ausgenommen ist. Der Fälligkeitszeitpunkt (Abs 5) entspricht dabei jenem des Ausgangsbetrages gemäß Abs 1. Abs 3 Z 2 ist dabei mit der Maßgabe anzuwenden, dass der nach der Finanzkraft der Gemeinde berechnete Anteil nur in dem Ausmaß zu entrichten ist, das dem Prozentsatz des übertragenen Rechtsträgeranteils entspricht;
2. vom Land: Der zusätzliche Sonderbeitrag des Landes beträgt jeweils das 1,5-Fache des in diesem Jahr zu leistenden Sonderbeitrages gemäß Z 1.

(9) Die Berechnung des Betriebsabganges einer Fondskrankenanstalt ist durch Verordnung der Landesregierung näher zu bestimmen. In dieser Verordnung kann angeordnet werden, dass bestimmte Arten

von Ausgaben und Einnahmen bei der Berechnung aus Gründen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit unberücksichtigt bleiben. Dabei sind jedenfalls folgende Vorgaben zu beachten:

1. Nicht zu berücksichtigen sind jedenfalls:
 - a) Ausgaben für Erweiterungsanschaffungen;
 - b) die von der Gesundheitsplattform festgelegten Ausgaben, wenn die Krankenanstalt aus Verschulden des Rechtsträgers offenkundig in wesentlichem Ausmaß ihre Versorgungsaufgaben nicht erfüllt hat;
 - c) Rücklagen- und Rückstellungsbildung und -auflösung;
 - d) Einnahmen aus Zuschüssen und Spenden für Erweiterungsanschaffungen;
 - e) Zinserträge und Zinsaufwendungen;
2. Pensionsbeiträge und -lasten sind zu berücksichtigen, ebenso betriebsnotwendige Verwaltungskostenbeiträge. Leistungen für anstaltsfremde Zwecke sind aufwandsneutral darzustellen.

3. Teil

Bestimmungen über die Verwendung der Fondsmittel

Abgeltung von stationären Leistungen

§ 9

(1) Stationäre Leistungen der Fondskrankenanstalten, die an Fondspatientinnen und -patienten erbracht werden, sind über den Fonds leistungsorientiert durch die nach den folgenden Grundsätzen zu ermittelnden LKF-Gebührenersätze abzurechnen:

- a) Im LKF-Kernbereich werden auf der Grundlage des LKF-Modells (§ 2 Z 4) die LKF-Punkte für den einzelnen Pflegling ermittelt. Bei der Ermittlung des Punktwertes ist zu gewährleisten, dass alle Fondskrankenanstalten durch gleiche Punktwerte die gleiche Vergütung von gleichartigen Leistungen erhalten.
- b) Außerhalb des LKF-Kernbereiches wird bei der landesspezifischen Ausformung der leistungsgerechten Krankenanstaltenfinanzierung bei einem Teil der Mittel, die aus dem § 8 stammen, unter dem Titel des Strukturbedarfs auf den bereinigten Betriebsabgang – ohne Berücksichtigung von Mitteln für den Strukturbedarf selbst – Bezug genommen.
- c) Insbesondere können im Rahmen dieser Mittel für den Strukturbedarf durch Beschluss der Gesundheitsplattform zur Abgeltung besonderer Erfordernisse auch Vorwegbeträge gewährt werden.

Als besondere Erfordernisse gelten:

1. Zentralversorgung,
2. Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsfunktionen,
3. Krankenanstalten mit speziellen fachlichen Versorgungsfunktionen,
4. vorzunehmende Strukturveränderungen, wobei diesbezügliche Mittel für den Strukturbedarf nur zeitlich begrenzt vorgesehen werden dürfen.

Bei dieser Abgeltung ist auf die Übereinstimmung mit den geltenden Plänen zu achten und die Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit im Rahmen der Gesamtfinanzierung entsprechend zu berücksichtigen.

(2) Der Fonds hat nähere Regelungen dazu in Form von Richtlinien zu erlassen. Für diese Abgeltung stehen all jene Mittel zur Verfügung, die nicht für andere Abgeltungen, Förderungen, Zuschüsse oder den Verwaltungsaufwand des Fonds benötigt werden (§§ 10 bis 16). Erforderlichenfalls können auch Obergrenzen an LKF-Punkten festgelegt werden, bei deren Überschreiten degressive oder keine Abgeltungen mehr erfolgen.

Abgeltung von ambulanten Leistungen

§ 10

(1) Die Abgeltung von Ambulanzleistungen erfolgt bis zum Inkrafttreten des für den ambulanten Bereich vorgesehenen sektorenübergreifenden Abrechnungssystems (Art 9 und 27 Abs 8 der Vereinbarung) auf der Grundlage von bereits verfügbaren leistungsbezogenen Parametern (wie zB Fallzahlen), die sich auf einen höchstens fünf Jahre in die Vergangenheit zurückreichenden Beobachtungszeitraum zu beziehen haben, wobei darauf zu achten ist, dass die Abgeltungshöhe keinen wirtschaftlichen Anreiz zur Ausweitung der Erbringung solcher Leistungen setzt.

(2) Wird das sektorenübergreifende Abrechnungssystem, welches das aktuelle Leistungsgeschehen berücksichtigt, eingeführt, können erforderlichenfalls Obergrenzen festgelegt werden, bei deren Überschreiten degressive oder keine Abgeltungen mehr erfolgen.

(3) Der Fonds hat nähere Regelungen in Form von Richtlinien zu erlassen.

(4) Mittel, die von der Sozialversicherung im Fall eines vertragslosen Zustandes mit niedergelassenen Ärzten zur Abgeltung der vermehrten Inanspruchnahme von Ambulanzleistungen entrichtet werden, werden, sofern eine leistungsbezogene Abgeltung nicht möglich sein sollte, gemäß dem Verhältnis der den einzelnen Fondskrankenanstalten für Ambulanzleistungen gewährten Beträge verteilt. Unterscheidet sich die tatsächliche Inanspruchnahme der Ambulanzleistungen wesentlich von diesem Aufteilungsschlüssel, kann die Gesundheitsplattform einen geänderten Verteilungsschlüssel festlegen.

(5) Die Fondskrankenanstalten sind verpflichtet, dem Fonds Berichte über den ambulanten Bereich gemäß den §§ 6 Abs 4 und 6a des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen in Verbindung mit der dazu ergangenen Verordnung über die Dokumentation im ambulanten Bereich quartalsweise für das jeweils vorangegangene Quartal jeweils bis zum 31. Mai, 31. August und 30. November des laufenden Jahres sowie bis zum 28. Februar des folgenden Jahres zu übermitteln.

Abgeltung von Nebenkosten

§ 11

(1) Die Abgeltung von Nebenkosten für Schulen und Pensionen erfolgt auf der Grundlage einer Pauschale für die nicht durch entsprechende Einnahmen gedeckten Ausgaben für solche Leistungen, wobei darauf zu achten ist, dass die Abgeltungshöhe keinen wirtschaftlichen Anreiz zur Ausweitung des Anfallens solcher Nebenkosten setzt. Die Grundlage der pauschalen Abgeltung dieser ungedeckten Nebenkosten hat ein nicht weiter als fünf Jahre in die Vergangenheit zurückreichender Beobachtungszeitraum zu sein.

(2) Erforderlichenfalls können auch Obergrenzen festgelegt werden, bei deren Überschreiten degressive oder keine Abgeltungen mehr erfolgen.

(3) Der Fonds hat nähere Regelungen in Form von Richtlinien zu erlassen.

Sonstige Abgeltungen

§ 12

(1) Unter den sonstigen Abgeltungen werden die Mittel gemäß § 7 Abs 1 Z 2 (Rechtsträger-Finanzierungsanteile) und 5 (GSBG-Beihilfen an Fondskrankenanstalten) sowie § 7 Abs 2 Z 2 bis 4 (Kostenbeiträge nach § 62 Abs 1 bis 3 SKAG, Mittel für die Versorgung ausländischer Anspruchsberechtigter und Kostenbeiträge oder Kostenanteile für die Versorgung ausländischer Anspruchsberechtigter) erfasst.

(2) Die Kostenbeiträge gemäß § 62 Abs 1 bis 3 SKAG stehen, soweit gesetzlich nicht anderes bestimmt ist, jeweils jener Fondskrankenanstalt zu, die sie vereinnahmt hat. Unbeschadet ihrer Rechtsnatur als Fondsmittel verbleiben sie bei der vereinnahmenden Fondskrankenanstalt.

(3) Die Mittel gemäß § 7 Abs 2 Z 3 und 4 stehen nach Vornahme allfälliger gesetzlich gebotener Abzüge jeweils jener Fondskrankenanstalt zu, die den ausländischen Anspruchsberechtigten versorgt hat. Die über die Gebietskrankenkasse einbringlich gemachten Mittel gelten auch dann als an den Fonds weitergeleitet oder unmittelbar entrichtet, wenn aus Gründen einfacherer Abwicklung der Zahlungsfluss direkt zwischen der Gebietskrankenkasse und der Fondskrankenanstalt erfolgt. Die im § 7 Abs 2 Z 4 genannten Kostenbeiträge (Kostenanteile) verbleiben unbeschadet ihrer Rechtsnatur als Fondsmittel bei der vereinnahmenden Fondskrankenanstalt.

(4) Beihilfen nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz stehen jeweils jener Fondskrankenanstalt zu, auf die sich die gewährte Beihilfe bezieht.

(5) Soweit Mittel nach Abs 3 oder 4 kassenmäßig über den Fonds abgewickelt werden, hat der Fonds diese ohne unnötigen Aufschub an die empfangsberechtigte Fondskrankenanstalt weiterzuleiten. Fließen die Mittel nach Abs 3 zweiter Satz direkt der Fondskrankenanstalt zu, sind allfällige gesetzlich gebotene Abzüge durch den Fondskrankenanstaltenträger vorzunehmen, wenn diese Abzüge nicht bereits von dritter Seite vorgenommen worden sind.

(6) Die Finanzierungsanteile der Rechtsträger der Fondskrankenanstalten (§ 7 Abs 1 Z 2) stehen jeweils der betreffenden Fondskrankenanstalt zu. Unbeschadet ihrer Rechtsnatur als Fondsmittel verbleiben sie bei der den Finanzierungsanteil vereinnahmenden Fondskrankenanstalt.

Förderung von Investitionsvorhaben und Großgeräten

§ 13

(1) Für Investitionen (Neu-, Zu- und Umbauten) sowie für die Anschaffung von medizinisch-technischen Großgeräten in Fondskrankenanstalten können Förderungen gewährt werden.

(2) Der Fonds hat für die Vergabe solcher Investitionszuschüsse nähere Regelungen in Form von Richtlinien zu erlassen, wobei folgende Vorgaben zu beachten sind:

1. Es dürfen nur Investitionen gefördert werden, die mit den verbindlichen Plänen übereinstimmen.
2. Die Grundsätze der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit müssen gewahrt werden.
3. Auf eine wirtschaftliche und wirksame Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist Bedacht zu nehmen.
4. Die Förderungswürdigkeit eines Vorhabens ist auch unter dem Gesichtspunkt zu prüfen, dass allgemein eine Verringerung der Überkapazitäten im Stationärbereich anzustreben ist.
5. Es können auch Rechtsträger übergreifende Investitionen gefördert werden, wobei auf klare Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zu achten ist.
6. Zur Vermeidung eines unverhältnismäßigen administrativen Aufwandes sind Förderungsuntergrenzen vorzusehen. Die bevorzugte Förderung einzelner Arten von Investitionen ist zulässig.
7. Die Höhe des Investitionszuschusses ist mit einem Prozentsatz der Bemessungsgrundlage zu deckeln. Die Bemessungsgrundlage darf maximal den Gesamtkosten der Investition entsprechen.
8. Förderungen können nur nach Maßgabe der dafür verfügbaren Mittel gewährt werden.
9. Es darf nur die Anschaffung jener Großgeräte gefördert werden, die nicht über eine für den Anstaltszweck und das Leistungsangebot der jeweiligen Fondskrankenanstalt unbedingt erforderliche apparative Mindestausstattung hinausgehen. Dabei ist vor allem auf die Ausstattung und die Auslastung der anderen Gesundheitseinrichtungen im Einzugsbereich Bedacht zu nehmen. Bei der Prüfung der Förderungswürdigkeit sind auch die Belastungen durch die Folgekosten aus dem Betrieb der Großgeräte und deren voraussichtliche Finanzierbarkeit mit zu berücksichtigen.

Mittel für krankenhausentlastende Planungen, Projekte und Maßnahmen

§ 14

(1) Für krankenhausentlastende Planungen, Projekte und Maßnahmen können nach Maßgabe des Art 30 der Vereinbarung Mittel gewährt werden.

(2) Der Fonds hat für die Vergabe solcher Zuschüsse nähere Regelungen in Form von Richtlinien zu erlassen.

