

VEREINBARUNG

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

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. 15a B-VG
die nachstehende Vereinbarung zu schließen:

Abteilung Landesamtsdirektion/Regierungsdienst

Beilage zu
Sitzungsbogen Nr. 43

GS4-20/III-30/1072
zur Sitzung am 24. April 2001

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

PRÄAMBEL

Abschnitt/Artikel	Gegenstand
1. Abschnitt	Allgemeine Bestimmungen
Artikel 1	Gegenstand und Schwerpunkte der Vereinbarung
Artikel 2	Zu finanzierende Träger von Krankenanstalten
2. Abschnitt	Planung, Qualität und Gesundheitstelematik
Artikel 3	Planung des österreichischen Gesundheitswesens
Artikel 4	Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan inklusive Leistungsangebotsplanung für den stationären Akutbereich
Artikel 5	Schnittstellenmanagement
Artikel 6	Qualität im österreichischen Gesundheitswesen
Artikel 7	Gesundheitstelematik
3. Abschnitt	Einrichtung und Dotation des Strukturfonds und der Landesfonds
Artikel 8	Einrichtung des Strukturfonds
Artikel 9	Mittel des Strukturfonds
Artikel 10	Einrichtung der Landesfonds
Artikel 11	Mittel der Landesfonds
Artikel 12	Beiträge des Bundes, des Strukturfonds und der Länder
Artikel 13	Beiträge der Träger der Sozialversicherung
Artikel 14	Erhöhung des Kostenbeitrages gemäß § 27a Krankenanstaltengesetz
Artikel 15	Berechnung von Landesquoten

4. Abschnitt	Sozialversicherungsrechtliche Bestimmungen
Artikel 16	Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den Trägern der Krankenanstalten und zu den Ländern (Landesfonds)
Artikel 17	Schiedskommission
5. Abschnitt	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
Artikel 18	Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung
Artikel 19	Krankenanstaltenspezifische Berechnung der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen-Punkte
6. Abschnitt	Weitere Finanzierungsmaßnahmen
Artikel 20	Finanzierung von Planungen und Strukturreformen
Artikel 21	Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen
Artikel 22	Förderung des Transplantationswesens
7. Abschnitt	Dokumentation
Artikel 23	Sicherstellung und Weiterentwicklung der bestehenden Dokumentation
Artikel 24	Erfassung weiterer Daten
Artikel 25	Erhebungen und Einschaurechte
8. Abschnitt	Organisatorische Maßnahmen
Artikel 26	Strukturkommission
Artikel 27	Landeskommissionen

9. Abschnitt Konsultations- und Sanktionsmechanismus

Artikel 28 Konsultationsmechanismus

Artikel 29 Sanktionsmechanismus

10. Abschnitt Sonstige Bestimmungen

Artikel 30 Schutzklausel für Bund und Träger der
Sozialversicherung

Artikel 31 Schutzklausel für Städte und Gemeinden

Artikel 32 Inländische Gastpatienten und ausländische
Anspruchsberechtigte, Anstaltspflege im Ausland
aus medizinischen Gründen

Artikel 33 Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes
vom 1. März 1983, A 1/81 - 13 (Zams)

11. Abschnitt Schlussbestimmungen

Artikel 34 Geschlechtsspezifische Formulierungen

Artikel 35 Inkrafttreten

Artikel 36 Durchführung der Vereinbarung

Artikel 37 Euro-Bestimmung

Artikel 38 Geltungsdauer, Kündigung

Artikel 39 Mitteilungen

Artikel 40 Urschrift

PRÄAMBEL

Die Vertragsparteien verbinden mit dieser Vereinbarung die Absicht, auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und möglicher Kosteneinsparungen abzusichern. Weiters gilt es, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Gegebenheiten in den Bundesländern die einzelnen Bereiche und das gesamte Gesundheitssystem überregional entsprechend den demographischen Entwicklungen und Bedürfnissen ständig zu analysieren und weiterzuentwickeln. Dazu kommen die Vertragsparteien überein, unter Einbeziehung der intra- und extramuralen Bereiche alle Möglichkeiten wahrzunehmen, um

- eine integrierte, aufeinander abgestimmte Planung aller Bereiche im Gesundheitswesen zu erreichen,
- ein verbindliches der Effizienzsteigerung dienendes Qualitätssystem für das österreichische Gesundheitswesen einzuführen,
- die Voraussetzungen für einen effektiven und effizienten Einsatz der Informationstechnologie im Gesundheitswesen zu schaffen,
- das Schnittstellenmanagement durch verbindliche Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen zu verbessern und
- den Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) in Richtung eines Leistungsangebotsplanes weiterzuentwickeln.

1. ABSCHNITT

Allgemeine Bestimmungen

Artikel 1

Gegenstand und Schwerpunkte 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, zwischen den Vertragsparteien einvernehmlich festgelegten, zu einem Leistungsangebotsplan weiterentwickelten und weiterzuentwickelnden 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 Planungen und Strukturreformen insbesondere zur Entlastung des stationären Akutbereiches der Krankenanstalten zu leisten.
3. das Transplantationswesen zu fördern.
4. zur Wahrnehmung der in Art. 26 und Art. 27 genannten Aufgaben die Strukturkommission und die Landeskommissionen einzurichten.
5. die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den Ländern (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) Inhaltliche Schwerpunkte dieser Vereinbarung sind

1. die erforderlichen Strukturveränderungen unter stärkerer Berücksichtigung insbesondere des ambulanten Bereichs (spitalsambulanter Bereich, niedergelassener Bereich und selbstständige Ambulatorien),
2. zur Effizienzsteigerung eine flächendeckende verbindliche Verankerung der Qualitätsarbeit auf allen Ebenen des Gesundheitswesens,
3. die Grundsätze für Kooperationsformen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern,
4. eine Unterstützung der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologie sowie
5. die Optimierung der Leistungserbringung in ökonomischer und qualitativer Hinsicht.

