

Beilage Nr. 3/1997

PrZ 35/97-MDPLTG

V E R E I N B A R U N G

gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens
und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis
2000

V E R E I N B A R U N G

*gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens
und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis
2000*

Der Bund, vertreten durch die
Bundesregierung,
das Land Burgenland, vertreten durch den
Landeshauptmann, —
das Land Kärnten, vertreten durch den Landeshauptmann,-
das Land Niederösterreich, vertreten durch den
Landeshauptmann,
das Land Oberösterreich, vertreten durch den
Landeshauptmann,
das Land Salzburg, vertreten durch 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. 15 a B-VG die nachstehende Vereinbarung zu schließen:*

I n h a l t s v e r z e i c h n i s

Abschnitt/Artikel	Gegenstand
1. Abschnitt	Allgemeine Bestimmungen
Artikel 1	Gegenstand der Vereinbarung
Artikel 2	Zu finanzierende Träger von Krankenanstalten
Artikel 3	Finanzierung von Strukturreformen
2. Abschnitt	Planung
Artikel 4	Österreichischer Gesundheitsplan
Artikel 5	österreichischer Krankenanstalten- und - Großgeräteplan
3. Abschnitt	Einrichtung und Dotation der Landesfonds
Artikel 6	Einrichtung der Landesfonds
Artikel 7	Mittel der Landesfonds -
Artikel 8	Beiträge des Bundes und der Länder
Artikel 9	Beiträge der Träger der Sozialversicherung
Artikel 10	Berechnung von Landesquoten
4. Abschnitt	Sozialversicherungsrechtliche Bestimmungen
Artikel 11	Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den Trägern der Krankenanstalten und zu den Ländern (Landesfonds)
Artikel 12	Schiedskommission

5. Abschnitt	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
Artikel 13	Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung
Artikel 14	Krankenanstaltenspezifische Berechnung der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen- Punkte
6. Abschnitt	Weitere Finanzierungsmaßnahmen
Artikel 15	Mittel für die Finanzierung von Strukturreformen
Artikel 16	Förderung des Transplantationswesens
Artikel 17	Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und von Grundlagenarbeit
7. Abschnitt	Dokumentation
Artikel 18	Sicherstellung der bestehenden Dokumentation
Artikel 19	Erfassung weiterer Daten
Artikel 20	Erhebungen und Einschaurechte
8. Abschnitt	organisatorische Maßnahmen
Artikel 21	Strukturkommission
Artikel 22	Landeskommissionen
9. Abschnitt	Konsultations- und Sanktionsmechanismus
Artikel 23	Konsultationsmechanismus
Artikel 24	Sanktionsmechanismus

10. Abschnitt	Sonstige Bestimmungen
Artikel 25	Schutzklausel für Bund und Träger der Sozialversicherung
Artikel 26	Schutzklausel für Städte und Gemeinden
Artikel 27	In- und ausländische Gastpatienten, Anstaltspflege im Ausland aus medizinischen Gründen Artikel 28 Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 1. März 1983, A 1/81 - 13 (Zams)
11. Abschnitt	Schlußbestimmungen
Artikel 29	Inkrafttreten
Artikel 30	Durchführung der Vereinbarung
Artikel 31	Geltungsdauer, Kündigung
Artikel 32	Mitteilungen
Artikel 33	Urschrift

1. Abschnitt
Allgemeine Bestimmungen

A r t i k e l 1

Gegenstand der Vereinbarung

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, nach Maßgabe der nachstehenden Bestimmungen dieser Vereinbarung

1. den Trägern der Krankenanstalten gemäß Art. 2 (im folgenden kurz: Träger von Krankenanstalten) auf Rechnung von Landesfonds im Namen der Träger der Sozialversicherung auf der Grundlage des verbindlichen; einvernehmlich festgelegten_ Österreichischen Krankenanstaltenplanes und Großgeräteplanes sowie der Landeskrankenanstaltenpläne leistungsorientiert Zahlungen für die Behandlung von Patienten, für die eine Leistungspflicht der Sozialversicherung besteht, zu gewähren,
2. allenfalls Mittel für Strukturreformen zur Entlastung des stationären Akutbereiches der Krankenanstalten zu leisten,
3. das Transplantationswesen zu fördern,
4. zur Wahrnehmung der in Art. 21 und Art. 22 genannten Aufgaben die Strukturkommission und die Landeskommissionen einzurichten und
5. die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den Länder (Landesfonds) und den Trägern der Krankenanstalten gemäß Art. 2 sowie die Beziehungen der Länder (Landesfonds) zu den Trägern der Krankenanstalten gemäß Art. 2 festzulegen.

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

A r t i k e l 2

Zu finanzierende Träger von Krankenanstalten

Auf der Grundlage des einvernehmlich festgelegten Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung sind den Trägern folgender Krankenanstalten, soweit diese Krankenanstalten am 31. Dezember 1996 ein Recht auf Zuschüsse des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds hatten, Zahlungen zu gewähren:

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

A r t i k e l 3

Finanzierung von Strukturreformen

(1) Die Länder(Landesfonds) können Mittel bis zur in Art. 15 festgelegten Höhe für die Finanzierung von strukturverbessernden Maßnahmen, das sind alle Maßnahmen, die zur Entlastung des stationären Akutbereiches der Krankenanstalten führen, verwenden.

(2) Die Länder(Landesfonds) haben der Strukturkommission jedenfalls bis 30. April eines jeden Jahres die Höhe der für strukturverbessernde Maßnahmen zu verwendenden Mittel gemäß Abs. 1 sowie die Ziel- und Planvorstellungen für den Einsatz dieser zweckgebundenen Mittel in Verbindung mit den vom Land für die Erreichung der gleichen Ziele allenfalls bereitgestellten Mittel projektbezogen bekanntzugeben.

(3) Bei der Verwendung dieser Mittel werden die Länder (Landesfonds) insbesondere folgende Zielvorgaben einzuhalten haben:

1. Den Abbau von Kapazitäten in Bereichen der Akutversorgung von Krankenanstalten;
2. die Schaffung und den Ausbau alternativer Versorgungseinrichtungen, insbesondere Pflegebetten, Hauskrankenpflege und mobile Dienste sowie sozialmedizinische und psychosoziale Betreuungseinrichtungen;
3. den Ausbau integrierter Versorgungssysteme, insbesondere Sozial- und Gesundheitssprengel.

(4) Die Strukturkommission hat Grundsätze für die Verwendung und die Abrechnung sowie Richtlinien für die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung dieser Mittel zu erlassen.

