Nr. 533 der Beilagen zum stenographischen Protokoll des Salzburger Landtages
2. Session der 17. Gesetzgebungsperiode

Vorlage der Landesregierung

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

Der Bund, vertreten durch die Bundesregierung,

das Land Burgenland, vertreten durch den Landeshauptmann,

das Land Kärnten, vertreten durch den Landeshauptmann,

das Land Niederösterreich, vertreten durch die Landeshauptfrau,

das Land Oberösterreich, vertreten durch den Landeshauptmann,

das Land Salzburg, vertreten durch den Landeshauptmann,

das Land Steiermark, vertreten durch den Landeshauptmann,

das Land Tirol, vertreten durch den Landeshauptmann,

das Land Vorarlberg, vertreten durch den Landeshauptmann und

das Land Wien, vertreten durch den Landeshauptmann,

im Folgenden Vertragsparteien genannt, kommen überein, gemäß Art. 15a B-VG die nachstehende Vereinbarung zu schließen:

Inhaltsverzeichnis

Art / Paragraph	Gegenstand / Bezeichnung
	1. Abschnitt Allgemeine Bestimmungen
Art. 1	Gegenstand und gesundheitspolitische Zielsetzungen
Art. 2	Geltungsbereich
Art. 3	Begriffsbestimmungen
	2. Abschnitt Planung
Art. 4	Grundsätze der Planung
Art. 5	Österreichischer Strukturplan Gesundheit und Regionale Strukturpläne Gesundheit
Art. 6	Planung multiprofessioneller ambulanter Versorgungsangebote
	3. Abschnitt eHealth, Gesundheitspersonal und Patientenversorgung digital vor ambulant vor stationär
Art. 7	eHealth
Art. 8	Gesundheitspersonal
Art. 9	Patientenversorgung digital vor ambulant vor stationär
	4. Abschnitt Qualität und Gesundheitsförderung
Art. 10	Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen
Art. 11	Patient:innenorientierung und Transparenzmachung von Qualitätsinformationen
Art. 12	Stärkung zielgerichteter und abgestimmter Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz

Art / Paragraph	Gegenstand / Bezeichnung
Art. 13	Neuorganisation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und Experten-Pooling für medizinisches Krisenmanagement
	5. Abschnitt **Finanzierungssysteme, leistungsorientierte Finanzierung und Dokumentation**
Art. 14	Finanzierungssysteme
Art. 15	Durchführung der leistungsorientierten Finanzierung
Art. 16	Sicherstellung und Weiterentwicklung der Dokumentation
Art. 17	Erfassung weiterer Daten
Art. 18	Erhebungen und Einschaurechte
	6. Abschnitt **Organisation und Entscheidungsstrukturen auf Bundesebene**
Art. 19	Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur
Art. 20	Organisation der Bundesgesundheitsagentur
Art. 21	Bundes-Zielsteuerungskommission
Art. 22	Ständiger Koordinierungsausschuss
Art. 23	Bundesgesundheitskommission
	7. Abschnitt **Organisation und Entscheidungsstrukturen auf Landesebene**
Art. 24	Einrichtung der Landesgesundheitsfonds
Art. 25	Organisation der Landesgesundheitsfonds
Art. 26	Gesundheitsplattform auf Landesebene
Art. 27	Landes-Zielsteuerungskommission
	8. Abschnitt **Mittel der Bundesgesundheitsagentur und der Landesgesundheitsfonds**
Art. 28	Mittel der Bundesgesundheitsagentur
Art. 29	Mittel der Landesgesundheitsfonds
Art. 30	Berechnung von Landesquoten
	9. Abschnitt **Finanzmittel zur Optimierung der Versorgung**
Art. 31	Zusätzliche Mittel für die nachhaltige Stärkung des solidarischen Gesundheitssystems
Art. 32	Mittel für sektorenübergreifende und überregionale Vorhaben
Art. 33	Finanzierung von sektorenübergreifenden Vorhaben
Art. 34	Finanzierung von überregionalen Vorhaben
	10. Abschnitt **Weitere Finanzierungsmaßnahmen**
Art. 35	Mittel für die GÖG und Finanzierung von Projekten und Planungen
Art. 36	Förderung des Transplantationswesens
Art. 37	Finanzierung überregional bedeutsamer Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie Behandlungsmaßnahmen
Art. 38	Evaluierung von Vorsorgemaßnahmen
	11. Abschnitt **Gesonderte Finanzierungsbestimmungen**
Art. 39	Transparenz der Voranschläge und der Rechnungsabschlüsse
Art. 40	Ausgleich für inländische Gastpatient:innen
Art. 41	Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge
Art. 42	Kostenbeitrag
Art. 43	Streichung der Selbstbehalte für Kinder und Jugendliche
Art. 44	Finanzierung von Lehrpraxen
	12. Abschnitt **Zusammenwirken der Institutionen**
Art. 45	Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den Trägern der Krankenanstalten und zu den Landesgesundheitsfonds

Art / Paragraph	Gegenstand / Bezeichnung
Art. 46	Ausländische Anspruchsberechtigte, Anstaltspflege im Ausland aus medizinischen Gründen
	13. Abschnitt Sanktionen
Art. 47	Sanktionen intramuraler Bereich
Art. 48	Sanktionen extramuraler Bereich
	14. Abschnitt Sonstige Bestimmungen
Art. 49	Schutzklausel für Bund und Träger der Sozialversicherung
Art. 50	Schutzklausel für Städte und Gemeinden
Art. 51	Schiedskommission
	15. Abschnitt Rechtliche Umsetzung
Art. 52	Gesetzliche Regelungen auf Bundesebene
Art. 53	Gesetzliche Regelungen auf Landesebene
	16. Abschnitt Schlussbestimmungen
Art. 54	Inkrafttreten
Art. 55	Geltungsdauer und Kündigung
Art. 56	Durchführung der Vereinbarung
Art. 57	Urschrift

1. Abschnitt
Allgemeine Bestimmungen

Art. 1
Gegenstand und gesundheitspolitische Zielsetzungen

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

1. weiterhin eine Bundesgesundheitsagentur auf Bundesebene und Landesgesundheitsfonds auf Länderebene zur regionen- und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und zur Sicherstellung einer gesamthaften Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens unter Beachtung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und der sich daraus ergebenden Festlegungen einzurichten, wobei die Bundesgesundheitsagentur maßgeblich im Interesse einer gemeinsamen und abgestimmten Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu stärken ist,
2. Mittel für Planungen und Projekte, die der Sicherstellung und der Verbesserung der Qualität, der Effizienz und der Effektivität der Gesundheitsversorgung dienen, vorzusehen,
3. das Transplantationswesen und wesentliche Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung zu fördern,
4. Mittel zur Stärkung der ambulanten Versorgung, insbesondere der Primärversorgung, sowie zum Aufbau von neuen überregionalen Versorgungsangeboten und zum Aufbau von überregional erforderlicher Infrastruktur vorzusehen,
5. Zur Erreichung der Ziele im eHealth- und ELGA-Bereich und der Umsetzung der Maßnahmen zur Steigerung der Digitalisierung im österreichischen Gesundheitswesen solidarisch aufgebrachte Mittel gemäß Art. 31 vorzusehen.
6. die Beziehungen der Landesgesundheitsfonds, der Träger der Sozialversicherung, des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (im Folgenden: Dachverband) und der Träger der über Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten (im Folgenden: Träger von Krankenanstalten) untereinander festzulegen und
7. den Trägern der Krankenanstalten auf Rechnung von Landesgesundheitsfonds im Namen der Träger der Sozialversicherung leistungsorientiert Zahlungen für die Behandlung von Patient:innen, für die eine Leistungspflicht der Sozialversicherung besteht, zu gewähren.

(2) Zur nachhaltigen Ausrichtung des öffentlichen Gesundheitssystems und zur Sicherstellung einer hochqualitativen Gesundheitsversorgung sowie um weiteren Tendenzen zur Privatisierung des medizinischen Leistungsgeschehens entgegenzuwirken, wird das solidarische Gesundheitssystem substantiell auch durch zusätzliche öffentliche Mittel, die über die Bundesgesundheitsagentur abgewickelt werden, gestärkt und ausgebaut. Bei der Planung und Organisation der Gesundheitsversorgung im Rahmen der Zielsteuerung sind die gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen sämtlicher Maßnahmen zu berücksichtigen. Ziel ist ein zweckmäßiger Einsatz begrenzter Ressourcen des öffentlichen Gesundheitssystems mit Orientierung am „Best Point of Service“ unter besonderer Berücksichtigung des Grundprinzips „digital vor ambulant vor stationär“. Dies erfolgt insbesondere durch eine Steuerung von Patientenwegen mittels verstärktem Einsatz von eHealth und Telemedizin sowie durch einen bedarfsgerechten Einsatz dieser Ressourcen, um die wesentlichen Aufgaben der öffentlichen Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

(3) In Hinblick auf das Bevölkerungswachstum und die demografische Entwicklung ist die extra- und intramurale öffentliche Versorgung mit Gesundheitsleistungen entsprechend weiter zu entwickeln, wobei die Stärkung des ambulanten Bereichs zur Entlastung des akutstationären Bereichs im Mittelpunkt steht. Ziel ist es, der Bevölkerung nachhaltig eine wohnortnahe Versorgung auf der Grundlage des Sachleistungsprinzips auch zu Tagesrandzeiten und an Wochenenden möglichst multiprofessionell und interdisziplinär nachhaltig zur Verfügung zu stellen. Dafür sind Maßnahmen für eine integrative und sektorenübergreifende Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens zu forcieren. Im intra- und extramuralen Bereich sind Strukturveränderungen zu intensivieren und werden folgende Schritte gesetzt:

1. Dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ folgend, ist die Digitalisierung im Gesundheitswesen zu forcieren.
2. Ausbau der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur als solides konvergentes Fundament für eine weitreichende Digitalisierung im Gesundheitswesen und an der Nahtstelle zum Pflegewesen

3. Quantitativ wird der ambulante insbesondere niedergelassene Bereich durch die Schaffung von zusätzlichen Vertragsstellen vorrangig in vergemeinschafteten Formen wie PVE sowie weiterer Angebote ausgebaut. Qualitativ wird die Sachleistungsversorgung im niedergelassenen Bereich durch die Herstellung verbindlicher, moderner und einheitlicher Leistungskataloge je Träger und eines bundesweit einheitlichen Gesamtvertrages der ÖGK samt harmonisierter Honorierung gestärkt.
4. Die gemeinsame Planung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist so weiterzuentwickeln, dass die erforderlichen Strukturveränderungen sektorenübergreifend abgebildet und durch die Erhöhung der Verbindlichkeit entsprechend unterstützt werden.
   a) Auf Basis der Planungsvorgaben auf Bundesebene legt die Planung auf Landesebene die Kapazitäten und regionale Verortung von Gesundheitseinrichtungen im Sachleistungsbereich sowie deren konkrete und verbindliche Versorgungsaufträge sowohl im intra- als auch extramuralen Bereich verbindlich fest.
   b) Die Umsetzung der verbindlichen Planung einschließlich der Versorgungsaufträge im niedergelassenen Bereich erfolgt durch die Sozialversicherung unter Anpassung der notwendigen Regelungen.
5. Zur Umsetzung der erforderlichen Strukturmaßnahmen werden über den Weg der Bundesgesundheitsagentur zusätzliche öffentliche Mittel gemäß Art. 31 bereitgestellt, deren Verwendung gemeinsam durch die Zielsteuerungspartner festgelegt wird. Die Strukturmaßnahmen sind hinsichtlich ihrer kostendämpfender Auswirkung auf die Gesundheitsausgaben gesundheitsökonomisch zu bewerten. Zur gemeinsamen Steuerung werden entsprechende Prozesse vorgesehen und auf Bundes- sowie Landesebene umgesetzt.

(4) Optimierung der Patient:innenströme und –wege gemäß Art. 9 nach dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ zur Versorgung der Bevölkerung am „Best Point of Service“. Dazu ist die Gesundheitsberatung 1450 als niederschwellige, digitale Kontaktstelle bei Gesundheitsfragen und gesundheitlichen Problemen einzusetzen sowie die Primärversorgung als allgemeine und direkt zugängliche Kontaktstelle im Sinne einer umfassenden Grundversorgung zu stärken.

(5) Die Sicherstellung von ausreichend und entsprechend qualifiziertem Personal, auch unter Stärkung und Aufwertung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe im öffentlichen Gesundheitssystem ist ein weiterer gesundheitspolitischer Schwerpunkt.

(6) Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung mit Arzneimitteln inkl. Sicherstellung von bundesweit einheitlich festgelegten Regelungen zum Einsatz von innovativen bzw. hochpreisigen Arzneimitteln unter Wahrung der nachhaltigen Finanzierbarkeit:

1. Etablierung eines bundesweit einheitlichen Bewertungsprozesses sowie eines Bewertungsboards für ausgewählte Arzneispezialitäten im intramuralen Bereich und an der Schnittstelle, wobei der EKO-Prozess unberührt bleibt.
2. Sicherstellung der Arzneimittelversorgung insbesondere durch Ausweitung der Lagerung von versorgungsrelevanten Arzneimitteln und kritischen Wirkstoffen in Österreich sowie Verbesserung der Rahmenbedingungen für alternative Beschaffungsmöglichkeiten.
3. Maßnahmen zur Stärkung der Transparenz auch hinsichtlich Versorgungsengpässen

(7) Gesundheitsförderung und Prävention werden deutlich ausgebaut und im Rahmen einer gesamtheitlichen und umfassenden Public Health Orientierung als wichtige Säule des Gesundheitssystems etabliert.

(8) Eine flächendeckende verbindliche Verankerung der Qualitätsarbeit auf allen Ebenen des Gesundheitswesens zur Effektivitäts- und Effizienzsteigerung sowie zur Erhöhung der Patient:innensicherheit gemäß der internationalen Patient:innensicherheitszielen der WHO

(9) Zur Verbesserung der Planung- und Qualitätsarbeit werden auch alle Ärztinnen bzw. Ärzte ohne Vertrag mit der Sozialversicherung bis 01.01.2026 an das e-card System angebunden. Eine verpflichtende bundesweit einheitliche Diagnosencodierung ist schrittweise so umzusetzen, dass eine entsprechende Dokumentation durch die Vertragspartner:innen der Sozialversicherung spätestens mit 01.01.2025 und durch Nicht-Vertragspartner:innen spätestens mit 01.01.2026 sichergestellt ist.

(10) Die Diagnosedaten der Vertragspartner:innen sind im Wege der Abrechnung an die Sozialversicherung zu übermitteln und in weiterer Folge durch die Sozialversicherung an die ZS-Partner zu übermitteln.

(11) Die Verbesserung des Nahtstellenmanagements zwischen den verschiedenen Leistungserbringer:innen.

(12) Auf- und Ausbau der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur

1. Die Gesundheitsberatung 1450 ist in die eHealth Governance zu überführen und darüber hinaus als gemeinsames Projekt zu finanzieren, zu steuern, zentral auszubauen sowie um eine web- und app-basierte Gesundheitsberatung unter Einbindung gesundheit.gv.at zu ergänzen.
2. Weiterentwicklung, Ausbau und Modernisierung von ELGA und Verpflichtung aller GDA zur vollständigen Dokumentation in ELGA und Teilnahme am Austrian Health CERT.
3. Das e-card-System ist eIDAS-konform auszugestalten.
4. Entwicklung und Regulierung digitaler Gesundheitsanwendungen und Verankerung in der Regelversorgung
5. Telemedizinische Services werden ausgebaut und als ein wesentliches Element in der Versorgung etabliert.
6. Telemedizin soll auch für „Managed Care“ Modelle im Sinne von integrierten Versorgungsmodellen für einzelne Patienten:innengruppen und die stringente Steuerung der Patient:innen eine zentrale Rolle einnehmen.
7. Forcierung gesundheitsökonomischer Ansätze auch im Bereich der digitalen Gesundheitsanwendungen,

(12) Bei der gemeinsamen Steuerung und Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens ist der Grundsatz zu beachten, dass die für die Planung zuständigen Entscheidungsträger auch für die Finanzierung verantwortlich sein müssen und dass zwischen den Gesundheitssektoren das Prinzip „Geld folgt Leistung“ gilt.

Art. 2
Geltungsbereich

(1) Der Geltungsbereich dieser Vereinbarung umfasst – soweit im Folgenden nichts anderes bestimmt wird – das gesamte österreichische Gesundheitswesen und – soweit davon betroffen – die Nahtstellen zum Pflegebereich.

(2) Die Kostenersätze für den klinischen Mehraufwand gemäß § 55 KAKuG bilden keinen Gegenstand dieser Vereinbarung.

Art. 3
Begriffsbestimmungen

1. **„Ambulanter Bereich“**: Die ambulante Gesundheitsversorgung (insbesondere ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen im Sinne des SV-Rechts) im niedergelassenen Bereich, in selbstständigen Ambulatorien und in Spitalsambulanzen.

2. **„Ambulanter Bereich der Sachleistung“**: Der ambulante Bereich der Sachleistung umfasst niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte und Zahnärztinnen bzw. Zahnärzte mit Kassenverträgen, Gruppenpraxen mit Kassenverträgen, Primärversorgungseinheiten und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger und Spitalsambulanzen.

3. **„Ambulante Fachversorgung“**: Die ambulante Fachversorgung umfasst ambulante Leistungserbringung aus den Fachbereichen. Die Fachbereiche orientieren sich an der Systematik der Sonderfächer gemäß Ärzteausbildungsordnung (ÄAO 2015) und schließen auch andere Gesundheitsberufe mit ein.

4. **„Best point of service“**: Die kurative Versorgung ist jeweils zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig zu erbringen.

5. **„eHealth“:** die kosteneffiziente und sichere Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Unterstützung der Gesundheit und gesundheitsnahen Bereichen einschließlich Gesundheitsdienstleistungen, Gesundheitsüberwachung sowie gesundheitlicher Aufklärung, Bildung und Forschung.

6. „**Gesundheitsförderung**“: Gesundheitsförderung gestaltet über das Gesundheitswesen hinaus Rahmenbedingungen und Verhältnisse, die die Menschen dabei unterstützen, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit (allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt, Klima, Landwirtschaft und Lebensmittelproduktion, Bildung, Arbeitsumfeld, Lebens- und Arbeitsbedingungen, Arbeitslosigkeit, Wasser und sanitäre Anlagen, Gesundheitsversorgung, Wohnverhältnisse, soziale und

kommunale Netzwerke, Faktoren individueller Lebensweisen, Alter, Geschlecht und Erbanlagen, etc.). Gesundheitsförderung kann Behandlungs- und Pflegebedarf verzögern und ist Teil eines umfassenden Gesundheitssystems.

7. **„Gesundheitskompetenz“:** Gesundheitskompetenz ist verknüpft mit allgemeiner Bildung und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen Gesundheitsförderung (zur Erhaltung und Stärkung der Gesundheit), Prävention (zur Vorbeugung von Beschwerden oder Erkrankungen) und Krankenversorgung (bei bestehenden Beschwerden oder Erkrankungen) Entscheidungen treffen zu können, die zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit während des gesamten Lebensverlaufs beitragen. Gesundheitskompetenz ist einerseits eine Frage der persönlichen Fähigkeiten, hängt aber andererseits von den Anforderungen der Umgebung an diese Fähigkeiten ab.

8. **„Gesundheitstelematik-Infrastruktur (GTI)”**: Gesamtheit der Komponenten der Informatik und Telekommunikation, die zur Verarbeitung von genetischen Daten gemäß Art. 4 Z 13 DSGVO, biometrische Daten gemäß Art. 4 Z 14 DSGVO und Gesundheitsdaten gemäß Art. 4 Z 15 DSGVO in digitaler Form genutzt werden.

9. **„Health in all Policies (Gesundheit in allen Politikfeldern)“**: Durch verstärktes Berücksichtigen des Themas Gesundheit und der Gesundheitsdeterminanten in anderen als den unmittelbar dafür zuständigen politischen Sektoren soll die Gesundheit der Bevölkerung wirksam und nachhaltig gefördert werden.

10. **„Health Technology Assessment (HTA)“**: Prozess zur systematischen Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren und Hilfsmittel, aber auch Organisationsstrukturen, in denen medizinische Leistungen erbracht werden. Untersucht werden dabei Kriterien wie Wirksamkeit, Sicherheit und Kosten, jeweils unter Berücksichtigung sozialer, rechtlicher und ethischer Aspekte.

