

## **327 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XVIII. GP**

---

Nachdruck vom 7. 1. 1992

# **Regierungsvorlage**

## **Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994**

- Der Bund, vertreten durch die Bundesregierung,
- das Land Burgenland, vertreten durch den Landeshauptmann,
- das Land Kärnten, vertreten durch den Landeshauptmann,
- das Land Niederösterreich, vertreten durch den Landeshauptmann,
- das Land Oberösterreich, vertreten durch den Landeshauptmann,
- das Land Salzburg, vertreten durch den Landeshauptmann,
- das Land Steiermark, vertreten durch den Landeshauptmann,
- das Land Tirol, vertreten durch den Landeshauptmann,
- das Land Vorarlberg, vertreten durch den Landeshauptmann und
- das Land Wien, vertreten durch den Landeshauptmann,
- im folgenden Vertragsparteien genannt — kommen überein, gemäß Art. 15 a B-VG die nachstehende Vereinbarung zu schließen:

### **Artikel 1**

#### **Gegenstand der Vereinbarung**

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

1. im Rahmen von Länderquoten Betriebszuschüsse, sonstige Zuschüsse und Investitionszuschüsse nach Art. 21 an die Träger öffentlicher Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 des Krankenanstaltengesetzes bezeich-

neten Art, mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie sowie an die Träger privater Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 des Krankenanstaltengesetzes bezeichneten Art, die gemäß § 16 des Krankenanstaltengesetzes gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, zu gewähren,

2. im Rahmen von Länderquoten Mittel für Strukturreformen nach Art. 2 an die Länder zur Entlastung des stationären Akutbereiches in den Krankenanstalten zu gewähren, und
3. die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den Trägern der Krankenanstalten gemäß Z 1 (im folgenden kurz: Träger von 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 auf der Grundlage des Art. 1 Abs. 2 Z 1 der Vereinbarung BGBl. Nr. 619/1988 von der Fondsversammlung zu beschließenden Realisierungsplanes zu verringern sein, wobei die Zahl der bis zum 31. Dezember 1990 abgebauten Akutbetten anzurechnen sein wird:

- 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 gemeinnützig geführte Krankenanstalten 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. Die aus der Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung gemäß Art. 27 Abs. 9 erfließenden zusätzlichen Mittel werden an den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds — im folgenden Fonds genannt — zu überweisen sein.

3. Zusätzlich zu den Mitteln gemäß Art. 18 wird die soziale Krankenversicherung für das Jahr 1991 einen Betrag von 750 Millionen Schilling bis längstens 7. Jänner 1992 an den Fonds überweisen.

4. Im Jahre 1992 werden die Träger der sozialen Krankenversicherung 4 000 Millionen Schilling an den Fonds zu überweisen haben. Dieser Betrag von 4 000 Millionen Schilling wird für das Jahr 1993 und für das Jahr 1994 jeweils im prozentuellen Ausmaß der Erhöhung oder der Verminderung der Beitrageinnahmen aus dem Zusatzbeitrag in der Fassung der sozialversicherungsrechtlichen Rechtslage zum 1. Jänner 1992 in der Krankenversicherung aller Krankenversicherungsträger vom Jahr 1992 auf das Jahr 1993 bzw. 1994 zu erhöhen oder zu vermindern und jeweils an den Fonds zu überweisen sein.

5. Von den Gesamtmitteln des Fonds werden vor der Bildung von Länderquoten zunächst jährlich 80 Millionen Schilling abgezogen. Davon werden jährlich jeweils 10 Millionen Schilling den Ländern Salzburg und Tirol als Finanzierungsbeiträge zur Abgeltung ihrer überregionalen Leistungen zugeteilt. Die restlichen 60 Millionen Schilling werden jährlich den Ländern Oberösterreich, Steiermark, Tirol und Vorarlberg zum teilweisen Ausgleich des Unterschiedes zwischen dem Anteil ihrer Volkszahl 1981 an der Gesamtbewohnerzahl und dem Ausmaß ihrer Quote gemäß Art. 20 Abs. 3 zugeteilt.

6. Innerhalb der Länderquoten werden jährlich 200 Millionen Schilling zur Verfügung zu stellen sein und für die Investitionsfinanzierung medizinisch-technischer Großgeräte und — davon ein Höchstbetrag von 20 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 Quoten aufzuteilen sein.

7. Das Modell „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“ wird mit dem Ziel weiterentwickelt werden, zum frühestmöglichen Zeitpunkt Grundlage für die Krankenanstaltenfinanzierung zu sein. Ab 1. Jänner 1993 wird auf der Grundlage dieses Modells die Abrechnung parallel zur geltenden Krankenanstaltenfinanzierung verpflichtend vollständig durchgeführt. Die tatsächliche Krankenanstaltenfinanzierung erfolgt nach dem bisher geltenden System.

8. Der auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und

Wasserwirtschaftsfonds, BGBl. Nr. 619/1988, eingeführte Kostenbeitrag wird auch während der Laufzeit dieser Vereinbarung eingehoben werden.

9. Es werden die legitimen Voraussetzungen für Maßnahmen der Länder zu schaffen sein, 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.

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

(4) Die Verhandlungen über die Reformen des österreichischen Gesundheitswesens werden auf der Grundlage des „22-Punkte-Programms“ vom 25. März 1991 weitergeführt werden.

## Artikel 2

### Mittel für Strukturreformen

(1) Zwischen 10% und 25% der jeweiligen Landesquote gemäß Art. 20 Abs. 3 werden als Mittel für die Finanzierung von strukturverbesserten 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 Gesundheitssprenge;

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

(5) Die Mittel für Strukturreformen werden während der Laufzeit dieser Vereinbarung von den Ländern nach Maßgabe des Abs. 3 zu verwenden

## 327 der Beilagen

3

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, Sport und Konsumentenschutz unter Bedachtnahme auf die Landeskrankenanstaltenpläne mit der Möglichkeit eines überregionalen Ausgleiches erarbeiteten Österreichischen Krankenanstaltenplan durch eine geeignete Systemplanung weiterzuentwickeln.

**Artikel 4****Errichtung des  
Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds**

Durch Bundesgesetz wird der Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit eingerichtet werden.

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

Aufgaben des Fonds werden nach Maßgabe dieser Vereinbarung insbesondere 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 Sozialversicherungs träger;
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 Weiterentwicklung des Modells „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“ gemäß Art. 1 Abs. 2 Z 7;
8. die verpflichtende vollständige Führung des Modells „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“ parallel zur geltenden Krankenanstaltenfinanzierung ab 1. Jänner 1993;

9. die Erlassung von Richtlinien für die Diagnosen- und Leistungserfassung für Krankenanstalten;
10. die Auswertung der erfaßten Daten nach gesundheitspolitischen und betriebswirtschaftlichen Grundsätzen;
11. die Erlassung von Richtlinien für die Leistungsstatistik für Krankenanstalten;
12. die Erstattung von Rationalisierungsvorschlägen für die Planung, Errichtung und Ausstattung sowie den Betrieb von Krankenanstalten;
13. die Weiterentwicklung des Österreichischen Krankenanstaltenplanes und der Systemplanung;
14. die Genehmigung von Neu-, Zu- und Umbauten in Krankenanstalten, welche eine Erweiterung des Umfanges oder des Zweckes zur Folge haben, auf der Grundlage von Richtlinien;
15. die Genehmigung der Anschaffung medizinisch-technischer Großgeräte in Krankenanstalten auf der Grundlage von Richtlinien;
16. die Überwachung des österreichweiten Abbaues der Akutbetten;
17. 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 Krankenanstalten werden nach Maßgabe der nachstehenden Abs. 3 und 4 sowie des Art. 21 Anspruch auf die Gewährung von Zuschüssen im Rahmen von Länderquoten durch den Fonds haben.