(3) Krankenhausentlastende Planungen, Projekte und Maßnahmen sind insbesondere solche, die zur Entlastung des stationären Akutbereiches in den Fondskrankenanstalten führen. Zur Sicherstellung eines effektiven und effizienten Mitteleinsatzes ist eine geeignete Koordination einschließlich einer regelmäßigen Berichterstattung zwischen dem Fonds und der Bundesgesundheitsagentur sicherzustellen.

(4) Ein Betrag aus diesen Mitteln, der gemäß Art 14 Abs 9 der Zielsteuerungsvereinbarung berechnet wird, ist jährlich in den Jahren bis 2022 im Voranschlag des Fonds gesondert auszuweisen.

Gesundheitsförderungsfonds

§ 15

(1) Zur Stärkung der Gesundheitsförderung wird ein Sondervermögen ohne eigene Rechtspersönlichkeit mit eigenem Verrechnungskreis eingerichtet und aus den Mitteln gemäß § 7 Abs 1 Z 3 und § 7 Abs 3 dotiert. Die in einem Geschäftsjahr nicht verwendeten Mittel sind im Folgejahr den zur Verfügung stehenden Gesundheitsförderungsmitteln zuzuschlagen.

(2) Bei der Verwendung der Mittel sind die von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossenen Grundsätze und Ziele einzuhalten; insbesondere ist sicherzustellen, dass Gesundheitsförderungsprojekte den Zielsetzungen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages und des Landes-Zielsteuerungsvertrages nicht widersprechen. Es ist weiters sicherzustellen, dass

1. sich die Verwendung der Mittel an den auf der Basis der Rahmen-Gesundheitsziele von der Gesundheitsplattform beschlossenen Landesgesundheitszielen orientiert;
2. die gesetzten Maßnahmen sich an der vorhandenen Evidenz, der Wirksamkeit und den Qualitätskriterien für Gesundheitsförderung und Prävention orientieren und
3. die umgesetzten Maßnahmen evaluiert und in einer regelmäßigen Berichterstattung dargestellt werden.

Deckung des Verwaltungsaufwands des Fonds

§ 16

(1) Die Höhe des aus den Mitteln gemäß § 8 zu bedeckenden Verwaltungsaufwands des Fonds ist im Voranschlag in dem für die Erfüllung der Fondsaufgaben unbedingt notwendigen Ausmaß vorzusehen.

(2) Daraus sind insbesondere folgende Kosten abzudecken:

1. Vorsorge für die Infrastruktur der Fondsorgane (Personal, Büroräume, Ausstattung und Einrichtung, laufender Aufwand der Fondsorgane);
2. Entgelte für sonstige Leistungen wie zB:
 - a) Refundierung der Kosten jenes Personals, das von anderen Stellen zur Verfügung gestellt wird;
 - b) notwendige Kontrollmaßnahmen.

(3) Für diesen Teilbetrag veranschlagte, aber nicht benötigte Mittel sind der Abgeltung von stationären Leistungen zuzuführen.

4. Teil

Organisatorische Bestimmungen

Organe des Fonds

§ 17

(1) Der Fonds hat folgende Organe:

1. die Geschäftsführung;
2. die Gesundheitsplattform und
3. die Landes-Zielsteuerungskommission.

(2) Die Gesundheitsplattform hat folgende weitere Organe einzurichten:

1. eine Kommission insbesondere zur Beratung von Strukturveränderungen im Gesundheitswesen sowie zu allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen, bestehend jedenfalls aus je zwei vom Land und von den Sozialversicherungsträgern zu entsendenden Mitgliedern und je einem von der Ärztekammer für Salzburg und den Rechtsträgern der Fondskrankenanstalten zu entsendenden Mitglied;
2. eine Kommission zur Vorbereitung des Entwurfes des Landes-Zielsteuerungsvertrages und weiterer von der Landes-Zielsteuerungskommission zu treffender Festlegungen (Beschlüsse), jedenfalls bestehend aus je zwei vom Land und von den Sozialversicherungsträgern zu entsendenden Mitgliedern.

(3) Die näheren Bestimmungen über die Ausgestaltung der im Abs 2 vorgesehenen Organe sind von der Gesundheitsplattform zu treffen. Die Gesundheitsplattform kann die im Abs 2 Z 1 genannte Kommission im Interesse der Zweckmäßigkeit, Raschheit und Einfachheit ermächtigen, in Verwaltungsverfahren Stellungnahmen an Stelle und im Namen der Gesundheitsplattform abzugeben.

Geschäftsführung

§ 18

(1) Die Geschäftsführung besteht aus einem Geschäftsführer bzw einer Geschäftsführerin und den erforderlichen Mitarbeitern bzw Mitarbeiterinnen. Sie hat die Beschlüsse der Gesundheitsplattform und der Landes-Zielsteuerungskommission umzusetzen und alle Aufgaben des Fonds wahrzunehmen, die in diesem Gesetz nicht ausdrücklich der Gesundheitsplattform, der Landes-Zielsteuerungskommission oder deren Koordinatoren bzw Koordinatorinnen zugewiesen oder von der Gesundheitsplattform einer Kommission übertragen worden sind. Weiters hat die Geschäftsführung die Gesundheitsplattform und deren Kommissionen sowie die Landes-Zielsteuerungskommission und deren Koordinatoren bzw Koordinatorinnen bei der Erfüllung der zugewiesenen Aufgaben zu unterstützen. Sie ist an Weisungen der Gesundheitsplattform und der Landes-Zielsteuerungskommission gebunden.

(2) Der Geschäftsführer bzw die Geschäftsführerin ist nach öffentlicher Ausschreibung durch die Gesundheitsplattform zu bestellen. Die erforderlichen Mitarbeiter bzw Mitarbeiterinnen werden vom Geschäftsführer bzw von der Geschäftsführerin angestellt. Die Anstellung von Mitarbeitern bzw Mitarbeiterinnen, die im genehmigten Stellenplan (§ 27 Abs 4) nicht vorgesehen sind, bedarf der Zustimmung der Gesundheitsplattform. Der Geschäftsführer bzw die Geschäftsführerin wird im Verhinderungsfall von

seinem bzw ihrem Stellvertreter oder seinem bzw ihrer Stellvertreterin vertreten. Dies gilt auch, wenn die Stelle des Geschäftsführers bzw der Geschäftsführerin unbesetzt ist.

Gesundheitsplattform, Zusammensetzung

§ 19

(1) Die Gesundheitsplattform besteht aus folgenden Mitgliedern:

1. 20 stimmberechtigte Mitglieder, und zwar

- a) fünf Mitglieder, die von der Landesregierung entsendet werden, darunter zumindest ein Mitglied der Landesregierung;
- b) fünf Mitglieder, die von den Trägern der Sozialversicherung entsendet werden;
- c) ein Mitglied, das vom Bund entsendet wird;
- d) ein Mitglied, das von der Ärztekammer für Salzburg entsendet wird;
- e) je ein Mitglied, das vom Salzburger Gemeindeverband und von der Landesgruppe Salzburg des Österreichischen Städtebundes entsendet wird;
- f) ein Mitglied, das von der Salzburger Patientenvertretung entsendet wird;
- g) ein Mitglied, das von der Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH (SALK) entsendet wird;
- h) ein Mitglied, das von allen Gemeinden, die selbst Rechtsträger einer Fondskrankenanstalt sind, und allen Rechtsträgern solcher Fondskrankenanstalten, an welchen eine oder mehrere Gemeinden eine Beteiligung von mehr als 50 % hält bzw halten, einvernehmlich entsendet wird;
- i) ein Mitglied, das von den Rechtsträgern der nicht von den lit g und h umfassten Fondskrankenanstalten einvernehmlich entsendet wird;
- j) ein Mitglied, das vom Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband entsendet wird;
- k) ein Mitglied, das von der Landesgeschäftsstelle Salzburg der Österreichischen Apothekerkammer entsendet wird;

2. ein nicht stimmberechtigtes Mitglied, das vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entsendet wird.

(2) Ist die Entsendung von Mitgliedern der Gesundheitsplattform erforderlich, hat die Geschäftsführung des Fonds die entsendungsberechtigten Institutionen unter Setzung einer angemessenen Frist aufzufordern, von ihrem Recht Gebrauch zu machen. Leisten die entsendungsberechtigten Institutionen der Aufforderung nicht Folge oder kommt das erforderliche Einvernehmen nicht fristgerecht zustande, gilt die Gesundheitsplattform bis zur späteren Entsendung der fehlenden Mitglieder auch ohne diese als richtig zusammengesetzt.

(3) Für jedes Mitglied kann die entsendungsberechtigte Institution ein Ersatzmitglied oder mehrere Ersatzmitglieder benennen. Wenn für ein Mitglied keine Ersatzmitglieder benannt worden sind oder auch diese an der Teilnahme verhindert sind, kann sich jedes Mitglied mittels Vollmacht durch eine andere geeignete Person in einer bestimmten Sitzung vertreten lassen.

(4) Die Funktion eines Mitgliedes der Gesundheitsplattform erlischt:

- 1. durch (einvernehmlichen) Widerruf seitens der entsendungsberechtigten Institution(en),
- 2. durch Wegfall der Voraussetzung gemäß Abs 2.

(5) Die Funktion eines Mitgliedes der Gesundheitsplattform ist ein unbesoldetes Ehrenamt; das Kollegialorgane-Sitzungsentschädigungsgesetz ist nicht anzuwenden.

Gesundheitsplattform, Geschäftsordnung

§ 20

(1) Der bzw die Vorsitzende ist von der Landesregierung aus dem Kreis der gemäß § 19 Abs 1 Z 1 lit a entsendeten Mitglieder der Landesregierung zu bestellen. Der erste Stellvertreter bzw die erste Stellvertreterin des bzw der Vorsitzenden ist der Obmann bzw die Obfrau der Salzburger Gebietskrankenkasse. Weitere Stellvertreter bzw Stellvertreterinnen des bzw der Vorsitzenden sind bei Bedarf von der Gesundheitsplattform aus dem Kreis ihrer Mitglieder zu wählen.

(2) Die Einberufung der Gesundheitsplattform erfolgt durch den Vorsitzenden bzw die Vorsitzende. In jedem Jahr haben mindestens zwei Sitzungen stattzufinden. Die Gesundheitsplattform ist auch einzuberufen, wenn es der erste Stellvertreter bzw die erste Stellvertreterin oder mindestens zwei sonstige Mitglieder verlangen.

(3) Die Gesundheitsplattform ist beschlussfähig, wenn mehr als die Hälfte ihrer Mitglieder, unter ihnen zumindest der bzw die Vorsitzende oder einer bzw eine seiner bzw ihrer Stellvertreter bzw Stellvertreterinnen sowie ein Landesvertreter bzw eine Landesvertreterin (§ 19 Abs 1 Z 1 lit a), ein Sozialversicherungsvertreter bzw eine Sozialversicherungsvertreterin (§ 19 Abs 1 Z 1 lit b), der Bundesvertreter bzw die Bundesvertreterin (§ 19 Abs 1 Z 1 lit c) und ein Gemeindevertreter bzw eine Gemeindevertreterin (§ 19 Abs 1 Z 1 lit e), anwesend ist oder vertreten wird. Die Beschlüsse werden mit der unbedingten Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst.

(4) Für die Beschlussfassung in der Gesundheitsplattform gelten folgende Bestimmungen:

1. In Angelegenheiten gemäß § 21 Abs 1 Z 1 (Krankenanstellenfinanzierung) sowie § 21 Abs 1 Z 3 (sonstige Aufgaben) mit Ausnahme der Bestellung und Abberufung des Geschäftsführers bzw der Geschäftsführerin und der Einrichtung der weiteren Fondsorgane (§ 6 Z 4 und 5) sowie mit Ausnahme der Z 3 kommen den Mitgliedern (Ersatzmitgliedern) gemäß § 19 Abs 1 Z 1 lit a je vier Stimmen zu (Landesmehrheit).
2. In Angelegenheiten gemäß § 21 Abs 1 Z 2 (allgemeine gesundheitspolitische Belange) und § 21 Abs 2 ist die Zustimmung von mindestens drei Viertel der Mitglieder (Ersatzmitglieder) gemäß § 19 Abs 1 Z 1 lit a, b und c erforderlich.
3. In Angelegenheiten der Mittelvergabe gemäß § 14 Abs 4 hat die Beschlussfassung über Zuschüsse betreffend krankenhausentlastende Maßnahmen im Einvernehmen zwischen den Mitgliedern (Ersatzmitgliedern) des Landes und der Sozialversicherungsträger zu erfolgen.
4. In Angelegenheiten des § 6 Z 4 und 5 (Bestellung und Abberufung des Geschäftsführers bzw der Geschäftsführerin und Einrichtung der weiteren Fondsorgane) sowie hinsichtlich des § 21 Abs 2 Z 3 (Vertretung des Fonds gegenüber dem Geschäftsführer bzw der Geschäftsführerin) kommt jedem stimmberechtigten Mitglied (Ersatzmitglied) je eine Stimme zu.
5. Bei der Beschlussfassung über die Geschäftsordnung gemäß § 20 Abs 8 kommen den Mitgliedern (Ersatzmitgliedern) gemäß § 19 Abs 1 Z 1 lit a und b je vier Stimmen zu, den anderen stimmberechtigten Mitgliedern (Ersatzmitgliedern) je eine Stimme. Ein Beschluss kommt nur mit den Stimmen aller Mitglieder (Ersatzmitglieder) gemäß § 19 Abs 1 Z 1 lit a und b zustande.
6. Beschlüsse, die von geltendem Recht, der Vereinbarung, der Zielsteuerungsvereinbarung, dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder Beschlüssen der Organe der Bundesgesundheitsagentur abweichen, können nicht gegen die Stimme des Mitglieds gemäß § 19 Abs 1 lit c gefasst werden.