11. **„Integrative Versorgungsplanung“**: Es werden alle Elemente des Versorgungssystems sowie deren Beziehungen und Wechselwirkungen gleichzeitig in eine Gesamtschau einbezogen. Damit wird die herkömmliche isolierte Analyse und Planung einzelner Systemelemente (z. B. Krankenanstalten) ohne Berücksichtigung der Auswirkungen auf andere Elemente abgelöst.

12. **„Integrierte Versorgung“**: Darunter wird eine patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende, interdisziplinäre und/oder multiprofessionelle und nach standardisierten Versorgungskonzepten ausgerichtete Versorgung verstanden.

13. **„Interdisziplinäre Versorgungsmodelle“**: Zusammenarbeit von Ärztinnen bzw. Ärzten unterschiedlicher Fachbereiche (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Gynäkologie, Labor, Radiologie etc.) sowie von nicht-ärztlichen Gesundheitsdiensteanbieter:innen (diplomiertes Pflegepersonal, Physiotherapeut:innen, etc.) in Gruppenpraxen oder selbstständigen Ambulatorien sowie ggf. in weiter zu entwickelnden Organisationsformen.

14. **„öffentliche Gesundheitstelematik-Infrastruktur (ö. GTI)**“: Gesundheitstelematik-Infrastruktur, die unter eigener Verantwortung bzw. im Auftrag von Körperschaften öffentlichen Rechts errichtet oder betrieben werden

15. **„Primärversorgung (Primary Health Care)“**: Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.

16. **„Public Health“**: Schaffung von gesellschaftlichen Bedingungen, Umweltbedingungen und Bedingungen einer bedarfsgerechten sowie effektiven und effizienten gesundheitlichen Versorgung unter denen Bevölkerungsgruppen gesund leben können.

2. Abschnitt
Planung

Art. 4
Grundsätze der Planung

(1) Die gemeinsame Planung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist so weiterzuentwickeln und verbindlich zu machen, dass die erforderlichen Strukturveränderungen sektorenübergreifend abgebildet werden. Durch die Erhöhung der Verbindlichkeit der Planung ist diese so auszugestalten, dass sie bedarfsprüfungsersetzend ist und Stellenpläne verbindlich determiniert.

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

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

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

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

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

(5) Die integrative Versorgungsplanung hat bevölkerungs- und patient:innenorientiert zu erfolgen. Die Versorgungsqualität ist durch das Verschränken der Gesundheitsstrukturplanung mit einzuhaltenden Qualitätskriterien im Sinne der Bestimmungen gemäß Art. 10 sicherzustellen.

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

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

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

1. Reorganisation aller in Abs. 2 angeführten Bereiche in Richtung eines effektiveren und effizienteren Ressourceneinsatzes, gemäß dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ und der Forcierung der Digitalisierung im Gesundheitswesen.
2. Stärkung des ambulanten Bereichs insbesondere durch raschen flächendeckenden Ausbau von Primärversorgungseinheiten (PVE) und der Entwicklung von ambulanten Fachversorgungsstrukturen.
3. Weiterentwicklung des akutstationären und tagesklinischen Bereichs, insbesondere durch Bündelung komplexer Leistungen an geeigneten Standorten, die Überwindung von kleinteiligen Organisationsformen sowie die Weiterentwicklung einzelner Krankenanstalten zu Einrichtungen für eine Grund- und Fachversorgung.

4. Forcierung des Aufbaus von spitalsambulanten Angeboten inklusive innovativer Versorgungsformen, insbesondere um den stationären Bereich zu ersetzen bzw. zu entlasten.
5. Ausbau einer österreichweit gleichwertigen, flächendeckenden abgestuften Versorgung für Menschen mit chronischen Krankheiten
6. Gemeinsame überregionale und sektorenübergreifende Planung der für die vorgesehenen Versorgungsstrukturen und -prozesse erforderlichen Personalressourcen unter optimaler Nutzung der Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen
7. Sicherstellung einer nachhaltigen Sachleistungsversorgung sowohl für körperliche als auch psychische Erkrankungen. Dabei ist das Ziel zu verfolgen, dass unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanter sachleistungsbezogener Versorgungsstrukturen, der örtlichen Verhältnisse und der Verkehrsverhältnisse, der Veränderung der Morbidität sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur eine ausreichende ambulante Versorgung der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten und deren Angehörigen gesichert ist.

(9) Die Vertragsparteien kommen überein, die für die integrative Versorgungsplanung notwendigen Datengrundlagen (inkl. bundesweit einheitlicher Datengrundlagen für alle Gesundheitsberufe) in ausreichender Qualität entsprechend Art. 10 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit zur Verfügung zu stellen. Gemäß Art. 16 Abs. 4 ist die Implementierung einer flächendeckenden verpflichtenden elektronischen Dokumentation von Diagnosen in codierter Form im ambulanten Bereich auf Basis der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), in der von dem für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerium herausgegebenen Fassung vorgesehen.

(10) Weiterentwicklung des Großgeräteplans (GGP) insbesondere unter Bedachtnahme einer evidenzbasierten Zuweisung durch Ärztinnen und Ärzte, der Auslastung der bestehenden Geräte und der Wartezeiten.

Art. 5
Österreichischer Strukturplan Gesundheit und Regionale Strukturpläne Gesundheit

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

(2) Der ÖSG umfasst verbindliche Vorgaben für RSG im Hinblick auf die in Art. 4 Abs. 2 angeführten Bereiche, verfolgt die Zielsetzungen gemäß Art. 4 Abs. 4 bis 8, legt die Kriterien für die Gewährleistung der bundesweit einheitlichen Versorgungsqualität fest und stellt damit eine Grundlage für die Abrechenbarkeit von Leistungen der Gesundheitsversorgung dar.

(3) Die Inhalte des ÖSG umfassen insbesondere:

1. Informationen zur aktuellen regionalen Versorgungssituation;
2. Grundsätze und Ziele der integrativen Versorgungsplanung;
3. Quantitative und qualitative Planungsvorgaben und -grundlagen für die bedarfsgerechte Dimensionierung der Versorgungskapazitäten bzw. der Leistungsvolumina;
4. Versorgungsmodelle für die abgestufte bzw. modulare Versorgung in ausgewählten bzw. speziellen Versorgungsbereichen (z. B. HOS/PAL Erwachsene und Kinder, AG/R) inkl. Nahtstellen sowie inhaltliche Vorgaben für Organisationsformen und Betriebsformen;
5. Vorgaben von verbindlichen Mindestfallzahlen für ausgewählte medizinische Leistungen zur Sicherung der Behandlungsqualität sowie Mindestfallzahlen als Orientierungswerte für die Leistungsangebotsplanung;
6. Kriterien zur Strukturqualität und Prozessqualität sowie zum sektorenübergreifenden Prozessmanagement als integrale Bestandteile der Planungsaussagen;
7. Grundlagen für die Festlegung von Versorgungsaufträgen (Aufgabenprofile, Leistungsmatrizen, Strukturqualitätskriterien) auf regionaler Ebene (RSG) für die ambulante und stationäre Akutversorgung unabhängig von einer Zuordnung auf konkrete Anbieterstrukturen: Leistungsmatrizen, Aufgabenprofile und Qualitätskriterien;
8. Kriterien für die Bedarfsfeststellung und die Planung von Angeboten für multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung sowie für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung gemäß Art. 6.

9. Verbindliche überregionale Versorgungsplanung für hochspezialisierte komplexe Leistungen bzw. Therapien von überregionaler Bedeutung in Form von Bedarfszahlen zu Kapazitäten sowie der Festlegung von Leistungsstandorten und deren jeweiliger Zuständigkeit für zugeordnete Versorgungsregionen.
10. Festlegung der von der Planung zu erfassenden, der öffentlichen Versorgung dienenden medizinisch-technischen Großgeräte inkl. österreichweiter Planungsgrundlagen, Planungsrichtwerte (insbesondere auch hinsichtlich der von diesen Großgeräten zu erbringenden Leistungen bzw. deren Leistungsspektrum sowie deren Verfügbarkeit) und Qualitätskriterien; Festlegung der bundesweit sowie je Bundesland jeweils erforderlichen Anzahl der Großgeräte (Bandbreiten)
11. Standort- und Kapazitätsplanung von Großgeräten mit überregionaler Bedeutung (insbesondere Strahlentherapiegeräte, Coronarangiographie-Anlagen und Positronen-Emissions-Tomographiegeräte) ist auf Bundesebene zu vereinbaren; weiters die standortbezogene und mit den Versorgungsaufträgen auf regionaler Ebene abgestimmte Planung der übrigen medizinisch-technischen Großgeräte; im Sinne einer gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstigen Leistungserbringung bei gleichzeitiger Nutzung von Synergien sind Kooperationsvereinbarungen zur gemeinsamen Nutzung von Geräten intra- und extramural verstärkt zu berücksichtigen.
12. Vorgaben für Aufbau, Inhalte, Struktur, Planungsmethoden, Darstellungsform und Planungshorizont der RSG in bundesweit einheitlicher Form.
13. Verbindliche integrierte Rehabilitationsplanung

(4) Der ÖSG ist während der Laufzeit dieser Vereinbarung von der Bundesgesundheitsagentur nach den Vorgaben der Zielsteuerung-Gesundheit kontinuierlich gesamthaft weiterzuentwickeln. Ergänzungen und Weiterentwicklungen des ÖSG erfolgen gemeinsam zwischen Bund, Bundesländern und Sozialversicherung nach partnerschaftlich festgelegten Prioritäten gemäß Art. 4 Abs. 8. Im ÖSG sind bis Ende 2024 die für die Umsetzung der verbindlichen Planung und der Versorgungsaufträge auf regionaler Ebene notwendigen Vorgaben festzulegen.. Der Schwerpunkt der Ergänzungen liegt entsprechend der Zielsteuerung-Gesundheit im ambulanten Bereich. Es werden jedenfalls folgende Entwicklungsschritte vereinbart:

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

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

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

(7) Die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) sind je Bundesland entsprechend den Vorgaben des ÖSG gemäß Abs. 3 Z 12 bezüglich Inhalten, Planungshorizonten und Planungsrichtwerten kontinuierlich weiter zu entwickeln und regelmäßig zu revidieren. In Verbindung mit der Verbindlichkeit

der Planung sind die RSG spätestens bis Ende 2025 entsprechend der Vorgaben des ÖSG anzupassen. Die Qualitätskriterien des ÖSG gelten bundesweit einheitlich. Die Schwerpunkte der RSG sind jedenfalls:

1. Festlegung der Kapazitätsplanungen standortbezogen für den akutstationären Bereich mit Angabe der Kapazitäten, Organisationsformen, Versorgungsstufen, Referenz-, Spezial- und Expertisezentren je Fachbereich, wobei die je Fach- und Versorgungsbereich ausgewiesene Gesamtkapazität (Summe von Planbetten und ambulanten Betreuungsplätzen) als Zielwerte für die Realisierung zum Planungshorizont zu verstehen ist.
2. Festlegung der Kapazitätsplanungen zumindest auf Ebene der Versorgungsregionen (im Sinne des ÖSG) für den ambulanten Bereich der Sachleistung mit folgenden Angaben:
   a) Kapazitäten,
   b) Zahl und örtliche Verteilung der Leistungserbringer:innen,
   c) bei Spitalsambulanzen auch Betriebsformen gemäß § 6 Abs. 7 Z 5 und 6 KAKuG,
   d) Konkretisierung der Versorgungsaufträge nach Fachbereichen sowie
   e) allenfalls der Versorgungstypen;
3. Definition von Versorgungsaufträgen nach Fachbereichen auf Ebene der Versorgungsregionen auf Basis der Grundlagen im ÖSG;
4. Die Zahl und örtliche Verteilung hat eine derart hohe Granularität aufzuweisen, dass ambulante Vergemeinschaftungsformen (z. B. Gruppenpraxen, Selbständige Ambulatorien, Primärversorgungseinheiten), die ohne Festlegung in einem RSG grundsätzlich nur aufgrund eines Zulassungs- oder Bedarfsprüfungsverfahrens errichtet werden dürfen, auf Grundlage der zu verbindlich erklärenden Teile der RSG ohne Zulassungs- oder Bedarfsprüfungsverfahren errichtet werden können. Andere ambulante Organisationseinheiten müssen in den verbindlich zu erklärenden Teilen der RSG grundsätzlich zumindest auf Bezirksebene geplant werden, wobei insbesondere für städtische Bereiche geeignete natürliche Einzugsgebiete herangezogen werden können.
5. Stärkung der Primärversorgung durch Ausbau von wohnortnahen multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten entsprechend Art. 6 und Bereinigung von Parallelstrukturen im Sinne des Art. 4 Abs. 6 und Art. 4 Abs. 8 Z 3; konkretisierte Planung zur Einrichtung von Primärversorgungseinheiten;
6. Abbildung der überregionalen Versorgungsplanung gemäß Abs. 3 Z 9 inkl. Definition von Versorgungsgebieten je Standort;
7. Transparente Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer Gastpatient:innen;

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

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

1. Der ÖSG und seine Änderungen sind von der/dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister:in nach einvernehmlicher Beschlussfassung in der Bundes-Zielsteuerungskommission jedenfalls im RIS, sowie auf der Website des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums unbeschadet Z 2 als Sachverständigengutachten zu veröffentlichen und sind dem Verwaltungshandeln der ZS-Partner zugrunde zu legen.
2. Die einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung als normativ gekennzeichneten Teile des ÖSG sind durch die gemeinsam eingerichtete Gesundheitsplanungs GmbH als Verordnung kundzumachen.

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

1. Der RSG und seine Änderungen sind vom jeweiligen Landeshauptmann bzw. der jeweiligen Landeshauptfrau nach einvernehmlicher Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission jedenfalls im RIS sowie auf der Website der jeweiligen Landesregierung zu veröffentlichen und sind dem Verwaltungshandeln der ZS-Partner zugrunde zu legen.
2. Die einvernehmlich zwischen Ländern und Sozialversicherung als normativ gekennzeichneten Teile des RSG sind durch die gemeinsam eingerichtete Gesundheitsplanungs GmbH als

Verordnung kundzumachen. Diese Verordnung hat hinsichtlich der Vorgaben jenes Maß an Konkretheit aufzuweisen, das erforderlich ist, um den Bedarf an einer konkreten Versorgungseinrichtung ausschließlich und abschließend anhand dieser Verordnung beurteilen zu können.

3. Der jeweiligen Landesärztekammer und den betroffenen gesetzlichen Interessensvertretungen ist mindestens vier Wochen vor Beschlussfassung des RSG in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission die Möglichkeit zur Stellungnahme einzuräumen. Dazu sind die für die Beschlussfassung vorgesehenen Planungsunterlagen zu übermitteln.

(11) Krankenanstaltenrechtliche oder ärzterechtliche Bedarfsprüfungen entfallen, wenn die Verordnungen gemäß Abs. 9 und 10 zur Beurteilung des Bedarfs hinreichend detailliert sind. Im Fall von erforderlichen Bedarfsprüfungen in Bezug auf Versorgungsstrukturen, die nicht im RSG enthalten sind, sind die im ÖSG und RSG festgelegten Planungskriterien anzuwenden. Die Bundesgesetzgebung bzw. die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, dass die verbindlichen Inhalte des ÖSG und des jeweiligen RSG in ihren Bereichen als verbindlicher rechtlicher Rahmen für die bundes- und landesgesetzlich eingerichteten Körperschaften umzusetzen sind. Die bisherige Parteistellung der Interessensvertretungen im Bedarfsprüfungsverfahren ist durch ein Recht auf Stellungnahme zu ersetzen.

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

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

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

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

Art. 6
Planung multiprofessioneller ambulanter Versorgungsangebote

(1) Versorgungsstrukturen für die ambulante multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung werden in Form von Primärversorgungseinheiten gemäß PrimVG i.d.g.F. geregelt, wobei, sofern im RSG vorgesehen, die Versorgung auch in ausgewählten (dislozierten) Spitalsambulanzen erfolgen kann.

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

1. hinsichtlich der bundesweit einheitlichen Grundlagen im Rahmen der integrativen Planung im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und
2. hinsichtlich der regionalen Planung auf Basis der Vorgaben des ÖSG im jeweiligen RSG durch Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission, insbesondere im Hinblick auf Anzahl, Versorgungsgebiet, Größe, Schwerpunkte der Leistungsangebote und den zeitlichen Umsetzungshorizont, allenfalls unter Festlegung, ob die Primärversorgungseinheit in Form eines Netzwerkes oder eines Zentrums betrieben werden soll.
3. Multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgungseinheiten haben die Anforderungen gemäß §2 Abs. 2 und 3 sowie §4 PrimVG i.d.g.F. zu erfüllen.
4. Zur Sicherstellung der in Z 3 genannten Anforderungen bzw. des Leistungsumfanges hat die Primärversorgungseinheit über ein Versorgungskonzept gemäß §6 PrimVG i.d.g.F. zu verfügen.

(3) Versorgungsstrukturen für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung werden in Form von ambulanten Zentren oder Netzwerken im extramuralen Bereich (niedergelassener Bereich, selbstständige Ambulatorien) und/oder im spitalsambulanten Bereich geplant und umgesetzt.

(4) Die Bedarfsfeststellung und regionale Planung von Kapazitäten für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung hat auf Basis von im ÖSG festgelegten Kriterien zu

erfolgen. Diese Kriterien fokussieren auf Kriterien für die Standortplanung und auf Anforderungen an die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung vor dem Hintergrund der bestehenden Versorgungssituation in der jeweiligen Region:

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

(5) Die gemäß Abs. 4 festgelegten Kriterien sind insbesondere in Abhängigkeit von der jeweiligen Datenlage weiterzuentwickeln und zu ergänzen.

(6) Die notwendigen rechtlichen und organisatorischen Voraussetzungen zur Schaffung und einheitlichen Regelung von vergemeinschafteten ambulanten Strukturen bzw. Gesundheitseinrichtungen (Gruppenpraxen, PVE, selbständige Ambulatorien) sind zu prüfen und zu entwickeln.

3. Abschnitt
eHealth, Gesundheitspersonal und Patientenversorgung digital vor ambulant vor stationär

Art. 7
eHealth

(1) Zur Erfüllung eines wichtigen öffentlichen Interesses kommen die Vertragsparteien überein, die öffentliche Gesundheitstelematik-Infrastruktur als Fundament für eine weitreichende digitale Transformation im Gesundheitswesen und an der Nahtstelle zum Pflegewesen auszubauen. Dieses öffentliche Interesse ergibt sich insbesondere aus nachstehenden Zielsetzungen:

1. den digitalen Zugang von eHealth Anwendungen in das Gesundheitswesen unter Nutzung der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur zu priorisieren und Regelungen für die Nutzung dieser Gesundheitstelematik-Infrastruktur festzulegen
2. der Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung durch und für die Nutzung digitaler Anwendungen

3. Sicherstellung und Verbesserung des niederschwelligen Zugangs zu digital unterstützten Gesundheitsleistungen unter Nutzung der öffentlichen Gesundheitstelematikinfrastruktur
4. der verbesserten Prävention und Erkennung von Krankheiten, der Ermöglichung individuell ausgerichteter Therapien und der Eröffnung neuer Heilungschancen durch die systematische Auswertung von medizinischen Daten
5. einer verbesserten, schnelleren Verfügbarkeit medizinischer Informationen, die zu einer Qualitätssteigerung diagnostischer und therapeutischer Entscheidungen sowie der Behandlung und Betreuung führt,
6. der Steigerung der Prozess- und Ergebnisqualität von Gesundheitsdienstleistungen sowie der Patient:innenzufriedenheit,
7. dem Ausbau integrierter Versorgung und eines sektorenübergreifenden Prozessmanagements im öffentlichen Gesundheitswesen,
8. der Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung,
9. der zielgerichteten Unterstützung der Arbeit sowie der Leistungen aller Gesundheitsberufe
10. der Stärkung der Bevölkerungs- und Patient:innenrechte, insbesondere der Informationsrechte und des Rechtsschutzes gemäß den datenschutzrechtlichen und sicherheitstechnischen Vorgaben bei der Verwendung von personenbezogenen Daten,
11. einem Beitrag zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit,
12. einem Beitrag zur Optimierung der Patient:innenströme und –wege gemäß Art. 9 insbesondere unter Nutzung der Gesundheitsberatung 1450, sowie
13. der Verbesserung der Möglichkeit der Sekundärdatennutzung von Gesundheitsdaten unter Wahrung des Datenschutzes.

