P. b. b. Erscheinungsort Wien, Verlagspostamt 1030 Wien

BUNDESGESETZBLATT

FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Jahrgang 1991 Ausgegeben am 30. Dezember 1991 254. Stück

700. Bundesgesetz: Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds
(NR: GP XVIII RV 325 AB 343 S. 53. BR: 4181 AB 4184 S. 548.)

701. Bundesgesetz: Änderung des Krankenanstaltengesetzes
(NR: GP XVIII RV 326 AB 344 S. 53. BR: AB 4185 S. 548.)

702. Bundesgesetz: Regelung der finanziellen Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds
(NR: GP XVIII RV 332 AB 346 S. 53. BR: AB 4187 S. 548.)

700. Bundesgesetz über die Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds

Der Nationalrat hat beschlossen:

Gegenstand

§ 1. (1) Nach Maßgabe dieses Bundesgesetzes sind:

1. im Rahmen von Länderquoten Betriebszuschüsse, sonstige Zuschüsse und Investitionszuschüsse nach § 21 an die Träger öffentlicher Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 des Krankenanstaltengesetzes BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 701/1991, bezeichneten Art, mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie, sowie an die Träger privater Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 des Krankenanstaltengesetzes bezeichneten Art, die gemäß § 16 des Krankenanstaltengesetzes gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, zu leisten und
2. im Rahmen von Länderquoten Mittel für Strukturreformen nach § 2 an die Länder zur Entlastung des stationären Akutbereiches in den Krankenanstalten zu leisten.

(2) In den Jahren 1991, 1992, 1993 und 1994 ist österreichweit die Zahl der Akutbetten der nachfolgend angeführten Krankenanstalten — ausgenommen die Betten von Abteilungen für Psychiatrie und Neurologie — nach Maßgabe eines auf der Grundlage des Art. 1 Abs. 2 Z 1 der Vereinbarung BGBl. Nr. 619/1988 von der Fondsversammlung zu beschließenden Realisierungsplanes zu verringern, wobei die Zahl der bis zum 31. Dezember 1990 abgebauten Akutbetten anzurechnen ist:

1. öffentliche Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 des Krankenanstaltengesetzes,
2. private Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 des Krankenanstaltengesetzes, die gemäß § 16 des Krankenanstaltengesetzes gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, ausgenommen Krankenanstalten des Bundes und der Träger der Sozialversicherung,
3. private, nicht gemeinnützig geführte Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1, 2 und 6 des Krankenanstaltengesetzes.

Dem Abbau entsprechend sind auch die personellen und apparativen Kapazitäten und die tatsächlich aufgestellten Betten zu verringern.

(3) Das Modell „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung" ist mit dem Ziel weiterzuentwickeln, zum frühestmöglichen Zeitpunkt Grundlage für die Krankenanstaltenfinanzierung zu sein. Ab 1. Jänner 1993 ist auf der Grundlage dieses Modells die Abrechnung parallel zur geltenden Krankenanstaltenfinanzierung verpflichtend vollständig durchzuführen. Die tatsächliche Krankenanstaltenfinanzierung erfolgt nach dem bisher geltenden System.

(4) Der Bund hat die legistischen Voraussetzungen für Maßnahmen der Länder zu schaffen, um im Zusammenwirken aller Institutionen regionale Modellversuche zur Erprobung integrierter Versorgungssysteme zu ermöglichen, die insbesondere eine finanzielle Durchlässigkeit und den Mitteleinsatz dort zulassen, wo es zur optimalen Versorgung des Patienten unter Beachtung ökonomischer Überlegungen möglich erscheint.

Mittel für Strukturreformen

§ 2. (1) Zwischen 10% und 25% der jeweiligen Landesquote gemäß § 20 Abs. 3 sind als Mittel für die Finanzierung von strukturverbessernden Maßnahmen, das sind alle Maßnahmen, die zur

Entlastung des stationären Akutbereiches in den Krankenanstalten führen, bestimmt.

(2) Dem Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds — im folgenden Fonds genannt — sind bis 31. März eines jeden Jahres der Prozentsatz gemäß Abs. 1 sowie die Ziel- und Planvorstellungen für den Einsatz dieser zweckgebundenen Mittel in Verbindung mit den vom Land für die Erreichung der gleichen Ziele allenfalls bereitgestellten Mittel projektbezogen bekanntzugeben.

(3) Bei der Verwendung dieser Mittel sind insbesondere folgende Zielvorgaben einzuhalten:

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

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

(5) Die Mittel für Strukturreformen sind in den Jahren 1991, 1992, 1993 und 1994 nach Maßgabe des Abs. 3 zu verwenden. Nach Ablauf des Jahres 1994 sind nicht ausgeschöpfte Mittel weiterhin zweckgebunden nach Maßgabe des Abs. 3 zu verwenden.

