

# BUNDESGESETZBLATT

## FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Jahrgang 1996

Ausgegeben am 30. Dezember 1996

254. Stück

- 783. Verordnung:** Diagnosen- und Leistungsdokumentation im stationären Bereich  
**784. Verordnung:** Dokumentation von Kostendaten in Krankenanstalten, deren Träger auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 finanziert werden (Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten)  
**785. Verordnung:** Dokumentation von Statistikdaten in Krankenanstalten, deren Träger auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 finanziert werden (Statistikverordnung für Fondskrankenanstalten)  
**786. Verordnung:** Dokumentation von Statistikdaten in Krankenanstalten, deren Träger auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 nicht finanziert werden (Statistikverordnung für Nichtfondskrankenanstalten)

### **783. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Konsumentenschutz betreffend die Diagnosen- und Leistungsdokumentation im stationären Bereich**

Auf Grund des § 4 des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, wird verordnet:

#### **Art und Aufbau der Datenübermittlung**

§ 1. (1) Die Übermittlung der Diagnosen- und Leistungsberichte an das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz gemäß Hauptstück A des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen hat auf Magnetband, Magnetbandkassette oder Diskette zu erfolgen.

(2) Die Formatierung der Datenträger und eine eventuelle Datenkomprimierung haben der Anlage 1 zu entsprechen.

(3) Über andere Formen der Datenübermittlung muß vorweg mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz Einvernehmen hergestellt werden.

§ 2. (1) Die Datenübermittlung durch das Land (Landesfonds) an das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz gemäß § 3 des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen für die Krankenanstalten, deren Träger auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 finanziert werden, besteht aus vier Satzarten. Diese haben der Anlage 2 zu entsprechen.

(2) Die Datenübermittlung durch die Träger von Krankenanstalten an das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz gemäß § 2 des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen für die Krankenanstalten, deren Träger auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 nicht finanziert werden, besteht aus zwei Satzarten. Diese haben der Anlage 3 zu entsprechen.

§ 3. Vor dem Befüllen der einzelnen Felder sind die Datensätze jeweils mit Blanks zu initialisieren. Alphanumerische Felder haben ihre Werte linksbündig zu enthalten, numerische Felder rechtsbündig und ohne Vorzeichen.

#### **Dokumentationsgrundlagen**

§ 4. (1) Für die Erfassung der Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Patienten ist gemäß § 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen der vom Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herauszugebende Diagnoseschlüssel zu verwenden.

(2) Für die Erfassung der ausgewählten medizinischen Einzelleistungen ist gemäß § 1 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen der vom Bundesministerium für Gesund-

heit und Konsumentenschutz unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herauszugebende Leistungskatalog zu verwenden.

(3) Zum richtigen Gebrauch des Diagnoseschlüssels und des Leistungskataloges sind die im „Handbuch zur Diagnosen- und Leistungserfassung – Medizinische Dokumentation“ des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz zusammengefaßten Regelungen anzuwenden.

(4) Sämtliche Felddarstellungen der Datenübermittlung haben den Regelungen im „Handbuch zur Diagnosen- und Leistungserfassung – Organisation & Datenverarbeitung“ des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz zu entsprechen.

#### **Plausibilitätsprüfungen**

§ 5. Die Vollständigkeit und Richtigkeit der Diagnosen- und Leistungsberichte ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen. Jedenfalls sind die im „Handbuch zur Diagnosen- und Leistungserfassung – Organisation & Datenverarbeitung“ des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz enthaltenen Plausibilitätsprüfvorschriften anzuwenden.

#### **Vorlagetermine der Diagnosen- und Leistungsberichte**

§ 6. (1) Die Träger von Krankenanstalten, die auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 nicht finanziert werden, haben dem Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz bis zum 31. März jeden Jahres Diagnosen- und Leistungsberichte für das vorangegangene Kalenderjahr vorzulegen

(2) Die Länder (Landsfonds) haben Diagnosen- und Leistungsberichte der über den Landesfonds abgerechneten Krankenanstalten an das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz für folgende Berichtszeiträume spätestens zu folgenden Terminen zu übermitteln:

1. einen Bericht über das 1. Quartal bis 31. Mai des laufenden Jahres,
2. einen Bericht über das 1. Halbjahr bis 30. September des laufenden Jahres und
3. einen Jahresbericht bis 31. März des Folgejahres.

#### **Inkrafttretens- und Übergangsbestimmung**

§ 7. (1) Diese Verordnung tritt ab dem Berichtszeitraum des Jahres 1997 mit 1. Jänner 1997 in Kraft.

(2) Für den Berichtszeitraum des Jahres 1996 mit dem Vorlagetermin bis zum 31. März 1997 ist die Verordnung BGBl. Nr. 160/1994 letztmals anzuwenden.

**Krammer**

Anlage 1**Definition der Datenträger**

Kennung	Beschreibung
A(1600) A(6250)	<b>Magnetband</b> in EBCDIC, 9 Spuren, 1600 bzw. 6250 BPI, lesbar auf Magnetbandstation IBM 3420 oder kompatiblen. Das Satzformat ist fix geblockt (RECFM = FB) mit Satzlänge 260 (LKF: 327) Bytes. Der Blockungsfaktor ist frei wählbar, jedoch im Übergabeschein anzugeben. Es werden nur 2 400 feet-Markenbänder verarbeitet. Das Band muß mit dem Namen des Krankenträgers, dem Berichtszeitraum, der Datenträgerspezifikation A(1600) bzw. A(6250) und einer lfd. Nummer bei Beständen, die über mehrere Datenträger verteilt sind, beschriftet sein.
B(3480) B(3490)	<b>Magnetbandkassette</b> in EBCDIC, 18 Spuren, 38 000 BPI, lesbar auf Magnetbandkassettenstation IBM 3480 bzw. 3490-E oder kompatiblen. Das Satzformat ist fix geblockt (RECFM = FB) mit Satzlänge 260 (LKF: 327) Bytes. Der Blockungsfaktor ist frei wählbar, jedoch im Übergabeschein anzugeben. Die Kassette muß mit dem Namen des Krankenträgers, dem Berichtszeitraum, der Datenträgerspezifikation B(3480) bzw. B(3490) und einer lfd. Nummer bei Beständen, die über mehrere Datenträger verteilt sind, beschriftet sein. Beim Typ 3480 ist eine <i>Datenkomprimierung</i> nicht zulässig.
C(1440)	3½ Zoll- <b>Diskette</b> high density 1.44 MB, ASCII, Satzlänge 260 (LKF: 327) Bytes. Die Diskette muß mit dem Namen des Krankenträgers, dem Berichtszeitraum, der Datenträgerspezifikation C(1440) und einer lfd. Nummer bei Beständen, die über mehrere Datenträger verteilt sind, beschriftet sein. Eine <i>Datenkomprimierung</i> ist zulässig, als Programme dürfen ausschließlich ARJ bzw. PKZIP verwendet werden. Der Umstand ist gegebenenfalls zu vermerken, es sind jedoch keine dazugehörigen EXE-Files mitzuübermitteln.

Dem(n) Datenträger(n) ist für jede Übermittlung ein **Übergabeschein** mit näheren Spezifikationen laut dem „Handbuch zur Diagnosen- und Leistungserfassung – Organisation & Datenverarbeitung“ des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz beizufügen.

Anlage 2**Aufbau der Übermittlung für die über Landesfonds abzurechnenden Krankenanstalten**

Satzart 1 (Basisdatensatz je Entlassung):

Feld	Pos.	Länge in Byte	Datenformat
<b>Qualifier</b>	1	1	alphanumerisch
<b>Krankenanstaltennummer</b>	2	4	alphanumerisch
Leerzeichen	6	1	alphanumerisch
<b>Aufnahmezahl</b>	7	10	alphanumerisch
<b>Geburtsdatum</b>	17	8	numerisch JJJJMMTT
<b>Geschlecht</b>	25	1	alphanumerisch
<b>Staatsbürgerschaft</b>	26	3	alphanumerisch
<b>Hauptwohnsitz</b>			
– Staat	29	3	alphanumerisch
– Postleitzahl	32	6	alphanumerisch
<b>Aufnahmeart</b>	38	1	alphanumerisch
<b>Abteilung – 5mal</b>			
– Funktionscode	39	6	alphanumerisch

Feld	Pos.	Länge in Byte	Datenformat
– Subcode	45	2	alphanumerisch
– Aufnahme datum	47	8	numerisch JJJJMMTT
<b>Entlassungsart</b>	119	1	alphanumerisch
<b>Entlassungsdatum</b>	120	8	numerisch JJJJMMTT
<b>Hauptdiagnose</b>			
– Hauptgruppe	128	3	alphanumerisch
– Untergliederung 1	131	1	alphanumerisch
– Untergliederung 2	132	1	alphanumerisch
<b>zusätzliche Diagnosen – bis zu 9mal</b>			
– Hauptgruppe	133	3	alphanumerisch
– Untergliederung 1	136	1	alphanumerisch
– Untergliederung 2	137	1	alphanumerisch
<b>ausgewählte medizinische Einzel- leistungen – bis zu 9mal</b>			
– medizinische Einzelleistung	178	7	numerisch
– Anzahl der med. Einzelleistung	185	2	numerisch
<b>Kostenträger</b>	259	2	alphanumerisch
<b>Gruppe/Knoten der LDF</b>	261	11	alphanumerisch
<b>Punkte LDF-Pauschale</b>	272	8	numerisch
<b>Punkte Verweildauerausreißer unten</b>	280	8	numerisch
<b>Zusatzpkt. Verweildauerausreißer oben</b>	288	8	numerisch
<b>Zusatzpunkte Intensiv</b>	296	8	numerisch
<b>Zusatzpunkte Mehrfachleistungen</b>	304	8	numerisch
<b>Punkte spezieller Bereiche (tageweise)</b>	312	8	numerisch
<b>Punkte total</b>	320	8	numerisch

Satzart 2 (Prüf- und Summensatz):

Feld	Pos.	Länge in Byte	Datenformat
<b>Qualifier</b>	1	1	alphanumerisch = „,\$“
<b>Trägernummer</b>	2	4	alphanumerisch
<b>Jahr</b>	6	4	numerisch JJJJ
<b>Periode</b>	10	1	alphanumerisch
<b>Periodennummer</b>	11	3	alphanumerisch
<b>lfd. Nummer</b>	14	2	numerisch
<b>Anzahl der Sätze</b>	16	10	numerisch
<b>Anzahl der Fehlersätze</b>	26	10	numerisch
<b>Summe Punkte LDF-Pauschale</b>	36	12	numerisch
<b>Summe Punkte Verweildauerausreißer nach unten</b>	48	12	numerisch
<b>Summe Zusatzpunkte Verweildauer- ausreißer nach oben</b>	60	12	numerisch
<b>Summe Zusatzpunkte intensiv</b>	72	12	numerisch
<b>Summe Zus.Punkte für Mehrfachleistungen</b>	84	12	numerisch
<b>Summe Punkte spezieller Bereiche (tage- weise)</b>	96	12	numerisch
<b>Summe Punkte total innerhalb LKF</b>	108	12	numerisch
<b>Summe Punkte total außerhalb LKF</b>	120	12	numerisch
<b>Leerzeichen</b>	132	196	alphanumerisch

Satzart 3 (Spezielle Einrichtungen):

Feld	Pos.	Länge in Byte	Datenformat
<b>Qualifier</b>	1	1	alphanumerisch *)
<b>Jahr</b>	2	4	numerisch JJJJ
<b>Krankenanstaltennummer</b>	6	4	alphanumerisch
<b>Funktionscode</b>	10	6	alphanumerisch
<b>Subcode</b>	16	2	alphanumerisch
<b>Kostenstellen-Nummer</b>	18	10	alphanumerisch (**)
<b>Gruppe / Stufe</b>	28	2	alphanumerisch
<b>Punkte</b>	30	6	numerisch
<b>Leerzeichen</b>	36	292	alphanumerisch

\*) „H“ – Halbstationäre psychiatr. Station, „I“ – Intensivbehandlungseinheit,

„N“ – Neurolog. Akut-Nachbehandlung bzw. Geriatrie

\*\*) optional, kann auch Blank sein

Satzart 4 (Abrechnungsrelevante Kostenträger im jeweiligen Bundesland):

Feld	Pos.	Länge in Byte	Datenformat
<b>Qualifier</b>	1	1	alphanumerisch „K“
<b>Jahr</b>	2	4	numerisch JJJJ
<b>Bundesland</b>	6	1	alphanumerisch *)
<b>Kostenträger-Code</b>	7	2	alphanumerisch
<b>LKF-Relevanz</b>	9	1	alphanumerisch J/N
<b>Kostenträger-Bezeichnung</b>	10	50	alphanumerisch (**)
<b>Leerzeichen</b>	60	268	alphanumerisch

\*) Liste der gültigen Codes:

1 – Burgenland, 2 – Kärnten, 3 – Niederösterreich, 4 – Oberösterreich, 5 – Salzburg,

6 – Steiermark, 7 – Tirol, 8 – Vorarlberg, 9 – Wien

\*\*) optional, kann auch Blank sein

Anlage 3**Aufbau der Übermittlung für die nicht über Landesfonds abzurechnenden Krankenanstalten**

Satzart 1 (Basisdatensatz je Entlassung):

Feld	Pos.	Länge in Byte	Datenformat
<b>Qualifier</b>	1	1	alphanumerisch
<b>Krankenanstaltennummer</b>	2	4	alphanumerisch
Leerzeichen	6	1	alphanumerisch
<b>Aufnahmezahl</b>	7	10	alphanumerisch
<b>Geburtsdatum</b>	17	8	numerisch JJJJMMTT
<b>Geschlecht</b>	25	1	alphanumerisch
<b>Staatsbürgerschaft</b>	26	3	alphanumerisch
<b>Hauptwohnsitz</b>			
– Staat	29	3	alphanumerisch
– Postleitzahl	32	6	alphanumerisch
<b>Aufnahmeart</b>	38	1	alphanumerisch

Feld	Pos.	Länge in Byte	Datenformat
<b>Abteilung – 5mal</b>			
– Funktionscode	39	6	alphanumerisch
– Subcode	45	2	alphanumerisch
– Aufnahmedatum	47	8	numerisch JJJJMMTT
<b>Entlassungsart</b>	119	1	alphanumerisch
<b>Entlassungsdatum</b>	120	8	numerisch JJJJMMTT
<b>Hauptdiagnose</b>			
– Hauptgruppe	128	3	alphanumerisch
– Untergliederung 1	131	1	alphanumerisch
– Untergliederung 2	132	1	alphanumerisch
<b>zusätzliche Diagnosen – bis zu 9mal</b>			
– Hauptgruppe	133	3	alphanumerisch
– Untergliederung 1	136	1	alphanumerisch
– Untergliederung 2	137	1	alphanumerisch
<b>ausgewählte medizinische Einzel- leistungen – bis zu 9mal</b>			
– medizinische Einzelleistung	178	7	numerisch
– Anzahl der med. Einzelleistung	185	2	numerisch
<b>Kostenträger</b>	259	2	alphanumerisch

Satzart 2 (Prüf- und Summensatz):

Feld	Pos.	Länge in Byte	Datenformat
<b>Qualifier</b>	1	1	alphanumerisch = „,\$“
<b>Trägernummer</b>	2	4	alphanumerisch
<b>Jahr</b>	6	4	numerisch JJJJ
<b>Leerzeichen</b>	10	4	alphanumerisch
<b>lfd. Nummer</b>	14	2	numerisch
<b>Anzahl der Sätze</b>	16	10	numerisch
<b>Leerzeichen</b>	26	235	alphanumerisch

**784. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Konsumentenschutz  
betreffend die Dokumentation von Kostendaten in Krankenanstalten, deren Träger auf  
der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Reform des  
Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000  
finanziert werden (Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten)**

Auf Grund des § 7 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, wird verordnet:

**Buchführungssystem**

§ 1. (1) Das Buchführungssystem gemäß dieser Verordnung hat die innerbetriebliche Ermittlung der Kosten (Kostenermittlung) und deren Zurechnung zu den einzelnen Kostenstellen (Kostenstellenrechnung) in Krankenanstalten zum Gegenstand (Betriebsbuchführung).

(2) Die Formen der Geschäftsbuchführung (Finanzbuchführung) werden von dieser Verordnung nicht betroffen.

**Kosten**

§ 2. (1) Kosten sind der bewertete Verbrauch (Verzehr) von Wirtschaftsgütern materieller und immaterieller Art zur Erstellung von betrieblichen Leistungen und Gütern (Werteinsatz für Leistungen).

(2) Nicht abziehbare Vorsteuerbeträge sind Kosten und sind auf einer gesondert dafür einzurichtenden Nebenkostenstelle in der primären Kostenartengruppe gemäß § 6 Abs. 1 Z 1 lit. g getrennt auszuweisen. Die Beihilfen gemäß dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz sind auf dieser Kostenstelle als Kostenminderungen zu verbuchen.

### **Kostenstellen**

§ 3. Kostenstellen sind Verantwortungsbereiche (Teilbereiche) der Krankenanstalt mit der Aufgabe, die an einer bestimmten Stelle für bestimmte betriebliche Leistungen entstandenen Kosten zu sammeln.

### **Kosteneinteilung**

§ 4. (1) Primäre Kosten sind einfache ursprüngliche Kosten, die von außen in den Wirtschaftsbereich Krankenanstalt eingehen.

(2) Sekundäre Kosten sind aus primären Kosten abgeleitete zusammengesetzte gemischte Kosten (innerbetriebliche Leistungen); sie sind Gegenstand der Verrechnung zwischen den einzelnen Kostenstellen.

(3) Primäre und sekundäre Kosten sind abrechnungstechnisch

- a) direkte Kosten, wenn sie den Kostenstellen verursachungsgemäß unmittelbar zugerechnet werden, oder
- b) indirekte Kosten, wenn sie den Kostenstellen mit Hilfe von Schlüsselwerten zugerechnet werden.

### **Kostenumfang**

§ 5. (1) Kosten (§ 2) entstehen mit dem Verbrauch (Verzehr) von Wirtschaftsgütern materieller und immaterieller Art. Für ihre Berücksichtigung ist es unmaßgeblich, ob und zu welchem Zeitpunkt die Ausgaben geleistet werden. Den ausgabengleichen und den periodisierten ausgabengleichen (aufwands-gleichen) Kosten sind die Zusatzkosten zuzurechnen.

(2) Zusatzkosten sind:

- a) kalkulatorische Abschreibungen zur Berücksichtigung der verbrauchsbedingten Wertminderung der betrieblich genutzten Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens;
- b) kalkulatorische Zinsen zur realen Substanzerhaltung der betrieblich genutzten Wirtschaftsgüter;
- c) andere kalkulatorische Kosten, die für die Krankenanstalt nicht mit Ausgaben und nicht mit periodisierten Ausgaben (Aufwendungen) verbunden sind; andere kalkulatorische Zusatzkosten sind insbesondere der kalkulatorische Lohn für unbezahlte Mitarbeiter, die kalkulatorischen Kosten für unentgeltlich zur Verfügung gestellte Gebäude, Anlagen, Verbrauchs- und Gebrauchsgüter und für unentgeltliche Fremdleistungen.

(3) Die Darstellung der Kosten hat mittels Betriebsüberleitungsbogen zu erfolgen. Dieser Betriebsüberleitungsbogen hat die als neutralen Aufwand ausgeschiedenen Werte und die als Zusatzkosten hinzugekommenen Werte je Kostenart gesondert erkennbar zu enthalten.

### **Kostenarten**

§ 6. (1) Die einzelnen Kostenarten sind folgenden Kostenartengruppen zuzurechnen:

1. Primäre Kostenartengruppen:

- a) Personalkosten,
- b) Kosten für medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter,
- c) Kosten für nichtmedizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter,
- d) Kosten für medizinische Fremdleistungen,
- e) Kosten für nichtmedizinische Fremdleistungen,
- f) Energiekosten,
- g) Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten und
- h) kalkulatorische Zusatzkosten (kalkulatorische Abschreibungen, kalkulatorische Zinsen).