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

(3) Die Vertragsparteien bekennen sich zur sicheren und effizienten Betriebsführung sowie zur inhaltlichen und technischen Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA). Die Ziele und die Umsetzung sind gemeinsam zu definieren. In diesem Zusammenhang werden die Vertragsparteien insbesondere:

1. die öffentliche Gesundheitstelematik-Infrastruktur als Basisinfrastruktur dafür nützen, eHealth Anwendungen unter kontrollierten Rahmenbedingungen (Datenschutz, Datensicherheit), unter Sicherstellung von Interoperabilität und unter Einhaltung technischer Standards forcierter in die Regelversorgung auszurollen und bereits erfolgreich laufende Pilotprojekte rasch weiter zu entwickeln.
2. die ELGA GmbH zu einer wirkungsvollen und effizienten gemeinsamen eHealth-Einrichtung für die Planung und Koordination der Weiterentwicklung von eHealth und ELGA (insbesondere weitere eHealth- und ELGA-Anwendungen, z. B. soll die bundesweit einheitliche Diagnosencodierung für alle weiteren GDA in ELGA sichtbar gemacht und die „patient summary“ in ELGA implementiert werden) ausgestalten und erforderlichenfalls deren gesellschaftsrechtliche Grundlagen anpassen,
3. die Leistungsfähigkeit der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur, insbesondere durch die Nutzbarmachung von zentralen ELGA-Infrastrukturkomponenten für andere elektronische Gesundheitsdienste, verbessern,
4. die technische und ökonomische Evaluierung der Betriebsführung der verschiedenen ELGA-Komponenten und der Gesamtarchitektur durchführen und die daraus abzuleitenden Erkenntnisse zur Modernisierung und Stabilisierung der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur umsetzen,
5. die Verantwortung für die Durchführung und Finanzierung von Maßnahmen im eigenen Wirkungsbereich wahrnehmen und die dafür notwendigen Entscheidungen zeitgerecht treffen,
6. für wirkungsvolle Kontrollen der Betriebssicherheit und die Einhaltung der Betroffenenrechte im eigenen Wirkungsbereich sorgen,
7. die Transparenz aller Maßnahmen durch umfassende Informationstätigkeit sicherstellen,

8. alle notwendigen Schnittstellen eHealth-konform etablieren und der verbindlichen Nutzung zuführen.

(4) Die Vertragsparteien bekennen sich zur technologischen Unterstützung der Versorgungsprozesse und werden Rahmenbedingungen im Sinne des Abs. 2 für den breiteren Einsatz von elektronischen Gesundheitsdiensten folgend einer gemeinsam zu erarbeitenden eHealth-Strategie schaffen und weiterentwickeln. Dazu zählen insbesondere:

1. die Festlegung von fachlichen, prozessualen und infrastrukturellen Anforderungen,
2. die Verbesserung der technischen und semantischen Interoperabilität auf der Grundlage internationaler Standards und Nomenklaturen,
3. Das e-card-System ist eIDAS- konform auszugestalten,
4. Ausbau von Sicherheit (Cybersecurity) und Austrian Health CERT,
5. Maßnahmen zur Sicherstellung der Kontinuität der Versorgung an den Übergängen von Gesundheit und Pflege,
6. die Entwicklung patientenbezogener öffentlicher elektronischer Gesundheitsdienste auf der Grundlage eines festgestellten Bedarfs sowie unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Betroffenen bei der Verwendung der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur und zum Schutz ihrer Privatsphäre,
7. die Intensivierung der Nutzung von leistungsanbieterspezifischen Diensten, wie Wissens- und Entscheidungsunterstützungssystemen,
8. die Errichtung bzw. Anpassung ökonomischer und sonstiger Regelwerke sowie die Evaluierung der Effekte von elektronischen Gesundheitsdiensten,
9. die Förderung der Kooperation und des Erfahrungsaustausches,
10. die Willensbekundung, gemeinsame Finanzierungsformen zu entwickeln und
11. die gemeinsame Finanzierung von ELGA gemäß Art. 35 Abs. 6.

(5) Die Vertragsparteien bekennen sich zum Ausbau der IKT-Sicherheitskompetenz im Gesundheitswesen. Hierzu werden sie insbesondere dafür Sorge tragen, dass vor allem die für Einrichtungen der kritischen Infrastruktur (insbesondere entsprechend EU-Richtlinie NIS2) notwendigen Ressourcen bereitgestellt und die organisationsübergreifende Zusammenarbeit im Rahmen des „Austrian Health Computer Emergency Response Team (Austrian Health CERT)“ nachhaltig ausgebaut wird.

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

Art. 8
Gesundheitspersonal

(1) Ein ausreichend und entsprechend qualifiziertes Gesundheitspersonal ist ein wesentlicher Faktor zur Erbringung einer qualitätsvollen Versorgung. Zur nachhaltigen Sicherstellung und zur Attraktivierung der Gesundheitsberufe ist ein umfangreiches Maßnahmenpaket gemäß Abs. 5 bis spätestens Ende 2024 durch die Zielsteuerungspartner gemeinsam zu erarbeiten und von den Zielsteuerungspartnern im jeweiligen Wirkungsbereich umzusetzen, wobei Maßnahmen zu den Kompetenzen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe inhaltlich und zeitlich prioritär zu behandeln sind.

(2) Zur Stärkung der Sachleistungsversorgung werden versorgungswirksame Teilkassenverträge für im öffentlichen Gesundheitssystem angestellte Ärztinnen und Ärzte geschaffen, wobei eine Wahlarzttätigkeit in diesem Fall auszuschließen ist.

(3) Für die Planung und Steuerung von erforderlichen Personalressourcen gemäß Art. 4 Abs. 8 Z 6 sind eine überregionale und sektorenübergreifende Analyse des Ist-Standes sowie eine fortlaufende Prognose des Personal- und Ausbildungsbedarfs im öffentlichen Gesundheitssystem durch die Zielsteuerungspartner durchzuführen. Daraus sind in der Zielsteuerung-Gesundheit jeweils aktualisierte sektorenübergreifende Maßnahmen abzuleiten, und von den Zielsteuerungspartnern im jeweiligen Wirkungsbereich nach Maßgabe der Möglichkeiten – vorbehaltlich allfälliger finanzieller Implikationen – umzusetzen.

(4) Als Grundlage für diese Planung und Steuerung ist durch die Zielsteuerungspartner eine valide jährlich aktualisierte Datenbasis (Monitoring) insbesondere auch über die Zahl der Studien- und Ausbildungsplätze, der Personen in Ausbildung und der berufsausübenden Berufsangehörigen der gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe sicherzustellen. Hierzu sind so weit wie möglich bestehende Datengrundlagen zu den jeweiligen Gesundheitsberufen zu nutzen. Die erforderlichen Daten sind von den

jeweiligen Datenhaltern gemäß den gesetzlichen Bestimmungen den Zielsteuerungspartnern zur Verfügung zu stellen.

(5) Berufsrechtliche Regelungen und Berechtigungen sind an geänderte Anforderungen im Berufsalltag und am Arbeitsmarkt anzupassen, um flexiblere und erweiterte Formen der Arbeitsteilung und Delegation von Aufgaben zwischen ärztlichen und anderen Gesundheitsberufen zu ermöglichen und multiprofessionelle, teambasierte und interdisziplinäre Zusammenarbeitsformen zu unterstützen. Hierzu gehören:

1. Öffnung der Vorbehaltsbereiche zwischen und innerhalb der Gesundheitsberufe, insbesondere Erweiterung der Kompetenzen der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe durch verstärkte Kompetenzorientierung und Abbau berufsrechtlicher Schranken zwischen und innerhalb der gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe unter besonderer Berücksichtigung der erworbenen Ausbildungen und Spezialisierungen, dies insbesondere mit dem Ziel der Versorgungswirksamkeit und der Verbesserung der inter- und intraprofessionellen Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe im intra- und extramuralen Setting.
2. Aktualisierung der Berufsbilder und Berufsrechte, insbesondere der gehobenen medizinisch-technischen Dienste und der Psychotherapeut:innen etc.
3. Erweiterung der Grundkompetenzen von Fachärztinnen und Fachärzten, wobei eine Evaluierung der ÄAO 2015 in Hinblick auf die Differenzierung der Sonderfächer durchzuführen ist,
4. Schaffung von Rahmenbedingungen zur Erleichterung von Nostrifikationen, insbesondere des Nachholens fehlenden Wissens, von Kenntnissen und Fertigkeiten (z. B. Verfahrensbeschleunigung durch eine Datenbank für ausländische Qualifikationen)
5. Rechtliche Anpassungen in Bezug auf die Spezialisierungen in der Gesundheit- und Krankenpflege, insbesondere in Bezug auf die Ausbildungsinhalte

(6) Im Rahmen des Maßnahmenpakets sind vorrangig folgende Themen zu berücksichtigen:

1. Attraktivierung von Ausbildungen sowie Fort- und Weiterbildungen der Gesundheitsberufe
2. Prüfung der Einrichtung einer Ausbildungskommission für nichtärztliche Gesundheitsberufe
3. Erarbeitung von Modellen, die eine öffentlich finanzierte Ausbildung mit einer späteren Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitswesen in Beziehung setzen, mit dem Ziel der Stärkung des öffentlichen Gesundheitssystems
4. Prüfung der Frage der Notwendigkeit einer quantitativen Erhöhung von Studienplätzen Medizin und postpromotioneller Ausbildungsplätze unter Berücksichtigung relevanter Rahmenbedingungen
5. Prüfung und Umsetzung von Regelungen über Berufspflichten bzw. einschlägiger rechtlicher Vorgaben zur Sicherstellung der Bereitschaftsdienste und Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens
6. Unterstützung und Forcierung der Vernetzung und die Förderung von Austausch und Wissenstransfer mit, unter und zwischen den Gesundheitsberufen
7. Prüfung und Umsetzung von rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen zur Stärkung der Sachleistungsversorgung einschließlich der Umleitung von Wahlärztinnen und Wahlärzten in das öffentliche Gesundheitssystem unter Wahrung verfassungs- und europarechtlicher Vorgaben, insbesondere auch unter Berücksichtigung der Regelungen im Bereich der selbstständigen Ambulatorien
8. Prüfung und Umsetzung einer verpflichtenden Übermittlung der Honorarnoten von Wahlärzten in elektronischer Form an die Sozialversicherung

(7) Durch die Zielsteuerungspartner ist zur Sicherung der Qualität der Versorgung und der Patientensicherheit eine regelmäßige Analyse zur Arbeitszufriedenheit auf Basis von regelmäßigen Befragungen von Mitarbeiter:innen/ Vertragspartner:innen im Bereich der intra- und extramuralen Versorgung durchzuführen. Entsprechende Maßnahmen zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit sind abzuleiten und von den Zielsteuerungspartnern im jeweiligen Wirkungsbereich nach Maßgabe der Möglichkeiten umzusetzen Damit sollen auch Personen, die aus einem Gesundheitsberuf ausgeschieden sind, angesprochen werden („Recruiting“).

Art. 9
Patientenversorgung digital vor ambulant vor stationär

(1) Die Versorgung mit präventiven, gesundheitsförderlichen und kurativen Leistungen folgt dem Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär“.

(2) Die Zielsteuerungs-Partner werden beauftragt, bis Mitte 2024 ein Konzept zur zielgerichteten, qualitätsvollen und verbindlichen Steuerung von Patientenwegen durch das immer arbeitsteiligere und spezialisierter werdende Gesundheitswesen der Bundes-Zielsteuerungskommission vorzulegen. Die erforderlichen rechtlichen und organisatorischen Anpassungen sind durch die jeweils zuständigen Zielsteuerungspartner nach Abnahme des Konzepts durch die Bundes-Zielsteuerungskommission vorzunehmen und die Umsetzung zu beginnen. Dabei sind folgende Rahmenbedingungen zu berücksichtigen:

1. Der Eintritt in und der Weg durch das Gesundheitssystem im Sinne des „Best-Point of Service“ ist auf eine für Patientinnen und Patienten einfach verständliche und niederschwellige Weise und anhand internationaler „Best-Practice“ Beispiele zu gestalten. Die Patient:inneninformation und unterstützende Lotsenfunktion ist durch den Ausbau der Gesundheitsberatung 1450 bzw. 1450 App und öffentliche Informationsportale wie z. B. gesundheit.gv.at zu verbessern. Insbesondere durch:
   a) Förderung der Gesundheitskompetenz durch zur Verfügung stellen von qualitätsgesicherten Gesundheitsinformationen und weiterer Services (z. B. Symptom-Checker)
   b) Etablierung eines Systems zur Terminvergabe einschließlich „Call-Recall-Systeme“
2. Eine zentrale Steuerungsrolle kommt der Gesundheitsberatung 1450 zu. Dafür ist allen in Österreich lebenden Personen mittels 1450 telefonisch und digital als erste und zentrale Anlaufstelle im Gesundheitswesen Telemedizin/Telekonsultationen verfügbar zu machen und die Möglichkeit zur Terminvereinbarung über eine Terminservicestelle gemäß Z 4 nachzulagern.
3. Die Gesundheitsberatung 1450 ist als ELGA GDA gesetzlich zu verankern.
4. Eine weitere zentrale Rolle nimmt die Primärversorgung ein, die verstärkt eine Lotsenfunktion inklusive der notwendigen zielgerichteten Zuweisungen im ambulanten insbesondere niedergelassenen Bereich übernimmt, sowie als zentrale Stelle im prä- und poststationären Setting zur Verfügung steht.
5. Der beschriebene Weg ist von den Zielsteuerungspartnern für die Gesundheitsdienstanbieter:innen insofern verbindlich zu gestalten, als den Patient:innen innerhalb der empfohlenen Konsultationsfristen entsprechende Termine anzubieten sind. Zur Vermittlung von Terminen für gesetzlich Krankenversicherte und Anspruchsberechtigte sind Terminservicestellen für alle im Rahmen der Sachleistungsversorgung tätigen Gesundheitsdienstleister:innen mit Fokus auf den extramuralen Bereich durch die Sozialversicherung und für relevante Einrichtungen im intramuralen Bereich durch die Länder einzurichten und 1450 nachzuschalten. Damit ist eine zeitnahe und angemessene Behandlung sicher zu stellen. Voraussetzung für ein verbindliches Terminangebot im fachärztlichen Bereich ist eine vorausgegangene telemedizinische Beratung gemäß Ziffer 1 oder eine entsprechende Überweisung. Die Terminservicestellen sind an 1450 anzubinden und auf diesem Wege für Versicherte und Anspruchsberechtigte sowie Gesundheitsdiensteanbieter:innen zu erreichen. Die Gesundheitsdiensteanbieter:innen sind gesetzlich zur obligatorischen Teilnahme an einem Termin-Managementsystem zu verpflichten.
6. Der beschriebene Weg ist für die Patient:innen insofern verbindlich, als dass Anreizsysteme sowohl für Patient:innen als auch für Zuweisende zu entwickeln sind, die eine geeignete Steuerung zum Best Point of Service sicherstellen.

(3) Ab Implementierung des Konzepts ist regelmäßig eine Analyse über die ambulanten Fälle ohne entsprechende Koordination (durch 1450 oder die Primärversorgung) zu erstellen. Dabei sind u.a. regionale bzw. krankheitsbezogene Unterschiede zu berücksichtigen. Die Ergebnisse dieser Analysen sind der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission regelmäßig vorzulegen und es sind gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Eine Evaluierung über die Steuerfunktion von 1450 ist so rechtzeitig durchzuführen, sodass gegebenenfalls weitere Maßnahmen zur verbindlichen Steuerung während der Laufzeit entwickeln werden können.

4. Abschnitt
Qualität und Gesundheitsförderung

Art. 10
Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen

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

Qualitätssystems erfolgen bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsgruppenübergreifend, insbesondere auch einschließlich des ambulanten Bereichs. Die Qualitätssicherung und -kontrolle im Gesundheitswesen wird unabhängig und sektorenübergreifend umgesetzt und wird im jeweiligen Wirkungsbereich bestmöglich unterstützt. Die Patientensicherheitsstrategie ist ein wesentlicher Teil der Qualitätsarbeit und orientiert sich an den internationalen Patientensicherheitszielen gemäß WHO. Die Verknüpfung dieser Qualitätsarbeiten sowie der Aufbau eines umfassenden Monitorings zur Qualitätsstrategie sind sicherzustellen.

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

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

(4) Für die von den Vertragspartnern der Zielsteuerung-Gesundheit priorisierten Bereiche sind bundesweit einheitliche Qualitätsstandards zu entwickeln und festzulegen. Diese Qualitätsstandards beinhalten verpflichtende Kriterien bzw. Rahmenvorgaben zur Prozessqualität. Darüber hinaus sind für jeden Qualitätsstandard geeignete Indikatoren zu entwickeln, um die Auswirkungen messen und gemäß Art. 11 dieser Vereinbarung darstellen zu können. Dabei ist die Sicherstellung einer integrierten Versorgung von chronischen Erkrankungen ein wesentlicher Schwerpunkt inkl. der notwendigen gesetzlichen Rahmenvorgaben sowohl in Sozialversicherungs- als auch in den Berufsgesetzen.

(5) Zur Ergebnisqualitätsmessung wird Folgendes festgelegt:

1. Für den stationären Bereich ist die bereits bestehende, auf Routinedokumentation basierende Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung (A-IQI inkl. Peer-Review-Verfahren, ergänzt durch Qualitäts-Register auf Bundesebene) fortzusetzen und entsprechend der Maßnahmen zur unabhängigen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung auszubauen. Qualitäts-Register sind neu zu strukturieren (Priorisierung, Evaluierung, technische Weiterentwicklung).
2. Die Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich ist in analoger Vergleichbarkeit zum stationären Bereich entsprechend der Maßnahmen zur unabhängigen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung weiter zu entwickeln und umzusetzen. Voraussetzung dafür ist eine einheitliche Leistungsdokumentation und eine verpflichtende Dokumentation von Diagnosen in codierter Form im gesamten ambulanten Bereich gemäß Art. 16.
3. Regelmäßige sektorenübergreifende Befragungen zu Patient:innenerfahrungen mit den Leistungen im Gesundheitswesen werden durchgeführt.

(6) Im Bereich der Strukturqualität wird eine einheitliche Vorgangsweise bei der Überprüfung der Einhaltung von Strukturqualitätskriterien im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt.

(7) Die Qualitätssicherung und -kontrolle der ärztlichen Berufsausübung sowie die Wahrnehmung der Ergebnisqualitätsmessung im niedergelassenen Bereich werden entsprechend der Maßnahmen zur unabhängigen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung umgesetzt. Darüber hinaus sind geeignete Indikatoren zu entwickeln um analog zu Art. 11 Abs. 2 dieser Vereinbarung Qualitätsinformationen aus dem extramuralen Bereich aus Routinedaten verständlich und qualitätsgesichert für die Bevölkerung anzubieten.

Art. 11
Patient:innenorientierung und Transparenzmachung von Qualitätsinformationen

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

(2) Der Bevölkerung werden im Rahmen eines beim für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium eingerichteten neutralen Portals Qualitätsinformationen und -berichte zur Verfügung gestellt. Die derzeit eingerichtete Plattform (kliniksuche.at) ist hinsichtlich Nutzbarkeit und Anwendbarkeit zu evaluieren und entsprechend weiterzuentwickeln.

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

(4) Die Arbeiten zu einer bundesweiten und sektorenübergreifenden regelmäßigen Berichterstattung über die Qualität im Gesundheitswesen sind fortzusetzen. Die periodische, alle fünf Jahre stattfindende Berichterstattung hat auch Berichte über Patient:innensicherheit, Patient:innenbefragungen, Umsetzung von Qualitätsmanagementsystemen und Qualitätsstandards sowie über Ergebnisqualität zu umfassen. Die Qualitätsberichte dienen als Grundlage zur Weiterentwicklung des Systems. Eine Veröffentlichung dieser Berichte in allgemein verständlicher Form ist sicherzustellen.

Art. 12
Stärkung zielgerichteter und abgestimmter Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz

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

(2) Österreichweit erfolgt die Dotierung dieser Gesundheitsförderungsfonds jährlich mit 26 Millionen Euro durch die Sozialversicherung und 15 Millionen Euro durch die Länder. Die Mittel der Sozialversicherung werden nach dem Versichertenschlüssel, die Mittel der Länder werden nach der Volkszahl aufgebracht und in dieser Form auf die Bundesländer verteilt. Im Geschäftsjahr nicht verwendete Mittel sind im Folgejahr den zur Verfügung stehenden Gesundheitsförderungsmitteln zuzuschlagen.