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

Artikel 2

Zu finanzierende Träger von Krankenanstalten

Auf der Grundlage des einvernehmlich festgelegten Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung sind den Trägern folgender Krankenanstalten, soweit diese Krankenanstalten im Jahr 1996 Zuschüsse des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds erhalten haben, Zahlungen zu gewähren:

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

2. ABSCHNITT

Planung, Qualität und Gesundheitstelematik

Artikel 3

Planung des österreichischen Gesundheitswesens

(1) Die Planung des österreichischen Gesundheitswesens umfasst grundsätzlich alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung (insbes.: stationärer Bereich, ambulanter Bereich und Rehabilitationsbereich) und den Pflegebereich sowie deren Beziehungen untereinander. Ziel sind regional aufeinander abgestimmte Planungen, die an einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien festzulegende verbindliche Standards zur Strukturqualität, zur Prozessqualität und zur Ergebnisqualität der Leistungserbringung zu binden sind. Im Sinne einer gesamtwirtschaftlichen Effizienz der Gesundheitsversorgung berücksichtigen Teilbereichsplanungen die Wechselwirkung zwischen den Teilbereichen dahingehend, dass die gesamtwirtschaftlichen Aspekte vor den ökonomischen Aspekten des Teilbereiches ausschlaggebend sind.

(2) Bereits verbindlich vereinbarte Pläne wie der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan bleiben aufrecht bzw. sind weiterzuentwickeln.

(3) Die Planung des österreichischen Gesundheitswesens hat insbesondere die Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Ebenen, Bereichen und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen. Zur Förderung des Managements an den Schnittstellen im Gesundheitswesen werden Maßnahmen gemäß Art. 5 vorgesehen.

(4) Bestandteil dieser Vereinbarung ist die einvernehmliche und verbindliche Festlegung der Revision des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes mit integrierter Leistungsangebotsplanung bis zum 1. Jänner 2001. Die Bestimmungen hinsichtlich neuer Organisationsformen (z.B. Fachschwerpunkte, dislozierte Tageskliniken) treten nur unter der Voraussetzung in Kraft, dass von der Strukturkommission auf der Grundlage des vorliegenden Revisionsentwurfes Richtlinien für das fächerspezifische, abgestufte Leistungsspektrum und die entsprechenden Kriterien der Strukturqualität für die Fachrichtungen Orthopädie, Unfallchirurgie und Urologie bis spätestens 31. Dezember 2000 einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien erlassen werden, die in Verbindung mit dem ÖKAP/GGP verbindlich zur Anwendung zu bringen sind. Weiters kommen die Vertragsparteien überein, dass von der Strukturkommission auf der Grundlage des vorliegenden Revisionsentwurfes Richtlinien für Strukturqualitätskriterien für die Bereiche Akutgeriatrie/Remobilisation, Palliativstationen, Psychosomatikschwerpunkte bzw. -departments, dezentrale Fachabteilungen für Psychiatrie, Intensivbereiche, die detaillierte Leistungsangebotsplanung sowie für ausgewählte Bereiche der Großgeräteplanung bis spätestens 31. Dezember 2001 einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien erlassen werden. Bis zur Erlassung dieser Richtlinien bleiben die im ÖKAP/GGP 1999 enthaltenen empfohlenen Standards für Intensiveinheiten weiterhin als Empfehlungen aufrecht.

(5) Weitere Revisionen des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes bzw. seiner Weiterentwicklungen zu einem Leistungsangebotsplan sowie sonstige Teilplanungen zum Gesundheitswesen sind während der Laufzeit dieser Vereinbarung einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien jeweils von der Strukturkommission zu beschließen und in geeigneter Weise kundzutun. Die Nichteinhaltung von einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien festgelegten Planungen unterliegt dem Sanktionsmechanismus der Strukturkommission.

(6) Die im Österreichischen Krankenanstaltenplan und im Großgeräteplan in den einzelnen Ländern vorgesehenen Behandlungskapazitäten stellen abgesehen von Strukturqualitätskriterien Höchstzahlen dar.

Artikel 4

Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan inklusive
Leistungsangebotsplanung für den stationären Akutbereich

(1) Die Landeskrankenanstaltenpläne sind so festzulegen, dass die vom Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan in der jeweiligen Fassung vorgegebenen Grenzen unter Bedachtnahme auf sonstige Vorgaben des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes nicht überschritten werden.

(2) Im Rahmen der Erteilung der Bewilligung für die Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des § 3 Abs. 2 Krankenanstaltengesetz oder für eine wesentliche Veränderung einer Krankenanstalt im Sinne des § 4 Krankenanstaltengesetz hat die Feststellung des Bedarfes gemäß § 3 Abs. 2 lit. a Krankenanstaltengesetz, sofern es sich um eine Krankenanstalt gemäß Art. 2 handelt, im Einklang mit dem Bundes- und dem Landeskrankenanstaltenplan zu erfolgen.

(3) 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.

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

(5) Die Vertragsparteien kommen überein, die Weiterentwicklung des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes zu einem Leistungsangebotsplan fortzusetzen, die Planung laufend zu evaluieren und den Plan bei Bedarf einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien zu revidieren. Die notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen sind jeweils unverzüglich in Kraft zu setzen.

(6) Die Vertragsparteien kommen überein, bestehende gesetzliche Vorschriften zu überprüfen, ob durch deren Änderung die Rechtsträger der Krankenanstalten entlastet werden können.

Artikel 5

Schnittstellenmanagement

(1) Zur Gewährleistung einer raschen, lückenlosen sowie medizinisch und ökonomisch sinnvollen Behandlungskette von Patienten auf dem jeweils erforderlichen Qualitätsniveau werden Maßnahmen zur Verbesserung des Managements an den Schnittstellen im Gesundheitswesen vorgesehen. Diese Maßnahmen haben sowohl einen funktionierenden Informationstransfer als auch die organisatorische Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs der Patientenversorgung zwischen verschiedenen leistungsanbietenden Einrichtungen zu umfassen.

(2) Zur Sicherstellung eines akkordierten Informationstransfers und als Voraussetzung für Projekte zum Schnittstellenmanagement werden die Vertragsparteien in ihrem Wirkungsbereich dafür sorgen, eine Verpflichtung aller leistungsanbietenden Gesundheitseinrichtungen zur Verschlüsselung von Diagnosen nach dem Diagnoseschlüssel ICD-10 oder einem mit dem Diagnoseschlüssel ICD-10 kompatiblen Codierschlüssel (insbesondere bei der Dokumentation von Überweisungen zwischen leistungsanbietenden Gesundheitseinrichtungen) vorzusehen.