Österreichischer Krankenanstaltenplan

§ 3. Der vom Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz unter Bedachtnahme auf die Landeskrankenanstaltenpläne mit der Möglichkeit eines überregionalen Ausgleiches erarbeitete Österreichische Krankenanstaltenplan ist durch eine geeignete Systemplanung weiterzuentwickeln.

Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds

§ 4. Zur Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne dieses Bundesgesetzes ist der Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten.

Aufgaben des Fonds

§ 5. Aufgaben des Fonds sind insbesondere:

1. die Gewährung von Betriebszuschüssen und sonstigen Zuschüssen gemäß § 21 im Rahmen von Länderquoten an Träger von Krankenanstalten gemäß § 1 Abs. 1 Z 1 (im folgenden kurz: Träger von Krankenanstalten);
2. die Gewährung von Investitionszuschüssen gemäß § 21 im Rahmen von Länderquoten an Träger von Krankenanstalten;
3. die Gewährung von Mitteln für Strukturreformen gemäß § 2 an die Länder auf der Grundlage von Richtlinien;
4. die Abwicklung der Jahresausgleichszahlung auf Grundlage der Daten des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger;
5. die Erlassung von Richtlinien (einschließlich Kennzahlen) für die Planung, Errichtung und Ausstattung sowie den Betrieb von Krankenanstalten;
6. die Weiterentwicklung der Kostenrechnung für Krankenanstalten;
7. die Weiterentwicklung des Modells „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung" gemäß § 1 Abs. 3;
8. die verpflichtende vollständige Führung des Modells „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung" parallel zur geltenden Krankenanstaltenfinanzierung ab 1. Jänner 1993,
9. die Erlassung von Richtlinien für die Diagnosen- und Leistungserfassung für Krankenanstalten;
10. die Auswertung der erfaßten Daten nach gesundheitspolitischen und betriebswirtschaftlichen Grundsätzen;
11. die Erlassung von Richtlinien für die Leistungsstatistik für Krankenanstalten;
12. die Erstattung von Rationalisierungsvorschlägen für die Planung, Errichtung und Ausstattung sowie den Betrieb von Krankenanstalten;
13. die Weiterentwicklung des Österreichischen Krankenanstaltenplanes und der Systemplanung;
14. die Genehmigung von Neu-, Zu- und Umbauten in Krankenanstalten, welche eine Erweiterung des Umfanges oder des Zweckes zur Folge haben, auf der Grundlage von Richtlinien;
15. die Genehmigung der Anschaffung medizinisch-technischer Großgeräte in Krankenanstalten auf der Grundlage von Richtlinien;
16. die Überwachung des österreichweiten Abbaues der Akutbetten;
17. die Entscheidung über die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und Grundlagenarbeit des Fonds.

Betriebszuschüsse und sonstige Zuschüsse im Rahmen von Länderquoten gemäß § 21

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

(2) Die Träger der Krankenanstalten haben nach Maßgabe der nachstehenden Abs. 3 und 4 sowie des § 21 Anspruch auf die Gewährung von Zuschüssen im Rahmen von Länderquoten durch den Fonds.

(3) Anträgen auf Gewährung von Zuschüssen sind die erforderlichen Nachweise über die finanzielle Gebarung der Krankenanstalt, insbesondere über den Gesamtbettenstand, die Auslastung, die amtlich festgesetzten Pflegegebühren, die Einnahmen, die Ausgaben, den Betriebsabgang sowie die Ergebnisse der Kostenstellenrechnung und der Leistungsstatistik sowie eine die Richtigkeit des Antrages betreffende Stellungnahme der nach Lage der Krankenanstalt örtlich zuständigen Landesregierung anzuschließen. Anträgen von Trägern privater Krankenanstalten im Sinne des § 1 Abs. 1 Z 1 ist eine Erklärung der nach Lage der Krankenanstalt örtlich zuständigen Landesregierung anzuschließen, ob die Krankenanstalt eine gemeinnützige im Sinne des § 16 des Krankenanstaltengesetzes ist. Die Anträge auf Gewährung von Zuschüssen müssen bis längstens 31. Juli eines jeden Kalenderjahres mit allen erforderlichen Beilagen beim Fonds eingelangt sein.