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

(4) Die Vertragsparteien kommen überein, sich bei der Durchführung von allen Maßnahmen der Gesundheitsförderung an der gemeinsam vereinbarten Gesundheitsförderungsstrategie zu orientieren und damit das Zielsteuerungssystem im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblich weiterzuentwickeln und zu stärken. Die Ziele, priorisierten Schwerpunkte und die Grundsätze zur Mittelvergabe der Gesundheitsförderungsstrategie bzw. der erneuerten Gesundheitsförderungsstrategie sind verbindlich für die Mittelvergabe in den Gesundheitsförderungsfonds der Landesgesundheitsfonds (Abs. 1) und in der „Finanzierung überregional bedeutsamer Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie Behandlungsmaßnahmen“ (Art. 37) einzuhalten. In der Gesundheitsförderung sind Einzelmaßnahmen zum Zweck der Erhöhung der Gesamteffektivität zu bündeln. Dementsprechend hat die Mittelvergabe in den Gesundheitsförderungsfonds der Landesgesundheitsfonds für die Mittel gemäß Abs. 2 zu 75 % für bundesweit einheitliche Schwerpunkte gemäß Gesundheitsförderungsstrategie zu erfolgen. Bei Verwendung der Mittel gemäß Art. 37 für überregional bedeutsame Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme hat der Mitteleinsatz zu 100 % den bundesweit einheitlichen Schwerpunkten gemäß Gesundheitsförderungsstrategie zu entsprechen.

(5) Die Vertragsparteien kommen überein, die Gesundheitsförderungsstrategie unter Berücksichtigung wesentlicher Berichte, der Lernerfahrungen aus der Corona-Pandemie sowie der Entwicklungen in der Digitalisierung des Gesundheitswesens zu erneuern und zu erweitern. Dabei ist das Ziel nachweisbar wirksame Maßnahmen mit hohem Gesundheitsgewinn und mit großer epidemiologischer und ökonomischer Bedeutung auch durch eine Bündelung von Einzelmaßnahmen von Bund, Ländern und Sozialversicherung in Programmbudgets mit gemeinsamer Beschlussfassung österreichweit umzusetzen.

(6) Es werden grundsätzlich alle österreichischen Gesundheitsförderungsaktivitäten, die mit öffentlichen Mitteln finanziert werden und für die die Gesundheitsförderungsstrategie bzw. die erneuerte Gesundheitsförderungsstrategie gilt, anhand einheitlicher Messparameter im gemeinsamen „Monitoring der Gesundheitsförderungsstrategie“ dokumentiert und in zweckmäßigen Intervallen (alle drei Jahre) in einem Bundes-Monitoringbericht zusammengefasst und analysiert. Ein mit den Vertragspartnern abgestimmtes Ergebnis wird nach Beschluss in der Bundes-Zielsteuerungskommission publiziert und dient zur Weiterentwicklung des Zielsteuerungssystems im Bereich der Gesundheitsförderung.

(7) Durch die finanzierten Gesundheitsförderungsmaßnahmen entstandenen Instrumente und Wissen sowie in den Maßnahmen genutzte Instrumente werden auf einer Plattform für die Allgemeinheit zugänglich gemacht.

(8) Im Sinne der öffentlichen Gesundheit, der Patientenorientierung und der Verbesserung der Outcomes im Gesundheitssystem ist die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ein maßgebliches Element und leistet einen Beitrag zur mittel- bis langfristigen Steigerung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen. Die Gesundheitskompetenz ist so zu stärken, dass Gesundheitsentscheidungen unterstützt werden, die Orientierung im Gesundheitssystem und die aktive Beteiligung der Betroffenen in Entscheidungsprozessen möglich sind. Dazu kommen die Vertragsparteien insbesondere überein, die zum Ziel 3 der Gesundheitsziele Österreich („Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“) erarbeiteten operativen Teilziele umzusetzen und auszubauen. Die Weiterentwicklung und bundesweite Ausrollung bewährter Maßnahmen und bestehender Tools steht im Fokus. Das Monitoring der Gesundheitskompetenz wird fortgesetzt.

Art. 13
Neuorganisation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und Experten-Pooling für medizinisches Krisenmanagement

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen zu schaffen, die auf Landesebene eine flexible, effiziente und übergreifende Weiterentwicklung und Umsetzung der Aufgaben des ÖGD erlauben. Der begonnene Prozess „ÖGD Neu“ wird zielgerichtet weitergeführt und bis Ende 2024 abgeschlossen. Dieser soll insbesondere die folgenden Themenbereiche umfassen:

1. zukunftsweisende Ausrichtung der Strukturen, Aufgaben und Befugnisse (Governance),
2. Personal- und Expertiseaufbau,
3. Steigerung der Attraktivität,
4. umfassende Digitalisierung und
5. Weiterentwicklung zur besseren Vorbereitung auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen.

(2) Die Vertragsparteien kommen weiters überein, zur raschen Intervention bei hochkontagiösen Erkrankungen die überregionale Organisation des ÖGD durch die Einrichtung eines Expertenpools für medizinisches Krisenmanagement an Standorten der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES) zu stärken. Aufgaben sind dabei die Erstellung von Risikoanalysen, Beratung und Intervention vor Ort sowie die Erstellung von Prüfberichten. Über den Fortschritt des Aufbaus wird in regelmäßigen Abständen im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit berichtet.

5. Abschnitt
Finanzierungssysteme, leistungsorientierte Finanzierung und Dokumentation

Art. 14
Finanzierungssysteme

(1) Es wird vereinbart, die bestehenden Finanzierungs- und Abgeltungs- bzw. Honorierungssysteme im österreichischen Gesundheitswesen in der Form weiterzuentwickeln, sodass die Ziele der Zielsteuerung-Gesundheit, insbesondere eine stärkere Ausrichtung am Versorgungsbedarf, unterstützt und ein möglichst effektiver und effizienter Einsatz der zur Verfügung stehenden Finanzmittel sichergestellt wird. Des Weiteren sind die Finanzierungs- und Abgeltungs- bzw. Honorierungssysteme aller Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens aufeinander abzustimmen und grundsätzlich in pauschalierter, leistungsorientierter und transparenter Form zu gestalten und die Abrechnungs- und Verordnungsdaten auf pseudonymisierter Ebene (je Leistungsempfänger) den Zielsteuerungspartnern in regelmäßigen Abständen, zumindest doch einmal im Quartal, gegenseitig im Wege der Plattform zur gemeinsamen Sekundärnutzung von Daten aus dem Gesundheitsbereich gemäß Art. 52 Abs. 2 Z 1 lit. e und zum Zwecke der übergreifenden Steuerung und Planung zur Verfügung zu stellen. Dabei ist insbesondere auch auf die Anreiz- und Steuerungswirkungen dieser Systeme zu achten. Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist bei der Umsetzung der Finanzierungs- und Abgeltungs- bzw. Honorierungssysteme von den jeweiligen Finanzierungspartner:innen auf mögliche Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen in den anderen Versorgungsbereichen Bedacht zu nehmen.

(2) Das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) wird fortgesetzt und weiterentwickelt. Die Ausgestaltung des gesamten LKF-Modells hat dahingehend zu erfolgen, dass entsprechende Anreize für eine weitgehende Verlagerung kurzzeitiger Aufenthalte entsprechend dem „Best Point of Service (BPoS)“ in den ambulanten Bereich gesetzt, sowie leistungsmengenunabhängige Vorhaltekosten berücksichtigt werden. Des Weiteren sind auch die Honorierungssysteme im extramuralen Bereich, insbesondere im Bereich der Primärversorgung, weiterzuentwickeln und dahingehend auszurichten, dass die Erfüllung der Versorgungsaufträge unterstützt sowie der Auf- und Ausbau multiprofessioneller und interdisziplinärer Versorgungsangebote forciert wird. Dabei ist auch eine

Harmonisierung der Abgeltungssystematiken schrittweise umzusetzen. Des Weiteren ist eine stärkere pauschalierte Abgeltung von Leistungsbündel anzustreben und eine verbesserte Abstimmung der Krankenversicherungsträger bei der (Weiter-)Entwicklung der Honorarkataloge insbesondere bei der Festlegung neuer und der Änderung von bestehenden Abrechnungspositionen sicherzustellen.

Art. 15
Durchführung der leistungsorientierten Finanzierung

(1) Das leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem ist fortzuführen und weiterzuentwickeln. Die Kriterien für die Verteilung des Vorhaltekostenanteils sind mit dem LKF-Modell zu beschließen, zu evaluieren und weiterzuentwickeln. Das leistungsorientierte Finanzierungssystem ist so zu gestalten und weiterzuentwickeln, dass es die Zielsetzungen und Handlungsfelder gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit unterstützt. Dieses Finanzierungssystem hat auch als österreichweit einheitliches, einfach zu administrierendes Instrumentarium für gesundheitspolitische Planungs-, Qualitäts- und Steuerungsmaßnahmen zu dienen und zu einer höheren Kosten- und Leistungstransparenz beizutragen.

(2) Die Bepunktungsregelungen, der Vorhaltekostenanteil sowie die Kriterien zur Abgeltung des Vorhaltekostenanteils im LKF-Modell (LKF-Kernbereich) sind von der Bundesgesundheitsagentur bundesweit einheitlich festzusetzen und in regelmäßigen Abständen zu evaluieren.

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

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

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

(4) Die Vertragsparteien kommen überein, dass seitens der Länder sichergestellt wird, dass allen über den jeweiligen Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten bei Abrechnung von LKF-Punkten bezüglich des Punktewertes für diesen Teil gleiche Vergütung von gleichartigen Leistungen sowie eine auf einheitlichen Kriterien basierende Zuteilung aus den LKF-Mitteln zur Abrechnung der Vorhaltekosten gewährleistet wird.

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

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

(7) Mit 1. Jänner 2025 ist das weiterentwickelte LKF-Modell für den stationären und spitalsambulanten Bereich anzuwenden. In weiterer Folge werden die Auswirkungen der Modellanwendungen analysiert und darauf basierend das LKF-Modell gewartet und weiterentwickelt. Sofern erforderlich ist eine punktuelle Aktualisierung und Weiterentwicklung des gesamten LKF-Modells im Rahmen der Vereinbarungsperiode jederzeit möglich. In diesem Zusammenhang ist auch eine Dokumentation von definierten seltenen und teuren pharmakologischen Therapien gemäß Art. 16 unter Berücksichtigung des „Best Point of Service“ für eine mögliche Integration in ein weiterzuentwickelndes LKF-Modell vorzunehmen.

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

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

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

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

Art. 16
Sicherstellung und Weiterentwicklung der Dokumentation

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

(2) Die derzeitige Dokumentation im stationären Bereich (Diagnosen- und Leistungsdokumentation, Intensivdokumentation) und im ambulanten Bereich (Leistungsdokumentation und künftig auch Diagnosendokumentation) der Krankenanstalten sowie die Dokumentation von Statistikdaten (Krankenanstalten-Statistik), Kostendaten (Kostenstellenrechnung) und Daten aus dem Berichtswesen zu den Rechnungsabschlüssen der Krankenanstalten durch die Träger von Krankenanstalten sind sicherzustellen. Ebenso ist die derzeitige Dokumentation im extramuralen Bereich (Leistungsdokumentation) durch die Sozialversicherung sicherzustellen. In diesem Zusammenhang wird auch die einheitliche Pseudonymisierung der Datenmeldungen inklusive der dafür notwendigen Datengrundlagen weiterhin sichergestellt. Die genauen Daten und Dokumentationen sind den Zielsteuerungs-Partnern zur Verfügung zu stellen.

(3) Die Erfassung von definierten seltenen und teuren pharmakologischen Therapien (z. B. Enzymersatztherapien) sowohl im stationären als auch im spitalsambulanten Bereich ist fortzuführen. Gleichzeitig mit der Leistungserfassung für die ausgewählten Medikamente ist eine verpflichtende Erfassung der entsprechenden der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), in der von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium herausgegebenen Fassung sicherzustellen, um diese Therapien mit entsprechenden Indikationen für Zwecke der Qualitätssicherung, Epidemiologie und allfällige spätere Abrechenbarkeit verknüpfen zu können. In Symmetrie zur Dokumentation dieser pharmakologischen Therapien im Krankenanstaltenbereich werden zur Erreichung eines vollständigen Bildes über das Leistungsgeschehen seitens der Sozialversicherung entsprechende Informationen aus dem extramuralen Bereich im Sinne des Art. 14 Abs. 3 Z 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit zur Verfügung gestellt (z. B. Daten zu Arzneimittelverordnungen).

(4) Als Voraussetzung zur Planung, Realisierung und Erfolgskontrolle des Konzepts der integrierten Gesundheitsversorgung ist eine zum akutstationären Versorgungsbereich kompatible Diagnosendokumentation im intra- und extramuralen ambulanten Versorgungsbereich sicherzustellen. Die Einführung der verpflichtenden Dokumentation von Diagnosen in codierter Form im gesamten ambulanten Bereich erfolgt auf Basis der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), in der von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium herausgegebenen Fassung und ist schrittweise so umzusetzen, dass eine entsprechende Dokumentation durch die Vertragspartner:innen der Sozialversicherung spätestens mit 01.01.2025 und durch Nicht-Vertragspartner:innen spätestens mit 01.01.2026 sichergestellt ist.

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

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

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

(8) Auf Basis eines von der Bundesgesundheitsagentur festgelegten bundesweit einheitlich strukturierten Berichts sind von den Landesgesundheitsfonds und den Trägern der Sozialversicherung

standardisierte Berichte über deren Gebarung (Voranschläge und Rechnungsabschlüsse) und weitere wesentliche Eckdaten in periodischen Abständen zu übermitteln.

(9) In Abstimmung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung sind Gesundheitsdaten durch eine Plattform zur gemeinsamen Sekundärnutzung von Daten aus dem Gesundheitsbereich gemäß Art. 52 Abs. 2 Z 1 lit. e in einer Struktur zu bündeln, die alle beteiligenden Vertragspartner gleichwertig einbindet und umfassende und notwendige Auswertungen zur Steuerung, Planung, Qualitätssicherung und Finanzierung des Gesundheitswesens ermöglicht. Für den Aufbau, die Umsetzung und die Funktionalität der Plattform sind Bund, Länder und die Sozialversicherung verantwortlich und haben die entsprechenden Daten gegenseitig bereitzustellen.

Art. 17
Erfassung weiterer Daten

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

Art. 18
Erhebungen und Einschaurechte

(1) Den Organen des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums und von diesen beauftragten nicht amtlichen Sachverständigen ist es gestattet, Erhebungen über die Betriebsorganisation und den Betriebsablauf der Krankenanstalten gemäß Art. 24 Abs. 3 und 4 durchzuführen und in die die Betriebsführung der Krankenanstalten betreffenden Unterlagen Einsicht zu nehmen. Der Bund ist verpflichtet, den betroffenen Landesgesundheitsfonds und dem Rechtsträger der jeweiligen Krankenanstalt über die Ergebnisse zu berichten und Vorschläge für Verbesserungen und Änderungen innerhalb einer angemessenen Frist zu erstatten.

(2) In der Bundesgesundheitsagentur und in den Landesgesundheitsfonds sind den Vertreter:innen des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung auf Verlangen Auskünfte über finanzierungsrelevante oder planungsrelevante Angelegenheiten von den beteiligten Finanzierungspartner:innen zu erteilen.

(3) Der Bund und die Länder verpflichten sich, entsprechende gesetzliche Bestimmungen zu schaffen, die es

1. der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds oder von diesen beauftragten Sachverständigen gestatten, Erhebungen über die Betriebsorganisation und den Betriebsablauf der Krankenanstalten gemäß Art. 24 Abs. 3 und 4 durchzuführen und in alle die Betriebsführung betreffenden Unterlagen durch eigene Organe oder beauftragte Sachverständige Einsicht zu nehmen und
2. der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds oder von diesen beauftragten Sachverständigen gestatten, Erhebungen über die Betriebsorganisation und den Betriebsablauf sonstiger Leistungserbringer:innen im Gesundheitswesen durchzuführen und in alle die Betriebsführung betreffenden Unterlagen durch eigene Organe oder beauftragte Sachverständige Einsicht zu nehmen.

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

6. Abschnitt
Organisation und Entscheidungsstrukturen auf Bundesebene

Art. 19
Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur

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

Art. 20
Organisation der Bundesgesundheitsagentur

(1) Die Bundesgesundheitsagentur hat folgende Organe:

1. Bundes-Zielsteuerungskommission
2. Ständiger Koordinierungsausschuss

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

Art. 21
Bundes-Zielsteuerungskommission

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

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

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

1. Für die Beschlussfassungen in allen Angelegenheiten ausgenommen Z 2 ist ein Einvernehmen zwischen der Kurie des Bundes, der Kurie der Länder und der Kurie der Sozialversicherung erforderlich, wobei die Kurien jeweils eine Stimme haben.
2. Beschlussfassungen in den Angelegenheiten gemäß Abs. 4 Z 1 lit. a sowie Abs. 4 Z 1 lit. b, sofern es sich um Mittel gemäß Art. 35 Abs. 1 und 2 und Art. 36 Abs. 3 handelt, erfolgen mit Bundesmehrheit; in diesen Fällen verfügt die Kurie des Bundes über vier Stimmen.

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

1. zu Angelegenheiten der Bundesgesundheitsagentur als Fonds:
   a) Voranschlag und Rechnungsabschluss der Bundesgesundheitsagentur
   b) Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln der Bundesgesundheitsagentur nach Maßgabe der Bestimmungen in Art. 35, Art. 36, Art. 37 und Art. 46
   c) Vorgaben für die Verwendung von Finanzmitteln zur Optimierung der Versorgung nach Maßgabe der Bestimmungen im 9. Abschnitt
   d) Laufende Wartung und Aktualisierung sowie Weiterentwicklung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungsmodells (LKF) für den stationären und spitalsambulanten Bereich inklusive seiner Grundlagen
2. zu allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen:
   a) Stärkung der nachhaltigen Umsetzung der Gesundheitsziele Österreich samt Festlegung der Indikatoren und Monitoring gemäß Art. 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (inkl. Strategien zur Umsetzung)
   b) Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens
   c) Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien gemäß Art. 7
   d) Richtlinien für eine bundesweite, alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende Dokumentation, sowie Weiterentwicklung des Dokumentations- und Informationssystems für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG)

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

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

Art. 22
Ständiger Koordinierungsausschuss

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

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

(3) Für Beschlussfassungen im Ständigen Koordinierungsausschuss sind die Bestimmungen des Art. 21 Abs. 3 analog anzuwenden.

(4) Der Ständige Koordinierungsausschuss hat folgende Aufgaben:

1. Beschlussfassung in den von der Bundes-Zielsteuerungskommission übertragenen Aufgaben,
2. Entscheidung über die geplante Einführung und inhaltliche Umsetzung von neuen oder inhaltlich erweiterten Monitoring-Systemen im Gesundheitswesen, sofern diese nicht aufgrund rechtlicher Vorgaben oder aufgrund international bestehender Verpflichtungen durchzuführen sind,
3. Akkordierung gemeinsamer Standpunkte von Bund, Ländern und der Sozialversicherung,
4. Abstimmung konkreter Arbeitsaufträge einschließlich Verantwortlichkeit und Zeitplan,
5. Klärung von Fragen, die von anderen Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit an ihn herangetragen werden,
6. Abstimmung der eHealth-Entwicklung im Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung insbesondere zur Umsetzung des Art. 7. Gemeinsame Festlegung von eHealth Anwendungen der Zielsteuerungspartner, um Parallelstrukturen und -entwicklungen zu vermeiden und
7. Abstimmung der strategischen Ausrichtung der gemeinsamen Gesundheitsdatenbewirtschaftung insbesondere hinsichtlich Aufbau und Weiterentwicklung der Datenhaltung, -auswertung und -interpretation gemäß Art. 16 Abs. 9.

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

Art. 23
Bundesgesundheitskommission

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

(2) Der Bundesgesundheitskommission gehören an:

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

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

(4) Das für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerium hat

1. die Sitzungen der Bundesgesundheitskommission vorzubereiten,
2. die Ergebnisse der Sitzungen der Bundesgesundheitskommission festzuhalten und
3. der Bundesgesundheitskommission über die Aktivitäten der Bundesgesundheitsagentur zu berichten.

7. Abschnitt
Organisation und Entscheidungsstrukturen auf Landesebene

Art. 24
Einrichtung der Landesgesundheitsfonds

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

(2) Bei der Einrichtung und Tätigkeit von Landesgesundheitsfonds haben jedenfalls zwischen den Ländern akkordierte und die Vergleichbarkeit gewährleistende Verrechnungsvorschriften Anwendung zu finden und eine periodengerechte Abgrenzung der Mittel der Landesgesundheitsfonds zu erfolgen. Diese Regelungen haben insbesondere den Anforderungen der Finanzzielsteuerung gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit zu entsprechen. Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds sind nach detaillierter bundeseinheitlichen Form zu gliedern und entsprechende Vorgaben durch den Bund vorzusehen.

