

**550 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XVII. GP**

Ausgedruckt am 10. 5. 1988

# Regierungsvorlage

## **Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds**

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,

das Land Wien, vertreten durch den Landeshauptmann, — im folgenden Vertragsparteien genannt — kommen überein, gemäß Art. 15 a B-VG die nachstehende Vereinbarung zu schließen:

### **Artikel 1**

#### **Gegenstand der Vereinbarung**

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

1. Im Rahmen von Länderquoten die Leistung von Betriebszuschüssen, sonstigen Zuschüssen und Investitionszuschüssen nach Art. 21 an die Träger öffentlicher Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 des Krankenanstaltengesetzes bezeichneten Art, mit Ausnahme der

Pflegeabteilungen der öffentlichen Krankenanstalten für Geisteskrankheiten sowie an die Träger privater Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 des Krankenanstaltengesetzes bezeichneten Art, die gemäß § 16 des Krankenanstaltengesetzes als gemeinnützig geführte Krankenanstalten zu betrachten sind, zu gewährleisten,

2. im Rahmen von Länderquoten die Leistung von Mitteln für Strukturreformen nach Art. 2 an die Länder zur Entlastung des stationären Akutbereiches in den Krankenanstalten zu gewährleisten, und
3. die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den Trägern dieser Krankenanstalten neu zu gestalten.

(2) Die Vertragsparteien kommen überein:

1. Während der Laufzeit dieser Vereinbarung wird österreichweit die Zahl der Akutbetten der nachfolgend angeführten Krankenanstalten — ausgenommen die Betten von Abteilungen für Psychiatrie und Neurologie — nach Maßgabe eines Realisierungsplanes, der bis 31. Oktober 1988 im Arbeitskreis für Krankenanstaltenfinanzierung und -strukturreformen zu erarbeiten und daraufhin in der Fondsversammlung zu beschließen sein wird, um 2 600 zu verringern sein:
  - a) öffentliche Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 des Krankenanstaltengesetzes,
  - b) private Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 des Krankenanstaltengesetzes, die gemäß § 16 des Krankenanstaltengesetzes als gemeinnützig geführte Krankenanstalten zu betrachten sind, ausgenommen Krankenanstalten des Bundes und der Träger der Sozialversicherung,
  - c) private, nicht gemeinnützig geführte Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1, 2 und 6 des Krankenanstaltengesetzes.
- Dem Abbau entsprechend werden auch die personellen und apparativen Kapazitäten

- und die tatsächlich aufgestellten Betten zu verringern sein.
2. Ab 1. Juli 1988 wird die Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung auf das jeweilige Niveau der Höchstbeitragsgrundlage in der gesetzlichen Pensionsversicherung anzuheben sein. Die daraus erfließenden zusätzlichen Mittel werden an den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds zu überweisen sein.
  3. Die soziale Krankenversicherung wird am 1. Oktober 1988 einen Betrag von 220 Millionen Schilling, am 1. Juli 1989 einen Betrag von 220 Millionen Schilling und am 1. Juli 1990 einen Betrag von 320 Millionen Schilling zusätzlich zu den bisher an den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds überwiesenen Beträgen an den Fonds überweisen.
  4. Von den Gesamtmitteln des Fonds werden vor der Bildung von Länderquoten zunächst im Jahre 1988 40 Millionen Schilling bzw. in den Jahren 1989 und 1990 jeweils 80 Millionen Schilling abgezogen. Davon werden im Jahre 1988 5 Millionen Schilling bzw. in den Jahren 1989 und 1990 jeweils 10 Millionen Schilling den Ländern Salzburg und Tirol als Finanzierungsbeiträge zur Abgeltung ihrer überregionalen Leistungen zugeteilt. Im Jahre 1988 werden die restlichen 30 Millionen Schilling bzw. in den Jahren 1989 und 1990 werden jeweils die restlichen 60 Millionen Schilling den Ländern Oberösterreich, Steiermark, Tirol und Vorarlberg zum teilweisen Ausgleich des Unterschiedes zwischen dem Anteil ihrer Volkszahl 1981 an der Gesamtbevölkerungszahl und dem Ausmaß ihrer Landesquote gemäß Art. 20 Abs. 3 zugeteilt.
  5. Innerhalb der Länderquoten werden im Jahre 1988 100 Millionen Schilling für die Investitionsfinanzierung medizinisch-technischer Großgeräte und — davon ein Höchstbetrag von 5 Millionen Schilling — für die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und für Grundlagenarbeit des Fonds zur Verfügung zu stellen sein. In den Jahren 1989 und 1990 werden innerhalb der Länderquoten jährlich 200 Millionen Schilling zur Verfügung zu stellen sein und für die Investitionsfinanzierung medizinisch-technischer Großgeräte und — davon ein Höchstbetrag von 10 Millionen Schilling jährlich — für die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und für Grundlagenarbeit des Fonds zu verwenden sein. Die vorgenannten Beträge werden nach Maßgabe der Prozentsätze des Art. 20 Abs. 3 auf die Länderquoten aufzuteilen sein.
  6. Die Vertragsparteien kommen überein, ab 1. Jänner 1989 eine Erfassung und Codie- rung der Entlassungsdiagnosen in den zuschußberechtigten Krankenanstalten einzuführen.
  7. Die Vertragsparteien kommen überein, daß innerhalb der jeweiligen Länderquoten ab 1. Juli 1990 der Teilbetrag 1 gemäß Art. 21 Abs. 3 erster Satz auf Grundlage der erfaßten Diagnosen des Jahres 1989 an die Träger von Krankenanstalten überwiesen wird. Voraussetzung hierfür ist, daß sich die Vertragsparteien vor diesem Zeitpunkt über die Diagnosenbewertung und die darauf zu stützende konkrete Mittelverteilung einigen. Die Vertragsparteien werden die hierfür notwendigen Verhandlungen unverzüglich aufnehmen.
  8. Die Vertragsparteien kommen überein, daß die Träger von Krankenanstalten ab 1. Juli 1988 von Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, die Anstaltspflege als Sachleistung in Anspruch nehmen und für die vom zuständigen Träger der sozialen Krankenversicherung Pflegegebührenersätze zur Gänze geleistet werden, einen Kostenbeitrag in Höhe von 50 S pro Tag eines stationären Aufenthaltes in einer Krankenanstalt einheben werden. Dieser Kostenbeitrag wird jährlich im Ausmaß der Inflationsrate des Vorjahres zu dynamisieren und auf volle Schilling aufzurunden sein. Zum Schutze sozial bedürftiger Personen werden von diesem Kostenbeitrag Personen befreit sein, für die eine Befreiung von der Rezeptgebühr gilt und jene Personen, die nach den geltenden sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen bereits einen Selbstbehalt zu leisten haben. Insgesamt wird dieser Kostenbeitrag für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr einzuheben sein. Die Träger der Krankenversicherung werden den Trägern von Krankenanstalten die für die Einhebung dieses Kostenbeitrages notwendigen Daten gleichzeitig mit der Kostenübernahmserklärung übermitteln.
  9. Die Vertragsparteien kommen überein, die legistischen Voraussetzungen für Maßnahmen der Länder zu schaffen, um im Zusammenwirken aller Institutionen regionale Modellversuche zur Erprobung integrierter Versorgungssysteme zu ermöglichen, die insbesondere eine finanzielle Durchlässigkeit und den Mitteleinsatz dort zulassen, wo es zur optimalen Versorgung des Patienten unter Beachtung ökonomischer Überlegungen möglich erscheint.
  10. Die Vertragsparteien nehmen zur Kenntnis, daß ab 1. Jänner 1988, auf Grund einer Vereinbarung zwischen dem Land Burgenland, dem Träger und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, die Pflegegebührenersätze für das allgemein

## 550 der Beilagen

3

öffentliche Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt auf das Niveau des allgemein öffentlichen Landeskrankenhauses Oberwart, bleibend angehoben werden. Der zusätzliche Aufwand ist von der sozialen Krankenversicherung zu tragen.

(3) Die Kostenersätze für den klinischen Mehraufwand im Sinne des § 55 des Krankenanstalten gesetzes bilden keinen Gegenstand dieser Vereinbarung.

(4) Die Vertragsparteien kommen überein, die Leistungen von Beiträgen an den Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds nach Maßgabe des Art. 26 dieser Vereinbarung zu gewährleisten.

**Artikel 2****Mittel für Strukturreformen**

(1) Zwischen 10% und 25% der nach Abzug der Mittel gemäß Art. 20 Abs. 2 verbleibenden jeweiligen Landesquote werden als Mittel für die Finanzierung von strukturverbessernden Maßnahmen, das sind alle Maßnahmen, die zur Entlastung des stationären Akutbereiches in den Krankenanstalten führen, bestimmt sein.

(2) Die Länder werden dem Fonds bis 31. März eines jeden Jahres den Prozentsatz 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 haben.

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

1. Den Abbau von Kapazitäten in allen Bereichen der Akutversorgung von Krankenanstalten;
2. die Schaffung und den Ausbau alternativer Versorgungseinrichtungen, insbesondere Pflegebetten, Hauskrankenpflege und mobile Dienste;
3. den Ausbau integrierter Versorgungssysteme, insbesondere Sozial- und Gesundheitsspren gel.

(4) Der Fonds wird Richtlinien für die Mittelzu teilung, die Verwendung, die Abrechnung sowie den Nachweis der widmungsgemäßen Verwendung dieser Mittel zu erlassen haben.

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

**Artikel 3****Österreichischer Krankenanstaltenplan**

Die Vertragsparteien kommen überein, den vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz unter Bedachtnahme auf die Landeskrankenanstaltenpläne mit der Möglichkeit eines überregionalen Ausgleiches erarbeiteten Österreichischen Krankenanstaltenplan durch eine geeignete Systemplanung weiterzuentwickeln.

**Artikel 4****Einrichtung des  
Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds**

Durch Bundesgesetz wird der Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit — im folgenden Fonds genannt — eingerichtet werden.

**Artikel 5****Aufgaben des Fonds**

Aufgaben des Fonds werden nach Maßgabe dieser Vereinbarung sein:

1. die Gewährung von Betriebszuschüssen und sonstigen Zuschüssen gemäß Art. 21 im Rahmen von Länderquoten an Träger von Krankenanstalten;
2. die Gewährung von Investitionszuschüssen gemäß Art. 21 im Rahmen von Länderquoten an Träger von Krankenanstalten;
3. die Gewährung von Mitteln für Strukturreformen gemäß Art. 2 an die Länder auf der Grundlage von Richtlinien;
4. die Abwicklung der Jahresausgleichszahlung auf Grundlage der Daten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger;
5. die Erlassung von Richtlinien (einschließlich Kennzahlen) für die Planung, Errichtung und Ausstattung sowie den Betrieb von Krankenanstalten;
6. die Weiterentwicklung der Kostenrechnung für Krankenanstalten;
7. die Erlassung von Richtlinien für die Diagnosenerfassung für Krankenanstalten und die Wartung des Diagnosenschlüssels;
8. die Auswertung der Entlassungsdiagnosen und der medizinischen Einzelleistungen nach gesundheitspolitischen Grundsätzen;
9. die Erlassung von Richtlinien für die Leistungsstatistik für Krankenanstalten;
10. die Erstattung von Rationalisierungsvorschlägen für die Planung, Errichtung und Ausstattung sowie den Betrieb von Krankenanstalten;
11. die Weiterentwicklung des Österreichischen Krankenanstaltenplanes;
12. die Genehmigung von Neu-, Zu- und Umbauten in Krankenanstalten, welche eine

- Erweiterung des Umfanges oder des Zweckes zur Folge haben auf Grundlage von Richtlinien;
13. die Genehmigung der Anschaffung medizinisch-technischer Großgeräte in Krankenanstalten auf Grundlage von Richtlinien;
  14. die Überwachung des österreichweiten Abbaues der Akutbetten;
  15. die Erarbeitung eines neuen leistungsbezogenen Finanzierungssystems und die Vorbereitung der Systemumstellung auf die leistungsbezogene Finanzierung auf der Grundlage der neueingeführten Diagnosencodierung;
  16. die Entscheidung über die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und Grundlagenarbeit des Fonds.