Die primären Kostenartengruppen sind gemäß Anhang 1 des Handbuches (§ 35) in primäre Kostenarten zu unterteilen. Die Zuordnung der einzelnen Kosten zu den Kostenarten ist gemäß Material- und Leistungsverzeichnis [MLV, Anhang 2 des Handbuches (§ 35)] durchzuführen.

2. Sekundäre Kostenartengruppen:

- a) Kosten der vorwiegend medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung,
- b) Kosten der vorwiegend nichtmedizinisch bedingten Ver- und Entsorgung,
- c) Kosten der Verwaltung und

d) andere Kosten, die innerbetrieblich abzurechnen sind.

Die Gliederung der sekundären Kostenartengruppen gemäß Anhang 1 des Handbuchs (§ 35) stellt eine Mindestgliederung dar. Eine weitere Unterteilung in sekundäre Kostenarten ist bei Bedarf nach dem Kostenstellenkatalog (§ 8) vorzunehmen.

(2) Kosten, die nicht durch den Betriebszweck der Krankenanstalt verursacht werden, sind Nebenkostenstellen (§ 7 Abs. 4) zuzurechnen.

### **Einrichtung der Kostenstellen**

§ 7. (1) Kostenstellen sind nach folgenden Gesichtspunkten einzurichten:

- a) die Kostenstelle muß eine objektive verbrauchsabhängige Kostenerfassung ermöglichen,
- b) die Kostenstelle muß eine wirksame Kostenkontrolle und Kostenüberwachung ermöglichen,
- c) die Kostenstelle muß in eindeutiger Weise einem Verantwortlichen zugeordnet werden können,
- d) die Kostenstelle muß so eingerichtet werden, daß das Prinzip der funktionalen und räumlichen Gliederung weitestgehend erfüllt ist, und
- e) die Kostenstelle muß so eingerichtet werden, daß eine direkte Zuordnung der Kostenarten weitestgehend möglich ist.

(2) Kostenstellen sind leistungstechnisch nach Maßgabe der Abs. 3 bis 5 als Hauptkostenstellen, Nebenkostenstellen oder Hilfskostenstellen einzurichten. Haupt- und Nebenkostenstellen sind abrechnungstechnisch in der Regel Endkostenstellen, Hilfskostenstellen sind abrechnungstechnisch Vorkostenstellen.

(3) Hauptkostenstellen sind Teilbereiche der Krankenanstalt, die Leistungen unmittelbar für die Patienten erbringen, und zwar Leistungen zur Feststellung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung, Leistungen zur Vornahme operativer Eingriffe, Leistungen zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung, Leistungen zur Entbindung und Leistungen für ärztliche Betreuung und besondere Pflege von chronisch Kranken. Die Zuordnung der Hauptkostenstellen zu den einzelnen Bereichen sowie die Gliederung der Hauptkostenstellen ist dem Anhang 3 des Handbuchs (§ 35) zu entnehmen.

(4) Nebenkostenstellen sind Teilbereiche der Krankenanstalt, die Kosten verursachen, jedoch vornehmlich nicht die in Abs. 3 genannten Leistungen erbringen (zB Schwesternschulen), oder sind zur getrennten Verbuchung spezieller Kostenarten [zB nicht abziehbare Vorsteuerbeträge (§ 2 Abs. 2)] einzurichten. Die Gliederung der Nebenkostenstellen ist dem Anhang 3 des Handbuchs (§ 35) zu entnehmen.

(5) Hilfskostenstellen sind Teilbereiche der Krankenanstalt, die ihre Leistungen zur Gänze für andere Kostenstellen (Haupt-, Neben- oder Hilfskostenstellen) erbringen. Die Gliederung der Hilfskostenstellen ist dem Anhang 3 des Handbuchs (§ 35) zu entnehmen.

### **Kostenstellenkatalog**

§ 8. Der Kostenstellenkatalog [Anhang 3 des Handbuchs (§ 35)] ist das Verzeichnis aller in Krankenanstalten vorgesehenen Kostenstellen. Jede Kostenstelle des Kostenstellenkataloges ist bundeseinheitlich mit einem Funktionscode klassifiziert.

### **Kostenstellenplan**

§ 9. (1) Der Kostenstellenplan ist das anstaltsspezifisch zu erstellende Verzeichnis sämtlicher Kostenstellen der Krankenanstalt (Haupt-, Neben-, Hilfskostenstellen) mit der anstaltsspezifischen Bezeichnung.

(2) Die Mindestgliederung der Hauptkostenstellen von allgemeinen Krankenanstalten ist unbeschadet einer weiteren Gliederung gemäß Anhang 3 des Handbuchs (§ 35) vorzunehmen.

(3) Die Gliederung der Hauptkostenstellen von Sonderkrankenanstalten ist gemäß Anhang 3 des Handbuchs (§ 35) vorzunehmen.

(4) Für Hilfskostenstellen ist unbeschadet einer weiteren Gliederung gemäß Anhang 3 des Handbuchs (§ 35) folgende Mindestgliederung vorzunehmen:

- a) Hilfskostenstelle(n) der vorwiegend medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung,
- b) Hilfskostenstelle(n) der vorwiegend nichtmedizinisch bedingten Ver- und Entsorgung und
- c) Hilfskostenstelle(n) der Verwaltung.



(5) Jeder Kostenstelle ist anstaltsspezifisch eine Nummer zuzuordnen (Kostenstellenummer). Die Kostenstellenummer ist frei wählbar. Sie dient der Identifikation der Kostenstellen innerhalb der Betriebsbuchführung.

Eine weitere Aufgliederung der Kostenstellen, die über die Gliederung des Anhanges 3 des Handbuchs (§ 35) hinausgeht, ist zulässig. Ein Muster eines anstaltsspezifischen Kostenstellenplanes ist in Anhang 4 des Handbuchs (§ 35) dargestellt.

#### **Kostenstellenbeschreibung**

§ 10. Die Kostenstellen der einzelnen Krankenanstalten sind zu beschreiben. Die Kostenstellenbeschreibung hat mindestens zu enthalten:

- a) die Kostenstellenbezeichnung und den Funktionscode,
- b) die Kostenstellenummer für die Betriebsbuchführung,
- c) den Namen eines Verantwortlichen für die Kostenstelle und seines Stellvertreters,
- d) das Überstellungsverhältnis (Angabe der übergeordneten Stelle) und das Unterstellungsverhältnis [Angabe der untergeordneten Stelle(n)],
- e) die Aufzählung der Räume (Baulichkeiten), die zur Kostenstelle gehören,
- f) die Angabe der Funktionen der Kostenstelle und der zur Erfüllung dieser Funktionen vorhandenen Spezialeinrichtungen und
- g) die Angabe jener Funktionen, die über den gewöhnlichen Rahmen der Kostenstelle hinausgehen.

Ein Muster einer Kostenstellenbeschreibung ist in Anhang 5 des Handbuchs (§ 35) dargestellt.

#### **Kostenrechnungsperiode**

§ 11. (1) Die Kostenrechnungsperiode ist der Zeitabschnitt, für den die Kosten ermittelt werden.

(2) Die Kostenrechnungsperiode darf ein Kalenderjahr nicht überschreiten. Kürzere Kostenrechnungsperioden müssen durch volle Monate teilbar sein.

#### **Kostenstellenplan und Verzeichnis der Schlüsselwerte**

§ 12. Für jede Krankenanstalt ist ein Kostenstellenplan (§ 9) und ein Verzeichnis der Schlüsselwerte anzulegen und laufend den tatsächlichen Verhältnissen anzupassen.

#### **Führung von Aufzeichnungen**

§ 13. Für jede Krankenanstalt sind die für die Durchführung der Kostenstellenrechnung notwendigen Aufzeichnungen (§§ 14 bis 19) in Abstimmung mit der anstaltsspezifischen Organisationsstruktur einzurichten und laufend zu führen.

#### **Aufzeichnung über Verbrauchsgüter**

§ 14. (1) Verbrauchsgüter sind Wirtschaftsgüter, die regelmäßig nur eine einmalige Nutzung gestatten. Sie sind im MLV [Anhang 2 des Handbuchs (§ 35)] in den Hauptgruppen 2 und 4 angeführt.

(2) Aus den Aufzeichnungen über Verbrauchsgüter müssen mindestens zu entnehmen sein:

- a) Bezeichnung und Nummer des MLV (mindestens zweistellig),
- b) Nummer der Kostenstelle, die das Verbrauchsgut abfaßt (verbraucht),
- c) Datum der Abfassung,
- d) Mengeneinheit,
- e) abgefaßte Menge,
- f) Preis je Einheit (Einstandswert) und
- g) Kosten (Menge vervielfacht mit dem Preis je Einheit).

#### **Aufzeichnungen über Gebrauchsgüter**

§ 15. (1) Gebrauchsgüter sind Wirtschaftsgüter, die regelmäßig eine wiederholte Nutzung gestatten und deren Anschaffungs- oder Herstellungskosten die im § 13 des Einkommenssteuergesetzes 1988, BGBl. Nr. 400/1988, in der jeweils geltenden Fassung genannte Wertgrenze nicht überschreiten. Die Gebrauchsgüter sind im MLV in den Hauptgruppen 3 und 5 angeführt.

(2) Aus den Aufzeichnungen über Gebrauchsgüter müssen sinngemäß mindestens die in § 14 Abs. 2 genannten Daten zu entnehmen sein.

### **Aufzeichnungen über Anlagegüter**

**§ 16.** (1) Anlagegüter sind Wirtschaftsgüter, die regelmäßig eine wiederholte Nutzung gestatten und nicht Gebrauchsgüter (§ 15) sind. Sie sind im MLV in den Hauptgruppen 3, 5 und 9 angeführt.

(2) Aus den Aufzeichnungen über Anlagegüter müssen mindestens zu entnehmen sein:

- a) Bezeichnung und Nummer des MLV (mindestens zweistellig),
- b) Nummer der Kostenstelle(n), der (denen) das Anlagegut zugeordnet ist,
- c) Datum der Inbetriebnahme (Zeitpunkt des Beginnes der Nutzung des Anlagegutes),
- d) Anschaffungs- oder Herstellungskosten,
- e) Abschreibungssatz laut MLV,
- f) kalkulatorische Abschreibungen (§ 30),
- g) Generalreparaturkosten (Kosten, durch die ein unbrauchbar gewordenes oder in seiner Brauchbarkeit wesentlich gemindert Wirtschaftsgut für längere Zeit wieder voll verwendungsfähig wird, und die mindestens die Höhe der bisherigen jährlichen Abschreibungskosten erreichen),
- h) kalkulatorischer Restwert (Anschaffungs- oder Herstellungskosten abzüglich Abschreibungskosten vermehrt um Generalreparaturkosten) und
- i) Datum des Ausscheidens oder der endgültigen Stilllegung (Zeitpunkt des Endes der Nutzung des Wirtschaftsgutes).

### **Aufzeichnungen über Personalkosten**

**§ 17.** (1) Personalkosten sind Kosten für Dienstnehmer, für die Lohnkonten im Sinne des § 76 des Einkommenssteuergesetzes 1988, BGBl. Nr. 400/1988, zu führen sind, und kalkulatorischer Lohn für unbezahlte Mitarbeiter (§ 5 Abs. 2 lit. c). Aus den Aufzeichnungen muß eindeutig die Zuordnung jedes Beschäftigten zu einer MLV-Nummer hervorgehen.

(2) Aus den Aufzeichnungen über Personalkosten müssen mindestens zu entnehmen sein:

- a) Bezeichnung und Nummer des MLV (mindestens dreistellig) sowie Name des Beschäftigten und (oder) Personalnummer,
- b) Abrechnungsperiode,
- c) Nummer(n) der Kostenstelle(n), der (denen) der Dienstnehmer in der Abrechnungsperiode zugeteilt war, und Hundertsatz (-sätze) der Zuteilung(en) und
- d) Kosten je Abrechnungsperiode.

### **Aufzeichnungen über Fremdleistungen**

**§ 18.** (1) Fremdleistungen sind von außen in den Wirtschaftsbereich der Krankenanstalt eingehende Leistungen, die nicht zur Schaffung von Verbrauchs-, Gebrauchs- oder Anlagegütern führen. Sie sind im MLV in den Hauptgruppen 6 und 7 angeführt.

(2) Aus den Aufzeichnungen über Fremdleistungen müssen mindestens zu entnehmen sein:

- a) Bezeichnung und Nummer des MLV (mindestens zweistellig),
- b) Nummer(n) der Kostenstelle(n), für die die Leistung(en) erbracht wird (werden),
- c) Datum bzw. Periode der Leistungserbringung und
- d) Kosten.

### **Aufzeichnungen über abgegebene innerbetriebliche Leistungen**

**§ 19.** (1) Innerbetriebliche Leistungen sind Leistungen, die in einzelnen Kostenstellen für andere Kostenstellen der Krankenanstalt erbracht werden.

(2) Aus den Aufzeichnungen über abgegebene innerbetriebliche Leistungen (§ 31) müssen mindestens zu entnehmen sein:

- a) Bezeichnung und Nummer der innerbetrieblichen Leistungen (§ 31),
- b) Nummer der abgebenden Kostenstelle,
- c) Nummer(n) der Kostenstelle(n), die die Leistung(en) empfängt (empfangen),
- d) Datum (Zeitpunkt der Leistungserstellung) und
- e) Kosten (bewertete Menge).

### **Kostenzurechnung**

**§ 20.** Die in den Aufzeichnungen (§§ 14 bis 19) erfaßten Kosten sind den einzelnen empfangenden Kostenstellen verursachungsgemäß zuzurechnen. Die Zurechnung der direkten Kosten (§ 4 Abs. 3) kann

monatlich erfolgen, die Zurechnung der indirekten Kosten hat spätestens zum Ende der Kostenrechnungsperiode zu erfolgen.

#### **Erfassung, Bewertung und Zuordnung der primären Kosten (§ 4 Abs. 1)**

§ 21. Die primären Kostenarten (§ 6 Abs. 1 Z 1) sind den einzelnen Kostenstellen verursachungsgemäß unmittelbar zuzurechnen (direkte Kosten); ist diese Form der Zurechnung in Einzelfällen wirtschaftlich nicht vertretbar, hat die Zurechnung mit Hilfe von Schlüsselwerten zu erfolgen (indirekte Kosten). Abziehbare Vorsteuerbeträge (§ 12 Umsatzsteuergesetz 1994) gehören nicht zu den Kosten. Erlöse bzw. Kostenersatzleistungen der in Anhang 7 des Handbuchs (§ 35) genannten Art sind bei den einzelnen Kostenstellen kostenmindernd zu berücksichtigen.

#### **Personalkosten (§ 17)**

§ 22. Zu den Personalkosten zählen:

- a) Grundbezug,
- b) fixe Zulagen,
- c) variable Zulagen und Zuschläge,
- d) Sachbezüge,
- e) Nebengebühren und Geldaushilfen,
- f) lohnabhängige Abgaben und Beiträge des Arbeitgebers (zB Arbeitgeberanteile an den Beiträgen zur gesetzlichen Sozialversicherung, Lohnsummensteuer),
- g) Abfertigungen,
- h) kalkulatorischer Lohn für unbezahlte Mitarbeiter und
- i) freiwilliger Sozialaufwand.

Die Zuordnung der Personalkosten zu Kostenartengruppen und Kostenarten ist nach Anhang 1 unter Beachtung des Anhangs 2 des Handbuchs (§ 35) vorzunehmen.

#### **Kosten für medizinische Verbrauchsgüter (§ 14)**

§ 23. Die medizinischen Verbrauchsgüter sind in der Hauptgruppe 2 des MLV angeführt. Sie sind laufend zum Zeitpunkt der Abfassung in den Aufzeichnungen über Verbrauchsgüter zu erfassen und ihre Kosten sind auf Grund der Einstandswerte zu ermitteln und den Kostenstellen zuzuordnen.

#### **Kosten für medizinische Gebrauchsgüter (§ 15)**

§ 24. Die medizinischen Gebrauchsgüter sind in der Hauptgruppe 3 des MLV angeführt. Die Kosten sind unter Beachtung des Kostenverursachungsprinzips zur Gänze im Jahre der Anschaffung zu verrechnen. Spätestens am Ende des Kalenderjahres sind die Kosten der medizinischen Gebrauchsgüter auf Grund der Anschaffungs- oder Herstellungswerte zu ermitteln und nach Kostenarten gegliedert [Anhang 1 des Handbuchs (§ 35)] den Kostenstellen zuzurechnen.

#### **Kosten für nichtmedizinische Verbrauchsgüter (§ 14)**

§ 25. Die nichtmedizinischen Verbrauchsgüter sind in der Hauptgruppe 4 des MLV angeführt. Für ihre Erfassung, Bewertung und Zuordnung sind die Bestimmungen des § 23 sinngemäß anzuwenden.

#### **Kosten für nichtmedizinische Gebrauchsgüter (§ 15)**

§ 26. Die nichtmedizinischen Gebrauchsgüter sind in der Hauptgruppe 5 des MLV angeführt. Für die Erfassung, Bewertung und Zuordnung der nichtmedizinischen Gebrauchsgüter sind die Bestimmungen des § 24 sinngemäß anzuwenden.

#### **Kosten für medizinische und nichtmedizinische Fremdleistungen (§ 18)**

§ 27. Die medizinischen und nichtmedizinischen Fremdleistungen sind in den Hauptgruppen 6 und 7 des MLV angeführt. Die Bewertung erfolgt auf Grund der tatsächlichen Aufwendungen. Für Fremdleistungen, für die zum Zeitpunkt der Kostenzurechnung noch keine Ausgabenbelege (Rechnungen) vorliegen, sind entsprechende Belege mit kalkulierten Kosten zu erstellen.

Weichen die tatsächlichen Kosten wesentlich von den kalkulierten Kosten ab, sind entsprechende Berichtigungen unverzüglich durchzuführen. Die Gliederung der Fremdleistungskosten in Kostenarten ist gemäß Anhang 1 des Handbuchs (§ 35) vorzunehmen.

### **Energiekosten**

§ 28. Die primären Kostenarten für Energie sind in der Hauptgruppe 7 des MLV angeführt. Im übrigen gilt § 27 sinngemäß.

### **Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten**

§ 29. (1) Die Kosten für Abgaben, Beiträge, Gebühren und Sonstiges sind nach Kostenarten gemäß Anhang 1 des Handbuchs (§ 35) zu gliedern und grundsätzlich einer Hilfskostenstelle der Verwaltung direkt zuzurechnen. Die Weiterverrechnung erfolgt am Ende der Kostenrechnungsperiode mit Hilfe von Schlüsselwerten (§ 31 Abs. 3). Im übrigen gilt § 27 sinngemäß.

(2) Die Kosten für Pensionen (Kosten für Pensionen für pragmatisiertes Personal und Zusatzpensionen für nicht pragmatisiertes Personal) und nicht abziehbare Vorsteuerbeträge (§ 2 Abs. 2) sind auf eigens dafür einzurichtenden Nebenkostenstellen zu erfassen und nicht weiterzuverrechnen.

### **Zusatzkosten**

§ 30. (1) Für die in den Hauptgruppen 3, 5 und 9 des MLV angeführten Anlagegüter (§ 16) sind für die Dauer ihrer Nutzung jährlich kalkulatorische Abschreibungskosten zu errechnen. Die Abschreibungskosten ergeben sich aus den Anschaffungs- oder Herstellungskosten vervielfacht mit den im MLV [Anhang 2 des Handbuchs (§ 35)] festgelegten Abschreibungssätzen.

(2) Sie sind auch dann anzusetzen, wenn das jeweilige Anlagegut keinen Restwert mehr hat aber weiter genutzt wird; diese Abschreibungskosten sind zusätzlich gesondert auszuweisen [Anhang 8 des Handbuchs (§ 35)].