(3) Anträge auf Gewährung von Zuschüssen werden zugleich mit den hierfür 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 Krankenanstal-

ten im Sinne des Art. 1 Abs. 1 Z 1 wird eine Erklärung der Landesregierung anzuschließen sein, ob die Krankenanstalt eine gemeinnützige im Sinne des § 16 des Krankenanstaltengesetzes 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 und dem Fonds die Ergebnisse in maschinenlesbarer Form vorlegt,
2. die Daten insbesondere über die Diagnosen und über die ausgewählten medizinischen Einzelleistungen nach Maßgabe der §§ 62 d bis 62 f des Krankenanstaltengesetzes und der Verordnung betreffend die Erfassung von Diagnosen und Leistungen in Krankenanstalten, BGBl. Nr. 682/1988, in der jeweils geltenden Fassung, die auch zur Führung des Modells „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“ erforderlich sein werden, in maschinenlesbarer Form vollständig vorlegt,
3. eine Leistungsstatistik — nach Maßgabe der vom Fonds ausgearbeiteten Richtlinien — führt,
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 1991 in als Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt anerkannten allgemeinen Krankenanstalten — ausgenommen Universitätskliniken — und in Sonderkrankenanstalten hinsichtlich der Bereiche, für die sie als Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt auf den im § 4 Abs. 2 des Ärztegesetzes 1984 genannten Gebieten anerkannt sind, auf je 15 systemisierte Betten mindestens einen in Ausbildung zum praktischen Arzt stehenden Arzt beschäftigt; mehrere Krankenanstalten desselben Rechtsträgers gelten für diese Berechnung als Einheit. Auf die Zahl der zu beschäftigenden in Ausbildung zum praktischen Arzt stehenden Ärzte können in Ausbildung zum Facharzt stehende Ärzte angerechnet werden, sofern sie auf Ausbildungsstellen beschäftigt werden, die wegen des dringenden Bedarfes an Fachärzten der

betreffenden Sonderfächer nach dem 31. Dezember 1987 geschaffen wurden bzw. werden; diese Sonderfächer sind von der Landesregierung durch Verordnung zu bestimmen. In Ausbildung zum Facharzt eines solchen Sonderfaches stehende Ärzte können auch während der Absolvierung der erforderlichen Ausbildung in den hiefür einschlägigen Nebenfächern entsprechend angerechnet werden.

(5) Im Falle der Neueröffnung von Krankenanstalten werden unter sinngemäßer Anwendung des Abs. 4 Z 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 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 erste Zwischenabrechnung betreffend die Mittel der Gebietskörperschaften für den Fonds wird bis 30. April des auf die Antragstellung folgenden Jahres, die zweite Zwischenabrechnung betreffend die zusätzlichen Mittel der Träger der Krankenversicherung für den Fonds wird bis 15. November des auf die Antragstellung folgenden Jahres zu erfolgen haben. Die Endabrechnung wird nach Vorliegen des Bundesrechnungsabschlusses zu erfolgen haben.

## 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 — 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 Umfanges oder des Zweckes zur Folge haben, und Investitionszu-

## 327 der Beilagen

5

schüsse 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 hat, oder bei denen die Aufstellung nach den landesgesetzlichen Bestimmungen vor dem 1. Jänner 1988 begonnen worden ist.

(4) Die Frist für die Übermittlung der Anträge auf Gewährung von Investitionszuschüssen für das Jahr 1991 an den Fonds wird bis 30. April 1992 erstreckt werden. Die Auszahlung der entsprechenden Mittel wird bis längstens 15. November 1992 zu erfolgen haben.

**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 Arzneimitteln 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

Z 1) an den jeweils neuesten Stand der medizinischen, technischen und wirtschaftlichen Entwicklung obliegen.

**Artikel 10****Erfassung von weiteren Daten**

Der Fonds kann zur Erarbeitung von umfassenden Grundlagen für die Finanzierung von Krankenanstalten, insbesondere für das Modell „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“ (Art. 1 Abs. 2 Z 7) auf der Grundlage von Richtlinien von den Krankenanstalten

1. die Vorlage von Berichten über die im Berichtsjahr in den Krankenanstalten ambulant behandelten Patienten sowie
2. sämtliche Aufzeichnungen über die Finanzierbarung (insbesondere: Einnahmen, Ausgaben, Buchhaltungs- und Kostenrechnungsunterlagen, Statistiken, Planungsrechnungsunterlagen)

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 Leistungsstatistik 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 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 Kran-

kenanlagenplan vorgesehenen 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 Beschußfassung über den Österreichischen Krankenanstaltenplan durch die Fondsversammlung werden die Landeskrankenanstaltenpläne heranziehen 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-Emissionstomographen

2. Therapiegeräte
  - a) Tele-Kobalt-Therapiegeräte
  - b) Linearbeschleuniger
  - c) Stoßwellenlithotripter
  - d) Kreisbeschleuniger
  - e) Gamma-Knives

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 bundes- und 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**

(1) Zusätzliche Mittel des Fonds werden sein:

1. Mittel für das Jahr 1991
  - a) Mittel der Länder aus dem Wegfall des Vorweganteiles von 2,29% an den Einkommensteuern gemäß § 7 Abs. 2 Z 1 lit. a Finanzausgleichsgesetz 1989, BGBl. Nr. 687/1988 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 69/1991, die sich aus den Anteilen gemäß § 8 Abs. 1 Finanzausgleichsgesetz 1989 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 69/1991 ergeben.
  - b) Mittel der Gemeinden analog der unter lit. a angeführten auf Grund einer besonderen bundesgesetzlichen Regelung im Finanzausgleichsgesetz 1989;
  - c) Mittel der Träger der sozialen Krankenversicherung in der Höhe von 750 Millionen Schilling gemäß Art. 1 Abs. 2 Z 3;
2. Mittel für die Jahre 1992, 1993 und 1994

Mittel der Träger der sozialen Krankenversicherung gemäß Art. 1 Abs. 2 Z 4;

3. Mittel für die gesamte Geltungsdauer der Vereinbarung
  - a) Mittel der Länder, die sich aus der Umwidmung der Leistungen der Länder an den Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds in der Höhe von 0,271% des Aufkommens an der Umsatzsteuer zugunsten des Fonds ergeben;
  - b) Mittel der Gemeinden analog der unter lit. a angeführten auf Grund einer besonderen bundesgesetzlichen Regelung im Finanzausgleichsgesetz;
  - c) Mittel der Träger der Krankenversicherung auf Grund der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung gemäß Art. 27 Abs. 9;
  - d) Vermögenserträge der Mittel gemäß Z 1 bis 3.
- (2) Die Mittel der Länder gemäß Abs. 1 Z 1 lit. a und Z 3 lit. a, die im Jahre 1991 den Sonderkonten mit der Bezeichnung „Krankenanstalten I“ und „Krankenanstalten II“ zugeführt wurden, sind

## 327 der Beilagen

7

einschließlich der sich aus der Veranlagung ergebenden Zinsen durch das Bundesministerium für Finanzen namens und auftrags der Länder an den Fonds zu überweisen.

(3) Für die Mittel der Gemeinden gemäß Abs. 1 Z 1 lit. b und Z 3 lit. b, die im Jahre 1991 den Sonderkonten mit der Bezeichnung „Krankenanstalten I“ und „Krankenanstalten II“ zugeführt wurden, erfolgt eine besondere bundesgesetzliche Regelung im Finanzausgleichsgesetz 1989 den Bestimmungen des Abs. 2 sinngemäß entsprechend.