## Artikel 6

### Betriebszuschüsse und sonstige Zuschüsse im Rahmen von Länderquoten gemäß Art. 21

(1) Betriebskosten sind die in den §§ 2 und 5 der Krankenanstaltenkostenrechnungsverordnung, BGBl. Nr. 328/1977, umschriebenen Kosten mit Ausnahme der Zusatzkosten.

(2) Die Träger der im Art. 1 Abs. 1 dieser Vereinbarung genannten Krankenanstalten (im folgenden kurz: Träger von Krankenanstalten) werden nach Maßgabe der nachstehenden Abs. 3 und 4 sowie des Art. 21 dieser Vereinbarung Anspruch auf die Gewährung von Zuschüssen im Rahmen von Länderquoten durch den Fonds haben.

(3) Anträge auf Gewährung von Zuschüssen werden zugleich mit den hiefür erforderlichen Nachweisen für die finanzielle Gebarung der Krankenanstalt, insbesondere über den Gesamtbettenstand, die Auslastung, die amtlich festgesetzten Pflegegebühren, die Einnahmen, die Ausgaben, den Betriebsabgang sowie die Ergebnisse der Kostenstellenrechnung und der Leistungsstatistik bis 30. April eines jeden Kalenderjahres bei der nach Lage der Krankenanstalt örtlich zuständigen Landesregierung einzubringen sein. Die Landesregierung wird diese Anträge auf ihre Richtigkeit zu prüfen und dazu Stellung zu nehmen haben. Die Anträge werden unter Anschluß der Stellungnahme der Landesregierung binnen drei Monaten nach ihrem Einlangen dem Fonds zu übermitteln sein. Den Anträgen von Trägern privater Krankenanstalten im Sinne des Art. 1 Abs. 1 dieser Vereinbarung wird eine Erklärung der Landesregierung anzuschließen sein, ob die Krankenanstalt als eine gemeinnützig geführte Krankenanstalt im Sinne des § 16 des Krankenanstaltengesetzes zu betrachten ist.

(4) Die Gewährung von Betriebszuschüssen wird ferner an die Bedingung gebunden werden, daß der Träger der Krankenanstalt

1. ein Buchführungssystem anwendet, wie es die Krankenanstaltenkostenrechnungsverordnung vorsieht,
2. einen maschinenlesbaren Bericht über die Diagnosen nach Maßgabe des Art. 10 vorlegt,
3. eine Leistungsstatistik — nach Maßgabe der vom Fonds ausgearbeiteten Richtlinien — eingereicht hat,
4. dem Fonds gestattet, Erhebungen über die Betriebsorganisation und den Betriebsablauf der Krankenanstalt durchzuführen und in die die Betriebsführung der Krankenanstalt betreffenden Unterlagen Einsicht zu nehmen,
5. die Genehmigung des Fonds im Sinne des Art. 13 bzw. 14 dieser Vereinbarung erhalten hat, sofern er die Betriebszuschüsse für Neu-, Zu- und Umbauten in Krankenanstalten, welche eine Erweiterung des Umfanges oder des Zweckes zur Folge haben, sowie für medizinisch-technische Großgeräte beantragt. Neu-, Zu- und Umbauten in Krankenanstalten und medizinisch-technische Großgeräte im Sinne des Art. 7 Abs. 3 dieser Vereinbarung sind von dieser Bestimmung ausgenommen,
6. ab 1. Jänner 1989 in allgemeinen Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt anerkannt sind, auf je 15 systemisierte Betten mindestens einen in Ausbildung zum praktischen Arzt stehenden Arzt beschäftigt (§ 105 Abs. 2 Ärztegesetz 1984, in der Fassung BGBl. Nr. 314/1987, sowie die auf dieser Grundlage erlassenen landesgesetzlichen Vorschriften).

(5) Im Falle der Neueröffnung von Krankenanstalten werden unter sinngemäßer Anwendung des Abs. 4 Ziffer 5 ab der Inbetriebnahme der Krankenanstalt Betriebs- und sonstige Zuschüsse zu leisten sein. Für die Bemessung der Zuschüsse werden bis zum Ende des Kalenderjahres, das dem Jahr der Inbetriebnahme folgt, die Daten vergleichbarer Krankenanstalten (Art. 21 Abs. 6) heranzuziehen sein.

(6) Die vom Fonds gewährten Zuschüsse werden direkt an die antragstellenden Träger der Krankenanstalten zu überweisen sein. Die zuständige Landesregierung wird von der Erledigung des Antrages in Kenntnis zu setzen sein.

(7) Die vom Fonds gemäß Art. 21 Abs. 3 dieser Vereinbarung zu gewährenden Zuschüsse werden monatlich vorschußweise zu leisten sein. Die vom Fonds gemäß Art. 21 Abs. 5 dieser Vereinbarung zu gewährenden Betriebszuschüsse werden auf Grund der Beschlüsse der Fondsversammlung und nach Maßgabe der dem Fonds zufließenden Mittel vorschußweise zu leisten sein. Die Zwischenabrechnung wird bis 30. April des auf die Antragstellung folgenden Jahres, die Endabrechnung nach Vorliegen des Bundesrechnungsabschlusses zu erfolgen haben.

## 550 der Beilagen

5

**Artikel 7****Investitionszuschüsse im Rahmen von Länderquoten**

(1) Investitionen sind Ausgaben für die Anschaffung oder Herstellung von Anlagegütern im Sinne des § 16 Abs. 1 der Krankenanstaltenkostenrechnungsverordnung.

(2) Den Trägern von Krankenanstalten werden — unbeschadet der Gewährung von Zuschüssen im Sinne des Art. 21 Abs. 3 dieser Vereinbarung — unter sinngemäßer Anwendung des Art. 6 Abs. 3, 4 und 6 und nach Maßgabe des Art. 21 Abs. 4 dieser Vereinbarung Investitionszuschüsse im Rahmen von Länderquoten gewährt werden können. Investitionszuschüsse für Neu-, Zu- und Umbauten in Krankenanstalten, welche eine Erweiterung des Umfangs oder des Zweckes zur Folge haben, und Investitionszuschüsse für medizinisch-technische Großgeräte, werden nur für die vom Fonds genehmigten Vorhaben gewährt werden können.

(3) Abs. 2 letzter Satz wird nicht gelten:

1. für Neu- und Zubauten in Krankenanstalten, für welche zum Stichtag 14. September 1982 von der zuständigen Landesregierung die Errichtungsbewilligung gemäß den einschlägigen landesgesetzlichen Vorschriften erteilt worden ist;
2. für Umbauten in Krankenanstalten, für welche zum Stichtag 31. Dezember 1987 von der zuständigen Landesregierung die Errichtungsbewilligung gemäß den einschlägigen landesgesetzlichen Vorschriften erteilt worden ist;
3. für medizinisch-technische Großgeräte in Krankenanstalten, sofern der Träger der Krankenanstalt dem Fonds deren betriebsbereite Aufstellung bis 30. Juni 1988 angezeigt, oder bei denen die Aufstellung nach den landesgesetzlichen Bestimmungen vor dem 1. Jänner 1988 begonnen wurde.

**Artikel 8****Richtlinien für die Planung, Errichtung, Ausstattung sowie den Betrieb von Krankenanstalten**

Der Fonds wird als Grundlage für die Gewährung von Zuschüssen im Sinne des Art. 21 dieser Vereinbarung Richtlinien (einschließlich Kennzahlen) insbesondere über die bauliche Ausgestaltung, apparative Ausstattung von Krankenanstalten, die Anschaffung und den Verbrauch von Medikamenten sowie den Personaleinsatz zu erlassen haben. Dabei wird auf eine möglichst rationelle Führung der Krankenanstalten und eine gleichmäßige medizinische Versorgung der Bevölkerung sowie auf gesundheitspolitische Schwerpunkte, wie sie im Österreichischen Krankenanstaltenplan festgelegt sind, Rücksicht zu nehmen sein. Die Richtlinien (einschließlich Kennzahlen) werden ferner Regelungen über die Aufteilung der Mittel gemäß

Art. 21 dieser Vereinbarung für Betriebs-, sonstige Zuschüsse und Investitionszuschüsse zu enthalten haben.

**Artikel 9****Kostenrechnung für Krankenanstalten**

Dem Fonds wird die Anpassung der Richtlinien für das von den Trägern von Krankenanstalten anzuwendende Buchführungssystem (Art. 6 Abs. 4 Ziffer 1) an den jeweils neuesten Stand der medizinischen, technischen und wirtschaftlichen Entwicklung obliegen.

**Artikel 10****Diagnosenerfassung für Krankenanstalten**

(1) Die Träger von Krankenanstalten werden nach der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), 9. Revision, in der Fassung der Vereinigung Schweizer Krankenhäuser (VESKA), ab 1. Jänner 1989 die Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Patienten zu erfassen haben. Die Klassifikation wird vom Bundeskanzler herauszugeben und dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft anzupassen sein.

(2) Die Träger von Krankenanstalten werden auf der Grundlage der im Abs. 1 genannten Klassifikation bis zum 31. März jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr dem Bundeskanzleramt in maschinenlesbarer Form einen Bericht über die Diagnosen der im Berichtsjahr aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten vorzulegen haben. Gleiches gilt für verstorbene oder in eine andere Krankenanstalt überstellte Patienten. Dieser Bericht wird erstmals bis zum 31. März 1990 für das Jahr 1989 vorzulegen sein.

(3) Der Bericht gemäß Abs. 2 wird für jeden stationär behandelten Patienten zu enthalten haben:

1. administrative Daten:
  - a) Krankenanstaltennummer,
  - b) Aufnahmезahl,
  - c) entlassende Abteilung,
  - d) Geburtsdatum,
  - e) Geschlecht,
  - f) Staatsbürgerschaft,
  - g) Postleitzahl des ordentlichen Wohnsitzes,
  - h) kostentragender Sozialversicherungsträger,
  - i) Aufnahmedatum,
  - j) Art der Aufnahme,
  - k) Entlassungsdatum,
  - l) Art der Entlassung,
2. medizinische Daten:
  - a) Hauptdiagnose,
  - b) bis zu neun zusätzliche Diagnosen,
  - c) Verlegungen innerhalb der Krankenanstalt,

d) ausgewählte medizinische Einzelleistungen.

(4) Der Fonds kann darüber hinaus zur Erarbeitung von umfassenden Grundlagen für die Finanzierung von Krankenanstalten die Vorlage von Berichten über die im Berichtsjahr in den Krankenanstalten ambulant behandelten Patienten auf der Grundlage von Richtlinien anfordern.