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

1. ein Buchführungssystem anwendet, wie es die Krankenanstaltenkostenrechnungsverordnung vorsieht, und dem Fonds die Ergebnisse in maschinenlesbarer Form vorlegt,
2. die Daten insbesondere über die Diagnosen und über die ausgewählten medizinischen Einzelleistungen nach Maßgabe der §§ 62 d bis 62 f des Krankenanstaltengesetzes und der Verordnung betreffend die Erfassung von Diagnosen und Leistungen in Krankenanstalten, BGBl. Nr. 682/1988, in der jeweils geltenden Fassung, die auch zur Führung des Modells „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung" erforderlich sind, in maschinenlesbarer Form vollständig vorlegt,
3. eine Leistungsstatistik — nach Maßgabe der vom Fonds ausgearbeiteten Richtlinien — führt,
4. dem Fonds gestattet, Erhebungen über die Betriebsorganisation und den Betriebsablauf der Krankenanstalt durchzuführen und in die die Betriebsführung der Krankenanstalt betreffenden Unterlagen Einsicht zu nehmen,
5. die Genehmigung des Fonds im Sinne der §§ 13 bzw. 14 erhalten hat, sofern er die Betriebszuschüsse für Neu-, Zu- und Umbauten in Krankenanstalten, welche eine Erweiterung des Umfanges oder des Zweckes zur Folge haben, sowie für medizinisch-technische Großgeräte beantragt. Neu-, Zu- und Umbauten in Krankenanstalten und medizinisch-technische Großgeräte im Sinne des § 7 Abs. 3 sind von dieser Bestimmung ausgenommen,
6. ab 1. Jänner 1991 in als Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt anerkannten allgemeinen Krankenanstalten — ausgenommen Universitätskliniken — und in Sonderkrankenanstalten hinsichtlich der Bereiche, für die sie als Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt auf den im § 4 Abs. 2 des Ärztegesetzes 1984 genannten Gebieten anerkannt sind, auf je 15 systemisierte Betten mindestens einen in Ausbildung zum praktischen Arzt stehenden Arzt beschäftigt; mehrere Krankenanstalten desselben Rechtsträgers gelten für diese Berechnung als Einheit. Auf die Zahl der zu beschäftigenden in Ausbildung zum praktischen Arzt stehenden Ärzte können in Ausbildung zum Facharzt stehende Ärzte angerechnet werden, sofern sie auf Ausbildungsstellen beschäftigt werden, die wegen eines im jeweiligen Land gegebenen dringenden Bedarfes an Fachärzten bestimmter Sonderfächer eingerichtet sind. Diese Ausbildungsstellen müssen nach dem 31. Dezember 1987 geschaffen worden sein bzw. geschaffen werden. In Ausbildung zum Facharzt eines solchen Sonderfaches stehende Ärzte können auch während der Absolvierung der erforderlichen Ausbildung in den hiefür einschlägigen Nebenfächern entsprechend angerechnet werden.

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

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

(7) Die vom Fonds gemäß § 21 Abs. 3 zu gewährenden Zuschüsse sind monatlich vorschußweise zu leisten. Die vom Fonds gemäß § 21 Abs. 5 zu gewährenden Betriebszuschüsse sind auf Grund der Beschlüsse der Fondsversammlung und nach Maßgabe der dem Fonds zufließenden Mittel vorschußweise zu leisten. Die erste Zwischenabrechnung betreffend die Mittel der Gebietskörperschaften für den Fonds hat bis 30. April des auf die Antragstellung folgenden Jahres, die zweite Zwischenabrechnung betreffend die zusätzlichen Mittel der Träger der Krankenversicherung für den Fonds hat bis 15. November des auf die Antragstellung folgenden Jahres zu erfolgen. Die Endabrechnung hat nach Vorliegen des Bundesrechnungsabschlusses zu erfolgen.

Investitionszuschüsse im Rahmen von Länderquoten

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

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

(3) Abs. 2 letzter Satz gilt nicht:

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

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

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

§ 8. Der Fonds hat als Grundlage für die Gewährung von Zuschüssen im Sinne des § 21 Richtlinien (einschließlich Kennzahlen) insbesondere über die bauliche Ausgestaltung, apparative Ausstattung von Krankenanstalten, die Anschaffung und den Verbrauch von Arzneimitteln sowie den Personaleinsatz zu erlassen. Dabei ist auf eine möglichst rationelle Führung der Krankenanstalten und eine gleichmäßige medizinische Versorgung der Bevölkerung sowie auf gesundheitspolitische Schwerpunkte, wie sie im Österreichischen Krankenanstaltenplan festgelegt sind, Rücksicht zu nehmen. Die Richtlinien (einschließlich Kennzahlen) haben ferner Regelungen über die Aufteilung der Mittel gemäß § 21 für Betriebs-, sonstige Zuschüsse und Investitionszuschüsse zu enthalten.