(5) Die Mittel für Strukturreformen sind während der Laufzeit dieser Vereinbarung von den Ländern nach Maßgabe des Abs. 3 zu verwenden. Nach Ablauf dieser Vereinbarung nicht ausgeschöpfte Mittel sind weiterhin zweckgebunden nach Maßgabe des Abs. 3 zu verwenden.

2. Abschnitt *Planung*

A r t i k e l 4

Österreichischer Gesundheitsplan

(1) Ein österreichweiter Gesundheitsplan bestehend aus einem Österreichischen Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes, einem Spitalsambulanzplan, einem Niederlassungsplan für Kassenvertragsärzte, einem Pflegebereichsplan und einem Rehabilitationsplan ist zu erstellen.

(2) Diese Pläne sind mit Ausnahme des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes sobald wie möglich festzulegen.

(3) Der Österreichische Krankenanstaltenplan einschließlich des Großgeräteplanes ist nach Maßgabe des Art. 5 bis zum 1. Jänner 1997 einvernehmlich festzulegen.

(4) Der Bund leistet seine Beträge gemäß Art. 8 Abs. 1 Z 3 und 4 in der Höhe von insgesamt 3000 Millionen Schilling jährlich unter der Bedingung an die Landesfonds, daß ein mit allen Ländern einvernehmlich festgelegter österreichweiter Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes zum 1. Jänner 1997 vorliegt.

(5) Die im Österreichischen Krankenanstalten und im Großgeräteplan in den einzelnen Ländern vorgesehenen Behandlungskapazitäten stellen Höchstzahlen dar.

A r t i k e l 5

Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan

(1) Ein verbindlicher österreichweiter Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes (Anlage) ist zwischen dem Bund und den Ländern einvernehmlich mit 1. Jänner 1997 festzulegen.

(2) Die Landeskrankenanstaltenpläne sind so festzulegen, daß die vom Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan vorgegebenen Grenzen unter Bedachtnahme auf sonstige Vorgaben des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes nicht überschritten werden.

(3) Im Rahmen der Erteilung der Bewilligung für die Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des § 3 Abs. 2 des

Krankenanstaltengesetzes oder für eine wesentliche Veränderung einer Krankenanstalt im Sinne des § 4 des Krankenanstaltengesetzes hat die Feststellung des Bedarfes gemäß § 3 Abs. 2 lit. a des Krankenanstaltengesetzes, sofern es sich um eine Krankenanstalt gemäß Art. 2 handelt, im Einklang mit dem Bundes- und dem Landeskrankenanstaltenplan zu erfolgen.

(4) Im Einklang mit dem Bundes- und dem Landeskrankenanstaltenplan sind erteilte krankenanstaltenrechtliche Bewilligungen unter größtmöglicher Schonung wohlerworbener Rechte zu ändern oder allenfalls zurückzunehmen. Das Krankenanstaltengesetz und die Landesausführungsgesetze haben dies zu ermöglichen.

(5) Eine allfällige Bereitstellung von Investitionszuschüssen durch die Landesfonds hat im Einklang mit dem Bundes- und dem Landeskrankenanstaltenplan zu erfolgen.

(6) Die Vertragsparteien kommen überein, den österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan ständig weiterzuentwickeln, ihn erforderlichenfalls einvernehmlich alle zwei Jahre zu revidieren und die notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen jeweils unverzüglich in Kraft zu setzen.

3. Abschnitt

Einrichtung und Dotation der Landesfonds

A r t i k e l 6

Einrichtung der Landesfonds

(1) Zur Wahrnehmung von Aufgaben aufgrund dieser Vereinbarung hat jedes Land einen Landesfonds einzurichten. Dabei steht es den Ländern frei, entweder Fonds mit eigener

Rechtspersönlichkeit oder Fonds ohne eigene Rechtspersönlichkeit (unselbständige Verwaltungsfonds) einzurichten.

(2) Bei der Einrichtung von Landesfonds ist jedenfalls eine deutliche Abgrenzung der Mittel der Landesfonds von anderen Mitteln des jeweiligen Landes sicherzustellen, wobei in Anlehnung an die bisherigen KRAZAF'-Verrechnungsvorschriften bundesweit gleichartige Verrechnungsvorschriften Anwendung finden und eine periodengerechte Abgrenzung der Mittel der Landesfonds erfolgt.

A r t i k e l 7

Mittel der Landesfonds

Mittel der Landesfonds sind:

1. Beiträge des Bundes und der Länder
2. - nach Maßgabe einer besonderen bundesgesetzlichen Regelung
- Beiträge der Gemeinden
3. Beiträge des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger für Rechnung der ihm angeschlossenen Träger der Sozialversicherung
4. Allfällige sonstige Mittel nach Maßgabe von landesrechtlichen Vorschriften, wobei außer den bereits vor dem 1. Jänner 1997 aufgrund gesetzlicher Vorschriften zulässigen unmittelbaren Patienten- und Versichertenleistungen, wie Kostenanteile in der Krankenversicherung der Bauern, Kostenbeiträge für Angehörige und Kostenbeiträge nach dem Krankenanstaltengesetz, weitere Selbstbehalte unzulässig sind.

A r t i k e l 8

Beiträge des Bundes und der Länder

(1) Beiträge des Bundes:

1. Der Bund leistet an die Länder (Landesfonds) insgesamt jährlich einen Beitrag in der Höhe von 1,416 % des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug des im § 7 Abs. 2 Z 2 des Finanzausgleichsgesetzes 1997 genannten Betrages,
2. der Bund leistet jährlich 330 *Millionen* Schilling an die Länder (Landesfonds) insgesamt, -
3. der Bund leistet jährlich 1250 Millionen Schilling unter der Bedingung des Art. 4 Abs. 4 an die Länder (Landesfonds) insgesamt,
4. nach Maßgabe des Art. 24 Abs.2 und 6 leistet der Bund jährlich 1750 Millionen Schilling abzüglich der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens und für die Finanzierung von allgemeinen *Planungskonzepten* und von Grundlagenarbeit und allfälliger gemäß Art. 27 Abs. 3 aufzuwendender Mittel unter der *Bedingung* des Art. 4 Abs. 4 an die Länder (Landesfonds) insgesamt. -

(2) Beiträge der Länder:

Die Länder leisten an die Länder (Landesfonds) jährlich insgesamt einen Beitrag in der Höhe von 0,949 % des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug des im § 7 Abs. 2 Z 2 des Finanzausgleichsgesetzes 1997 genannten Betrages.

(3) Die Vertragsparteien kommen überein, daß die Beiträge des Bundes gemäß Abs. 1 Z 1 und der Länder gemäß Abs. 2 mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 1997 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 jeweils zu Lasten des Bundes

und der Länder vom Bund an die Länder (Landesfonds) zu überweisen.

