

382 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XX. GP

Nachdruck vom 28. 11. 1996

Regierungsvorlage

VEREINBARUNG

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

INHALTSVERZEICHNIS

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

2

382 der Beilagen

6. Abschnitt

Artikel 15

Artikel 16

Artikel 17

Weitere Finanzierungsmaßnahmen

Mittel für die Finanzierung von Strukturreformen

Förderung des Transplantationswesens

Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und von Grundlagenarbeit

7. Abschnitt

Artikel 18

Artikel 19

Artikel 20

Dokumentation

Sicherstellung der bestehenden Dokumentation

Erfassung weiterer Daten

Erhebungen und Einschaurechte

8. Abschnitt

Artikel 21

Artikel 22

Organisatorische Maßnahmen

Strukturkommission

Landeskommisionen

9. Abschnitt

Artikel 23

Artikel 24

Konsultations- und Sanktionsmechanismus

Konsultationsmechanismus

Sanktionsmechanismus

10. Abschnitt

Artikel 25

Artikel 26

Artikel 27

Artikel 28

Sonstige Bestimmungen

Schutzklausel für Bund und Träger der Sozialversicherung

Schutzklausel für Städte und Gemeinden

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

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

11. Abschnitt

Artikel 29

Artikel 30

Artikel 31

Artikel 32

Artikel 33

Schlußbestimmungen

Inkrafttreten

Durchführung der Vereinbarung

Geltungsdauer, Kündigung

Mitteilungen

Urschrift

1. ABSCHNITT**Allgemeine Bestimmungen****Artikel 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 Landeskommisionen einzurichten und
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) Die Kostenersätze für den klinischen Mehraufwand gemäß § 55 des Krankenanstaltengesetzes 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 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.

Artikel 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

Artikel 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 3 000 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 Krankenanstaltenplan und im Großgeräteplan in den einzelnen Ländern vorgesehenen Behandlungskapazitäten stellen Höchstzahlen dar.

Artikel 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, soferne 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 krankenanstaltrechtliche 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

Artikel 6

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 (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.

Artikel 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 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.

Artikel 8

Beiträge des Bundes und der Länder

- (1) Beiträge des Bundes:

382 der Beilagen

5

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 1 250 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 1 750 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 Vorschüsseleistungen 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, soferne 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 Vorschüsseleistungen 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.

Artikel 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 Teilbeträge 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 auf Grund 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 auf Grund 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 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. 5 valorisiert.

Artikel 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 aufzu teilen 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%

382 der Beilagen

7

(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%
	<hr/>
	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 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 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 Anstaltpflege 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 hiefür 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 Kommastellen kaufmännisch gerundet zu errechnen sind, den Ländern (Landesfonds) nach Maßgabe des Art. 24 Abs. 2 und 6 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 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	25,520232629%
	<hr/>
	100,0000000000
	%
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

Artikel 11

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 auf Grund des § 189 Abs. 3 ASVG (bzw. der analogen Regelungen in den übrigen Sozialversicherungsgesetzen) – mit Ausnahme der Ambulanzeistungen 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, 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 nachzustitieren 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 Tarifanpassung 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

382 der Beilagen

9

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.

Artikel 12

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 entsendete Mitglied und ein Mitglied aus dem Kreise der Bediensteten des Aktivstandes des jeweiligen Landes;
3. zwei Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstreuhänder, wobei ein Mitglied entweder das jeweilige Land oder der betroffene Träger der Krankenanstalt und ein Mitglied der 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 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 zugrunde liegen, 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 Pro-

grammbbeschreibung 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 Plausibilitätsprüfverschriften 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 Entscheidung 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).

Artikel 14

Krankenanstaltspezifische Berechnung der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen-Punkte

(1) Die krankenanstaltspezifische 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.

382 der Beilagen

11

6. ABSCHNITT

Weitere Finanzierungsmaßnahmen

Artikel 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.

Artikel 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:

17 000 S	Entnahmekosten Niere
34 000 S	Entnahmekosten Leber
34 000 S	Entnahmekosten Herz
34 000 S	Entnahmekosten Lunge
8 500 S	Transportkosten Niere
26 500 S	Transportkosten Leber
26 500 S	Transportkosten Herz
26 500 S	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 usw.).....	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:

2 500 S	HLA-A,B-Typisierung.
---------------	----------------------

b) Zusätzlich sind an die Organisation „Knochenmarkspende Österreich“ jährlich pro HLA-A,B-Typisierung 250 S, jedoch insgesamt höchstens 500 000 S 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.

12

382 der Beilagen

Artikel 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****Artikel 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.

Artikel 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.

Artikel 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 Landeskommisionen 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 (zB Krankengeschichten) durch eigene oder beauftragte Organe Einsicht zu nehmen.

8. ABSCHNITT**Organisatorische Maßnahmen****Artikel 21****Strukturkommission**

- (1) Der Bund hat eine Strukturkommission einzurichten.
- (2) Der Strukturkommission gehören Vertreter des Bundes, der Landeskommisionen, 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.

382 der Beilagen

13

(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 LKF-Bepunktung zugrunde liegenden 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 zehn 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 Ländern (Landesfonds) zu melden sind.

Artikel 22

Landeskommisionen

(1) Jedes Land hat eine Landeskommision einzurichten.

(2) Der Landeskommision 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 Landeskommision besteht eine Ländermehrheit.

(4) Die Landeskommision hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Handhabung des Sanktionsmechanismus auf Landesebene
2. Schiedsstellung bei Auslegungsfragen des Landeskrankenanstaltenplanes (auf Leistungsebene)
3. Eindämmung der Nebenbeschäftigung 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 Landeskommision unter Anschluß geeigneter schriftlicher Unterlagen spätestens zehn Tage (Datum des Poststempels) vor der Sitzung an die Landeskommision gestellt werden können und
3. die von der Landeskommision gefaßten Beschlüsse ohne unnötigen Aufschub der Strukturkommission zu melden sind.

14

382 der Beilagen

9. ABSCHNITT**Konsultations- und Sanktionsmechanismus****Artikel 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.

Artikel 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 plakonformen 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 Landeskommisionen zu analysieren (ohne Sanktion).

10. ABSCHNITT**Sonstige Bestimmungen****Artikel 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.

382 der Beilagen

15

(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 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 ungünstigen der Städte und Gemeinden kommt.

Artikel 27**In- und ausländische Gastpatienten, Anstaltpflege 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 auf Grund 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 Kostenersstattungsverzichtes 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 Anstaltpflege 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 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 Anstaltpflege im Ausland erbrachten Leistungen zu berichten.

Artikel 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.

16

382 der Beilagen

11. ABSCHNITT**Schlußbestimmungen****Artikel 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 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.

(3) Unbeschadet der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung ab 1. Jänner 1997 sind die bis 31. Dezember 1996 angefallenen Pflegetage 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.

Artikel 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.

Artikel 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.

382 der Beilagen

17

Artikel 32

Mitteilungen

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

Artikel 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.