### **Artikel 11**

#### **Leistungsstatistik für Krankenanstalten**

(1) Der Fonds wird Richtlinien für ein einheitliches System der Leistungserfassung und Leistungsstatistik in den Krankenanstalten zu erlassen haben.

(2) Der Fonds wird aus den Ergebnissen der Kostenstellenrechnung und den Daten der Leistungstatistik in Abstimmung mit dem Österreichischen Krankenanstaltenplan Bewertungskriterien für die Ergebnisse der Kostenstellenrechnung festzulegen haben.

### **Artikel 12**

#### **Rationalisierungsvorschläge**

Der Fonds wird für einzelne Krankenanstalten auf Antrag des Trägers oder bei auffällig hohen Kosten je Pflegetag im Vergleich zu gleichartigen Krankenanstalten von sich aus Rationalisierungsvorschläge erstatten können.

### **Artikel 13**

#### **Genehmigung von Neu-, Zu- und Umbauten in Krankenanstalten**

(1) Der Fonds wird Neu-, Zu- und Umbauten in Krankenanstalten, welche eine Erweiterung des Umfangs oder des Zweckes zur Folge haben, deren Träger zuschußberechtigt sind, als Voraussetzung für die Gewährung von Investitionszuschüssen, Betriebs- und sonstigen Zuschüssen gemäß Art. 21 zu genehmigen haben. Diese Genehmigung ist zu erteilen, wenn das Bauvorhaben zur Sicherung einer gleichmäßigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung notwendig, im Österreichischen Krankenanstaltenplan vorgesehen und mit den Grundsätzen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit vereinbar ist.

(2) Als Grundlage für die Genehmigung im Sinne des Abs. 1 wird der Fonds Richtlinien zu erlassen haben.

(3) Die für die Erteilung der Errichtungsbewilligung geltenden landesgesetzlichen Bestimmungen werden unberührt bleiben.

(4) Bis zur endgültigen Beschlusffassung über den Österreichischen Krankenanstaltenplan durch die Fondsversammlung werden die Landes-Krankenanstaltenpläne heranzuziehen sein, sofern die

weiteren in Abs. 1 genannten Voraussetzungen für eine Genehmigung vorliegen.

### **Artikel 14**

#### **Genehmigung von medizinisch-technischen Großgeräten in Krankenanstalten**

(1) Der Fonds wird medizinisch-technische Großgeräte in Krankenanstalten, deren Träger zuschußberechtigt sind, als Voraussetzung für die Gewährung von Investitionszuschüssen, Betriebs- und sonstigen Zuschüssen gemäß Art. 21 für diese Geräte zu genehmigen haben.

(2) Medizinisch-technische Großgeräte im Sinne des Abs. 1 werden sein:

1. Diagnosegeräte:
  - a) Computer-Tomographen,
  - b) Emissions-Computer-Tomographen,
  - c) Kernspin-Tomographen,
  - d) Koronarangiographische Arbeitsplätze,
  - e) Digitale Subtraktions-Angiographiegeräte,
  - f) Positronen-Emissionstomograph,
2. Therapiegeräte:
  - a) Tele-Kobalt-Therapiegeräte,
  - b) Linearbeschleuniger,
  - c) Stoßwellenlithotripter,
  - d) Kreisbeschleuniger;
3. Weitere Diagnose- oder Therapiegeräte, die der Fonds durch Erlassung von Richtlinien gemäß Abs. 3 bestimmt.

(3) Als Grundlage für die Genehmigung im Sinne des Abs. 1 wird der Fonds Richtlinien (einschließlich Kriterien einer bundesweiten Bedarfs- und Standortplanung für medizinisch-technische Großgeräte) zu erlassen haben.

(4) Die für die Erteilung der Bewilligung geltenden landesgesetzlichen Bestimmungen werden unberührt bleiben.

### **Artikel 15**

#### **Mittel des Fonds**

Mittel des Fonds werden sein:

1. Beiträge des Bundes und der Länder;
2. — nach Maßgabe einer besonderen bundesgesetzlichen Regelung — Beiträge der Gemeinden;
3. Mittel der Träger der Krankenversicherung,
4. Vermögenserträge;
5. sonstige Mittel.

### **Artikel 16**

#### **Zusätzliche Mittel des Fonds**

Zusätzliche Mittel des Fonds werden sein:

1. zusätzliche Mittel der Träger der sozialen Krankenversicherung

## 550 der Beilagen

7

- a) im Jahre 1988 220 Millionen Schilling,
  - b) im Jahre 1989 220 Millionen Schilling,
  - c) im Jahre 1990 320 Millionen Schilling;
2. zusätzliche Mittel der Träger der Krankenversicherung auf Grund der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung gemäß Art. 1 Abs. 2 Z 2;
3. Vermögenserträge der Mittel gemäß Z 1 und 2.

**Artikel 17****Beiträge des Bundes und der Länder an den Fonds**(1) **Beiträge des Bundes:**

1. Der Bund leistet an den Fonds jährlich einen Beitrag in der Höhe von 1,416% des gesamten Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr;
2. der Bund leistet jährlich 250 Millionen Schilling an den Fonds;
3. der Bund leistet jährlich 80 Millionen Schilling an den Fonds zum Ausgleich der Anrechnungsbestimmungen im Sinne des Art. 28 Abs. 2.

(2) **Beiträge der Länder:**

Die Länder leisten an den Fonds jährlich einen Beitrag in der Höhe von 0,678% des gesamten Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr.

(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 1988 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 Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben jeweils zu Lasten des Bundes und der Länder vom Bund an den Fonds zu überweisen.

(4) Die Beiträge des Bundes gemäß Abs. 1 Z 2 und 3 werden in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils zum Ende eines jeden Kalenderviertels an den Fonds zu überweisen sein.

(5) Die von den Vertragsparteien an den Fonds zu leistenden Beiträge gemäß Abs. 1 Z 1 und Abs. 2 sind als Vorschüsse 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 FAG 1985 oder der an die Stelle dieser Bestimmung tretenden Norm in der jeweils geltenden Fassung zu erfolgen. Dabei entstehende Übergewinne oder Guthaben des Fonds sind auszugleichen.

**Artikel 18****Mittel der Träger der sozialen Krankenversicherung**

(1) Dem Fonds werden die gemäß § 447 f ASVG für die Neuregelung der Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung an der Finanzierung der Krankenanstalten im Sinne des Art. 1 Abs. 1 vorbehaltenen Mittel zufließen. Diese Mittel werden von dem beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger errichteten Ausgleichsfonds der Träger der sozialen Krankenversicherung zum Ende eines jeden Kalenderviertels vorschußweise an den Fonds entrichtet werden. Überweisungen bis längstens 7. April, 7. Juli, 7. Oktober und 7. Jänner des folgenden Geschäftsjahres werden fristgerecht erfolgt sein. Die endgültige Abrechnung wird bis 31. Oktober des folgenden Geschäftsjahres zu erfolgen haben.

(2) Die Träger der sozialen Krankenversicherung werden weiters jährlich 1 160 Millionen Schilling an den Fonds leisten. Diese Mittel werden in vier gleich hohen Teilbeträgen zu den in Abs. 1 festgelegten Zahlungsterminen an den Fonds zu überweisen sein.

**Artikel 19****Zusätzliche Mittel der Träger der Krankenversicherung**

(1) Die Träger der sozialen Krankenversicherung werden zusätzlich zu den Mitteln gemäß Art. 18 im Jahre 1988 220 Millionen Schilling, im Jahre 1989 220 Millionen Schilling und im Jahre 1990 320 Millionen Schilling an den Fonds leisten. Diese Mittel werden im Jahre 1988 am 1. Oktober 1988, im Jahre 1989 am 1. Juli 1989 und im Jahre 1990 am 1. Juli 1990 an den Fonds zu überweisen sein.

(2) Die Träger der Krankenversicherung werden weitere zusätzliche Mittel an den Fonds leisten, die dem Fonds auf Grund der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung gemäß Art. 1 Abs. 2 Z 2 vorbehalten sind. Diese Mittel werden in annähernd gleich hohen Teilbeträgen zu den in Art. 18 Abs. 1 festgelegten Zahlungsterminen vorschußweise an den Fonds entrichtet werden. Die endgültige Abrechnung wird bis 31. Oktober des folgenden Geschäftsjahres zu erfolgen haben.

**Artikel 20****Errechnung von Länderquoten**

(1) Von den Gesamtmitteln des Fonds werden vor der Bildung von Länderquoten zunächst im Jahre 1988 40 Millionen Schilling bzw. in den Jah-

ren 1989 und 1990 jeweils 80 Millionen Schilling abgezogen. Davon werden im Jahre 1988 jeweils 5 Millionen Schilling bzw. in den Jahren 1989 und 1990 jeweils 10 Millionen Schilling den Ländern Salzburg und Tirol als Finanzierungsbeiträge zur Abgeltung ihrer überregionalen Leistungen zugeteilt. Im Jahre 1988 werden die restlichen 30 Millionen Schilling bzw. in den Jahren 1989 und 1990 werden jeweils die restlichen 60 Millionen Schilling den Ländern Oberösterreich im Ausmaß von 48,29%, Steiermark im Ausmaß von 45,19%, Tirol im Ausmaß von 4,08% und Vorarlberg im Ausmaß von 2,44% zum teilweisen Ausgleich des Unterschiedes zwischen dem Anteil ihrer Volkszahl 1981 an der Gesamtbevölkerungszahl und dem Ausmaß ihrer Landesquote gemäß Abs. 3 zugeteilt.

(2) Weiters werden von den Gesamtmitteln des Fonds innerhalb der Länderquoten im Jahre 1988 100 Millionen Schilling für die Investitionsfinanzierung medizinisch-technischer Großgeräte und — davon ein Höchstbetrag von 5 Millionen Schilling — für die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und für Grundlagenarbeit des Fonds zur Verfügung zu stellen sein. In den Jahren 1989 und 1990 werden jährlich 200 Millionen Schilling für die Investitionsfinanzierung medizinisch-technischer Großgeräte und — davon ein Höchstbetrag von 10 Millionen Schilling jährlich — für die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und Grundlagenarbeit des Fonds zur Verfügung zu stellen sein. Sollten die Mittel in einem Rechnungsjahr nicht ausgeschöpft werden, so sind sie dem jeweiligen Land für den Teilbetrag 2 zuzuteilen. Der Fonds wird über die Verteilung der Mittel für die Investitionsfinanzierung medizinisch-technischer Großgeräte auf die Träger von Krankenanstalten auf der Grundlage von Richtlinien zu entscheiden haben, wobei die Höhe des Investitionszuschusses für medizinisch-technische Großgeräte im Einzelfall 70% der Anschaffungskosten nicht übersteigen wird. Die Gewährung von Investitionszuschüssen für medizinisch-technische Großgeräte wird ausgeschlossen sein, wenn der Fonds dafür einen Investitionszuschuß gemäß Art. 21 Abs. 4 leistet.