(3) Auf der Grundlage des Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung sind den Trägern folgender Krankenanstalten, soweit diese Krankenanstalten im Jahr 1996 Zuschüsse des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds erhalten haben, von den Landesgesundheitsfonds Zahlungen zu gewähren:

1. Öffentliche Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 KAKuG mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und
2. private Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 KAKuG bezeichneten Art, die gemäß § 16 KAKuG gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind.

(4) Ebenfalls auf der Grundlage des Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung sind dem Träger des Geriatrischen Krankenhauses der Stadt Graz und dem Träger der Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie vom Gesundheitsfonds Steiermark Zahlungen zu gewähren. Für den Träger des Geriatrischen Krankenhauses Graz leistet der Dachverband für die Laufzeit dieser Vereinbarung über Art. 29 hinausgehend Zahlungen an den Gesundheitsfonds Steiermark nach Maßgabe des Vertrages vom 11. 9. 2006 für die dort genannten Leistungen. Für die Behandlung sozialversicherte:r Patient:innen leistet der Gesundheitsfonds Steiermark Zahlungen an den Träger der Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie sowie der NÖGUS Zahlungen an den Träger des PSO Eggenburg. Diese speziellen Finanzierungen des Geriatrischen Krankenhauses der Stadt Graz, der Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie und des PSO Eggenburg haben keinerlei Auswirkung auf die Finanzierung der übrigen Landesgesundheitsfonds.

(5) Des Weiteren können an die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt als Betreiber der Betten der Universitätsklinik für Orthopädie und Traumatologie der PMU des Landeskrankenhauses Salzburg – Universitätsklinikum der PMU einschließlich des Fachschwerpunktes für Orthopädie und Traumatologie an der Landesklinik Hallein auf Grundlage der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung Mittel für die Behandlung der Patientinnen und Patienten für deren Anstaltsaufenthalt der Gesundheitsfonds Salzburg aufzukommen hat, an diesen oder die Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH angewiesen werden. Diese Zahlungen haben keinerlei Auswirkungen auf die Finanzierung der übrigen Landesgesundheitsfonds. Eine mögliche Integration der UKH der AUVA in die Fondsfinanzierung wird innerhalb der Zielsteuerungsperiode geprüft.

Art. 25
Organisation der Landesgesundheitsfonds

(1) In den Landesgesundheitsfonds sind folgende Organe einzurichten:

1. Gesundheitsplattform
2. Landes-Zielsteuerungskommission

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

(3) Weiters kann zur Beratung der Landesgesundheitsfonds jeweils eine Gesundheitskonferenz eingerichtet werden, in der die wesentlichen Akteur:innen des Gesundheitswesens vertreten sind.

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

(5) Die Vertragsparteien stellen sicher, dass die Landesgesundheitsfonds auf Anforderung die zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigten Daten in entsprechend aufbereiteter und nachvollziehbarer Form erhalten. Weiters wird sichergestellt, dass in den Organen der Landesgesundheitsfonds über alle relevanten Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich informiert wird.

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

(7) Im Falle eines vertragslosen Zustandes mit den Vertragspartner:innen wird der Landesgesundheitsfonds mithelfen, schwerwiegende Folgen für die Bevölkerung zu vermeiden. Dabei ist auch eine Regelung für die Entgelte bei Mehrleistungen zu treffen. Die Sozialversicherung hat Zahlungen maximal im Ausmaß der vergleichbaren ersparten Arztkosten an den Landesgesundheitsfonds zu leisten.

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

Art. 26
Gesundheitsplattform auf Landesebene

(1) Der Gesundheitsplattform gehören an:

1. mit Stimmrecht: sechs Vertreter:innen des Landes und sechs Vertreter:innen der Träger der Sozialversicherung sowie ein:e Vertreter:in des Bundes; Ersatzmitglieder nach Maßgabe allfälliger landesgesetzlicher Regelungen,
2. ohne Stimmrecht: der Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und
3. jedenfalls Vertreter:innen der Ärztekammer, der Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden, der Patient:innenvertretungen und der Rechtsträger der Krankenanstalten, die über den Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, denen landesgesetzlich ein Stimmrecht eingeräumt werden kann.

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

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

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

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

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

1. in Angelegenheiten des Landesgesundheitsfonds als Fonds:
   a) Landesspezifische Ausformung des im Bundesland geltenden leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems; Abgeltung von Betriebsleistungen der

Fondskrankenanstalten; Umsetzung von leistungsorientierten Vergütungssystemen; Gewährung von Förderungen für Investitionsvorhaben; Gewährung von Zuschüssen für Projekte, Planungen und krankenhausentlastende Maßnahmen

b) Voranschlag und Rechnungsabschluss des Landesgesundheitsfonds

c) Aufgaben, die dem Landesgesundheitsfonds durch die Landesgesetzgebung aus dem Zuständigkeitsbereich des Landes übertragen werden

2. zu allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen:

a) (Weiter-) Entwicklung der Gesundheitsziele (inkl. Strategien zur Umsetzung) auf Landesebene

b) Grundsätze der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen

c) Grundsätze der Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement

d) Mitwirkung am Auf- und Ausbau der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur

e) Umsetzung von Projekten zur Gesundheitsförderung

f) Evaluierung der von der Gesundheitsplattform auf Landesebene wahrgenommenen Aufgaben

3. Bei jedem Tagesordnungspunkt ist das erforderliche Beschlussquorum gemäß Abs. 3 auszuweisen

(6) In der Gesundheitsplattform erfolgen zu nachstehenden Punkten Informationen und Konsultationen:

1. Ressourcenplanung im Pflegebereich
2. Bericht über Festlegungen der Landes-Zielsteuerungskommission

(7) Die Voranschläge und die Rechnungsabschlüsse sind der Bundesgesundheitsagentur unmittelbar nach Beschlussfassung zu übermitteln.

(8) Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass einzelne Aufgaben der Gesundheitsplattform, sofern darüber Einvernehmen zwischen dem Land und der Sozialversicherung vorliegt, an die Landes-Zielsteuerungskommission übertragen werden können.

(9) Ein der Volkszahl des jeweiligen Landes entsprechender Anteil an 15 Millionen Euro von den Zuschüssen für krankenhausentlastende Maßnahmen gemäß Abs. 5 Z 1 lit. a ist jährlich im Voranschlag gesondert auszuweisen. Über die Vergabe dieser Mittel wird im Einvernehmen zwischen Land und Sozialversicherung in der Gesundheitsplattform entschieden.

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

Art. 27
Landes-Zielsteuerungskommission

(1) Der Landes-Zielsteuerungskommission gehören die Kurie des Landes mit sechs Vertreter:innen, die Kurie der Träger der Sozialversicherung mit sechs Vertreter:innen sowie ein:e Vertreter:in des Bundes an. Bei der Vertretung der Sozialversicherung ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten.

(2) Hinsichtlich der Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission gilt Folgendes:

1. Innerhalb der jeweiligen Kurie ist eine Entscheidung über ihr Stimmverhalten herbeizuführen. Die Entscheidungsfindung ist für die Kurie des Landes landesgesetzlich und für die Kurie der Sozialversicherung im Sozialversicherungsrecht zu regeln.
2. Für Beschlussfassungen ist Einvernehmen zwischen der Kurie des Landes und der Kurie der Sozialversicherung erforderlich.
3. Die Vertreterin/der Vertreter des Bundes verfügt über ein Vetorecht gegen Beschlüsse, die gegen geltendes Recht, die geltenden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG, den Zielsteuerungsvertrag oder gegen Beschlüsse der Organe der Bundesgesundheitsagentur verstoßen. Im Falle der Verhinderung des Bundes an der Sitzungsteilnahme kann dieser binnen einer Woche schriftlich und begründet sein Vetorecht einbringen.

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

8. Abschnitt
Mittel der Bundesgesundheitsagentur und der Landesgesundheitsfonds

Art. 28
Mittel der Bundesgesundheitsagentur

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

1. 0,453115 % des Nettoaufkommens an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel (§ 10 Abs. 1 FAG 2017),
2. 0,411633 % des Nettoaufkommens an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel (§ 10 Abs. 1 FAG 2017) und
3. mit einem weiteren Betrag von 83 573 759,29 Euro.

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

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

1. Zunächst sind folgende Vorweganteile zu überweisen:
   a) 3,63 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Oberösterreich,
   b) 4,36 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Steiermark,
   c) 3,63 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Tirol,
   d) 2 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Niederösterreich,
   e) 2 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Oberösterreich,
   f) 2 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Salzburg,
   g) 14 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Tirol.
2. Sodann sind folgende Mittel jährlich nach Maßgabe entsprechender Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission in Abzug zu bringen und gemäß Art. 35 bis Art. 38 bzw. gemäß Art. 46 Abs. 2 zu verwenden,:
   a) 12,5 Millionen Euro zur Finanzierung von Projekten und Planungen, insbesondere auch im Hinblick auf die Anforderungen aufgrund der erforderlichen Strukturmaßnahmen gemäß Art. 31 sowie zur Abgeltung von Leistungen, die von der Gesundheit Österreich GmbH für die Bundesgesundheitsagentur erbracht werden;
   b) 5 Millionen Euro zur Förderung des Transplantationswesens,
   c) 3,5 Millionen Euro zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen im Sinne der lit. a und für wesentliche Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung, deren Verwendung im Einvernehmen mit den Ländern und der Sozialversicherung festgelegt wird,
   d) 40 Millionen Euro zur Finanzierung von überregionalen Vorhaben gemäß Art. 34, mit der Option auf Erhöhung durch Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission,
   e) 3,417 Millionen Euro zur Finanzierung des Länderanteils an ELGA gemäß Art. 35 Abs. 6,
   f) 17 Millionen Euro zur Finanzierung des Länderanteils an der Drittelfinanzierung der Vorhaben im Bereich Digitalisierung/eHealth,
   g) 43 Millionen Euro zur Finanzierung des Länderanteils an der Drittelfinanzierung der Vorhaben gemäß Art. 31 Abs. 1 Z 4 (exkl. Art. 31 Abs. 5 Z 1 lit. c) und 5 und
   h) allfällige für Anstaltspflege im Ausland aufzuwendende Mittel (Art. 46 Abs. 2)
3. Die verbleibenden Mittel werden nach Maßgabe des Art. 47 (Sanktionen) an die Landesgesundheitsfonds geleistet.

Art. 29
Mittel der Landesgesundheitsfonds

(1) Mittel der Landesgesundheitsfonds sind:

1. Beiträge der Bundesgesundheitsagentur,
2. ein Betrag in der Höhe von 0,949% des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug des im § 8 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2017 genannten Betrages von den Ländern,
3. Beiträge der Sozialversicherung gemäß Abs. 6,

4. zusätzliche Mittel, die für die Gesundheitsreform aufgrund der Vereinbarung über den Finanzausgleich 2005 bis 2008 zur Verfügung gestellt werden (diese Mittel werden bis Ende der Laufzeit dieser Vereinbarung weiterhin in der bisherigen Form zur Verfügung gestellt und wie im Jahr 2007 an die Landesgesundheitsfonds verteilt),
5. Mittel gemäß GSBG,
6. nach Maßgabe einer besonderen bundesgesetzlichen Regelung – Beiträge der Gemeinden (Umsatzsteueranteile),
7. allenfalls die von den Ländern, Gemeinden und Rechtsträgern der Krankenanstalten zur Abdeckung des Betriebsabganges der Krankenanstalten zu leistenden Beiträge und sonstige Mittel, die die Länder den Krankenanstalten zur Verfügung stellen, und
8. allfällige sonstige Mittel nach Maßgabe von landesrechtlichen Vorschriften, wobei die Einführung weiterer Selbstbehalte unzulässig ist.

Dabei sind die Landesgesundheitsfonds betragsmäßig so zu dotieren, dass sichergestellt ist, dass zumindest 51% der laufenden Kosten der Krankenanstalten (inkl. Abschreibungen) durch marktmäßige Umsätze (Erlöse) finanziert werden.

(2) Die Bundesgesundheitsagentur leistet jährlich folgende Beiträge an die Landesgesundheitsfonds:

1. Mittel gemäß Art. 28 Abs. 1 Z 1,
2. 9,29% der Mittel gemäß Art. 28 Abs. 1 Z 2,
3. 2,87% der Mittel gemäß Art. 28 Abs. 1 Z 2, zuzüglich 83 573 759,29 Euro gemäß Art. 28 Abs. 1 Z 3,
4. 49,14% der Mittel gemäß Art. 28 Abs. 1 Z 2 vermindert um die Abzüge gemäß Art. 28 Abs. 3 Z 2 (nach Maßgabe des Art. 47),
5. 38,70% der Mittel gemäß Art. 28 Abs. 1 Z 2.

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

1. Beiträge gemäß Abs. 2 Z 1 sind mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2024 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen zu erbringen, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel zu richten hat. Diese Vorschüsse sind an den gesetzlichen Terminen der Vorschussleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen.
2. Beiträge gemäß Abs. 2 Z 2 und 3 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels zu überweisen.
3. Beiträge gemäß Abs. 2 Z 4 vermindert um die Abzüge gemäß Art. 28 Abs. 3 Z 2 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 20. April, 20. Juli, 20. Oktober und am 20. Jänner des Folgejahres zu überweisen.
4. Beiträge gemäß Abs. 2 Z 5 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 20. April, 20. Juli, 20. Oktober und am 20. Jänner des Folgejahres zu überweisen.

(4) Die Vertragsparteien kommen überein, dass die Beiträge der Länder gemäß Abs. 1 Z 2 mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2024 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen zu erbringen sind, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder an der Umsatzsteuer zu richten hat. Diese Vorschüsse sind zu den gesetzlichen Terminen der Vorschussleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu Lasten der Länder vom Bund an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

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

(6) Hinsichtlich der Mittel der Sozialversicherung gilt Folgendes:

1. Der Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger leistet für Rechnung der in ihm zusammengefassten Sozialversicherungsträger an die Landesgesundheitsfonds einen vorläufigen Pauschalbetrag.
2. Die vorläufigen Zahlungen der Träger der Sozialversicherung ab 2024 ergeben sich aus dem Jahresbetrag der Zahlung gemäß endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr, multipliziert mit den vorläufigen Hundertsätzen der Folgejahre. Diese sind die geschätzten prozentuellen Steigerungen der Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr.
3. Die endgültigen jährlichen Abrechnungen sind bis zum 31. Oktober des jeweils folgenden Kalenderjahres in der Form vorzunehmen, dass der jeweilige endgültige Jahresbetrag des Vorjahres um jenen Prozentsatz zu erhöhen ist, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr prozentuell gestiegen sind, wobei im Zuge der Vereinbarung über den Finanzausgleich gemäß Abs. 1 Z 4 vereinbarte beitragsrelevante Einnahmen in der sozialen Krankenversicherung nicht zu berücksichtigen sind.
4. Von den Mitteln gemäß Z 1 bis 3 werden
   a) 70% in zwölf gleich hohen Monatsraten überwiesen, wobei die 1. Rate am 20. April 2024, alle weiteren Raten über die gesamte Laufzeit dieser Vereinbarung jeweils zum 20. eines Monats fällig sind;
   b) 30% in vier gleich hohen Quartalsbeträgen überwiesen, wobei die 1. Rate am 20. April 2024, die folgenden Raten jeweils am 20. Juli, am 20. Oktober und am 20. Jänner des Folgejahres fällig sind.
5. Die Sozialversicherungsträger leisten ab 2024 bis zum Ende der Laufzeit dieser Vereinbarung jährlich einen Betrag in der Höhe des variablen Finanzvolumens an die Landesgesundheitsfonds, das sich auf Grund der am 31. Dezember 1996 bestehenden Rechtslage bezüglich der in den Sozialversicherungsgesetzen vorgesehenen Kostenbeiträge (Kostenanteile) im stationären Bereich ergeben hätte. Kostenbeiträge (Kostenanteile) für (bei) Anstaltspflege auf Grund von Bestimmungen in den Sozialversicherungsgesetzen werden von den Trägern der Krankenanstalten im Namen der Träger der Sozialversicherung für die Landesgesundheitsfonds eingehoben. Diese Kostenbeiträge (Kostenanteile) werden gemäß Z 2 valorisiert.

Art. 30
Berechnung von Landesquoten

(1) Die Beiträge der Bundesgesundheitsagentur gemäß Art. 29 Abs. 2 Z 1 und 2 sowie die Mittel der Länder gemäß Art. 29 Abs. 1 Z 2 sind im Ausmaß der nachfolgend angeführten Prozentsätze jeweils in Landesquoten aufzuteilen und an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen:

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

(2) Die bundesgesetzliche Regelung gemäß Art. 29 Abs. 1 Z 6 wird vorsehen, dass die Beiträge der Gemeinden länderweise entsprechend den in Abs. 1 genannten Anteilen verteilt werden.

(3) Die Beiträge der Bundesgesundheitsagentur gemäß Art. 29 Abs. 2 Z 3 sind im Ausmaß der nachfolgend angeführten Prozentsätze jeweils in Landesquoten aufzuteilen und an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen:

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

	100,000%

(4) Die Beiträge der Sozialversicherung gemäß Art. 29 Abs. 6 Z 1 bis 3 sind unter Anwendung des folgenden Gesamtschlüssels zu verteilen:

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

(5) Die Mittel gemäß Art. 29 Abs. 6 Z 5 verbleiben den Landesgesundheitsfonds.

(6) Die Mittel gemäß Art. 29 Abs. 2 Z 4 mit Ausnahme der Vorweganteile gemäß Art. 28 Abs. 3 Z 1 lit. a bis c, allenfalls für die Zwecke gemäß Art. 28 Abs. 3 Z 2 nicht ausgeschöpfte Mittel und die der Bundesgesundheitsagentur anfallenden Vermögenserträge sind entsprechend der aufgrund der Volkszählung 2001 auf drei Dezimalstellen kaufmännisch gerundet errechneten Prozentsätze an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

(7) Die Mittel gemäß Art. 29 Abs. 2 Z 5 – mit Ausnahme der Vorweganteile gemäß Art. 28 Abs. 3 Z 1 lit. d bis g – sind zur Hälfte entsprechend der aufgrund der Volkszählung 2001 auf drei Dezimalstellen kaufmännisch gerundet errechneten Prozentsätze und zur Hälfte unter Anwendung des folgenden Gesamtschlüssels (Basis: LKF-Punkteverteilung 2005) an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen:

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

9. Abschnitt
Finanzmittel zur Optimierung der Versorgung

Art. 31
Zusätzliche Mittel für die nachhaltige Stärkung des solidarischen Gesundheitssystems

(1) Die Vertragspartner kommen überein, gemäß den nachstehenden Bestimmungen für die Periode 2024 bis 2028 insgesamt zusätzliche öffentliche Mittel für die in Art. 1 angeführten gesundheitspolitischen Zielsetzungen und dringend erforderlichen Strukturmaßnahmen in den folgenden Bereichen zweckzuwidmen:

1. Stärkung des niedergelassenen Bereichs: jährlich 300 Millionen Euro (über die Laufzeit 1.500 Millionen Euro)
2. Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und für Strukturreformen über die Laufzeit 3.016,9 Millionen Euro:
   a) 2024: 550,0 Millionen Euro
   b) 2025: 577,5 Millionen Euro
   c) 2026: 603,5 Millionen Euro
   d) 2027: 629,4 Millionen Euro
   e) 2028: 656,5 Millionen Euro
3. Digitalisierung/eHealth (inkl. Telemedizin): jährlich 51 Millionen Euro (über die Laufzeit 255 Millionen Euro)
4. Gesundheitsförderung: jährlich 60 Millionen Euro (über die Laufzeit 300 Millionen Euro)
5. Impfen: jährlich 90 Millionen Euro (über die Laufzeit 450 Millionen Euro)
6. Medikamente: jährlich 3 Millionen Euro (über die Laufzeit 15 Millionen Euro)

Die zusätzlichen Mittel gemäß Z 1, 2 und 6 werden durch den Bund zur Verfügung gestellt. Die zusätzlichen Mittel gemäß Z 3 und 4 werden mit Ausnahme von Abs. 5 Z 1 lit. c (Frühe Hilfen) zu jeweils gleichen Anteilen (Drittelfinanzierung) durch Bund, Sozialversicherung (Krankenversicherung) und Länder zur Verfügung gestellt. Die zusätzlichen Mittel gemäß Z 5 sowie Abs. 5 Z 1 lit. c (Frühe Hilfen) werden zu jeweils gleichen Anteilen (Drittelfinanzierung) durch Bund, Sozialversicherung (Kranken- und Pensionsversicherung) und Länder zur Verfügung gestellt.