VORBLATT

Problem und Ziel:

Der ursprüngliche Geltungszeitraum der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994, BGBI. Nr. 863/1992, wurde durch zwei Änderungen der Vereinbarung schließlich auf das Jahr 1996 erstreckt.

Gleichzeitig mit der Verlängerung des Geltungszeitraumes vereinbarten der Bund und die Länder, unverzüglich über eine Reform der Struktur und der Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens zu verhandeln und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß die zur Durchführung dieser Reform erforderlichen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen mit 1. Jänner 1997 in Kraft treten.

Nach intensiven Verhandlungen einigten sich die Vertragsparteien am 29. März 1996 auf eine Reform, die im Sinne der genannten Absichtserklärung nicht nur die Krankenanstaltenfinanzierung einer Neuregelung auf Grund des Systems der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung unterzieht, sondern auch entscheidende Impulse auf das gesamte Gesundheitswesen ausübt.

Der Zeitraum ab 29. März 1996 wurde dazu benutzt, die Einigung in zahlreichen Verhandlungen auf Beamten- und Expertenebene sowie auf politischer Ebene in ihren Einzelheiten umzusetzen.

Das Ergebnis der Arbeiten stellt die vorliegende Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 dar.

Inhalt:

Die Vereinbarung umfaßt folgende wesentliche Punkte:

- Laufzeit 1997 bis einschließlich 2000;
- Erstellung eines österreichweiten Gesundheitsplanes, wobei bis zum 1. Jänner 1997 im Einvernehmen zwischen dem Bund und den Ländern ein verbindlicher Österreichischer Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes zu erstellen ist;
- Einrichtung von Landesfonds und Beiträge des Bundes, der Länder und der Gemeinden sowie der Träger der Sozialversicherung an die Landesfonds;
- Neuregelung der Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den Trägern der Krankenanstalten und den Ländern (Landesfonds);
- Regelung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung;
- Finanzierung von Strukturreformen, Förderung des Transplantationswesens, Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und von Grundlagenarbeit;
- Sicherstellung der bestehenden Dokumentation und Erfassung weiterer Daten;
- Einrichtung der Strukturkommission und der neun Landeskommisionen;
- Einrichtung des Konsultations- und Sanktionsmechanismus;
- Schutzklausel für Bund und Träger der Sozialversicherung sowie für Städte und Gemeinden;
- Lösung des in- und ausländischen Gastpatientenproblems sowie Regelung der Anstaltpflege im Ausland aus medizinischen Gründen.

Alternative:

Sofern sich der Bund und die Länder nicht auf die vorliegende Vereinbarung geeinigt hätten, wäre am 1. Jänner 1997 die am 31. Dezember 1977 geltende Rechtslage in der Krankenanstaltenfinanzierung wieder in Kraft getreten.

Diese Rechtslage hätte zu einem Rückfall in das Betriebsabgangsdeckungssystem der Krankenanstalten gemäß der §§ 57 und 59 KAG, zu einer massiven Mehrbelastung der Träger der Sozialversicherung auf Grund des „Salzburger Modells“ und zu einer Verhinderung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung geführt.

Kosten:

Die Vereinbarung verursacht für den Bund Mehrkosten von 3 Milliarden Schilling jährlich bzw. von 12 Milliarden Schilling im Zeitraum 1. Jänner 1997 bis 31. Dezember 2000 im Vergleich zu den vom Bund für die Spitalsfinanzierung auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1996 zur Verfügung gestellten Mitteln, abgesehen von den zusätzlichen 950 Millionen Schilling, die der Bund im Jahre 1996 ausnahmsweise an den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds geleistet hat.

382 der Beilagen

19

EU-Konformität:

Ist gegeben.

Erläuterungen

I. Allgemeiner Teil

In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994, BGBl. Nr. 863/1992, kamen die Vertragsparteien Bund und Länder überein, das Modell „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“ mit dem Ziel weiterzuentwickeln, zum frühestmöglichen Zeitpunkt Grundlage für die Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich zu sein. Weiters war in der Vereinbarung vorgesehen, die begonnenen Verhandlungen über die Reform des österreichischen Gesundheitswesens weiterzuführen.

Diese Vereinbarung wurde durch zwei Änderungen schließlich bis 31. Dezember 1996 erstreckt. Gleichzeitig mit der Verlängerung des Geltungszeitraumes vereinbarten der Bund und die Länder, unverzüglich über eine Reform der Struktur und der Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens zu verhandeln und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß die zur Durchführung dieser Reform erforderlichen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen mit 1. Jänner 1997 in Kraft treten.

Nach zahlreichen Verhandlungsrunden zwischen dem Bund und den Ländern konnte schließlich am 29. März 1996 eine politische Einigung erzielt werden, die – im Sinne der genannten Absichtserklärung – nicht nur die Krankenanstaltenfinanzierung auf Grund des leistungsorientierten Finanzierungssystems ab dem Jahr 1997 neu regelt, sondern entscheidende Impulse auf das gesamte Gesundheitswesen ausübt.

Bund und Länder kamen überein, die Details der Einigung vom 29. März 1996 in einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 zu regeln.

Der Zeitraum ab 29. März 1996 wurde dazu benutzt, die Einigung in zahlreichen Verhandlungen auf Beamten- und Expertenebene sowie auf politischer Ebene in ihren Einzelheiten umzusetzen. Das Ergebnis der Arbeiten stellt die vorliegende Vereinbarung dar.

Mit dem erfolgreichen Abschluß der Verhandlungen zwischen Bund und Ländern ist es gelungen, auf der Grundlage einer neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG die Finanzierung der Krankenanstalten über die Jahrtausendwende hinaus sicherzustellen und notwendige Strukturreformen einzuleiten, umzusetzen und weiterzuführen.

Die wesentlichen Punkte der neuen Vereinbarung sind:

1. Laufzeit (Art. 31)

Die 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. Erstellung eines österreichweiten Gesundheitsplanes (Art. 4 und 5)

Der österreichweite Gesundheitsplan umfaßt einen Österreichischen Krankenanstaltenplan einschließlich Großgeräteplan sowie einen Spitalsambulanzenplan, einen Niederlassungsplan für Kassenvertragsärzte, einen Pflegebereichsplan und einen Rehabilitationsplan.

Der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan hat bundesweit eine optimale Kapazitäts- und Leistungsangebotsstruktur zu gewährleisten. So sind im Akutbereich bestehende Überkapazitäten dem aktuellen Bedarf anzupassen. Dazu gehören regionale Überkapazitäten, die sich auf Grund der Bevölkerungsentwicklung in einzelnen Fachbereichen (zB in der Kinderheilkunde) ergeben haben. Dagegen müssen im stationären Krankenhausbereich fehlende und dringend erforderliche Einrichtungen der Remobilisation, der Rehabilitation und der Pflege geschaffen werden. Nur so kann dem Ziel, eine ökonomische, qualitativ hochstehende Form der Gesundheitsversorgung sicherzustellen, entsprochen werden.