(3) Von dem daraufhin verbleibenden Betrag werden im Ausmaß der nachfolgend angeführten Prozentsätze Länderquoten zu bilden sein:

Burgenland .....	2,951%
Kärnten .....	7,468%
Niederösterreich .....	15,813%
Oberösterreich .....	13,838%
Salzburg .....	6,171%
Steiermark .....	12,925%
Tirol .....	7,524%
Vorarlberg .....	3,888%
Wien .....	29,422%
	100,000%

### Artikel 21

#### Bemessung der Betriebs- und sonstigen Zuschüsse sowie der Investitionszuschüsse im Rahmen der Länderquoten

(1) Innerhalb der gemäß Art. 20 Abs. 3 gebildeten Länderquoten wird das jeweilige Land nach Abzug der Mittel für die Investitionsfinanzierung medizinisch-technischer Großgeräte und von allgemeinen Planungskonzepten und Grundlagenarbeit des Fonds (Art. 20 Abs. 2) zwischen 75% und 90% der verfügbaren Mittel für die Krankenanstaltenfinanzierung zur Anweisung an die Träger von Krankenanstalten vorzusehen haben. Es sind jedoch für diesen Zweck zumindest Mittel im Ausmaß des Jahres 1987 zur Verfügung zu stellen. Zwischen 10% und 25% der nach Abzug der Mittel für die Investitionsfinanzierung medizinisch-technischer Großgeräte und von allgemeinen Planungskonzepten und Grundlagenarbeit des Fonds (Art. 20 Abs. 2) verbleibenden jeweiligen Landesquoten werden als Mittel für die Finanzierung von strukturverbessernden Maßnahmen zur Anweisung an die Länder bestimmt sein.

(2) Die im Rahmen der jeweiligen Landesquote für die Finanzierung der Träger von Krankenanstalten jährlich zur Verfügung stehenden Mittel werden in zwei Teilbeträge zu 60% (Teilbetrag 1) bzw. 40% (Teilbetrag 2) aufgeteilt werden. An den Fonds geleistete Vermögenserträge mit Ausnahme jener für die zusätzlichen Mittel gemäß Art. 16 werden im Ausmaß der jeweiligen Landesquote dem Teilbetrag 2 zuzuschlagen sein. An den Fonds geleistete Vermögenserträge der zusätzlichen Mittel gemäß Art. 16 werden im Ausmaß der jeweiligen Landesquote den Mitteln für Strukturreformen zuzuschlagen sein.

(3) 90% des Teilbetrages 1 werden derart auf die Träger der Krankenanstalten verteilt werden, daß die dem einzelnen Träger gemäß den §§ 57 und 59 des Krankenanstaltengesetzes zu gewährenden Zweckzuschüssen in jenem Verhältnis aufgestockt werden, das sich aus dem Gesamtbetrag an Zweckzuschüssen gemäß den §§ 57 und 59 KAG zu 90% des Teilbetrages 1 ergibt. 10% des Teilbetrages 1 werden im Verhältnis der Pflegetage in diesen Krankenanstalten auf diese Träger verteilt werden.

(4) Der Teilbetrag 2 wird nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen aufzuteilen sein:

1. Innerhalb der Länderquoten wird der Fonds nach Maßgabe der Ländervorschläge über die Höhe und über die Verteilung der Landesinvestitionsquoten auf die Träger von Krankenanstalten zu entscheiden haben.
2. Die Höhe des Investitionszuschusses soll im Einzelfall 40% der Gesamtkosten des Investitionsvorhabens nicht übersteigen. Bei Vorliegen besonderer gesundheitspolitischer Erfordernisse werden ausnahmsweise auch höhere

## 550 der Beilagen

9

Investitionszuschüsse gewährt werden können.

(5) Nach Abzug der entsprechenden Landesinvestitionsquote wird der restliche Teilbetrag 2 nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen auf die Träger von Krankenanstalten aufzuteilen sein:

1. 20% der Mittel sind für die Finanzierung der Ambulanzeleistungen, gewichtet nach der Versorgungsstufe der Krankenanstalt, bestimmt.
2. 30% der Mittel sind für die Finanzierung der Leistungen nach der Zahl der verrechneten Pflegefälle, gewichtet nach der Versorgungsstufe der Krankenanstalt, bestimmt.
3. 30% der Mittel sind für die Finanzierung der Leistungen nach Pflegefällen (stationäre Aufnahmen), gewichtet nach der Versorgungsstufe der Krankenanstalt, bestimmt.
4. 10% der Mittel sind für die Finanzierung der Ausbildung von Ärzten, Krankenpflegeschüler(inne)n und Schüler(inne)n medizinisch-technischer Schulen bestimmt. Diese Mittel sind im Verhältnis der Zahl der in den Krankenanstalten in Ausbildung befindlichen Personen zu verteilen. Für Ärzte ist ein Gewichtungsfaktor von 1,0, für Krankenpflegeschüler(innen) und Schüler(innen) des medizinisch-technischen Fachdienstes ein Gewichtungsfaktor von 0,5 und für Schüler(innen) des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes ein Gewichtungsfaktor von 0,7 anzusetzen.
5. 10% der Mittel sind für die Finanzierung ausgewählter Leistungen der Spitzenversorgung bestimmt. Die Verteilung dieser Mittel hat auf die Krankenanstalten im Verhältnis der Leistungspunkte zu erfolgen. Diese Leistungspunkte sind nach einem Leistungskatalog, in welchem ausgewählte Leistungen unterschiedlich bewertet werden, pro erbrachter Leistung zu vergeben.

(6) Den Berechnungen im Sinne der Abs. 3, 4 und 5 werden — sofern es sich nicht um die Gewährung von Investitionszuschüssen handelt — die Daten des jeweils zweitvorangegangenen Jahres zugrunde zu legen sein.

(7) Als Grundlage für die Bemessung der Betriebs- und sonstigen Zuschüsse sowie der Investitionszuschüsse wird der Fonds Richtlinien zu erlassen haben.

## Artikel 22

### Organisation des Fonds

(1) Organ des Fonds wird die Fondsversammlung sein. Die Fondsversammlung wird beim Bundeskanzleramt eingerichtet werden. Die Beistellung der sachlichen und personellen Erfordernisse sowie die Führung der Geschäfte der Fondsversammlung wird dem Bundeskanzleramt obliegen.

(2) Die Fondsversammlung wird aus 20 Mitgliedern bestehen, die nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen zu bestellen sein werden:

1. fünf Mitglieder wird die Bundesregierung bestellen;
2. je ein Mitglied werden die Landesregierungen bestellen;
3. zwei Mitglieder werden vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu bestellen sein;
4. je ein Mitglied wird vom Österreichischen Städtebund, vom Österreichischen Gemeindebund, von der Österreichischen Bischofskonferenz gemeinsam mit dem Evangelischen Oberkirchenrat sowie von der Sektion Krankenversicherung im Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs zu bestellen sein.
5. Für jedes der so bestellten stimmberechtigten Mitglieder der Fondsversammlung wird ein ständiges, stimmberechtigtes Ersatzmitglied bestellt werden können.

(3) Mitglied der Fondsversammlung wird nur sein können, wer zum Nationalrat wählbar ist.

(4) Ist die Bestellung von Mitgliedern der Fondsversammlung erforderlich, so wird das Bundeskanzleramt die gemäß Abs. 2 in Betracht kommenden Rechtsträger oder Organe schriftlich zur Namhaftmachung aufzufordern haben. Machen die zur Bestellung von Mitgliedern der Fondsversammlung berechtigten Rechtsträger und Organe von diesem Recht keinen Gebrauch und bestellen keine Mitglieder, so werden die nichtbestellten Mitglieder bei der Feststellung der Beschlussfähigkeit der Fondsversammlung außer Betracht bleiben.

(5) Den Vorsitz in der Fondsversammlung wird der Bundeskanzler führen.

(6) Die Fondsversammlung wird sich ihre Geschäftsordnung selbst geben.

(7) Die von der Bundesregierung bestellten Mitglieder der Fondsversammlung werden — unbeschadet des Abs. 9 — über je zwei Stimmen, die übrigen Mitglieder werden — mit Ausnahme des von der Sektion Krankenversicherung im Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs bestellten Mitgliedes der Fondsversammlung, das als beratendes Mitglied nicht stimmberechtigt sein wird — über je eine Stimme verfügen.

(8) Die Beschlüsse der Fondsversammlung werden — mit Ausnahme der Entscheidung über die Verteilung des Teilbetrages 1 im Einzelfall — einstimmig gefasst werden. Kommt ein einstimmiger Beschluß nicht zustande, so hat der Vorsitzende der Fondsversammlung zu versuchen, einen einstimmigen Beschluß über einzelne Punkte, über eine Vertagung oder über die sonstige weitere Vorgehensweise herbeizuführen. Kommt auch darüber

kein einstimmiger Beschuß zustande, so wird wie folgt vorzugehen sein:

1. jedes Mitglied der Fondsversammlung wird einen Schlichtungsausschuß, der aus dem Bundeskanzler, dem Vorsitzenden der Landeshauptmännerkonferenz und einem weiteren von der Landeshauptmännerkonferenz zu bestimmenden Landeshauptmann besteht, um Vermittlung ersuchen können; der Schlichtungsausschuß wird binnen drei Monaten nach der erstmaligen Beschußfassung im Fonds zumindest eine Sitzung abhalten;
2. kommt binnen drei Monaten nach der erstmaligen Beschußfassung im Fonds ein einstimmiger Beschuß nicht zustande, so wird die Fondsversammlung mit einfacher Mehrheit der Stimmen entscheiden;
3. kommt eine solche Mehrheit nicht zustande, so wird die Stimme des Vorsitzenden entscheiden.

(9) Entscheidungen der Fondsversammlung über die Verteilung des Teilbetrages 1 im Einzelfall werden mit einfacher Mehrheit der Stimmen gefaßt werden. Die von der Bundesregierung bestellten Mitglieder der Fondsversammlung werden in diesem Fall nur über eine Stimme verfügen.

### **Artikel 23**

#### **Berichterstattung**

Der Fonds wird gegenüber jenen Rechtsträgern und Organen, die zur Bestellung von Mitgliedern der Fondsversammlung berechtigt sind, jährlich Bericht über seine Tätigkeit zu erstatten haben.

### **Artikel 24**

#### **Kundmachung der Richtlinien**

Der Fonds wird Richtlinien, die er im Sinne dieser Vereinbarung erlassen hat, in zweckentsprechender Weise kundzumachen haben.

### **Artikel 25**

#### **Kontrolle durch den Rechnungshof**

Die Gebarung des Fonds wird der Kontrolle durch den Rechnungshof unterliegen.

### **Artikel 26**

#### **Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds**

(1) Die Länder leisten an den Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds jährlich einen Beitrag in der Höhe von 0,271% des gesamten Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr.

(2) Art. 17 Abs. 3 und Abs. 5 ist sinngemäß anzuwenden.

(3) Nach Maßgabe einer besonderen bundesgesetzlichen Regelung werden die Gemeinden zu Leistungen an den Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds veranlaßt werden.

### **Artikel 27**

#### **Befreiung von Gebühren und Abgaben**

(1) Der Fonds wird von allen bundesrechtlich geregelten Abgaben befreit werden.

(2) Die vom Fonds in unmittelbarer Erfüllung seiner Aufgaben ausgestellten Schriften und die von ihm abgeschlossenen Rechtsgeschäfte werden von den Stempel- und Rechtsgebühren befreit werden.

(3) Die finanziellen Leistungen des Fonds an die Träger der Krankenanstalten werden weder der Umsatzsteuer noch den Steuern vom Einkommen und Vermögen unterliegen.

(4) Die Kostenbeiträge von Patienten im Sinne des Art. 1 Abs. 2 Z 8 werden keine Entgelte im Sinne des Umsatzsteuergesetzes 1972 darstellen.