(5) Die Gesundheitsplattform kann, wenn dies zur Behandlung einzelner Tagesordnungspunkte erforderlich erscheint, Experten bzw Expertinnen beiziehen.

(6) Auf Verlangen sind den Vertretern bzw Vertreterinnen des Bundes, des Landes, der Gemeinden und der Sozialversicherung in der Gesundheitsplattform von allen beteiligten Finanzierungspartnern Auskünfte über finanzierungsrelevante oder planungsrelevante Angelegenheiten zu erteilen.

(7) Soweit zwischen den Mitgliedern gemäß § 19 Abs 1 Z 1 lit a (Land) und den Mitgliedern gemäß § 19 Abs 1 Z 1 lit b (Sozialversicherung) Einvernehmen darüber vorliegt, können einzelne Aufgaben der Gesundheitsplattform an die Landes-Zielsteuerungskommission übertragen werden.

(8) Die Gesundheitsplattform kann weitere Fragen der Geschäftsordnung durch Beschluss regeln.

Gesundheitsplattform, Aufgaben

§ 21

(1) Die Gesundheitsplattform hat folgende Aufgaben wahrzunehmen:

1. die Beschlussfassung in Angelegenheiten gemäß § 3 (Krankenanstellenfinanzierung) in Verbindung mit den §§ 9 bis 14 einschließlich der Erlassung diesbezüglicher Richtlinien;
2. die Beschlussfassung in Angelegenheiten gemäß § 4 (allgemeine gesundheitspolitische Belange);
3. die Beschlussfassung in Angelegenheiten gemäß § 6 (sonstige Aufgaben), in Bezug auf § 6 Z 10 für solche Aufgaben, die gesetzlich der Gesundheitsplattform zugewiesen werden.
4. die Erlassung von Bescheiden gemäß § 8 Abs 6.

(2) Weiters hat die Gesundheitsplattform

1. ihre Aufgaben auf Landesebene zu evaluieren;
2. Informationen und Konsultationen durchzuführen betreffend
 - a) die Ressourcenplanung im Pflegebereich und
 - b) die Festlegungen der Landes-Zielsteuerungskommission und
3. den Fonds in allen Rechtsbeziehungen zwischen dem Fonds und dem Geschäftsführer bzw der Geschäftsführerin zu vertreten.

(3) Die Gesundheitsplattform hat die Zielsetzungen dieses Gesetzes und die Vorgaben der Bundesgesundheitsagentur zu beachten. Die der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens dienenden Aufgaben sind unter Einhaltung der Festlegungen in der Bundesgesundheitsagentur, im Bundes-Zielsteuerungsvertrag, im Landes-Zielsteuerungsvertrag und in der Landes-Zielsteuerungskommission sowie unter Berücksichtigung gesamtwirtschaftlicher Auswirkungen wahrzunehmen.

(4) Die Gesundheitsplattform hat der Landesregierung jährlich über den Stand und die Gebarung des Fonds zu berichten.

Landes-Zielsteuerungskommission, Zusammensetzung

§ 22

(1) Die Landes-Zielsteuerungskommission besteht aus folgenden Mitgliedern:

1. fünf Mitglieder als Landeskurie, die von der Landesregierung entsendet werden, darunter zumindest ein Mitglied der Landesregierung,
2. fünf Mitglieder als Sozialversicherungskurie, darunter der Obmann bzw die Obfrau der Salzburger Gebietskrankenkasse, die von den Trägern der Sozialversicherung entsendet werden, und
3. ein Mitglied, das vom Bund entsendet wird.

(2) § 19 Abs 2 bis 5 gilt sinngemäß.

Landes-Zielsteuerungskommission, Geschäftsordnung

§ 23

(1) Den Vorsitz führen gleichberechtigt ein von der Landesregierung bestimmtes Mitglied derselben aus dem Kreis der Mitglieder in der Landeskurie und der Obmann bzw die Obfrau der Salzburger Gebietskrankenkasse.

(2) Die Einberufung der Landes-Zielsteuerungskommission erfolgt durch die Vorsitzenden. In jedem Jahr haben mindestens zwei Sitzungen stattzufinden. Die Landes-Zielsteuerungskommission ist auch einzuberufen, wenn es einer bzw eine der beiden Vorsitzenden oder mindestens zwei sonstige Mitglieder verlangen.

(3) Die Landes-Zielsteuerungskommission ist beschlussfähig, wenn von jeder Kurie (Land und Sozialversicherungsträger) jeweils drei Mitglieder oder Ersatzmitglieder, darunter zumindest einer bzw eine der Vorsitzenden, anwesend sind.

(4) Für die Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission gilt Folgendes:

1. Die Mitglieder einer Kurie können nur einheitlich abstimmen, das Abstimmungsverhalten ergibt sich aus Abs 5.
2. Soweit in Z 3 nicht anderes bestimmt wird, werden Beschlüsse mit den Stimmen der Kurien gemäß § 22 Abs 1 Z 1 und 2 gefasst.
3. Bei Beschlüssen, die von geltendem Recht, der Vereinbarung, der Zielsteuerungsvereinbarung, dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder Beschlüssen der Organe der Bundesgesundheitsagentur abweichen, kommt dem Mitglied gemäß § 22 Abs 1 Z 3 ein Vetorecht zu. Im Fall der Verhinderung an der Sitzungsteilnahme kann dieses binnen einer Woche die Einwände schriftlich und begründet mitteilen.

(5) Die Stimme der Kurie des Landes bestimmt sich nach der Mehrheit der Stimmen der anwesenden Kurienmitglieder. Die Willensbildung in der Kurie der Sozialversicherung richtet sich nach den bundesgesetzlichen Vorschriften. Die Abstimmungen in den Kurien haben getrennt voneinander zu erfolgen. Das von der Landesregierung als Vorsitzender bzw Vorsitzende bestellte Mitglied der Landesregierung hat die Stimmabgabe (eine Stimme) für die Landeskurie wahrzunehmen.

(6) § 20 Abs 5 und 8 gilt sinngemäß.

Landes-Zielsteuerungskommission, Aufgaben

§ 24

(1) Die Landes-Zielsteuerungskommission hat folgende Aufgaben wahrzunehmen:

1. die Beschlussfassung in Angelegenheiten des § 5;
2. die Beschlussfassung in solchen Angelegenheiten, die ihr von der Gesundheitsplattform zusätzlich übertragen werden;
3. die Beschlussfassung in Bezug auf solche Aufgaben gemäß § 6 Z 10, die gesetzlich der Landes-Zielsteuerungskommission zugewiesen werden.

(2) In der Landes-Zielsteuerungskommission erfolgt eine wechselseitige und rechtzeitige Information und Konsultation über Festlegungen zu wesentlichen operativen und finanziellen Angelegenheiten der Leistungserbringung im Gesundheitswesen von Land und Sozialversicherung.

Koordinatoren bzw Koordinatorinnen

§ 25

Die Landes-Zielsteuerungskommission wird bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben durch zwei gleichberechtigte Koordinatoren bzw Koordinatorinnen unterstützt. Ein Koordinator bzw eine Koordinatorin wird von der Landesregierung bestellt und ist als solcher bzw solche ausschließlich dem bzw der von der Landesregierung bestimmten Vorsitzenden der Landes-Zielsteuerungskommission (§ 23 Abs 1) verantwortlich. Der zweite Koordinator bzw die zweite Koordinatorin wird entsprechend den bundesrechtlichen Bestimmungen von der gesetzlichen Krankenversicherung bestellt.

Sanktionsmechanismus und Rückforderung von Fondsmitteln

§ 26

(1) Verstößt eine Fondskrankenanstalt in maßgeblichem Ausmaß gegen verbindliche Pläne oder gegen einvernehmlich zwischen Bund und Ländern vereinbarte Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität oder der Dokumentation (Art 40 Abs 2 der Vereinbarung), sind von der Gesundheitsplattform nachweislich wirksame Maßnahmen zur Herstellung des angestrebten Zustandes zu setzen. Sollte eine zweimalige Aufforderung unter Setzung einer angemessenen Frist und Androhung der Kürzung oder des Entzuges von Finanzierungsmitteln nicht zum gewünschten Erfolg führen, hat die Gesundheitsplattform die angedrohte Kürzung oder den angedrohten Entzug unter Berücksichtigung der Aufrechterhaltung einer ausreichenden Gesundheitsversorgung vorzunehmen. Über das Bestehen allfälliger Ansprüche aus einem solchen Beschluss entscheidet die Schiedskommission (§ 88 SKAG).

(2) Abs 1 ist mit der Maßgabe, dass die Rückzahlung der zweckwidrig eingesetzten oder zu Unrecht erhaltenen Gelder verlangt werden kann, auch in folgenden Fällen anzuwenden:

1. bei nicht ordnungsgemäßer Dokumentation (§ 29), wenn diese zur Auszahlung nicht gebührender Mittel geführt hat;
2. bei widmungswidriger Verwendung von Investitionszuschüssen (§ 13); oder
3. bei schwer wiegenden Verstößen gegen die vorgeschriebene Form der Leistungskodierung im Rahmen des leistungsorientierten Finanzierungssystems.

(3) Die Rückforderung von zweckwidrig eingesetzten oder zu Unrecht erhaltenen Förderungsmitteln von Förderungsempfängern bzw -empfängerinnen, die keine Fondskrankenanstalten sind, erfolgt nach Maßgabe der dazu in den Förderungsverträgen getroffenen Vereinbarungen.

(4) Bei Einschränkungen im Leistungsangebot ist einvernehmlich vorzugehen (§ 20 Abs 4 Z 1 in Verbindung mit § 3 Abs 3). Die bislang maßgebliche Vertragslage ist dabei zu berücksichtigen. Die finanziellen Folgen von plan- und vertragswidrigen Leistungseinschränkungen im stationären und ambulanten Bereich oder in den Nahtstellen zum Pflegebereich hat jene Institution zu tragen, die sie verursacht hat.

Grundsätze der Gebarung

§ 27

(1) Die Gebarung des Fonds hat nach den Grundsätzen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit zu erfolgen.

(2) Vorhandene Mittel des Fonds sind unter Bedachtnahme auf ihre erforderliche Verfügbarkeit möglichst günstig zu veranlagen.

(3) Die Mittel sind nach ihrer Herkunft (§ 7) und nach ihrer Verwendung (§§ 9 ff) gebarungsmäßig jeweils gesondert auszuweisen. Eine periodengerechte Abgrenzung der Mittel des Fonds ist vorzunehmen.

(4) Alljährlich sind von der Geschäftsführung ein Voranschlag und ein Stellenplan vorzubereiten und der Gesundheitsplattform zur Genehmigung vorzulegen. Nach Ablauf eines Kalenderjahres ist bis spätestens 30. Juni des Folgejahres von der Geschäftsführung ein Jahresabschluss vorzubereiten und der Gesundheitsplattform vorzulegen. Die Geschäftsführung des Fonds hat die Voranschläge und Rechnungsabschlüsse unmittelbar nach Beschlussfassung durch die Gesundheitsplattform der Landesregierung und der Bundesgesundheitsagentur zu übermitteln.

(5) Nachträgliche Bereinigungen sind möglichst umgehend nach Vorliegen der erforderlichen Daten unter Aufrechnung mit den laufenden Mittelanweisungen vorzunehmen.

(6) Die Geschäftsführung des Fonds hat der Bundesgesundheitsagentur standardisierte Berichte über die Gebarung des Fonds auf Basis eines bundesweit einheitlich strukturierten Voranschlags und Rechnungsabschlusses und weitere wesentliche Eckdaten in periodischen Abständen nach Maßgabe der strukturellen und inhaltlichen Festlegungen durch die Bundesgesundheitsagentur zu übermitteln.

(7) Die Landesregierung hat dem Landtag jährlich über den Stand und die Gebarung des Fonds zu berichten.

Aufsicht und Kontrolle

§ 28

(1) Der Fonds unterliegt der Aufsicht der Landesregierung. Die Fondsorgane sind verpflichtet, der Landesregierung alle verlangten Auskünfte zu erteilen.

(2) Die Gebarung des Fonds unterliegt der Kontrolle durch den Landesrechnungshof.