Der Bund leistet seine Beiträge in Höhe von insgesamt 3 000 Millionen Schilling jährlich unter der Bedingung an die Landesfonds, daß ein mit allen Ländern einvernehmlich und verbindlich festgelegter Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan (siehe Anlage) mit 1. Jänner 1997 vorliegt. Die Landeskrankenanstaltenpläne sind im Einklang mit dem Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan festzulegen.

Auf Grund der Notwendigkeit einer vernetzten Gesundheitsplanung sind die weiteren Teilpläne eines österreichweiten Gesundheitsplanes sobald wie möglich festzulegen.

3. Einrichtung von Landesfonds und Beiträge an die Landesfonds (Art. 6)

Zur Wahrnehmung von Aufgaben auf Grund dieser Vereinbarung hat jedes Land einen Landesfonds einzurichten.

Zur Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung kamen die Vertragsparteien überein, die Landesfonds mit einer weitreichenden Gestaltungsfreiheit auszustatten.

4. Schätzung der Beiträge an die Landesfonds (Art. 7 bis 9)

Die Mittel der Landesfonds setzen sich zusammen aus:

- Beiträgen des Bundes und der Länder
- Beiträgen der Gemeinden (nach Maßgabe einer besonderen bundesgesetzlichen Regelung)
- Beiträgen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (für Rechnung der ihm angeschlossenen Träger der Sozialversicherung)
- Allfälligen sonstigen Mitteln (nach Maßgabe von landesrechtlichen Vorschriften)

a) Jährliche Beiträge des Bundes:

	für das Jahr 1997
(1) 1,416% des Umsatzsteueraufkommens (bisherige KRAZAF-Mittel)	3 015 372 000,-
(2) 330 Millionen Schilling (bisherige KRAZAF-Mittel)	330 000 000,-
(3) 1 250 Millionen Schilling (zusätzliche Mittel)	1 250 000 000,-
(4) 1 750 Millionen Schilling (zusätzliche Mittel)	1 750 000 000,-

b) Jährliche Beiträge der Länder:

(5) 0,949% des Umsatzsteueraufkommens	2 020 895 000,-
---------------------------------------	-----------------

c) Jährliche Beiträge der Gemeinden:

(6) 0,642% des Umsatzsteueraufkommens	1 367 139 000,-
---------------------------------------	-----------------

d) Beiträge der Träger der Sozialversicherung:

(7) Auf das Jahr 1997 valorisierte Zahlungen der Träger der Sozialversicherung für Pflegegebührenersätze, für die Jahresausgleichszahlung und für Ambulanzgebühren und auf das Jahr 1997 valorisierte Beiträge, welche die Träger der Sozialversicherung vormals an den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds zu leisten hatten, in Höhe von vorläufig	37 000 000 000,-
(8) Auf das Jahr 1997 valorisiertes Finanzvolumen auf Grund der am 31. Dezember 1996 geltenden Rechtslage bezüglich Kostenbeiträge (Kostenanteile) im Sozialversicherungsbereich in Höhe von zirka	420 000 000,-

Für die Zahlungen der Sozialversicherung in den Folgejahren sind in der Vereinbarung genaue Berechnungsvorschriften – in Abhängigkeit von den prozentuellen Steigerungen der Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung – enthalten.

Die dargestellten Beträge ergeben für das Jahr 1997 eine vorläufig geschätzte Summe von:

Bund:	6 345 372 000,-
Länder:	2 020 895 000,-
Gemeinden:	1 367 139 000,-
Sozialversicherung:	37 420 000 000,-
	<hr/>
	47 153 406 000,-

Im Rahmen der Neuregelung der Krankenanstaltenfinanzierung haben die Länder die Möglichkeit, ua. auch die Mittel, die bisher im Land zur Deckung des Betriebsabganges der Krankenanstalten aufzuwenden waren, in die Landesfonds einfließen zu lassen. Daher stellt die vorläufig geschätzte Summe nur die österreichweite Mindestsumme dar, die in Zukunft für die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung zur Verfügung steht.

5. Neuregelung der Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den Trägern der Krankenanstalten und den Ländern (Landesfonds) (Art. 11 und 12)

Mit der vorliegenden Neuregelung erfolgt die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung auf Rechnung von Landesfonds im Namen der Träger der Sozialversicherung.

Mit den Zahlungen der Träger der Sozialversicherung an die Länder (Landesfonds) sind alle Leistungen der Krankenanstalten zur Gänze abgegolten. Ausgenommen sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kindpaßuntersuchungen und die im Einvernehmen zwischen der Sozialversicherung und betroffenen Ländern sowie die im Bundeskrankenanstaltengesetz (§ 27 Abs. 2) ausgenommenen Leistungen.

Die Verpflichtung der Sozialversicherung zur ausreichenden Bereitstellung von Vertragspartnern sowie die Sachleistungspflichten und Verfahrenszuständigkeiten gegenüber den Versicherten bleiben aufrecht.

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.

Die Krankenanstalten haben den Trägern der Sozialversicherung alle erforderlichen Daten zu übermitteln, die zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Sozialversicherung erforderlich sind.

In den Ländern werden bei den Ämtern der Landesregierungen Schiedskommissionen errichtet, die zur Entscheidung in Streitigkeiten mit der Sozialversicherung und im Rahmen des Sanktionsmechanismus herangezogen werden.

6. Regelung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (Art. 13)

In den letzten Jahrzehnten war eine tiefgreifende Veränderung im Krankenanstaltenbereich festzustellen, die sich etwa durch die intensivere Betreuung der Patienten in kürzerer Zeit, durch die höhere Personalintensität und durch den vermehrten Einsatz teurer medizinisch-technischer Großgeräte und Behandlungsverfahren charakterisieren läßt. Damit im Zusammenhang stehen die zunehmenden Kostenunterschiede bei der Behandlung verschiedener Patientengruppen.

Diese Entwicklung hat mittlerweile dazu geführt, daß die Finanzierung in Form von undifferenzierter Tagespauschalen und die derzeit praktizierte Zuschuß- und Abgangsdeckungsfinanzierung auf Grund der fehlenden Leistungsorientierung den an ein zeitgemäßes Finanzierungssystem gestellten Anforderungen nicht mehr entspricht.

Eine zentrale Zielsetzung der Reform der Krankenanstaltenfinanzierung besteht in einer Erhöhung der Kosten- und Leistungstransparenz in den Krankenanstalten, die Mittel von der öffentlichen Hand erhalten. Durch die Einführung bundeseinheitlicher Krankenanstalteninformationssysteme, durch die mehrjährige Entwicklung und Erprobung leistungsorientierter Krankenanstaltenfinanzierungssysteme sowie durch die Erarbeitung von Qualitätsmanagementmodellen wurden die wesentlichen Voraussetzungen für diesen Reformschritt verwirklicht.