### **Artikel 28**

#### **Sozialversicherungsrechtliche Regelungen**

(1) Die für die Sozialversicherungsträger geltenden Pflegegebührenersätze werden mit jedem 1. Jänner erhöht werden, und zwar im prozentuellen Ausmaß der Erhöhung der Beitragseinnahmen aller Krankenversicherungsträger vom Vorjahr auf das laufende Jahr; die jeweils neu berechneten Pflegegebührenersätze werden auf volle Schilling gerundet werden.

(2) Von den Beitragseinnahmen eines Kalenderjahres wird vor der Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses zunächst jener Betrag abgezogen werden, den die Krankenversicherungsträger gemäß § 447 f ASVG sowie gemäß Art. 16 Z 2 dieser Vereinbarung zur Finanzierung der Krankenanstalten gesondert bereitstellen werden. Ferner werden bei der Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses nach Abs. 1 jene Beitragseinnahmen außer Betracht bleiben, die sich ab 1. Jänner 1988 aus weiteren Änderungen des Beitragsrechtes ergeben, sofern der daraus erfließende Ertrag gesetzlich zweckgebunden ist.

(3) Die Beitragseinnahmen des laufenden Kalenderjahres aller dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger werden den Beitragseinnahmen des zuletzt vorangegangenen Kalenderjahres, unter Berücksichtigung des Abs. 2, gegenübergestellt werden. Als Beitragseinnahmen werden alle Beiträge für Pflichtversicherte und für freiwillig Versicherte gelten, die nach den Weisungen des Bundesministers für Arbeit und Soziales über die Rechnungslegung als Beitragseinnahmen in Betracht kommen, in der Krankenversicherung der Bauern einschließlich des Bundesbeitrages; maßgebend werden die in den Erfolgsrechnungen der

## 550 der Beilagen

11

Krankenversicherungsträger ausgewiesenen Beträge sein. Der vom Hauptverband auf zwei Dezimalstellen errechnete Erhöhungsprozentsatz wird der Zustimmung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales bedürfen.

(4) Der Hauptverband wird jeweils spätestens bis 15. Dezember für das nächstfolgende Kalenderjahr einen provisorischen Hundertsatz zu errechnen haben, der nach Zustimmung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales für die Erhöhung der Pflegegebührensätze ab dem nachfolgenden 1. Jänner maßgeblich ist; die neuen Pflegegebührensätze werden auf volle Schilling gerundet werden. Den Trägern der Krankenanstalten werden die erhöhten Pflegegebührensätze so rechtzeitig bekanntgegeben werden, daß sie ab 1. Jänner der Verrechnung zugrunde gelegt werden können.

(5) Weicht der provisorische Hundertsatz vom endgültigen Hundertsatz ab, so wird sich für die Krankenversicherungsträger entweder eine Verpflichtung zur Nachzahlung oder der Anspruch auf ein Guthaben ergeben. Der finanzielle Ausgleich wird durch Nachzahlung oder Gutschrift im laufenden Jahr herbeigeführt werden. Bei der Erhöhung der Pflegegebührensätze ab dem nächsten 1. Jänner werden sodann für das Vorjahr fiktiv jene Pflegegebührensätze errechnet werden, die sich bei Anwendung des endgültigen Hundertsatzes ergeben hätten. Diese fiktiven Pflegegebührensätze werden sodann mit dem in Betracht kommenden provisorischen Hundertsatz erhöht werden.

(6) Wenn in einem Finanzjahr die Zahl der Pflegetage aller Krankenanstalten im Sinne des Art. 1 Abs. 1 unter jene des Jahres 1987 sinkt, wird der Hauptverband der Sozialversicherungsträger den Trägern der Krankenanstalten, bei denen ein solches Sinken der Zahl der Pflegetage eingetreten ist, eine Jahresausgleichszahlung in der Höhe der Differenz zwischen den tatsächlich verrechneten Pflegetagen und der Zahl der Pflegetage des Jahres 1987 leisten. Die Aufteilung dieser Jahresausgleichszahlung wird auf die Träger dieser Anstalten im Verhältnis ihrer Pflegetageverminderung und entsprechend den für sie gültigen Pflegegebührensätzen erfolgen. Die Abwicklung dieser Jahresausgleichszahlung wird durch die Geschäftsstelle des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds zu erfolgen haben, und zwar auch für das Jahr vor dem Außerkrafttreten dieser Vereinbarung. Eine Erhöhung der Zahl der Pflegetage, die auf Grund von nach dem 31. Dezember 1984 ohne einen einhellenigen Beschuß der Fondsversammlung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds herbeigeführten Erhöhung der Zahl der systemisierten Betten entsteht, wird unberücksichtigt bleiben.

(7) Alle von den Krankenversicherungsträgern und vom Hauptverband zur Durchführung der gegenständlichen Regelung erstellten Unterlagen und Berechnungen werden der Überprüfung durch

den Bundesminister für Arbeit und Soziales unterliegen.

(8) Für die Dauer der Geltung dieser Vereinbarung werden die grundsatzgesetzlichen Bestimmungen des § 28 Abs. 8 des Krankenanstaltengesetzes und die entsprechenden Landesausführungsgesetze dahin gehend geändert, daß die eingerichteten Schiedskommissionen an die mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales festgesetzten Erhöhungssätze gemäß Abs. 1 bis 5 gebunden sind.

(9) Mit 1. Juli 1988 wird die Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung für Versicherte nach dem ASVG, GSVG und BSVG auf den Betrag der Höchstbeitragsgrundlage in der Pensionsversicherung nach diesen Bundesgesetzen angehoben; die Höchstbeitragsgrundlage für Erwerbstätige, die nach dem B-KUVG oder bei einer Krankenfürsorgeeinrichtung der Länder oder Gemeinden versichert sind, wird auf den Betrag der Höchstbeitragsgrundlage in der Pensionsversicherung nach dem ASVG angehoben. Die während der Dauer dieser Vereinbarung daraus erfließenden zusätzlichen Beiträge für Erwerbstätige sind über den beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eingerichteten Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger (§ 447 f ASVG) an den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds zu überweisen. Die entsprechenden Datenerfassungen und Berechnungen sind vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Soziales vorzunehmen. Die Vertragsparteien werden das Recht haben, diese Berechnungen auf Grund der zugrunde gelegten Daten zu prüfen. Die Vertragsparteien kommen überein, daß sowohl in den Sozialversicherungsgesetzen des Bundes als auch in den Rechtsvorschriften über die Krankenversicherung der Landes- und Gemeindebediensteten Rechtsgrundlagen geschaffen oder aufrechterhalten werden, auf Grund deren die Krankenversicherungsträger und Krankenfürsorgeeinrichtungen in die Lage versetzt werden, die entsprechenden Daten von den Dienstgebern einzufordern und an den Hauptverband weiterzugeben. Jene Krankenfürsorgeanstalten, in deren Beitragsrecht keine Höchstbeitragsgrundlage vorgesehen ist bzw. bei denen die vorgesehene Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage zu keinen Mehreinnahmen führt, werden keinen Beitrag zum Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds leisten.

(10) Der Bund wird dafür Sorge tragen, daß österreichische Krankenversicherungsträger, denen auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen über Soziale Sicherheit Personen zur Betreuung zugewiesen werden, den zur Kostenerstattung verpflichteten ausländischen Versicherungsträgern neben den Pflegegebührensätzen auch noch diejenigen Kosten der Anstaltpflege in Rechnung stellen und an den Träger der in Anspruch genommene

nen Krankenanstalt weiterleiten werden, die aus der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenversicherungsträger über die finanzielle Beteiligung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds entstehen.

#### **Artikel 29**

##### **Inkrafttreten**

Diese Vereinbarung tritt nach Einlangen der Mitteilungen aller Vertragsparteien beim Bundeskanzleramt, daß die nach der Bundesverfassung bzw. nach den Landesverfassungen erforderlichen Voraussetzungen für das Inkrafttreten erfüllt sind, mit 1. Jänner 1988 in Kraft.

#### **Artikel 30**

##### **Durchführung der Vereinbarung**

Die zur Durchführung dieser Vereinbarung notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen sind mit 1. Jänner 1988 in Kraft zu setzen.

#### **Artikel 31**

##### **Geltungsdauer und Kündigungsverzicht**

(1) Diese Vereinbarung wird für die Jahre 1988, 1989 und 1990 geschlossen. Die Vertragsparteien verzichten für diesen Zeitraum auf ihr Recht, die Vereinbarung zu kündigen.

(2) Die Geltungsdauer des Art. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Wasserwirtschaftsfonds, BGBl. Nr. 214/1985, erstreckt sich auf die Jahre 1985 bis einschließlich 1992.

(3) Die in Durchführung dieser Vereinbarung ergehenden Bundes- und Landesgesetze werden mit Außerkrafttreten dieser Vereinbarung auch außer Kraft treten. Mit Außerkrafttreten dieser Vereinbarung werden die am 31. Dezember 1977 in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften, soweit sie in Durchführung dieser Vereinbarung geändert wurden, wieder in Kraft gesetzt werden.

(4) Die Vertragsparteien kommen überein, daß die vorläufige Dotierung des Fonds durch die Institutionen im Sinne des Art. 15 und die Überweisung der Betriebs- und sonstigen Zuschüsse für den Zeitraum zwischen dem geplanten Inkrafttreten der Vereinbarung mit 1. Jänner 1988 und dem Zeitpunkt der Kundmachung der Vereinbarung unverändert so wie im Jahre 1987 fortgesetzt wird und daß eine neue Abrechnung auf Grund dieser Vereinbarung nach Kundmachung und Inkrafttreten der Vereinbarung durchgeführt wird.

#### **Artikel 32**

##### **Mitteilungen**

Das Bundeskanzleramt hat die Vertragsparteien über Erklärungen nach Art. 29 unverzüglich in Kenntnis zu setzen.

#### **Artikel 33**

##### **Kommission zur Vorbereitung der Strukturänderungen im österreichischen Krankenanstaltenwesen**

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, daß mit Beginn des Jahres 1988 beim Bundeskanzleramt eine Kommission zur Vorbereitung der Strukturänderungen im österreichischen Krankenanstaltenwesen eingerichtet wird.

(2) Dieser Kommission werden angehören:

1. der Bundeskanzler als Vorsitzender;
2. der Bundesminister für Finanzen;
3. die Landesfinanzreferentenkonferenz;
4. der Präsident des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger,

die im Abstimmungsverfahren über je eine Stimme verfügen werden. Alle Beschlüsse dieser Kommission werden einstimmig zu fassen sein.

(3) Diese Kommission wird binnen vier Wochen über Anträge, die von der Geschäftsstelle des Fonds erstattet werden, zu entscheiden haben. Die Geschäftsstelle des Fonds wird der Kommission zumindest einmal pro Halbjahr über alle Maßnahmen, die zur Vorbereitung der Strukturänderungen gesetzt wurden, sowie über den Fortschritt der Arbeiten zur Einführung des neuen Finanzierungssystems zu berichten haben.

#### **Artikel 34**

##### **Gemeinsamer Arbeitskreis des Bundes und der Länder**

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, daß mit Beginn des Jahres 1988 beim Bundeskanzleramt ein gemeinsamer Arbeitskreis für Krankenanstaltenfinanzierung und -strukturreformen eingerichtet wird. Dieser Arbeitskreis wird Vorschläge für weiterführende Konzepte zu erarbeiten haben, wobei der Inhalt dieser Vereinbarung keine verbindliche Grundlage für die zu erarbeitenden Konzepte sein wird; er wird auch bei der Erarbeitung von Richtlinien des Fonds mitzuwirken haben.