**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 330 Millionen Schilling an den Fonds.

(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 1991 und die Beiträge der Länder gemäß Art. 16 Abs. 1 Z 3 lit. a mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 1992 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 Vorschütleistungen 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 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 und gemäß Art. 16 Abs. 1 Z 3 lit. a sowie die im Jahre 1991 den Sonderkonten gemäß Art. 16 Abs. 2 zugeführten zusätzlichen Mittel der Länder sind als Vorschütleistungen 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 1989 oder der an die Stelle dieser Bestimmung

tretenen 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 3,75% der Summe der Erträge an Beiträgen zur Krankenversicherung zufließen. Bei der Berechnung dieser Mittel wird folgendermaßen vorzugehen sein:

1. Als Beiträge zur Krankenversicherung gelten ausschließlich
  - a) die Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige,
  - b) die Beiträge für freiwillig Versicherte,
  - c) die Beiträge für Arbeitslose,
  - d) der Bundesbeitrag zur Krankenversicherung der Bauern.

Die Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung sind außer Betracht zu lassen.

2. Bei der Berechnung sind die am 31. Dezember 1991 geltenden Beitragssätze heranzuziehen.
3. Die Summe der Erträge an Beiträgen ist um die Überweisungen, die sich aus der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage (Art. 27 Abs. 9) ergeben, zu vermindern.

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 1 480 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 für das Jahr 1991 750 Millionen Schilling gemäß Art. 1 Abs. 2 Z 3 bis längstens 7. Jänner 1992 an den Fonds leisten. Der Bund wird die Aufbringung dieses Betrages durch die Träger der sozialen Krankenversicherung gesetzlich regeln, wobei für 150 Millionen Schilling (Art. 20 Abs. 4) ein Schlüssel zugrunde zu legen ist, der der Zahl der in den Wiener Krankenanstalten den Trägern der sozialen Krankenversicherung verrechneten Pflegetagen entspricht.

(2) Die Träger der Krankenversicherung werden jährlich jene Mittel an den Fonds leisten, die dem Fonds auf Grund der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung (Art. 27 Abs. 9) vorbehalten sind. Diese Mittel werden in annähernd gleich hohen Teilbeträgen zu den im 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.

(3) Im Jahre 1992 werden die Träger der sozialen Krankenversicherung 4 000 Millionen Schilling an den Fonds zu überweisen haben. Dieser Betrag von 4 000 Millionen Schilling wird für das Jahr 1993 und für das Jahr 1994 jeweils im prozentuellen Ausmaß der Erhöhung oder der Verminderung der Beitrags-einnahmen aus dem Zusatzbeitrag in der Fassung der sozialversicherungsrechtlichen Rechtslage zum 1. Jänner 1992 in der Krankenversicherung aller Krankenversicherungsträger vom Jahr 1992 auf das Jahr 1993 bzw. 1994 zu erhöhen oder zu vermindern und jeweils an den Fonds zu überweisen sein.

(4) Die Beträge nach Abs. 3 werden vierteljährlich im Ausmaß der bei den Krankenversicherungsträgern am Ende des jeweils abgelaufenen Kalender-viertels bereits eingelangten Erträge aus den Zusatzbeiträgen zu bevorschussen sein, wobei Überweisungen bis zum 7. April, 7. Juli, 7. Oktober und 7. Jänner fristgerecht erfolgen werden. Der Ausgleich ist bis Ende Oktober des folgenden Geschäftsjahres vorzunehmen.

## Artikel 20

### Errechnung von Länderquoten

(1) Von den Gesamtmitteln des Fonds werden vor der Bildung von Länderquoten jährlich 80 Millionen Schilling abgezogen. Davon werden jeweils 10 Millionen Schilling den Ländern Salzburg und Tirol als Finanzierungsbeiträge zur Abgeltung ihrer überregionalen Leistungen zugeteilt. Die restlichen 60 Millionen Schilling werden den Ländern Oberöster-reich 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 Quote gemäß Abs. 3 zugeteilt.

(2) Weiters werden von den Gesamtmitteln des Fonds innerhalb der Quoten gemäß Abs. 3 jährlich 200 Millionen Schilling für die Investitionsfinanzie-rung medizinisch-technischer Großgeräte und — davon ein Höchstbetrag von 20 Millionen Schilling jährlich — für die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und für 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 Investitionsfinanzie-rung 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 medizi-nisch-technische Großgeräte wird ausgeschlossen sein, wenn der Fonds dafür einen Investitionszu-schuß gemäß Art. 21 Abs. 4 leistet.

(3) Der daraufhin verbleibende Betrag wird für das Jahr 1991 um die zusätzlichen Mittel gemäß Art. 16 Abs. 1 Z 1 und 3 lit. a und b sowie für die Jahre 1992, 1993 und 1994 um die zusätzlichen Mittel gemäß Art. 16 Abs. 1 Z 2 und 3 lit. a und b zu vermindern und im Ausmaß der nachfolgend angeführten Prozentsätze jeweils in Quoten aufzu-teilen 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%

(4) Für das Jahr 1991 wird der Betrag aus den zusätzlichen Mitteln gemäß Art. 16 Abs. 1 Z 1 und 3 lit. a und b folgendermaßen aufzuteilen sein:

	Millionen Schilling
Burgenland .....	52,0
Kärnten .....	159,3
Niederösterreich .....	339,0
Oberösterreich .....	352,7
Salzburg .....	202,2
Steiermark .....	343,3
Tirol .....	259,0
Vorarlberg .....	92,5
Wien .....	1 050,0 (900 und 150)

(5) Für die Jahre 1992, 1993 und 1994 wird der Betrag aus den zusätzlichen Mitteln gemäß Art. 16 Abs. 1 Z 2 im Verhältnis des Abs. 4 aufgeteilt.

(6) Für die Jahre 1992, 1993 und 1994 wird der Betrag aus den zusätzlichen Mitteln gemäß Art. 16 Abs. 1 Z 3 lit. a und b wie folgt aufgeteilt:

1. Wien erhält zunächst 5% dieser Mittel;
2. die verbleibenden 95% dieser Mittel werden auf sämtliche Länder entsprechend der jeweils geltenden Volkszahl (§ 8 Finanzausgleichsgesetz) nach Maßgabe der Z 3 aufgeteilt;

## 327 der Beilagen

9

3. die jeweiligen Unterschiedsbeträge, die sich bei den Ländern Burgenland und Niederösterreich zwischen der Berechnung nach Z 2 und einer Berechnung nach Abs. 4 ergeben, werden Wien zugerechnet.

(7) Für das Jahr 1991 ergeben sich aus den zur Verfügung stehenden Mitteln und den Quoten gemäß Abs. 3 und Abs. 4 Länderquoten, welche der Bemessung gemäß Art. 21 zugrunde zu legen sind. Für die Jahre 1992, 1993 und 1994 ergeben sich aus den zur Verfügung stehenden Mitteln und den Quoten gemäß Abs. 3, Abs. 5 und Abs. 6 Länderquoten, welche der Bemessung gemäß Art. 21 zugrunde zu legen sind.

### Artikel 21

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

(1) Innerhalb der gemäß Art. 20 Abs. 7 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 1990 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 Quote gemäß Art. 20 Abs. 3 werden als Mittel für die Finanzierung von strukturverbessernden Maßnahmen zur Anweisung an die Länder bestimmt sein.

(2) Die nach Abzug der Beträge gemäß Abs. 1 im Rahmen der jeweiligen Landesquoten nach Art. 20 Abs. 7 für die Finanzierung der Träger von Krankenanstalten jährlich zur Verfügung stehenden Mittel werden — mit Ausnahme eines Betrages von 150 Millionen Schilling im Rahmen der Landesquote Wiens im Jahre 1991 — 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. Die aus der Landesquote Wiens für das Jahr 1991 vor Bildung der Teilbeträge 1 und 2 abgesonderten 150 Millionen Schilling sind dem Teilbetrag 1 zuzuweisen.