Von dem neuen Finanzierungssystem wird – bei gleichzeitiger Umsetzung struktureller Maßnahmen – die Optimierung des Ressourceneinsatzes im Gesundheitsbereich und damit eine langfristige Eindämmung der derzeit überproportionalen Kostensteigerungsraten im Krankenanstaltenbereich erwartet. Dies soll durch eine nur den medizinischen Erfordernissen entsprechende kürzere Verweildauer im Krankenhaus, durch vermehrte Leistungserbringung im ambulanten und extramuralen Bereich sowie im

rehabilitativen Nachsorgebereich und durch eine Reduzierung unnötiger Mehrfachleistungen erreicht werden. Darüber hinaus soll es dem Krankenhausmanagement durch die im System geschaffene höhere Kosten- und Leistungstransparenz ermöglicht werden, seine Betriebsführung nach betriebswirtschaftlichen Aspekten auszurichten und Entscheidungen auf fundierten Datengrundlagen zu treffen. Wesentlich ist jedoch die Aufrechterhaltung der Qualität der Behandlung und die Sicherstellung einer Behandlung nach modernen Methoden.

7. Finanzierung von Strukturreformen, Förderung des Transplantationswesens, Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und von Grundlagenarbeit (Art. 3 und Art. 15 bis 17)

Die Länder (Landesfonds) können jährlich bis zu 5% der den Landesfonds zur Verfügung stehenden Mittel für die Finanzierung von strukturverbessernden Maßnahmen einsetzen, das sind alle Maßnahmen, die zur Entlastung des stationären Akutbereiches der Krankenanstalten führen, insbesondere:

- Abbau von Kapazitäten in Bereichen der Akutversorgung;
- Schaffung und Ausbau alternativer Versorgungseinrichtungen (Pflegebetten, Hauskrankenpflege, mobile Dienste, sozialmedizinische und psychosoziale Betreuungseinrichtungen);
- Ausbau integrierter Versorgungssysteme (Sozial- und Gesundheitssprengel).

Beim Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz ist eine Clearingstelle einzurichten mit dem Ziel, eine überregionale Mittelverteilung an die Leistungserbringer für die Organgewinnung (einschließlich Vorbereitung und Transporte) sowie für die Typisierung der zu registrierenden potentiellen Knochenmarkspender zu gewährleisten. Die Clearingstelle wird mit 30 Millionen Schilling (bei Bedarf höchstens 40 Millionen Schilling) dotiert. Die Mittelaufbringung erfolgt aus den 1 750 Millionen Schilling an zusätzlichen Mitteln des Bundes.

Über die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und von Grundlagenarbeit entscheidet die Strukturkommission; dafür sind jährlich 30 Millionen Schilling aus den 1750 Millionen Schilling zusätzlicher Bundesmittel vom Bund einzubehalten.

8. Sicherstellung der bestehenden Dokumentation und Erfassung weiterer Daten (Art. 18 und 19)

Wesentliche Vorarbeiten für die Reform (insbesondere die Ausarbeitung des Entwurfes des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes sowie des Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung) konnten nur auf Grundlage der vorhandenen Daten des österreichischen Gesundheits- und Krankenanstaltenwesens geleistet werden.

Für die Beobachtung, Analyse und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und zur Weiterentwicklung der leistungsorientierten Vergütungssysteme unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche sind auch in Zukunft zweckentsprechende Daten unverzichtbar.

Der Bund und die Länder haben sich daher darauf geeinigt, die bestehende Dokumentation im Krankenanstaltenwesen sicherzustellen und weiterzuentwickeln und die Erfassung weiterer erforderlicher Daten zu ermöglichen.

9. Einrichtung der Strukturkommission und der neun Landeskommisionen (Art. 21 und 22)

Der Bund hat eine Strukturkommission einzurichten, der Vertreter des Bundes, der Landeskommisionen, der Sozialversicherung, der Interessensvertretungen der Städte und Gemeinden und ein gemeinsamer Vertreter der Österreichischen Bischofskonferenz und des Evangelischen Oberkirchenrates angehören. Es besteht Bundesmehrheit.

Die Strukturkommission hat zentrale Aufgaben im Rahmen der umfassenden Reform des Gesundheitswesens zu erfüllen. Sie soll die Entwicklung im österreichischen Gesundheitswesen insgesamt beobachten und seine Weiterentwicklung steuern sowie die Integration und Kooperation der verschiedenen Gesundheitsbereiche vorantreiben und die strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen forcieren. Damit werden die notwendigen Voraussetzungen geschaffen, um – bei Sicherstellung des bisherigen Leistungsniveaus – Rationalisierungspotentiale und Synergieeffekte im Gesundheitsbereich zu realisieren. Eine weitere Aufgabe besteht in der Handhabung des Sanktionsmechanismus.

Jedes Land hat eine Landeskommision einzurichten, der Vertreter des Landes, der Interessensvertretungen der Städte und Gemeinden, der Rechtsträger der Krankenanstalten, der Sozialversicherung und des Bundes angehören. Es besteht Ländermehrheit.

Die Landeskommisionen haben ua. die Handhabung des Sanktionsmechanismus auf Landesebene, Leistungsabstimmungen zwischen Krankenanstalten und die landesspezifische Ausformung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems zur Aufgabe.

24

382 der Beilagen

10. Einrichtung des Konsultations- und Sanktionsmechanismus (Art. 23 und 24)

Der Konsultationsmechanismus ist zwischen der Sozialversicherung und den Ländern einzurichten, um finanzielle Folgen von Strukturveränderungen zu bewältigen und Veränderungen der Leistungsangebote im stationären, halbstationären, tagesklinischen, ambulanten und niedergelassenen Bereich zu regeln.

Der Sanktionsmechanismus regelt beispielsweise, daß der Bund bei maßgeblichen Verstößen gegen die einvernehmlich festzulegenden Pläne (Krankenanstalten- und Großgeräteplan) den entsprechenden Länderanteil aus den 1 750 Millionen Schilling zusätzlicher Bundesmittel zurückzuhalten hat, bis der Landesfonds (das Land) Maßnahmen zur Herstellung des plankonformen Zustandes gegenüber den Krankenanstalten eingeleitet hat.

Der Sanktionsmechanismus regelt weiters die finanziellen Folgen von plan- und vertragswidrigen Leistungseinschränkungen im stationären, ambulanten, niedergelassenen Bereich und im Pflegebereich.

11. Schutzklausel für Bund und Träger der Sozialversicherung sowie für Städte und Gemeinden (Art. 25 und 26)

Die Länder verpflichten sich, dafür zu sorgen, daß für die Jahre 1997 bis einschließlich 2000 keine über diese Vereinbarung hinausgehenden finanziellen Forderungen betreffend die Krankenanstalten an den Bund oder die Träger der Sozialversicherung gestellt werden.