(3) Darüber hinaus ist die Geschäftsführung des Fonds ermächtigt, notwendige Kontrollvorkehrungen, insbesondere zur Diagnosenkodierung durch die Fondskrankenanstellen (Qualitätskontrolle) sowie zur LKF-Punktebewertung sicherzustellen. Mit diesen Kontrollmaßnahmen können auch Personen beauftragt werden, die nicht in einem Dienstverhältnis zum Fonds stehen. Über das Ergebnis solcher Kontrolltätigkeiten ist der Gesundheitsplattform zu berichten.

Datenerfassung und -weitergabe, Erhebungen

§ 29

(1) Die Träger von Fondskrankenanstellen sind verpflichtet, die im Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen vorgesehenen Dokumentationspflichten einzuhalten. Darüber hinaus sind sie verpflichtet, auf Verlangen der Gesundheitsplattform auch weitere Daten zu erfassen und an den Fonds zu übermitteln. Daten, die auch andere Personen als den Träger der Fondskrankenanstalt betreffen, sind so zu erfassen und zu übermitteln, dass der Fonds die Identität dieser anderen Betroffenen nicht bestimmen kann (anonymisierte Daten). Die Gesundheitsplattform darf dieses Verlangen nur für Daten stellen, die zur Erfüllung der Aufgaben des Fonds erforderlich sind.

(2) Die Organe des Fonds und die von diesen beauftragten Sachverständigen sind berechtigt, in Fondskrankenanstellen Erhebungen über die Betriebsorganisation und den Betriebsablauf durchzuführen und in alle die Betriebsführung betreffenden Unterlagen Einsicht zu nehmen.

(3) Bei einem Verstoß von Fondskrankenanstellen gegen die Verpflichtung gemäß Abs 1 oder bei einer Behinderung des Einsichtsrechts nach Abs 2 kann die Gesundheitsplattform unter Bedachtnahme auf die Schwere des Verstoßes nach vorheriger schriftlicher Androhung dieser Maßnahme Zuwendungen nach diesem Gesetz kürzen oder entziehen.

Regressansprüche

§ 30

Auf Regressansprüche des Fonds gegen Mitglieder der Gesundheitsplattform, der Landes-Zielsteuerungskommission oder Mitglieder anderer Organe des Fonds ist das Dienstnehmerhaftpflichtgesetz sinngemäß anzuwenden.

5. Teil

Zielsteuerung-Gesundheit

1. Abschnitt

Landes-Zielsteuerungsvertrag

Abschluss eines Landes-Zielsteuerungsvertrages

§ 31

(1) Der Zielsteuerungsprozess ist nach wissenschaftlich etablierten Grundsätzen durchzuführen. Der erste Landes-Zielsteuerungsvertrag hat auf den bereits vereinbarten Festlegungen des Regionalen Strukturplanes aufzubauen und ist in weiterer Folge diesem übergeordnet.

(2) Das Land hat mit der Salzburger Gebietskrankenkasse, der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, der Sozialversicherungsanstalt der Bauern und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau jeweils für die Dauer von vier Jahren einen Landes-Zielsteuerungsvertrag abzuschließen. Die Landes-Zielsteuerungskommission hat den Ent-

wurf eines Landes-Zielsteuerungsvertrages zu beraten und den Vertragsparteien dessen Abschluss zu empfehlen. Folgeverträge sind bis spätestens 30. November des Jahres abzuschließen, das dem Jahr vorangeht, in dem der Vertrag wirksam werden soll; dies gilt sinngemäß auch für Änderungen laufender Verträge.

(3) Wenn nicht alle im Abs 1 genannten Versicherungsanstalten den Vertrag abschließen, kommt der Vertrag mit den übrigen Versicherungsanstalten zustande, wenn die Bundes-Zielsteuerungskommission die Zielerreichung nicht gefährdet sieht und kein Veto einlegt.

(4) Die Landesregierung hat den Landes-Zielsteuerungsvertrag binnen 14 Tagen nach Unterfertigung durch die Vertragsparteien der Bundes-Zielsteuerungskommission und der Landes-Zielsteuerungskommission zu übermitteln.

Inhalt des Landes-Zielsteuerungsvertrages

§ 32

(1) Der Landes-Zielsteuerungsvertrag darf keine Bestimmungen enthalten, die dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag widersprechen. Er hat ausgehend vom regionalen Bedarf insbesondere die Vorgaben des Bundes-Zielsteuerungsvertrages in den Steuerungsbereichen „Ergebnisorientierung“, „Versorgungsstrukturen“, „Versorgungsprozesse“ und „Finanzziele“ näher zu konkretisieren und die entsprechenden Maßnahmen zur Umsetzung zu beinhalten.

(2) Die Festlegung von Zielen hat so zu erfolgen, dass ein laufendes Monitoring klar festgelegter Messgrößen und Zielwerte möglich ist. Dabei ist die Anwendung eines einheitlichen Bewertungsschemas zur Beurteilung des Zielerreichungsgrades sicher zu stellen.

Steuerungsbereich „Ergebnisorientierung“

§ 33

Im Landes-Zielsteuerungsvertrag müssen regionale Gesundheits- und Versorgungsziele festgelegt werden, sodass die bundesweiten Vorgaben des Bundes-Zielsteuerungsvertrages für die ergebnisorientierten Versorgungsziele und wirkungsorientierten Gesundheitsziele (Art 17 Abs 1 der Zielsteuerungsvereinbarung) erreicht werden können.

Steuerungsbereich „Versorgungsstrukturen“

§ 34

(1) Der Landes-Zielsteuerungsvertrag hat die Vorgaben aus dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag im Steuerungsbereich „Versorgungsstrukturen“ (Art 18 Abs 1 der Zielsteuerungsvereinbarung) ausgehend vom regionalen Bedarf zu konkretisieren und Zielwerte für die jeweilige Betrachtungsperiode festzulegen.

(2) Zudem sind im Landes-Zielsteuerungsvertrag Festlegungen über die maßnahmenbezogene Umsetzung sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht zu treffen, wobei insbesondere folgende Maßnahmen zu berücksichtigen sind:

1. Kapazitätsanpassungen in Akutkrankenanstalten, insbesondere durch Festlegung struktureller Maßnahmen wie die Umwandlung in (dislozierte) Wochen- bzw Tageskliniken und Basis-Krankenanstalten oder die Schaffung von Krankenanstaltennetzwerken und Krankenanstalten mit mehreren Standorten (einschließlich Festlegungen zum gemeinsamen Betrieb ausgewählter Funktionsbereiche);
2. Kapazitätsanpassungen von extramuraler Leistungserbringung (insbesondere interdisziplinäre Versorgungsmodelle wie zB selbstständige Ambulatorien, Gruppenpraxen oder neu zu etablierende innovative Versorgungsformen; erweiterte Öffnungszeiten) unter Berücksichtigung der festzulegenden regionalen Versorgungsaufträge (vor allem bei neuen Vertragsabschlüssen);
3. Errichtung von interdisziplinären zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten und ambulanten Erstversorgungseinheiten;
4. Planung der Spitalsambulanzen im Zusammenhang mit den niedergelassenen Fachärzten bzw Fachärztinnen;
5. Anpassung der tagesklinischen und ambulanten Strukturen ausgehend von den vereinbarten Zielleistungsvolumina je Bereich;
6. Festlegung der Rollenverteilung, Aufgabengebiete und Versorgungsaufträge pro ambulanter Versorgungsstufe und verbindliche sektorenübergreifende Angebotsplanung über die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (inklusive Rücknahmemöglichkeit von aufrechten Bewilligungen bei Rückbau von parallelen Strukturen);

7. Festlegung jener Stellen, an welchen die kurative Versorgung zum richtigen Zeitpunkt, am richtigen Ort, mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität und gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erfolgt („best points of service“) mittels regionaler Versorgungsaufträge, differenziert nach Versorgungsebene und Einführung von integrierten Versorgungsmodellen;
8. Berücksichtigung der „Terminwartezeit“ und „Versorgungswirksamkeit“ je Leistungserbringer bei der regionalen Kapazitätsplanung im ambulanten Bereich (Regionaler Strukturplan Gesundheit).

Steuerungsbereich „Versorgungsprozesse“

§ 35

(1) Der Landes-Zielsteuerungsvertrag muss Maßnahmen zur Optimierung der Behandlungsprozesse durch verbesserte Organisations- und Kommunikationsabläufe zwischen allen Leistungserbringern vorsehen.

(2) Als solche Maßnahmen kommen insbesondere in Betracht:

1. Implementierung von eHealth-Konzepten (elektronische Gesundheitsakte, sektorenübergreifende einheitliche Diagnose- und Leistungsdokumentation, eMedikation usw);
2. Implementierung von (sektorenübergreifenden) Leitlinien und Standards (zB Aufnahme- und Entlassungsmanagement, präoperative Diagnostik) für Behandlung und Versorgung insbesondere für chronische und häufige Erkrankungen;
3. Patientensteuerung zum „best point of service“;
4. Implementierung evidenzbasierter und qualitätsgesicherter Disease Management Programme sowie integrierter Versorgungskonzepte.

2. Abschnitt

Finanzzielsteuerung

Inhalt des Finanzrahmenvertrages

§ 36

(1) Der Landes-Zielsteuerungsvertrag muss einen Finanzrahmenvertrag beinhalten. Der Finanzrahmenvertrag legt die Ausgabenobergrenzen für die von den Vertragsparteien im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit zu verantwortenden Gesundheitsausgaben sowie die daraus abgeleiteten Ausgabendämpfungseffekte fest.

(2) Der Finanzrahmenvertrag hat für die jeweilige Vertragsdauer jedenfalls folgende Inhalte zu umfassen:

1. die Darstellung des Ausgabendämpfungspfades der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben des Landes unter Angabe des Ausgangswerts für das erste Jahr der Vertragsdauer, der erwarteten Ausgabenentwicklung während der Vertragsdauer ohne Intervention und der jährlichen Ausgabenobergrenzen sowie der daraus abzuleitenden jährlichen und über die Periode kumulierten Ausgabendämpfungseffekte;
2. die Darstellung des Ausgabendämpfungspfades der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben der Sozialversicherung im Land unter sinngemäßer Anwendung der Vorgaben in Z 1;
3. die Darstellung des zusammengeführten Ausgabendämpfungspfades gemäß Z 1 und 2;
4. die auf das Bundesland entfallenden Investitionen getrennt nach Land und Sozialversicherung;
5. die funktional gegliederte Darstellung der Ausgaben beider Sektoren, wobei für den extramuralen Bereich eine differenzierte Darstellung der Ausgaben entsprechend der bisherigen funktionalen Gliederung und für den intramuralen Bereich jedenfalls eine differenzierte Darstellung der wesentlichen Finanzierungspositionen des Landesgesundheitsfonds sowie des Landes und der Gemeinden vorzunehmen ist; darüber hinaus ist für den intramuralen Bereich ausgehend von den Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen der Krankenanstaltenträger und ausgehend von den bundesweit einheitlichen Datengrundlagen zur Krankenanstalten-Kostenrechnung eine nach materiellen und funktionellen Gesichtspunkten differenzierte, aus diesen Rechenwerken ableitbare Ausgaben- bzw Kostendarstellung (Ausgaben/Kosten für Personal, für medizinische und nicht-medizinische Ge- und Verbrauchsgüter einschließlich einer gesonderten Darstellung der Heilmittel, für den Bezug von medizinischen und nichtmedizinischen Fremdleistungen und für Investitionen) zu definieren und zu ergänzen sowie eine differenzierte Darstellung nach Funktions- und Fachbereichen anzustreben;

6. die Darstellung der vereinbarten Maßnahmen in finanzieller Hinsicht, und zwar in Form einer Gesamtbewertung der dargestellten Maßnahmen in den Steuerungsbereichen „Ergebnisorientierung“, „Versorgungsstrukturen“ und „Versorgungsprozesse“ (§§ 33 bis 35) und deren Auswirkungen auf den intra- und extramuralen Bereich;
7. verbindliche Regelungen für sektorenübergreifende Finanzierungen und Verrechnungen von durch die Zielsteuerung-Gesundheit veranlassten Leistungsverchiebungen bzw von neu etablierten Versorgungsformen.

Virtuelles Budget

§ 37

Das Land trägt mit den übrigen Vertragsparteien des Landes-Zielsteuerungsvertrages im Rahmen eines virtuellen Budgets die gemeinsame Finanzverantwortung. Diese bezieht sich auf die Finanzrahmenverträge und umfasst:

1. die Ausgabendämpfungseffekte und die Ausgabenobergrenzen und
2. ein zur Erreichung dieser Ziele geeignetes Maßnahmenpaket gemäß Art 22 Abs 3 der Zielsteuerungsvereinbarung.