(3) Änderungen der Wiederbeschaffungskosten sind in Form von kalkulatorischen Zinsen zu berücksichtigen. Diese sind mit einem Hundertsatz des Restwertes am Ende des Kalenderjahres zu ermitteln. Der Hundertsatz ist mit der für das entsprechende Kalenderjahr vom Österreichischen Statistischen Zentralamt ermittelten durchschnittlichen Änderung des Index der Verbraucherpreise 1976 anzusetzen.

(4) Werden Anlagegüter ausgeschieden oder endgültig stillgelegt, sind vorhandene Restwerte als Abschreibungen bei der entsprechenden Kostenstelle zu verrechnen; allfällige Veräußerungserlöse sind im Jahre der Veräußerung kostenmindernd bei der entsprechenden Kostenstelle zu berücksichtigen.

(5) Andere kalkulatorische Kosten (§ 5 Abs. 2 lit. c) sind mit den entsprechenden Marktpreisen zu bewerten und gemäß MLV den Kostenarten und kostenverursachungsgemäß den jeweiligen Kostenstellen zuzuordnen.

### **Erfassung, Bewertung und Zuordnung der sekundären Kosten (§ 4 Abs. 2, innerbetriebliche Leistungsverrechnung)**

§ 31. (1) Die von den einzelnen Kostenstellen erbrachten innerbetrieblichen Leistungen sind anderen Kostenstellen zu verrechnen. Die innerbetriebliche Leistungsverrechnung zwischen den Kostenstellen hat grundsätzlich nach dem Verbrauch an innerbetrieblichen Leistungen zu erfolgen. Ist der tatsächliche Verbrauch an innerbetrieblichen Leistungen im einzelnen feststellbar, dann ist die innerbetriebliche Leistungsverrechnung grundsätzlich nach dem Ausgleichsumlageverfahren durchzuführen. Ist die Feststellung des tatsächlichen Verbrauches an innerbetrieblichen Leistungen im einzelnen nicht möglich oder wirtschaftlich nicht vertretbar, dann ist die innerbetriebliche Leistungsverrechnung mit Hilfe von Schlüsselwerten vorzunehmen.

(2) Beim Ausgleichsumlageverfahren sind die innerbetrieblichen Leistungen von der leistenden Kostenstelle unter Angabe der empfangenden Kostenstelle(n) in den Aufzeichnungen für abgegebene innerbetriebliche Leistungen (§ 19) laufend aufzuzeichnen und mit einem Verrechnungspreis zu bewerten. Die Kalkulation der Verrechnungspreise hat nach Erfahrungswerten in gesonderten Hilfsrechnungen zu erfolgen. Die zu verrechnenden Leistungseinheiten (Leistungsbezugsgrößen) und deren Verrechnungspreise sind in eindeutiger Weise festzulegen. Erlöse bzw. Kostenersatzleistungen der in Anhang 7 des Handbuchs (§ 35) genannten Art sind bei den einzelnen Kostenstellen kostenmindernd zu berücksichtigen. Am Ende des Kalenderjahres sind für jede Vorkostenstelle die entstandenen Kosten mit der Summe der verrechneten Kosten zu saldieren. Die sich ergebende Unter- oder Überdeckung ist im Verhältnis der

verrechneten Kosten bei den empfangenden Kostenstellen durch Zu- oder Abrechnung auszugleichen. Bei Endkostenstellen, die innerbetriebliche Leistungen für andere Kostenstellen erbringen, ist keine Saldierung und kein Ausgleich vorzunehmen.

(3) Bei der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung mit Hilfe von Schlüsselwerten sind die der leistenden Kostenstelle erwachsenen Kosten am Ende des Kalenderjahres nach Anteilsprozentsätzen auf die empfangende(n) Kostenstelle(n) umzulegen. Dabei sind Erlöse bzw. Kostenersatzleistungen der in Anhang 7 des Handbuches (§ 35) genannten Art bei den einzelnen Kostenstellen kostenmindernd zu berücksichtigen. Die Anteilsprozentsätze sind nach folgender Formel zu ermitteln:

$$\text{Anteilsprozentsatz} = \frac{\text{Maßzahl des Schlüssels der empfangenden Kostenstellen} \times 100}{\text{Summe der Maßzahl sämtlicher diese Leistung empfangenden Kostenstellen}}$$

Unter Schlüssel ist die für die Leistungszurechnung maßgebende Meßeinheit zu verstehen (zB bei Reinigung: Nutzfläche in m<sup>2</sup>, bei Beheizung: Raumbühatur in m<sup>3</sup>). Unter Maßzahl ist die Anzahl der Meßeinheiten zu verstehen (zB Nutzfläche 180 m<sup>2</sup>).

(4) Am Ende des Kalenderjahres sind die nach Abs. 2 ermittelten Unter- oder Überdeckungen der Vorkostenstellen bzw. die Kosten der Vorkostenstellen, die nach Abs. 3 weiterverrechnet werden, stufenweise den Endkostenstellen zuzurechnen. Bei der stufenweisen Weiterverrechnung sind die Kostenstellen so zu reihen, daß jede Kostenstelle in der Reihe möglichst nur Abnehmer der vorangehenden und Lieferer der nachfolgenden Kostenstelle(n) ist. Ein Muster für diese Reihung ist in Anhang 6 des Handbuches (§ 35) dargestellt.

#### **Erstellen der Kostennachweise**

**§ 32.** (1) Für jedes Kalenderjahr und für jede Kostenstelle, der in eindeutiger Weise ein Funktionscode [Anhang 3 des Handbuches (§ 35)] zuzuordnen ist, ist ein Kostennachweis zu erstellen. Der Kostennachweis hat die in einer Kostenstelle angefallenen Kosten nach Kostenartengruppen und Kostenarten in der in Anhang 7 des Handbuches (§ 35) dargestellten Gliederung zu enthalten.

(2) Für jedes Kalenderjahr und für jede Krankenanstalt ist ein Sammel-Kostennachweis zu erstellen. Der Sammel-Kostennachweis hat die in der Krankenanstalt angefallenen Kosten nach Kostenartengruppen und Kostenarten in der in Anhang 8 des Handbuches (§ 35) dargestellten Gliederung zu enthalten.

#### **Vorlage der Ergebnisse der Kostenrechnung**

**§ 33.** (1) Der Sammel-Kostennachweis der Krankenanstalt, gegliedert nach Kostenartengruppen und Kostenarten [Anhang 8 des Handbuches (§ 35)], die Kostennachweise der Kostenstellen, gegliedert nach Kostenartengruppen [Anhang 7 des Handbuches (§ 35)], der Betriebsüberleitungsbogen (§ 5 Abs. 3) sowie der Kostenstellenplan (§ 9) sind bis 30. April des Folgejahres dem Landeshauptmann zu übermitteln, von diesem zu prüfen, allenfalls richtigzustellen und vom Landeshauptmann dem Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz bis 31. Mai des Folgejahres vorzulegen.

(2) Der Sammel-Kostennachweis der Krankenanstalt, gegliedert nach Kostenartengruppen und Kostenarten und die Kostennachweise der Kostenstellen, gegliedert nach Kostenartengruppen, sind auf Magnetband oder Diskette zu übermitteln. Die Formatierung der Datenträger, eine eventuelle Datenkomprimierung sowie die Begleitinformation auf dem Übergabeschein haben den Anlagen 1 und 2 zu entsprechen.

(3) Über andere Formen der Datenübermittlung muß vorweg mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz Einvernehmen hergestellt werden.

(4) Über Verlangen des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz sind auch die Kostennachweise der Kostenstellen, gegliedert nach Kostenartengruppen und Kostenarten [Anhang 7 des Handbuches (§ 35)], und die Kostenstellenbeschreibungen (§ 10) dem Landeshauptmann vorzulegen, von diesem zu prüfen, allenfalls richtigzustellen und vom Landeshauptmann dem Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz umgehend vorzulegen.

(5) Die Ergebnisse der Kostenrechnung (Kostennachweise, Sammel-Kostennachweise, Betriebsüberleitungsbogen, Kostenstellenplan, Kostenstellenbeschreibungen) müssen mindestens sieben Jahre ab Ende der Kostenrechnungsperiode aufbewahrt werden.

#### **Krankenanstaltenkataster**

**§ 34.** Auf sämtlichen Unterlagen, die gemäß dieser Verordnung dem Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz vorzulegen sind, ist zur Kennzeichnung der jeweiligen Krankenanstalt

die vom Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz im österreichischen Krankenanstaltenkataster vergebene Krankenanstaltennummer anzuführen.

#### **Dokumentationsgrundlagen**

§ 35. (1) Für die bundeseinheitliche Anwendung des Buchführungssystems sind die Bestimmungen im Handbuch über die Dokumentation von Kostendaten in Fondskrankenanstalten des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz samt den dazugehörigen Anhängen 1 bis 8 anzuwenden.

(2) Im Anhang 1 ist die Gliederung der Kostenarten, im Anhang 2 das Material- und Leistungsverzeichnis (MLV), im Anhang 3 der Kostenstellenkatalog, im Anhang 4 das Muster eines Kostenstellenplanes, im Anhang 5 das Muster einer Kostenstellenbeschreibung, im Anhang 6 das Muster für die Reihenfolge der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung, im Anhang 7 der Kostennachweis (Kostenstelle) und im Anhang 8 der Sammel-Kostennachweis enthalten.

#### **Inkrafttreten**

§ 36. Diese Verordnung tritt ab dem Berichtszeitraum des Jahres 1997 mit 1. Jänner 1997 in Kraft.

#### **Krammer**

#### Anlage 1

#### **Definition der Datenträger für Sammelkostennachweise je Krankenhaus**

Kennung	Beschreibung
A(1600) A(6250)	<p><b>Magnetband</b> in EBCDIC, 9 Spuren, 1600 bzw. 6250 BPI, lesbar auf Magnetbandstation IBM 3420 oder kompatiblen.</p> <p>Das Satzformat ist fix geblockt (RECFM = FB) mit Satzlänge 640 Bytes. Der Blockungsfaktor ist frei wählbar, jedoch im Übergabeschein anzugeben. Es werden nur 2 400 feet-Markenbänder verarbeitet. Das Band muß mit dem Namen des Krankenhausträgers, dem Berichtszeitraum, der Datenträgerspezifikation A(1600) bzw. A(6250) und einer lfd. Nummer bei Beständen, die über mehrere Datenträger verteilt sind, beschriftet sein.</p>
C(1440)	<p>3½-Zoll-<b>Diskette</b> high density 1.44 MB, ASCII, Satzlänge 640.</p> <p>Die Diskette muß mit dem Namen des Krankenhausträgers, dem Berichtszeitraum, der Datenträgerspezifikation C(1440) und einer lfd. Nummer bei Beständen, die über mehrere Datenträger verteilt sind, beschriftet sein.</p> <p>Eine <i>Datenkomprimierung</i> ist zulässig, als Programme dürfen ausschließlich ARJ bzw. PKZIP verwendet werden. Der Umstand ist gegebenenfalls zu vermerken, es sind jedoch keine dazugehörigen EXE-Files mitzuübermitteln.</p>

## Übergabeschein für maschinenlesbare Datenträger mit Begleitinformationen

## DOKUMENTATION DER KOSTENDATEN BERICHTSJAHR 199\_

KA-Nr.: \_\_\_\_\_

Träger-Nr.: \_\_\_\_\_

**Sammelkostennachweise je Krankenhaus**

Anzahl Datenträger: \_\_\_\_\_

Anzahl Datensätze: \_\_\_\_\_

**SPEZIFIKATION DER(S) DATENTRÄGER(S):**
 MAGNETBAND     1600 BPI     6250 BPI

 Labeltyp:  SL  AL  NL  BLP    Anzahl der Labels: \_\_\_\_\_

Vol-Ser-Name: \_\_\_\_\_

Datasetname(n): \_\_\_\_\_

RECFM = FB, LRECL = \_\_\_\_\_, BLKSIZE = \_\_\_\_\_ (Vielfaches der RECL)

 DISKETTE 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Zoll , 1,44 Mbyte

Verzeichnis/Dateiname : \_\_\_\_\_

Datenkomprimierung :     nein     ja

Programm : \_\_\_\_\_

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

**ANGABEN ZUM EINGESETZTEN EDV-SYSTEM:**

Hardware/Betriebssystem: \_\_\_\_\_

Software: \_\_\_\_\_

Kontaktperson (Name, Tel.Nr.): \_\_\_\_\_

falls externe EDV:    Institution/Firma: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Kontaktperson (Name, Tel. Nr.): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Definition der Datenformate für Sammelkostennachweise je Krankenhaus**

Satzart: Summenblatt

Feld	Pos.	Länge in Byte	Datenformat	Kommentar
Interne Vermerke 1	1	2	alphanumerisch	2 Leerzeichen
Interne Vermerke 2	3	12	alphanumerisch	12 Leerzeichen
Krankenanstaltennummer	15	4	alphanumerisch	KA-Nummer beginnend mit „K“
Kostenrechnungsjahr	19	2	numerisch	Jahr der Kostenrechnung 19JJ
Blattnummer (blank bei Satzart „Summenblatt“)	21	5	alphanumerisch	Blattnummer (blank bei Satzart „Summenblatt“) linksbündig
Summe Kostenartengruppe 01	26	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Summe Kostenartengruppe 02	36	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Summe Kostenartengruppe 03	46	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Summe Kostenartengruppe 04	56	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Summe Kostenartengruppe 05	66	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Summe Kostenartengruppe 06	76	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Summe Kostenartengruppe 07	86	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Summe Kostenartengruppe 08	96	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Summe Primärkosten (Kostenartengruppe 01-08)	106	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Kostenminderungen	116	10	numerisch	10-stellig numerisch, als positiver Wert einzugeben
Endkosten der Krankenanstalt	126	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Summe der kalk. Abschreibungen für Anlagegüter mit Restwert 0	136	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Kostenrechnungsverantwortlicher	146	20	alphanumerisch	Name des Kostenrechnungsverantwortlichen
Leerfeld	166	475	alphanumerisch	475 Leerzeichen

**Definition der Datenformate für Sammelkostennachweise je Krankenhaus**

Satzart: Sammelkostennachweise je Kostenartengruppe (Index der Kostenarten lt. Liste)

Feld	Pos.	Länge in Byte	Datenformat	Kommentar
Interne Vermerke 1	1	2	alphanumerisch	2 Leerzeichen
Interne Vermerke 2	3	12	alphanumerisch	12 Leerzeichen
Krankenanstaltennummer	15	4	alphanumerisch	KA-Nummer beginnend mit „K“
Kostenrechnungsjahr	19	2	numerisch	Jahr der Kostenrechnung 19JJ
Blattnummer	21	5	alphanumerisch	Blattnummer nach Satzart, linksbündig
Direkte Kosten Kostenartindex 1	26	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Indirekte Kosten Kostenartindex 1	36	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Gesamtkosten Kostenartindex 1	46	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Direkte Kosten Kostenartindex 2	56	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Indirekte Kosten Kostenartindex 2	66	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Gesamtkosten Kostenartindex 2	76	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Direkte Kosten Kostenartindex 3	86	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Indirekte Kosten Kostenartindex 3	96	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Gesamtkosten Kostenartindex 3	106	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Direkte Kosten Kostenartindex 4	116	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Indirekte Kosten Kostenartindex 4	126	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte



Feld	Pos.	Länge in Byte	Datenformat	Kommentar
Gesamtkosten Kostenartindex 4	136	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Direkte Kosten Kostenartindex 5	146	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Indirekte Kosten Kostenartindex 5	156	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Gesamtkosten Kostenartindex 5	166	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Direkte Kosten Kostenartindex 6	176	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Indirekte Kosten Kostenartindex 6	186	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Gesamtkosten Kostenartindex 6	196	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Direkte Kosten Kostenartindex 7	206	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Indirekte Kosten Kostenartindex 7	216	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Gesamtkosten Kostenartindex 7	226	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Direkte Kosten Kostenartindex 8	236	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Indirekte Kosten Kostenartindex 8	246	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Gesamtkosten Kostenartindex 8	256	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Direkte Kosten Kostenartindex 9	266	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Indirekte Kosten Kostenartindex 9	276	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Gesamtkosten Kostenartindex 9	286	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Direkte Kosten Kostenartindex 10	296	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Indirekte Kosten Kostenartindex 10	306	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Gesamtkosten Kostenartindex 10	316	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Direkte Kosten Kostenartindex 11	326	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Indirekte Kosten Kostenartindex 11	336	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Gesamtkosten Kostenartindex 11	346	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Direkte Kosten Kostenartindex 12	356	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Indirekte Kosten Kostenartindex 12	366	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Gesamtkosten Kostenartindex 12	376	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Direkte Kosten Kostenartindex 13	386	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Indirekte Kosten Kostenartindex 13	396	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Gesamtkosten Kostenartindex 13	406	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Direkte Kosten Kostenartindex 14	416	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Indirekte Kosten Kostenartindex 14	426	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Gesamtkosten Kostenartindex 14	436	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Direkte Kosten Kostenartindex 15	446	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Indirekte Kosten Kostenartindex 15	456	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Gesamtkosten Kostenartindex 15	466	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Direkte Kosten Kostenartindex 16	476	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Indirekte Kosten Kostenartindex 16	486	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Gesamtkosten Kostenartindex 16	496	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Direkte Kosten Kostenartindex 17	506	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Indirekte Kosten Kostenartindex 17	516	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Gesamtkosten Kostenartindex 17	526	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Direkte Kosten Kostenartindex 18	536	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Indirekte Kosten Kostenartindex 18	546	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Gesamtkosten Kostenartindex 18	556	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Direkte Kosten Kostenartindex 19	566	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Indirekte Kosten Kostenartindex 19	576	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Gesamtkosten Kostenartindex 19	586	10	numerisch	10-stellig numerisch, nur positive Werte
Leerfeld	596	45	alphanumerisch	45 Leerzeichen

**Liste der Index der Kostenarten**

Tabelle der Kostenarten je Satzart im Sammelkostennachweis

Kostenartengruppe 01 – Personalkosten (Pragmatisch Bedienstete)

Satzart: Blatt-Nr. 01/11

Index der Kostenarten	Kostenartennummer	Kostenartenbezeichnung	direkte Kosten	indirekte Kosten	Gesamtkosten
1	111	Ärzte (P)			
2	112	Apotheker, Chemiker, Physiker und ähnliche (P)			
3	113	Hebammen (P)			
4	114	Krankenpflegefachdienstpersonal (P)			
5	115	Medizinisch-technisches Dienstpersonal (P)			
6	116	Sanitätshilfsdienstpersonal (P)			
7	117	Verwaltungs- und Kanzleipersonal (P)			
8	118	Betriebspersonal (P)			
9	119	Personal – Sonstiges (P)			
10		Summe Blatt-Nr. 01/11			
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

Tabelle der Kostenarten je Satzart im Sammelkostennachweis  
 Kostenartengruppe 01 – Personalkosten (Vertragsbedienstete)  
 Satzart: Blatt-Nr. 01/12

Index der Kostenarten	Kostenartennummer	Kostenartenbezeichnung	direkte Kosten	indirekte Kosten	Gesamtkosten
1	121	Ärzte (V)			
2	122	Apotheker, Chemiker, Physiker und ähnliche (V)			
3	123	Hebammen (V)			
4	124	Krankenpflegefachdienstpersonal (V)			
5	125	Medizinisch-technisches Dienstpersonal (V)			
6	126	Sanitätshilfsdienstpersonal (V)			
7	127	Verwaltungs- und Kanzleipersonal (V)			
8	128	Betriebspersonal (V)			
9	129	Personal – Sonstiges (V)			
10		Summe Blatt-Nr. 01/12			
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

Tabelle der Kostenarten je Satzart im Sammelkostennachweis

Kostenartengruppe 01 – Personalkosten (Bedienstete – Sonstige)