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

12. Lösung des in- und ausländischen Gastpatientenproblems sowie Regelung der Anstaltpflege im Ausland aus medizinischen Gründen (Art. 27)

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

Die Kosten einer Anstaltpflege im Ausland (für Personen, die aus medizinischen Gründen aus einer inländischen in eine ausländische Krankenanstalt verlegt wurden oder die einen Zustand angemessene Behandlung im Inland nicht oder nicht zeitgerecht erhalten konnten) leistet die Sozialversicherung einen Höchstbetrag von 60 Millionen Schilling jährlich, der jeweils entsprechend den in der Vereinbarung vorgesehenen Valorisierungsvorschriften angepaßt wird. Darüber hinausgehende Kosten für Anstaltpflege im Ausland sind den Trägern der Krankenversicherung aus den 1 750 Millionen Schilling zusätzlicher Bundesmittel zu ersetzen.

II. Besonderer Teil

Zu Art. 2:

Bei den hier definierten Krankenanstalten handelt es sich um die Gruppe von Krankenanstalten, die auf Grund des Bundesgesetzes über die Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 700/1991, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. Nr. 473/1995 und 853/1995, Zuschüsse erhalten haben.

Zu Art. 3:

Die Mittel für die Finanzierung von strukturverbessernden Maßnahmen werden jeweils von den Ländern bzw. den Landesfonds bis zum Höchstmaß von 5% der Mittel, die dem Landesfonds jährlich zur Verfügung stehen festgelegt. Die Strukturkommission hat Grundsätze für die Mittelverwendung und -abrechnung sowie Richtlinien für die Überprüfung der widmungsgemäßigen Verwendung der Strukturmittel zu erlassen.

Zu Art. 4 und 5:

Zwischen dem Bund und den Ländern wird ein verbindlicher österreichweiter Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes, der dieser Vereinbarung angeschlossen ist, einvernehmlich mit 1. Jänner 1997 festgelegt.

382 der Beilagen

25

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.

Die einvernehmliche Festlegung ist eine Voraussetzung für die Leistung der zusätzlichen Mittel des Bundes in der Höhe von 3 Milliarden Schilling jährlich.

Zu Art. 8:**Zu Abs. 1:**

Die Beiträge des Bundes setzen sich zusammen aus den bisherigen jährlichen Bundesmitteln für den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (mit Ausnahme der einmaligen Zahlung des Bundes von 950 Millionen Schilling im Jahr 1996) und zusätzlichen 3 000 Millionen Schilling jährlich.

Zu Abs. 5:

Fällt einer der angesprochenen Termine auf einen Samstag, Sonn- oder Feiertag, so sind die Beiträge am vorangehenden Arbeitstag zu überweisen.

Zu Art. 9 Abs. 1 Z 1:

Zahlungen der Sozialversicherung für Pflegegebührenersätze, für Ambulanzgebühren und die Jahresausgleichszahlung, die auf Grund der bis 31. Dezember 1996 geltenden Rechtslage an die Krankenanstalten geleistet wurden, fließen auf Grund der Neuregelung in die Landesfonds.

Zu Art. 13:

Österreichweit erfolgt mit 1. Jänner 1997 in allen Bundesländern die Einführung des Systems der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung.

Dabei ist die Bepunktung je leistungsorientierter Diagnosenfallgruppe im Kernbereich österreichweit einheitlich festzusetzen und wird durch die Strukturkommission in regelmäßigen Abständen angepaßt.

Bei der Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung kann auf die landespezifischen Erfordernisse insofern Bedacht genommen werden, als die Bepunktung je leistungsorientierter Diagnosenfallgruppe im Steuerungsbereich nach Maßgabe der in Abs. 7 festgelegten Kriterien je Land unterschiedlich sein kann.

Dabei können strukturspezifische Kriterien Berücksichtigung finden, wie etwa die sich auf Grund des unterschiedlichen Versorgungsauftrages der Krankenanstalten ergebende unterschiedliche personelle und apparative Ausstattung der Krankenanstalten oder der sich daraus ergebende Krankenanstaltentyp.

Unterschiede in der Bausubstanz können auf Grund des beispielsweise höheren Investitions- bzw. Reparaturbedarfs oder auf Grund höherer Logistikkosten ebenfalls zu gerechtfertigten Kostenabweichungen führen.

Im Falle von regional schwer erreichbaren Krankenhausstandorten kann auf Grund der Notwendigkeit der Vorhaltung von gering ausgelasteten Einrichtungen, die gesundheitspolitisch jedoch von großer Bedeutung sind, der geringe Auslastungsgrad ein zulässiger Steuerungsparameter sein.

Die Hotelkomponente kann in besonderen Fällen von Bedeutung sein, wenn in einem Bundesland Krankenanstalten mit stark unterschiedlicher Raumstruktur (zB Krankenanstalten mit Zwei- bis Dreibettzimmern bzw. Krankenanstalten mit Krankensälen) vorhanden sind.

Im Rahmen der Landesfonds ist auch die Abgeltung der Ambulanzleistungen und der Nebenkosten (zB Schulungseinrichtungen) entsprechend den landesspezifischen Erfordernissen zu regeln.

Zu Art. 17:

Die Mittel für die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und von Grundlagenarbeit werden im Rahmen der zusätzlichen Mittel des Bundes gemäß Art. 8 Abs. 1 Z 4 aufgebracht. In einem Rechnungsjahr nicht ausgeschöpfte Mittel fließen in die Krankenanstaltenfinanzierung.

26

382 der Beilagen

Zu Art. 18:

Da die Rechtsgrundlagen für die Dokumentation im Krankenanstaltenwesen auf verschiedene Gesetze, Verordnungen bzw. Richtlinien verstreut sind und im Zusammenhang mit dem Ende des Gel-tungszeitraumes der Regelungen über den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (31. Dezember 1996) außer Kraft treten, wird es notwendig sein, eine bundesgesetzliche Grundlage für die Dokumentation im österreichischen Krankenanstaltenwesen zu schaffen.

Zu Art. 19:

Auch hier besteht die Absicht, eine bundesgesetzliche Grundlage für die Erfassung und Anforde-rung weiterer Daten über das Gesundheits- und Krankenanstaltenwesen zu schaffen.

Zu Art. 20:

Die Organwalter, die in die Krankengeschichten Einsicht nehmen, sind selbstverständlich zur Ge-heimhaltung verpflichtet.

Nebenabrede
zur
VEREINBARUNG
**gemäß Art. 15a 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.

Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan

Teil I

Österreichischer Krankenanstaltenplan (ÖKAP)

1 Einleitung

Gemäß § 3 des Bundesgesetzes über die Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF), BGBl. Nr. 473/1995, ist der vom Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz unter Bedachtnahme auf die Landeskrankenanstaltenpläne mit der Möglichkeit eines überregionalen Ausgleiches erarbeitete Österreichische Krankenanstaltenplan (ÖKAP) durch eine geeignete Systemplanung weiterzuentwickeln.