3. Abschnitt

Sanktionsmechanismus für die Zielsteuerung Gesundheit

Anwendung des Sanktionsmechanismus

§ 38

(1) Für folgende Fälle wird ein Sanktionsmechanismus festgelegt:

1. Nicht-Erreichen von Zielen, die in der Zielsteuerungsvereinbarung, im Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder im Landes-Zielsteuerungsvertrag festgelegt sind;
2. Verstoß gegen den Landes-Zielsteuerungsvertrag;
3. Nicht-Zustandekommen des Landes-Zielsteuerungsvertrages.

(2) Die finanziellen Sanktionen für das Nicht-Erreichen von Finanzzielen richten sich ausschließlich nach der Vereinbarung zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden über einen Österreichischen Stabilitätspakt 2012.

(3) Wenn die Ziele, die im Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder im Landes-Zielsteuerungsvertrag festgelegt worden sind, nicht erreicht werden, hat die Landes-Zielsteuerungskommission der Bundes-Zielsteuerungskommission einen schriftlichen Bericht zur Genehmigung vorzulegen. Der Bericht muss spätestens acht Wochen nach Feststellung der Nicht-Erreichung der Ziele vorgelegt werden und hat jedenfalls die Gründe für die Nicht-Erreichung der festgelegten Ziele und jene zu setzenden Maßnahmen zu enthalten, die die Erreichung der Ziele zum ehestmöglichen Zeitpunkt gewährleisten. Wenn die Bundes-Zielsteuerungskommission den Bericht nicht genehmigt, muss ein überarbeiteter Bericht vorgelegt werden. Die Landes-Zielsteuerungskommission hat genehmigte und nicht genehmigte Berichte samt der Äußerung der Bundes-Zielsteuerungskommission und der Stellungnahme der jeweils Betroffenen zu veröffentlichen.

(4) Jeder Vertragspartner des Landes-Zielsteuerungsvertrages kann der Landes-Zielsteuerungskommission Vertragsverstöße schriftlich und begründet mitteilen. Lässt sich innerhalb von zwei Monaten in der Landes-Zielsteuerungskommission kein Einvernehmen darüber herstellen, ob ein Verstoß vorliegt oder welche Maßnahmen zu ergreifen sind, kann der den Verstoß aufzeigende Vertragspartner das Schlichtungsverfahren gemäß Art 37 der Zielsteuerungsvereinbarung einleiten.

(5) Liegt bis zum gesetzlich festgelegten Zeitpunkt kein unterfertigter Landes-Zielsteuerungsvertrag vor, kann die Landes-Zielsteuerungskommission einen begründeten Antrag an den Bund richten, eine angemessene Nachfrist für die Vorlage des unterfertigten Landes-Zielsteuerungsvertrages einzuräumen. Darüber ist die Bundes-Zielsteuerungskommission zu informieren. Kommt innerhalb der eingeräumten Frist kein Landes-Zielsteuerungsvertrag zustande, hat die Landes-Zielsteuerungskommission zur Umsetzung der partnerschaftlichen Zielsteuerung Gesundheit die Konsens- und Dissens-Punkte festzustellen und der Bundes-Zielsteuerungskommission darüber einen Bericht vorzulegen.

(6) Entscheidungen der beim Bundesministerium für Gesundheit eingerichteten Schlichtungsstelle darüber, ob gegen den Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder gegen den Landes-Zielsteuerungsvertrag verstoßen worden ist, sind für das Land verbindlich.

6. Teil

Schlussbestimmungen

Abgabenbefreiung

§ 39

Der Fonds und die Bundesgesundheitsagentur sind von allen landesgesetzlich geregelten Abgaben befreit.

Verweisungen auf Bundesrecht

§ 40

Die in diesem Gesetz enthaltenen Verweisungen auf bundesrechtliche Vorschriften gelten als solche auf die zitierte Stammfassung oder jene Fassung, die sie durch Änderung bis zu dem nachfolgend zitierten Rechtsakt, diesen einschließend, erhalten haben:

1. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl Nr 745/1996; Gesetz BGBl I Nr 81/2013;
2. Dienstnehmerhaftpflichtgesetz, BGBl Nr 80/1965; Gesetz BGBl Nr 169/1983;
3. Finanzausgleichsgesetz 2008 (FAG 2008), BGBl I Nr 103/2007; Gesetz BGBl I Nr 17/2015;
4. Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG), BGBl Nr 746/1996; Gesetz BGBl I Nr 17/2015;
5. Statistikverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten, BGBl II Nr 639/2003; Verordnung BGBl II Nr 358/2014;
6. Verordnung zur Dokumentation im ambulanten Bereich, BGBl II Nr 305/2013.

In- und Außerkrafttreten

§ 41

- (1) Dieses Gesetz tritt mit 1. Jänner 2016 in Kraft.
- (2) Verordnungen zur Durchführung dieses Gesetzes können rückwirkend in Kraft gesetzt werden. Der Zeitraum der Rückwirkung ist mit dem 1. Jänner 2016 begrenzt.
- (3) Das Gesetz vom 19. Oktober 2005 über den Salzburger Gesundheitsfonds, LGBl Nr 90/2005, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBl Nr 45/2014 und berichtigt durch die Kundmachung LGBl Nr 60/2015, tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2015 außer Kraft. Ungeachtet dessen bestehen der Fonds und seine Organe weiter und bleiben deren Beschlüsse wirksam.
- (4) Investitionen im Sinn des § 13, die vor dem 1. Jänner 2016 nach den bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Bestimmungen rechtzeitig beantragt wurden, können auslaufend mit den darin vorgesehenen Förderprozentsätzen gefördert werden.
- (5) Die Verordnung der Salzburger Landesregierung über die Beitragsbezirke und Krankenanstaltensprengel von Fondskrankenanstalten, LGBl Nr 54/1999, gilt bis zur Erlassung einer entsprechenden Verordnung auf Grund dieses Gesetzes als gesetzliche Vorschrift weiter.

Erläuterungen

1. Allgemeines:

Die Erlassung eines neuen SAGES-Gesetzes erscheint aus mehreren Gründen geboten:

- Das geltende SAGES-Gesetz weist eine im Vergleich der Bundesländer sehr starke Regelungsdichte auf, was zwar von der Determinierung iS des Legalitätsprinzips her positiv erscheint, aber wenig Flexibilität übrig lässt. Andere Bundesländer überlassen die Detailausformung der Mittelverwendung hingegen weitgehend den von der Gesundheitsplattform zu beschließenden einschlägigen Richtlinien, vergleiche etwa das Gesetz vom 16. November 2005 über den Tiroler Gesundheitsfonds (Tiroler Gesundheitsfondsgesetz – TGFG), LGBl Nr 2/2006 idGF, oder das Landesgesetz über den Oö. Gesundheitsfonds (Oö. Gesundheitsfondsgesetz 2013), LGBl Nr 83/2013 idGF. Daher liegt eine gewisse Reduktion der Regelungsdichte nahe.
- Der Verwaltungsaufwand im Zusammenhang mit den Investitionszuschüssen (§§ 9 und 10 alt) ist für den SAGES derzeit unverhältnismäßig hoch (mehrere hundert Anträge jährlich), obwohl eine Verteilung der sich auf die „normalen“ Ersatzanschaffungen (dh ausgenommen große Ersatzinvestitionsvorhaben wie Zu- und Umbauten) beziehenden Mittel nach LKF-Punkten anstelle einer Zuerkennung von I-Zuschüssen wegen deren mehr oder weniger regelmäßigen Anfalles ein sehr ähnliches Ergebnis mit sich brächte. Auch haben sich die unterschiedlichen Fördersätze (bis zu 40 % bei Neuinvestitionen bzw bis zu 92 % für sonstige) nicht bewährt. Andere Bundesländer haben hier eine wesentlich eingeschränkere Bezuschussungsmöglichkeit von Investitionsvorhaben durch ihre Fonds bzw einheitliche Höchstfördersätze vorgesehen.

2. Verfassungsrechtliche Grundlage:

Die in der Novelle enthaltenen organisationsrechtlichen Vorschriften beruhen auf Art 15 B-VG. Inhalte, die dem Krankenanstaltenrecht zuzurechnen sind, beruhen auf Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG. Eine sonderzivilrechtliche Bestimmung (§ 30) gründet sich auf Art 15 Abs 9 B-VG.

3. Übereinstimmung mit dem EU-Recht:

Das Vorhaben steht nicht im Widerspruch zu unionsrechtlichen Vorgaben.

4. Finanzielle Auswirkungen:

Bei einer Gesetzwerdung der Vorlage ist mit keinen Mehrkosten für die Gebietskörperschaften zu rechnen.

5. Ergebnis des Begutachtungsverfahrens:

Die im Begutachtungsverfahren eingegangenen Stellungnahmen können im Einzelnen unter der Homepage des Landes (Politik/Landesrecht/Archiv der Entwürfe/Dokumente) abgerufen werden.

5.1. Zur Stellungnahme der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Salzburg:

- a) Wenn das Bedauern geäußert wird, dass es nicht zu einer „größeren Lösung“ gekommen sei, die die stetig steigenden Betriebsabgänge einschließe, „die sich außerhalb des SAGES und damit außerhalb einer wirksamen Kontrolle entwickeln“, so ist dazu anzumerken, dass gerade die mit erheblichem Verwaltungsaufwand eingerichtete „Finanzzielsteuerung“ mit ihren vereinbarten Ausgabendämpfungspfaden und daraus abgeleiteten Ausgabenobergrenzen auch die Betriebsabgänge der öffentlichen Rechtsträger für ihre Spitäler (betrifft Land und Gemeinden) miterfasst bzw ebenso die Zahlungen, die das Land für andere Rechtsträger von Fondskrankenanstalten leistet (seien es Gemeinde- oder Ordensspitäler). Hierüber gibt es ein halbjährliches Monitoring, dessen Ergebnisse in umfangreiche Monitoringberichte der Gesundheit Österreich GmbH einfließen. Es kann also vom Fehlen einer wirksamen Kontrolle gerade in diesem Bereich keine Rede sein.
- b) Zum Hinweis betreffend Berechnung der Gemeindebeträge ist auszuführen, dass es nunmehr ohnehin bei den bisherigen Regelungen bleiben wird.
- c) Was den Hinweis auf die „Abschnitte 5 und 6 der Zielsteuerungsvereinbarung“ anbelangt, wurde eine Anregung des SAGES aufgegriffen, nicht mehr in allen Details die umfangreichen Regelungen der Zielsteuerungsvereinbarung 1:1 im SAGES-Gesetz zu wiederholen. Es war schon bei der Erlassung der Novelle LGBl Nr 45/2014 die Frage, inwieweit man sich in die Details der Zielsteuerungsvereinbarung einlässt, da einerseits zu viele Verweise auf die Art 15a-Vereinbarung die Lesbarkeit und das Verständnis des SAGES-Gesetzes beeinträchtigen würden, andererseits aber zu viele Wiederholungen des Textes der Art 15a-Vereinbarung auch wieder der Transparenz des Normentextes abträglich sind. Bei den Handlungsfeldern geht es – anders als bei den Prinzipien und Zielen – schon um derart konkrete Einzelmaßnahmen, dass der SAGES den Verweis

auf die Abschnitte 5 und 6 der Zielsteuerungsvereinbarung gegenüber einer detaillierten Textwiederholung im Gesetz bevorzugt hat. An der Verbindlichkeit dieser Abschnitte ändert sich dadurch freilich nichts. Gegen die Veränderung des Wortlautes des § 4 Z 2 spricht, dass dieser aus Art 14 Abs 5 Z 2 lit b der Zielsteuerungsvereinbarung übernommen wurde und damit genau die diesbezügliche Aufgabe der Gesundheitsplattform widerspiegelt. Durch eine Veränderung des Textes würde in dieser Hinsicht von der Vorgabe der Art 15a-Vereinbarung abgewichen. Der § 4 Z 2 entspricht im Übrigen wortgleich dem § 2a lit b des Tiroler Gesundheitsfondsgesetzes.