(3) Es soll vorgesehen werden, dass zur Regelung des Schnittstellenmanagements zwischen den verschiedenen leistungsanbietenden Einrichtungen verbindliche Vereinbarungen getroffen werden. Diese Vereinbarungen haben zumindest die Qualität, die Laufzeit und die Kostentragung zu regeln.

(4) Der Strukturkommission ist über konkrete Vereinbarungen bzw. Verträge zu berichten. Diese hat diesbezüglich einen Erfahrungsaustausch zu unterstützen sowie Informations- und Beratungsfunktionen wahrzunehmen.

(5) Zur Initiierung und Förderung des Schnittstellenmanagements werden im Rahmen der Strukturreformmaßnahmen auf Ebene des Strukturfonds und der Landesfonds bereichsübergreifende Pilotprojekte mit Modellcharakter vereinbart, durchgeführt und laufend evaluiert, sofern zwischen den Projektträgern Einvernehmen besteht.

Artikel 6

Qualität im österreichischen Gesundheitswesen

(1) Zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen ist die systematische Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen zu intensivieren. Dazu ist ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien zu entwickeln, umzusetzen und regelmäßig zu evaluieren und weiterzuentwickeln. Dieses Qualitätssystem hat auf den Prinzipien der Patientenorientierung, der Transparenz, der Effizienz und der Kostendämpfung zu basieren.

(2) Im Rahmen der Strukturkommission sind bundeseinheitliche Grundsätze festzulegen und Vorgaben für die Vorgangsweise bei der Umsetzung sowie ein Zeitplan für die Umsetzung zwischen den Vertragsparteien einvernehmlich und verbindlich zu vereinbaren. Die Strukturkommission hat insbesondere auch dafür zu sorgen, dass auf den Gebieten

1. Information und Qualitätsberichterstattung
 2. Förderungsmaßnahmen und Anreizmechanismen
 3. Leitlinien, Richtlinien und Standards
 4. Qualitätsmessung und Qualitätsevaluierung (laufendes standardisiertes Qualitätsmonitoring)
 5. Qualitätsorientiertes Schnittstellenmanagement
- die erforderlichen Aktivitäten unternommen werden.

(3) In der Laufzeit der Vereinbarung sind insbesondere Projekte aus folgenden Bereichen aus Mitteln gemäß Artikel 20 Abs. 1 zu unterstützen und durch eine ökonomische Evaluierung zu begleiten:

1. Verbesserung der Zuweisungs-, Aufnahme- und Entlassungsqualität
2. Entwicklung von Best-Practice-Modellen
3. Qualitätsmaßnahmen im Blutbereich
4. Sinnvoller und gesamtökonomischer Medikamenteneinsatz
5. Krankenhausinfektionen/Krankenhaushygiene

6. Erarbeitung von Behandlungspfaden und Mindeststandards
7. Wissenschaftliche Evidenz von Gesundheitsleistungen
8. Ergebnisqualität im intra- und extramuralen Bereich
9. Schnittstellenmanagement
10. Gesundheitstelematik
11. Dokumentationsqualität
12. Strukturqualitätskriterien zur Leistungsangebotsplanung.

(4) Ein Sanktionsmechanismus ist im Rahmen des Artikel 29 Abs. 2 einzurichten. Der Sanktionsmechanismus kommt dann zur Anwendung, wenn die gemäß Abs. 2 einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien verbindlich vereinbarten strukturellen Vorgaben und Rahmenbedingungen zur Sicherstellung der systematischen Qualitätsarbeit nicht eingehalten werden.

(5) Die Vertragsparteien kommen überein, in ihrem Zuständigkeitsbereich dafür zu sorgen, dass Nebenbeschäftigungen von in Fondskrankenanstalten beschäftigten Ärzten eingedämmt werden.

Artikel 7 Gesundheitstelematik

(1) Die Vertragsparteien stimmen überein, dass sich die Bestrebungen auf dem Gebiet der Gesundheitstelematik vorrangig an folgenden Zielsetzungen zu orientieren haben:

1. Qualitative Verbesserung der Versorgung,
2. Erzielung synergetischer Effekte und
3. Harmonisierung mit internationalen Bestrebungen.

(2) Im Einklang mit der internationalen Entwicklung sind alle Anstrengungen zu unternehmen, die Potenziale der Informations- und Kommunikationstechnologien für das Gesundheitswesen unter Wahrung der sozialen, technischen, rechtlichen und ethischen Standards nutzbar zu machen. Zu diesem Zweck kommen die Vertragsparteien überein, eine bundeseinheitliche Vorgangsweise beim Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen anzustreben und zu fördern.

(3) Die Vertragsparteien vereinbaren, auf dem Gebiet der Gesundheitstelematik insbesondere folgende Schwerpunkte zu verfolgen:

1. Auf- und Ausbau der Infrastruktur für ein logisches Gesundheitsdatennetz unter Einbeziehung lokaler und regionaler Netze auf Basis der von der Sozialversicherung geplanten und in ihrem Wirkungsbereich einzuführenden Chipkarte zur Sicherstellung patientenorientierter Versorgungsabläufe,
2. Unterstützung der administrativen Erfordernisse sowie des Wissens- und Erfahrungstransfers,
3. Implementierung und Nutzung fachspezifischer Informationssysteme des Gesundheitswesens.

(4) Die Vertragsparteien kommen überein, in ihrem Wirkungsbereich für einen ausreichenden Schutz der Privatsphäre der Bürgerinnen und Bürger zu sorgen. In diesem Zusammenhang werden sie im Rechtssetzungsprozess datenschutzrechtliche Prinzipien - wie insbesondere Zweckbindung der Verwendung personenbezogener Gesundheitsdaten - durchsetzen und für eine konstante und zweckmäßige Information der Betroffenen sorgen. Ferner unterstützen sie den Aufbau von Sicherheitsinfrastrukturen.

3. ABSCHNITT

Einrichtung und Dotation des Strukturfonds und der Landesfonds

Artikel 8

Einrichtung des Strukturfonds

(1) Zur Wahrnehmung von Aufgaben auf Grund dieser Vereinbarung richtet der Bund beim Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen einen Strukturfonds ein. Dabei steht es dem Bund frei, entweder einen Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit oder einen Fonds ohne eigene Rechtspersönlichkeit (unselbstständiger Verwaltungsfonds) einzurichten.