(4) Die Beiträge des Bundes gemäß Abs. 1 Z 2 und 3 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels an die Länder (Landesfonds) zu überweisen.

(5) Die Beiträge des Bundes gemäß Abs. 1 Z 4 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 20. April, 20. Juli, 20. Oktober und 20. Jänner des Folgejahres an die Länder (Landesfonds) zu überweisen, sofern die Voraussetzungen des Art. 24 Abs. 2 und 6 erfüllt sind.

(6) Die an die Länder (Landesfonds) zu leistenden Beiträge gemäß Abs. 1 Z 1 und Abs. 2 sind als Vorschußleistungen anzusehen. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 11 Abs. 1 Finanzausgleichsgesetz 1997 oder der an die Stelle dieser Bestimmung tretenden Norm in der jeweils geltenden Fassung zu erfolgen. Dabei entstehende Übergenüsse oder Guthaben der Länder (Landesfonds) sind auszugleichen.

A r t i k e l 9

Beiträge der Träger der Sozialversicherung

(1) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger leistet für Rechnung der in ihm zusammengefaßten Sozialversicherungsträger an die Länder (Landesfonds) für das Jahr 1997 einen vorläufigen Pauschalbetrag in der Höhe von 37.000 Millionen Schilling. Diesem Betrag liegen zwei Teilbeträgen zugrunde:

1. die Zahlungen der Träger der Sozialversicherung für Pflegegebührenersätze, für die Jahresausgleichszahlung und für Ambulanzgebühren in der Höhe von 23.782.528.926,-- Schilling (Teilbetrag 1) und

2. die Beiträge, welche die Träger der Sozialversicherung auf der Grundlage der Vereinbarung, BGBl.Nr. 863/1992, an den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds zu leisten hatten (Teilbetrag 2).

(2) Die endgültige Abrechnung des vorläufigen Pauschalbetrages gemäß Abs. 1 ist bis 31. Oktober 1998 folgendermaßen durchzuführen:

1. Für die endgültige Abrechnung des Teilbetrages 1 ist der Beitrag gemäß Abs. 1 Z 1 mit den endgültigen Hundertsätzen gemäß § 28 Krankenanstaltengesetz, BGBl.Nr. 1/1957, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl.Nr. 853/1995 (im folgenden kurz: KAG) für 1995, 1996 und 1997 zu multiplizieren.
2. Der Teilbetrag 2 wird nach den Grundsätzen der für das Jahr 1994 gemäß der Vereinbarung BGBl.Nr. 863/1992 geltenden Regelungen (Art. 18 und 19 dieser Vereinbarung) auf Basis der Daten des Jahres 1997 abgerechnet.

(3) Die vorläufige Zahlung der Träger der Sozialversicherung für 1998 ist bis 31. Dezember 1997 wie folgt zu berechnen:

1. Der vorläufige Teilbetrag 1 ergibt sich aus der Multiplikation des Betrages gemäß Abs. 1 Z 1 mit den endgültigen Hundertsätzen gemäß § 28 KAG für 1995 und 1996 und dem vorläufigen Hundertsatz gemäß § 28 KAG für 1997.
2. Der Teilbetrag 2 wird aufgrund der vorläufigen Werte für 1997 errechnet.
3. Die Summe aus dem Teilbetrag 1 und dem Teilbetrag 2 wird mit dem vorläufigen Hundertsatz für 1998 multipliziert, der aufgrund der für das Jahr 1998 geschätzten prozentuellen Steigerung der Beitragseinnahmen der Träger der

Krankenversicherung gegenüber den voraussichtlichen Beitragseinnahmen 1997 entspricht.

(4) Die Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge für Pensionisten im Jahre 1996 ist bei der Berechnung der Hundertsätze gemäß § 28 KAG für die Jahre 1996 und 1997 sowie bei der Berechnung der Steigerungssätze für die Jahre 1998 bis 2000 nicht zu berücksichtigen.

(5) Die vorläufigen Zahlungen der Träger der Sozialversicherung für die Jahre 1999 und 2000 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.

(6) Die endgültigen Abrechnungen für die Jahre 1998, 1999 und 2000 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.

(7) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger leistet an die Länder (Landesfonds)

1. 70 % des Betrages gemäß Abs. 1 bis 6 in zwölf gleich hohen Monatsraten. Die 1. Rate ist am 7. April 1997, alle weiteren Raten über die gesamte Laufzeit dieser Vereinbarung sind jeweils zum 20. eines Monats fällig;
2. 30 % des Betrages gemäß Abs. 1 bis 6 in vier gleich hohen Quartalsbeträgen, wobei die 1. Rate am 20. April 1997 fällig

ist, die folgenden Raten jeweils am 20. Juli, am 20. Oktober und am 20. Jänner des Folgejahres.

(8) Zusätzlich zu den jährlichen Pauschalbeträgen gemäß Abs. 1 bis 6 leisten die Sozialversicherungsträger in den Jahren 1997 bis einschließlich 2000 einen Betrag in der Höhe des variablen Finanzvolumens an die Länder (Landesfonds), das sich aufgrund 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 aufgrund von Bestimmungen in den Sozialversicherungsgesetzen werden von den Trägern der Krankenanstalten im Namen der Träger der Sozialversicherung für die Ländern (Landesfonds) eingehoben. Diese Kostenbeiträge (Kostenanteile) werden gemäß Abs. 5 valorisiert.

A r t i k e l 10

Berechnung von Landesquoten

(1) Die Beiträge des Bundes gemäß Art. 8 Abs. 1 Z 1 und 2 und die Beiträge der Länder gemäß Art. 8 Abs. 2 sind im Ausmaß der nachfolgend angeführten Prozentsätze jeweils in Landesquoten aufzuteilen und an die Länder (Landesfonds) 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 Beiträge des Bundes gemäß Art. 8 Abs. 1 Z 3 sind im Ausmaß der nachfolgend angeführten Prozentsätze jeweils in Landesquoten aufzuteilen und an die Länder (Landesfonds) 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 %

(3) Die Beiträge des Bundes gemäß Art. 8 Abs. 1 Z 4 sind gemäß der nachfolgenden Bestimmungen aufzuteilen:

1. Zunächst sind von den 1750 Millionen Schilling jährlich folgende Vorweganteile abzuziehen:

a) 50 Millionen Schilling für das Bundesland (den Landesfonds) Oberösterreich

b) 60 Millionen Schilling für das Bundesland (den Landesfonds) Steiermark

c) 50 Millionen Schilling für das Bundesland (den Landesfonds) Tirol

2. Sodann sind von den verbleibenden 1590 Millionen Schilling die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens im Ausmaß von 30 Millionen Schilling jährlich und die Mittel für die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und von Grundlagenarbeit im Ausmaß von 30 Millionen Schilling jährlich abzuziehen und vom Bundesministerium für Gesundheit- und Konsumentenschutz einzubehalten und gemäß Art. 16 und 17 zu verwenden. Von dem sodann verbleibenden Betrag sind weiters

allfällige, für Anstaltspflege im Ausland aufzuwendende Mittel jährlich abzuziehen und gemäß Art. 27 Abs. 3 zu verwenden.