Sollten für die unter Abs. 2 Z 1 angeführten Zwecke Mittel, deren Höhe die in Abs. 1 Z 1 genannte Summe über die Laufzeit übersteigt, benötigt werden, sind diese Mehraufwendungen von jenen Krankenversicherungsträgern aufzuwenden in deren Wirkungsbereich die Aufwendungen anfallen.

(2) Für die Mittel zur Stärkung des niedergelassenen Bereichs (Abs. 1 Z 1) gilt Folgendes:

1. Diese Mittel sind insbesondere für folgende Zwecke einzusetzen:
   a) Ausbau und Aufbau des niedergelassenen Bereichs vorrangig in Form von vergemeinschafteten / größeren Einheiten („quantitativer“ Ausbau) wie Primärversorgung insb. PVE und multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre Einheiten im fachärztlichen Bereich (einschließlich Gruppenpraxen und selbständige Ambulatorien) durch die Schaffung von zusätzlichen Kassenarztstellen [ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE)]
   b) Ausbau der Leistungserbringung („qualitativer“ Ausbau einschließlich telemedizinischer Leistungen): Verbesserung der Leistungserbringung beispielsweise der Sicherstellung des niedergelassenen Leistungsangebots auch zu Tagesrandzeiten und Wochenenden, durch die Herstellung verbindlicher, moderner und einheitlicher Leistungskataloge je Träger und eines bundesweit einheitlichen Gesamtvertrages der ÖGK samt harmonisierter Honorierung.

(3) Für die zusätzlichen Mittel gemäß Abs. 1 Z 2 gilt Folgendes:

1. Die zusätzlichen Mittel sind für Strukturreformen und zur Stärkung des spitalsambulanten Bereichs einzusetzen, insbesondere für den Auf- und Ausbau von spitalsambulanten Angeboten (einschließlich telemedizinischer Leistungen) sowie die Fortführung bereits initiierter Vorhaben, mit dem Ziel den stationären Bereich zu entlasten bzw. in einzelnen Bereichen zu ersetzen. Auf Basis des ÖSG und RSG sind insbesondere folgende Vorhaben umfasst:
   a) Schmerzversorgung
   b) onkologische Versorgung
   c) spezifische Therapien bei definierten Augenerkrankungen
   d) psychische Versorgung von Kindern und Jugendlichen inklusive Innovative Versorgungsformen
   e) psychische Versorgung von Erwachsenen inklusive Innovative Versorgungsformen
   f) Versorgung von Diabeteserkrankungen (inklusive Gestationsdiabetes)
   g) Wundversorgung
   h) Versorgung von Menschen mit komplexen postviralen/postinfektiösen Syndromen
   i) kontinuierliche Versorgung von Menschen mit Herzschrittmachern
   j) Ersatz bzw. Umwandlung von bettenführenden Einheiten/Standorten durch Medizinische Versorgungszentren und Erstversorgungsambulanzen (insbesondere unter Berücksichtigung von Primärversorgungseinheiten) sowie medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen/tagesambulanten oder spitalsambulanten Bereich
   k) Telemedizinische Angebote (einschließlich Telekonsultationen) zur Forcierung von Leistungen im digitalen Bereich
   l) Umsetzung und Unterstützung einer niederschwelligen und zielgerichteten Patient:inneninformation sowie der Steuerung von Patient:innenwegen gemäß Art. 9
2. Von den zusätzlichen Mitteln gemäß Abs. 1 Z 2 sind mindestens insgesamt 1.207 Millionen Euro über die Laufzeit für Strukturreformen und zur Stärkung des spitalsambulanten Bereichs gemäß Z 1 einzusetzen, wobei folgende Aufteilung auf die einzelnen Jahre vereinbart wird: mindestens 150 Mio. Euro für das Jahr 2025, mindestens 300 Mio. Euro für das Jahr 2026, mindestens 350 Mio. Euro für das Jahr 2027 und mindestens 407 Mio. Euro für das Jahr 2028. Die jährlich verbleibenden zusätzlichen Mittel können bis zu dem in Abs. 1 Z 2 für das jeweilige Jahr festgelegte Höchstausmaß für den laufenden Betrieb der Krankenanstalten und für die Abgangsfinanzierung eingesetzt werden. Die Höchstgrenzen pro Bundesland ergeben sich aus dem Verteilungsschlüssel in Z 3. Es ist sicherzustellen, dass die Mittel an die Länder fließen.
3. Die Mittel gemäß Abs.1 Z 2 sind unter Anwendung des folgenden Gesamtschlüssels zu verteilen:

Burgenland	2,461%
Kärnten	7,313%
Niederösterreich	14,500%
Oberösterreich	16,956%
Salzburg	6,438%
Steiermark	14,326%
Tirol	7,971%
Vorarlberg	4,047%
Wien	25,988%
	100,000%

(4) Für die zusätzlichen Mittel für Digitalisierung/eHealth gemäß Abs. 1 Z 3 gilt Folgendes:

1. Die Mittel für Digitalisierung/eHealth (insb. Telemedizin) in Höhe von jährlich 51 Millionen Euro sind insbesondere für folgende Zwecke einzusetzen:
   a) Stärkung des Prinzips „digital vor ambulant vor stationär“ und dafür maßgeblicher Auf- und Ausbau von telemedizinischen Angeboten
   b) Weiterentwicklung und Ausbau der Gesundheitsberatung 1450 (u.a. bessere Einbindung in bestehende Services)
   c) eHealth-Angebot in Regelversorgung schaffen (z. B. Video-Konsultationen, Cyber Security) inkl. Weiterentwicklung von ELGA
   d) Verpflichtende Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich
   e) Verbesserte Datennutzung und -verknüpfung durch Einrichtung einer Plattform zur gemeinsamen Sekundärnutzung von Daten aus dem Gesundheitsbereich

Die konkreten Inhalte/Projekte einschließlich der dafür erforderlichen Budgetmittel werden in der B-ZK beschlossen und freigegeben.

(5) Für die Mittel für Gesundheitsförderung (Abs. 1 Z 4) gilt Folgendes:

1. Die Mittel sind insbesondere für folgende Zwecke einzusetzen:
   a) Erhöhung der Dotierung der Gesundheitsförderungsfonds gemäß Art. 12 um jährlich insgesamt 26 Mio. Euro
   b) Erhöhung der Dotierung des Fonds Gesundes Österreich (einschließlich Fortführung und Weiterentwicklung der Agenda Gesundheitsförderung) um jährlich insgesamt 13 Mio. Euro
   c) Finanzierung von Frühen Hilfen in Höhe von jährlich insgesamt 21 Mio. Euro
2. Die Mittel gemäß Z 1 werden wie folgt aufgebracht:
   a) Erhöhung der Dotierung der Gesundheitsförderungsfonds gemäß Art. 12 um jährlich jeweils 13 Mio. Euro durch Länder und Krankenversicherungen
   b) Erhöhung der Dotierung des Fonds Gesundes Österreich (einschließlich Fortführung und Weiterentwicklung der Agenda Gesundheitsförderung) um jährlich 13 Mio. Euro durch den Bund
   c) Finanzierung von Frühen Hilfen in Höhe von jährlich jeweils 7 Mio. Euro durch Bund, Länder und Sozialversicherung (Kranken- und Pensionsversicherung)

(6) Die Mittel für Impfen (Abs. 1 Z 5) sind insbesondere für die schrittweise Umsetzung eines umfassenden öffentlich finanzierten Impfprogramms unter Voraussetzung der partnerschaftlichen Drittelfinanzierung mit Ländern und SV einzusetzen.

(7) Die Mittel für Medikamente (Abs. 1 Z 6) sind insbesondere für folgende Zwecke einzusetzen:

1. Etablierung und Verankerung eines umfassenden Horizon Scanning für neue Arzneimittel und Medizinprodukte
2. Etablierung eines Bewertungsboards für ausgewählte hochpreisige und spezialisierte Arzneispezialitäten und sonstige hochspezialisierte Therapieformen (im intramuralen Bereich bzw. an der Nahtstelle zwischen intra- und extramuralen Bereich) zur Aufbereitung von bundesweit einheitlichen Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung, Rahmenbedingungen und für die Unterstützung von Preisverhandlungen. Die Geschäftsstelle des Bewertungsboards ist bei dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium einzurichten. Der EKO-Prozess und die Prüfung der Erstattungsfähigkeit im niedergelassenen Bereich bleiben davon unberührt.
3. Die Mittel für die Etablierung des Bewertungsboards gem. Z 2 werden wie folgt eingesetzt:
   a) Die Finanzierung des Bewertungsboards.

b) Die Durchführung und Aufbereitung von HTA bei Arzneispezialitäten an der Nahtstelle zwischen intra- und extramuralen Bereich.

c) Im Fall von durch lit. a und b nicht verbrauchten Mitteln die Durchführung und Aufbereitung von HTA bei Arzneispezialitäten im intramuralen Bereich

(8) Die Verwendung und die Abrechnung der zweckgewidmeten Mittel gem. Abs. 2 und 3 haben nach den folgenden Grundsätzen zu erfolgen:

1. Im Rahmen des Zielsteuerungsvertrages werden Kriterien für die Mittelverwendung festgelegt.
2. Die Operationalisierung der geplanten Vorhaben/Maßnahmen getrennt für die Landes- bzw. Bundesebene erfolgt jährlich in den von der B-ZK zu beschließenden Jahresarbeitsprogrammen.
3. Die jährliche Auszahlung von Mitteln an Länder bzw. Sozialversicherung erfolgt jeweils im ersten Quartal eines Jahres als Vorabüberweisung durch die Bundesgesundheitsagentur (BGA). Ab Beschluss der gemeinsam zu vereinbarenden Jahresarbeitsprogramme erfolgt die Vorabüberweisung auf Grundlage dieser.
4. Die Umsetzung und Zielerreichung der einzelnen Vorhaben wird durch eine regelmäßige Berichterstattung und ein laufendes Monitoring begleitet und die B-ZK und die jeweilige L-ZK entsprechend informiert.
5. Werden in einzelnen Jahren der Laufzeit dieser Vereinbarung die zweckgewidmeten Mittel nicht zur Gänze ausgeschöpft, so können die Differenzbeträge in den Folgejahren verwendet werden, für das letzte Jahr der Laufzeit allerdings nur bis zu einem Höchstausmaß von 150 Prozent der Mittel, die für das Jahr 2024 vereinbart sind.

Die Strukturmaßnahmen sind hinsichtlich ihrer kostendämpfenden Auswirkung auf die Gesundheitsausgaben gesundheitsökonomisch zu bewerten.

(9) Die Aufbringung der Mittel erfolgt wie folgt:

1. Der Bund stellt sicher, dass die Bundesgesundheitsagentur mit den jährlich erforderlichen zusätzlichen Mitteln gemäß Abs. 2, 3 und 7 dotiert wird.
2. Bund, Länder und Sozialversicherung verpflichten sich, den jeweiligen Drittelanteil der Mittel gemäß Abs. 4, 5 und 6 nach den Festlegungen in Abs. 1 aufzubringen.

Art. 32
Mittel für sektorenübergreifende und überregionale Vorhaben

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

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

Art. 33
Finanzierung von sektorenübergreifenden Vorhaben

(1) Die Vertragspartner kommen überein, finanzielle Mittel gemäß den nachstehenden Bestimmungen zur Finanzierung von sektorenübergreifenden Vorhaben zweckzuwidmen, die auf eine Stärkung der ambulanten Versorgung, insbesondere den Auf- und Ausbau der Primärversorgung, die primär in die Zuständigkeit der Sozialversicherung fällt, sowie den Aufbau von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten in der ambulanten Fachversorgung, abstellen. Die Vorhaben erfolgen entsprechend der Planungsentscheidungen im RSG und haben zur Verbesserung der Versorgung und zur Spitalsentlastung beizutragen.

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

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

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

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

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

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

Art. 34
Finanzierung von überregionalen Vorhaben

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

(2) Diese Mittel sind für folgende Zwecke einzusetzen:

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

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

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

(4) Für die Finanzierung dieser Vorhaben werden von der Bundesgesundheitsagentur Mittel in Höhe von jährlich 40 Millionen Euro mit der Option auf Erhöhung durch Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission zur Verfügung gestellt. Die Aufbringung dieser Mittel erfolgt entsprechend den Bestimmungen des Art. 28 Abs. 3 Z 2 lit. d.

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

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

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

(8) Sofern in einzelnen Jahren der Laufzeit dieser Vereinbarung das Höchstausmaß gemäß Abs. 4 nicht ausgeschöpft wird, so kann dieser Differenzbetrag bis zu einem Betrag von insgesamt 40 Millionen Euro

zweckgewidmet für Mittelverwendungen in den Folgejahren einer Rücklage zugeführt werden. Am Ende der Laufzeit nicht für konkrete Vorhaben gebundene und nicht verbrauchte Mittel fließen an die Landesgesundheitsfonds.

10. Abschnitt
Weitere Finanzierungsmaßnahmen

Art. 35
Mittel für die GÖG und Finanzierung von Projekten und Planungen

(1) Für die Finanzierung von Projekten und Planungen kann die Bundesgesundheitsagentur jährlich Mittel bis zum Höchstausmaß von 12,5 Millionen Euro verwenden.

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

(3) Für die Finanzierung von Projekten, Planungen und krankenhausentlastenden Maßnahmen kann jeder Landesgesundheitsfonds jährlich Mittel bis zum Höchstausmaß von 15% der ihm gemäß Art. 29 Abs. 1 Z 1, 2, 3 und 6 zur Verfügung stehenden Mittel verwenden. Über die Höhe und die Verwendung dieser Mittel entscheidet die Gesundheitsplattform auf Länderebene.

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

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

(6) Auf der Grundlage des bestehenden Finanzierungsmodells für ELGA werden in der Laufzeit dieser Vereinbarung für den Betrieb, die Wartung und die Weiterentwicklung von ELGA gemäß Art. 7 Abs. 3 maximal 51,25 Mio. Euro (jährlich 10,25 Mio. Euro) zu gleichen Anteilen von den Vertragsparteien und der Sozialversicherung zur Verfügung gestellt. Gemeinsames Verständnis ist dabei, dass die Aufbringung dieser Mittel nicht linear verteilt über die einzelnen Kalenderjahre erfolgen muss und eine laufende wechselseitige Information im Sinne eines Kosten- und Risikocontrollings implementiert wird. Die Aufbringung der Länderanteile erfolgt im Rahmen des Vorwegabzugs gemäß Art. 28 Abs. 3 Z 2 lit. e. Abweichend davon verständigen sich die Vertragsparteien darauf, dass die Finanzierung von gemeinsamen Maßnahmen gemäß Art. 7 Abs. 3 Z 7 (Informationstätigkeit ELGA), Abs. 4 und 5 nicht im oben genannten Betrag enthalten ist, sondern jeweils gesondert von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen werden muss.

Art. 36
Förderung des Transplantationswesens

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

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

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

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

zu gewährleisten.

(3) Diese Clearingstelle ist jährlich mit 5 Millionen Euro zu dotieren. Die Aufbringung der Mittel erfolgt entsprechend dem Art. 28 Abs. 3 Z 2 lit. b.

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

1. Im Bereich des Organspendewesens sind insbesondere folgende Maßnahmen durchzuführen:
   a) Zweckgewidmete, pauschalierte Förderung an die spenderbetreuenden Krankenanstalten bzw. die betreffende Abteilung;
   b) Einrichtung und Administration „Regionaler Transplantationsreferenten“ bzw. regionaler Förderprogramme, mit der zentralen Aufgabe der direkten Kontaktaufnahme mit den Intensiveinheiten, um die Bereitschaft zur Spendermeldung zu erhöhen;
   c) Einrichtung und Administration „Lokaler Transplantationsbeauftragter“ zur Förderung der Organspende in den betreffenden Krankenanstalten und zur Analyse des lokalen Potenzials für Organspenden
   d) Zweckgewidmete, pauschalierte Förderung für den Einsatz von Transplantationskoordinatoren in den Transplantationszentren;
   e) Förderung der Einrichtung mobiler Hirntoddiagnostik-Teams sowie geeigneter Maßnahmen im Bereich bundesweiter Vorhaltung der Hirntoddiagnostik, die dem jeweiligen Stand der Wissenschaft entspricht;
   f) Förderung der Transporte, die im Zusammenhang mit der Organgewinnung anfallen;
   g) Mittel für die Abdeckung der Aufwendungen von GÖG/ÖBIG-Transplant (Bereich Organspende);
2. Im Bereich des Stammzellspendewesens sind insbesondere folgende Maßnahmen durchzuführen:
   a) Förderung der HLA-Typisierung; Festlegung der Zahl der jährlich zu fördernden HLA-Typisierungen sowie deren Aufteilung auf die geeigneten Leistungserbringer jährlich im Voraus auf Expertenvorschlag vom Transplantationsbeirat der GÖG (Bereich Stammzellspende);
   b) Förderung der Suche und Betreuung von Stammzellspendern;
   c) Mittel für die Abdeckung der Aufwendungen von GÖG/ÖBIG-Transplant (Bereich Stammzellspende).
3. Der Förderungsgeber kann auf Vorschlag des in der GÖG eingerichteten Transplantationsbeirates (für den jeweiligen Bereich) beschließen, die Mittel auch für andere als unter Z 1 und 2 genannten Maßnahmen einzusetzen.
4. Die Abrechnung der Beitragsleistungen hat jeweils bis 30. Juni des Folgejahres zu erfolgen. Allenfalls nicht ausgeschöpfte Mittel sind entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 2001 an die einzelnen Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

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

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

Art. 37
Finanzierung überregional bedeutsamer Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie Behandlungsmaßnahmen

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, zur Förderung wesentlicher Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie Behandlungsmaßnahmen mit überregionaler Bedeutung, insbesondere mit Bezug zu den Gesundheitszielen und zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen im Sinne des Art. 35 Abs. 1 im Rahmen der Bundesgesundheitsagentur jährlich Mittel im maximalen Ausmaß von 3,5 Millionen Euro zur Verfügung zu stellen.

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

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

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

Art. 38
Evaluierung von Vorsorgemaßnahmen

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

11. Abschnitt
Gesonderte Finanzierungsbestimmungen

Art. 39
Transparenz der Voranschläge und der Rechnungsabschlüsse

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

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

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

Art. 40
Ausgleich für inländische Gastpatient:innen

Für inländische Gastpatient:innen wird für die Dauer dieser Vereinbarung keine über die Abgeltung der Landesgesundheitsfonds hinausgehende Entschädigung bezahlt. Bilaterale Vereinbarungen bezüglich Gastpatient:innen sind möglich.

Art. 41
Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge

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

Art. 42
Kostenbeitrag

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

Art. 43
Streichung der Selbstbehalte für Kinder und Jugendliche

Bund und Länder kommen überein, für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei stationären Krankenhausaufenthalten keine Selbstbehalte einzuheben.

Art. 44
Finanzierung von Lehrpraxen

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

1. Abschluss eines Gesamtvertrages durch den Dachverband der Sozialversicherungsträger und die Österreichische Ärztekammer über Art, Umfang und Grundsätze der Verrechenbarkeit jener Leistungen, welche von Ausbildungsärztinnen bzw. Ausbildungsärzten in Lehrpraxen erbracht werden
2. Etablierung einer bundesweit einheitlichen Förderung von Lehrpraxen sowie eines bundesweiten Reglements für die Verteilung der förderbaren und geförderten Lehrpraxen auf das Bundesgebiet.
3. Die Verteilung der förderbaren und geförderten Lehrpraxen entspricht dem Nachbesetzungsbedarf (intra- und extramural) in den jeweiligen Ländern.
4. Auf Länderebene erfolgt:

a) die konkrete Verteilung und Auswahl der förderbaren und geförderten Lehrpraxen;

b) die Festlegung über das Dienstverhältnis bzw. die Dienstzuteilung der Lehrpraktikant:innen;

c) die Abrechnung der gemeinsamen Förderung der Lehrpraxen.

5. Die Auswirkungen der verpflichtenden Absolvierung der Ausbildung im Fachgebiet Allgemeinmedizin in Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen oder Lehrambulatorien sind während der Laufzeit dieser Vereinbarung zu evaluieren und ein Bericht hierüber vorzulegen.