(2) Bei der Einrichtung des Strukturfonds ist jedenfalls eine deutliche Abgrenzung der Mittel des Strukturfonds von anderen Mitteln des Bundes sicherzustellen, wobei die von der Strukturkommission beschlossenen Verrechnungsvorschriften Anwendung finden und eine periodengerechte Abgrenzung der Mittel des Strukturfonds erfolgt.

(3) Die Führung der Geschäfte des Strukturfonds obliegt dem Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.

(4) Die Strukturkommission gemäß Art. 26 ist ein Organ des Strukturfonds.

Artikel 9
Mittel des Strukturfonds

Mittel des Strukturfonds sind:

1. Beiträge des Bundes
2. Allfällige sonstige Mittel nach Maßgabe von bundesrechtlichen Vorschriften.

Artikel 10
Einrichtung der Landesfonds

(1) Zur Wahrnehmung von Aufgaben auf Grund dieser Vereinbarung hat jedes Land einen Landesfonds einzurichten. Dabei steht es den Ländern frei, entweder Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit oder Fonds ohne eigene Rechtspersönlichkeit (unselbstständige 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 zwischen den Bundesländern akkordierte und die Vergleichbarkeit gewährleistende Verrechnungsvorschriften Anwendung finden und eine periodengerechte Abgrenzung der Mittel der Landesfonds erfolgt.

(3) Die Landeskommision ist ein Organ des Landesfonds.

(4) Die Voranschläge und die Rechnungsabschlüsse sind der Strukturkommision unmittelbar nach Beschlussfassung zu übermitteln.

Artikel 11
Mittel der Landesfonds

Mittel der Landesfonds sind:

1. Beiträge des Strukturfonds
2. Beiträge der Länder (Umsatzsteueranteile)
3. - nach Maßgabe einer besonderen bundesgesetzlichen Regelung - Beiträge der Gemeinden (Umsatzsteueranteile)
4. Beiträge des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger für Rechnung der ihm angeschlossenen Träger der Sozialversicherung
5. Allfällige sonstige Mittel nach Maßgabe von landesrechtlichen Vorschriften, wobei außer den bereits vor dem 1. Jänner 1997 auf Grund 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,
6. Mittel gemäß GSBG.

Artikel 12

Beiträge des Bundes, des Strukturfonds und der Länder

(1) Der Bund stellt sicher, dass der Strukturfonds jährlich wie folgt dotiert wird:

1. Mit einem Betrag in der Höhe von 1,416% des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug des im § 9 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2001 genannten Betrages,
2. mit 3.330 Millionen Schilling.

(2) Diese Mittel werden vom Strukturfonds nach Maßgabe des Art. 29 Abs. 2 und nach Abzug der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens, der Mittel für die Finanzierung von Planungen und Strukturreformen, und allfälliger gemäß Art. 32 Abs. 3 aufzuwendender Mittel an die Länder (Landesfonds) geleistet.

(3) 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 § 9 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2001 genannten Betrages.

(4) Hinsichtlich der Termine für die jährliche Überweisung der Mittel des Strukturfonds an die Länder (Landesfonds) wird Folgendes vereinbart:

1. Beträge in der Höhe von 1,416% des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug des im § 9 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2001 genannten Betrages, sind mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2001 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 der Umsatzsteuer zu richten hat. Diese Vorschüsse sind an den gesetzlichen Terminen der Vorschussleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen.
2. 330 Millionen Schilling sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels zu überweisen.

3. 1.250 Millionen Schilling sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalenderviertels zu überweisen.
4. 1.750 Millionen Schilling sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 20. April, 20. Juli, 20. Oktober und 20. Jänner des Folgejahres zu überweisen.

(5) Die Vertragsparteien kommen überein, dass die Beiträge der Länder gemäß Abs. 3 mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2001 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 Länder (Landesfonds) zu überweisen.

(6) Die an die Länder (Landesfonds) zu leistenden Beiträge gemäß Abs. 3 und Abs. 4 Z 1 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 § 13 Abs. 1 Finanzausgleichsgesetz 2001 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

Artikel 13

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 2001 einen vorläufigen Pauschalbetrag in der Höhe von 41.200 Millionen Schilling.

(2) Die vorläufigen Zahlungen der Träger der Sozialversicherung für die Jahre 2002 bis 2004 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 Abrechnungen für die Jahre 2001 bis 2004 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 folgende Einnahmen nicht zu berücksichtigen sind:

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

20,- Schilling des zusätzlich zum Kostenbeitrag gemäß § 27a Krankenanstaltengesetz einzuhebenden Betrages werden jeweils von den Trägern der Krankenanstalten im Namen der Träger der Sozialversicherung für die Länder (Landesfonds) eingehoben. Die tatsächlich eingehobenen Beiträge sind bei der endgültigen Abrechnung des Pauschalbetrages gegenzuverrechnen.

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

1. 70% des Betrages gemäß Abs. 1 bis 3 in zwölf gleich hohen Monatsraten. Die 1. Rate ist am 20. April 2001, alle weiteren Raten über die gesamte Laufzeit dieser Vereinbarung sind jeweils zum 20. eines Monats fällig;
2. 30% des Betrages gemäß Abs. 1 bis 3 in vier gleich hohen Quartalsbeträgen, wobei die 1. Rate am 20. April 2001 fällig ist, die folgenden Raten jeweils am 20. Juli, am 20. Oktober und am 20. Jänner des Folgejahres.

(5) Zusätzlich zu den jährlichen Pauschalbeträgen gemäß Abs. 1 bis 3 leisten die Sozialversicherungsträger in den Jahren 2001 bis einschließlich 2004 einen Betrag in der Höhe des variablen Finanzvolumens an die Länder (Landesfonds), 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 Länder (Landesfonds) eingehoben. Diese Kostenbeiträge (Kostenanteile) werden gemäß Abs. 2 valorisiert und auf volle Schilling gerundet (Euro-Bestimmung gemäß Artikel 37).