3. Sofern ein Mehrbedarf an Transplantationsmitteln von über 30 Millionen Schilling besteht, sind hierfür bis höchstens 40 Millionen Schilling einzubehalten.

4. Die nach dem Abzug gemäß Z 2 und 3 verbleibenden Mittel sind entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 1991, wobei die entsprechenden Prozentsätze auf drei Komma-stellen kaufmännisch gerundet zu errechnen sind, den Ländern (Landesfonds) nach Maßgabe des Art. 24 Abs. 2 und 6 zu über-weisen.

5. Im Ausmaß der Landesquoten gemäß Z 4 sind allenfalls in einem Rechnungsjahr nicht ausgeschöpfte Mittel zur Förderung des Transplantationswesens und für die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und Grundlagenarbeit den einzelnen Ländern (Landesfonds) zuzuteilen.

(4) Die bundesgesetzliche Regelung gemäß Art. 7 Z 2 wird vorsehen, daß die Beiträge der Gemeinden länderweise entsprechend den in Abs. 1 genannten Anteilen verteilt werden.

(5) Die Mittel der Sozialversicherung für die Jahre 1997 bis einschließlich 2000

1. gemäß Art: 9 Abs. 1 bis 6 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	<u>25.520232629</u>	%
	100,000000000	%

2. gemäß Art. 9 Abs. 8 verbleiben dem Landesfonds.

(6) Anfallende Vermögenserträge für die Mittel gemäß Art. 8 Abs. 1 Z 4 sind entsprechend der gemäß Abs. 3 Z 4 errechneten Prozentsätze an die Länder (Landesfonds) zu überweisen.

4. Abschnitt

Sozialversicherungsrechtliche Bestimmungen

A r t i k e l 1 1

Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den Trägern der Krankenanstalten und zu den Ländern (Landesfonds)

(1) Mit den Zahlungen der Träger der Sozialversicherung gemäß Art. 9 an die Länder (Landesfonds) sind alle Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und ambulanten 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 aufgrund 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 aufgrund 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 Ländern (Landesfonds) abgegolten werden, 1998 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-Kindpaßuntersuchungen und im Einvernehmen zwischen der Sozialversicherung und betroffenen Ländern ausgenommene Leistungen. Zwischen Hauptverband, Sozialversicherungsträger und Landesfonds ist eine Liste der Verträge zu erstellen, deren Leistungsgegenstand nicht Inhalt dieser Vereinbarung ist. Weiters sind die im § 27 Abs. 2 Bundeskrankenanstaltengesetz ausgenommenen Leistungen nicht mit dem Pauschalbeitrag abgegolten.

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

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

(6) Die Länder (Landesfonds) übernehmen die finanziellen Leistungsverpflichtungen der Träger der Sozialversicherung gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten, soweit dem Grunde nach Ansprüche von Vertragseinrichtungen gemäß Art. 2 bereits im Jahre 1996 bestanden haben.

(7) Der Bund verpflichtet sich gegenüber den Ländern, gesetzlich zu regeln, daß mit den Zahlungen der Länder (Landesfonds) an die Krankenanstalten sämtliche Ansprüche der Krankenanstalten gegenüber den Trägern der Sozialversicherung und gegenüber den Landesfonds abgegolten sind.

(8) Die Krankenanstalten haben den Trägern der Sozialversicherung alle erforderlichen Daten zu übermitteln, die zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Sozialversicherung erforderlich sind, insbesondere die Aufnahme und Entlassung von Patienten samt Diagnosen. Die Daten der Leistungserbringung an den Patienten sind von den Trägern der Krankenanstalten im Wege der Landesfonds auf der Basis des LKF/LDF-Systems den Sozialversicherungsträgern zu übermitteln.

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

(10) Der Hauptverband erteilt aus den bei ihm gespeicherten Daten (§ 31 Abs. 4 Z 3 ASVG) auf automationsunterstütztem Weg (im Online- oder Stapelverfahren) Auskünfte an Krankenanstaltenträger hinsichtlich der möglicherweise leistungszuständigen Versicherungsträger. Zwischen Hauptverband und Ländern sind unverzüglich Verhandlungen mit dem Ziel aufzunehmen, Aufnahmeanzeigen mit unrichtigen Versicherungszuständigkeiten innerhalb der Sozialversicherung abzuklären und weiterzuleiten. Die Verpflichtung der grundsätzlichen Feststellung der Versicherungszugehörigkeit bei der Aufnahme durch die Krankenanstalt bleibt davon unbenommen.

(11) Der gesamte Datenaustausch zwischen Krankenanstalten und Sozialversicherungsträgern ist spätestens ab 1. Jänner 1998 elektronisch vorzunehmen. Die Datensatzaufbauten und Codeverzeichnisse sind bundesweit einheitlich zu gestalten.

(12) Die Einschau- und Untersuchungsrechte gemäß § 148 Z 4 ASVG und § 149 Abs. 2 ASVG in der am 31. Dezember 1996 geltenden Fassung bleiben unverändert aufrecht.

A r t i k e l 1 2

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 Landesfonds, die zum Zeitpunkt 31. Dezember 1996 bestehen, und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
2. Entscheidungen über Streitigkeiten aus zwischen den Trägern der in Art. 2 genannten Krankenanstalten und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (oder einen Träger der sozialen Krankenversicherung) abgeschlossenen Verträgen einschließlich der Entscheidung über die aus diesen Verträgen erwachsenden Ansprüche gegenüber Trägern der Sozialversicherung oder gegenüber den Landesfonds;
3. Entscheidung über Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträgern oder einem Träger der sozialen Krankenversicherung und den Ländern (Landesfonds) über die wechselseitigen Verpflichtungen und Ansprüche aus der vorliegenden Vereinbarung;
4. Entscheidung über Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus (Art. 24) gründen.