(3) 90% des Teilbetrages 1 werden derart auf die Träger der Krankenanstalten verteilt werden, daß die dem einzelnen Träger gemäß §§ 57 und 59 des Krankenanstaltengesetzes zu gewährenden Zweckzuschüsse in jenem Verhältnis aufgestockt werden, das sich aus dem Gesamtbetrag an Zweckzuschüssen gemäß den §§ 57 und 59 des Krankenanstaltengesetzes 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 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 Ambulanzleistungen, gewichtet nach der Versorgungsstufe der Krankenanstalt, bestimmt.
2. 30% der Mittel sind für die Finanzierung der Leistungen nach der Zahl der verrechneten Pflegetage, 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(inne)n des medizinisch-technischen Fachdienstes ein Gewichtungsfaktor von 0,5 und für Schüler(inne)n 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 Leistungska-

talog, 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 Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz eingerichtet werden. Die Beistellung der sachlichen und personellen Erfordernisse sowie die Führung der Geschäfte der Fondsversammlung wird dem Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz 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 Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz 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 Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz 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 Beschluß 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 Beschlüßfassung im Fonds zumindest eine Sitzung abhalten;
2. kommt binnen drei Monaten nach der erstmaligen Beschlüßfassung im Fonds ein einstimmiger Beschluß 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

## 327 der Beilagen

11

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****Befreiung von Gebühren und Abgaben**

(1) Der Fonds wird von allen 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 27****Sozialversicherungsrechtliche Regelungen**

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

(2) Von den Beitragseinnahmen eines Kalenderjahres werden vor der Errechnung des prozentuellen Beitragsszuwachses zunächst die Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung sowie jene Beträge abgezogen werden, die die Krankenversicherungsträger gemäß Art. 16 Abs. 1 Z 3 lit. c und Art. 18 Abs. 1 zur Finanzierung der Krankenanstalten bereitstellen werden. Ferner werden bei der Errechnung des prozentuellen Beitragsszuwachses nach Abs. 1 jene Beitragseinnahmen außer Betracht bleiben, die sich ab 1. Jänner 1991 aus Änderungen

des Beitragsrechts ergeben, sofern der daraus erfließende Ertrag gesetzlich zweckgebunden ist; bei der Errechnung des prozentuellen Beitragsszuwachses nach Abs. 1 wird jedenfalls die auf Grund der 50. Novelle zum ASVG, der 18. Novelle zum GSVG, der 16. Novelle zum BSVG und der 21. Novelle zum B-KUVG vorgesehene Beitragserhöhung außer Betracht bleiben.

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

(4) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 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 Pflegegebührenersätze ab dem nachfolgenden 1. Jänner maßgeblich ist; die neuen Pflegegebührenersätze werden auf volle Schilling gerundet werden. Den Trägern der Krankenanstalten werden die erhöhten Pflegegebührenersätze 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 Pflegegebührenersätze ab dem nächsten 1. Jänner werden sodann für das Vorjahr fiktiv jene Pflegegebührenersätze errechnet werden, die sich bei Anwendung des endgültigen Hundertsatzes ergeben hätten. Diese fiktiven Pflegegebührenersätze 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 zuzüglich 40% der von allen Krankenversicherungsträgern für medizinische Hauskrankenpflege erbrachten Tage unter die Zahl

der Pflegetage aller Krankenanstalten des Jahres 1990 sinkt, wird der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger den Trägern der Krankenanstalten, bei denen ein Sinken der Zahl der Pflegetage eingetreten ist, eine Jahresausgleichszahlung leisten. Die Höhe der den Krankenanstalten in Summe zustehenden Jahresausgleichszahlung bemisst sich nach der Differenz zwischen den von allen Krankenanstalten tatsächlich verrechneten Pflegetagen zuzüglich 40% der von allen Krankenversicherungsträgern für medizinische Hauskrankenpflege erbrachten Tage und der Zahl der Pflegetage des Jahres 1990. Die Aufteilung dieser Jahresausgleichszahlung wird auf die Träger dieser Anstalten im Verhältnis ihrer Pflegetageverminderung und entsprechend den für sie gültigen Pflegegebührenersätzen erfolgen. Die Abwicklung dieser Jahresausgleichszahlung wird durch die Geschäftsstelle des Fonds 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 einhelligen Beschuß der Fondsversammlung des Fonds 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 geändert, daß die eingerichteten Schiedskommissionen an die mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales festgesetzten Erhöhungssätze gemäß Abs. 1 bis 5 gebunden sind. Im Krankenanstaltengesetz ist durch geeignete Bestimmungen dafür vorzusorgen, daß bei Entscheidungen der Schiedskommissionen über die Gleichartigkeit oder annähernde Gleichwertigkeit (§ 28 Abs. 3 des Krankenanstaltengesetzes) sachliche Kriterien herangezogen werden.

(9) Mit 1. Juli 1988 wurde 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, wurde 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 (§ 447 f ASVG) an den Fonds 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 derer die Krankenversicherungsträger und Krankenfürsorgeeinrichtungen in die Lage versetzt werden, die entsprechenden Daten von den Dienstgebern einzufordern und an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 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 Fonds 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 Pflegegebührenersätzen auch noch diejenigen Kosten der Anstaltpflege in Rechnung stellen und an den Träger der in Anspruch genommenen Krankenanstalt weiterleiten werden, die aus der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenversicherungsträger über die finanzielle Beteiligung am Fonds entstehen.

## Artikel 28

### Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt nach Einlangen der Mitteilungen aller Vertragsparteien beim Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz, daß die nach der Bundesverfassung bzw. nach den Landesverfassungen erforderlichen Voraussetzungen für das Inkrafttreten erfüllt sind, mit 1. Jänner 1991 in Kraft.

## Artikel 29

### Durchführung der Vereinbarung

Die zur Durchführung dieser Vereinbarung notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen sind mit 1. Jänner 1991 in Kraft zu setzen.

**Artikel 30****Geltungsdauer und Kündigungsverzicht**

(1) Diese Vereinbarung wird für die Jahre 1991, 1992, 1993 und 1994 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) Alle finanziellen Leistungen, die auf Grund des Bundesgesetzes über die Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 281/1988, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. Nr. 70/1991 und BGBl. Nr. 232/1991 für das Jahr 1991 geleistet wurden, sind auf die finanziellen Leistungen auf Grund dieser Vereinbarung anzurechnen.

**Artikel 31****Mitteilungen**

Das Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz hat die Vertragsparteien über Erklärungen nach Art. 28 unverzüglich in Kenntnis zu setzen.

**Artikel 32****Gemeinsamer Arbeitskreis des Bundes und der Länder**

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, daß beim Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz 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 Vertreter des Bundes, ein Vertreter des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, je ein Vertreter eines jeden Landes, des Österreichischen Städtebundes, des Österreichischen Gemeindebundes, der Österreichischen Bischofskonferenz gemeinsam mit dem Evangelischen Oberkirchenrat, der Sektion Krankenversicherung im Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, der Österreichischen Ärztekammer sowie der Österreichischen Bundesarbeitskammer 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.

**Artikel 33**

(1) Die Länder verpflichten sich, dafür zu sorgen, daß für die Jahre 1991, 1992, 1993 und 1994 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 gestellt werden.

(2) Mit der in Art. 20 vereinbarten länderweisen Verteilung der Mittel gelten die aus Leistungen für inländische Fremdpatienten in den Jahren 1991 bis einschließlich 1994 entstandenen wechselseitigen finanziellen Forderungen und Verbindlichkeiten als erfüllt.

(3) Forderungen von Trägern von Krankenanstalten an den Bund, die den klinischen Mehraufwand im Sinne des § 55 des Krankenanstaltengesetzes betreffen, sind von dieser Bestimmung nicht erfaßt.