Artikel 14

Erhöhung des Kostenbeitrages gemäß § 27a Krankenanstaltengesetz

Die Länder sind bereit, sicherzustellen, dass der zusätzlich zum bisherigen Kostenbeitrag gemäß § 27a Krankenanstaltengesetz einzuhebende Betrag in Höhe von 20,-- Schilling von den Trägern der Krankenanstalten eingehoben wird. Für jeden Verpflegstag, für den ein Kostenbeitrag gemäß § 27a Krankenanstaltengesetz eingehoben wird, sind 20,-- Schilling mit der Sozialversicherung gemäß Art. 13 Abs. 3 gegenzuverrechnen.

Artikel 15

Berechnung von Landesquoten

(1) Die Beiträge des Strukturfonds gemäß Art. 12 Abs. 4 Z 1 und 2 und die Beiträge der Länder gemäß Art. 12 Abs. 3 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%
<u>Wien.....</u>	<u>31,376%</u>
.....	100,000%

(2) Die Beiträge des Strukturfonds gemäß Art. 12 Abs. 4 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%
<u>Wien.....</u>	<u>31,465%</u>
.....	100,000%

(3) Die Beiträge des Strukturfonds gemäß Art. 12 Abs. 4 Z 4 sind gemäß der nachfolgenden Bestimmungen aufzuteilen:

1. Zunächst sind von den 1.750 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 1.590 Millionen Schilling die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens im Ausmaß von 40 Millionen Schilling jährlich und die Mittel für die Finanzierung von Planungen und Strukturreformen im Ausmaß von 30 Millionen Schilling jährlich abzuziehen und vom Strukturfonds einzubehalten und gemäß Art. 20 und 22 zu verwenden. Von dem sodann verbleibenden Betrag sind weiters allfällige, für Anstaltspflege im Ausland aufzuwendende Mittel jährlich abzuziehen und gemäß Art. 32 Abs. 3 zu verwenden.
3. Sofern ein Mehrbedarf an Mitteln für die Finanzierung von Planungen und Strukturreformen von über 30 Millionen Schilling besteht, sind hierfür bis höchstens 50 Millionen Schilling einzubehalten.
4. Die nach dem Abzug gemäß Z 2 und 3 verbleibenden Mittel sind entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 1991, mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2003 entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 2001, wobei die entsprechenden Prozentsätze auf drei Kommastellen kaufmännisch gerundet zu errechnen sind, den Ländern (Landesfonds) nach Maßgabe des Art. 29 Abs. 2 zu überweisen.
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 Planungen und Strukturreformen den einzelnen Ländern (Landesfonds) zuzuteilen. Abgrenzungen zum 31.12. sind zulässig.

(4) Die bundesgesetzliche Regelung gemäß Art. 11 Z 3 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 2001 bis einschließlich 2004

1. gemäß Art. 13 Abs. 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%
<u>Wien.....</u>	<u>25,520232629%</u>
.....	100,000000000%

2. gemäß Art. 13 Abs. 5 verbleiben den Landesfonds.

(6) Anfallende Vermögenserträge der Mittel des Strukturfonds sind entsprechend der gemäß Abs. 3 Z 4 errechneten Prozentsätze an die Länder (Landesfonds) zu überweisen.

4. ABSCHNITT

Sozialversicherungsrechtliche Bestimmungen

Artikel 16

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. 13 an die Länder (Landesfonds) sind alle Leistungen der Krankenanstalten gemäß Art. 2, insbesondere im stationären, halbstationären, 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 Ländern (Landesfonds) abgegolten werden, 2000 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 aktuelle 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, die bestehenden gesetzlichen Regelungen beizubehalten, wonach 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 auf elektronischem Weg 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 leistungszuständigen Versicherungsträger. Der Zugang erfolgt ausschließlich über das Behördennetzwerk (Federal Domain) oder nach Vereinbarung über das Netzwerk eines Sozialversicherungsträgers. Die Verpflichtung der grundsätzlichen Feststellung der Versicherungszugehörigkeit bei der Aufnahme durch die Krankenanstalt bleibt davon unbenommen. Ab flächendeckender Einführung des SV-Chipkartensystems ist eine unmittelbare verbindliche Auskunftserteilung an die Krankenanstaltenträger sichergestellt.

(11) Der gesamte Datenaustausch zwischen Krankenanstalten und Sozialversicherungsträgern für den stationären und ambulanten Bereich ist elektronisch vorzunehmen. Die Datensatzaufbauten und Codeverzeichnisse sind bundesweit einheitlich zu gestalten und zwischen den Vertragsparteien einvernehmlich verbindlich festzulegen.

(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.

Artikel 17 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 Sozialversicherungsträger 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. 29) 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 Wirtschaftstreuhandler, 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

Artikel 18

Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung

(1) Das mit 1. Jänner 1997 für die Krankenanstalten gemäß Art. 2 eingeführte leistungsorientierte Finanzierungssystem ist mit der Zielsetzung fortzuführen, in Verbindung mit den weiteren Reformmaßnahmen insbesondere

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

(2) 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.

(3) 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.

(4) Änderungen im LKF-Kernbereich 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 Strukturkommission einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien 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. Die Finanzierung der LKF-Weiterentwicklung auf Bundesseite erfolgt aus den vorgesehenen Mitteln für Planungen und Strukturreformen.

(5) Außer in im Voraus festgelegten LKF-Änderungsjahren soll das LKF-Modell im Kernbereich - abgesehen von aus medizinischer und ökonomischer Sicht dringend notwendigen Wartungsmaßnahmen - grundsätzlich über mehrere Jahre unverändert bleiben. Für das LKF-Modell 2002 werden neben der laufenden Wartung insbesondere folgende LKF-Weiterentwicklungsschritte in Aussicht genommen:

1. Integration der Ergebnisse der LKF-Nachkalkulationen des Jahres 1999 inklusive Aktualisierung der Belagsdauerwerte der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen
2. Vereinfachung des LKF-Modells (z.B. Reduzierung der LDF-Gruppen, Vereinfachung der Intensivbepunktungsregelung)
3. Integration einer bundeseinheitlichen Bepunktungsregelung für den tagesklinischen Bereich
4. Integration von Bepunktungsregelungen für spezielle Leistungsbereiche.

(6) Im LKF-Kernbereich sind grundsätzlich keine Kriterien des Steuerungsreiches einzubeziehen.

(7) 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.