- d) Richtig ist, dass Art 20 Abs 5 der Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens die Formulierung etwas stringenter wählt und sagt: „Bei Einschränkungen des Leistungsangebotes ist einvernehmlich vorzugehen.“ Allerdings kann der Fonds ja klarerweise ein Einvernehmen nicht erzwingen, sodass de facto zwischen dem Hinwirken des Fonds auf die Einvernehmlichkeit und der Anordnung, dass einvernehmlich vorzugehen ist, kein Unterschied sein wird. Die gewählte Formulierung wurde an sich deshalb so vorgeschlagen, weil es sich ja um die Definition von Fondsaufgaben handelt, sich aber die allgemeine unpersönliche Anordnung „ist einvernehmlich vorzugehen“ an sich an niemanden konkret richtet. Die Vorgangsweise bei einem „vertragslosen Zustand“, den die AK auch anspricht, findet sich nicht in § 3 Abs 3, sondern in § 3 Abs 2. Die Fondsaufgaben des § 3 sind – wie bisher – solche der Gesundheitsplattform und nicht solche der Landes-Zielsteuerungskommission.
- e) Die faire Abgeltung der Leistungen für inländische Gastpatienten ist einer der wesentlichen Verhandlungspunkte bei den gerade laufenden Finanzausgleichsverhandlungen. Es handelt sich dabei gerade für Salzburg um einen wichtigen Punkt. Es liegen aufgrund der bereits vorhandenen Statistiken genaue Daten, zB über Aufenthalte oder über die angefallenen LDF-Punkte für die Behandlung von Patienten aus einem anderen Bundesland in Fondsspitälern des eigenen Landes und umgekehrt für die Behandlung der Patienten aus dem eigenen Bundesland in Fondsspitälern eines anderen Landes, vor, die als gute Grundlage dienen können. Das Problem besteht eher darin, dass es derzeit – anders als im Stationärbereich – noch keine leistungsbezogene Abrechnung bzw Abgeltung im Ambulanzbereich gibt, da diese sich seit geraumer Zeit verzögert.
- f) Es wird keine Notwendigkeit gesehen, von der Bindung an die Bezugsanpassungen des Landesdienstes abzurücken. Die zusätzliche Bezugnahme auf eine Mehrzahl irgendwelcher einschlägiger, derzeit nicht bekannter Kollektivverträge würde die Berechnung zweifellos erschweren, wobei man auch nicht pauschal auf bestimmte Kollektivverträge abstellen könnte, sondern auch für diese Kollektivverträge ganz konkrete Ansätze definieren müsste, die mit dem Gehaltsansatz V/2 irgendwie vergleichbar sind, weil ja nicht gewährleistet ist, dass sich alle Ansätze innerhalb eines Kollektivvertrages immer in gleichem Maße erhöhen.
- g) Hinsichtlich der krankenhausentlastenden Projekte, Planungen und Maßnahmen wurde Wert darauf gelegt, dass in § 14 Abs 3 eine beispielhafte Erwähnung erfolgt, was darunter zu verstehen ist, nämlich insbesondere die Entlastung des stationären Akutbereiches in den Fondskrankenanstalten. Um die vielfach kritisierte Regelungsdichte des bisherigen Gesetzes zurückzunehmen, sollen die näheren Details – wie bei anderen finanziellen Abgeltungen auch (zB Ambulanz- und Nebenkostenabgeltungen, Investitions- und Großgerätezuschüsse) – in Richtlinien verankert werden, die von der Gesundheitsplattform zu beschließen sind. Soweit bekannt ist vom SAGES nicht daran gedacht, inhaltliche Änderungen gegenüber dem status quo vorzunehmen. Es liegt in der Natur der Sache, dass bei Maßnahmen, die zu einer Entlastung des akutstationären Bereiches der Fondskrankenanstalten führen sollen, zwangsläufig Strukturveränderungen unterstützt bzw alternative Versorgungseinrichtungen und integrierte Versorgungssysteme angestrebt werden müssen.
- h) Die Reduktion jener Positionen, die bei der Betriebsabgangsberechnung als Ausgaben oder Einnahmen nicht zu berücksichtigen sind, ist eine logische Folge der Änderung bei den Investitionszuschüssen. Da pro futuro Ersatzanschaffungen nicht mehr wie bisher mit bis zu 92% bezuschusst werden, sondern der nicht durch I-zuschüsse abdeckbare Anteil über LKF-Punkte zu verdienen ist, wäre es unsachlich, auch weiterhin zu verlangen, dass zB Ausgaben für Ersatzanschaffungen oder umgekehrt Einnahmen aus Anstaltsteilen, die für Ersatzanschaffungen verwendet werden, weiterhin gänzlich unberücksichtigt zu bleiben hätten. Es wird mit der Beseitigung der Differenzierung zwischen Ersatzanschaffungen und Neuinvestitionen und der geplanten Einführung einer Mindestausgabenhöhe für die Investitionsbezuschussung eine Situation geschaffen, wie sie in anderen Bundesländern schon längst besteht, und die auch unnötigen Verwaltungsaufwand bezüglich hunderter zu bearbeitender Förderungsansuchen pro Jahr zu vermeiden helfen soll.

5.2. Zur Stellungnahme des Bundeskanzleramtes-Verfassungsdienst:

Zu § 29 Abs 1 wird – wie seinerzeit schon im Rahmen der Begutachtung des jetzt geltenden wortgleichen § 28 – angeregt, einerseits klarzustellen, ob nur die „Weiterleitung“ oder auch schon die „Erfassung“ von Daten anonymisiert stattfinden muss. Weiters soll in Anpassung an die aktuelle Terminologie des Datenschutzgesetzes statt von „weiterleiten“ von „übermitteln“ die Rede sein. Diesen Anregungen wird Rechnung getragen.

5.3. Zur Stellungnahme der Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus Betriebs-gesmbH:

- a) Wie zutreffend angeführt, soll die Verstärkung der Leistungskomponente (Verteilung nach LKF-Punkten) auch den Anreiz zur wirtschaftlichen Betriebsführung stärken. Allerdings darf nicht übersehen werden, dass die durchaus unterschiedlichen vielfältigen Rahmenbedingungen, unter denen Fondskrankenanstalten arbeiten, über eine rein punktebezogene Abgeltung nach dem LKF-System eben gerade nicht abbildbar sind (wie zB die Berücksichtigung besonderer Vorhaltekosten eines Zentralspitals, suboptimaler Betriebsgrößen von aus regionalen Erfordernissen aufrecht erhaltenen Spitälern usw).
- b) Was die Zinsaufwendungen für die Vorfinanzierung ausländischer Gastpatienten anbelangt, hat der SAGES vorgeschlagen, diese – so wie alle anderen Zinsaufwendungen auch – nicht mehr bei der Betriebsabgangsermittlung zu berücksichtigen. Dies entspricht auch der Vorgangsweise noch aus KRAZAF-Zeiten. Es handle sich laut SAGES dabei um relativ geringe Beträge, noch dazu beim derzeitigen geringen Zinsniveau. Was aber noch dazu kommt, ist, dass gerade jene Fondskrankenanstalten, die durch viele ausländische Gastpatienten „belastet“ sind, aus der Umstellung von einem „hausspezifischen“ Satz auf einen „Landesdurchschnittssatz“ (dzt 1,38 € pro Punkt) bei der Verrechnung der Auslandspatienten um ein Vielfaches mehr profitieren (zum finanziellen Nachteil der SALK), als sie wegen der Nichtberücksichtigung der Zinsaufwendungen zur Vorfinanzierung ausländischer Gastpatienten einbüßen.
- c) Zum Thema Richtlinienkompetenz ist darauf hinzuweisen, dass das Land Salzburg in der Vergangenheit wiederholt von verschiedenen Seiten gescholten wurde, weil es ein sehr komplexes detailliertes SAGES-Gesetz (davor: SAKRAF-Gesetz) hatte (und derzeit noch immer hat). Mit der Verlagerung der Detailregelungen in Richtlinien wird jener Weg nachvollzogen, den andere Bundesländer schon seit langem gehen. Es ist auch nicht so, dass das Gesetz keinerlei Vorgaben mehr für die von der Gesundheitsplattform zu beschließenden Richtlinien enthielte. Es darf beispielsweise auf § 13 Abs 2 verwiesen werden, der sogar sehr detaillierte Vorgaben für die Förderung von Investitionsvorhaben und Großgeräten macht, oder die Regelungen in den §§ 10 und 11, wie bzw wofür Ambulanz- bzw Nebenabgeltungen in Betracht kommen können.
- d) Vollkommen richtig ist, dass die „Finanzierungsanteile der Rechtsträger der Fondskrankenanstalten am Betriebsabgang“ im Sinne des § 7 Abs 1 Z 2 – wie auch bisher – in dem Sinne eine „reine Rechengröße“ sind, als natürlich nicht die Betriebsabgänge vom Rechtsträger kassenmäßig in den SAGES eingezahlt und anschließend wieder an ihn rücküberwiesen werden, was unsinnig wäre. Der Grund für die Einbeziehung der Finanzierungsanteile der Rechtsträger am Betriebsabgang ihres Hauses in die SAGES-Gebärung liegt in der Einbeziehbarkeit dieser nicht unbeträchtlichen Mittel in die Kalkulation für den sogenannten „Ausländerpunktwert“. Der § 12 Abs 6 bringt hier ausreichend Klarheit, wenn er ganz dezidiert sagt, dass diese Finanzierungsanteile am Betriebsabgang beim Rechtsträger verbleiben, also eben gerade nicht kassenmäßig „im Kreis geschickt“ werden.
- e) Laut Auskunft des SAGES ist ohnehin daran gedacht, den Begriff der „Erweiterungsanschaffungen“ in den von der Gesundheitsplattform zu beschließenden Richtlinien näher zu definieren. Im Übrigen sei darauf verwiesen, dass die Vergabe der Investitionsmittel im Detail auch schon in der Vergangenheit in von der Gesundheitsplattform zu beschließenden Richtlinien geregelt war, und daher die Regelung von Mittelvergaben über Richtlinien also auch in Salzburg keineswegs ein Novum darstellt.
- f) Um den Auslegungs- und Entscheidungsspielraum des Verordnungsgebers betreffend die bei der Ermittlung des Betriebsabganges nicht zu berücksichtigenden Ausgaben und Einnahmen entsprechend einzuschränken, sind im § 8 Abs 9 bereits Vorgaben dazu enthalten, was jedenfalls nicht zu berücksichtigen ist; für sonstige bestimmte Ausgaben und Einnahmen sind die Kriterien der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit festgelegt.

5.4. Zur Stellungnahme der Kuhn Rechtsanwälte GmbH auftrags des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder:

- a) Zur kritischen Anmerkung betreffend jene Bestimmungen, die weiterhin eine Finanzierung auf Basis von Betriebsabgängen der letzten Jahre vorsehen, darf auf lit a) der Ausführungen zur Stellungnahme der Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus BetriebsgesmbH verwiesen werden.
- b) Es gibt eine Schiedskommission, und zwar gemäß Art 47 der Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl I Nr 105/2008 idgF, die hauptsächlich für Streitigkeiten von Fondskrankenanstalten mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger zuständig ist, wovon uU auch Ansprüche gegenüber den Landesfonds (die ja auch SV-Mittel weiterverteilen) betroffen sein können. Als besondere Schutzmaßnahme wurde über den Wunsch zur Absicherung der Ordensspitäler seinerzeit auch die Regelung in § 9 Abs 1 lit a getroffen, wonach bei der Punktwertermittlung zu gewährleisten ist, dass alle Fondskrankenanstalten durch gleiche Punktwerte die gleiche Vergütung von gleichartigen Leistungen erhalten.
- c) Zu den Ausführungen betreffend die Zinsaufwendungen für die Vorfinanzierung ausländischer Gastpatienten darf auf lit b der Ausführungen zur Stellungnahme der Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus BetriebsgesmbH verwiesen werden. Ergänzend sei noch angemerkt, dass – wenn ein Vorfinanzierungszeitraum von 2 bis 3 Jahren angesprochen wird – eine Zahlungsfälligkeit laut den europarechtlichen Vorgaben für den ausländischen Versicherungsträger ohnedies erst nach 18 Monaten besteht, sodass eine ungerechtfertigte Verzögerung der Zahlung erst bei Überschreitung der 18 Monate eintritt. Überdies sei nicht verschwiegen, dass nach intensiven Bemühungen gegenüber der Vergangenheit einerseits die Zahlungsmoral mancher Staaten deutlich verbessert werden konnte (zB Italien), und andererseits auch die Abgeltungshöhe pro Leistungspunkt (zB durch Einbeziehung des Rechtsträgeranteils am Betriebsabgang) namhaft gesteigert werden konnte.
- d) Zu den Anregungen hinsichtlich der Definition des Begriffs der „Erweiterungsanschaffungen“ und hinsichtlich der nicht zu berücksichtigenden Ausgaben und Einnahmen für die Betriebsabgangsberechnung darf auf die lit e und f der Ausführungen zur Stellungnahme der Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus BetriebsgesmbH verwiesen werden.
- e) Der § 20 Abs 4 Z 6 dient der Umsetzung der Vorgabe des Art 15 Abs 2 Z 3 der Zielsteuerungsvereinbarung und ist insofern nicht disponibel. Einzige Abweichung: Die Zielsteuerungsvereinbarung spricht von „... die gegen geltendes Recht ... verstoßen“, der § 20 Abs 4 Z 6 von „... die von geltendem Recht ... abweichen.“ Das ist die Vorgabe für das Vetorecht des Bundesvertreters.
- f) Dass sich die Auskunftspflicht gemäß § 20 Abs 6 in finanzierungs- bzw planungsrelevanten Angelegenheiten auf die Vertreter(innen) des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung bezieht, entspricht der Vorgabe des Art 39 Abs 2 der Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Auf weitere Vertreter(innen) bezieht sich die Vereinbarung nicht. Die Gemeinden wurden als Mitfinanziers (Gemeindebeiträge lt § 8) vom Land bereits zusätzlich aufgenommen.
- g) Die Sanktion im Fall von Verletzungen der Dokumentationspflichten steht im Zusammenhang mit Art 40 (Sanktionen intramuraler Bereich), der es dem Bund ermöglichen würde, Landesmittel zu kürzen, bis nachweislich die zur Herstellung des vertragskonformen Zustandes erforderlichen Maßnahmen gesetzt wurden. In die Vorlage soll aber eine Änderung dahingehend aufgenommen werden, dass eine Sanktion erst nach ihrer vorherigen schriftlichen Androhung gesetzt werden kann.