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

1. ein vom Präsidenten des jeweiligen Oberlandesgerichtes bestellter Richter aus dem Aktivstand der zum Sprengel des jeweiligen Oberlandesgerichtes gehörenden Gerichte, der den Vorsitz übernimmt;
2. ein vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger entsendetes Mitglied und ein Mitglied aus dem Kreise der Bediensteten des Aktivstandes des jeweiligen Landes;
3. zwei Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstrehänder, wobei ein Mitglied entweder das jeweilige Land oder der betroffene Träger der Krankenanstalt und ein Mitglied der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entsendet;
4. für jedes gemäß Z 1 bis 3 bestellte Mitglied der Schiedskommission kann ein Ersatzmitglied bestellt werden. Für die Bestellung gelten die Z 1 bis 3 sinngemäß.

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

5. Abschnitt

Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

A r t i k e l 13

Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung

(1) Österreichweit ist mit 1. Jänner 1997 für die Krankenanstalten gemäß Art. 2 ein leistungsorientiertes Finanzierungssystem einzuführen. Sofern den von den Krankenanstalten zu verrechnenden gesetzlichen Entgelten die leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen zugrundeliegen, wird der Bund den Ländern einen für Österreich einheitlichen Katalog der Leistungspositionen zur Verfügung stellen.

(2) Die in diesem Zusammenhang durchzuführenden Aufgaben sind nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen über die Landesfonds wahrzunehmen, wobei die Bepunktung je leistungsorientierter Diagnosenfallgruppe im Kernbereich von der Strukturkommission bundesweit einheitlich festzusetzen und in regelmäßigen Abständen anzupassen ist.

(3) Als Voraussetzung für die Abrechnung der Leistungen der Träger der Krankenanstalten durch die Landesfonds ab 1. Jänner 1997 wird der Bund bis spätestens 30. September 1996 den Ländern (Landesfonds) eine Basisversion des LKF-Bepunktungsprogrammes (LKF-Scoringprogrammes) samt Programmbeschreibung zur Verfügung stellen, welches eine EDV-unterstützte Auswertung der von den Trägern der Krankenanstalten gelieferten Abrechnungsdaten ermöglicht. Dieses Programm wird als eigene Funktion auch die Durchführung sämtlicher Plausibilitätsprüfvorschriften enthalten. Weiters wird der Quellcode für die Plausibilitäts- und Bepunktungsfunktion in einer standardisierten, auf verschiedene Systemumgebungen portablen Form bis spätestens 31. Jänner 1997 bereitgestellt. Seine Implementierung sowie die Gewährleistung einer der Basisversion des LKF-Bepunktungsprogrammes gleichwertigen Funktionalität ist Aufgabe der jeweiligen Landesstellen. Die Finanzierung der Entwicklung, Weiterentwicklung und Wartung dieser Programmversionen erfolgt aus den vorgesehenen Mitteln zur Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und von Grundlagenarbeit.

(4) Änderungen im LKF-Kernbereich treten jeweils nur mit 1. Jänner eines jeden Jahres in Kraft. Als Grundlage für die Ent-

scheidung über Modelländerungen werden bis spätestens 31. Mai die geplanten Modifikationen festgelegt und bis spätestens 1. September vor dem Abrechnungsjahr Simulationsrechnungen erstellt. Bis 15. September hat die definitive Modellfestlegung in der Strukturkommission einvernehmlich zu erfolgen und es sind die erforderlichen Modellbeschreibungen und LKF-Bepunktungsprogramme bis spätestens 30. September mit Wirksamkeit 1. Jänner des Folgejahres den Ländern (Landesfonds) bereitzustellen.

(5) Im LKF-Kernbereich sind grundsätzlich keine Kriterien des Steuerungsbereiches einzubeziehen. Eine befristete Ausnahme stellt die Bepunktung des Intensivbereichs im Jahr 1997 dar.

(6) Die leistungsorientierte Mittelzuteilung aus den Landesfonds an die Träger der Krankenanstalten kann auf die landesspezifischen Erfordernisse insofern Bedacht nehmen, als die Bepunktung je leistungsorientierter Diagnosenfallgruppe im Steuerungsbereich nach Maßgabe der nachfolgenden Kriterien je Land unterschiedlich sein kann.

(7) In der Gestaltung des Steuerungsbereiches sind nur folgende Qualitätskriterien möglich:

1. Krankenanstalten-Typ
2. Personalfaktor
3. Apparative Ausstattung
4. Bausubstanz
5. Auslastung
6. Hotelkomponente

(8) Die Abgeltung von Ambulanzleistungen und Nebenkosten ist im Rahmen der Landesfonds zu regeln.

(9) Die Landesfonds können Mittel zur Anpassung an die neue Finanzierungsform als Ausgleichszahlungen vorsehen.

(10) Das Ziel ist ein österreichweit einheitliches leistungsorientiertes Vergütungssystem unter Berücksichtigung des Krankenanstalten-Typs (unterschiedliche Versorgungsleistung).

A r t i k e l 14

Krankenanstaltenspezifische Berechnung der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen-Punkte

(1) Die krankenanstaltenspezifische Berechnung der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen-Punkte für den Kernbereich der leistungsorientierten Finanzierung ist zentral vorzunehmen, um erstens eine einheitliche Auswertung und zweitens eine einheitliche Dokumentation sicherzustellen.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz hat den Ländern die entsprechenden Daten für die Verrechnung zu liefern.

(3) Die Krankenanstalten, die Zahlungen aus dem Landesfonds erhalten, haben laufend Diagnosen- und Leistungsberichte an die Landesfonds zu übermitteln.

(4) Die Landesfonds haben dreimal jährlich Diagnosen- und Leistungsberichte der über den Landesfonds abgerechneten Krankenanstalten an das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz spätestens zu folgenden Terminen zu übermitteln:

31. Mai: Bericht über das 1. Quartal des laufenden Jahres;

30. September: Bericht über das 1. Halbjahr des laufenden Jahres;

31. März: Jahresbericht über das vorangegangene Kalenderjahr.

(5) Die bisher direkt von den Krankenanstalten an das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz übermittelten jährlichen Diagnosen- und Leistungsberichte entfallen.

6. Abschnitt

Weitere Finanzierungsmaßnahmen

A r t i k e l 15

Mittel für die Finanzierung von Strukturreformen

Bis zum Höchstausmaß von 5 % der den Landesfonds (gemäß Art. 7 Z 1 bis Z 3) zur Verfügung stehenden Mittel können die Länder (Landesfonds) jährlich für die Finanzierung von strukturverbessernden Maßnahmen einsetzen.

A r t i k e l 16

Förderung des Transplantationswesens

(1) Beim Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz ist eine Clearingstelle mit dem Ziel, eine überregionale Mittelverteilung an die Leistungserbringer für die Organgewinnung einschließlich der Vorbereitung und Transporte sowie für die HLA-A, B Typisierung der zu registrierenden potentiellen Knochenmarkspender zu gewährleisten, zu errichten.