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

1. Krankenanstalten-Typ (u.a. Versorgungsauftrag)
2. Personalfaktor
3. Apparative Ausstattung
4. Bausubstanz
5. Auslastung
6. Hotelkomponente

(9) Die Abgeltung von Ambulanzleistungen und Nebenkosten ist grundsätzlich im Rahmen der Landesfonds zu regeln. Bis Ende 2002 ist auf Basis der Dokumentation gemäß Art. 23 Abs. 4 für spezielle Funktions- und Leistungsbereiche ein Abrechnungssystem mittels Finanzierungspauschalen (für ausgewählte Leistungen, die besondere Strukturen erfordern und kostenintensiv sind, wie beispielsweise Dialysen, Chemotherapie, Strahlentherapie) zu entwickeln. Mit Beschlussfassung in der Strukturkommission ist spätestens ab 1. Jänner 2003 bundesweit oder regional in Form von Pilotprojekten das Finanzierungskonzept umzusetzen.

(10) Die Landesfonds können Mittel als Ausgleichszahlungen vorsehen.

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

Artikel 19

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 soziale Sicherheit und Generationen 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 viermal jährlich Diagnosen- und Leistungsberichte der über den Landesfonds abgerechneten Krankenanstalten an das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen spätestens zu folgenden Terminen zu übermitteln:

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

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

31. März des folgenden Jahres: vorläufiger Jahresbericht;

30. November des folgenden Jahres: endgültiger Jahresbericht.

(5) Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen hat die Auswertungen der Diagnosen- und Leistungsberichte bis Ende September des folgenden Jahres der Strukturkommission zur Kenntnis zu bringen.

6. ABSCHNITT

Weitere Finanzierungsmaßnahmen

Artikel 20

Finanzierung von Planungen und Strukturreformen

(1) Für die Finanzierung von Planungen und Strukturreformen können von den Mitteln des Strukturfonds jährlich Mittel bis zum Höchstausmaß von 30 Millionen Schilling einbehalten werden. Sofern ein Mehrbedarf besteht, sind hierfür bis höchstens 50 Millionen Schilling einzubehalten. Über den Mehrbedarf entscheidet die Strukturkommission, wobei ein Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien herzustellen ist.

(2) Bis zum Höchstausmaß von 5% der den Landesfonds gemäß Art. 11 Z 1 bis 4 zur Verfügung stehenden Mittel können die Länder (Landesfonds) für die Finanzierung von Planungen und Strukturreformen verwenden.

(3) Nach Ablauf dieser Vereinbarung nicht ausgeschöpfte Mittel gemäß Abs. 2 sind weiterhin zweckgebunden für Planungen und Strukturreformen zu verwenden.

(4) Zur Sicherstellung eines effektiven und effizienten Mitteleinsatzes für Planungen wird in der Strukturkommission eine Projektstruktur gemäß Art. 21 eingerichtet.

Artikel 21

Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, im Rahmen der Strukturkommission eine Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen einzurichten, die sich mit strukturellen Veränderungen im österreichischen Gesundheitswesen und deren Auswirkungen zu befassen hat.

(2) Aufgabe dieser Arbeitsgruppe ist es, die gemäß Art. 20 aus Mitteln für Planungen und Strukturreformen finanzierten Projekte des Strukturfonds und der Landesfonds bei Bedarf und im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien einer begleitenden ökonomischen Evaluierung und einer laufenden Beobachtung und Bewertung von Strukturveränderungen zu unterziehen.

(3) Zur Sicherstellung eines effizienten Projektmanagements und der notwendigen Akkordierung der verschiedenen Projekte des Strukturfonds und der Landesfonds werden für die einzelnen Projekte Projektsteuerungsgruppen bestehend aus vier Mitgliedern, je zwei von Bund und Ländern, eingerichtet. Diese Projektsteuerungsgruppen haben der Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen und diese der Strukturkommission regelmäßig zu berichten.

Artikel 22

Förderung des Transplantationswesens

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, Mittel zur Förderung des Transplantationswesens zur Verfügung zu stellen. Diese Mittel sind zur Erreichung folgender Ziele einzusetzen:

1. Im Bereich der Organtransplantation ist die Kontinuität im Spenderaufkommen auf hohem Niveau (ca. 30 Organspender pro Mio. EW) sicherzustellen.
2. Im Bereich der Stammzelltransplantation ist dafür zu sorgen, dass die Anzahl der registrierten potenziellen Spender zumindest aufrechterhalten und das Vorgehen sowie die Zusammenarbeit aller daran beteiligten Institutionen für Spender und Patienten so sicher und wirksam wie möglich erfolgen.

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

1. Leistungserbringer für die Organgewinnung einschließlich der Vorbereitung und Transporte sowie
 2. die Leistungserbringer im Rahmen des Stammzellspendewesens, insbesondere für die Registerfunktion und für die HLA-A,B-Typisierung der zu registrierenden potenziellen Stammzellspender,
- zu gewährleisten.

(3) Diese Clearingstelle ist wie folgt zu dotieren:

1. Jährlich mit 40 Millionen Schilling;
2. die Aufbringung der Mittel gemäß Z 1 erfolgt entsprechend den Bestimmungen des Art. 15 Abs. 3 Z 2.

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

1. Im Bereich des Organspendewesens sind insbesondere folgende Maßnahmen zu finanzieren:

- a) Einrichtung „Regionaler Transplantationsreferenten“ mit der zentralen Aufgabe der direkten Kontaktaufnahme mit den Intensiveinheiten, um die Bereitschaft zur Spendermeldung zu erhöhen.
- b) Zweckgewidmete pauschalierte Kostenersätze an die spenderbetreuenden Krankenanstalten pro gemeldetem und explantiertem Organspender.
- c) Zweckgewidmete Kostenersätze für den Einsatz von Transplantationskoordinatoren in den Transplantationszentren.
- d) Finanzierung der Einrichtung mobiler Hirntoddiagnostik-Teams, die bundesweit bedarfsgerecht, flächendeckend - auf Basis einer Rufbereitschaft - vorgehalten werden sollen.
- e) Abdeckung der Transportkosten, die im Zusammenhang mit der Organgewinnung anfallen.
- f) Mittel für die Abdeckung der Aufwendungen von ÖBIG-Transplant.

Die Strukturkommission kann auf Vorschlag des beim ÖBIG eingerichteten Transplantationsbeirates beschließen, die Mittel auch für andere als die in lit. a) bis f) genannten Maßnahmen einzusetzen.