Der auf dieser gesetzlichen Basis erstellte ÖKAP besteht aus einem **Textteil** (allgemeine Zielvorstellungen sowie Richtlinien zu Mindestabteilungsgrößen, Erreichbarkeitsnormen und Bettendichten) und einem **Tabellenteil** (Typ, Maximalbettenzahl und Fächerstruktur je KA sowie fächerbezogene Maximalbettenzahl je Bundesland, vgl. Anhang). Durch diese formale Struktur kann den Anforderungen einer regional abgestuften Planung (Rahmenvorgaben auf Bundesebene, Detaillierung auf Landesebene, maximale Detaillierung in den Raum- und Funktionsprogrammen auf Ebene der einzelnen KA) Rechnung getragen werden. Der im ÖKAP enthaltene Typ stellt einen unverbindlichen, nicht mit den Ländern vereinbarten Typisierungsvorschlag dar.

Die im ÖKAP enthaltenen Festlegungen der Standorte, Fachrichtungen und Bettenobergrenzen beziehen sich auf die im Artikel 2 der zwischen dem Bund und den Ländern getroffenen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 bezeichneten Krankenanstalten (Art.15a-KA).

2 Zielvorstellungen

Der ÖKAP baut auf folgenden allgemeinen Zielvorstellungen, die bei allen Veränderungen der stationären Versorgungsstruktur zu berücksichtigen sind, auf:

- Die stationäre Akutversorgung soll durch **leistungsfähige, bedarfsgerechte** und in ihrem Leistungsspektrum **aufeinander abgestimmte** Krankenanstalten sichergestellt werden.

- Die Akutkrankenanstalten sollen eine **möglichst gleichmäßige und bestmöglich erreichbare**, aber auch **wirtschaftlich und medizinisch sinnvolle** Versorgung der österreichischen Bevölkerung gewährleisten.
- Die von diesem Plan umfaßten Krankenanstalten sollen durch **Verlagerung** von Leistungen in den ambulanten, teilstationären und rehabilitativen Bereich nachhaltig entlastet, die **Krankenhaushäufigkeit und Belagsdauer** auf das medizinisch notwendige Maß **minimiert** werden.
- Die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären Akutsektor soll durch den **Ausbau extramuraler und teilstationärer Einrichtungen** ermöglicht werden. **Tageskliniken** sollen nur an Standorten von bzw. im organisatorischen Verbund mit gut erreichbaren bettenführenden Abteilungen der betreffenden Fachrichtung eingerichtet werden.
- **Ziel- und Planungshorizont** des ÖKAP ist das Jahr **2005**. Spätestens bis dahin sollen die Ziele und Inhalte des ÖKAP in der jeweils adaptierten Fassung im Wege des Landeskrankenanstaltenplanes verwirklicht werden.
- Im Bereich der öffentlichen und der privat-gemeinnützigen Krankenanstalten ist die Errichtung und Vorhaltung **isolierter Fachabteilungen** in dislozierter Lage zu vermeiden. Von dieser Regelung kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgegangen werden.
- Bei der Errichtung und Vorhaltung von Fachabteilungen sind die im ÖKAP definierten **Mindestabteilungsgrößen** (vgl. Abschnitt 3) zu berücksichtigen. Von diesen kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgegangen werden. **Departments** dürfen – ausgenommen die in Abschnitt 3 angeführten Fachrichtungen – erst nach Erstellung einer Leistungsangebotsplanung (vgl. Abschnitt 4) eingerichtet werden. Die – durch die Typisierung unterstützte – abgestufte Versorgung durch Akutkrankenanstalten soll nicht durch die Ausweitung der Konsiliararztätigkeit, die auf die Einrichtung von Kleinst-Abteilungen hinauslaufen kann, unterlaufen werden.
- Im Interesse der medizinischen Qualitätssicherung und der wirtschaftlichen Führung der Krankenanstalten soll daher mittelfristig eine Beschränkung der **Konsiliararztätigkeit** auf die Intentionen des § 2a KAG (Ergänzungs- und Hilfsfunktionen bei zusätzlicher Diagnose und Therapie bereits stationär versorger Patienten) erfolgen, soweit dies ohne Eingriff in bestehende Rechte möglich ist. Die Neuerrichtung sogenannter „Konsiliarabteilungen“ ist zu vermeiden.
- Die im Anhang enthaltenen Standort- und Fächerstrukturen sowie die Bettenzahlen je Fachrichtung stellen nicht zu überschreitende **Obergrenzen** dar und sollen bei zukünftigen Errichtungs- und Bewilligungsverfahren berücksichtigt werden.

3 Richtwerte

Bei der Weiterentwicklung der Akutkrankenanstalten sind die nachfolgend aufgelisteten Planungsrichtwerte zu berücksichtigen. Die fachrichtungsspezifisch festgelegten Erreichbarkeitsnormen, Mindestabteilungsgrößen und Richtintervalle zu den Bettenmeßziffern (BMZ) sollen nur in begründeten Ausnahmefällen über- bzw. unterschritten werden.

Österreichischer Krankenanstaltenplan – Richtwerte

Fachrichtung	Erreichbarkeitsnorm (in Minuten)	BMZ (minimal)	BMZ (maximal)	BMZ gem. BB 1995	MA-Größe für A,D
Chirurgie	30	1.075	1.191	1.284 ⁶⁾	30
Neurochirurgie	60	0.044	0.083	0.059	30
Intensivmedizin	*	- ¹⁾	- ¹⁾	0.113 ²⁾	*
Innere Medizin	30	1.654	2.042	2.050	30
Gynäkologie/Geburtshilfe	30	0.523	0.569	0.659	30
Neurologie	45	0.354	0.424	0.261	50
Allgemeinpsychiatrie	60	0.465	0.576	0.855 ³⁾	40
Kinderheilkunde	45	0.231	0.276	0.396 ⁴⁾	30
Kinderchirurgie	*	- ⁵⁾	- ⁵⁾	- ⁷⁾	*
Dermatologie	60	0.102	0.160	0.127	30
Augenheilkunde	45	0.116	0.179	0.144	25
HNO	45	0.142	0.173	0.183	25
Urologie	45	0.192	0.237	0.202	30
Plastische Chirurgie	*	- ⁵⁾	- ⁵⁾	- ⁷⁾	20 ⁸⁾
Pulmologie	*	0.148	0.239	0.217	30
Orthopädie	45	0.227	0.315	0.228	30
Unfallchirurgie	30	0.449	0.582	0.552	20 ⁸⁾
Radioonkologie/Strahlentherapie	60	- ⁵⁾	- ⁵⁾	0.046	*
Mund-/Kiefer-/Gesichtschir.	*	- ⁵⁾	- ⁵⁾	0.032	20 ⁸⁾
(Geriatrische) Remobilisation	*	0.112	0.203	- ⁷⁾	25
Akutbetten insgesamt	*	6.452	7.873	7.794	*

Legende:

BMZ	= Bettenmeßziffer (systemisierte Betten pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung)
BB	= Bettenbericht
MA-Größe	= Mindestabteilungsgröße
A	= Abteilungen
D	= Departments
*	= von der Angabe einer Erreichbarkeitsnorm bzw. Mindestabteilungsgröße wird abgesehen, grundsätzlich sollen aber Abteilungen bzw. Departments an den dafür vorgesehenen KA eingerichtet werden