**Artikel 34**

Diese Vereinbarung wird in einer Urschrift ausgefertigt. Die Urschrift wird beim Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz 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 und Ziel:**

Nach dem Außerkrafttreten der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds, BGBl. Nr. 619/1988, mit Ablauf des 31. Dezember 1990 erfolgte im Jahr 1991 die Finanzierung der Krankenanstalten auf provisorischer Grundlage. Im Fall des Nichtzustandekommens einer Einigung zwischen Bund und Ländern im Laufe des Jahres 1991 wäre rückwirkend mit 1. Jänner 1991 die am 31. Dezember 1977 in Geltung gestandene Rechtslage wieder in Kraft getreten.

Auf deren Grundlage hätte das mittlerweile im Landesrecht enthaltene sog. „Salzburger Modell“ eine massive Belastung der sozialen Krankenversicherungsträger erbracht, die — ohne Möglichkeit zu Reformen am Spitalssektor — nur durch weitere Beitragserhöhungen zu finanzieren gewesen wäre.

Mit dem erfolgreichen Abschluß der Verhandlungen zwischen Bund und Ländern ist es indes gelungen, auf der Grundlage einer neuen Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG die Finanzierung der Krankenanstalten in den Jahren 1991 bis 1994 sicherzustellen und überdies entscheidende Schritte in Richtung der notwendigen Strukturreformen zu setzen.

**Inhalt:**

Die Vereinbarung umfaßt folgende wesentlichen Punkte:

- Laufzeit 1991 bis einschließlich 1994;
- Zusätzliche Mittel, die während der Laufzeit der Vereinbarung ein Gesamtvolumen von ca. 60 Milliarden Schilling sicherstellen;
- Lösung des Fremdpatientenproblems;
- Strukturreformen innerhalb der Krankenanstalten sowie Mittel für extramurale Strukturverbesserungen;
- Weiterführung der Reform des Gesundheitswesens.

**Alternative:**

Rückfall in das Abgangsdeckungssystem gemäß den §§ 57 und 59 KAG mit einem Totalverzicht auf eine leistungsbezogene Spitalsfinanzierung.

**Kosten:**

Für den Bund ergibt der Abschluß der neuen Vereinbarung keine zusätzliche Belastung im Vergleich zu den vom Bund für die Spitalsfinanzierung nach der Vereinbarung BGBl. Nr. 619/1988 zur Verfügung gestellten Mitteln.

## Erläuterungen

### I.

#### Allgemeiner Teil

Mit Ablauf des 31. Dezember 1990 ist die Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds, BGBl. Nr. 619/1988, außer Kraft getreten.

Ab diesem Zeitpunkt bestand auf der Grundlage von Novellen eine provisorische Regelung über die Spitalsfinanzierung für das Jahr 1991 (vgl. insbesondere die Novellen BGBl. Nr. 70/1991 und 232/1991).

Sollte keine „Übereinkunft betreffend eine Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung“ bis zum 31. Dezember 1991 zustande kommen, so war vorgesehen, daß rückwirkend ab 1. Jänner 1991 die am 31. Dezember 1977 in Geltung gestandenen entsprechenden Bestimmungen in Kraft treten würden.

Alle Zuschüsse des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, die für das Jahr 1991 erbracht worden sind, wären auf die Zweckzuschüsse gemäß §§ 57 und 59 KAG anzurechnen gewesen.

Das „Salzburger Modell“, nach dem die Krankenversicherungsträger an die Träger der Krankenanstalten Pflegegebührensätze im Ausmaß von 60% bis 80% der amtlichen Pflegegebühr zu leisten hätten und das eine massive Mehrbelastung der sozialen Krankenversicherung (bis zu etwa 8,5 Milliarden Schilling jährlich) bedeutet hätte, wäre ebenfalls mit 1. Jänner 1991 in Kraft getreten.

Trotz dieser massiven Mehrbelastung, die nur durch eine weitere Beitragserhöhung zu finanzieren gewesen wäre, wären keine Strukturreformen am Spitalssektor möglich gewesen.

In zahlreichen Verhandlungsrunden zwischen dem Bund und den Ländern konnte schließlich am 7. November 1991 eine grundsätzliche Einigung über die Neuregelung der Krankenanstaltenfinanzierung erzielt werden.

Noch im Laufe des November 1991 konnte der Inhalt einer entsprechenden Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung ausgearbeitet und fixiert werden.

Die wesentlichen Punkte der neuen Vereinbarung sind:

#### 1. Laufzeit

Die Vereinbarung wird für die Jahre 1991, 1992, 1993 und 1994 geschlossen. Die Vertragsparteien verzichten für diesen Zeitraum auf ihr Recht, die Vereinbarung zu kündigen.

#### 2. Zusätzliche Mittel

Gegenüber dem Jahre 1990 werden dem Fonds folgende Mittel zusätzlich zur Verfügung stehen:

##### a) für das Jahr 1991:

	in Millionen Schilling
— Mittel der Länder und Gemeinden aus Einkommensteuern (Familienlastenausgleichsfonds) ...	1 350
— Mittel der Länder und Gemeinden aus dem Aufkommen an der Umsatzsteuer (Umwidmung der Mittel des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds) .....	750
— Mittel der sozialen Krankenversicherung .....	750
	<hr/> 2 850

##### b) für die Jahre 1992 bis 1994:

— Mittel der Länder und Gemeinden aus dem Aufkommen an der Umsatzsteuer (Umwidmung der Mittel des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds) — Basis 1991: .....	750
— Zusatzbeitrag der sozialen Krankenversicherung (KV-Erhöhung ab 1. 1. 92) — Basis 1992: .....	4 000

#### 3. Schätzung des finanziellen Gesamtvolumens des Fonds

Da die Dotation des Fonds im übrigen weiterhin nach einem System erfolgt wie im Jahre 1990 (auf

der Grundlage der Vereinbarung BGBl. Nr. 619/1988) und weitere Mittel hinzutreten, wird der Fonds über das folgende geschätzte Gesamtvolume verfügen:

für das Jahr 1991: ca. 12 Milliarden Schilling  
für das Jahr 1992: ca. 15 Milliarden Schilling  
für das Jahr 1993: ca. 16 Milliarden Schilling  
für das Jahr 1994: ca. 17 Milliarden Schilling.

#### 4. Lösung des Fremdpatientenproblems

Im engen Zusammenhang mit einer Aufteilung der zusätzlichen Mittel in neue Quoten für die einzelnen Bundesländer wurde die Problematik der finanziellen Abgeltung der inländischen Fremdpatienten bis Ende 1994 gelöst.

Die aus Leistungen für inländische Fremdpatienten entstehenden wechselseitigen finanziellen Forderungen und Verbindlichkeiten gelten mit dieser Vereinbarung als erfüllt.

#### 5. Strukturreform im Gesundheitswesen

##### a) Reform der Krankenanstaltenfinanzierung

Entsprechend der Regierungserklärung und aufbauend auf den bisherigen Arbeiten sieht die Vereinbarung vor, daß das Modell „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“ mit dem Ziel weiterentwickelt wird, zum frühestmöglichen Zeitpunkt Grundlage für die Krankenanstaltenfinanzierung zu sein. Ab 1. Jänner 1993 ist auf Grundlage des überarbeiteten Modells eine vollständige Abrechnung parallel zur geltenden Krankenanstaltenfinanzierung verpflichtend vorgesehen, wobei jedoch die tatsächliche Krankenanstaltenfinanzierung weiterhin nach dem bisher geltenden System erfolgt. Das Ergebnis dieser Parallelrechnung stellt eine wesentliche Vorbereitung der politischen Entscheidung über die Einführung einer leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung dar.