Satzart: Blatt-Nr. 01/13

Index der Kostenarten	Kostenartennummer	Kostenartenbezeichnung	direkte Kosten	indirekte Kosten	Gesamtkosten
1	131	Ärzte (S)			
2	132	Apotheker, Chemiker, Physiker und ähnliche (S)			
3	133	Hebammen (S)			
4	134	Krankenpflegefachdienstpersonal (S)			
5	135	Medizinisch-technisches Dienstpersonal (S)			
6	136	Sanitätshilfsdienstpersonal (S)			
7	137	Verwaltungs- und Kanzleipersonal (S)			
8	138	Betriebspersonal (S)			
9	139	Personal – Sonstiges (S)			
10		Summe Blatt-Nr. 01/13			
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

Tabelle der Kostenarten je Satzart im Sammelkostennachweis  
 Kostenartengruppe 02 – Med. Gebrauchs- und Verbrauchsgüter  
 Satzart: Blatt-Nr. 02

Index der Kostenarten	Kostenartennummer	Kostenartenbezeichnung	direkte Kosten	indirekte Kosten	Gesamtkosten
1	21	Pharmazeutische Spezialitäten			
2	22	Blut, Chemikalien, Reagenzien, Dentalpharmaka			
3	23	Sera, Impfstoffe, Vakzine			
4	24	Nährmittel, Diätetika			
5	25	Desinfektionsmittel, komprimierte Gase			
6	26	Verbandstoffe, chirurgisches Nahtmaterial			
7	27	Behandlungsbedarf und Einmal-Behandlungsbedarf			
8	28	Laborbedarf und Einmal-Laborbedarf			
9	29	Filme, Registriermaterial			
10	31	Geräte für Prüfung, Behandlung und Untersuchung aller Körperfunktionen			
11	32	Narkose- und Absaugapparate			
12	33	Geräte für Diagnose und Therapie mittels Strahlen und Wellen			
13	34	Geräte für Sterilisation, Desinfektion, Destillation			
14	35	Geräte für Apotheke und Labor			
15	36	Spezielle Apparate und Geräte für diverse medizinische Fachrichtungen			
16	37	Instrumente (med.)			
17	38	Einrichtungsgegenstände (speziell med.)			
18	39	Güter med. – Sonstige			
19		Summe Blatt-Nr. 02			

Tabelle der Kostenarten je Satzart im Sammelkostennachweis

Kostenartengruppe 03 – Nichtmed. Gebrauchs- und Verbrauchsgüter

Satzart: Blatt-Nr. 03

Index der Kostenarten	Kostenartennummer	Kostenartenbezeichnung	direkte Kosten	indirekte Kosten	Gesamtkosten
1	41	Lebensmittel			
2	42	Brennstoffe			
3	43	Treibstoffe			
4	44	Werkstoffe (Roh- und Hilfsstoffe)			
5	45	Reinigungsmittel			
6	46	Büromaterial, Druckwerke			
7	47	Einwegartikel, nichtmed.			
8	48	Futtermittel			
9	49	Geringwertige Ersatzteile			
10	51	Einrichtungsgegenstände (nicht speziell med.)			
11	52	Fahrzeuge (Transportmittel)			
12	53	Maschinen und maschinelle Anlagen			
13	54	Apparate (Geräte), Instrumente, nichtmed.			
14	55	Werkzeuge			
15	56	Bekleidung, Wäsche, Bettzeug			
16	57	Küchen- und Haushaltsgeräte			
17	59	Güter nichtmed. – Sonstige			
18					
19		Summe Blatt-Nr. 03			

Tabelle der Kostenarten je Satzart im Sammelkostennachweis

Kostenartengruppe 04 – Kosten für med. Fremdleistungen

Satzart: Blatt-Nr. 04

Index der Kostenarten	Kostenartennummer	Kostenartenbezeichnung	direkte Kosten	indirekte Kosten	Gesamtkosten
1	61	Laboruntersuchungen – Fremdleistung			
2	62	Therapie – Fremdleistung			
3	63	Diagnose – Fremdleistung			
4	64	Autopsien – Fremdleistung			
5	69	Fremdleistungen med. – Sonstige			
6		Summe Blatt-Nr. 04			
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

Tabelle der Kostenarten je Satzart im Sammelkostennachweis  
 Kostenartengruppe 05 – Kosten für nichtmed. Fremdleistungen  
 Satzart: Blatt-Nr. 05

Index der Kostenarten	Kostenartennummer	Kostenartenbezeichnung	direkte Kosten	indirekte Kosten	Gesamtkosten
1	72	Instandhaltung – Fremdleistungen nichtmed.			
2	73	Wäschereinigung, -reparatur, -desinfektion – Fremdleistungen nichtmed.			
3	74	Transporte – Fremdleistungen nichtmed.			
4	75	Leistungen der Post			
5	76	Rechts- und Beratungsleistungen			
6	77	Verwaltungskostenbeiträge			
7	78	Gebäudefremdreinigung			
8	79	Fremdleistungen nichtmed. – Sonstige			
9		Summe Blatt-Nr. 05			
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					



Tabelle der Kostenarten je Satzart im Sammelkostennachweis

Kostenartengruppe 06 – Energiekosten

Satzart: Blatt-Nr. 06

Index der Kostenarten	Kostenartennummer	Kostenartenbezeichnung	direkte Kosten	indirekte Kosten	Gesamtkosten
1	71	Energie			
2		Summe Blatt-Nr. 06			
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

Tabelle der Kostenarten je Satzart im Sammelkostennachweis

Kostenartengruppe 07 – Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten

Satzart: Blatt-Nr. 07

Index der Kostenarten	Kostenartennummer	Kostenartenbezeichnung	direkte Kosten	indirekte Kosten	Gesamtkosten
1	81	Öffentliche Abgaben			
2	82	Miet- und Pachtzinse			
3	83	Versicherungsprämien			
4	84	Geldverkehrsspesen			
5	85	Beiträge			
6	86	Pensionen			
7	87	Vorsteuer			
8	88	Schadensfälle			
9	89	Sonstige Kosten			
10		Summe Blatt-Nr. 07			
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

Tabelle der Kostenarten je Satzart im Sammelkostennachweis

Kostenartengruppe 08 – Kalk. Zusatzkosten (kalk. Abschreibungen, kalk. Zinsen)

Satzart: Blatt-Nr. 08/3

Index der Kostenarten	Kostenartennummer	Kostenartenbezeichnung	direkte Kosten	indirekte Kosten	Gesamtkosten
1	31	Geräte für Prüfung, Behandlung und Untersuchung aller Körperfunktionen			
2	32	Narkose- und Absaugapparate			
3	33	Geräte für Diagnose und Therapie mittels Strahlen und Wellen			
4	34	Geräte für Sterilisation, Desinfektion, Destillation			
5	35	Geräte für Apotheke und Labor			
6	36	Spezielle Apparate und Geräte für diverse medizinische Fachrichtungen			
7	37	Instrumente (med.)			
8	38	Einrichtungsgegenstände (speziell med.)			
9	39	Güter med. – Sonstige			
10		Summe Blatt-Nr. 08/3			
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

Tabelle der Kostenarten je Satzart im Sammelkostennachweis

Kostenartengruppe 08 – Kalk. Zusatzkosten (kalk. Abschreibungen, kalk. Zinsen)

Satzart: Blatt-Nr. 08/5

Index der Kostenarten	Kostenartennummer	Kostenartenbezeichnung	direkte Kosten	indirekte Kosten	Gesamtkosten
1	51	Einrichtungsgegenstände (nicht speziell med.)			
2	52	Fahrzeuge (Transportmittel)			
3	53	Maschinen und maschinelle Anlagen			
4	54	Apparate (Geräte), Instrumente, nichtmed.			
5	55	Werkzeuge			
6	56	Bekleidung, Wäsche, Bettzeug			
7	57	Küchen- und Haushaltsgeräte			
8	59	Güter nichtmed. – Sonstige			
9		Summe Blatt-Nr. 08/5			
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

Tabelle der Kostenarten je Satzart im Sammelkostennachweis

Kostenartengruppe 08 – Kalk. Zusatzkosten (kalk. Abschreibungen, kalk. Zinsen)

Satzart: Blatt-Nr. 08/9

Index der Kostenarten	Kostenartennummer	Kostenartenbezeichnung	direkte Kosten	indirekte Kosten	Gesamtkosten
1	91	Grundstücke			
2	92	Straßenbauten			
3	93	Wasser- und Kanalbauten			
4	94	Grundstückseinrichtungen – Sonstige			
5	95	Gebäude			
6	96	Gebäude auf fremden Grund			
7	97	Sonderanlagen			
8	98	Anlagen teilweise benützt			
9	99	Anlagen – Sonstige			
10		Summe Blatt-Nr. 08/9			
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

**Definition der Datenträger für Kostennachweise je Kostenstelle**

Kennung	Beschreibung
A(1600) A(6250)	<p><b>Magnetband</b> in EBCDIC, 9 Spuren, 1600 bzw. 6250 BPI, lesbar auf Magnetbandstation IBM 3420 oder kompatiblen.</p> <p>Das Satzformat ist fix geblockt (RECFM = FB) mit Satzlänge 671 Bytes. Der Blockungsfaktor ist frei wählbar, jedoch im Übergabeschein anzugeben. Es werden nur 2 400 feet-Markenbänder verarbeitet. Das Band muß mit dem Namen des Krankenhasträgers, dem Berichtszeitraum, der Datenträgerspezifikation A(1600) bzw. A(6250) und einer lfd. Nummer bei Beständen, die über mehrere Datenträger verteilt sind, beschriftet sein.</p>
C(1440)	<p>3½-Zoll-<b>Diskette</b> high density 1.44 MB, ASCII, Satzlänge 671.</p> <p>Die Diskette muß mit dem Namen des Krankenhasträgers, dem Berichtszeitraum, der Datenträgerspezifikation C(1440) und einer lfd. Nummer bei Beständen, die über mehrere Datenträger verteilt sind, beschriftet sein.</p> <p>Eine <i>Datenkomprimierung</i> ist zulässig, als Programme dürfen ausschließlich ARJ bzw. PKZIP verwendet werden. Der Umstand ist gegebenenfalls zu vermerken, es sind jedoch keine dazugehörigen EXE-Files mitzuübermitteln.</p>

## Übergabeschein für maschinenlesbare Datenträger mit Begleitinformationen

## DOKUMENTATION DER KOSTENDATEN BERICHTSJAHR 199\_

KA-Nr.: \_\_\_\_\_

Träger-Nr.: \_\_\_\_\_

Kostennachweise je Kostenstelle:

Anzahl Datenträger: \_\_\_\_\_

Anzahl Datensätze: \_\_\_\_\_

### SPEZIFIKATION DER(S) DATENTRÄGER(S):

 MAGNETBAND     1600 BPI     6250 BPI

 Labeltyp:  SL  AL  NL  BLP      Anzahl der Labels: \_\_\_\_\_

Vol-Ser-Name: \_\_\_\_\_

Datasetname(n): \_\_\_\_\_

RECFM = FB, LRECL = \_\_\_\_\_, BLKSIZE = \_\_\_\_\_ (Vielfaches der RECL)

 DISKETTE 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Zoll , 1,44 Mbyte

Verzeichnis/Dateiname : \_\_\_\_\_

Datenkomprimierung :     nein     ja

Programm : \_\_\_\_\_

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

### ANGABEN ZUM EINGESETZTEN EDV-SYSTEM:

Hardware/Betriebssystem: \_\_\_\_\_

Software: \_\_\_\_\_

Kontaktperson (Name, Tel.Nr.): \_\_\_\_\_

falls externe EDV:    Institution/Firma: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Kontaktperson (Name, Tel. Nr.): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_      Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Definition der Datenformate für Kostennachweise je Kostenstelle**

Feld	Pos.	Länge in Byte	Datenformat	Kommentar
Interne Vermerke 1	1	2	alphanumerisch	2 Leerzeichen
Interne Vermerke 2	3	12	alphanumerisch	12 Leerzeichen
Krankenanstaltennummer	15	4	alphanumerisch	KA-Nummer beginnend mit „K“
Kostenrechnungsjahr	19	2	numerisch	Jahr der Kostenrechnung 19JJ
Kostenstellenummer	21	6	alphanumerisch	Text linksbündig, max 6-stellige Kostenstellenummer aus Kostenstellenplan
Kostenstellenbezeichnung	27	40	alphanumerisch	Text linksbündig
Funktionscode	67	6	numerisch	gültiger Funktionscode aus Kostenstellenkatalog lt. Liste BMGK
Funktionscode-Subnummer	73	2	numerisch	laufende Nummer bei gleichen Funktionscodes, ident mit Subcode aus Diagnosen- und Leistungsbericht
Kostenstellverantwortlicher	75	20	alphanumerisch	Name des Kostenstellenverantwortlichen
Interne Vermerke 3	95	6	alphanumerisch	6 Leerzeichen
Kennzeichen für Subkostenstelle	101	1	alphanumerisch	Inhalt leer, „S“ wenn Subkostenstelle
Personalkosten direkt	102	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Personalkosten indirekt	112	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Personalkosten gesamt	122	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Direkte Kosten für medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	132	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Indirekte Kosten für medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	142	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Gesamtkosten für medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	152	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Direkte Kosten für nicht-medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	162	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Indirekte Kosten für nicht-medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	172	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Gesamtkosten für nicht-medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	182	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Direkte Kosten für medizinische Fremdleistungen	192	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Indirekte Kosten für medizinische Fremdleistungen	202	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Gesamtkosten für medizinische Fremdleistungen	212	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle



Feld	Pos.	Länge in Byte	Datenformat	Kommentar
Direkte Kosten für nicht-medizinische Fremdleistungen	222	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Indirekte Kosten für nicht-medizinische Fremdleistungen	232	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Gesamtkosten für nicht-medizinische Fremdleistungen	242	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Direkte Kosten für Energie	252	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Indirekte Kosten für Energie	262	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Gesamtkosten für Energie	272	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Direkte Kosten für Abgaben, Beiträge, Gebühren	282	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Indirekte Kosten für Abgaben, Beiträge, Gebühren	292	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Gesamtkosten für Abgaben, Beiträge, Gebühren	302	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Direkte Kosten für kalkulatorische Zusatzkosten	312	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Indirekte Kosten für kalkulatorische Zusatzkosten	322	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Gesamtkosten für kalkulatorische Zusatzkosten	332	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Summe Primärkosten direkt	342	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Summe Primärkosten indirekt	352	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Summe Primärkosten gesamt	362	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Direkte Kosten der vorwiegend medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung	372	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Indirekte Kosten der vorwiegend medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung	382	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Gesamte Kosten der vorwiegend medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung	392	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Direkte Kosten der vorwiegend nicht-medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung	402	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Indirekte Kosten der vorwiegend nicht-medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung	412	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Gesamte Kosten der vorwiegend nicht-medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung	422	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Direkte Kosten der Verwaltung	432	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle

Feld	Pos.	Länge in Byte	Datenformat	Kommentar
Indirekte Kosten der Verwaltung	442	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Gesamte Kosten der Verwaltung	452	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Direkte Kosten der anderen innerbetrieblich abzurechnenden Kosten	462	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Indirekte Kosten der anderen innerbetrieblich abzurechnenden Kosten	472	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Gesamte Kosten der anderen innerbetrieblich abzurechnenden Kosten	482	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Summe Sekundärkosten direkt	492	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Summe Sekundärkosten indirekt	502	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Summe Sekundärkosten gesamt	512	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Summe Primär- und Sekundärkosten direkt	522	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Summe Primär- und Sekundärkosten indirekt	532	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Summe Primär- und Sekundärkosten gesamt	542	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Kostenminderungen direkt	552	10	numerisch	10-stellig numerisch, als positiver Wert einzugeben
Kostenminderungen indirekt	562	10	numerisch	10-stellig numerisch, als positiver Wert einzugeben
Kostenminderungen gesamt	572	10	numerisch	10-stellig numerisch, als positiver Wert einzugeben
Direkt abgegebene innerbetriebliche Leistungen	582	10	numerisch	10-stellig numerisch, als positiver Wert einzugeben
Indirekt abgegebene innerbetriebliche Leistungen	592	10	numerisch	10-stellig numerisch, als positiver Wert einzugeben
Gesamt abgegebene innerbetriebliche Leistungen	602	10	numerisch	10-stellig numerisch, als positiver Wert einzugeben
Überdeckungen direkt	612	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Überdeckungen indirekt	622	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Überdeckungen gesamt	632	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Direkte Endkosten je Kostenstelle	642	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Indirekte Endkosten je Kostenstelle	652	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle
Gesamte Endkosten je Kostenstelle	662	10	numerisch	10-stellig numerisch, bei Bedarf Minus-Zeichen 1. Stelle

**785. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Konsumentenschutz betreffend die Dokumentation von Statistikdaten in Krankenanstalten, deren Träger auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 finanziert werden (Statistikverordnung für Fondskrankenanstalten)**

Auf Grund des § 7 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, wird verordnet:

**Elemente der Datenmeldungen**

§ 1. Die Träger, die auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 finanziert werden, haben für ihre Krankenanstalten die Krankenanstalten- und Kostenstellenstatistik, den Kostenstellenplan, die Einnahmenstruktur und die Gebarung laut Rechnungsabschluß zu erfassen und im Wege des Landeshauptmannes dem Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz jährlich zu melden.

**Dokumentationsgrundlagen**

§ 2. (1) Die bundeseinheitliche Dokumentation von Statistikdaten gemäß § 1 hat die Datenmeldungen gemäß den Anlagen 1 bis 3 zu umfassen:

Anlage 1: Krankenanstalten- und Kostenstellenstatistik,

Anlage 2: Einnahmenstruktur und

Anlage 3: Gebarung laut Rechnungsabschluß.

(2) Als Grundlage für die Dokumentation der Daten sind die Definitionen zur Krankenanstalten- und Kostenstellenstatistik in der Anlage 4, die Erläuterungen zum Erfassen der Einnahmenstruktur in der Anlage 5 und die Erläuterungen zur Gebarung laut Rechnungsabschluß in der Anlage 6 zu verwenden.

**Vorlage der Statistikdaten**

§ 3. (1) Die Krankenanstalten- und Kostenstellenstatistik, die Einnahmenstruktur und die Gebarung laut Rechnungsabschluß sind dem Landeshauptmann für das vorangegangene Kalenderjahr bis zum 31. März jeden Jahres in maschinenlesbarer Form zu melden und von diesem zu prüfen, allenfalls richtigzustellen und vom Landeshauptmann dem Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz bis zum 30. April jeden Jahres in maschinenlesbarer Form vorzulegen. Für die Erfassung und Übermittlung der Statistikdaten ist ein vom Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz zur Verfügung gestellter Datenträger mit den darauf definierten Datenformaten zu verwenden.

(2) Über andere Formen der Datenübermittlung muß vorweg mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz Einvernehmen hergestellt werden.

(3) Gleichzeitig mit den Statistikdaten gemäß Abs. 1 ist der Kostenstellenplan gemäß Anhang 3 des vom Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz herausgegebenen Handbuchs über die Dokumentation von Kostendaten in Fondskrankenanstalten vorzulegen.

**Inkrafttreten**

§ 4. Diese Verordnung tritt ab dem Berichtszeitraum 1997 mit 1. Jänner 1997 in Kraft.

**Krammer**

# **KRANKENANSTALTEN- UND KOSTENSTELLENSTATISTIK 199.**

**IM FOLGENDEN SIND IN DEN STATISTIK-FORMULAREN NUR DIE STARK  
UMRANDETEN FELDER VON DER KRANKENANSTALT AUSZUFÜLLEN !**

KA - Nr.