2. Im Bereich des Stammzellspendewesens sind insbesondere folgende Maßnahmen zu finanzieren:

- a) Die HLA-A,B-Typisierung und StammzellspenderInnen-Betreuung. Die Zahl der jährlich zu fördernden HLA-A,B-Typisierungen sowie ihre Aufteilung auf die geeigneten Laboratorien sind jeweils im Voraus von der Strukturkommission auf Vorschlag der Kommission gemäß § 8 Bundesministeriengesetz zur Weiterentwicklung des österreichischen Stammzellspende- und Transplantationswesens festzulegen;
- b) die Suche von Stammzellspendern (Registerfunktion).

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, mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2003 entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 2001, an die einzelnen Länder (Landesfonds) zu überweisen.

(5) In der Strukturkommission werden einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien Richtlinien über die Verwendung der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens erlassen.

(6) Der jährlich erfolgte Mitteleinsatz ist in einer Jahresabrechnung zu dokumentieren und hinsichtlich der Effizienz zu evaluieren. Für den Fall, dass sich der Mitteleinsatz für Teilbereiche als nicht zielführend erweist, können die Mittel auf Expertenvorschlag (Transplantationsbeirat des ÖBIG bzw. Kommission gemäß § 8 BMG für die Weiterentwicklung des österreichischen Stammzellspende- und Transplantationswesens) für das Folgejahr in der Strukturkommission einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien umgewidmet werden.

7. ABSCHNITT Dokumentation

Artikel 23

Sicherstellung und Weiterentwicklung der bestehenden Dokumentation

(1) 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.

(2) Entsprechend den in der Strukturkommission einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien gefassten Beschlüssen wird in allen Krankenanstalten Österreichs mit 1. Jänner 2001 der Diagnoseschlüssel ICD-10 als Grundlage für die Diagnostikdokumentation verpflichtend eingeführt und die in der Strukturkommission akkordierte Änderung von Struktur und Inhalt der Diagnosen- und Leistungsberichte verpflichtend vorgesehen.

(3) Die Arbeiten zur Aktualisierung und Weiterentwicklung der bundesweit einheitlich geregelten Krankenanstalten-Kostenrechnung sind einvernehmlich mit dem Ziel fortzusetzen, diese Arbeiten bis Ende 2002 abzuschließen und ein geändertes Informations- und Berichtssystem für die Krankenanstalten nach Beschlussfassung durch die Strukturkommission in den Krankenanstalten mit Wirksamkeit 1. Jänner 2004 verpflichtend umzusetzen.

(4) Im ambulanten Bereich ist spätestens ab 1. Juli 2001 in Modellversuchen eine geeignete Diagnosen- und Leistungsdokumentation zu erproben. Als Grundlage für die Diagnostikdokumentation sind der Diagnoseschlüssel ICD-10 bzw. ein mit dem Diagnoseschlüssel ICD-10 kompatibler Codierschlüssel und für die Leistungsdokumentation ist ein praxisorientierter, leicht administrierbarer Leistungskatalog anzuwenden.

Artikel 24

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.

Artikel 25

Erhebungen und Einschaurechte

(1) Den Organen des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen und von diesen beauftragten nicht amtlichen 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) 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 Strukturkommission und in den Landeskommissionen sind den Vertretern des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung auf Verlangen Auskünfte über finanzierungsrelevante oder planungsrelevante 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

Artikel 26
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 sowie jeweils ein Vertreter der Patienten-anwaltschaften und ein Vertreter der Österreichischen Ärztekammer 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 und Revision des zu einem Leistungsangebotsplan weiterentwickelten Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien
4. Qualitätssicherung einschließlich der Überprüfung der der LKF-Bepunktung zu Grunde liegenden Leistungen
5. Entwicklung und Implementierung eines verbindlichen flächendeckenden Qualitätssystems einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien unter Beiziehung der jeweils betroffenen Berufsgruppen
6. Planung des ambulanten Bereiches einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien unter Beiziehung der jeweils betroffenen Berufsgruppen
7. Klärung überregionaler Fragen bei der Umsetzung des Österreichischen Krankenanstaltenplanes

8. Einrichtung und Weiterentwicklung eines auch den Ländern (Landesfonds) und der Sozialversicherung zugänglichen Informations- und Analyseinstrumentariums mit den Leistungs-, Kosten-, Personal- und epidemiologischen Daten zur Beobachtung von Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen
9. Unterstützung des Einsatzes von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen
10. Entscheidung über die Finanzierung von Planungen und Strukturreformen des Strukturfonds auf Vorschlag der Arbeitsgruppe gemäß Art. 21
11. Erlassung von Richtlinien über die Verwendung der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens
12. Erlassung von Richtlinien für Strukturqualitätskriterien und für fächerspezifische, abgestufte Leistungsspektren
13. 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 nachweislich zu erfolgen hat,
2. Anträge, deren zusätzliche Aufnahme in die Tagesordnung gewünscht wird, von jedem Mitglied der Strukturkommission unter Anschluss geeigneter schriftlicher Unterlagen spätestens zehn Tage (Datum des Poststempels) vor der Sitzung an die Strukturkommission gestellt werden können,
3. die von der Strukturkommission gefassten Beschlüsse ohne unnötigen Aufschub den Ländern (Landesfonds) zu melden sind,
4. bei schriftlicher Beschlussfassung binnen 14 Tagen abzustimmen ist und
5. Protokolleinwände binnen vier Wochen ab Eingang des Protokolls bei den Mitgliedern und bei der betreffenden Sitzung anwesenden Ersatzmitgliedern abgegeben werden können.

Artikel 27
Landeskommissionen

(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 Landesmehrheit.

(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. 18 (insbesondere im Steuerungsreich)
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 einer Sitzung unter Anschluss der Tagesordnung und der sie erläuternden Unterlagen spätestens drei Wochen vor der Sitzung nachweislich zu erfolgen hat.