5.5. Zur gemeinsamen Stellungnahme des Salzburger Gemeindeverbandes und der Landesgruppe Salzburg des Österreichischen Städtebundes:

Den Einwänden wird Rechnung getragen. Der Inhalt des § 5 des geltenden SAGES-Gesetzes wird daher weitestgehend in den § 8 des neuen Gesetzes übernommen. Es wird aber weiterhin an einer aktualisierten Lösung zu arbeiten sein, um Bedenken zu begegnen, die sich auf Grund des Abstellens auf eine schon sehr weit in der Vergangenheit liegenden Kalkulationsbasis ergeben.

5.6. Zu den Stellungnahmen des Salzburger Gesundheitsfonds:

- a) Die Änderung des Titels auf „SAGES-Gesetz 2016“ erscheint sinnvoll.
- b) Nach hiesigem Wissensstand ist der letztverfügbare Verbraucherpreisindex, den die Statistik Austria veröffentlicht hat, der VPI 2010. Es erscheint daher durchaus sinnvoll, anstelle des vom SAGES in seinem Erstformulierungsvorschlag für die Anknüpfung an die COICOP Hauptgruppe 6 bei der Valorisierung der Gemeindebeiträge enthalten gewesenen VPI 2005 den VPI 2010 zu nennen (betrifft § 2 Z 8).

- c) Was die Anregungen zum § 8 anbelangt, ist darauf hinzuweisen, dass es auf Grund der Einwände der Interessenvertretungen der Gemeinden ohnehin beim System des bisherigen § 5 des geltenden SAGES-Gesetzes bleibt.
- d) Die Befürchtungen des SAGES, dass die Evaluierungsregelung in § 21 Abs 2 Z 1 eine weite Interpretation zulässt, erscheint begründet. Allerdings besteht das Problem, dass das SAGES-Gesetz ja unter anderem die bestehende Art 15a-Vereinbarung über Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens umsetzen muss, und darin ist – wie der SAGES selbst zutreffend ausführt – in Art 20 Abs 1 Z 13 als Aufgabe der Gesundheitsplattformen ohne inhaltliche Einschränkung genannt: „Evaluierung der von den Gesundheitsplattformen auf Länderebene wahrgenommenen Aufgaben“. Allerdings besteht keine Vorgabe dahingehend, wie oft und in welcher Intensität eine solche Evaluierung stattzufinden hat. Es bleibt damit aber der Gesundheitsplattform überlassen festzuhalten, dass sich diese Evaluierung auf einige spezielle Detailaufgaben konzentrieren soll, während sich die Evaluierung anderer Detailaufgaben aus bestimmten Gründen als nicht sinnvoll erweist.

5.7. Zur Stellungnahme der Stadtgemeinde Oberndorf:

Siehe die Ausführungen zur Stellungnahme des Salzburger Gemeindeverbandes und der Landesgruppe Salzburg des Österreichischen Städtebundes.

5.8. Zur Stellungnahme der Tauernkliniken GmbH:

- a) Zur Kritik am Umstand, dass „ganz wesentliche Finanzierungsbestandteile ... nicht mehr auf gesetzlicher bzw. Verordnungsebene geregelt werden, sondern über ‚bloße‘ Richtlinien“, darf auf die weiter oben schon getätigten Ausführungen verwiesen werden, dass das Land Salzburg in der Vergangenheit wiederholt von verschiedenen Seiten gescholten wurde, weil es ein sehr komplexes detailliertes SAGES-Gesetz (davor: SAKRAF-Gesetz) hatte. Mit der Verlagerung der Detailregelungen in Richtlinien wird jener Weg nachvollzogen, den andere Bundesländer schon seit langem gehen. Es ist auch – wie ebenfalls bereits ausgeführt wurde – nicht so, dass das Gesetz keinerlei Vorgaben mehr für die von der Gesundheitsplattform zu beschließenden Richtlinien gäbe. Es darf beispielhaft auf § 13 Abs 2 verwiesen werden, der sogar sehr detaillierte Vorgaben für die Förderung von Investitionsvorhaben und Großgeräten macht, oder die Regelungen in den §§ 10 und 11, wie bzw. wofür Ambulanz- bzw. Nebenabteilungen in Betracht kommen können. Die Richtlinienerlassung erfolgt auch keineswegs „ohne entsprechendes Prüfverfahren, ohne strukturierte Einbindung von betroffenen Stellen“, weil diese Richtlinien ja von der Gesundheitsplattform mit 20 stimmberechtigten Mitgliedern beschlossen werden, die aus den verschiedensten Bereichen des Gesundheitswesens stammen und damit eine geballte Fachkompetenz repräsentieren; auch die Gemeindekrankenanstalten sind darin vertreten (§ 19 Abs 1 Z 1 lit h).
- b) Dass das finanzielle Restrisiko beim Rechtsträger der Fondskrankenanstalt liegt, ist richtig, war aber auch bisher so. Dieser Umstand trifft ganz maßgeblich auch das Land als Träger der meisten Fondskrankenanstalten selbst.
- c) Bekannt ist, dass der SAGES beabsichtigt, den Begriff der „Erweiterungsinvestitionen“ in den von der Gesundheitsplattform zu beschließenden Richtlinien näher zu definieren, um hierfür Rechtssicherheit zu schaffen.
- d) Was den auch von den Ordensspitälern vorgebrachten Hinweis auf die Zinsaufwände für die Vorfinanzierung der Behandlung ausländischer Gastpatienten anbelangt, darf auf die Darlegungen unter lit b) der Ausführungen zur Stellungnahme der Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus BetriebsgesmbH sowie auf lit c) der Ausführungen zur Stellungnahme der Kuhn Rechtsanwälte GmbH verwiesen werden.
- e) Zur Kritik an den „Strukturbedarfsmitteln“ und zum Vorschlag, diese „in einer mittelfristigen Übergangsphase schrittweise“ zu reduzieren und „dem leistungsbezogenen Finanzierungstopf“ zuzuschlagen, darf auf lit a) der Ausführungen zur Stellungnahme der Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus BetriebsgesmbH verwiesen werden: Dort ist festgehalten, dass nicht übersehen werden darf, dass die durchaus unterschiedlichen vielfältigen Rahmenbedingungen, unter denen Fondskrankenanstalten arbeiten, über eine rein punktebezogene Abgeltung nach dem LKF-System eben gerade nicht abbildbar sind (wie zB die Berücksichtigung besonderer Vorhaltekosten eines Zentralspitals, suboptimaler Betriebsgrößen von aus regionalen Erfordernissen aufrecht erhaltenen Spitälern usw). Es ist daher eine Mindestgeldmenge erforderlich, um diesen unterschiedlichen Rahmenbedingungen Rechnung zu tragen.
- f) Was die Kritik an der Umschichtung gewisser „Investitionszuschüsse für bisherige ‚Ersatzinvestitionen‘ in den leistungsbezogenen Finanzierungstopf“ anbelangt, darf darauf verwiesen werden, dass es nach Auskunft des SAGES ein Salzburger Unikum dargestellt hat, auch für kleine Er-

satzinvestitionen Zuschüsse bis zu 92% der Bemessungsgrundlage zu gewähren, was zur Folge hatte, dass der SAGES in der Vergangenheit alljährlich mit hunderten von diesbezüglichen Förderanträgen „überschüttet“ wurde. Mit der angestrebten Änderung (Einziehung einer betragsmäßigen Schwelle, einheitlicher Fördersatz) will der SAGES nun einen Weg einschlagen, der in anderen Bundesländern schon länger beschritten wird.

5.9. Zur Stellungnahme der Wirtschaftskammer Salzburg:

Richtig ist, dass das Anliegen nach einem Vertreter in der Gesundheitsplattform bereits in der Vergangenheit artikuliert und ihm bislang nicht entsprochen wurde. Dazu darf angemerkt werden, dass die Gesundheitsplattform bereits jetzt über 20 stimmberechtigte Mitglieder und ein nicht stimmberechtigtes Mitglied verfügt, also schon ein sehr großes Gremium darstellt, und bei einer beabsichtigten Entsprechung des geäußerten Anliegens wohl auch mit weiteren derartigen Anliegen (zB insbesondere seitens der Arbeiterkammer) gerechnet werden müsste, was der Arbeitsfähigkeit der Gesundheitsplattform eher nicht zuträglich erschiene.

6. Zu den einzelnen Bestimmungen:

Zu § 1:

Diese Regelung umfasst die Inhalte des § 1 und des § 1a alt, wobei zur Vermeidung zu kasuistischer Inhalte die so genannten „Handlungsfelder“ gemäß der Zielsteuerungsvereinbarung nicht mehr im Einzelnen aufgeführt werden (§ 1a Abs 4 alt), sondern im § 1 Abs 4 neu (wie schon in § 1a Abs 1 alt) ohnehin auf die Abschnitte 5 und 6 der Zielsteuerungsvereinbarung expressis verbis verwiesen wird.

Zu § 2:

Diese Regelung entspricht dem § 2 alt, wobei anstelle des VPI 2000 jetzt der VPI 2010 zitiert wird.

Zu den §§ 3 bis 6:

Hier wurde eine systematische Umstellung vorgenommen, indem die früher im Detail nur in den §§ 24 und 24c alt detailliert aufgelisteten Aufgaben der Gesundheitsplattform und der Landes-Zielsteuerungskommission nunmehr am Beginn des Gesetzes im Rahmen der Auflistung der Fondsaufgaben genannt werden. Dadurch entfällt die Aufzählung in den §§ 21 und 24 neu, die auf diese Weise wesentlich kürzer ausfallen. Zur besseren Lesbarkeit wurde eine Aufteilung auf mehrere Paragraphen vorgenommen (Aufgaben für die Krankenanstaltenfinanzierung, allgemeine gesundheitspolitische Aufgaben, Aufgaben in Angelegenheiten der Zielsteuerung und sonstige Aufgaben).

Im § 3 Abs 1 Z 2 gibt es nur noch eine relativ kurze Aufzählung der verschiedenen Arten von Abgeltungen der Betriebsleistungen der Fondskrankenanstalten, weil viele Detailregelungen, die bislang in § 24 Abs 1 Z 1 alt aufgezählt waren, künftig in Richtlinien der Gesundheitsplattform zu verankern sein werden und daher keiner Nennung im Gesetz mehr bedürfen. Der § 3 Abs 2 neu entspricht § 24 Abs 1 Z 1 lit v alt und der § 3 Abs 3 neu dem § 25 Abs 4 alt.

Der § 4 Z 1 bis 5 neu entspricht dem § 24 Abs 1 Z 2 lit a bis e alt (lediglich in Z 2 und 3 ist statt „Entwicklung“ der Begriff „Festlegung“ verwendet worden); der § 4 Z 6 neu entspricht dem § 24 Abs 1 Z 1 lit t alt.

Der § 5 neu enthält die in § 24c Abs 1 Z 1 bis 13 alt aufgelistet gewesenen Aufgaben der Landes-Zielsteuerungskommission, wobei bei der Beratung des Entwurfs des Landes-Zielsteuerungsvertrages (Z 1) ergänzt wurde, dass es auch Fondsaufgabe ist, eine Empfehlung zu dessen Abschluss abzugeben.

Der § 6 übernimmt die in § 24 Abs 1 Z 1 lit k, l, m, o, p, r, s, u, w und x alt genannt gewesenen Aufgaben der Gesundheitsplattform (lit n alt entfällt, weil es durch den Wegfall der so genannten „Ausgleichsmittel“ keine Budgetvorgaben mehr gibt; die lit q alt ist in § 21 Abs 2 Z 3 neu zu finden; die lit t alt findet sich in § 4 Z 6 neu und die lit v alt in § 3 Abs 2 neu).

Zu § 7:

Diese Regelung entspricht weitgehend dem § 4 alt, wobei der Vollständigkeit halber expressis verbis auch die Kostenbeiträge und -anteile für Auslandspatienten und die GSBG-Beihilfemittel genannt werden (waren bisher nur durch die „sonstigen Mittel“ mit erfasst), sowie ein Verweis auf mögliche weitere Fondsmittel nach anderen bundes- oder landesrechtlichen Regelungen aufgenommen wird. Da es schon seit vielen Jahren keine „Systemgewinnkürzungen“ mehr gegeben hat (sämtliche Fondskrankenanstalten sind mittlerweile weit von „Systemgewinnen“ entfernt), ist der § 4 Abs 1 Z 2 alt als totes Recht entfallen.