Typ

Bezeichnung der Krankenanstalt

Anschrift

PLZ

Ort

Telefon (Vorwahl)

Rechtsträger

**Krankenanstalten-Statistik 199.****AI**

<i>KA - Nummer</i>	
--------------------	--

<i>Ärztlicher Leiter</i>	
<i>Verwaltungsleiter</i>	
<i>Pflegedienstleiter</i>	
<i>Anstaltsapothekenleiter</i>	
<i>Krankenhaushygieniker</i>	
<i>Sicherheitsbeauftragter</i>	
<i>Kostenrechnungsverantwortlicher</i>	

<i>Anzahl der Notstromaggregate</i>	
-------------------------------------	--

<i>Höhe der getätigten Investitionen</i>	
<i>Neuanschaffungen</i>	
<i>Ersatzanschaffungen</i>	

<i>Veränderung der Anstaltsordnung (Status); Neuerrichtung bzw. Auflassung von Abteilungen, Stationen, Ambulanzen, etc.</i>	
---	--

<i>Diese Veränderungen wurden behördlich genehmigt mit</i>	
--	--

*Für die Anstaltsleitung (Datum, Unterschrift)* \_\_\_\_\_

**Krankenanstalten-Statistik 199.**

**A2**

KA-Nummer

		GESAMT	Allg.Geb.-Klasse	Sonderklasse	Akutbereich	Pflegebereich
1	Systemisierte Betten					
2	Tatsüchl.aufgest. Betten					
3	Pflegetage					
4	Belagstage					
5	Aufnahmen +					
6	Vom Vorjahr Verbliebene +					
7	Entlassungen -					
8	Verstorbene -					
	Am Jahresende Verbl. =					

9 Ganzperiodenpatienten

10 Eintagspflegen

	11.1 Aufnahmen	11.2 Pflegetage	11.3 Belagstage
11	Begleitpersonen		

12 U/B-Plätze

14 Sperrtage

13 Ambulante Fälle

15 Nutzfläche

	Korr. Beschäftigte nach MLV-Nummern	Pragmat. Bed. 111 - 119	Vertragsbed. 121 - 129	Sonstige Bed. 131 - 139	SUMME
16	Ärzte				
	Apotheker,Chemiker,Phys.				
	Hebammen				
*	Krankenpflegefachdienstpers.				
	Med.-techn.Dienstpersonal				
	Sanitätshilfsdienstpersonal				
	Verwaltungs-,Kanzleipers.				
	Betriebspersonal				
	Sonstiges Personal				
	<b>GESAMT</b>				

\* darin enthalten:  KrankenpflegeschülerInnen  
(ausgenommen SKA für Psychiatrie- und Neurologie)

**Krankenanstalten-Statistik 199.****A3**

KA-Nummer

<b>17</b>	<b>Ausgewählte Funktionseinrichtungen</b>	
	OP - Tische	
	Entbindungsplätze	
	Postop. Überwachungsbetten	
	Dialysebetten	
	Wasserbetten	
	Herz-Lungenmaschinen	
	Säuglingsboxen	

<b>18</b>	<b>Küchenleistungen *</b>	Anstaltsküche	Fremdküche	<b>SUMME</b>
	Patientenverpflegung			
	Personalverpflegung			
	Küchenleistungen an Dritte			
	<b>GESAMT</b>			
		* WENN GEWICHTUNG - BITTE "ja" EINGEBEN		

<b>19</b>	<b>Wäschereileistungen</b>	Eigene Wäsche	Fremde Wäsche	<b>SUMME</b>
	Anstaltswäscherei			
	Fremdwäscherei			
	<b>GESAMT</b>			

		Anstaltspersonal	Fremdpersonal
<b>20</b>	<b>Obduktionen</b>		

		Alkohol	Suchtgift	Sonstige
<b>21</b>	<b>Entwöhnungskuren</b>			

		Lebendgeburten	Totgeburten
<b>22</b>	<b>Entbindungen</b>		

**Krankenanstalten-Statistik 199.****A4**

KA-Nummer

23	<b>Altersstruktur der aufgenommenen Patienten</b>	<b>GESAMT</b>	weiblich	männlich	Belagstage
	bis 1 Jahr				
	über 1 bis 15 Jahre				
	über 15 bis 45 Jahre				
	über 45 bis 65 Jahre				
	über 65 bis 75 Jahre				
	über 75 Jahre				
	<b>SUMME</b>				
<i>Pos. 5 Aufnahmen (A2)</i>					

24	<b>Gliederung der aufgenommenen Patienten nach Hauptwohnsitz</b>			
	<b>Standortgemeinde</b>		<b>Politischer Bezirk</b>	
	<b>Übrige Bezirke</b>		<b>Ausland</b>	
	<b>Übrige Bundesländer</b>			
	Burgenland		Kärnten	
	Niederösterreich		Oberösterreich	
	Salzburg		Steiermark	
	Tirol		Vorarlberg	
	Wien		<b>GESAMT</b>	
	<b>SUMME</b>			
	<i>Pos. 5 Aufnahmen (A2)</i>			

25	<b>L K F - Gebühr</b>	
	Wert je Punkt in Schilling	

26	<b>Pflegegebühr</b>	Allgemeine Gebührenklasse	Sonderklasse Einbettzimmer	Sonderklasse Mehrbettzimmer



**Krankenanstalten-Statistik 199.**

**A5**

**27.1 Personal der nichtärztlichen Gesundheitsberufe**

KA-Nummer

	Gesamt	darunter Ausl.	weiblich weltlich	weiblich geistlich	männlich weltlich	männlich geistlich				
Allgemeine Krankenpflege										
Kinderkranken- und Säuglingspflege										
Psychologische Krankenpflege										
<b>Krankenpflegefachdienst gesamt</b>										
	Gesamt	darunter Ausl.	weiblich weltlich	weiblich geistlich	männlich weltlich	männlich geistlich				
Physiotherapeutischer Dienst										
Med.-techn. Laboratoriumsdienst										
Radiologisch-technischer Dienst										
Diät- u. ernährungsmed. Beratungsdienst										
Ergotherapeutischer Dienst										
Logopäd.-phoniatr.-audiolog. Dienst										
Orthoptischer Dienst										
Med.-technischer Fachdienst										
<b>Med.-technischer Dienst gesamt</b>										
	Gesamt	darunter Ausl.	ww m.Zgn.	ww o.Zgn.	wg m.Zgn.	wg o.Zgn.	mw m.Zgn.	mw o.Zgn.	mg m.Zgn.	mg o.Zgn.
Sanitätsgehilfen										
Pflegehelfer										
Operationsgehilfen										
Laborgehilfen										
Prosekturgehilfen										
Ordinationsgehilfen										
Heilbadegehilfen										
Heilbademeister und Heilmasseur										
Ergotherapiegehilfen										
Desinfektionsgehilfen										
<b>Sanitätshilfsdienstpersonal gesamt</b>										
	Gesamt	darunter Ausl.	weltlich	geistlich						
<b>Hebammen haupt-, nebenberuflich</b>										









**D**

**Kostenstellen-Statistik 199.**  
**Ausgewählte Hilfskostenstellen**

KA - Nummer

**KÜCHENLEISTUNGEN – WENN GEWICHTUNG – BITTE "ja" EINGEBEN :**

Kost-Nr.	Kostenstellenbezeichnung	Leistungseinheiten	Nutzfläche	Korr. Beschäftigte	Kontrollsumme von A3
		47	48	49	

**WÄSCHEREILEISTUNGEN**

Kost-Nr.	Kostenstellenbezeichnung	Leistungseinheiten	Nutzfläche	Korr. Beschäftigte	Kontrollsumme von A3
		47	48	49	

**WERKSTATTSTUNDEN**

Kost-Nr.	Kostenstellenbezeichnung	Leistungseinheiten	Nutzfläche	Korr. Beschäftigte
		47	48	49









**Anlage 2**

**Einnahmenstruktur**

KA-Nummer	KA-Kurzbezeichnung	Land	Jahr
-----------	--------------------	------	------

EINNAHMEN (in 1.000 S)	Finanzierungsträger										SUMME	
	Landesfonds	SV	Kranken- fürsorge	priv. KV	Patient	Sozialhilfe	KRAZAF	Bund	Land	Gemeinde		Rechtsträger
<b>1. Stationär</b>												
a) PGE												
b) LKF - GE												
c) amtl. PG												
d) LKF - G												
e) Anstaltsgebühr												
f) Kostenbeiträge (§ 27a)												
g) Anteile Angehörige												
h) Anteile v. Arzthonorar												
i) Sonstiges												
<b>Zwischensumme</b>												
<b>2. Ambulant</b>												
a) Pauschal												
b) Einzelleistungen												
c) Tageschirurgie												
d) Sonstiges												
<b>Zwischensumme</b>												
<b>3. Andere Einnahmen</b>												
a) Investitionsförderungen												
b) Sonstige Förderungen/BSZ												
c) Klin. Mehraufwand												
d) Strukturmittel												
e) Mieteinnahmen												
f) Medizinische Leistungen												
g) Nichtmed. Leistungen												
h) Betriebsabgang												
i) Sonstiges												
<b>Zwischensumme</b>												
<b>SUMME</b>												

<sup>1)</sup> siehe Erläuterungen Seite 2 oben

**GEBARUNG LAUT RECHNUNGSABSCHLUSS 199.**

Krankenanstalt (Name, Adresse, Telefon)

KA-Nr.

**Rechnungsabschluß 199.**

Ausgaben (Aufwendungen) S .....

Einnahmen (Erträge) S .....

Betriebsergebnis (Gewinn/Verlust) S .....

Im Betriebsergebnis enthalten ja / nein Korrektur (+,-)

1. a) Ersatzanschaffungen | S .....

1. b) Instandsetzungsaufwand | S .....

2. Klinischer Mehraufwand | S .....

3. Rücklagen | S .....

4. Umsatzsteuer/Vorsteuer | S .....

5. Pensionen | S .....

6. Investitionszuschüsse | S .....

7. Spenden | S .....

8. Zinsen | S .....

9. Verwaltungskostenbeiträge | S .....

10. Pflegebereich | S .....

11. Leistungen für anstaltsfremde Zwecke | S .....

12. Heilstätten | S .....

BEREINIGTER BETRIEBSABGANG <sup>1)</sup> S .....

VOM ZUSTÄNDIGEN LANDESHAUPTMANN AUSZUFÜLLEN

Die Richtigkeit der Daten wird bestätigt.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

<sup>1)</sup> Es ist mit einem × zu vermerken, ob die jeweilige Position (1. bis 12.) im Betriebsergebnis lt. Rechnungsabschluß enthalten ist oder nicht. Als **Korrektur** ist mit einem (+) eine Erhöhung des Betriebsabganges (= Verminderung der Einnahmen bzw. Erhöhung der Ausgaben) und mit einem (-) eine Verminderung des Betriebsabganges (= Erhöhung der Einnahmen bzw. Verminderung der Ausgaben) mit der entsprechenden Summe auszuweisen.

**DEFINITIONEN ZUR KRANKENANSTALTENSTATISTIK BLATT A2 – A7**

## BLATT A2

**1 Systemisierte Betten <sup>1)</sup>**

Anzahl der Betten der Krankenanstalt, die durch sanitätsbehördliche Bewilligung festgelegt sind (Stand per 31. 12. des Erhebungsjahres).

**2 Tatsächlich aufgestellte Betten <sup>1)</sup>**

Anzahl der Betten, die der Krankenanstalt zur Verfügung stehen. Es ist die Zahl der aufgestellten Betten der bettenführenden Hauptkostenstellen zum Mitternachtsstand zu erheben. Ändern sich die Mitternachtsstände im Laufe des Jahres, so ist ein entsprechender Jahresdurchschnitt zu errechnen. Ist eine Ermittlung des Mitternachtsstandes nicht möglich, so sind jene Betten anzuführen, die mindestens sechs Monate im Jahr (in Summe) aufgestellt sind (Funktionsbetten, wie zB Dialysebetten, postoperative Betten im Aufwachraum, Säuglingsboxen der Geburtshilfe uä. zählen nicht zu den tatsächlich aufgestellten Betten).

**3 Pfl egetage <sup>1)</sup>**

Anzahl der Tage, die für stationäre Aufnahmen gemäß § 22 Abs. 3 KAG inklusive Aufnahme- und Entlassungstage anfallen. Dabei sind bei den Entlassungstagen die Sterbetage mitzuzählen, hingegen die Überstellungstage in eine andere Krankenanstalt nicht zu berücksichtigen. (Für Begleitpersonen sind unter dieser Position keine Pfl egetage anzugeben.)

**4 Belagstage <sup>1)</sup>**

Anzahl der Tage der Krankenanstalt, die sich durch Summation der Mitternachtsstände der Patienten der bettenführenden Hauptkostenstellen ergibt. Ist die Ermittlung der Mitternachtsstände nicht möglich, so ist die Anzahl der Belagstage aus der Summe der Pfl egetage gemäß Punkt 3 zuzüglich der Überstellungstage in eine andere Krankenanstalt, abzüglich der Entlassungen und der Verstorbenen zu errechnen.

**5 Aufnahmen <sup>1)</sup>**

Anzahl der Patienten, die in die Krankenanstalt aufgenommen werden (vgl. § 22 KAG), wenn hierdurch eine Inanspruchnahme der tatsächlich aufgestellten Betten, nicht jedoch der Funktionsbetten erfolgt.

**6 Vom Vorjahr Verbliebene <sup>1)</sup>**

Anzahl der Patienten der Krankenanstalt, die sich am 1. Jänner des Erhebungsjahres um 0.00 Uhr in der Krankenanstalt befinden. Am 1. Jänner des Erhebungsjahres um 0.00 Uhr vorübergehend beurlaubte Pfl eglinge aus Krankenanstalten für Geisteskrankheiten sind den Verbliebenen zuzurechnen.

**7 Entlassungen <sup>1)</sup>**

Anzahl der Patienten, die aus der Krankenanstalt entlassen werden (inkl. Überstellungen in eine andere Krankenanstalt, jedoch ohne Verstorbene).

**8 Verstorbene <sup>1)</sup>**

Anzahl der in der Krankenanstalt verstorbenen Patienten (ohne Totgeburten).

**9 Ganzperiodenpatienten**

Anzahl der Ganzperiodenpatienten: ein Ganzperiodenpatient ist ein Patient, der sich im Erhebungszeitraum (1. 1. bis 31. 12.) in stationärer Behandlung im Krankenhaus befindet und der im Erhebungszeitraum weder bei den Aufnahmen noch bei den Entlassungen bzw. Verstorbenen gezählt wurde.

---

<sup>1)</sup> Bei Krankenanstalten, an die Heilstätten, Pflegeheime uä. angeschlossen sind, sind die Daten getrennt nach Akut- und Pflegebereich anzugeben. Als Pflegebereich ist jener Bereich anzusehen, für den die Sozialversicherungsträger die Anerkennung als Behandlungsfall gemäß den gesetzlichen Bestimmungen abgelehnt haben.

## 10 Eintagspflegen

Anzahl der Eintagspflegen: als Eintagspflege gilt jener Aufenthalt, wo an ein und demselben Tag ein Patient von außen in eine Krankenanstalt kommt und diese nach außen wieder verläßt. Im Unterschied zum ambulanten Fall liegt eine Eintagspflege dann vor, wenn der Patient ein tatsächlich aufgestelltes Bett in Anspruch nimmt. Zu zählen sind also die Aufenthalte, an denen Aufnahme und Entlassung gleiches Kalenderdatum besitzen.

## 11 Begleitpersonen

### 11.1 Aufnahmen von Begleitpersonen:

Anzahl der sonstigen nicht anstandsbedürftigen Begleitpersonen gemäß § 23 Abs. 2, letzter Satz KAG.

Kann ein Säugling nur gemeinsam mit der nicht anstandsbedürftigen Mutter oder einer anderen Begleitperson oder eine anstandsbedürftige Mutter nur gemeinsam mit ihrem Säugling aufgenommen werden (§ 23 Abs. 2, 1. Satz KAG), so zählen Mutter (Begleitperson) und Säugling als ein Patient, der jedoch nicht als Begleitperson zu zählen ist.

### 11.2 Pflage tage von Begleitpersonen:

Anzahl der für Begleitpersonen angefallenen Pflage tage.

### 11.3 Belagstage von Begleitpersonen:

Anzahl der Mitternachtsstände der Begleitpersonen.

## 12 Untersuchungs-/Behandlungsplätze

Ein Untersuchungs-/Behandlungsplatz ist ein Arbeitsplatz, an dem **ein Patient** untersucht/behandelt wird. Besteht die Möglichkeit, mehrere Patienten gleichzeitig zu untersuchen/behandeln, so ist die entsprechende Anzahl der Untersuchungs-/Behandlungsplätze für Patienten (zB Wiegen, Kojen, Behandlungsstühle) anzugeben.

In der Arbeits- und Beschäftigungstherapie sowie Heilgymnastik (Gruppentherapien) ist die Zahl der Untersuchungs-/Behandlungsplätze gleich der Zahl des dafür eingesetzten Personals.

Für den Bereich der Anästhesie sind keine Untersuchungs-/Behandlungsplätze anzugeben.

Für den Bereich der Pathologie ist die Anzahl der Seziertische anzugeben.

Werden im Bereich Labor mehrere Laborgeräte auf Grund der personellen Kapazität nur alternativ verwendet, so gelten diese als ein U/B-Platz.

## 13 Ambulante Fälle

Anzahl der in den nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen (zB Ambulanzen) der Krankenanstalt während des Kalenderjahres je Krankheitsfall behandelten, nichtstationären Patienten, wobei unmittelbar im Anschluß an die ambulante Behandlung am gleichen Tag infolge dieses Krankheitsbildes keine Aufnahme erfolgt.

## 14 Sperrtage

Anzahl der durch eine vorübergehende Sperrung von tatsächlich aufgestellten Betten entfallenden Belagstage, unabhängig von einer sanitätsbehördlichen Bewilligung.

## 15 Nutzfläche

Anzahl der Quadratmeter jenes Teiles der Netto-Grundrißfläche einer Krankenanstalt, welcher der Zweckbestimmung der Krankenanstalt dient (vgl. ÖNORM B 1800). Ist eine Angabe der Netto-Grundrißfläche laut ÖNORM B 1800 nicht möglich, so ist die Anzahl der Quadratmeter jener Fläche anzugeben, die betrieblich genutzt werden kann, überdacht ist und haustechnische Installationen besitzt.

## 16 Korrigierte Beschäftigte nach MLV-Nummern

Anzahl der Personen, umgerechnet auf Vollzeitbeschäftigung nach Beschäftigungsdauer und Arbeitszeit, welche im Erhebungsjahr in Dienstverwendung der Krankenanstalt stehen (Personal im Karenz- und Mutterschaftsurlaub, Zivil- oder Präsenzdienst ist nicht hinzuzurechnen) **und** für die Personalkosten angesetzt werden. Vollzeitbeschäftigte sind Personen, die die in den geltenden gesetzlichen Bestimmungen über die Arbeitszeitregelung bzw. die im Kollektivvertrag festgesetzte Wochenarbeitszeit voll leisten; Teilzeitbeschäftigte sind Personen, die weniger als die in den geltenden ge-

setzlichen Bestimmungen über die Arbeitszeitregelung bzw. die im Kollektivvertrag festgesetzte Wochenarbeitszeit leisten, zB

- a) Personen, die die gesamte Erhebungsperiode über vollzeitbeschäftigt waren, sind mit dem Gewichtungsfaktor = 1,0 anzusetzen;
- b) Personen, die nur einen Teil der Erhebungsperiode über vollzeitbeschäftigt waren, sind mit dem Gewichtungsfaktor = Beschäftigungsmonate/12 anzusetzen;
- c) Personen, die die gesamte Erhebungsperiode über teilzeitbeschäftigt waren, sind mit dem Gewichtungsfaktor = Wochenstunde/40 anzusetzen;
- d) Personen, die nur einen Teil der Erhebungsperiode über teilzeitbeschäftigt waren, sind mit dem Gewichtungsfaktor = Wochenstunden/40 × Beschäftigungsmonate/12 anzusetzen;

	Personen	Gewichtungsfaktor	korrigierte Beschäftigte
Zu a)	250	1	250
Zu b)	5	6/12	2,5
Zu b)	1	1/12	0,1
Zu c)	10	30/40	7,5
Zu d)	2	20/40x6/12	0,5
Summe	208		260,6

### BLATT A3

#### 17 Ausgewählte Funktionseinrichtungen

OP-Tische: Besonders eingerichtete Funktionseinheiten zur Durchführung operativer Eingriffe (zumeist unter Anästhesie);

Entbindungsplätze: Speziell zur Durchführung von Entbindungen eingerichtete Funktionseinheiten (Gebärstühle, Entbindungssojen);

Post-operative Überwachungsplätze: Besonders ausgestattete Funktionseinheiten zur post-operativen Überwachung und Betreuung (Aufwachraum);

Dialysebetten: Funktionsbetten mit besonderer Ausstattung zur Durchführung von Blutwäschen;

Wasserbetten: Besondere Funktionseinheiten zur therapeutischen Behandlung von Patienten (Dermatologie);

Herz-Lungenmaschinen: besondere Funktionseinheiten zur künstlichen Aufrechterhaltung des Kreislaufes;

Säuglingsboxen: Besondere Funktionseinheiten zur Unterbringung von gesunden Säuglingen.