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

1. Für 2024 bezieht sich die Förderung auf eine Lehrpraxisdauer von höchstens sechs Monaten und eine Lehrpraxistätigkeit von 30 Wochenstunden. Die Lehrpraxisinhaber:innen tragen 18 % der Gehaltsaufwendungen der Lehrpraktikant:innen für deren Tätigkeit in den Lehrpraxen. Die übrigen 82 % werden von Bund, Sozialversicherungsträger und dem jeweiligen Land zu jeweils gleichen Anteilen gefördert.
2. Für 2025 bezieht sich die Förderung auf eine Lehrpraxisdauer von höchstens neun Monaten und eine Lehrpraxistätigkeit von 30 Wochenstunden. Die Lehrpraxisinhaber:innen tragen 25 % der Gehaltsaufwendungen der Lehrpraktikant:innen für deren Tätigkeit in den Lehrpraxen. Die übrigen 75 % werden von Bund, Sozialversicherungsträger und dem jeweiligen Land zu jeweils gleichen Anteilen gefördert.
3. Für 2026 bezieht sich die Förderung auf eine Lehrpraxisdauer von höchstens neun Monaten und eine Lehrpraxistätigkeit von 30 Wochenstunden. Die Lehrpraxisinhaber:innen tragen 30 % der Gehaltsaufwendungen der Lehrpraktikant:innen für deren Tätigkeit in den Lehrpraxen, Die übrigen 70 % werden von Bund, Sozialversicherungsträger und dem jeweiligen Land zu jeweils gleichen Anteilen gefördert.
4. Für 2027 und 2028 bezieht sich die Förderung auf eine Lehrpraxisdauer von höchstens neun Monaten und eine Lehrpraxistätigkeit von 30 Wochenstunden. Die Lehrpraxisinhaber:innen tragen 35 % der Gehaltsaufwendungen der Lehrpraktikant:innen für deren Tätigkeit in den Lehrpraxen, Die übrigen 65 % werden von Bund, Sozialversicherungsträger und dem jeweiligen Land zu jeweils gleichen Anteilen gefördert.
5. Die Förderung durch den Bund, die Länder und die Sozialversicherungsträger ist auf eine Lehrpraxisdauer von höchstens neun Monaten limitiert.

12. Abschnitt
Zusammenwirken der Institutionen

Art. 45
Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den Trägern der Krankenanstalten und zu den Landesgesundheitsfonds

(1) Mit den Zahlungen der Träger der Sozialversicherung gemäß dieser Vereinbarung an die Landesgesundheitsfonds sind alle Leistungen der Krankenanstalten gemäß Art. 24 Abs. 3 und 4, insbesondere im stationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich einschließlich der durch den medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen für Versicherte und anspruchsberechtigte Angehörige der Träger der Sozialversicherung zur Gänze abgegolten.

(2) Unter den Leistungen der Sozialversicherung sind

1. im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung nur die auf Grund des § 189 Abs. 3 ASVG (bzw. der analogen Regelungen in den übrigen Sozialversicherungsgesetzen) – mit Ausnahme der Ambulanzleistungen der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt – sowie
2. im Bereich der gesetzlichen Pensionsversicherung nur die auf Grund der §§ 302 Abs. 3 und 307d ASVG (bzw. der analogen Regelungen in den übrigen Sozialversicherungsgesetzen) bisher erbrachten Leistungen zu verstehen, wobei das Volumen der Leistungen, die von den Landesgesundheitsfonds abgegolten werden, 2007 im Vergleich zum entsprechenden Leistungsvolumen des Jahres 1994 zu überprüfen und der Betrag der Träger der Sozialversicherung für diese Leistungen gegebenenfalls entsprechend dieser Überprüfung nachzujustieren ist.

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

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

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

(6) Die Landesgesundheitsfonds übernehmen die finanziellen Leistungsverpflichtungen der Träger der Sozialversicherung gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten, soweit dem Grunde nach Ansprüche von Vertragseinrichtungen gemäß Art. 24 Abs. 3 bereits im Jahre 1996 bestanden haben. Art. 24 Abs. 4 ist dabei zu berücksichtigen.

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

(8) Die Krankenanstalten haben den Trägern der Sozialversicherung auf elektronischem Weg alle Daten zu übermitteln, die zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Sozialversicherung erforderlich sind, insbesondere die Aufnahme und Entlassung von Patient:innen samt Diagnosen sowie Daten über ambulante Behandlungen. Die Daten der Leistungserbringung an die Patientin bzw. den Patienten sind von den Trägern der Krankenanstalten im Wege der Landesgesundheitsfonds auf der Basis des LKF-Systems den Sozialversicherungsträgern zu übermitteln.

(9) Die Sozialversicherungsträger haben auf elektronischem Weg den Landesgesundheitsfonds auf Anforderung die zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigten Daten in entsprechend aufbereiteter und nachvollziehbarer Form zu übermitteln.

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

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

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

(13) Die Vertragsparteien verpflichten sich dafür zu sorgen, dass die Krankenanstalten bei der Entlassung Medikationsempfehlungen unter Berücksichtigung des Erstattungskodex erstellen und erforderlichenfalls eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einholen. Es wird angestrebt, dass im Fall von Medikationsempfehlungen, wenn nicht medizinische Gründe dagegen sprechen, anstatt der Bezeichnung der Arzneispezialität die Bezeichnung des Wirkstoffes (INN) angegeben wird.

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

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

Art. 46
Ausländische Anspruchsberechtigte, Anstaltspflege im Ausland aus medizinischen Gründen

(1) Für die Erbringung von Leistungen der Krankenanstalten an ausschließlich gegenüber einem österreichischen Träger auf Grund von zwischenstaatlichen Übereinkommen oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit anspruchsberechtigte Patient:innen sind die Landesgesundheitsfonds zuständig. Die Kosten sind von den Trägern der Krankenanstalten mit den Landesgesundheitsfonds wie für österreichische Versicherte und ihre Angehörigen abzurechnen. Die Erstattung der von den Landesgesundheitsfonds aufgewendeten Beträge sind entsprechend den in den zwischenstaatlichen Übereinkommen oder dem überstaatlichen Recht vorgesehenen Erstattungsverfahren gegenüber den zuständigen ausländischen Trägern im Wege der örtlich in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse geltend zu machen. In Fällen einer pauschalen Kostenerstattung oder eines Kostenerstattungsverzichtes erstatten die Gebietskrankenkassen den Landesgesundheitsfonds die diesen als Trägern des Aufenthalts- oder Wohnortes erwachsenden Kosten mit Ende des Jahres der Geltendmachung, wobei eine generelle Kürzung des Pauschbetrages entsprechend zu berücksichtigen ist.

(2) Die Kosten einer Anstaltspflege im Ausland, die die Träger der Krankenversicherung auf Grund des innerstaatlichen Rechts oder auf Grund von zwischenstaatlichen Abkommen oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit aufzuwenden haben, weil die betreffende Person

1. aus medizinischen Gründen aus einer inländischen in eine ausländische Krankenanstalt verlegt wurde oder
2. die ihrem Zustand angemessene Behandlung im Inland nicht oder nicht in einem Zeitraum erhalten konnte, der für diese Behandlung normalerweise erforderlich ist,

sind den Trägern der Krankenversicherung aus Mitteln der Bundesgesundheitsagentur gemäß Art. 28 Abs. 3 Z 2 lit. h in dem Ausmaß zu ersetzen, als diese Kosten einen bestimmten Betrag übersteigen. Dieser Betrag ist für 2008 auf Basis des Betrages 2006 (Art. 39 Abs. 2 der Vereinbarung BGBl. I Nr. 73/2005) zuzüglich den Erhöhungen gemäß den vorläufigen Hundertsätzen 2007 und 2008 zu berechnen, wobei die Mehreinnahmen aus dem Budgetbegleitgesetz 2003 in die Hundertsätze einzurechnen sind. Die vorläufigen und endgültigen Beträge ergeben sich in analoger Anwendung der Valorisierungsbestimmungen gemäß Art. 29 Abs. 6 Z 2 und 3. Länder und Sozialversicherung verpflichten sich, in ihrem Wirkungsbereich alles zu unternehmen, dass die Patient:innen in Österreich behandelt werden und damit die Voraussetzung geschaffen wird, dass diese Zielgröße nicht überschritten wird. Ausgenommen von diesen Regelungen sind Behandlungen im Rahmen grenzüberschreitender Kooperationen, sofern hierüber in der jeweiligen Gesundheitsplattform Einvernehmen erzielt wird.

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

13. Abschnitt
Sanktionen

Art. 47
Sanktionen intramuraler Bereich

(1) Der Sanktionsmechanismus für den Krankenanstaltenbereich wird fortgeführt.

(2) Bei maßgeblichen Verstößen gegen einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien festgelegte Pläne (zB Österreichischer Strukturplan Gesundheit) und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität oder der Dokumentation hat die Bundesgesundheitsagentur den entsprechenden Länderanteil an den Mitteln gemäß Art. 29 Abs. 2 Z 4 zurückzuhalten, bis das Land oder der Landesgesundheitsfonds nachweislich die zur Herstellung des den Vorgaben gemäß dieser Vereinbarung entsprechenden Zustandes erforderlichen Maßnahmen gesetzt hat.

Art. 48
Sanktionen extramuraler Bereich

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

14. Abschnitt
Sonstige Bestimmungen

Art. 49
Schutzklausel für Bund und Träger der Sozialversicherung

(1) Die Länder verpflichten sich im Rahmen ihrer Kompetenz dafür zu sorgen, dass für die Vereinbarungsdauer keine über diese Vereinbarung hinausgehenden finanziellen Forderungen betreffend die Krankenanstalten im Sinne des Art. 24 Abs. 3 und 4 an den Bund oder die Träger der Sozialversicherung gestellt werden.

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

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

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

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

Art. 50
Schutzklausel für Städte und Gemeinden

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

Art. 51
Schiedskommission

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

1. Entscheidung über den Abschluss von Verträgen zwischen Trägern öffentlicher Krankenanstalten außerhalb der Landesgesundheitsfonds, die zum Zeitpunkt 31. Dezember 1996 bestanden haben, und dem Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
2. Entscheidungen über Streitigkeiten aus zwischen den Trägern der in Art. 24 Abs. 3 und 4 genannten Krankenanstalten und dem Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (oder einen Träger der sozialen Krankenversicherung) abgeschlossenen Verträgen einschließlich der Entscheidung über die aus diesen Verträgen erwachsenden Ansprüche gegenüber Trägern der Sozialversicherung oder gegenüber den Landesgesundheitsfonds;
3. Entscheidung über Streitigkeiten zwischen dem Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung und den Landesgesundheitsfonds über die wechselseitigen Verpflichtungen und Ansprüche aus der vorliegenden Vereinbarung;
4. Entscheidung über Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus (Art. 47) gründen.

(2) Den Schiedskommissionen gehören folgende auf vier Jahre bestellte Mitglieder an:

1. Eine/Ein von der/vom Präsidentin/Präsidenten des jeweiligen Oberlandesgerichtes bestellte/r Richterin/Richter aus dem Aktivstand der zum Sprengel des jeweiligen Oberlandesgerichtes gehörenden Gerichte, der den Vorsitz übernimmt;

2. ein vom Dachverband der Sozialversicherungsträger entsendetes Mitglied und ein Mitglied aus dem Kreise der Bediensteten des Aktivstandes des jeweiligen Landes;
3. zwei Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstreuhänder, wobei ein Mitglied entweder das jeweilige Land oder der betroffene Träger der Krankenanstalt und ein Mitglied der Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entsendet;
4. für jedes gemäß Z 1 bis 3 bestellte Mitglied der Schiedskommission kann ein Ersatzmitglied bestellt werden. Für die Bestellung gelten die Z 1 bis 3 sinngemäß.

(3) Landesgesetzlichen Regelungen, die die Errichtung von Schiedskommissionen im Rahmen der Bestimmungen der Abs. 1 bis 2 vorsehen, darf die Zustimmung des Bundes nicht verweigert werden.

15. Abschnitt
Rechtliche Umsetzung

Art. 52

Gesetzliche Regelungen auf Bundesebene

(1) Die gegenständliche Vereinbarung steht in einem untrennbaren Zusammenhang mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a Zielsteuerung-Gesundheit.

(2) Zur Transformation dieser Vereinbarung und zur Sicherstellung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit hat der Bund – gleichzeitig mit der Genehmigung der in Abs. 1 genannten Art. 15a B-VG Vereinbarungen durch den Nationalrat – jedenfalls die nachfolgenden gesetzlichen Regelungen zu beschließen hat:

1. Im Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz:
   a) Verankerung des Prinzips „digital vor ambulant vor stationär“ als Planungsgrundsatz,
   b) Vorsehen eines so hohen Detailgrades in der ambulanten Kapazitätsplanung der RSG, dass ambulante Organisationsformen ohne individuelle Bedarfsprüfung errichtet werden können,
   c) Normierung einer Ermächtigung für den Dachverband der Sozialversicherungsträger zur Erlassung von Versorgungsplänen für den niedergelassenen Bereich als Verordnung im übertragenen Wirkungsbereich für den Fall, dass keine Einigung über die verbindlich zu erlassenden Teile des RSG bzw. deren Änderungen zustande kommt und
   d) Verpflichtung der Sozialversicherung zur Drittelfinanzierung wie in Art. 31 Abs. 1 Z 3, 4 und 5 vorgesehen.
   e) Verankerung einer Plattform zur gemeinsamen Sekundärnutzung von Daten aus dem Gesundheitsbereich, die alle beteiligenden Vertragspartner gleichwertig einbindet und umfassende und notwendige Auswertungen zur Steuerung, Planung, Qualitätssicherung und Finanzierung des Gesundheitswesens ermöglicht. Für den Aufbau, die Umsetzung und die Funktionalität der Plattform sind Bund, Länder und die Sozialversicherung verantwortlich und haben die entsprechenden Daten gegenseitig bereitzustellen.
2. Im Kranken- und Kuranstaltengesetz:
   a) Ermöglichung der Anrechnung ambulanter Betreuungsplätze bis maximal zur Hälfte der Mindestbettenzahl in Departments und Fachschwerpunkten,
   b) Entfall der individuellen Bedarfsprüfung für Vorhaben, die durch die Regelungen der Verordnungen zum ÖSG bzw. den RSG umfasst sind,
   c) Ersatz der Parteistellung von Ärzte-, Zahnärzte- und Wirtschaftskammer bei der Bedarfsprüfung durch ein qualifiziertes Stellungnahmerecht und
   d) Einrichtung eines Boards zur Bewertung des Einsatzes ausgewählter hochpreisiger und spezialisierter Arzneispezialitäten im intramuralen Bereich oder an der Nahtstelle zwischen extra- und intramuralem Bereich und Verankerung eines Verhandlungsteams bestehend aus Vertreterinnen/Vertretern der Sozialversicherung und der Länder zur Verhandlung mit vertriebsberechtigten Unternehmen über die genannten Arzneispezialitäten. Bei Abstimmungen zu Arzneispezialitäten, die für den intramuralen Bereich bestimmt sind, ist eine Mehrheit durch Vertreter/innen der Länder sicherzustellen.
3. Im Ärztegesetz 1998:
   a) Erleichterung des Tätigwerdens von Ärztinnen und Ärzten im Rahmen von Ärztebereitstellungseinrichtungen,
   b) Entfall des individuellen Erfordernisses der Zulassung von Gruppenpraxen durch die Landeshauptleute, wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang sowie das Einzugsgebiet durch die Regelungen der Verordnungen zum ÖSG bzw. den RSG umfasst sind,

c) Verpflichtung aller freiberuflichen Ärztinnen/Ärzte zur Nutzung der e-card-Infrastruktur und ELGA sowie zur codierten elektronischen Diagnosedokumentation und

d) Erforderliche Anpassungen zur unabhängigen und sektorenübergreifenden Umsetzung einer Qualitätssicherung und -kontrolle im Gesundheitswesen.

4. Im Zahnärztegesetz Normierung des Entfalls des Erfordernisses der Zulassung von Gruppenpraxen durch die Landeshauptleute, wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang sowie das Einzugsgebiet durch die Regelungen der Verordnungen zum ÖSG bzw. den RSG umfasst sind.
5. Im Sozialversicherungsrecht:
   a) Normierung einer Ermächtigung für den Dachverband der Sozialversicherungsträger zur Erlassung von Versorgungsplänen für den niedergelassenen Bereich als Verordnung im übertragenen Wirkungsbereich in Fällen der Z 1 lit. c,
   b) Vorsehen einer stärkeren Verbindlichkeit der Verordnungen zum ÖSG und den RSG für die Stellenpläne, sodass durch die Stellenpläne ausschließlich die konkrete Verortung der Stellen geregelt wird,
   c) Schaffung weiterer Möglichkeiten für die Sozialversicherung zur Sicherstellung einer ausreichenden Sachleistungsversorgung im extramuralen ambulanten Bereich, insbesondere durch Heranziehen eigener Einrichtungen, Abschluss von (Sonder-) Einzelverträgen ohne Zustimmung der Ärztekammer einschließlich Anrechnung dieser Vollzeitäquivalente auf den Stellenplan,
   d) Festlegung, dass die Entscheidung über die Ausschreibung einer Stelle und die Einleitung des Auswahlverfahrens allein den Trägern der Krankenversicherung obliegt,
   e) Vorsehen, dass ein Vertragsverhältnis zwischen einer/einem Ärztin/Arzt oder einer Gruppenpraxis und einem Krankenversicherungsträger ohne Kündigung mit dem Zeitpunkt der Nachbesetzung erlischt, wenn die/der Ärztin/Arzt bzw. die Gruppenpraxis den Einzelvertrag mit einem oder mehreren anderen Krankenversicherungsträgern kündigt,
   f) Regelung zu einem bundesweit einheitlichen Gesamtvertrag und
   g) Verpflichtung von Wahlärztinnen/Wahlärzten sowie Wahlgruppenpraxen die e-card sowie die e-card-Infrastruktur für Zwecke der Sozialversicherung zu verwenden und die Identität der Patientin/des Patienten sowie die rechtmäßige Verwendung der e-card zu überprüfen.
6. Im Primärversorgungsgesetz:
   a) Klarstellung, dass gesamtvertragliche Regelungen, die über die gesetzlichen Erfordernisse hinausgehende Erfordernisse des Einvernehmens der Gesamtvertragspartner vorsehen, unzulässig sind und
   b) Überleitungsregelungen für Kinder-PVE-Pilotprojekte.
7. Im Apotheken- und im Suchtmittelgesetz Ermöglichung der Abgabe von Arzneimittel und Suchtmittel durch Anstaltsapotheken insbesondere an Einrichtungen der stationären Pflege und Betreuung, die einer behördlicher Aufsicht oder Kontrolle unterliegen.
8. Im Gesundheitstelematikgesetz:
   a) Vorsehen des datenschutzrechtlichen Inhouse-Privilegs für Unternehmensgruppen,
   b) Einrichtung und Betrieb des Austrian Health CERT sowie Meldungspflichten der Gesundheitsdiensteanbieter
   c) Wegfall des Vorbehalts der technischen Unmöglichkeit als Ausnahme der ELGA-Nutzungspflicht und
   d) Verpflichtung der Fachärztinnen/Fachärzte der Sonderfächer medizinisch-chemische Labordiagnostik oder Hygiene und Mikrobiologie sowie des Sonderfachs Radiologie zur Speicherung in ELGA.
9. Im Gesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen:
   a) Verpflichtung zur codierten elektronischen Diagnosedokumentation im gesamten ambulanten Bereich, wobei Vertragspartner/innen der Sozialversicherung die Daten im Wege der Abrechnung an den Krankenversicherungsträger zu übermitteln haben,
   b) Verpflichtung des Dachverbandes, auch Diagnosedaten an das BMSGPK zu übermitteln,
   c) Verpflichtung von Expertise-Zentren zur Übermittlung von Orpha-Kennnummern,
   d) Verpflichtung der Statistik Austria zu Übermittlung von Daten der Todesursachenstatistik,
   e) Verpflichtung von Bund, Ländern und Sozialversicherung zur Übermittlung der Daten mit (verschlüsselten) bereichsspezifischen Personenkennzeichen (bPK) iSd eGovernmentgesetzes bzw. Objektidentifikator (OID) der Leistungserbringer/innen iSd GTelG 2012,

f) Verpflichtung der Landesgesundheitsfonds, der nicht fondsfinanzierten Krankenanstalten, der Länder, der Sozialversicherung und der Leistungserbringer:innen, die die Daten nicht im Wege der Abrechnung übermitteln, zur quartalsweisen Meldung und

g) Ermächtigung des Bundes zur Übermittlung pseudonymisierter Daten an die bisherigen Empfänger, soweit dieser zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben benötigt werden.