(2) Diesem Arbeitskreis werden der Leiter der Geschäftsstelle des Fonds, zwei weitere Vertreter des Bundes, ein Vertreter des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, je ein Vertreter eines jeden Landes, des Städtebundes, des Gemeindebundes, der Österreichischen Bischofskonferenz gemeinsam mit dem Evangelischen Oberkirchenrat, der Sektion Krankenversicherung im Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, der Österreichischen Ärztekammer sowie des Österreichischen Arbeiterkammertages anzugehören haben.

(3) Den Vorsitz des Arbeitskreises wird der Leiter der Geschäftsstelle des Fonds zu führen haben.

(4) Bei der Besorgung seiner Aufgaben wird sich der Arbeitskreis der Geschäftsstelle des Fonds zu bedienen haben.

**550 der Beilagen**

13

**Artikel 35**

(1) Die Länder verpflichten sich, für die Jahre 1988, 1989 und 1990 keine über diese Vereinbarung hinausgehenden finanziellen Forderungen betreffend den stationären Bereich der Krankenanstalten im Sinne des Art. 1 Abs. 1 Ziffer 1 an den Bund oder die Träger der sozialen Krankenversicherung zu stellen.

(2) Forderungen von Trägern der im Art. 1 Abs. 1 dieser Vereinbarung genannten Krankenanstalten an den Bund, die den klinischen Mehrauf-

wand im Sinne des Art. 1 Abs. 3 betreffen, sind von dieser Bestimmung nicht erfaßt.

**Artikel 36**

Diese Vereinbarung wird in einer Urschrift ausgefertigt. Die Urschrift wird beim Bundeskanzleramt hinterlegt. Dieses hat allen Vertragsparteien und allen zur Bestellung von Mitgliedern der Fondsversammlung berechtigten Rechtsträgern und Organen beglaubigte Abschriften der Vereinbarung zu übermitteln.

**VORBLATT****Problem:**

Langfristige Sicherstellung der Krankenanstaltenfinanzierung, Abbau des Abgangsdeckungssystems, Entlastung des Akutbereiches der Krankenanstalten und Vorbereitung der Einführung sowie der Umstellung auf ein neues, leistungsbezogenes Finanzierungssystem ab 1. Juli 1990.

**Lösung:**

Abschluß einer Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG zwischen dem Bünd und den Ländern für eine Laufzeit von drei Jahren, 1988 bis 1990, zur Einrichtung eines zentralen Finanzierungsinstrumentes und zur Verstärkung der dringend notwendigen Steuerungsinstrumentarien, des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, dem die Vertreter aller Finanzierungspartner und der konfessionellen Krankenanstalten als stimmberechtigte Mitglieder angehören. Die private Krankenversicherung wird als beratendes Mitglied ohne Stimmrecht vertreten sein.

Den Trägern von Krankenanstalten sollen in den Jahren 1988, 1989 und 1990 mehr finanzielle Mittel als bisher zur Verfügung gestellt werden, die betriebswirtschaftlichen Entscheidungsinstrumentarien in den Anstalten sollen verbessert werden, die Leistungserfassung soll allgemein weiter ausgebaut werden, strukturändernde Reformmaßnahmen sollen in allen Bereichen der Akutversorgung mit dem Ziel gesetzt werden, die Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit Krankenhausleistungen soll auf gleich hohem Standard wie bisher weiterhin gesichert werden und durch regionale Reformschritte die im Einvernehmen mit allen beteiligten Institutionen zu finanzieren sein werden, die derzeitigen Diskrepanzen zwischen dem Angebot und dem Bedarf an Akutbetten beseitigt werden.

Durch die vom Bund und sozialer Krankenversicherung bereitgestellten zusätzlichen Finanzierungsmittel sollen der Übergang auf ein leistungsbezogenes Finanzierungssystem auf Grundlage der codierten Entlassungsdiagnosen vorbereitet und die Träger der sozialen Krankenversicherung langfristig in die Lage gesetzt werden, bei Wahrung der Beitragsstabilität die Versorgung mit Krankenhausleistungen für die österreichische Bevölkerung zu finanzieren.

Als wesentliche Maßnahmen zur Strukturverbesserung sind der Abbau von 2 600 Akutbetten, die Finanzierung alternativer Versorgungseinrichtungen, die Codierung der Entlassungsdiagnosen, ein Großgerätepool im Rahmen der Länderquoten und die Schaffung der legitimen Voraussetzungen für regionale Modellversuche zur Erprobung integrierter Versorgungssysteme anzusehen.

**Alternativen:**

Rückfall in das Abgangsdeckungssystem gemäß den §§ 57 und 59 KAG, totaler Verzicht auf eine leistungsbezogene Finanzierung der Krankenanstalten mit allen negativen Auswirkungen aus volkswirtschaftlicher Sicht, Entfall der vom Bundesminister für Gesundheit und öffentlicher Dienst in Aussicht genommenen Strukturreformmaßnahmen und damit zwangsläufig verbunden, die Infragestellung der langfristigen Sicherung der Finanzierung der österreichischen Krankenanstalten.

**Kosten:**

Zusätzliche Leistungen des Bundes an den Fonds in Höhe von 80 Millionen Schilling pro Jahr der Laufzeit zum Ausgleich der Anrechnungsbestimmungen der Mittel der sozialen Krankenversicherung.

Darüber hinaus wird der Bund die Nachzahlung von Zweckzuschüssen gemäß §§ 57 und 59 KAG in einer Maximalhöhe von 800 Millionen Schilling in acht Jahresraten beginnend im Jahre 1985, an die Träger anspruchsberechtigter Krankenanstalten leisten. Die Raten für die Jahre 1985 bis 1988 wurden bereits den Trägern überwiesen.

## Erläuterungen

### Allgemeines

Seit dem Jahre 1978 schließen der Bund und die Länder als Vertragspartner Vereinbarungen gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Wasserwirtschaftsfonds, jetzt Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds.

Wesentlicher Zweck dieser Vereinbarungen ist es, den Trägern der zuschußberechtigten österreichischen Krankenanstalten mehr finanzielle Mittel zum Ausgleich der laufend steigenden Kosten im medizinischen Akutbereich der Krankenanstalten und den Einnahmen aus Pflegegebührenersätzen zur Verfügung zu stellen, damit einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung einer auf hohem Standard befindlichen Krankenhausversorgung zu leisten, die Strukturen im Akutbereich des Krankenhauses zu ändern, das heißt insbesondere, die vorhandenen Kapazitäten dem tatsächlichen Bedarf anzupassen, das Krankenhaus aus einer neuen Sicht zu sehen, das heißt, das Krankenhaus als Spitze der Versorgungspyramide zu sehen, die nur dann in Anspruch genommen werden sollte, wenn alle Möglichkeiten, den medizinischen Bedürfnissen des Patienten entsprechend, vor bzw. nach dem Krankenhaus ausgeschöpft sind und im wirtschaftlichen Bereich der Krankenanstalten, modernen betriebswirtschaftlichen Methoden als innerbetriebliche Entscheidungsinstrumentarien zum Durchbruch zu verhelfen.

Das Ziel, Strukturänderungen zu bewirken, insbesondere einen Übergang vom Abgangsdeckungssystem zu einem leistungsbezogenen Finanzierungssystem zu finden, kann nur mit Hilfe eines zentralen Finanzierungs- und Steuerungsinstrumentariums realisiert werden, dem mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestatteten Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, dem die Vertreter aller Finanzierungspartner und der konfessionellen Krankenanstalten Österreichs angehören.

Der Fonds konnte seit dem Jahre 1978 zwar im Bereich der Finanzierung und Mittelverteilung seine Aufgaben erfüllen und durch die monatliche Anweisung der Betriebszuschüsse die Liquiditätslage der Rechtsträger beträchtlich verbessern, jedoch konnte durch nicht ausreichend effiziente Steuerungsmechanismen die Strukturreform im

Bereich des österreichischen Krankenanstaltenwesens nicht im gewünschten Umfang realisiert werden.

Das Bestreben, die Steuerungsmechanismen des Fonds zu verstärken und verbunden damit das Verlangen, den Ländern zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen, führte im Jahre 1982 zur Kündigung der im Jahre 1978 geschlossenen Vereinbarung und anschließend zum Abschluß von Vereinbarungen mit einer Laufzeit von zwei bzw. drei Jahren.

Die eminente gesundheitspolitische Verantwortung des Bundesministers für Gesundheit und öffentlicher Dienst dafür zu sorgen, daß die Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit Krankenhausleistungen auf hohem Niveau langfristig sichergestellt werden kann und das Bemühen, das Krankenhaus als integrierenden Bestandteil des Versorgungssystems langfristig finanziell abzusichern, führten zu intensiven Verhandlungen mit den Finanzierungspartnern.

Am 23. März 1988 konnten die Vertreter des Bundes, Bundesminister Dr. Franz Löschnak und Bundesminister Ferdinand Lacina die grundsätzliche Einigung zwischen dem Bund und den Ländern, nach Verhandlungen auch mit Vertretern der sozialen Krankenversicherung, erreichen.

Wesentlicher Inhalt dieser für die Jahre 1988 bis 1990 geltenden Vereinbarung ist es, daß sowohl der Bund als auch die Träger der Krankenversicherung beträchtliche zusätzliche finanzielle Leistungen an den Fonds zu erbringen haben und daß ein Paket von Reformmaßnahmen, insbesondere der Übergang auf ein leistungsbezogenes Finanzierungssystem, zur Realisierung vorbereitet wurde.

Von besonderer Bedeutung sind dabei auch die Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung auf das jeweilige Niveau der Pensionsversicherung, die Einhebung eines Kostenbeitrages von 50 S pro Tag eines stationären Aufenthaltes in der allgemeinen Gebührenklasse eines Krankenhauses, die Anpassung der Kapazitäten im Akutbereich der Krankenanstalten an den gegebenen Bedarf, durch Abbau von 2 600 Akutbetten, sowie die Finanzierung von Strukturreformmaß-

nahmen, die insgesamt zu einer Entlastung des Krankenhauses führen sollen. Regionale Modellversuche, die im Einvernehmen zwischen allen Finanzierungspartnern abgewickelt werden sollen, sollen neue Möglichkeiten aufzeigen, durch integrierte Versorgungssysteme, kostendämpfende Effekte auszulösen.

Mit dem Abschluß dieser Vereinbarung wird im Bereich des österreichischen Versorgungssystems eine Strukturreform in Gang gesetzt werden, die vier wesentliche Bereiche umfassen wird:

1. Eine Anpassung der vorhandenen Kapazitäten an den gegebenen Bedarf;
2. eine Diskussion um die leistungsgerechte Finanzierung der in den Krankenanstalten erbrachten Leistungen, das heißt, eine Preis-Leistungs-Diskussion;
3. die Frage von Funktionsdifferenzierungen, das heißt, eine Diskussion, die dazu führen soll, den Akutbereich des Krankenhauses dadurch zu entlasten, daß prä- und poststationäre Versorgungsmöglichkeiten entsprechend den medizinischen Bedürfnissen des Patienten errichtet oder ausgebaut werden und es dadurch zu einer gesamtheitlichen Versorgung des Patienten sowohl im medizinischen als auch im sozialen Bereich kommt;
4. eine Diskussion um neue Versorgungsstrukturen, Integrierte Versorgungssysteme, mit dem Krankenhaus als Kristallisierungspunkt, die alle Anbieter von Gesundheitsleistungen umfassen und damit erreichen soll, daß der alte und der kranke Mensch möglichst wohnsitznahe versorgt wird, daß neben der notwendigen medizinischen Versorgung auch die soziale Versorgung der Patienten gesichert wird und daß die Leistungen des Krankenhauses erst dann in Anspruch genommen werden, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind.