#### 18 Küchenleistungen

Anzahl der Tagesverpflegungen, die Patienten, Personal bzw. Dritte (zB Essen auf Rädern, Schüler, Gäste) im Laufe des Jahres von der Anstaltsküche bzw. einer Fremdküche erhalten.

Eine Tagesverpflegung besteht aus nachstehend angeführten Essenseinheiten, welche wie folgt zu gewichten sind:

Frühstück .....	0,1
Gabelfrühstück .....	0,1
Mittagessen .....	0,4
Jause .....	0,1
Abendessen .....	0,3

Werden in der Krankenanstalt weniger als die angeführten Essenseinheiten je Tag gereicht, so sind diese derart zu gewichten, daß die Summe einer kompletten Tagesverpflegung 1,0 ergibt. Ist eine Angabe der gewichteten Essenseinheiten nicht möglich, so ist die Anzahl der Patienten- und Personalverpflegstage anzugeben und diese Zahl mit einem Stern (\*) zu kennzeichnen.

#### 19 Wäschereileistungen

Anzahl der kg gereinigter getrockneter Wäsche, die von der Anstaltswäscherei bzw. einer Fremdwäscherei gewaschen wird. Es ist eine Trennung in eigene und fremde Wäsche vorzunehmen. Mietwäsche ist als fremde Wäsche der Fremdwäscherei anzugeben. Ist eine Angabe der gereinigten getrockneten Wäsche nicht möglich, so ist die Schmutzwäsche mit einem Faktor von 0,90 umzurechnen.

**20 Obduktionen**

Anzahl der Obduktionen, die vom Personal der Krankenanstalt durchgeführt werden bzw. Anzahl der Obduktionen, die von anstaltsfremdem Personal durchgeführt werden.

**21 Entwöhnungskuren**

Anzahl der in der Krankenanstalt durchgeführten Alkoholentwöhnungskuren, Suchtgiftentwöhnungskuren gemäß Suchtgiftgesetz und sonstigen Entwöhnungskuren. Als sonstige Entwöhnungskuren sind zB solche der Medikamentenentwöhnung anzusehen.

**22 Entbindungen**

Anzahl der in der Krankenanstalt erfolgten Lebend- und Totgeburten.

Eine Leibesfrucht gilt unabhängig von der Schwangerschaftsdauer als „lebendgeboren“, wenn nach dem vollständigen Austritt aus dem Mutterleib entweder die Atmung eingesetzt hat oder irgendein anderes Lebenszeichen erkennbar ist, wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung willkürlicher Muskeln, gleichgültig, ob die Nabelschnur durchschnitten ist oder nicht oder ob die Plazenta ausgestoßen ist oder nicht.

Die laut obiger Definition zu erfassenden Lebendgeburten sind **abzüglich** der Säuglinge, die in der 1. Lebenswoche in der Krankenanstalt sterben, ohne als Patienten aufgenommen worden zu sein, zu melden.

Als „totgeboren“ oder in der Geburt verstorben gilt eine Leibesfrucht dann, wenn keines der unter „lebendgeboren“ angeführten Zeichen erkennbar ist und sie ein Geburtsgewicht von mindestens 500 Gramm aufweist.

Die laut obiger Definition zu erfassenden Totgeburten sind **zuzüglich** der Säuglinge, die in der 1. Lebenswoche in der Krankenanstalt sterben, ohne als Patienten aufgenommen worden zu sein, zu melden.

Wenn bei einer Leibesfrucht keines der unter „lebendgeboren“ angeführten Zeichen vorhanden ist und die Leibesfrucht ein Geburtsgewicht von weniger als 500 Gramm aufweist, liegt eine Fehlgeburt vor. Diese ist als Entbindung **nicht** zu zählen.

BLATT A4

**23 Altersstruktur der aufgenommenen Patienten**

Anzahl der Patienten, die in die Krankenanstalt aufgenommen werden, sowie Anzahl der Belagstage der Patienten – gegliedert nach Altersgruppen. Maßgeblich ist das Alter der Patienten am Aufnahmetag. Die Angabe der Belagstage hat nur für die Aufnahmen einer Periode (nicht für die Verbliebenen) zu erfolgen.

**24 Gliederung nach Hauptwohnsitz**

Anzahl der Patienten, die in die Krankenanstalt aufgenommen werden, gegliedert nach ihrem Hauptwohnsitz, und zwar

- Standortgemeinde: deren Wohnsitz in der Gemeinde gelegen ist, in der sich die Krankenanstalt befindet;
- politischer Bezirk: deren Wohnsitz zwar innerhalb des gleichen politischen Bezirks liegt, in dem sich die Krankenanstalt befindet, jedoch außerhalb der Standortgemeinde der Krankenanstalt;
- übrige Bezirke: deren Wohnsitz in einem anderen Bezirk des Bundeslandes liegt, in dem sich die Krankenanstalt befindet;
- übrige Bundesländer: deren Wohnsitz in einem anderen Bundesland liegt, wobei die Anzahl für jedes Bundesland anzuführen ist;
- Ausland: deren Wohnsitz nicht in Österreich liegt.

**25 LKF – Gebühr**

In diesem Feld ist der für LKF-Gebühren zur Verrechnung gelangende Schillingwert je LKF-Punkt, der durch die Landesregierung festgesetzt und im Landesgesetzblatt kundgemacht wurde, einzutragen (vgl. § 28 Abs. 1 KAG). Für nicht-öffentliche, gemeinnützige Krankenanstalten ist jener Schillingwert je LKF-Punkt einzusetzen, der für die nächstgelegene, vergleichbare und öffentliche Krankenanstalt gilt.

**26 Pflegegebühr**

Höhe der Pflegegebühren bzw. Sondergebühren, die vom Rechtsträger der Krankenanstalt kostendekend ermittelt werden (vgl. § 28 Abs. 1 KAG). Für nicht-öffentliche, gemeinnützige Krankenanstalten ist jene amtlich festgesetzte Pflegegebühr einzusetzen, die für die nächstgelegene, vergleichbare und öffentliche Krankenanstalt gilt.

BLATT A5

**27 Ausgewählte Personalgruppen**

**Personal der nichtärztlichen Gesundheitsberufe:** Anzahl des Personals (ausgenommen Krankenpflegeschüler), welches am **31. 12. des Erhebungsjahres** in Dienstverwendung der Krankenanstalt steht. Hiezu gehört auch das Personal im Krankenstand, nicht jedoch jenes auf Karenz- und Mutterschaftsurlaub, Zivil- und Präsenzdienst (diese Daten sind **nicht ident** mit den unter Nr. 16 der Statistik angeführten „korrigierten Beschäftigten“, da hier die Beschäftigten ungewichtet entsprechend dem Personalstand zum Stichtag 31. 12. anzugeben sind).

Anzuführen ist das Personal des Krankenpflegefachdienstes und des med.-techn. Dienstes mit Diplom bzw. des Sanitätshilfsdienstes mit oder ohne Zeugnis. Darüber hinaus ist die Anzahl der Ausländer je Zeile anzugeben.

BLATT A6

**Personal des ärztlichen Dienstes:** Anzahl der Ärzte bzw. Ärzte in Ausbildung (Ärzte in Ausbildung zum Facharzt im Hauptfach) je Abteilung, Fachstation oder Institut, welche am **31. 12. des Erhebungsjahres** in Dienstverwendung der Krankenanstalt stehen (diese Daten sind **nicht ident** mit den unter Nr. 16 der Statistik angeführten „korrigierten Beschäftigten“, da hier die Beschäftigten ungewichtet entsprechend dem Personalstand zum Stichtag 31. 12. anzugeben sind). Gastärzte sind getrennt also nicht als Teilmasse von „GESAMT“ anzugeben.

BLATT A7

**Konsiliarärzte je Fachrichtung:** Name und Fachrichtung der Konsiliarärzte, welche am **31. 12. des Erhebungsjahres** in Dienstverwendung der Krankenanstalt stehen.

**DEFINITIONEN ZUR KOSTENSTELLENSTATISTIK  
(BETTENFÜHRENDE HAUPTKOSTENSTELLEN – BLATT B)**

**28 Systemisierte Betten**

Anzahl der Betten einer bettenführenden Hauptkostenstelle, die durch sanitätsbehördliche Bewilligung festgelegt ist (Stand per 31. 12. des Erhebungsjahres).

**29 Tatsächlich aufgestellte Betten**

Anzahl der Betten, die einer bettenführenden Hauptkostenstelle zur Verfügung stehen. Es ist die Zahl der aufgestellten Betten zum Mitternachtsstand zu erheben. Ändern sich die Mitternachtsstände im Laufe des Jahres, so ist ein entsprechender Jahresdurchschnitt zu errechnen. Ist eine Ermittlung der Mitternachtsstände nicht möglich, so sind jene Betten anzuführen, die mindestens sechs Monate im Jahr (in Summe) aufgestellt sind.

**30 Belagstage**

Anzahl der Tage einer bettenführenden Hauptkostenstelle, die sich durch Summation der Mitternachtsstände der Patienten ergibt. Neugeborene auf geburtshilflichen Stationen zählen nicht dazu.

**31 Zugänge**

Anzahl der Patienten, die einer bettenführenden Hauptkostenstelle zugegangen sind, wenn hiedurch eine Inanspruchnahme der tatsächlich aufgestellten Betten erfolgt. Ein Patient, der von einer bettenführenden Hauptkostenstelle auf eine andere bettenführende Hauptkostenstelle überstellt wird (Zutransferierung), ist der empfangenden Kostenstelle als Zugang zuzurechnen.

**32 Vom Vorjahr Verbliebene**

Anzahl der Patienten einer bettenführenden Hauptkostenstelle, die sich am 1. Jänner des Erhebungsjahres um 0.00 Uhr in der Krankenanstalt befinden. Am 1. Jänner des Erhebungsjahres um 0.00 Uhr vorübergehend beurlaubte Pfinglinge aus Krankenanstalten für Geisteskrankheiten sind den Verbliebenen zuzurechnen.



### 33 Abgänge

Anzahl der Patienten, die von einer bettenführenden Hauptkostenstelle abgegangen, nicht jedoch verstorben sind. Ein Patient, der von einer bettenführenden Hauptkostenstelle auf eine andere bettenführende Hauptkostenstelle überstellt wird (Abtransferierung), ist der abgehenden Kostenstelle als Abgang zuzurechnen.

### 34 Verstorbene

Anzahl der je bettenführenden Hauptkostenstelle verstorbenen Patienten.

### 35 Ganzperiodenpatienten

Anzahl der Ganzperiodenpatienten: ein Ganzperiodenpatient ist ein Patient, der sich im Erhebungszeitraum (1. 1. bis 31. 12.) in stationärer Behandlung auf einer bettenführenden Hauptkostenstelle befindet und der im Erhebungszeitraum weder bei den Zugängen noch bei den Abgängen (bzw. Verstorbenen) gezählt wurde.

### 36 Eintagspflegen

Anzahl der Eintagspflegen: als Eintagspflege gilt jener Aufenthalt, wo an ein und demselben Tag ein Patient von außen auf eine bettenführende Hauptkostenstelle kommt und diese nach außen wieder verläßt. Zuzuordnen ist die Eintagspflege auf jene bettenführende Hauptkostenstelle, von wo aus der Patient das Krankenhaus verläßt. Im Unterschied zum ambulanten Fall liegt eine Eintagspflege dann vor, wenn ein Patient ein tatsächlich aufgestelltes Bett in Anspruch nimmt. Zu zählen sind also die Aufenthalte, an denen Aufnahme und Entlassung gleiches Kalenderdatum besitzen.

### 37 Nutzfläche

Anzahl der Quadratmeter jenes Teiles der Netto-Grundrißfläche einer bettenführenden Hauptkostenstelle, welcher der Zweckbestimmung der Kostenstelle dient (vgl. ÖNORM B 1800). Ist eine Angabe der Netto-Grundrißfläche laut ÖNORM B 1800 nicht möglich, so ist die Anzahl der Quadratmeter jener Fläche anzugeben, die betrieblich genutzt werden kann, überdacht ist und haustechnische Installationen besitzt.

### 38 Korrigierte Beschäftigte

Anzahl der Personen, umgerechnet auf Vollzeitbeschäftigung nach Beschäftigungsdauer und Arbeitszeit, welche im Erhebungsjahr in Dienstverwendung der Krankenanstalt stehen und der bettenführenden Hauptkostenstelle zugeordnet sind. Die Anzahl der Personen je Kostenstelle muß im Zusammenhang mit den in der Kostenstellenrechnung verrechneten Personalkosten stehen (vgl. auch die Erläuterungen zu den Gewichtungsfaktoren unter Nr. 16 der Definitionen).

## DEFINITIONEN ZUR KOSTENSTELLENSTATISTIK (NICHTBETTENFÜHRENDE HAUPTKOSTENSTELLEN – BLATT C)

### 39 Untersuchungs-/Behandlungsplätze

Anzahl der Untersuchungs-/Behandlungsplätze einer nichtbettenführenden Hauptkostenstelle. Ein Untersuchungs-/Behandlungsplatz ist ein Arbeitsplatz, an dem ein Patient untersucht/behandelt wird. Besteht die Möglichkeit, mehrere Patienten gleichzeitig zu untersuchen/behandeln, so ist die entsprechende Anzahl der Untersuchungs-/Behandlungsplätze für Patienten (zB Wiegen, Kojen, Behandlungsstühle) anzugeben (vgl. auch Punkt 12 der Definitionen).

### 40 Ambulante Fälle

Anzahl der nichtstationären Patienten, die auf einer nichtbettenführenden Hauptkostenstelle während eines Kalenderjahres mit **einem** Krankheitsfall behandelt werden und die von außerhalb der Krankenanstalt kommend diese nichtbettenführende Hauptkostenstelle **direkt** aufsuchen. Erfolgt unmittelbar im Anschluß an diese ambulante Behandlung am gleichen Tag infolge dieses Krankheitsbildes eine Aufnahme, zählt diese nicht als ambulanter Fall.

Als ein ambulanter Fall ist somit nur jener zu erfassen, der von außerhalb der Krankenanstalt kommend, direkt die nichtbettenführende Hauptkostenstelle aufsucht. Besucht der Patient daneben noch andere nichtbettenführende Hauptkostenstellen zur Abklärung dieses Krankheitsfalles, so ist er auf

diesen Kostenstellen nicht als ambulanter Fall, sondern als Leistung an ambulanten Patienten (Nr. 43 der Definitionen) zu erfassen.

#### 41 Frequenzen von ambulanten Patienten

Anzahl der Besuche von ambulanten Patienten einer nichtbettenführenden Hauptkostenstelle.

#### 42 Frequenzen von stationären Patienten

Anzahl der Besuche von stationären Patienten einer nichtbettenführenden Hauptkostenstelle.

#### 43 Leistungen an ambulanten Patienten

Anzahl der Untersuchungen und Behandlungen an ambulanten Patienten einer nichtbettenführenden Hauptkostenstelle.

#### 44 Leistungen an stationären Patienten

Anzahl der Untersuchungen und Behandlungen an stationären Patienten einer nichtbettenführenden Hauptkostenstelle.

#### 45 Nutzfläche

Anzahl der Quadratmeter jenes Teiles der Nettogrundrißfläche einer nichtbettenführenden Hauptkostenstelle, welcher der Zweckbestimmung der Kostenstelle dient (vgl. ÖNORM B 1800). Ist eine Angabe der Nettogrundrißfläche laut ÖNORM B 1800 nicht möglich, so ist die Anzahl der Quadratmeter jener Fläche anzugeben, die betrieblich genutzt werden kann, überdacht ist und haustechnische Installationen besitzt.

#### 46 Korrigierte Beschäftigte

Anzahl der Personen, umgerechnet auf Vollzeitbeschäftigung nach Beschäftigungsdauer und Arbeitszeit, welche im Erhebungsjahr in Dienstverwendung der Krankenanstalt stehen und der nichtbettenführenden Hauptkostenstelle zugeordnet sind. Die Anzahl der Personen je Kostenstelle muß im Zusammenhang mit den in der Kostenstellenrechnung verrechneten Personalkosten stehen (vgl. auch die Erläuterungen zu den Gewichtungsfaktoren unter Nr. 16 der Definitionen).

### DEFINITIONEN ZUR KOSTENSTELLENSTATISTIK (AUSGEWÄHLTE HILFSKOSTENSTELLEN – BLATT D)

#### 47 Leistungseinheiten

**Küche:** Anzahl der Tagesverpflegungen, die im Laufe des Jahres erstellt wurden.

Eine Tagesverpflegung besteht aus nachstehend angeführten Essenseinheiten, welche wie folgt zu gewichten sind:

Frühstück .....	0,1
Gabelfrühstück .....	0,1
Mittagessen .....	0,4
Jause .....	0,1
Abendessen .....	0,3

Werden weniger als die angeführten Essenseinheiten je Tag erstellt, so sind diese derart zu gewichten, daß die Summe einer kompletten Tagesverpflegung 1,0 ergibt.

Ist eine Angabe der gewichteten Essenseinheiten nicht möglich, so ist die Anzahl der Patienten- und Personalverpflegstage anzugeben und diese Zahl mit einem Stern (\*) zu kennzeichnen.

**Wäscherei:** Anzahl der kg gereinigter getrockneter Wäsche.

Schmutzwäsche ist mit einem Faktor von 0,90 auf Reinwäsche umzurechnen.

**Werkstätte(n):** Anzahl der geleisteten Produktivstunden. Diese ergeben sich aus der um die Leerstunden (Krankheit, Urlaub, Ausbildung, werkstattfremde Tätigkeiten) verminderten Arbeitszeit. Pausen, Rüstzeiten und Aufräumzeiten sind dabei nicht herauszurechnen.

#### 48 Nutzfläche

Anzahl der Quadratmeter jenes Teiles der Nettogrundrißfläche einer ausgewählten Hilfskostenstelle, welcher der Zweckbestimmung der Kostenstelle dient (vgl. ÖNORM B 1800). Ist eine Angabe der

Nettogrundrißfläche laut ÖNORM B 1800 nicht möglich, so ist die Anzahl der Quadratmeter jener Fläche anzugeben, die betrieblich genutzt werden kann, überdacht ist und haustechnische Installationen besitzt.

#### **49 Korrigierte Beschäftigte**

Anzahl der Personen, umgerechnet auf Vollzeitbeschäftigung nach Beschäftigungsdauer und Arbeitszeit, welche im Erhebungsjahr in Dienstverwendung der Krankenanstalt stehen und der ausgewählten Hilfskostenstelle zugeordnet sind. Die Anzahl der Personen je Kostenstelle muß im Zusammenhang mit den in der Kostenstellenrechnung verrechneten Personalkosten stehen (vgl. auch die Erläuterungen zu den Gewichtungsfaktoren unter Nr. 16 der Definitionen).