(2) Diese Clearingstelle ist wie folgt zu dotieren:

1. Jährlich mit 30 Millionen Schilling, sofern ein Bedarf von über 30 Millionen Schilling besteht mit bis zu höchstens 40 Millionen Schilling.
2. Die Aufbringung der Mittel gemäß Z 1 erfolgt entsprechend der Bestimmungen des Art. 10 Abs. 3 Z 2.
3. Die Entscheidung über einen allfälligen Mehrbedarf an Mitteln zur Förderung des Transplantationswesens gemäß Art. 10 Abs. 3 Z 3 obliegt der Strukturkommission.

(3) Die Mittel laut Abs. 2 sind gemäß der nachfolgenden Bestimmungen zu verteilen:

1. Organgewinnung:

a) Für die Organgewinnung sind folgende Kostenersätze zu leisten:

S 17.000,--	.....	Entnahmekosten Niere
S 34.000,--	.....	Entnahmekosten Leber
S 34.000,--	.....	Entnahmekosten Herz
S 34.000,--	.....	Entnahmekosten Lunge
S 8.500,--	.....	Transportkosten Niere
S 26.500,--	.....	Transportkosten Leber
S 26.500,--	.....	Transportkosten Herz
S 26.500,--	.....	Transportkosten Lunge

b) Die Kostenersätze gemäß lit. a) sind jeweils an die Leistungserbringer (Kostenträger), welche die nachstehend angeführten Einzelleistungen im Verlaufe einer Explantation erbringen, im nachfolgenden Ausmaß zu verteilen:

- Intensivbetreuung des Spenders und Laborbefundung	37,1 %
- Spezialdiagnostik (Ultraschall etc.)	12,9 %
- Hirntoddiagnostik	3,2 %
- HLA-Bestimmung	-19,4 %
- Organentnahme (operative Leistung)	12,9 %
- Koordination und Organisation	
Transplantationskoordinator	6,5 %
ÖBIG-Transplant	8,0 %
	100,0 %

2. Knochenmarkspende (HLA-A,B Typisierung):

a) An die für die Typisierung und Knochenmarkspenderbetreuung geeigneten Laboratorien ist folgender Kostenersatz zu leisten:

S 2.500,-- HLA-A,H Typisierung.

b) Zusätzlich sind an die Organisation "Knochenmarkspende Österreich" jährlich pro HLA-A,B Typisierung 250,-- Schilling, jedoch insgesamt höchstens 500.000,-- Schilling zu leisten.

3. Die Abrechnung der Beitragsleistungen hat jeweils bis 30. April des Folgejahres zu erfolgen. Allenfalls nicht ausgeschöpfte Mittel sind entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 1991 an die einzelnen Länder (Landesfonds) zu überweisen.

A r t i k e l 17

Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und von Grundlagenarbeit

(1) Für die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und für Grundlagenarbeit der Strukturkommission sind jährlich 30 Millionen Schilling gemäß Art. 10 Abs. 3 Z 2 vom Bund einzubehalten.

(2) Sollten die Mittel gemäß Abs. 1 in einem Rechnungsjahr nicht ausgeschöpft werden, so sind sie gemäß Art. 10 Abs. 3 Z 5 an die Länder (Landesfonds) zu überweisen.

(3) Über die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und Grundlagenarbeit entscheidet die Strukturkommission.

7. Abschnitt Dokumentation

A r t i k e l 18

Sicherstellung der bestehenden Dokumentation

Die derzeitige Diagnosen- und Leistungserfassung im stationären Bereich der Krankenanstalten sowie die Erfassung von Statistikdaten (Krankenanstalten-Statistik, Ausgaben und Einnahmen) und Kostendaten (Kostenstellenrechnung) durch die Träger von Krankenanstalten sind sicherzustellen und weiterzuentwickeln.

A r t i k e l 19

Erfassung weiterer Daten

Zur Beobachtung, Analyse und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und zur Weiterentwicklung der leistungsorientierten Vergütungssysteme unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche können weitere erforderliche Daten erfaßt und angefordert werden. Entsprechende Maßnahmen sind vorher in der Strukturkommission zu beraten.

A r t i k e l 20

Erhebungen und Einschaurechte

(1) Den Organen des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz und von diesen beauftragten nichtamtlichen Sachverständigen ist es gestattet, Erhebungen über die Betriebsorganisation und den Betriebsablauf der Krankenanstalten gemäß Art. 2 durchzuführen und in die die Betriebsführung der Krankenanstalten betreffenden Unterlagen Einsicht zu nehmen. Der Bund ist verpflichtet, den Ländern (Landesfonds) über die Ergebnisse zu berichten und Vorschläge für Verbesserungen und Änderungen innerhalb einer angemessenen Frist zu erstatten.

(2) In der Strukturkommission und in den Landeskommissionen sind den Vertretern des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung auf Verlangen Auskünfte über finanzierungsrelevante

Angelegenheiten von den beteiligten Finanzierungspartnern zu erteilen.

(3) Der Bund verpflichtet sich, entsprechende gesetzliche Bestimmungen zu schaffen, die es den Ländern (Landesfonds) gestatten, Erhebungen über die Betriebsorganisation und den Betriebsablauf der Krankenanstalten gemäß Art. 2 durchzuführen und in die die Betriebsführung der Krankenanstalt betreffenden Unterlagen (z.B. Krankengeschichten) durch eigene oder beauftragte Organe Einsicht zu nehmen.

8. Abschnitt organisatorische Maßnahmen

A r t i k e l 21

Strukturkommission

(1) Der Bund hat eine Strukturkommission einzurichten.

(2) Der Strukturkommission gehören Vertreter des Bundes, der Landeskommissionen, der Sozialversicherung, der Interessensvertretungen der Städte und der Gemeinden und ein gemeinsamer Vertreter der Österreichischen Bischofskonferenz und des Evangelischen Oberkirchenrates an.

(3) In der Strukturkommission besteht eine Bundesmehrheit.