Regionale Modellversuche sollen die Möglichkeiten ausloten und damit verbundene kostendämpfende Effekte quantifizierbar machen.

Diese Diskussion darf nicht nur als eine Diskussion um Kostendämpfung betrachtet werden, sondern sie muß, so wie auch bisher, den Menschen in den Mittelpunkt der Betrachtung stellen und damit erreichen, daß der kranke, der alte Mensch, sowohl seinen medizinischen als auch seinen sozialen Bedürfnissen entsprechend versorgt wird.

Weite Bereiche des Textes der vorliegenden Vereinbarung sind mit den Texten der seit dem Jahre 1978 außer Kraft getretenen Vereinbarungen ident. Auf die dazu ergangenen Erläuterungen wird daher verwiesen.

Die in der Folge ausgeführten speziellen Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln der neuen Vereinbarung konnten daher auf die inhaltlich neuen Bestimmungen beschränkt werden.

### Zu den einzelnen Bestimmungen

#### Zu Art. 1:

Die wesentlichen Änderungen der gesamten Vereinbarung sind

1. die Bildung von Länderquoten im Ausmaß der Anteile des jeweiligen Landes an den gesamten Fondsmitteleinheiten des Jahres 1987. Durch diese Länderquoten wird jedem Bundesland ein bestimmter Anteil an den Fondsmitteleinheiten garantiert, Verschiebungen zu Lasten oder zugunsten eines Landes sind während der Laufzeit dieser Vereinbarung nicht möglich.
2. Während der Laufzeit der Vereinbarung soll die Zahl der Akutbetten, nach Maßgabe eines von Bund und Ländern gemeinsam zu erarbeitenden Realisierungsplanes, um 2 600 vermindert werden. Die entsprechenden Beschlüsse sind in der Fondsversammlung im Herbst des Jahres 1988 zu fassen.  
Auch private, nicht gemeinnützig geführte Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1, 2 und 6 des Krankenanstaltengesetzes werden von dieser Bettenreduktion umfaßt sein.  
Hand in Hand mit dem Abbau der Akutbetten sollen auch die personellen und apparativen Kapazitäten sowie die Zahl der tatsächlich aufgestellten Betten verringert werden, weil nur die Verminderung der Zahl der Akutbetten keine echte Kostenreduktion ergeben kann. Es wird daher in Richtung Schließung oder Umwandlung von Krankenanstalten zu drängen sein.
3. Ab 1. Juli 1988 wird die Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung auf das jeweilige Niveau der Höchstbeitragsgrundlage in der gesetzlichen Pensionsversicherung angehoben werden. Die daraus resultierenden zusätzlichen Mittel werden dem Fonds für die Finanzierung der Krankenanstalten zur Verfügung stehen.  
Von dieser Regelung werden auch jene Krankenfürsorgeanstalten der Länder und Gemeinden erfaßt sein, in deren Beitragsrecht eine Höchstbeitragsgrundlage vorgesehen ist. Jene Krankenfürsorgeeinrichtungen, in deren Beitragsrecht keine Höchstbeitragsgrundlage vorgesehen ist bzw. bei denen die vorgesehene Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage zu keinen Mehreinnahmen führt, werden keinen Beitrag an den Fonds zu leisten haben.
4. Neuerlich wird die soziale Krankenversicherung, zusätzlich zu ihren bisher erbrachten Leistungen, beträchtliche finanzielle Mittel in den Fonds einbringen. In den Jahren 1988 und 1989 wird ein Betrag von 220 Millionen Schilling pro Jahr zusätzlich dem Fonds zufüßen, im Jahre 1990 wird ein Betrag von 320 Millionen Schilling zusätzlich zur Verfügung gestellt werden.

5. Zur Abgeltung von überregionalen Leistungen und zum teilweisen Ausgleich zwischen dem Anteil der Volkszahl 1981 an der Gesamtbevölkerungszahl und dem Ausmaß der Landesquote werden im Jahre 1988 40 Millionen Schilling und in den Jahren 1989 und 1990 jeweils 80 Millionen Schilling als Vorweganteile einiger Ländern als Ausgleichszahlung zugeteilt werden.
  6. Innerhalb der Länderquoten werden im Jahre 1988 100 Millionen Schilling, in den Jahren 1989 und 1990 jeweils 200 Millionen Schilling einem Großgerätepool für die Investitionsfinanzierung von medizinisch-technischen Großgeräten zur Verfügung stehen. Innerhalb dieser Beträge werden dem Bund im Jahre 1988 5 Millionen Schilling, in den Jahren 1989 und 1990 jeweils 10 Millionen Schilling für die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und für Grundlagenarbeit des Fonds zur Verfügung stehen und projektbezogen von der Fondsversammlung beschlossen werden.
  7. Ab 1. Jänner 1989 wird eine Erfassung und Codierung der Entlassungsdiagnosen in den Krankenanstalten eingeführt werden. Grundlage dafür ist der von der WHO herausgegebene ICD-9, in der VESKA-Version. Diese Neugestaltung der statistischen Grundlagen entspricht sowohl einem Gebot der Weltgesundheitsorganisation als auch den Planungsbedürfnissen des Bundes, der Länder und der Gemeinden, insbesondere für die Bereiche der Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken. Durch diese neue statistische Grundlage soll der bisher verwendete „C-Bericht“, ein zweistelliger Dokumentationsschlüssel, nach einer noch zu bestimmenden Übergangsfrist, ersatzlos entfallen.
  8. Ab 1. Juli 1990 werden 90% des Teilbetrages 1 der Fondsmittel, geschätztes Ausmaß zumindest 2,8 Milliarden Schilling, nach den im Jahre 1988 erfaßten Entlassungsdiagnosen an die Träger der Anstalten verteilt werden.
  9. Ab 1. Juli 1988 soll von Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, die Anstaltpflege als Sachleistung in Anspruch nehmen und für die vom zuständigen Träger der sozialen Krankenversicherung Pflegegebührenersätze zur Gänze geleistet werden, ein Kostenbeitrag in Höhe von 50 S pro Tag eines stationären Aufenthaltes in einer Krankenanstalt eingehoben werden. Die Einhebung hat direkt in der Krankenanstalt zu erfolgen, in der der Patient stationär behandelt worden ist.
- Zum Schutze sozial bedürftiger Personen ist vorgesehen, daß dieser Betrag von jenen Patienten nicht eingehoben wird, für die eine Befreiung von der Rezeptgebühr gilt bzw. von solchen Patienten, die bereits nach den bisher geltenden Bestimmungen einen Selbstbehalt

zu leisten haben. Zum Schutze chronisch kranker Patienten ist vorgesehen, daß dieser Kostenbeitrag insgesamt nur für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben wird. Die maximale jährliche Belastung wird somit 1 400 S pro Kalenderjahr betragen. Durch entsprechende Formulierungen im ASVG bzw. seinen Parallelgesetzen wird vorgesorgt werden, daß die Träger der Krankenversicherung den Trägern der Krankenanstalten die für die Einhebung dieses Kostenbeitrages notwendigen Daten übermitteln werden. Die Einhebung dieses Kostenbeitrages, der sich in das System der in Österreich bereits bestehenden Selbstbehalte einfügt, erscheint deshalb vertretbar, weil die von den Krankenversicherungsträgern geleisteten Pflegegebührenersätze fast nie die der behandelnden Krankenanstalt entstehenden vollen Kosten abdecken und weil sich der zur Behandlung in einer Krankenanstalt untergebrachte Patient für die Dauer seiner Behandlung im Krankenhaus bestimmte eigene Kosten erspart, die mit dem Sammelbegriff „Haushaltsersparnis“ umschrieben werden können. Die Kosten der Einhebung des Betrages von 50 S pro Tag in den Anstalten werden nach den angestellten Schätzungen in aller Regel nicht mehr als 10% des genannten Betrages ausmachen. Durch entsprechende Bestimmungen in der Vereinbarung ist gewährleistet, daß der von Patienten einzuhebende Kostenbeitrag nicht als Entgelt im Sinne des Umsatzsteuergesetzes 1972 zu betrachten ist, womit er von der Umsatzsteuerpflicht befreit ist.

Nach den vorliegenden Schätzungen wird diese Maßnahme den österreichischen Krankenanstalten einen Betrag von 500 bis 600 Millionen Schilling pro Jahr zusätzlich zu den in der Vereinbarung dokumentierten Mitteln verfügbar machen.

#### Zu Art. 2:

Die Vereinbarung sieht vor, daß zwischen 10 und 25% der nach Abzug der Mittel für die Investitionsfinanzierung medizinisch-technischer Großgeräte verbleibenden Landesquote für die Finanzierung von strukturverbessernden Maßnahmen, das sind all jene Maßnahmen, die zu einer Entlastung des stationären Akutbereiches in den Krankenanstalten führen, aufzuwenden sein werden.

Bei Verwendung dieser Mittel werden die Länder folgende Zielvorgaben als Schwerpunkte einzuhalten haben:

1. Den Abbau von Kapazitäten in allen Bereichen der Akutversorgung von Krankenanstalten,
2. die Schaffung und den Ausbau alternativer Versorgungseinrichtungen, insbesondere Pflegebetten, Hauskrankenpflege und mobile Dienste,

3. den Ausbau integrierter Versorgungssysteme, insbesondere Sozial- und Gesundheitssprengel.

Nähtere Bestimmungen dazu, insbesondere für die Mittelzuteilung, die Verwendung, die Abrechnung sowie den Nachweis der widmungsgemäßen Verwendung, wird der Fonds durch Richtlinien erlassen.

#### Zu Art. 4:

Wie bisher werden die Mittel aller Finanzierungspartner, des Bundes, der Länder, der Gemeinden und der Krankenversicherung in den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds einfließen, welcher, mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet, erneut eingerichtet wird.

#### Zu Art. 5:

Dieser Artikel umschreibt die dem Fonds übertragenen Aufgaben, sie wurden den neuen Kompetenzen entsprechend ergänzt.

Wesentliche neue Aufgaben sind:

1. die Anweisung von Mitteln für Strukturreformen an die Länder,
2. die Erlassung von Richtlinien für die Diagnosefassung, die Wartung des Diagnoseschlüssels und die Auswertung der Entlassungsdiagnosen,
3. die Genehmigung der Anschaffung medizinisch-technischer Großgeräte,
4. die Überwachung des österreichweiten Abbaues der Akutbetten und
5. die Erarbeitung eines neuen leistungsbezogenen Finanzierungssystems und die Vorbereitung der Systemumstellung auf die leistungsbezogene Finanzierung.

#### Zu Art. 6:

Mit Ausnahme des Abs. 4 Z 6, der ab 1. Jänner 1989 die Träger der allgemeinen Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt anerkannt sind, als Voraussetzung für die Zuerkennung von Zuschüssen aus dem Fonds verpflichtet, auf je 15 systemisierten Betten mindestens einen in Ausbildung zum praktischen Arzt stehenden Arzt zu beschäftigen, sind diese Bestimmungen unverändert geblieben.