### **DEFINITIONEN ZUR KOSTENSTELLENSTATISTIK (ÜBRIGE HILFSKOSTENSTELLEN UND NEBENKOSTENSTELLEN – BLATT E)**

#### **50 Nutzfläche**

Anzahl der Quadratmeter jenes Teiles der Netto-Grundrißfläche einer Kostenstelle, welcher der Zweckbestimmung der Kostenstelle dient (vgl. ÖNORM B 1800). Ist eine Angabe der Nettogrundrißfläche laut ÖNORM B 1800 nicht möglich, so ist die Anzahl der Quadratmeter jener Fläche anzugeben, die betrieblich genutzt werden kann, überdacht ist und haustechnische Installationen besitzt.

#### **51 Korrigierte Beschäftigte**

Anzahl der Personen, umgerechnet auf Vollzeitbeschäftigung nach Beschäftigungsdauer und Arbeitszeit, welche im Erhebungsjahr in Dienstverwendung der Krankenanstalt stehen und den Kostenstellen zugeordnet sind. Die Anzahl der Personen je Kostenstelle muß im Zusammenhang mit den in der Kostenstellenrechnung verrechneten Personalkosten stehen (vgl. auch die Erläuterungen zu den Gewichtungsfaktoren unter Nr. 16 der Definitionen).

### **DEFINITIONEN ZUR PERSONALSTATISTIK P1 – P2 (BETTENFÜHRENDE UND NICHTBETTENFÜHRENDE HAUPTKOSTENSTELLEN)**

#### **52 Korrigierte Beschäftigte nach MLV-Nummern 1-1 bis 1-9**

Anzahl der Personen einer bettenführenden bzw. nichtbettenführenden Hauptkostenstelle, umgerechnet auf Vollzeitbeschäftigung nach Beschäftigungsdauer und Arbeitszeit, welche im Erhebungsjahr in Dienstverwendung der Krankenanstalt stehen (Personal im Karenz- und Mutterschaftsurlaub, Zivil- oder Präsenzdienst ist nicht hinzuzurechnen) **und** für die Personalkosten angesetzt werden (vgl. Erläuterungen unter Nr. 16 der Definitionen).

Anlage 5

### **Erläuterungen zum Erfassen der Einnahmenstruktur**

#### **1. Abkürzungen**

Amtl.PG: amtliche Pflegegebühren  
 LKF: leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung  
 LKF-G: LKF-Gebühr  
 BSZ: Betriebs- und sonstige Zuschüsse  
 KRAZAF: Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds  
 PGE: Pflegegebührenersätze  
 LKF-GE: LKF-Gebührenersätze  
 Priv.KV: Private Krankenversicherung  
 SV: Sozialversicherung

#### **2. Vorgangsweise**

Im Rahmen dieser Erhebung sind die Einnahmen (in 1 000 S), die den Krankenanstalten ab dem Jahre 1997 im Zeitraum 1. Jänner bis 31. Dezember eines jeweiligen Jahres zugeflossen sind, zu erheben. Einnahmen die auf Basis des für das Jahr 1996 geltenden Finanzierungssystems ab dem Jahre 1997 zu-

fließen, sind in den dafür vorgesehenen Spalten (insbesondere „KRAZAF“) und Zeilen (insbesondere „Sonstige Förderungen/BSZ“) zu erfassen.

Lt. Anlage 2 sind nur jene Zeilen auszufüllen, wo Finanzierungsträger finanzielle Leistungen erbracht haben. Die dunkelgrauen Felder sind dabei für Eintragungen grundsätzlich gesperrt. Sollte trotzdem eine Eintragung in eines der dunkelgrauen Felder erforderlich sein, so ist dieser Betrag in der Spalte des jeweiligen Finanzierungsträgers in der entsprechenden Zeile „Sonstiges“ einzutragen.

Lt. Anlage 2 sind alle Finanzierungsleistungen, mit Ausnahme der durch den KRAZAF geleisteten „Investitionsförderungen“ und „Sonstigen Förderungen/BSZ“ (Betriebs- und sonstige Zuschüsse), einzutragen. Es sind daher auch Beiträge zum Betriebsabgang bzw. zur Deckung des Betriebsabganges durch den Rechtsträger und Finanzierungszahlungen von Investitionen anzuführen.

Die vom KRAZAF geleisteten Zahlungen (Investitions-, Betriebs- und sonstige Zuschüsse) werden vom Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz zentral eingetragen und den ausgewiesenen Summen hinzugerechnet.

**Beispiel:** Da die Gebietskrankenkassen für Zahlungen das Jahr 1996 betreffend für den stationären Bereich der Krankenanstalten im Regelfall ihre finanziellen Leistungen in Form der Pflegegebührenersätze erbringen, sind diese Einnahmen beispielsweise im Punkt „1. Stationär“ in der Zeile „PGE“ auszufüllen. Die das Jahr 1997 betreffenden Zahlungen der Landesfonds sind im Punkt „1. Stationär“ in der Zeile LKF-GE einzutragen.

Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen erbringen nach den Bestimmungen des Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes Leistungen der Sonderklasse. Hier sind daher allenfalls auch andere Zeilen (insbesondere „Anstaltsgebühr“) auszufüllen.

### 3. Zu den einzelnen Spalten:

**Landesfonds:** Hier sind unter „1. Stationär“ insbesondere Zahlungen des Landesfonds aus den Titeln Pflegegebühren und LKF-Gebühren, Pflegegebührenersätze und LKF-Gebührenersätze sowie aus dem Titel LKF-Steuerungsbereich, unter „2. Ambulant“ Zahlungen für Ambulanzleistungen und unter „3. Andere Einnahmen“ insbesondere Zahlungen aus den Titel Nebenkostenstellen in der Zeile „Sonstige Förderungen/BSZ“ sowie Anpassungsmittel gemäß § 27b Abs. 4 KAG in der Zeile „Sonstiges“ anzugeben.

**SV:** In dieser Spalte sind auch die Leistungen der Sozialversicherungsträger in Form der Jahresausgleichszahlung in der Zeile „1. Stationär – Sonstiges“ anzuführen.

**Krankenfürsorge:** Die Einnahmen, die von Krankenfürsorgeeinrichtungen der Länder und Gemeinden für ihre eigenen Dienstnehmer im Krankheitsfall bzw. im Dienstunfall gemäß B-KUVG stammen – diese sind keine Sozialversicherungsträger –, sind hier anzuführen (zB KFA der Stadt Wien).

**Priv. KV:** Anzuführen sind ua. die Zahlungen der priv. KV einschließlich allenfalls der Krankenanstalt zufließender Anteile am Arzthonorar.

**Patient:** Aufzunehmen sind die unmittelbar den Patienten betreffenden Zahlungsverpflichtungen (daher nicht die „Anteile Angehörige“, die in der Spalte „Sonstige“ auszuweisen sind).

**KRAZAF:** Zahlungen des KRAZAF (Investitions-, Betriebs- und sonstige Zuschüsse) werden zentral von der Geschäftsstelle des KRAZAF in dieses Einnahmenerhebungsblatt eingetragen und den von der Krankenanstalt ermittelten Summen hinzugerechnet. In der Spalte „KRAZAF“ sind daher von der Krankenanstalt lediglich – wenn zutreffend – Strukturreformmittel in der Zeile „Strukturmittel“ einzutragen. In der Zeile „1. Stationär-Sonstiges“ sind die von der beim Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz eingerichteten Clearingstelle zur Förderung des Transplantationswesens ausbezahlten Mittel anzugeben.

**Bund:** Hier sind ua. Einnahmen aus dem „klin. Mehraufwand“, auf Grund der Betreuung von Wehrpflichtigen, aus der Förderung des Bundes für die Facharztausbildung in Mangelfächern und aus den Leistungen des Bundes für unabweisbare Kranke auf Grund behördlicher Einweisung gemäß § 22 Abs. 4 letzter Satz KAG anzuführen.

- Land, Gemeinde:** Hier sind ua. die Beiträge zum Betriebsabgang gemäß § 34 KAG (nicht jedoch der Rechtsträgeranteil eines spitalerhaltenden Landes bzw. einer spitalerhaltenden Gemeinde für die Restabgangsdeckung), „Investitionsförderungen“ und „Sonstige Förderungen“ auszuweisen.  
Ebenso sind in der Spalte „Länder“ – sofern nicht über den Landesfonds abgerechnet – die Beihilfen gemäß dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz in der Zeile „3. Andere Einnahmen – Sonstiges“ einzutragen.
- Rechtsträger:** Hier ist der dem Rechtsträger (auch Länder und Gemeinden) zur Abdeckung verbleibende Restbetriebsabgang und der Investitionsaufwand, soweit dieser nicht dem laufenden Aufwand (zB für Ersatzanschaffungen) zuzurechnen ist, auszuweisen.
- Sonstige:** In der Spalte „Sonstige Finanzierungsträger“ sind nur dann Eintragungen vorzunehmen, wenn diese Einnahmen keinem der explizit angeführten Finanzierungsträger zuzurechnen sind.  
Sonstige Finanzierungsträger sind beispielsweise: Begleitpersonen gemäß § 27 Abs. 6 zweiter Satz KAG, Sozialversicherte hinsichtlich des Selbstbehaltes für Angehörige gemäß § 148 Z 2 ASVG, Leistungsentgelte anderer Krankenanstalten (zB für Leistungen an stationären Patienten, die von anderen Krankenanstalten – ambulant – erbracht werden, gleichgültig, ob die leistende Krankenanstalt eine Krankenanstalt desselben oder eines anderen Rechtsträgers ist).

Anlage 6**Erläuterungen zur Gebarung laut Rechnungsabschluß****Einleitung**

Die Kostenrechnung gemäß Verordnung betreffend die Dokumentation von Kostendaten und die Betriebsergebnisrechnung aus der Finanzbuchhaltung sind verschiedene Methoden zur Ermittlung von Betriebsergebnissen, die unterschiedlichen Zwecken dienen und daher weder miteinander vermengt, noch verwechselbar sein dürfen. So dient die Kostenrechnung als betriebliches Führungsinstrument, während die Betriebsergebnisrechnung zur Darstellung der Gebarung laut Rechnungsabschluß herangezogen wird.

Der Betriebsergebnisrechnung werden die Ergebnisse der Finanzbuchhaltung (Einnahmen und Ausgaben oder Erträge und Aufwendungen) der öffentlichen und nichtöffentlichen gemeinnützigen Krankenanstalten zugrunde gelegt. Ausgaben für Ersatzanschaffungen und Instandsetzungsaufwendungen dürfen hinzugerechnet werden, auch wenn sie im außerordentlichen Haushalt abgerechnet werden.

**1. Ersatzanschaffungen und Instandsetzungsaufwand**

- a) Als Ausgaben für Ersatzanschaffungen im Betriebsaufwand sind Ausgaben für Anschaffungen von beweglichen Gütern des Anlagevermögens zu verstehen, die der Erhaltung und der Einrichtung der Krankenanstalt dienen. Sie dienen dann der Erhaltung, wenn sie zwar eine Verbesserung in Folge des technischen Fortschritts oder eine Verbesserung der Versorgung mit sich bringen, aber nicht der Kapazitätsausweitung oder der Schaffung neuerrichteter Abteilungen oder Institute dienen, sondern bereits vorhandene Einrichtungen ersetzen.
- b) Ausgaben für die Instandsetzung von Baulichkeiten der Krankenanstalt gelten dann als Betriebsaufwand, wenn sie zur Erhaltung oder zeitgemäßen Adaptierung der vorhandenen Substanz und nicht zur Erweiterung der Anstalt dienen.
- c) Ausgaben für andere Investitionen als die in Punkt a) und b) beschriebenen sind nicht in den Betriebsaufwand aufzunehmen.

**2. Klinischer Mehraufwand**

Der Beitrag des Bundes zum Klinischen Mehraufwand ist als Einnahme anzusetzen.

**3. Rücklagen**

Zuführungen zu Rücklagen bzw. Einnahmen aus der Auflösung von Rücklagen sind der Berechnung des Betriebsabganges nicht zugrunde zu legen. Zweckgebundene Zuwendungen, die im Jahr der Zuwendung nicht verausgabt werden, sind bis zur Auflösung als Rücklagen zu behandeln.

#### **4. Umsatzsteuer/Vorsteuer**

Allenfalls anfallende Umsatzsteuer gemäß Umsatzsteuergesetz 1994 ist weiterhin erfolgsneutral zu behandeln.

Die nicht abziehbaren Vorsteuern sind auf einer eigenen Ausgabenpost im Rechnungsabschluß anzusetzen. Die Beihilfen gemäß dem Gesundheitsbereich- und Sozialbereich-Beihilfengesetz sind auf einer eigenen Einnahmenpost im Rechnungsabschluß anzusetzen.

#### **5. Pensionen (Ruhe- und Versorgungsgenüsse)**

Pensionsbeiträge Aktiv-Bediensteter der Krankenanstalten sind auf der Einnahmenseite anzusetzen. Pensionslasten für Bedienstete der Krankenanstalten sind auf der Ausgabenseite anzusetzen. Unter Pensionen sind Ruhestandsleistungen an pragmatisierte Bedienstete und Zusatzpensionen nach einem allgemeinen Pensionsstatut des Rechtsträgers zu verstehen, soweit die Pension aus der gesetzlichen Sozialversicherung und die Zusatzpension zusammen den Ruhegenuß eines vergleichbaren pragmatisierten Bediensteten nicht übersteigen.

Pensionsempfänger sind Personen, die zum Zeitpunkt ihrer Versetzung in den Ruhestand oder des Ablebens im Personalstand der betreffenden Krankenanstalt waren bzw. ihre anspruchsberechtigten Hinterbliebenen.

#### **6. Investitionszuschüsse**

Investitionszuschüsse (insbesondere der Landesfonds, des Bundes, der Gemeinden und Gemeindeverbände) zu Ausgaben, die für Ersatzanschaffungen (Z 1a) oder Instandsetzungsaufwand (Z 1b) abgangserhöhend verrechnet wurden, sind als Einnahmen der Anstalt zu verrechnen.

#### **7. Spenden**

Spenden sind als Einnahmen der Anstalt zu behandeln, soweit sie nicht für Erweiterungsinvestitionen (Z 1c) zweckgewidmet wurden.

#### **8. Zinsen**

Zinsaufwendungen sind nicht als Ausgaben anzusetzen. Zinserträge sind nicht als Einnahmen anzusetzen.

#### **9. Verwaltungskostenbeiträge**

Verwaltungskostenbeiträge für betriebsnotwendige zentrale Leistungen werden unter Berücksichtigung einer zweckmäßigen, wirtschaftlichen und sparsamen Verwaltungsführung unter Nachweis der Berechnungsgrundlagen anerkannt.

Unter zentralen Leistungen werden verstanden:

1. Zentrale Verwaltung und Wirtschaftsführung (inkl. rechtlicher Betreuung und zentralem Einkauf)
2. Personalverwaltung
3. Technische Betreuung der Krankenanstalt betreffend den Betriebsaufwand (Instandhaltung)
4. Zentrales Rechnungswesen (inklusive EDV)

#### **10. Trennung des Abganges von Akut- und Pflegebereich in den Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie und Neurologie**

Soweit eine räumliche und funktionelle Trennung zwischen Krankenhaus-Akutabteilung einerseits und Pflege-/Asylbereich andererseits gegeben ist, sind der Betriebsabgang bzw. die Anzahl der Pflegeetage und Pflegefälle (stationäre Aufnahmen) getrennt zu verrechnen. Ist derzeit eine derartige Trennung nicht vorhanden, so ist die Trennung in der Weise vorzunehmen, daß für die Berechnung der Pflegeetage und Pflegefälle (stationäre Aufnahmen) als Kriterium die Anerkennung als Behandlungsfall gemäß den gesetzlichen Bestimmungen betreffend die Sozialversicherung heranzuziehen ist.

#### **11. Personalkosten in konfessionellen Krankenanstalten**

Im Betriebsaufwand von Krankenanstalten, deren Träger kirchliche Einrichtungen sind, ist das Entgelt für die Arbeit des geistlichen Personals des Krankenanstaltenträgers mit jenen Beträgen einzusetzen und der betreffenden Körperschaft zu vergüten, die für das nichtgeistliche Personal derselben Anstalt in gleicher Verwendung gelten. Bei einer über die Altersgrenze für die Pensionierung fortdauernden Verwendung und Arbeitsfähigkeit gilt keine Beschränkung beim Ansatz derartiger Personalkosten.

## **12. Leistungen für anstaltsfremde Zwecke**

Leistungen für anstaltsfremde Zwecke wie zB „Aktion Essen auf Rädern“ müssen aufwandsneutral dargestellt werden.

## **13. Trennung des Akut- und Pflegebereiches bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten mit angeschlossener Heilstätte**

Soferne das Betriebsergebnis in Heilstätten (Pflegeheimen und ähnlichen) im Rechnungsabschluß der Krankenanstalt enthalten ist, ist dieses für die Ermittlung des bereinigten Betriebsergebnisses nicht zu berücksichtigen.

## **786. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Konsumentenschutz betreffend die Dokumentation von Statistikdaten in Krankenanstalten, deren Träger auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 nicht finanziert werden (Statistikverordnung für Nichtfondskrankenanstalten)**

Auf Grund des § 8 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, wird verordnet:

### **Elemente der Datenmeldungen**

§ 1. Die Träger, die auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 nicht finanziert werden – mit Ausnahme der selbständigen Ambulatorien –, haben für ihre Krankenanstalten eine Krankenanstaltenstatistik in Form einer Jahresmeldung zur Zentralkartei der Krankenanstalten Österreichs zu erfassen und dem Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz jährlich zu melden.

### **Dokumentationsgrundlagen**

§ 2. (1) Die bundeseinheitliche Dokumentation von Statistikdaten gemäß § 1 hat die Datenmeldungen gemäß der Anlage 1 zu umfassen.

(2) Als Grundlage für die Dokumentation der Daten sind die Definitionen zur Jahresmeldung in der Anlage 2 zu verwenden.

### **Vorlage der Statistikdaten**

§ 3. (1) Die Jahresmeldung zur Zentralkartei der Krankenanstalten Österreichs ist dem Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz bis zum 28. Februar jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr in maschinenlesbarer Form vorzulegen.

(2) Für die Erfassung und Übermittlung der Statistikdaten ist der vom Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz zur Verfügung gestellte Datenträger mit den darauf definierten Datenformaten zu verwenden.

(3) Über andere Formen der Datenübermittlung muß vorweg mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz Einvernehmen hergestellt werden.

### **Strafbestimmung**

§ 4. Die Träger der Krankenanstalten, die den auf Grund dieser Verordnung auferlegten Verpflichtungen nicht nachkommen, begehen, sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet, eine Verwaltungsübertretung und sind mit einer Geldstrafe bis zu 30 000 S zu bestrafen.

### **Inkrafttreten**

§ 5. Diese Verordnung tritt ab dem Berichtszeitraum 1997 mit 1. Jänner 1997 in Kraft.

**Krammer**

**JAHRESMELDUNG 199.***zur Zentralkartei der Krankenanstalten Österreichs*

nach dem Stand vom 31. 12. 199.