(4) Die Strukturkommission hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Weiterentwicklung des Gesundheitssystems
2. Weiterentwicklung der leistungsorientierten Vergütungssysteme unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche
3. Festlegung des zu einem Leistungsangebotsplan weiterentwickelten Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes im Einvernehmen mit den Ländern

4. Qualitätssicherung einschließlich der Überprüfung der der LKF-Bepunktung zugrundeliegenden Leistungen
5. Erlassung von Grundsätzen für die Verwendung von Strukturmitteln gemäß Art. 3
6. Festlegung des Ambulanz(leistungs)planes unter Berücksichtigung des niedergelassenen Bereiches im Einvernehmen mit den Ländern
7. Klärung überregionaler Fragen bei der Umsetzung des Österreichischen Krankenanstaltenplanes
8. Handhabung des Sanktionsmechanismus

(5) Es ist eine Geschäftsordnung zu erlassen, die insbesondere vorzusehen hat, daß

1. die Einberufung der Mitglieder zu einer Sitzung unter Anschluß der Tagesordnung und der sie erläuternden Unterlagen spätestens drei Wochen vor der Sitzung mittels Rückscheinbriefes (Rsb) zu erfolgen hat,
2. Anträge, deren zusätzliche Aufnahme in die Tagesordnung gewünscht wird, von jedem Mitglied der Strukturkommission unter Anschluß geeigneter schriftlicher Unterlagen spätestens 10 Tage (Datum des Poststempels) vor der Sitzung an die Strukturkommission gestellt werden können und
3. die von der Strukturkommission gefaßten Beschlüsse ohne unnötigen Aufschub den Länder (Landesfonds) zu melden sind.

A r t i k e l 22

Landeskontmissionen

(1) Jedes Land hat eine Landeskommission einzurichten.

(2) Der Landeskommission gehören Vertreter des Landes, der Interessensvertretungen der Städte und Gemeinden, der Rechtsträger der in Art. 2 genannten Krankenanstalten, der Sozialversicherung und des Bundes an.

(3) In der Landeskommission besteht eine Ländermehrheit.

(4) Die Landeskommission hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Handhabung des Sanktionsmechanismus auf Landesebene
2. Schiedsstellung bei Auslegungsfragen des Landeskrankenanstaltenplanes(auf Leistungsebene)
3. Eindämmung der Nebenbeschäftigungen von in Krankenanstalten beschäftigten Ärzten in Form einer Niederlassung in freier Praxis
4. Abstimmungen von Leistungen zwischen Krankenanstalten unter Berücksichtigung des überregionalen Leistungsangebotes
5. Landesspezifische Ausformung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems nach Maßgabe des Art. 13 (insbesondere im Steuerungsbereich)
6. Budgetvorgabe an die Krankenanstaltenträger, sofern die landesgesetzliche Regelung dies vorsieht.

(5) Es ist eine Geschäftsordnung zu erlassen, die insbesondere vorzusehen hat, daß

1. die Einberufung der Mitglieder zu einer Sitzung unter Anschluß der Tagesordnung und der sie erläuternden Unterlagen spätestens drei Wochen vor der Sitzung mittels Rückscheinbriefes (Rsb) zu erfolgen hat,
2. Anträge, deren zusätzliche Aufnahme in die Tagesordnung gewünscht wird, von jedem Mitglied der Landeskommission unter Anschluß geeigneter schriftlicher Unterlagen spätestens 10 Tage (Datum des Poststempels) vor der Sitzung an die Landeskommission gestellt werden können und
3. die von der Landeskommission gefaßten Beschlüsse ohne unnötigen Aufschub der Strukturkommission zu melden sind.

9. Abschnitt

Konsultations- und Sanktionsmechanismus

A r t i k e l 23

Konsultationsmechanismus

(1) Zwischen der Sozialversicherung und den Ländern ist ein Konsultationsmechanismus einzurichten, um finanzielle Folgen von Strukturveränderungen zu bewältigen und insbesondere Veränderungen der Leistungsangebote im stationären, halbstationären, tagesklinischen, ambulanten und niedergelassenen Bereich zu regeln.

(2) Ausgangsbasis für die Feststellung der Veränderung der Leistungsangebote ist für den stationären Bereich und für den niedergelassenen Bereich der 31. Dezember 1996.

A r t i k e l 24

Sanktionsmechanismus

(1) Ein Sanktionsmechanismus für den Krankenanstaltenbereich wird bis zum 1. Jänner 1997 eingerichtet.

(2) Bei maßgeblichen Verstößen gegen die einvernehmlich festzulegenden Pläne (Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes) hat der Bund den entsprechenden Länderanteil aus den 1,750 Millionen Schilling zurückzuhalten, bis der Landesfonds (das Land) Maßnahmen zur Herstellung des plankonformen Zustandes gegenüber den Krankenanstalten eingeleitet hat.

(3) Die Sozialversicherung hat sich bei der Vergabe von Kassenverträgen an einen einvernehmlich festzulegenden Großgeräteplan zu halten. Die Vertragsparteien kommen überein, wirksame Sanktionen vorzusehen.

(4) Im Falle eines vertragslosen Zustandes mit den Vertragsärzten wird das Land in einem zwischen der

Sozialversicherung und dem Land einzurichtenden Konsultationsmechanismus 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 Landesfonds zu leisten.

(5) 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, niedergelassenen und im Pflegebereich hat jene Institution zu tragen, die sie verursacht hat. Diese Regelung gilt insbesondere auch für Maßnahmen, die im Jahre 1996 getroffen wurden, deren Auswirkungen aber erst in der Folge eintreten

(6) Bei nicht ordnungsgemäßer Dokumentation und widmungswidriger Verwendung von Strukturmitteln sind Sanktionen gemäß Abs. 2 vorzusehen.

(7) Die Einweisungs- und Zuweisungspraxis der niedergelassenen Ärzte ist in der Strukturkommission und in den Landeskommissionen zu analysieren (ohne Sanktion).

10. Abschnitt Sonstige Bestimmungen

A r t i k e l 25

Schutzklausel für Bund und Träger der Sozialversicherung

(1) Die Länder verpflichten sich im Rahmen ihrer Kompetenz, dafür zu sorgen, daß für die Jahre 1997, 1998, 1999 und 2000 keine über diese Vereinbarung hinausgehenden finanziellen Forderungen betreffend die Krankenanstalten im Sinne des Art. 2

an den Bund oder die Träger der Sozialversicherung gestellt werden.

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

(3) Die Vertragsparteien kommen für den Bereich der sozialversicherten 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 stellt sicher, daß die Landesfonds von allen bundesgesetzlich geregelten Abgaben befreit sind.

A r t i k e l 26

Schutzklausel für Städte und Gemeinden

Die Länder verpflichten sich, dafür zu sorgen, daß es durch die Umstellung auf die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung gemäß Art. 13 zu keiner Verschiebung der Anteile an der Aufbringung der Mittel und der Betriebsabgangsdeckung zu Ungunsten der Städte und Gemeinden kommt.

A r t i k e l 27

In- und ausländische Gastpatienten, Anstaltspflege
im Ausland aus medizinischen Gründen

(1) Für inländische Gastpatienten wird für die Dauer dieser Vereinbarung keine über die Abgeltung der Landesfonds hinausgehende Entschädigung bezahlt.