- ¹⁾ = Bettenbedarf individuell für einzelne KA zu ermitteln
- ²⁾ = inkl. nichtoperative Intensivbetten
- ³⁾ = inkl. Langzeit- und Sonderversorgung
- ⁴⁾ = Kinderheilkunde im Bettenbericht inkl. Kinderchirurgie
- ⁵⁾ = von der Angabe eines Soll-BMZ-Intervalls wird abgesehen, grundsätzlich sollen aber Abteilungen bzw. Departments an den dafür vorgesehenen KA eingerichtet werden
- ⁶⁾ = Chirurgie im Bettenbericht inkl. Plastische Chirurgie
- ⁷⁾ = im Bettenbericht nicht als eigene Fachrichtung erfaßt
- ⁸⁾ = evtl. als Department innerhalb einer Fachabteilung für Chirurgie zu führen

4 Fortschreibung des ÖKAP

Die allgemeinen Zielvorstellungen (Abschnitt 2), die Richtlinien (Abschnitt 3) sowie die in der Anlage enthaltenen Standort- bzw. Fächerstrukturen und Typisierungen werden in **jährlichen Abständen** hinsichtlich ihrer tatsächlichen Umsetzung **überprüft**. Der ÖKAP wird ständig weiterentwickelt und erforderlichenfalls einvernehmlich alle **zwei Jahre** revidiert.

Der ÖKAP soll sich künftig nicht mehr ausschließlich auf die Anzahl und Verteilung der in Akutkrankenanstalten vorzuhaltenden Betten und Abteilungen konzentrieren, sondern – insbesondere nach Umstellung auf eine leistungsbezogene Krankenanstaltenfinanzierung – auch Fragen des **vorzuhaltenden medizinischen Leistungsangebotes** abdecken. Daher wird sich die Fortschreibung des ÖKAP in schrittweiser Vertiefung auch auf die Vorhaltung ausgewählter medizinischer Leistungsbereiche beziehen, wobei ein die **Bundesländergrenzen übergreifender Planungsansatz** zu verfolgen ist.

Ein als Standort- und Leistungsangebotsplan weitergeföhrter ÖKAP unter Berücksichtigung von Bedarfs-, Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsfaktoren wird zukünftig auch die Großgeräteplanung inkludieren.

Teil II

Großgeräteplan 1996 (GGP)

1 Einleitung

Im Rahmen des Bundesgesetzes über die Errichtung des Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds (KRAZAF) – aktuelle Fassung BGBI. Nr. 473/1995 – wurde im § 21 als Voraussetzung für die Gewährung von Investitions-, Betriebs- und sonstigen Zuschüssen durch den KRAZAF ein Genehmigungsverfahren für Investitionen und den Betrieb von medizinisch-technischen Großgeräten für alle KRAZAF-zuschußberechtigten Krankenanstalten vorgesehen.

Gemäß § 14 dieses Gesetzes hat der Fonds als Grundlage für die Genehmigung Richtlinien (einschließlich Kriterien einer bundesweiten Bedarfs- und Standortplanung für medizinisch-technische Großgeräte) zu erlassen. Im § 14 Abs. 2 werden die betroffenen Großgeräte taxativ aufgezählt. Diese sind:

- Computer-Tomographiegeräte (CT)
- Magnetresonanz-Tomographiegeräte (MR)
- Emissions-Computer-Tomographiegeräte (ECT)
- Coronarangiographische Arbeitsplätze (COR)
- Digitale Subtraktions-Angiographieanlagen (DSA)
- Hochvolttherapiegeräte (Linearbeschleuniger, Kreisbeschleuniger, Telekobalttherapiegeräte, Gamma-Knife) (STR)
- Stoßwellenlithotripter (LIT)
- Positronen-Emissions-Tomographiegeräte (PET).

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) wurde vom KRAZAF beauftragt, aufbauend auf die Großgerätestudien 1989/90 und 1992/93 Standortempfehlungen für medizinisch-technische Großgeräte in Art. 15a-Krankenanstalten zu erarbeiten.

Der GGP wird bis 30. Juni 1997 einer ersten Revision unterzogen. Bis zu diesem Zeitpunkt werden die Länder ihre Maßnahmen im Bereich der Großgeräte im Rahmen des mit dieser Vereinbarung festgelegten GGP durchführen. Werden innerhalb dieser Zeit Maßnahmen erforderlich, die gegen den GGP verstößen, so ist Einvernehmen zwischen dem Bund und dem Land bzw. den Ländern, sofern mehrere Länder von dieser Maßnahme betroffen sind, herzustellen.

2 Planungsgrundsätze

Bei der Erarbeitung der Standortempfehlungen im Rahmen des GGP 1996 wurde auf folgenden allgemeinen Planungsgrundsätzen aufgebaut:

- Medizinisch-technische Großgeräte sollen in jenen Krankenanstalten eingerichtet werden, die diese zur Bewältigung der sich aus der jeweiligen Fächerstruktur ergebenden medizinischen Anforderungen benötigen (**Strukturqualitätskriterium**).
- Die Versorgung der Bevölkerung soll durch optimale Standortwahl für Großgeräte regional möglichst gleichmäßig und bestmöglich erreichbar (**Kriterium der Versorgungsgerechtigkeit**), aber auch wirtschaftlich erfolgen (**Wirtschaftlichkeitskriterium**).

32

382 der Beilagen

- Dem Wirtschaftlichkeitskriterium Rechnung tragend, wurde bei der Erarbeitung der Standortempfehlungen die Versorgungswirksamkeit des **extramuralen Sektors** sowie Kooperationspotentiale zwischen dem intra- und dem extramuralen Bereich miteinbezogen.
- Als Planungshorizont des GGP wurde aufgrund des raschen technischen Fortschrittes Ende 1998 festgelegt, wobei alle zwei Jahre eine Revision des Planes erfolgen sollte.

3 Planungsmethode

Zur Berechnung des Großgerätebedarfes wurden Einwohnerrichtwerte (Sollbereiche für die Anzahl der Einwohner je Großgerät) herangezogen. Diese wurden – ausgehend von der Großgerätestudie 1992/93 – auf Basis des Geräte-Ist-Standes im Juni 1996, der tatsächlichen und optimalen Auslastungen der Geräte, unter Berücksichtigung von Stellungnahmen und Publikationen österreichischer und internationaler Experten sowie unter Heranziehung von Richtwerten vergleichbarer europäischer Staaten ermittelt. In ausgewählten Bereichen (STR, PET, COR) basieren die Einwohnerrichtwerte auf indikationsgestützten Bedarfsschätzungen.