Bezeichnung der Krankenanstalt	_____
	_____
KA-Nr.	_____
Anschrift	_____
PLZ	_____ Ort _____
Telefon (Vorwahl)	_____
Rechtsträger	_____
	_____



***Jahresmeldung 199.***

***AI***

<b>KA-Nr.</b>
---------------

Name des Ärztlichen Leiters	_____
Name des Verwaltungsleiters	_____
Name des Leiters des Pflegedienstes	_____
Name des Leiters der Anstaltsapothek	_____
Name des Krankenhaushygienikers	_____
Name des Sicherheitsbeauftragten	_____
Anzahl der Notstromaggregate	_____
Veränderungen der Anstaltsordnung (Status); Neuerrichtung bzw. Auflassung von Abteilungen, Stationen, Ambulanzen, etc.:	_____
Diese Veränderungen wurden behördlich genehmigt mit	_____
Für die Anstaltsleitung ( Datum, Unterschrift )	

**Jahresmeldung 199.****A2**

KA-Nummer

		<i>GESAMT</i>	<i>Allg.Geb.-Klasse</i>	<i>Sonderklasse</i>	<i>Akutbereich</i>	<i>Pflegebereich</i>
<b>1</b>	<i>Systemisierte Betten</i>					
<b>2</b>	<i>Tatsüchl. aufgest. Betten</i>					
<b>3</b>	<i>Verrechenbare Pflgetage</i>					
<b>4</b>	<i>Belagstage</i>					
<b>5</b>	<i>Aufnahmen</i> +					
<b>6</b>	<i>Vom Vorjahr Verbliebene</i> +					
<b>7</b>	<i>Entlassungen</i> -					
<b>8</b>	<i>Verstorbene</i> -					
	<i>* Am Jahresende Verbl.</i> =					

\* Anzahl der Patienten, die am Jahresende des Erhebungsjahres in der Krankenanstalt verbleiben.

(Die am Jahresende verbleibenden Patienten sind in der nächstjährigen Jahresmeldung unter 6 "vom Vorjahr Verbliebene" zu melden.)

<b>9</b>	<i>U/B-Plätze</i>	<input type="text"/>
<b>12</b>	<i>Sperrtage</i>	<input type="text"/>

<b>10</b>	<i>Ambulante Fälle</i>	<input type="text"/>
<b>11</b>	<i>Nutzfläche</i>	<input type="text"/>

<b>13</b>	<i>Beschäftigte</i>	<i>Pragmat. Bed.</i>	<i>Vertragsbed.</i>	<i>Sonstige Bed.</i>	<i>SUMME</i>
	Ärzte				
	Apotheker, Chemiker, Phys.				
	Hebammen				
	Krankenpflegefachdienstpers.				
	Med.-Techn. Dienstpersonal				
	Sanitätshilfsdienstpersonal				
	Verwaltungs-, Kanzleipers.				
	Bertriebspersonal				
	Sonstiges Personal				
	<b>GESAMT</b>				

**Jahresmeldung 199.****A3**

KA-Nummer

<b>14</b>	<b>Ausgewählte Funktionseinrichtungen</b>	
	OP - Tische	
	Entbindungsplätze	
	Postop. Überwachungsbetten	
	Dialysebetten	
	Wasserbetten	
	Herz-Lungenmaschinen	
	Säuglingsboxen	

		Anstaltspersonal	Fremdpersonal
<b>15</b>	<b>Obduktionen</b>		

		Alkohol	Suchtgift	Sonstige
<b>16</b>	<b>Entwöhnungskuren</b>			

		Lebendgeburten	Totgeburten
<b>17</b>	<b>Entbindungen</b>		

<b>18</b>	<b>Gebührenersätze</b>		GKK	Sonstige
	<i>Stationäre Behandlung</i>	Akutbehandlung		
		Langzeitpflege		
	<i>Ambulante Behandlung</i>	Fallpauschale		
		Röntgenpausch.		
		Dialyseersatz		
		CT-Ersatz		

		Allgemeine Gebührenklasse	Sonderklasse Einbettzimmer	Sonderklasse Mehrbettzimmer
<b>19</b>	<b>Pflegegebühr</b>			

**Jahresmeldung 199.****A4****20.1 Personal der nichtärztlichen Gesundheitsberufe**

KA-Nummer

	<b>Gesamt</b>	darunter Ausl.	weiblich weltlich	weiblich geistlich	männlich weltlich	männlich geistlich				
Allgemeine Krankenpflege										
Kinderkranken- und Säuglingspflege										
Psychologische Krankenpflege										
<b>* Krankenpflegefachdienst gesamt</b>										
	<b>Gesamt</b>	darunter Ausl.	weiblich weltlich	weiblich geistlich	männlich weltlich	männlich geistlich				
Physiotherapeutischer Dienst										
Med.-techn. Laboratoriumsdienst										
Radiologisch-technischer Dienst										
Diät- u. ernährungsmed. Beratungsdienst										
Ergotherapeutischer Dienst										
Logopäd.-phoniatr.-audiolog. Dienst										
Orthoptischer Dienst										
Med.-technischer Fachdienst										
<b>* Med.-technischer Dienst gesamt</b>										
	<b>Gesamt</b>	darunter Ausl.	ww m.Zgn.	ww o.Zgn.	wg m.Zgn.	wg o.Zgn.	mw m.Zgn.	mw o.Zgn.	mg m.Zgn.	mg o.Zgn.
Sanitätsgehilfen										
Pflegehelfer										
Operationsgehilfen										
Laborgehilfen										
Prosekturgehilfen										
Ordinationsgehilfen										
Heilbadegehilfen										
Heilbademeister und Heilmasseur										
Ergotherapiegehilfen										
Desinfektionsgehilfen										
<b>* Sanitätshilfsdienstpersonal gesamt</b>										
	<b>Gesamt</b>	darunter Ausl.	weltlich	geistlich						
<b>* Hebammen haupt-, nebenberuflich</b>										

\* Gesamtsumme der Personalgruppe muß mit den Angaben vom Blatt A2 dieser Personalgruppe übereinstimmen.

***Jahresmeldung 199.***

**A5**

KA-Nr.
--------

<b>20.2</b>	<b><i>Personal des ärztlichen Dienstes</i></b>				
Abteilungs- Codes 01 bis 30 lt. Blatt B	Bezeichnung der Abteilung, Fachstation bzw. des Institutes	Fachärzte	Praktische Ärzte	Ärzte in Ausb. zum Facharzt im Hauptfach	Ärzte in Ausb. zum prakt. Arzt
GESAMT (ohne Gastärzte)					
darunter Ausländer					
Inländische Gastärzte					
Ausländische Gastärzte					





**DEFINITIONEN ZUR JAHRESMELDUNG**

## BLATT A2

**1 Systemisierte Betten <sup>1)</sup>**

Anzahl der Betten der Krankenanstalt, die durch eine sanitätsbehördliche Bewilligung festgelegt sind (Stand per 31. 12. des Erhebungsjahres).

**2 Tatsächlich aufgestellte Betten <sup>1)</sup>**

Anzahl der Betten, die der Krankenanstalt zur Verfügung stehen. Es ist die Zahl der aufgestellten Betten der bettenführenden Hauptkostenstellen zum Mitternachtsstand zu erheben. Ändern sich die Mitternachtsstände im Laufe des Jahres, so ist ein entsprechender Jahresdurchschnitt zu errechnen. Ist eine Ermittlung der Mitternachtsstände nicht möglich, so sind jene Betten anzuführen, die mindestens sechs Monate im Jahr (in Summe) aufgestellt sind (Funktionsbetten, wie zB Dialysebetten, postoperative Betten im Aufwachraum, Säuglingsboxen der Geburtshilfe uä. zählen nicht zu den tatsächlich aufgestellten Betten).

**3 Verrechenbare Pflgetage <sup>1)</sup>**

Anzahl der Tage, die für stationäre Aufnahmen gemäß § 22 Abs. 3 KAG dem Versicherungsträger, anderen Institutionen (Fürsorge) bzw. dem Patienten (Privatpatient) unabhängig vom Tage der Ausstellung der Rechnung von der Krankenanstalt verrechnet werden können. (Somit können für Begleitpersonen keine Pflgetage angegeben werden)

**4 Belagstage <sup>1)</sup>**

Anzahl der Tage der Krankenanstalt, die sich durch Summation der Mitternachtsstände der Patienten der bettenführenden Hauptkostenstellen ergibt. Ist die Ermittlung der Mitternachtsstände nicht möglich, so ist die Anzahl der Belagstage aus der Summe der Pflgetage (das sind die verrechenbaren Pflgetage und die allenfalls nichtverrechenbaren Pflgetage – wie zB im Falle der Abtransferierung in andere Krankenanstalten) abzüglich der Entlassungen und der Verstorbenen zu errechnen.

**5 Aufnahmen <sup>1)</sup>**

Anzahl der Patienten, die in die Krankenanstalt aufgenommen werden (vgl. § 22 KAG), wenn hiedurch eine Inanspruchnahme der tatsächlich aufgestellten Betten, nicht jedoch der Funktionsbetten erfolgt.

**6 Vom Vorjahr Verbliebene <sup>1)</sup>**

Anzahl der Patienten der Krankenanstalt, die sich am 1. Jänner des Erhebungsjahres um 0.00 Uhr in der Krankenanstalt befinden. Am 1. Jänner des Erhebungsjahres um 0.00 Uhr vorübergehend beurlaubte Pflglinge aus Krankenanstalten für Geisteskrankheiten sind den Verbliebenen zuzurechnen.

**7 Entlassungen <sup>1)</sup>**

Anzahl der Patienten, die aus der Krankenanstalt entlassen werden (inkl. Überstellungen in eine andere Krankenanstalt, jedoch ohne Verstorbene).

**8 Verstorbene <sup>1)</sup>**

Anzahl der in der Krankenanstalt verstorbenen Patienten (ohne Totgeburten).

**9 Untersuchungs-/Behandlungsplätze**

Ein Untersuchungs-/Behandlungsplatz ist ein Arbeitsplatz an dem **ein Patient** untersucht/behandelt wird. Besteht die Möglichkeit, mehrere Patienten gleichzeitig zu untersuchen/behandeln, so ist die

---

<sup>1)</sup> Bei Krankenanstalten, an die Heilstätten, Pflegeheime uä. angeschlossen sind, sind die Daten getrennt nach Akut- und Pflegebereich anzugeben. Als Pflegebereich ist jener Bereich anzusehen, für den die Sozialversicherungsträger die Anerkennung als Behandlungsfall gemäß den gesetzlichen Bestimmungen abgelehnt haben.



entsprechende Anzahl der Untersuchungs-/Behandlungsplätze für Patienten (zB Wiegen, Kojen, Behandlungsstühle) anzugeben.

In der Arbeits- und Beschäftigungstherapie sowie Heilgymnastik (Gruppentherapien) ist die Zahl der Untersuchungs-/Behandlungsplätze gleich der Zahl des dafür eingesetzten Personals.

Für den Bereich der Anästhesie sind keine Untersuchungs- und Behandlungsplätze anzugeben.

Für den Bereich der Pathologie ist die Anzahl der Seziertische anzugeben.

Werden im Bereich Labor mehrere Laborgeräte aufgrund der personellen Kapazität nur alternativ verwendet, so gelten diese als ein U/B-Platz.

Im Bereich Labor bzw. Pathologie-Labor gilt vorläufig diese Definition.

#### **10 Ambulante Fälle**

Anzahl der in der Krankenanstalt während des Jahres je Krankheitsfall behandelten, nichtstationären Patienten, wobei unmittelbar im Anschluß an die ambulante Behandlung am gleichen Tag infolge dieses Krankheitsbildes keine Aufnahme erfolgt.

#### **11 Nutzfläche**

Anzahl der Quadratmeter jenes Teiles der Nettogrundrißfläche einer Krankenanstalt, welcher der Zweckbestimmung der Krankenanstalt dient (vgl. ÖNORM B 1800). Ist eine Angabe der Nettogrundrißfläche laut ÖNORM B 1800 nicht möglich, so ist die Anzahl der Quadratmeter jener Fläche anzugeben, die betrieblich genutzt werden kann, überdacht ist und haustechnische Installationen besitzt.

#### **12 Sperrtage**

Anzahl der durch eine vorübergehende Sperrung von tatsächlich aufgestellten Betten entfallenden Belagstage, unabhängig von einer sanitätsbehördlichen Bewilligung.

#### **13 Beschäftigte**

Anzahl der Personen, welche am **31. 12. des Erhebungsjahres** in Dienstverwendung der Krankenanstalt stehen. Hiezu gehört auch das Personal im Krankenstand, nicht jedoch jenes auf Karenz- und Mutterschaftsurlaub, Zivil- und Präsenzdienst.

### **BLATT A3**

#### **14 Ausgewählte Funktionseinrichtungen**

OP-Tische: Besonders eingerichtete Funktionseinheiten zur Durchführung operativer Eingriffe (zumeist unter Anästhesie);

Entbindungsplätze: Speziell zur Durchführung von Entbindungen eingegerichtete Funktionseinheiten (Gebärstühle, Entbindungskojen);

Postoperative Überwachungsplätze: Besonders ausgestattete Funktionseinheiten zur postoperativen Überwachung und Betreuung (Aufwachraum);

Dialysebetten: Funktionsbetten mit besonderer Ausstattung zur Durchführung von Blutwäsche;

Wasserbetten: Besondere Funktionseinheiten zur therapeutischen Behandlung von Patienten (Dermatologie);

Herz-Lungenmaschinen: Besondere Funktionseinheiten zur künstlichen Aufrechterhaltung des Kreislaufes;

Säuglingsboxen: Besondere Funktionseinheiten zur Unterbringung von gesunden Säuglingen.

#### **15 Obduktionen**

Anzahl der Obduktionen, die vom Personal der Krankenanstalt durchgeführt werden, bzw. Anzahl der Obduktionen, die von anstaltsfremden Personal durchgeführt werden.

#### **16 Entwöhnungskuren**

Anzahl der in der Krankenanstalt durchgeführten Alkoholentwöhnungskuren, Suchtgiftentwöhnungskuren gemäß Suchtgiftgesetz und sonstige Entwöhnungskuren. Als sonstige Entwöhnungskuren sind zB solche der Medikamentenentwöhnung anzusehen.

## 17 Entbindungen

Anzahl der in der Krankenanstalt erfolgten Lebend- und Totgeburten.

Eine Leibesfrucht gilt unabhängig von der Schwangerschaftsdauer als „lebendgeboren“, wenn nach dem vollständigen Austritt aus dem Mutterleib entweder die Atmung eingesetzt hat oder irgendein anderes Lebenszeichen erkennbar ist, wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung willkürlicher Muskeln, gleichgültig, ob die Nabelschnur durchschnitten ist oder nicht oder ob die Plazenta ausgestoßen ist oder nicht.

Die laut obiger Definition zu erfassenden Lebendgeburten sind **abzüglich** der Säuglinge, die in der 1. Lebenswoche in der Krankenanstalt sterben, ohne als Patienten aufgenommen worden zu sein, zu melden.

Als „totgeboren“ oder in der Geburt verstorben gilt eine Leibesfrucht dann, wenn keines der unter „lebendgeboren“ angeführten Zeichen erkennbar ist und sie ein Geburtsgewicht von mindestens 500 Gramm aufweist.

Die laut vorheriger Definition zu erfassenden Totgeburten sind **zuzüglich** der Säuglinge, die in der 1. Lebenswoche in der Krankenanstalt sterben, ohne als Patienten aufgenommen worden zu sein, zu melden.

Wenn bei einer Leibesfrucht keines der unter „lebendgeboren“ angeführten Zeichen vorhanden ist und die Leibesfrucht ein Geburtsgewicht von weniger als 500 Gramm aufweist, liegt eine Fehlgeburt vor. Diese ist als Entbindung **nicht** zu zählen.

## 18 Gebührenersätze

Höhe der Gebührenersätze, die vom jeweiligen Krankenversicherungsträger dem Krankenhaus für die erbrachte stationäre oder ambulante Behandlung je Patient bzw. Tag vergütet werden.

## 19 Pflegegebühren

Höhe der Pflegegebühren bzw. Sondergebühren, die vom Rechtsträger der Krankenanstalt kostendeckend ermittelt werden (vgl. § 28 Abs. 1 KAG). Für nichtöffentliche, gemeinnützige Krankenanstalten ist jene amtlich festgesetzte Pflegegebühr einzusetzen, die für die nächstgelegene, vergleichbare und öffentliche Krankenanstalt gilt. Für sonstige Krankenanstalten ist jene Pflegegebühr einzusetzen, die ein Patient je Tag zu entrichten hat.

BLATT A4 BIS A6

## 20 Ausgewählte Personalgruppen

**Personal der nichtärztlichen Gesundheitsberufe:** Anzahl des Personals (ausgenommen Krankenpflegeschüler), welches am **31. 12. des Erhebungsjahres** in Dienstverwendung der Krankenanstalt steht. Hiezu gehört auch das Personal im Krankenstand, nicht jedoch jenes auf Karenz- und Mutterschaftsurlaub, Zivil- und Präsenzdienst.

Anzuführen ist das Personal des Krankenpflegefachdienstes und des med.-techn. Dienstes mit Diplom bzw. des Sanitätshilfsdienstes mit oder ohne Zeugnis. Darüber hinaus ist die Anzahl der Ausländer je Zeile anzugeben.

**Personal des ärztlichen Dienstes:** Anzahl der Ärzte bzw. Ärzte in Ausbildung je Abteilung, Fachstation oder Institut, welche am **31. 12. des Erhebungsjahres** in Dienstverwendung der Krankenanstalt stehen. Gastärzte sind getrennt anzugeben.

**Konsiliarärzte je Fachrichtung:** Name und Fachrichtung der Konsiliarärzte, welche am **31. 12. des Erhebungsjahres** in Dienstverwendung der Krankenanstalt stehen.

**Ambulanzen je Fachrichtung:** Fachrichtungen der Ambulanzen, welche am **31. 12. des Erhebungsjahres** im Betriebe der Krankenanstalt stehen, bzw. Name deren Ärztlichen Leiter.

### DEFINITIONEN ZUM BETTENBERICHT – BLATT B

## 21 Systemisierte Betten

Anzahl der Betten einer bettenführenden Abteilung, die durch eine sanitätsbehördliche Bewilligung festgelegt ist (Stand per 31. 12. des Erhebungsjahres).

## 22 Tatsächlich aufgestellte Betten

Anzahl der Betten, die einer bettenführenden Abteilung zur Verfügung stehen. Es ist die Zahl der aufgestellten Betten zum Mitternachtsstand zu erheben. Ändern sich die Mitternachtsstände im Laufe

des Jahres, so ist ein entsprechender Jahresdurchschnitt zu errechnen. Ist eine Ermittlung der Mitternachtsstände nicht möglich, so sind jene Betten anzuführen, die mindestens sechs Monate im Jahr (in Summe) aufgestellt sind.

**23 Belagstage**

Anzahl der Tage einer bettenführenden Abteilung, die sich durch Summation der Mitternachtsstände der Patienten ergibt. Neugeborene auf geburtshilflichen Stationen zählen nicht hinzu. Ist die Ermittlung der Mitternachtsstände nicht möglich, so ist die Anzahl der Belagstage aus der Summe der Pflage tage (das sind die verrechenbaren Pflage tage und die allenfalls nicht-verrechenbaren Pflage tage, wie zB im Falle der Abtransferierung in andere Krankenanstalten) abzüglich der Entlassungen und der Verstorbenen zu errechnen.

**24 Zugänge**

Anzahl der Patienten, die einer bettenführenden Abteilung zugegangen sind, wenn dadurch eine Inanspruchnahme der tatsächlich aufgestellten Betten erfolgt. Ein Patient, der von einer bettenführenden Abteilung auf eine andere bettenführende Abteilung überstellt wird (Zutransferierung), ist der empfangenden Abteilung als Zugang zuzurechnen.

**25 Vom Vorjahr Verbliebene**

Anzahl der Patienten einer bettenführenden Abteilung, die sich am 1. Jänner des Erhebungsjahres um 0.00 Uhr in der Krankenanstalt befinden. Am 1. Jänner des Erhebungsjahres um 0.00 Uhr vorübergehend beurlaubte Pflage linge aus Krankenanstalten für Geisteskrankheiten sind den Verbliebenen zuzurechnen.

**26 Abgänge**

Anzahl der Patienten, die von einer bettenführenden Abteilung abgegangen, nicht jedoch verstorben sind. Ein Patient, der von einer bettenführenden Abteilung überstellt wird (Abtransferierung), ist der abgehenden Abteilung als Abgang zuzurechnen.

**27 Verstorbene**

Anzahl der je bettenführender Abteilung verstorbenen Patienten.