(2) Für die Erbringung von Leistungen der Krankenanstalten für ausländische Gastpatienten aufgrund von zwischenstaatlichen Übereinkommen oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit sind die Länder (Landesfonds) zuständig. Die Kosten sind von den Trägern der Krankenanstalten mit den Ländern (Landesfonds) wie für österreichische Versicherte und ihre Angehörigen abzurechnen. Die Erstattung der von den Ländern (Landesfonds) 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 Ländern (Landesfonds) 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.

(3) Die Kosten einer Anstaltspflege im Ausland, die die Träger der Krankenversicherung aufgrund des innerstaatlichen Rechts oder aufgrund 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 in Inland nicht oder nicht in einem Zeitraum erhalten konnte, der für diese Behandlung normalerweise erforderlich ist,

sind den Trägern der Krankenversicherung aus Mitteln des Bundes gemäß Art. 8 Abs. 1 Z 4 in dem Ausmaß zu ersetzen, als diese Kosten den Betrag von 60 Millionen Schilling übersteigen. Art. 9 Abs. 5 und 6 sind bei der Valorisierung des Betrages für die Jahre 1998 bis 2000 anzuwenden.

(4) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat in der Strukturkommission quartalsweise aktuell über Art und Umfang der gemäß Abs. 3 für Anstaltspflege im Ausland erbrachte Leistungen zu berichten.

A r t i k e l 28

Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes
vom 1. März 1983, A 1/81 - 13 (Zams)

Die Vertragsparteien kommen überein, daß ihre gegensätzlichen Standpunkte zu allfälligen Nachzahlungen im Sinne des Erkenntnisses des Verfassungsgerichtshofes vom 1. März 1983, A 1/81 - 13 (Zams), aufrecht bleiben und diese bis 31. Dezember 2000 nicht zur Diskussion stehen.

11. Abschnitt

Schlußbestimmungen

A r t i k e l 29

Inkrafttreten

(1) Diese Vereinbarung tritt nach Einlangen der Mitteilungen aller Vertragsparteien beim Bundesministerium für Gesundheit und

Konsumentenschutz, daß die nach der Bundesverfassung bzw. nach den Landesverfassungen erforderlichen Voraussetzungen für das Inkrafttreten erfüllt sind, mit 1. Jänner 1997 in Kraft.

(2) Die Ansprüche der Krankenanstaltenträger gegenüber dem Krankenanstalten- Zusammenarbeitsfonds aufgrund der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung, BGBI..Nr. 863/1992 in der für das Jahr 1996 geltenden Fassung, und der erlassenen bundes- und landesgesetzlichen Vorschriften bis einschließlich des Jahres 1996 bleiben durch diese Vereinbarung unberührt und sind vom Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds bis zur Endabrechnung für das Jahr 1996 zu erfüllen.

(3) Unbeschadet der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung ab 1.Jänner 1997 sind die bis 31. Dezember 1996 angefallenen Pflage tage von den Trägern der Krankenanstalten direkt mit den Trägern der Sozialversicherung nach den bis zu diesem Termin geltenden Vorschriften auch für jene Patienten abzurechnen, die vor dem 1. Jänner 1997 in stationäre Pflege aufgenommen und erst nach dem 31. Dezember 1996 entlassen werden.

A r t i k e l 30

Durchführung der Vereinbarung

(1) Die zur Durchführung dieser Vereinbarung notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen sind mit 1. Jänner 1997 in Kraft zu setzen und alle bundes- und landesgesetzlichen Regelungen, die im Widerspruch zu dieser Vereinbarung stehen, mit 1. Jänner 1997 für die Laufzeit dieser Vereinbarung außer Kraft zu setzen.

(2) In Bezug auf Art. 24 werden folgende bundes- und landesgesetzlichen Regelungen vorgesehen:

1. Die Regelungen im Art. 24 Abs. 2 und 6 sind in das Bundes-Krankenanstaltengesetz und in entsprechende Landesgesetze zu übernehmen.

2. Die Regelungen im Art. 24 Abs. 1, 4, 5 und 7 sind in entsprechende Landesgesetze zu übernehmen.

3. In die Sozialversicherungsgesetze ist folgendes aufzunehmen: Die Sozialversicherung hat sich bei der Vergabe von Kassenverträgen an einen vom Bund nach Abstimmung mit der Sozialversicherung im Einvernehmen mit den Ländern festzulegenden Großgeräteplan zu halten. Verträge, die dem widersprechen, sind ungültig.

A r t i k e l 31

Geltungsdauer, Kündigung

(1) Diese Vereinbarung wird für die Jahre 1997, 1998, 1999 und 2000 geschlossen. Die Vertragsparteien verzichten für diesen Zeitraum auf ihr Recht, die Vereinbarung zu kündigen.

(2) Diese Vereinbarung tritt mit 31. Dezember 2000 außer Kraft.

(3) Die in Durchführung dieser Vereinbarung ergehenden Bundes- und Landesgesetze treten mit Außerkrafttreten dieser Vereinbarung auch außer Kraft. Die Vertragsparteien verpflichten sich, rechtzeitig Verhandlungen über eine Neuregelung aufzunehmen.

(4) 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.

Mitteilungen

Das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz hat die Vertragsparteien unverzüglich in Kenntnis zu setzen, sobald alle Mitteilungen gemäß Art. 29 eingelangt sind.

A r t i k e l 33

Urschrift

Diese Vereinbarung wird in einer Urschrift ausgefertigt. Die Urschrift wird beim Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz hinterlegt. Dieses hat allen Vertragsparteien beglaubigte Abschriften der Vereinbarung zu übermitteln.

N E B E N A B R E D E

zur

V E R E I N B A R U N G

gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000

(1) Gesetze und Verordnungen des Bundes, die für die anderen Gebietskörperschaften unmittelbar finanzielle Belastungen im Krankenanstaltenwesen verursachen, dürfen nur mit Zustimmung der Landesregierungen und des Österreichischen Städtebundes sowie des Österreichischen Gemeindebundes beschlossen bzw. erlassen oder geändert werden. Rechtsvorschriften, die zur Umsetzung des Rechtes der Europäischen Union notwendig sind, und das Bundesfinanzgesetz sind davon ausgenommen.

(2) Gesetze und Verordnungen eines Landes, die für die anderen Gebietskörperschaften unmittelbar finanzielle Belastungen im Krankenanstaltenwesen verursachen, dürfen nur mit Zustimmung der Bundesregierung und der jeweiligen Landesorganisation des Österreichischen Städtebundes und des Österreichischen Gemeindebundes

beschlossen bzw. erlassen oder geändert werden. Rechtsvorschriften, die zur Umsetzung des Rechtes der Europäischen Union notwendig sind, sind davon ausgenommen.