Großgeräteplan 1996 – Planungsrichtwerte

Gerätegruppe/Verfahren	Erreichbarkeitsrichtwert (in Minuten)	Einwohnerrichtwerte (Bereiche)	Einwohner je Großgerät im Juni 1996
Computertomographie (CT)	30	38.000 – 58.000	41.807
Magnetresonanz-Tomographie (MR)	60	128.000 – 192.000	132.275
Digitale Subtraktionsangiographie (DSA)	60	120.000 – 180.000	123.187
Coronarangiographie (COR)	*	200.000 – 300.000	273.517
Lithotripter (LIT)	*	520.000 – 780.000	672.396
Emissions-Computer-Tomographie (ECT)	60	80.000 – 120.000	88.668
Positronen-Emissions-Tomographie (PET)	*	2.150.000 – 4.840.000	*
Strahlentherapie (STR)	120	160.000 – 240.000	310.336

Die Erarbeitung der Standortempfehlungen erfolgte in drei Stufen:

1. **Vorselektion der Gerätetestandorte** aufgrund des Strukturqualitätskriteriums, des Kriteriums der Versorgungsgerechtigkeit sowie unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Großgerätestudie 1992/93.
 2. **Makroplanung:** Unter Einbeziehung der selektierten Standorte sowie der Einwohnerrichtwerte wurden in einem Simulationsmodell vorläufige Standorte festgelegt und ein standortbezogener Schätzwert zum Gerätebedarf ermittelt.
 3. Im Rahmen der **Mikroplanung** wurden diese Ergebnisse unter Einbeziehung
 - der Leistungsstruktur des potentiellen Standortes,
 - der Tragfähigkeit des Gerätetestandortes,
 - der tatsächlichen Auslastungen am Standort vorhandener oder umliegender Großgeräte,
 - der Planungsvorstellungen der Gerätebetreiber,
 - des extramuralen Sektors und der „Nicht-Art.15a-Krankenanstalten“
 - sowie ökonomischer Gesichtspunkte
- evaluiert und Standortempfehlungen erarbeitet.

Österreichischer Krankenanstaltenplan – Zielplanung 2005

Standort- und Funktionsplanung nach Krankenanstalten: Systematisierter und tatsächlicher Bettenstand gemäß Bettenbericht 1995, Typisierung der Krankenanstalten 2005, Vorhaltung von Akutbetten nach Krankenanstalten(-standorten) und Fachrichtungen 2005.

Legende:

AU = Augenheilkunde	MKC = Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
CH = Chirurgie	NC = Neurochirurgie
DER = Dermatologie	NEU = Neurologie
GCH = Gefäßchirurgie	NUK = Nuklearmedizin
GEM = Gemischter Belag	OR = Orthopädie und orthopädische Chirurgie
GGH = Gynäkologie und Geburtshilfe	PCH = Plastische Chirurgie
HCH = Herzchirurgie	PUL = Pneumologie
HNO = Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	REM = (geriatrische) Remobilisation
IM = Innere Medizin	STR = Radioonkologie – Strahlentherapie
INT = Intensivmedizinischer Bereich	TCH = Thoraxchirurgie
KCH = Kinderchirurgie	UC = Unfallchirurgie
KI = Kinderheilkunde	URO = Urologie

- A = Akutbetten in bettenführender/-en Abteilung/-en, als Primariate geführt
- D = Akutbetten in bettenführender Abteilung, als Primariat oder als Department geführt
- B = Akutbetten in eigener Abteilung oder in andere Abteilung/-en integriert geführt
- I = Akutbetten für (post-)operative Intensivbetreuung bzw. -überwachung vorzuhalten
- = keine fachrichtungsspezifischen Akutbetten vorzuhalten

Ann.: Betten in nicht unter die Vereinbarung nach Art.15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 fallenden KA werden mit einem aufgrund der zur Verfügung stehenden Informationen geschätzten, der Akutversorgung zuzurechnenden Bettenäquivalent ausgewiesen und in der für jedes Bundesland ausgewiesenen, zulässigen Gesamtbettensumme berücksichtigt. Die systemisierten und tatsächlichen Betten für HCH, PCH und KCH werden im Bettenbericht unter CH bzw. KI geführt und sind daher für den Ist-Stand in der Tabelle nicht ausgewiesen. Die Bereiche Psychiatrie und (geriatrische) Remobilisation werden vorerst ausgenommen (die Bundesländer sollen unter Berücksichtigung des ÖKAP eigene Psychiatriepläne erstellen, die auch die extramurale PSY miteinschließen). Betten für Neonatologie sind unter Betten für GGH bzw. KI subsumiert.

Unverbindlicher Typisierungsvorschlag (nicht vereinbart, keine Auswirkungen – vgl. Spalte „Typ“):

- Typ 1 – Maximalversorgung (Abteilungen aller Fachrichtungen zulässig)
- Typ 2 – Erweiterte Versorgung (CH, IM und GGH, nach Bedarf weitere Fachrichtungen, ausgenommen NC, PCH und MKC)
- Typ 3 – Basisversorgung (CH und IM, nach Bedarf GGH, KI und UC; in Sonderfällen¹ Ausnahmeregelungen)
- Typ 4 – Spezialversorgung (auf bestimmte Fachrichtungen spezialisiert)
- Typ 5 – Privatkrankenanstalt
- Typ 6 – Sonstige Krankenanstalten – langfristig nicht vom ÖKAP erfaßt bzw. nicht dem Akutbereich zuzurechnen

¹ in Sonderfällen kann bei nachgewiesinem Bedarf ein zusätzliches Fach der erweiterten Versorgung (exkl. NC, PCH, MKC) vorgehalten werden

Großgeräteplan 1996 – Zielplanung 1998

Standortempfehlungen und Planung der Anzahl medizinisch-technischer Großgeräte in Art.15a-Krankenanstalten unter Berücksichtigung der Geräteausstattung von „Nicht-Art.15a-Krankenanstalten“ und des extramuralen Sektors.

Legende:

CT = Computertomographiegeräte	STR = Hochvolttherapiegeräte
MR = Magnetresonanz-Tomographiegeräte	LIN = Linearbeschleuniger
ECT = Emissions-Computer-Tomographiegeräte	COB = Telekobalttherapiegeräte
DSA = Digitale Subtraktions-Angiographieanlagen	LIT = Stoßwellenlithotripter
COR = Coronarangiographische Arbeitsplätze	

GGS93 = für Krankenanstalten: Geräte-Soll-Stand lt. Großgerätestudie 1992/93
für den extramuralen Sektor: Geräte-Ist-Stand lt. Großgerätestudie 1992/93

GG96 = Geräte-Ist-Stand am 30.06.1996 (Krankenanstalten und extramuraler Sektor)

BP98 = Planungen der Gerätebetreiber bis Ende 1998

GGP96 = für Krankenanstalten: Geräte-Soll-Stand lt. Großgeräteplan 1996

für den extramuralen Sektor: als versorgungswirksam im Großgeräteplan 1996 berücksichtigte Geräte

K = Geräte-Soll-Standorte, an denen vor der Geräteeinrichtung Kooperationsmöglichkeiten mit extramuralen Betreibern, bei denen sich zum Zeitpunkt der Erstellung dieses GGP bereits Geräte in Betrieb befanden, zu überprüfen sind.