##### b) Bereitstellung von Mitteln für die Finanzierung strukturverbessernder Maßnahmen

Die Vereinbarung sieht vor, daß — so wie in der letzten Vereinbarung — zwischen 10 bis 25% der bisherigen Quoten als Mittel für die Finanzierung von strukturverbessernden Maßnahmen eingesetzt werden sollen:

Aufgrund der Schätzung des Volumens der Fondsmittel können  
1991 ca. zwischen 950 und 2 375 Millionen Schilling,  
1992 ca. zwischen 1 050 und 2 625 Millionen Schilling,  
1993 ca. zwischen 1 100 und 2 750 Millionen Schilling,  
1994 ca. zwischen 1 150 und 2 875 Millionen Schilling

für strukturverbessernde Maßnahmen zur Verfügung gestellt werden.

Durch diese Mittel werden die in den letzten Jahren bereits geschaffenen alternativen Versorgungseinrichtungen (wie z.B. Hauskrankenpflege, mobile Dienste, Erhöhung der Bettenkapazität für Pflegefälle) weiter gefördert bzw. es können neue Projekte in Angriff genommen werden.

##### c) Weiterführung der Reform des Gesundheitswesens

Seit Herbst 1990 haben der Bund und die Länder zahlreiche Verhandlungen über die Reform des Gesundheitswesens geführt und am 25. März 1991 22 Standpunkte zu diesem Thema definiert.

In der Vereinbarung ist verankert, daß die Verhandlungen über die Reformen des österreichischen Gesundheitswesens auf der Grundlage des „22-Punkte-Programms“ weitergeführt werden.

## II.

### Zu den einzelnen Bestimmungen

Die wesentlichsten Änderungen dieser Vereinbarung gegenüber der vorangegangenen Vereinbarung sind:

#### Zu Art. 1 Abs. 2 Z 1:

Der bereits in der letzten Vereinbarung vereinbarte und auch teilweise realisierte Abbau von Akutbetten soll aufgrund eines von der Fondsversammlung zu beschließenden Realisierungsplanes weitergeführt werden. Die bis zum 31. Dezember 1990 bereits abgebauten Akutbetten sind entsprechend zu berücksichtigen.

Um aber eine echte Kostenreduktion zu erreichen, müssen Hand in Hand mit dem Abbau von Akutbetten auch die personellen und apparativen Kapazitäten sowie die Zahl der tatsächlich aufgestellten Betten entsprechend verringert werden. D.h. es sind entweder ganze Abteilungen oder Krankenanstalten zu schließen bzw. in Pflegeheime umzuwandeln.

#### Zu Art. 1 Abs. 2 Z 3 und 4:

Zusätzlich zu den bisher von der sozialen Krankenversicherung einfließenden Mittel werden für das Jahr 1991 750 Millionen Schilling und für die Jahre 1992 bis 1994 je 4 000 Millionen Schilling (valorisiert für 1993 und 1994 im prozentuellen Ausmaß der Beitragseinnahmen aus dem Zusatzbeitrag aufgrund der Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge ab 1. 1. 1992) an den Fonds überwiesen.

## 327 der Beilagen

17

Ein Teil dieser wesentlich erhöhten Fondsmitte wird zur finanziellen Abgeltung des Fremdpatientenproblems verwendet, sodaß bis Ende 1994 diese Problematik gelöst ist, und die in den Landes-Krankenanstaltengesetzten geplanten Maßnahmen nicht zum Tragen kommen. D.h. jeder Patient bzw. Patientin kann sich — so wie bisher — ohne zusätzliche Kosten in den Krankenanstalten behandeln lassen.

**Zu Art. 1 Abs. 2 Z 6 und 7:**

Das im Rahmen der letzten KRAZAF-Vereinbarung in den Jahren 1988 bis 1990 erarbeitete Modell einer leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung soll mit dem Ziel weiterentwickelt werden, zum frühestmöglichen Zeitpunkt Grundlage für die Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich zu sein. Dabei werden ua. die Diagnosenbezogenheit, die adäquate personelle und apparative Ausstattung der Krankenanstalten, die Erbringung ausgewählter medizinischer Einzelleistungen und weitere Qualitätsstandards nach vorgegebenen Kategorien wesentliche Indikatoren dieses zukünftigen Finanzierungsmodells sein.

Ab 1. Jänner 1993 ist auf Grundlage des überarbeiteten Modells eine vollständige Abrechnung parallel zur geltenden Krankenanstaltenfinanzierung verpflichtend vorgesehen, wobei jedoch die tatsächliche Krankenanstaltenfinanzierung weiterhin nach dem bisher geltenden System erfolgt. Das Ergebnis dieser Parallelrechnung stellt eine wesentliche Vorbereitung der politischen Entscheidung über die Einführung einer leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung dar.

Da als Voraussetzung für die vereinbarungsgemäß festgelegten Parallelrechnungen in den Jahren 1991 bis 1994 durch den Fonds umfangreiche Vorarbeiten zu leisten sind, soll in diesem Zeitraum für die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und für Grundlagenarbeit des Fonds ein Höchstbetrag von 20 Millionen Schilling jährlich vorgesehen werden. Weiters werden aus diesen Mitteln Studien als Arbeitsgrundlage für die Tätigkeiten des Fonds in Auftrag gegeben bzw. laufende Studien finanziert.

**Zu Art. 1 Abs. 2 Z 8:**

Die in der letzten Vereinbarung beschlossene Einhebung eines Kostenbeitrages in der Höhe von 50 S pro Tag von Patienten der allgemeinen Gebührenklasse soll auch für die Laufzeit dieser Vereinbarung gelten.

Durch die in der Zwischenzeit eingetretene Valorisierung dieses Betrages werden im Jahr 1991 55 S pro Tag eingehoben. In Salzburg beträgt der Kostenbeitrag 54 S, in Vorarlberg 52 S. Da dieser

Kostenbeitrag insgesamt nur für höchstens 28 Kalendertage in jedem Jahr eingehoben wird, ergibt sich somit eine Maximalbelastung von 1 540 S je Patient.

Im Jahre 1990 wurden von den Krankenanstalten rund 400 Millionen Schilling an Kostenbeiträgen eingenommen.

**Zu Art. 2 Abs. 1:**

Die Vereinbarung sieht vor, daß — so wie in der letzten Vereinbarung — zwischen 10 bis 25% der jeweiligen Quote gem. Art. 20 Abs. 3 als Mittel für die Finanzierung von strukturverbessernden Maßnahmen eingesetzt werden sollen.

Während der Laufzeit der letzten Vereinbarung haben die Länder überwiegend 10% dieser Mittel (ausgenommen Niederösterreich mit 12%), somit insgesamt ca. 900 Millionen Schilling für diese Maßnahmen eingesetzt.

Durch die Erhöhung der Fondsmitte werden bei einer Beibehaltung der Bereitstellung von 10% der Mittel

für das Jahr 1991 ca. 950 Millionen Schilling  
für das Jahr 1992 ca. 1 050 Millionen Schilling  
für das Jahr 1993 ca. 1 100 Millionen Schilling  
für das Jahr 1994 ca. 1 150 Millionen Schilling eingesetzt.

Aufgrund des in der Vereinbarung festgelegten Spielraumes (10 bis 25%) könnten maximal

im Jahre 1991 2 375 Millionen Schilling  
im Jahre 1992 2 625 Millionen Schilling  
im Jahre 1993 2 750 Millionen Schilling  
im Jahre 1994 2 875 Millionen Schilling

für strukturverbessernde Maßnahmen zur Verfügung gestellt werden.

Durch diese Mittel werden die in den letzten Jahren bereits geschaffenen alternativen Versorgungseinrichtungen (wie zB Hauskrankenpflege, mobile Dienste, Erhöhung der Bettenkapazität für Pflegefälle) weiter gefördert bzw. es können neue Projekte in Angriff genommen werden.