#### Zu Art. 7:

Die Kompetenz für die Genehmigung von Investitionszuschüssen wurde nun auch auf Umbauten, welche eine Erweiterung des Umfangs oder des Zweckes zur Folge haben, ausgedehnt. Investitionszuschüsse für medizinisch-technische Großgeräte werden nur für die vom Fonds genehmigten Vorhaben gewährt werden können.

#### Zu Art. 10:

Ab 1. Jänner 1989 werden die Träger von Krankenanstalten verpflichtet sein, nach der von der WHO veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten, ICD, 9. Revision, in der VESKA-Version, die Entlassungsdiagnosen der in stationärer Behandlung gewesenen Patienten zu erfassen. Die Träger werden verpflichtet sein, bis zum 31. März eines jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr dem Bundeskanzleramt in maschinlesbarer Form einen Bericht über die Diagnosen der im Berichtsjahr aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten vorzulegen haben.

Der Fonds wird durch Richtlinien die ADV-mäßigen Grundlagen gesondert definieren.

#### Zu Art. 13:

In diesem Artikel ist die Genehmigung von Umbauten in Krankenanstalten, welche eine Erweiterung des Umfangs oder des Zweckes zur Folge haben, als neue Aufgabe aufgenommen. Die Genehmigung des Fonds wird Voraussetzung für die Gewährung sowohl von Investitionszuschüssen als auch von Betriebs- und sonstigen Zuschüssen sein.

#### Zu Art. 14:

In diesem Artikel wird die Genehmigung medizinisch-technischer Großgeräte in Krankenanstalten durch den Fonds als Voraussetzung für die Gewährung von Investitionszuschüssen, Betriebs- und sonstigen Zuschüssen für diese Geräte neu geregelt.

Die in der Vereinbarung enthaltene Liste von Diagnose- und Therapiegeräten kann durch Erlassung von Richtlinien unmittelbar der technischen Entwicklung angepaßt werden, sodaß eine möglichst große Flexibilität gewährleistet ist.

Als Grundlage der Genehmigung wird eine österreichweite Großgerätestudie dienen, in der insbesondere die Standortplanung, die Definition von Einzugsbereichen, Anhaltszahlen, welche eine Aufstellung an bestimmten Standorten rechtfertigen, Auslastungsparameter, Diagnosenspiegel, Regelungen für die finanzielle Abgeltung einer Inanspruchnahme zum Beispiel durch Patienten aus verschiedenen Bundesländern, sowie eine Definition als Endkostenstelle je Gerät enthalten sein wird.

#### Zu Art. 15:

In diesem Artikel werden die Mittel definiert, die von den Finanzierungspartnern, Bund, Länder, Gemeinden sowie den Trägern der Krankenversicherung in den Fonds einzubringen sein werden.

#### Zu Art. 16:

Die Träger der sozialen Krankenversicherung werden im Jahre 1988 zusätzlich zu ihren Mitteln

## 550 der Beilagen

19

gemäß § 447 f ASVG und den 1 160 Millionen Schilling pro Jahr, 220 Millionen Schilling, im Jahre 1989 220 Millionen Schilling und im Jahre 1990 320 Millionen Schilling dem Fonds zur Verfügung stellen.

Zusätzlich dazu werden die Krankenversicherungsträger die auf Grund der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung erzielten Mittel in den Fonds einbringen.

**Zu Art. 17:**

Zusätzlich zu seinem Beitrag in Höhe von 1,416% des gesamten Aufkommens an der Umsatzsteuer und zu dem jährlichen Betrag von 250 Millionen Schilling leistet der Bund in jedem Jahr der Laufzeit dieser Vereinbarung einen Betrag von 80 Millionen Schilling zum Ausgleich der Anrechnungsbestimmungen der Mittel der sozialen Krankenversicherung an den Fonds.

**Zu Art. 19:**

In diesem Artikel werden die zusätzlichen Leistungen der Träger der Krankenversicherung, und zwar jeweils 220 Millionen Schilling in den Jahren 1988 und 1989 und von 320 Millionen Schilling im Jahre 1990 definiert.

Darüber hinaus werden die Krankenversicherungsträger verpflichtet, die Mittel, die aus der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung auf das jeweilige Niveau der Pensionsversicherung erfließen, dem Fonds zur Verfügung zu stellen.

**Zu Art. 20:**

In diesem Artikel wird die Bildung der Länderquoten definiert. Die Länderquote für die Laufzeit dieser Vereinbarung ergibt sich für jedes Bundesland aus dem Anteil an den Gesamtmitteln des Fonds im Jahre 1987. Den Berechnungsgefügenheiten für Mittel, die aus dem Finanzausgleich stammen, entsprechend wurden die Länderquoten auf drei Dezimalstellen berechnet.

Vor der Bildung von Länderquoten werden im Jahre 1988 40 Millionen Schilling, in den Jahren 1989 und 1990 jeweils 80 Millionen Schilling abgezogen und einigen Ländern als Finanzierungsbeiträge zur Abgeltung ihrer überregionalen Leistungen bzw. zum teilweisen Ausgleich des Unterschiedes zwischen dem Anteil ihrer Volkszahl 1981 an der Gesamtbevölkerungszahl und dem Ausmaß ihrer Landesquote gemäß Abs. 3 zugeteilt.

Neu geregelt wird die Investitionsfinanzierung medizinisch-technischer Großgeräte im Ausmaß von 100 Millionen Schilling im Jahre 1988 und davon ein Betrag von höchstens 5 Millionen Schilling für die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und für Grundlagenarbeit des

Fonds bzw. im Ausmaß von jeweils 200 Millionen Schilling jährlich für die Investitionsfinanzierung medizinisch-technischer Großgeräte und davon ein Höchstbetrag von jeweils 10 Millionen Schilling pro Jahr für die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und Grundlagenarbeit des Fonds im Rahmen der Länderquoten.

Die Länderquoten sichern jedem Bundesland einen prozentmäßig definierten Anteil an den Gesamtmitteln des Fonds, der während der Laufzeit der Vereinbarung nicht verändert werden kann.

**Zu Art. 21:**

Hier werden die Länder verpflichtet, innerhalb der jeweils gebildeten Länderquoten, nach Abzug der Mittel für die Investitionsfinanzierung medizinisch-technischer Großgeräte und von allgemeinen Planungskonzepten und Grundlagenarbeit des Fonds zwischen 75% und 90% der verfügbaren Mittel für die Krankenanstaltenfinanzierung vorzusehen. Zumindest sind aber für die Krankenanstaltenfinanzierung Mittel in Höhe der Mittel des Jahres 1987 zur Verfügung zu stellen.

Zwischen 10 und 25% der jeweils verbleibenden Landesquote werden für die Finanzierung von strukturverbessernden Maßnahmen den Ländern überwiesen werden.

**Zu Art. 22:**

Hier ist im Abs. 2 Z 5 neu geregelt, daß für jedes von den entsendenden Institutionen bestellte stimmberechtigte Mitglied der Fondsversammlung ein ständiges, stimmberechtigtes Ersatzmitglied bestellt werden kann. Mit dieser Regelung wird ein Beitrag zu einer einfacheren Administration der Entsendung von Mitgliedern der Fondsversammlung geleistet.

**Zu Art. 26:**

Dem Wunsche der Länder entsprechend wurde die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds für die Jahre 1988 bis einschließlich 1990 in dieser Vereinbarung festgesetzt.

**Zu Art. 27:**

Im Abs. 4 dieses Artikels wird sichergestellt, daß die Kostenbeiträge von Patienten, die stationäre Behandlung in der allgemeinen Gebührenklasse in Anspruch nehmen, keine Entgelte im Sinne des Umsatzsteuergesetzes 1972 darstellen und damit von der Umsatzsteuerpflicht befreit sind.

**Zu Art. 28:**

Im Abs. 9 der sozialversicherungsrechtlichen Regelungen wird die Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung für Versicherte nach dem ASVG, dem BSVG und dem

GSVG auf den jeweiligen Betrag der Höchstbeitragsgrundlage in der Pensionsversicherung geregelt. Die Höchstbeitragsgrundlage für Erwerbstätige, die nach dem B-KUVG oder bei einer Krankenfürsorgeeinrichtung der Länder oder Gemeinden versichert sind, wird auf den Betrag der Höchstbeitragsgrundlage in der Pensionsversicherung nach dem ASVG angehoben. Die während der Dauer dieser Vereinbarung daraus erfließenden zusätzlichen Beiträge werden an den Fonds zu überweisen sein. Jene Krankenfürsorgeanstalten, in deren Beitragsrecht keine Höchstbeitragsgrundlage vorgesehen ist bzw. bei denen die vorgesehene Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage zu keinen Mehreinnahmen führt, werden keinen Beitrag an den Fonds zu leisten haben.

Sonderbestimmungen in den Sozialversicherungsgesetzen des Bundes sowie in den Rechtsvorschriften über die Krankenversicherung der Landes- und Gemeindebediensteten werden gewährleisten, daß die genannten Institutionen in die Lage versetzt werden, die entsprechenden Daten von den Dienstgebern einzufordern und an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger weiterzugeben. Dieser wird auch die entsprechenden Datenerfassungen und Berechnungen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Soziales vorzunehmen haben.

Die Vertragsparteien werden das Recht haben, diese Berechnungen auf Grund der zugrunde gelegten Daten zu überprüfen.

Im Abs. 10 wird neu geregelt, daß der Bund dafür Sorge tragen wird, daß österreichische Krankenversicherungsträger, denen auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen über Soziale Sicherheit Personen zur Betreuung zugewiesen

werden, dem zur Kostenerstattung verpflichteten ausländischen Versicherungsträger, neben den Pflegegebührenersätzen auch die Kosten der Anstaltspflege in Rechnung stellen und an die Träger der in Anspruch genommenen Krankenanstalt weiterleiten werden, die aus der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenversicherungsträger über die finanzielle Beteiligung am Fonds entstehen.

Mit dieser Formulierung wird erreicht, daß die ausländischen Vertragspartner dem in Anspruch genommenen österreichischen Träger eines Krankenhauses nicht nur den jeweils geltenden Pflegegebührenersatz pro Tag des Krankhausaufenthaltes ersetzen, sondern darüber hinaus auch jenen Anteil abdecken, der sich aus der Beteiligung der Krankenversicherung am Fonds ergibt.

#### Zu Art. 31:

Die neue Formulierung im Abs. 4 soll, nach Kundmachung der Vereinbarung, die rechtlichen Voraussetzungen dafür schaffen, daß im Zeitraum zwischen dem geplanten Inkrafttreten der Vereinbarung, dies ist der 1. Jänner 1988, und dem Zeitpunkt der Kundmachung dieser Vereinbarung, die Finanzierung des Betriebsaufwandes der zuschußberechtigten Krankenanstalten unverändert so wie im Jahre 1987 fortgesetzt wurde.

Eine Maßnahme, die nicht nur einen wesentlichen Beitrag zur Liquidität der bezuschußten Krankenanstalten leistet, sondern darüber hinaus im Sinne einer zweckmäßigen, wirtschaftlichen und sparsamen Verwaltungsführung gewährleistet, daß der Aufwand für die Aufnahme von Zwischenkrediten beim Kreditapparat auf ein Minimum beschränkt werden und so ein Zinsenaufwand von rund 30 Millionen Schilling erspart werden kann.