Zu § 8:

Angesichts der Einwände der Interessensvertretungen der Gemeinden wurden die Regelungen über die Landes- und Gemeindebeiträge weitgehend unverändert aus § 5 des geltenden SAGES-Gesetzes über-

nommen. Die Regelungen über die Berechnung des Betriebsabganges sind dem § 8 als Abs 9 angefügt; sie haben sich bisher in § 6 Abs 3 alt befunden. Da es jedoch keine „Systemgewinnkürzungen“ mehr gibt (überholt), mussten sie an anderer Stelle verortet werden. Entfallen sind jene bei der Betriebsabgangsrechnung nicht zu berücksichtigenden Positionen, die angesichts der Änderungen im Rahmen der Neuerlassung des Gesetzes überflüssig geworden sind (Entfall der Ausgleichsmittel des früheren 5. Teilbetrages, Entfall von Budgetvorgaben, Umstellung der Investitionsförderung). Eine Berücksichtigung von Zinsaufwänden wegen verzögerter Abgeltung von Auslandspatientenbehandlungen ist wegen Unerheblichkeit nicht mehr vorgesehen.

Zu § 9:

Die sehr detaillierten Regelungen des § 19 alt über die Abgeltung von Stationärleistungen finden sich in deutlich verkürzter Form im § 9 neu, weil die Details pro futuro in Richtlinien der Gesundheitsplattform festzulegen sein werden. Abs 1 lit b und c sieht im Rahmen des Steuerungsbereiches (also außerhalb des LKF-Kernbereiches) die Möglichkeit der Berücksichtigung des Strukturbedarfes vor, welcher die bisherigen Finanzierungsbedarfsabgeltungen und Ausgleichsmaßnahmen vollständig ersetzen soll.

Bei diesen Strukturbedarfsmitteln wäre insbesondere auch eine Gewährung von Vorwegbeträgen entsprechend den Versorgungsfunktionen oder – zeitlich begrenzt – auch für vorzunehmende Strukturveränderungen zulässig, wobei klargestellt wird, dass diese im Steuerungsbereich eingesetzten Mittel aus dem § 8 (Landes-, Gemeindebeiträge) stammen, es sich also um keine Bundes- oder Sozialversicherungsmittel handelt. Wie bisher in § 19 Abs 1a alt wird auch weiterhin angeordnet, dass bei der Ermittlung des Punktwertes zu gewährleisten ist, dass alle Fondskrankenanstalten durch gleiche Punktwerte die gleiche Vergütung von gleichartigen Leistungen zu erhalten haben.

Bei dieser Abgeltung ist auf die Übereinstimmung mit den geltenden Plänen zu achten und die Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit im Rahmen der Gesamtfinanzierung entsprechend zu berücksichtigen.

Zu den §§ 10 und 11:

Diese Regelungen sind aus dem alten § 8 übernommen, jedoch werden weder Betragsgrößen noch Verteilungsprozeentsätze noch Valorisierungen fixiert. Dies soll – wie auch in anderen Bundesländern – über Richtlinien der Gesundheitsplattform erfolgen. Aus dem Gesetz ergibt sich nur, dass

- es bei den Ambulanzleistungen um auf der Grundlage von bereits verfügbaren leistungsbezogenen Parametern (wie zB Fallzahlen) basierende Abgeltungen geht (bis zur Einführung des schon seit langem vorgesehenen, aber noch immer nicht umgesetzten sektorenübergreifenden Abrechnungssystems, welches eine ganz konkret leistungsbezogene Abgeltung ermöglichen würde),
- es bei den Nebenkosten um eine Pauschale auf der Grundlage von nicht durch entsprechende Einnahmen gedeckten Ausgaben geht,
- eine aktualisierte Berechnungsgrundlage zu finden ist (maximal fünf Jahre in die Vergangenheit zurückreichender Beobachtungszeitraum),
- kein wirtschaftlicher Anreiz zur Ausweitung dieser Ausgaben gesetzt wird und
- bei den Nebenkosten eine Beschränkung auf Schulen und Pensionen stattfindet (alle anderen Nebenkosten sind künftig über die LKF-Punkte zu verdienen), wodurch sich auch der Abgeltungsbetrag deutlich reduzieren wird, dh deutlich mehr Mittel über Leistungspunkte ausgeschüttet werden.

Zu § 12:

Dieser Paragraph entspricht dem § 11 alt (nur die Zitate werden natürlich an die neue Rechtslage angepasst).

Zu § 13:

Wie schon bei den Ambulanz- und Nebenkostenabgeltungen fallen auch bei den Investitions- und Großgerätezuschüssen (Förderungen von Investitionsvorhaben und Großgeräten) die Beträge und Valorisierungsbestimmungen weg. Auch der maximale Fördersatz und das Einreichdatum für Förderungsansuchen sind nicht mehr erwähnt. Das alles wird künftig in Richtlinien zu regeln sein. Bei den I-Zuschüssen gibt es zudem eine maßgebliche Einschränkung, indem nur noch Neu-, Zu- und Umbauten förderbar sind, nicht mehr aber sonstige Investitionen, welche künftig über die LKF-Punkte verdient werden müssen. Hintergrund ist, dass auch andere Bundesländer die förderungsfähigen Investitionen wesentlich restriktiver festgelegt haben, der SAGES derzeit alljährlich mit hunderten Förderungsansuchen überschwemmt wird, und die I-Zuschüsse für „normale“, laufend anfallende Ersatzinvestitionen gegenüber einer Verteilung nach reinen Leistungspunkten zu keiner wesentlich anderen Mittelverteilung führen. Ansonsten lehnt sich die Regelung an die alten §§ 9 und 10 an.

Zu § 14:

Wie schon bei den Ambulanz- und Nebenkostenabteilungen, Investitions- und Großgerätezuschüssen fallen auch bei den Förderungen von krankenhausentlastenden Planungen, Projekten und Maßnahmen der jährlich zur Verfügung stehende Betrag und die Valorisierungsbestimmung weg, ebenso detaillierte inhaltliche Vorgaben und das Einreichdatum für Förderansuchen. Auch hier ist – analog zu anderen Bundesländern – eine Regelung in Richtlinien der Gesundheitsplattform vorgesehen.

§ 14 Abs 3 neu entspricht dem § 16 Abs 2 alt und § 14 Abs 4 neu dem § 16 Abs 3 Z 8 alt.

Zu § 15:

Die Regelungen über den Gesundheitsförderungsfonds entsprechen dem § 19a alt.

Zu den §§ 16 bis 19:

Diese entsprechen den §§ 18 sowie 20 bis 22 alt. Bei § 18 ist am Ende eine Regelung über die Stellvertretung der Geschäftsführung neu aufgenommen, um bei Verhinderung oder Nichtbesetzung der Stelle des Geschäftsführers bzw der Geschäftsführerin die Handlungsfähigkeit des Fonds vorübergehend weiterhin zu gewährleisten.

Zu § 20:

Hier sind gegenüber dem § 23 alt keine inhaltlichen Änderungen vorgesehen, jedoch ist durch die strukturelle Umgliederung (Anführung der Fondsaufgaben in den §§ 3 ff neu und lediglich Bezugnahme darauf bei der Aufgabenumschreibung für die Gesundheitsplattform und die Landes-Zielsteuerungskommission in den §§ 21 und 24 neu) und die Änderungen im Gesetzesaufbau generell eine Vielzahl von Zitat Anpassungen erforderlich geworden.

Entfallen sind Detailvorgaben für Geschäftsordnungsregelungen (§ 23 Abs 8 alt).

Zu § 21:

Dieser ist – ohne inhaltliche Änderung – gegenüber dem § 24 alt massiv verkürzt, weil einerseits die detaillierte Aufzählung der Aufgaben der Gesundheitsplattform in die Aufzählung der Fondsaufgaben gemäß den §§ 3, 4 und 6 neu gewandert ist, und zudem die geplanten Detailregelungen über Richtlinien keine so spezielle Auflistung von Aufgaben im Bereich der Krankenanstaltenfinanzierung mehr erfordern (wie in § 24 Abs 1 Z 1 lit a bis j alt noch der Fall).

Der Abs 2 Z 1 neu entspricht § 24 Abs 1 Z 2 lit f alt, der Abs 2 Z 2 neu dem § 24 Abs 2 alt und der Abs 2 Z 3 neu dem § 24 Abs 1 Z 1 lit q alt.

Die Regelung über die Kundmachung von Verlautbarungen der Gesundheitsplattform (§ 24 Abs 5 alt) ist mangels jeglichen Anwendungsfalles (laut Information des SAGES) als totes Recht gestrichen worden.

Zu den §§ 22 und 23:

Diese entsprechen den §§ 24a und 24b alt – unter Berücksichtigung der notwendigen Zitat Anpassungen.

Zu § 24:

Dieser ist – ebenso wie analog § 21 über die Aufgaben der Gesundheitsplattform – ohne beabsichtigte inhaltliche Änderung gegenüber dem § 24c alt massiv verkürzt, weil die detaillierte Aufzählung der Aufgaben der Landes-Zielsteuerungskommission in die Aufzählung der Fondsaufgaben gemäß § 5 neu gewandert ist.

Die Möglichkeit der Aufgabenübertragung von der Gesundheitsplattform auf die Landes-Zielsteuerungskommission laut Abs 1 Z 2 neu entstammt dem § 24c Abs 1 Z 14 alt; der Vollständigkeit halber sind in Abs 1 Z 3 auch noch (mögliche) durch (andere) gesetzliche Regelungen erfolgende Aufgabenübertragungen an die Landes-Zielsteuerungskommission mit erfasst. Der Abs 2 neu entspricht dem § 24c Abs 2 alt.

Zu den §§ 25 und 26:

Diese entsprechen – abgesehen von den erforderlichen Verweisanpassungen – den §§ 24d und 25 alt.

Zu § 27:

Gegenüber dem § 26 alt wurde der Verweis auf die Anwendbarkeit der zwischen den Ländern akkordierten Verrechnungsvorschriften gestrichen (§ 26 Abs 3 zweiter Satz alt), weil es solche nicht gibt und nach Einschätzung des SAGES auch nicht geben wird, und sind auch die ehemaligen Absätze 5 und 6 des § 26 alt eliminiert worden, weil es im neuen Gesetz weder eine Regelung über die Zwischenabrechnung von Stationärleistungsabteilungen noch eine solche über verschiedene Teilbeträge gibt, zwischen denen eine „Ausleihung“ von Mitteln zur Überwindung vorübergehender Liquiditätsprobleme in Frage käme. Auch

allfällige solche Regelungen wären eine Angelegenheit der einschlägigen Richtlinien der Gesundheitsplattform.

Zu den §§ 28 bis 39:

Diese entsprechen im Wesentlichen den bisherigen §§ 27 bis 37.

Zu § 40:

Hier sind die Zitate aktualisiert, und gleichzeitig wurden jene Normen weggelassen, die infolge der Ausdünnung der Regelungsdichte keine Erwähnung im SAGES-Gesetz mehr finden.

Zu § 41:

Diese Bestimmung regelt das Inkrafttreten des neuen Gesetzes, ordnet an, dass auch auf den Geltungsbeginn des Gesetzes rückwirkende Verordnungen erlassen werden dürfen, und gewährleistet die Rechtskontinuität des Fonds, seiner Organe und deren Beschlüsse. Darüber hinaus wird für einen reibungslosen Übergang vom bisherigen ins neue Fördersystem hinsichtlich rechtzeitig nach dem alten System beantragter Investitionsvorhaben gesorgt. Die Verordnung über die Beitragsbezirke und Krankenanstaltensprengel von Fondskrankenanstalten, LGBl Nr 54/1999, galt auf Grund der Übergangsbestimmung des § 40 Abs 3 Z 1 alt bis zur Erlassung einer Verordnung auf Basis des alten Gesetzes (eine solche Verordnungserlassung erfolgte nicht) als Gesetz weiter. Um nach der Aufhebung des alten Gesetzes (einschließlich dessen § 40 Abs 3 Z 1) eine Neuerlassung als Verordnung auf Basis des § 8 Abs 4 neu entbehrlich zu machen, soll eine „Prolongierung“ der Regelung erfolgen, die ein Weitergelten als Gesetz bis zur Erlassung einer Verordnung auf Grundlage des neuen Gesetzes vorsieht. Hinsichtlich der Verordnung über die Berechnung des Betriebsabganges von Fondskrankenanstalten ist dies nicht vorgesehen, da diesbezüglich ohnehin eine Adaptierung der betreffenden Verordnung zu erfolgen haben wird, zumal sich die gesetzliche Grundlage inhaltlich ändert (§ 8 Abs 9 neu, § 6 Abs 3 alt).

Die Landesregierung stellt sohin den

Antrag,

der Salzburger Landtag wolle beschließen:

1. Das vorstehende Gesetz wird zum Beschluss erhoben.
2. Die Gesetzesvorlage wird dem Verfassungs- und Verwaltungsausschuss zur Beratung, Berichterstattung und Antragstellung zugewiesen.