**Zu Art. 5 Z 7 und 8:**

Aufgrund der festgelegten Zielsetzung, das Modell „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“ weiterzuentwickeln und ab 1. Jänner 1993 parallel zur geltenden Krankenanstaltenfinanzierung auf Grundlage des überarbeiteten Modells verpflichtend eine vollständige Abrechnung durchzuführen, ergeben sich diese Erweiterungen der Aufgaben des Fonds.

**Zu Art. 5 Z 9:**

Im zukünftigen Modell einer leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung sollen neben den

18

## 327 der Beilagen

Diagnosen auch die von den Krankenanstalten erbrachten besonders kostenaufwendigen Leistungen (zB Leistungen der Transplantationschirurgie) als wesentliche Finanzierungsgrößen Berücksichtigung finden. Voraussetzung dafür ist eine bundeseinheitliche Leistungsdokumentation in Krankenanstalten auf Basis eines Kataloges ausgewählter medizinischer Einzelleistungen. Der Fonds kann daher zur Sicherstellung einer einheitlichen Dokumentation in Krankenanstalten und entsprechend den Erfordernissen des Modells einer leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung Richtlinien zur Diagnosen- und Leistungserfassung für Krankenanstalten erlassen.

**Zu Art. 5 Z 10:**

Die in den Krankenanstalten erfaßten Diagnosen- und Leistungsdaten sollen durch den Fonds sowohl nach gesundheitspolitischen Grundsätzen (zB Erstellung von Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken) als auch nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen (zB Kalkulationsrechnungen in Verbindung mit der seit 1. Jänner 1978 praktizierten Krankenanstaltenkostenrechnung) ausgewertet werden.

**Zu Art. 5 Z 13:**

Die Aufgaben des Fonds werden um den Begriff der „Systemplanung“ erweitert. Durch diese Aufgabenerweiterung soll gewährleistet werden, daß der im Rahmen der Reformen des österreichischen Gesundheitswesens („22-Punkte-Programm“) geforderte Gesundheitsplan mit den einzelnen Teilplänen einer Realisierung zugeführt werden kann.

**Zu Art. 6 Abs. 4 Z 1:**

Um den beträchtlichen Verwaltungsaufwand der durch die Administration (händische Eingabe) der Ergebnisse der Kostenrechnung laut Kostenrechnungsverordnung entsteht, wesentlich zu vereinfachen, sollen jene Krankenanstalten, die bereits jetzt mit einer EDV arbeiten, diese Ergebnisse in maschinenlesbarer Form an den Fonds übermitteln.

**Zu Art. 6 Abs. 4 Z 2:**

Da die festgelegte Parallelführung des Modells einer leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung eine vollständige und inhaltlich korrekte Übermittlung von Diagnosen und nunmehr auch von ausgewählten medizinischen Einzelleistungen seitens der Träger von Krankenanstalten voraussetzt, soll die Gewährung von Betriebszuschüssen aus dem Fonds an die Bedingung einer ordnungsgemäßen Diagnosenberichterstellung nach Maßgabe der entsprechenden rechtlichen Bestimmungen gebunden werden.

**Zu Art. 6 Abs. 4 Z 6:**

Die Bestimmung des Ärztegesetzes, daß in den anerkannten Ausbildungsstätten (ausgenommen Universitätskliniken) auf je 15 systemisierte Betten mindestens ein in Ausbildung zum praktischen Arzt stehender Arzt zu beschäftigen ist, wurde auch in diese Vereinbarung übernommen. Die Einhaltung dieser Maßnahme ist vom Fonds zu überprüfen. Die wegen des akuten Fachärztemangels von der Fondsversammlung beschlossene Vorgangsweise, daß auch in Ausbildung stehende Fachärzte angerechnet werden können, sofern sie auf Ausbildungsstellen beschäftigt werden, die wegen des dringenden Bedarfes an Fachärzten der betreffenden Sonderfächer nach dem 31. 12. 1987 geschaffen wurden bzw. werden, wurde in diese Vereinbarung übernommen.

**Zu Art. 6 Abs. 5:**

Als neu eröffnete Krankenanstalten im Sinne des Abs. 5 gelten Krankenanstalten, die an einem Standort, wo bisher kein Spital vorhanden war, neu errichtet werden.

**Zu Art. 6 Abs. 7:**

Da die soziale Krankenversicherung einen Teil ihrer Mittel erst bis zum 31. Oktober des jeweiligen Folgejahres abrechnet, ist eine 2. Zwischenabrechnung bis 15. November desselben Jahres erforderlich. Diese Vorgangsweise wurde bisher von der Fondsversammlung genehmigt und wurde jetzt in die Vereinbarung übernommen.

**Zu Art. 7 Abs. 4:**

Um den Ländern zu ermöglichen, die beträchtlich erhöhten Investitionsmittel auch für das Jahr 1991 sinnvoll einsetzen zu können, wurde die Frist für die Überweisung der Anträge auf Gewährung von Investitionszuschüssen für das Jahr 1991 bis 30. 4. 1992 erstreckt.

**Zu Art. 10 Z 1 und 2:**

Zur Sicherstellung umfassender Grundlagen für die Weiterentwicklung des Modells einer leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung soll dem Fonds die Möglichkeit eingeräumt werden, bei Bedarf zusätzliche Informationen aus dem Bereich der Finanzierung von den Krankenanstalten bzw. von deren Trägern einzuholen. Weiters kann in Bezug auf Überlegungen zur Finanzierung des ambulanten Krankenanstaltensektors die Einholung von zusätzlichen Informationen betreffend die in Krankenanstalten ambulant behandelten Patienten erforderlich sein.

**Zu Art. 14 Abs. 2 Z 2:**

Da das neu entwickelte „Gamma-Knife“ die Kriterien um als med.-techn. Großgerät zu gelten

## 327 der Beilagen

19

erfüllt — wie zB hohe Anschaffungskosten, Einsatz für die Routineversorgung, überregionale Bedeutung, spezielle Indikationsbereiche sowie hohe jährliche Betriebskosten — wurde es als weiteres Therapiegerät in die Liste aufgenommen. Die Aufstellung von mindestens einem Gerät in Österreich ist beabsichtigt.

**Zu Art. 14 Abs. 4:**

Die für die Erteilung der Bewilligung von med.-techn. Großgeräten geltenden landesgesetzlichen Bestimmungen wurden um die bundesgesetzlichen Bestimmungen ergänzt, da zB bei der Aufstellung eines Kernspintomographen bundesgesetzliche Bestimmungen (Strahlenschutzbestimmungen) anzuwenden sind.

**Zu Art. 16 Abs. 1:**

Im Jahre 1991 werden dem Fonds folgende zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt:

	in Millionen Schilling
— Mittel der Länder und Gemeinden aus Einkommensteuern (Familienlastenausgleichsfonds) .....	1 350
— Mittel der Länder und Gemeinden aus dem Aufkommen an der Umsatzsteuer (Umwidmung der Mittel des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds).....	750
— Mittel der sozialen Krankenversicherung .....	750
	<b>2 850</b>

In den Jahren 1992 bis 1994 werden dem Fonds jährlich folgende zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt:

	Millionen Schilling
— Mittel der Länder und Gemeinden aus dem Aufkommen an der Umsatzsteuer (Umwidmung der Mittel des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds)	750
Basis 1991: (abhängig vom USt-Aufkommen der Folgejahre)	750
— Zusatzbeitrag der sozialen Krankenversicherung (KV-Erhöhung ab 1. 1. 92)	4 000
Basis 1992: (abhängig von den Beitragseinnahmen der Zusatzbeiträge der Folgejahre)	4 000

In den Jahren 1991 bis 1994 fließen auch die Mittel aus der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage ein. Diese werden bereits seit 1988 eingehoben.