2. Anträge, deren zusätzliche Aufnahme in die Tagesordnung gewünscht wird, von jedem Mitglied der Landeskommision unter Anschluss geeigneter schriftlicher Unterlagen spätestens zehn Tage (Datum des Poststempels) vor der Sitzung an die Landeskommision gestellt werden können,
3. die von der Landeskommision gefassten Beschlüsse ohne unnötigen Aufschub der Strukturkommision zu melden sind,
4. der Bund ein Mitglied und drei Ersatzmitglieder nominieren kann,
5. bei schriftlicher Beschlussfassung binnen 14 Tagen abzustimmen ist und
6. Protokolleinwände binnen vier Wochen ab Eingang des Protokolls bei den Mitgliedern und bei der betreffenden Sitzung anwesenden Ersatzmitgliedern abgegeben werden können.

9. ABSCHNITT

Konsultations- und Sanktionsmechanismus

Artikel 28

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 und ambulanten Bereich (spitalsambulanter Bereich, niedergelassener Bereich und selbstständige Ambulatorien) zu regeln.

(2) Ausgangsbasis für die Feststellung der Veränderung der Leistungsangebote ist für die in Abs. 1 genannten Bereiche der 31. Dezember 1996.

Artikel 29 Sanktionsmechanismus

(1) Der Sanktionsmechanismus für den Krankenanstaltenbereich wird mit 1. Jänner 2001 fortgeführt.

(2) Bei maßgeblichen Verstößen gegen einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien festgelegte Pläne (z.B. Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes) und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität oder der Dokumentation hat der Strukturfonds den entsprechenden Länderanteil an den Mitteln gemäß Art. 12 Abs. 4 Z 4 zurückzuhalten, bis das Land oder der Landesfonds nachweislich die zur Herstellung des den Vorgaben gemäß dieser Vereinbarung entsprechenden Zustandes erforderlichen Maßnahmen gesetzt hat.

(3) Die Sozialversicherung hat sich bei der Vergabe von Kassenverträgen an den einvernehmlich festgelegten und laufend zu revidierenden 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, schwer wiegende 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 und im Pflegebereich hat jene Institution zu tragen, die sie verursacht hat.

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

10. ABSCHNITT Sonstige Bestimmungen

Artikel 30

Schutzklausel für Bund und Träger der Sozialversicherung

(1) Die Länder verpflichten sich im Rahmen ihrer Kompetenz, dafür zu sorgen, dass für die Jahre 2001, 2002, 2003 und 2004 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.

Artikel 31

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 KH-Trägers liegenden Entscheidungen verursacht sind, sind dem jeweiligen Träger zuzurechnen.

Artikel 32

Inländische Gastpatienten und ausländische Anspruchsberechtigte,
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 an ausschließlich gegenüber einem österreichischen Träger auf Grund von zwischenstaatlichen Übereinkommen oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit anspruchsberechtigte Patienten 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 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 des Strukturfonds gemäß Art. 12 Abs. 4 Z 4 in dem Ausmaß zu ersetzen, als diese Kosten einen bestimmten Betrag übersteigen. Dieser Betrag beläuft sich für 2001 vorläufig auf 67.641.000 Schilling. Die vorläufigen und endgültigen Beträge ergeben sich in analoger Anwendung der Valorisierungsbestimmungen gemäß Art. 13 Abs. 2 und 3. Länder und Sozialversicherung verpflichten sich, in ihrem Wirkungsbereich alles zu unternehmen, dass die Patienten in Österreich behandelt werden und damit die Voraussetzung geschaffen wird, dass diese Zielgröße nicht überschritten wird.

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

Artikel 33

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 2004 nicht zur Diskussion stehen.

11. ABSCHNITT
Schlussbestimmungen

Artikel 34
Geschlechtsspezifische Formulierungen

Soweit in dieser Vereinbarung Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Artikel 35
Inkrafttreten

(1) Diese Vereinbarung tritt nach Einlangen der Mitteilungen aller Vertragsparteien beim Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, dass die nach der Bundesverfassung bzw. nach den Landesverfassungen erforderlichen Voraussetzungen für das Inkrafttreten erfüllt sind, mit 1. Jänner 2001 in Kraft.

(2) Die Ansprüche der Krankenanstaltenträger gegenüber dem Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung, BGBl. 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.

Artikel 36

Durchführung der Vereinbarung

(1) Die zur Durchführung dieser Vereinbarung notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen sind mit 1. Jänner 2001 in Kraft zu setzen und alle bundes- und landesgesetzlichen Regelungen, die im Widerspruch zu dieser Vereinbarung stehen, mit 1. Jänner 2001 für die Laufzeit dieser Vereinbarung außer Kraft zu setzen.

(2) In Bezug auf Art. 29 werden folgende bundes- und landesgesetzliche Regelungen vorgesehen:

1. Die Regelungen im Art. 29 Abs. 2 sind in das Bundes-Krankenanstaltengesetz und in entsprechende Landesgesetze zu übernehmen.
2. Die Regelungen im Art. 29 Abs. 1, 4, 5 und 6 sind in entsprechende Landesgesetze zu übernehmen.
3. In die Sozialversicherungsgesetze ist Folgendes aufzunehmen:
Die Sozialversicherung hat sich bei der Vergabe von Kassenverträgen an den vom Bund nach Abstimmung mit der Sozialversicherung im Einvernehmen mit den Ländern festgelegten Großgeräteplan zu halten. Verträge, die dem widersprechen, sind ungültig.

Artikel 37
Euro-Bestimmung

(1) Schillingbeträge sind ab dem 1. Jänner 2002 ausnahmslos in Euro anzugeben. Zugrundeliegende Schillingbeträge aus Vorjahren sind dabei zunächst in Euro umzurechnen und in weiterer Folge die vorgesehenen Berechnungen durchzuführen.

(2) Sofern Rundungen auf volle Schilling vorgesehen sind, sind in der Folge die entsprechenden Eurobeträge auf volle 10 Cent zu runden.

Artikel 38
Geltungsdauer, Kündigung

(1) Diese Vereinbarung wird für die Jahre 2001, 2002, 2003 und 2004 geschlossen. Die Vertragsparteien verzichten für diesen Zeitraum auf ihr Recht, die Vereinbarung zu kündigen.

(2) Diese Vereinbarung tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2004 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.

Artikel 39
Mitteilungen

Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen hat die Vertragsparteien unverzüglich in Kenntnis zu setzen, sobald alle Mitteilungen gemäß Art. 35 eingelangt sind.

Artikel 40

Urschrift

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