(3) In der Laufzeit dieser Vereinbarung hat der Bund nachfolgende gesetzliche Regelungen umzusetzen:

1. Zur Stärkung der Sachleistungsversorgung werden versorgungswirksame Teilkassenverträge für im öffentlichen Gesundheitssystem angestellte Ärztinnen und Ärzte geschaffen, wobei eine Wahlarzttätigkeit in diesem Fall auszuschließen ist,
2. Vorsehen einer GDA-Rolle für die Betreiber von 1450,
3. Verpflichtung der Gesundheitsdiensteanbieter:innen zur obligatorischen Teilnahme an einem Termin-Managementsystem und
4. Schaffung der für die Sicherstellung einer integrierten Versorgung von chronischen Erkrankungen notwendigen gesetzlichen Rahmenvorgaben sowohl in Sozialversicherungs- als auch in den Berufsgesetzen.

Art. 53
Gesetzliche Regelungen auf Landesebene

(1) Die gegenständliche Vereinbarung steht in einem untrennbaren Zusammenhang mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a Zielsteuerung-Gesundheit.

(2) Zur Transformation dieser Vereinbarung und zur Sicherstellung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit haben die Länder insbesondere folgende gesetzlichen Regelungen zeitgerecht umzusetzen und sofern erforderlich rückwirkend in Kraft zu setzen:

1. Betreffend Verbindlichkeit der Planung:
   a) Verankerung des Prinzips „digital vor ambulant vor stationär“ als Planungsgrundsatz,
   b) Vorsehen eines so hohen Detailgrades in der ambulanten Kapazitätsplanung der RSG, dass ambulante Organisationformen ohne individuelle Bedarfsprüfung errichtet werden können und ambulante Organisationseinheiten zumindest auf politischer Bezirksebene geplant werden müssen,
   c) Pflicht der Länder zur Übermittlung der RSG-Entwürfe an den Bund mindestens 4 Wochen vor Einbringung zur geplanten Beschlussfassung sowie Behandlung in der Gesundheitsplattform vor Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission
   d) Ermöglichung der Anrechnung ambulanter Betreuungsplätze bis maximal zur Hälfte der Mindestbettenzahl in Departments und Fachschwerpunkten,
   e) Entfall der individuellen Bedarfsprüfung für Organisationseinheiten deren Leistungsumfang und Einzugsgebiet durch die Verordnungen zum ÖSG bzw. den RSG umfasst sind und
   f) Ersatz der Parteistellung von Ärzte-, Zahnärzte- und Wirtschaftskammer bei der Bedarfsprüfung durch ein qualifiziertes Stellungnahmerecht.
2. Betreffend Organisation und Struktur auf Landesebene:
   a) Zur Vorbereitung der Sitzungen der Gesundheitsplattform und der Landes-Zielsteuerungskommission muss ein Präsidium bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des Landes und der Sozialversicherung vorgesehen werden und
   b) Festlegung der Anzahl der Vertreter:innen in der Gesundheitsplattform und in der Landes-Zielsteuerungskommission auf sechs Vetreter:innen des Landes und sechs Vertreter:innen der Sozialversicherungsträger.

16. Abschnitt
Schlussbestimmungen

Art. 54
Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt nach Einlangen der Mitteilungen aller Vertragsparteien beim für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium, dass die nach der Bundesverfassung bzw. nach den Landesverfassungen erforderlichen Voraussetzungen für das Inkrafttreten erfüllt sind, mit 1. Jänner 2024 in Kraft. Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des

Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 98/2017 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 198/2022, tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2023 außer Kraft.

Art. 55
Geltungsdauer und Kündigung

(1) Diese Vereinbarung wird unter Verzicht auf ein Kündigungsrecht für die Dauer der Geltung des Finanzausgleichsgesetzes 2017 (FAG 2017), BGBl. I Nr. 116/2016, in der derzeit geltenden Fassung, jedenfalls aber bis zum 31. Dezember 2028 abgeschlossen. Wird die Geltungsdauer des FAG 2017 auf Basis einer Einigung zwischen dem Bund und den Ländern über den Finanzausgleich verlängert, so wird auch die Geltungsdauer dieser Vereinbarung unter Verzicht auf ein Kündigungsrecht auf denselben Zeitraum erstreckt. Finanzielle Festlegungen in dieser Vereinbarung, die bis zum Jahr 2028 geregelt sind, werden gegebenenfalls für alle weiteren Jahre bei einer Verlängerung des Finanzausgleichs entsprechend fortgeschrieben.

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

(3) Sofern in diesen Verhandlungen keine Einigung über eine Neuregelung zustande kommt, werden mit Außerkrafttreten dieser Vereinbarung die am 31. Dezember 1977 in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften, soweit sie in Durchführung dieser Vereinbarung geändert wurden, wieder in Kraft gesetzt, wobei ab dann die für die Laufzeit der Vereinbarung vorgesehenen zusätzlichen Mittel nicht zur Verfügung gestellt werden würden.

Art. 56
Durchführung der Vereinbarung

(1) Die zur Durchführung dieser Vereinbarung notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen sind rückwirkend mit 1. Jänner 2024 in Kraft zu setzen.

(2) Alle bundes- und landesgesetzlichen Regelungen, die im Widerspruch zu dieser Vereinbarung stehen, sind mit 1. Jänner 2024, für die Laufzeit dieser Vereinbarung außer Kraft zu setzen.

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

1. Ein bestelltes Mitglied der mit dem G-ZG, BGBl. I Nr. 26/2017, eingerichteten Bundes-Zielsteuerungskommission ist so lange Mitglied der auf Grund dieser Vereinbarung einzurichtenden Bundes-Zielsteuerungskommission, bis für dieses ein anderes Mitglied bestellt wird.
2. Beschlüsse der mit dem G-ZG eingerichteten Bundes-Zielsteuerungskommission und daraus abgeleitete Rechte und Verbindlichkeiten bleiben aufrecht, sofern die auf Grund dieser Vereinbarung einzurichtende Bundes-Zielsteuerungskommission nichts Gegenteiliges beschließt.
3. Das Vermögen der mit der KAKuG-Novelle, BGBl. I Nr. 81/2013, eingerichteten Bundesgesundheitsagentur geht mit allen Rechten und Verbindlichkeiten auf die auf Grund dieser Vereinbarung einzurichtende Bundesgesundheitsagentur über.
4. Auf einen Regressanspruch der/des Bundesgesundheitsagentur/Landesgesundheitsfonds gegen Mitglieder der Bundesgesundheitskommission/Landesgesundheitsplattformen, Mitglieder der Bundes-Zielsteuerungskommission/Landes-Zielsteuerungskommissionen und Mitglieder des Ständigen Koordinierungsausschusses ist das Dienstnehmerhaftpflichtgesetz (BGBl. Nr. 80/1965 i.d.F. BGBl. Nr. 61/2021) sinngemäß anzuwenden.

Art. 57
Urschrift

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

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

Einbringende Stelle: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Laufendes Finanzjahr: 2023 Inkrafttreten/ Wirksamwerden: 2024

Vorblatt

Ziele

- Abschluss einer neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG im Zusammenhang mit dem Finanzausgleich für die Jahre 2024 bis 2028 unter Berücksichtigung der Erfordernisse der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit bei gleichzeitiger Beibehaltung der bisherigen Finanzierungssystematik.

Inhalt

Das Vorhaben umfasst hauptsächlich folgende Maßnahme(n):

- Festlegungen zu den Thematiken Gesundheitsplanung, Qualität, Gesundheitsförderung, Digitalisierung im Gesundheitswesen, Arzneimittel, Leistungsorientierte Finanzierung und Dokumentation

- Regelungen hinsichtlich der Organisation und Entscheidungsstrukturen auf Bundes- und Landesebene

- Umsetzung des Finanzausgleiches für die Jahre 2024 bis 2028 im Gesundheitsbereich

-Zurverfügungstellung zusätzlicher Mittel insbesondere zur Stärkung des niedergelassenen und des spitalsambulanten Bereiches

Wesentliche Auswirkungen

Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung auf hohem Qualitätsniveau und deren nachhaltiger Finanzierbarkeit

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

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

Verhältnis zu den Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

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

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:

Keine.

Wirkungsorientierte Folgenabschätzung

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

Problemanalyse

Problemdefinition

Außerkrafttreten der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 98/2017, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 198/2022, und Abschluss eines neuen Finanzausgleiches.

Nullszenario und allfällige Alternativen

Bei Nichtabschluss einer neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG wäre die Umsetzung des neuen Finanzausgleichs (für die Jahre 2024 bis 2028) nicht möglich und insbesondere die Finanzierung der Krankenanstalten nicht sichergestellt. Weiters hätte der Nichtabschluss dieser Vereinbarung die Erschwerung der Umsetzung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit zur

Folge, da etwa die für die Zielsteuerung relevanten Entscheidungsstrukturen in der gegenständlichen Vereinbarung geregelt werden. Daher gibt es zum Abschluss dieser Vereinbarung keine Alternativen.

Interne Evaluierung

Zeitpunkt der internen Evaluierung: 2029

Ziele

Ziel 1: Abschluss dieser Vereinbarung zur Umsetzung des Finanzausgleiches für die Jahre 2024 bis 2028 im Gesundheitsbereich

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 98/2017, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 198/2022, tritt mit 31. Dezember 2023 außer Kraft.	Eine neue Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zur Umsetzung des Finanzausgleichs für die Jahre 2024 bis 2028 im Gesundheitsbereich ist abgeschlossen.

Maßnahmen

Maßnahme 1: Abschluss einer Vereinbarung zur Umsetzung des Finanzausgleiches für die Jahre 2024 bis 2028

Beschreibung der Maßnahme:

Abschluss einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der Erfordernisse der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit zur Umsetzung des Finanzausgleiches für die Jahre 2024 bis 2028.

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 98/2017, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 198/2022, tritt mit 31. Dezember 2023 außer Kraft.	Eine neue Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zur Umsetzung des Finanzausgleichs für die Jahre 2024 bis 2028 im Gesundheitsbereich ist abgeschlossen.

ERLÄUTERUNGEN

Allgemeiner Teil

Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 98/2017, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 198/2022, tritt mit 31. Dezember 2023 außer Kraft. Für die Jahre 2024 bis 2028 wurde ein neuer Finanzausgleich abgeschlossen.

Zur Umsetzung des Finanzausgleiches für die Jahre 2024 bis 2028 ist der Abschluss einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der Erfordernisse der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit erforderlich. Die bisherige Finanzierungssystematik bleibt grundsätzlich unverändert aufrecht.

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

1. Regionen- und sektorenübergreifende Planung, Steuerung und Sicherstellung einer gesamthaften Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens,
2. Sicherstellung und Verbesserung der Qualität, der Effizienz und der Effektivität der Gesundheitsversorgung,
3. Förderung und Stärkung des Transplantationswesens und der Gesundheitsförderung sowie der ambulanten Versorgung, insbesondere der Primärversorgung,
4. Steigerung der Digitalisierung im österreichischen Gesundheitswesen unter anderem durch Auf- und Ausbau der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur,
5. Optimierung der Patientenströme und -wege nach dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ zur Versorgung der Bevölkerung am „Best Point of Service“,
6. Sicherstellung von ausreichend und entsprechend qualifiziertem Personal im öffentlichen Gesundheitssystem,
7. Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung mit Arzneimitteln inkl. Sicherstellung von bundesweit einheitlich festgelegten Regelungen zum Einsatz von innovativen bzw. hochpreisigen Arzneimitteln,
8. Umsetzung der verpflichtenden bundesweiten einheitlichen Diagnosencodierung,
9. die Verbesserung des Nahtstellenmanagements zwischen den verschiedenen Leistungserbringern,
10. die Forcierung gesundheitsökonomischer Ansätze,
11. bei der gemeinsamen Steuerung und Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens ist der Grundsatz zu beachten, dass die für die Planung zuständigen Entscheidungsträger auch für die Finanzierung verantwortlich sein müssen und dass zwischen den Gesundheitssektoren das Prinzip „Geld folgt Leistung“ gilt.

Besonderer Teil

Zu Abschnitt 2:

Die mit der Zielsteuerung-Gesundheit eingeführte gemeinsam zwischen den Zielsteuerungspartnern abgestimmte Planung im Gesundheitswesen wird mit ihren Instrumentarien Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG) fortgeführt sowie die im Jahre 2017 eingerichtete Gesundheitsplanungs GmbH nach positiver Prüfung durch den Verfassungsgerichtshof nunmehr namentlich erwähnt. Zur Stärkung der verbindlichen Planung im Gesundheitswesen, insbesondere im niedergelassenen Bereich, sollen sowohl der ÖSG als auch die RSG detailliertere Angaben enthalten.

Zu Abschnitt 3:

Zu Art. 7:

Die öffentliche Gesundheitstelematik-Infrastruktur soll als Fundament für eine weitreichende digitale Transformation im Gesundheitswesen und an der Nahtstelle zum Pflegewesen flächendeckend ausgebaut werden. Dadurch sollen sowohl die Patientinnen/Patienten als auch die Gesundheitsdiensteanbieterinnen/-anbieter unterstützt und damit die Umsetzung des Prinzips „digital vor ambulant vor stationär“ nachaltig

zu fördern. Dabei ist unter öffentlicher Gesundheitstelematik-Infrastruktur (ö. GTI)" die Gesamtheit der Komponenten der Informatik und Telekommunikation, die zur Verarbeitung von genetischen Daten gem. Art. 4 Z 13 DSGVO, biometrische Daten gemäß Art 4 Z 14 DSGVO und Gesundheitsdaten gem. Art. 4 Z 15 DSGVO in digitaler Form genutzt werden und unter eigener Verantwortung bzw. im Auftrag von Körperschaften öffentlichen Rechts errichtet oder betrieben werden.

Weiters wird vereinbart, die Versorgungsprozesse technologisch zu unterstützen und Rahmenbedingungen für den breiteren Einsatz von elektronischen Gesundheitsdiensten auf Basis einer gemeinsam zu erarbeitenden eHealth-Strategie zu schaffen und weiter zu entwickeln.

Abs. 5 adressiert die Sensibilität von IKT-Anwendungen und Gesundheitsdaten in Bezug auf intern und extern induzierte Missbräuche, Missbrauchsversuche und Störungen. Wie in anderen Bereichen auch ist geplant, die für den Schutz kritischer Infrastrukturen des Gesundheitswesens notwendigen Kompetenzen und Ressourcen gemeinsam aufzubauen und bereitzustellen. Die organisationsübergreifende Zusammenarbeit im Rahmen des „Austrian Health Computer Emergency Response Team (Austrian Health CERT)" soll nachhaltig ausgebaut werden.

Zu Art. 8:

Ein ausreichend und entsprechend hoch qualifiziertes Gesundheitspersonal ist ein wesentlicher Faktor zur Erbringung einer qualitätsvollen Versorgung. Zur nachhaltigen Sicherstellung und zur Attraktivierung der Gesundheitsberufe wird vereinbart, ein umfangreiches Maßnahmenpaket bis spätestens Ende 2024 zu erarbeiten und im jeweiligen Wirkungsbereich umzusetzen, wobei Maßnahmen zu den Kompetenzen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe inhaltlich und zeitlich prioritär zu behandeln sind.

Zu Art. 9:

Damit eine bedarfsgerechte, hochqualitative Gesundheitsversorgung auch in Zukunft nachhaltig sichergestellt werden kann, ist vorgesehen, dass die Versorgung mit präventiven, gesundheitsförderlichen und kurativen Leistungen dem Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär" folgt. Bis Mitte 2024 soll ein Konzept zu einem zielgerichteten, qualitätsvollen und verbindlichen Ablauf von Patientenwegen durch das immer komplexer und spezialisierter werdende Gesundheitswesen erarbeitet werden.

Zu Abschnitt 4:

Die Arbeiten zur Qualität im Gesundheitswesen, zur Patientenorientierung, zur Gesundheitsförderung und zum Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) werden in der 3. Zielsteuerungsperiode fortgesetzt und weiterentwickelt. Im Bereich Qualität ist vorgesehen, dass die Qualitätssicherung und -kontrolle im Gesundheitswesen unabhängig und sektorenübergreifend umgesetzt und im jeweiligen Wirkungsbereich bestmöglich unterstützt wird. Die Patientensicherheitsstrategie ist ein wesentlicher Teil der Qualitätsarbeit und orientiert sich an den internationalen Patientensicherheitszielen gemäß WHO. Die Verknüpfung dieser Qualitätsarbeiten sowie der Aufbau eines umfassenden Monitorings zur Qualitätsstrategie sollen sichergestellt werden.

Die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung betrifft unter anderem eine Erhöhung der finanziellen Mittel. Darüberhinaus sind in der Gesundheitsförderung Einzelmaßnahmen zum Zweck der Erhöhung der Gesamteffektivität zu bündeln. Daher ist eine Steigerung des Anteils der Mittel aus den LGFF, die für die priorisierten Bereiche der Gesundheitsförderungs-Strategie zu widmen sind, von 66% auf 75% vorgesehen.

Zu Abschnitt 5:

Zu Art. 16:

Zur besseren Planung und Steuerung im Gesundheitswesen soll unter anderem auch die derzeitige Dokumentation durch eine verpflichtende Dokumentation von Diagnosen in codierter Form im gesamten ambulanten Bereich erweitert werden.

Zu Abschnitt 6:

Auf Bundesebene haben sich die beiden Gremien Bundes-Zielsteuerungskommission und Ständiger Koordinierungsausschuss bewährt und werden daher beibehalten. Zusätzlich soll zur Beratung der Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Städte und Gemeinden) sowie der Sozialversicherung in gesundheitspolitischen Themen weiterhin die Möglichkeit zur Einrichtung einer Bundesgesundheitskommission bleiben. Diesem Gremium sollen alle wesentlichen Akteurinnen und Akteure des österreichischen Gesundheitswesens angehören, um möglichst viele Erfahrungen und breites Wissen in gesundheitspolitische Entscheidungen einfließen lassen zu können.

Zu Abschnitt 7:

Auf Landesebene haben sich die beiden Gremien Landes-Zielsteuerungskommission und Gesundheitsplattform bewährt und werden daher beibehalten.

Zu Abschnitt 9:

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

Dabei wird vereinbart, für die Dauer der FAG-Periode insgesamt nachfolgend angeführten gesundheitspolitischen Zielsetzungen und dringend erforderlichen Maßnahmen zusätzliche öffentliche Mittel zweckgewidmet zur Verfügung zu stellen:

1. Stärkung des niedergelassenen Bereichs: 1.500 Millionen Euro

2. Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und für Strukturreformen (einschl. Valorisierung): 3.016,9 Millionen Euro

3. Digitalisierung/eHealth (inkl. Telemedizin): 255 Millionen Euro

4. Gesundheitsförderung: 300 Millionen Euro

5. Impfen: 450 Millionen Euro

6. Medikamente: 15 Millionen Euro

Die bisherigen Mittel für den Aufbau bzw. die Entwicklung von neuen überregionalen Versorgungsangeboten und überregional erforderlicher Infrastruktur sowie für gemeinsam vereinbarte Finanzierungslösungen für Medikamente bleiben bestehen und werden auf 40 Millionen Euro jährlich erhöht.

Zu Abschnitt 10:

Die Mittel zur Finanzierung von Projekten und Planungen werden auf 12,5 Millionen jährlich sowie die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens auf 5 Millionen jährlich erhöht.

Zu Abschnitt 15:

In diesem Abschnitt werden die Eckpunkte für die notwendigen gesetzlichen Regelungen zur Umsetzung dieser Vereinbarung dargelegt. Dies umfasst sowohl jene gesetzlichen Regelungen, die gemeinsam mit dieser Vereinbarung beschlossen werden sollen, als auch jene, die im Laufe der FAG-Periode umzusetzen sind.

Laufzeit dieser Vereinbarung:

Die vorliegende Vereinbarung wird unter Verzicht auf ein Kündigungsrecht für die Dauer der Geltung des Finanzausgleichsgesetzes 2024 (FAG 2024), jedenfalls aber bis zum 31. Dezember 2028 geschlossen. Wird die Geltungsdauer des FAG 2024 auf Basis einer Einigung zwischen dem Bund und den Ländern über den Finanzausgleich verlängert, so wird auch die Geltungsdauer dieser Vereinbarung unter Verzicht auf ein Kündigungsrecht auf denselben Zeitraum erstreckt.

Die Landesregierung stellt sohin den

Antrag,

der Salzburger Landtag wolle beschließen:

1. Dem Abschluss der vorstehenden Vereinbarung wird die Genehmigung gemäß Art 50 Abs 1 L-VG erteilt.
2. Die Vereinbarungsvorlage wird dem Verfassungs- und Verwaltungsausschuss zur Beratung, Berichterstattung und Antragstellung zugewiesen.