**Zu Art. 16 Abs. 2 und 3:**

Aufgrund der Novelle des Bundesgesetzes über die Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 232/1991 vom 10. 5. 1991 wurden im Jahre 1991 einlangende Mittel der Länder und Gemeinden aus dem Familienlastenausgleichsfonds und dem Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds zinsbringend auf Sonderkonten des Finanzministeriums veranlagt.

**Zu Art. 17 Abs. 3 und 5:**

Hier wird die Abrechnung der Mittel aus dem Familienlastenausgleichsfonds für das Jahr 1991 und aus dem Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds für die gesamte Laufzeit der Vereinbarung nach dem Finanzausgleichsgesetz 1989 geregelt. Dabei entstehende Übergenüsse bzw. Guthaben des Fonds sind auszugleichen.

**Zu Art. 18 Abs. 1:**

Die bisher verwendete Formulierung „Mittel nach § 447 f ASVG“ wurde durch „3,75% der Summe der Erträge an Beiträgen zur Krankenversicherung“ ersetzt. Es wird geregelt, welche Beiträge zur Krankenversicherung für diese Berechnung heranzuziehen sind.

**Zu Art. 18 Abs. 2:**

Die bisher von den Trägern der sozialen Krankenversicherung in den Jahren 1988 bis 1990 an den Fonds geleisteten Mittel in Höhe von 1 160 Millionen Schilling wurden jährlich um zusätzliche Mittel in Höhe von 320 Millionen Schilling aufgestockt. Somit fließen ab 1991 jährlich 1 480 Millionen Schilling an den Fonds.

**Zu Art. 19 Abs. 1:**

Von den Trägern der sozialen Krankenversicherung werden im Jahr 1991 zusätzlich 750 Millionen Schilling an den Fonds eingebracht. Der Bund wird die Aufbringung dieser Mittel gesetzlich regeln, wobei 150 Millionen Schilling im Verhältnis der in den Wiener Krankenanstalten mit den Trägern der sozialen Krankenversicherung verrechneten Pflegetage aufgebracht werden.

**Zu Art. 19 Abs. 3:**

In den Jahren 1992 bis 1994 werden jährlich die Träger der sozialen Krankenversicherung zusätzlich 4 000 Millionen Schilling an den Fonds überweisen. Dieser Betrag wird für die Jahre 1993 bis 1994 jeweils im prozentuellen Ausmaß der Erhöhung oder der Verminderung der Beitragsein-

20

## 327 der Beilagen

nahmen aus dem Zusatzbeitrag aufgrund der Erhöhung der sozialen Krankenversicherung ab 1. 1. 1992 zu erhöhen oder zu vermindern sein.

träge, die sich aufgrund der Volkszahl und der Berechnung nach Abs. 4 (fixe Quoten) bei den Ländern Burgenland und Niederösterreich ergeben, dem Bundesland Wien zugerechnet werden.

**Zu Art. 19 Abs. 4:**

Diese zusätzlichen Mittel werden vierteljährlich (mit einem 7-tägigen Respiro) an den Fonds zu überweisen sein. Die endgültige Abrechnung hat am 31. 10. des jeweiligen Folgejahres zu erfolgen.

**Zu Art. 20 Abs. 3:**

Der sich nach Abzug von 80 Millionen Schilling an Vorweganteilen und 200 Millionen Schilling für med.-techn. Großgeräte ergebende Betrag ist

im Jahre 1991 um die zusätzlichen Mittel in Höhe von 2 850 Millionen Schilling

und in den Jahren 1992 bis 1994 jährlich um die zusätzlichen Mittel in Höhe von 4 750 Millionen Schilling zu vermindern.

Der somit verbleibende Betrag ist nach den bisher gültigen Prozentsätzen (Quoten) auf die Länder aufzuteilen.

**Zu Art. 20 Abs. 4:**

Für das Jahr 1991 werden die zusätzlichen Mittel in Höhe von 2 850 Millionen Schilling nach fixen Beträgen auf die einzelnen Bundesländer verteilt.

**Zu Art. 20 Abs. 5:**

Für die Jahre 1992 bis 1994 werden die zusätzlichen Mittel der Träger der sozialen Krankenversicherung in Höhe von 4 000 Millionen Schilling (Basis 1992 — valorisiert für die Jahre 1993 und 1994) im Verhältnis der fixen Beträge gemäß Abs. 4 auf die einzelnen Bundesländer verteilt.

**Zu Art. 20 Abs. 6:**

Für die Jahre 1992 bis 1994 werden die zusätzlichen Mittel aus der Umwidmung der Mittel des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds (rund 750 Millionen Schilling — abhängig vom USt-Aufkommen) wie folgt aufgeteilt:

- Wien erhält zunächst 5% dieser Mittel.
- Der Restbetrag wird nach der jeweils geltenden Volkszahl auf alle Bundesländer verteilt.

Aufgrund der in Ostösterreich bestehenden Fremdpatientenproblematik wird eine Regelung dahin gehend getroffen, daß die Unterschiedsbe-

**Zu Art. 20 Abs. 7:**

Die für das Jahr 1991 zur Verteilung gelangenden Länderquoten setzen sich wie folgt zusammen:

- a) aus den bisher gültigen Quoten (Prozentsätze gem. Abs. 3)
- b) aus den neu gebildeten Quoten (aufgrund der Aufteilung der 2 850 Millionen Schilling in Fixbeträgen)

Die für die Jahre 1992 bis 1994 zur Verteilung gelangenden Länderquoten setzen sich wie folgt zusammen:

- a) aus den bisher gültigen Quoten (Prozentsätze gem. Abs. 3)
- b) aus den neu gebildeten Quoten (im Verhältnis der Aufteilung der Fixbeträge gem. Abs. 5)
- c) aus den neu gebildeten Quoten gem. Abs. 6

**Zu Art. 21 Abs. 1:**

Hier werden die Länder verpflichtet, innerhalb der jeweils gebildeten Länderquoten, nach Abzug der Mittel für die Investitionsfinanzierung med.-techn. Großgeräte und der Mittel für Planungskonzepte und Grundlagenarbeit des Fonds zwischen 75 bis 90% der verfügbaren Mittel für die Krankenanstaltenfinanzierung vorzusehen. Zumindest sind aber für die Krankenanstaltenfinanzierung Mittel in Höhe der Mittel des Jahres 1990 zur Verfügung zu stellen.

Zwischen 10 bis 25% der Quoten gemäß Art. 20 Abs. 3 (bisher geltende Prozentsätze) werden als Mittel für die Finanzierung von strukturverbesserten Maßnahmen eingesetzt.

**Zu Art. 21 Abs. 2:**

Im Jahre 1991 wird dem Bundesland Wien im Rahmen seiner Landesquote ein Betrag in Höhe von 150 Millionen Schilling ausschließlich für den Teilbetrag 1 zur Verfügung gestellt.

**Zu Art. 27 Abs. 1 bis 5:**

Die jährliche Valorisierung der Pflegegebührenersätze erfolgt nach dem bisher geltenden System. Die aufgrund der 50. Novelle zum ASVG, der 18. Novelle zum GSVG, der 16. Novelle zum BSVG und der 21. Novelle zum B-KUVG vorgesehene Beitragserhöhung wird keine zusätzliche Erhöhung der Pflegegebührenersätze herbeiführen.

## 327 der Beilagen

21

**Zu Art. 30 Abs. 4:**

Die aufgrund der derzeitigen gesetzlichen Lage für das Jahr 1991 an die Träger von Krankenanstalten geleisteten Akontozahlungen sind den finanziellen Leistungen dieser Vereinbarung anzurechnen.

**Zu Art. 33 Abs. 2:**

Durch die wesentliche Erhöhung der Fondsmittel und durch die neuen Länderquoten ist die Problematik der finanziellen Abgeltung der inländischen Fremdpatienten bis Ende 1994 gelöst.