Kostenrechnung für Krankenanstalten

§ 9. Dem Fonds obliegt die Anpassung der Richtlinien für das von den Trägern von Krankenanstalten anzuwendende Buchführungssystem (§ 6 Abs. 4 Z 1) an den jeweils neuesten Stand der medizinischen, technischen und wirtschaftlichen Entwicklung.

Erfassung von weiteren Daten

§ 10. Der Fonds kann zur Erarbeitung von umfassenden Grundlagen für die Finanzierung von Krankenanstalten, insbesondere für das Modell „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung" (§ 1 Abs. 3), auf der Grundlage von Richtlinien von den Krankenanstalten

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

anfordern.

Leistungsstatistik für Krankenanstalten

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

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

Rationalisierungsvorschläge

§ 12. Der Fonds kann für einzelne Krankenanstalten auf Antrag des Trägers oder von sich aus Rationalisierungsvorschläge erstatten.

Genehmigung von Neu-, Zu- und Umbauten in Krankenanstalten

§ 13. (1) Der Fonds hat Neu-, Zu- und Umbauten in Krankenanstalten, welche eine Erweiterung des Umfanges oder des Zweckes zur Folge haben, deren Träger zuschußberechtigt sind, als Voraussetzung für die Gewährung von Investitionszuschüssen,

Betriebs- und sonstigen Zuschüssen gemäß § 21 zu genehmigen. Diese Genehmigung ist zu erteilen, wenn das Bauvorhaben zur Sicherung einer gleichmäßigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung notwendig, im Österreichischen Krankenanstaltenplan vorgesehen und mit den Grundsätzen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit vereinbar ist.

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

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

(4) Bis zur endgültigen Beschlußfassung über den Österreichischen Krankenanstaltenplan durch die Fondsversammlung sind die Landeskrankenanstaltenpläne heranzuziehen, sofern die weiteren in Abs. 1 genannten Voraussetzungen für eine Genehmigung vorliegen.

Genehmigung von medizinisch-technischen Großgeräten in Krankenanstalten

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

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

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

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

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

Mittel des Fonds

§ 15. Mittel des Fonds sind:

1. Beiträge des Bundes und der Länder,
2. Mittel gemäß § 7 Abs. 2 Z 2 lit. a Finanzausgleichsgesetz 1989 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 693/1991,
3. Mittel der Träger der Krankenversicherung,
4. Vermögenserträge,
5. sonstige Mittel.

Zusätzliche Mittel des Fonds

§ 16. Zusätzliche Mittel des Fonds sind:

1. Mittel für das Jahr 1991:
   a) Mittel der Länder aus dem Wegfall des Vorweganteiles von 2,29% an den Einkommensteuern gemäß § 7 Abs. 2 Z 1 lit. a Finanzausgleichsgesetz 1989, BGBl. Nr. 687/1988, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 69/1991, die sich aus den Anteilen gemäß § 8 Abs. 1 Finanzausgleichsgesetz 1989 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 69/1991 ergeben,
   b) Mittel gemäß § 7 Abs. 2 Z 1 lit. a Finanzausgleichsgesetz 1989 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 69/1991,
   c) Mittel der Träger der sozialen Krankenversicherung in der Höhe von 750 Millionen Schilling;
2. Mittel für die Jahre 1992, 1993 und 1994:
   Mittel der Träger der sozialen Krankenversicherung, die für das Jahr 1992 4 000 Millionen Schilling betragen und die für die Jahre 1993 und 1994 nach der Maßgabe des § 19 Abs. 3 zu valorisieren sind;
3. Mittel für die gesamte Geltungsdauer der Vereinbarung:
   a) Mittel der Länder, die sich aus der Umwidmung der Leistungen der Länder an den Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds in der Höhe von 0,271% des Aufkommens an der Umsatzsteuer zugunsten des Fonds ergeben,
   b) von den gemäß § 7 Abs. 2 Z 2 lit. a Finanzausgleichsgesetz 1989 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 693/1991 für den Fonds bestimmten Anteile in der Höhe von 0,642% des Aufkommens an der Umsatzsteuer Anteile in der Höhe von 0,183%, wobei die auf dem Sonderkonto mit der Bezeichnung „Krankenanstalten II" gemäß § 23 Abs. 4 Finanzausgleichsgesetz 1989 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 69/1991 bestehenden Guthaben als Mittel für das Jahr 1991 anzurechnen sind,
   c) Mittel der Träger der Krankenversicherung auf Grund der Anhebung der

Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung gemäß § 447 f ASVG,

d) Vermögenserträge der Mittel gemäß Z 1 bis 3.

Beiträge an den Fonds

§ 17. (1) Beiträge des Bundes:

1. Der Bund hat an den Fonds jährlich einen Beitrag in der Höhe von 1,416% des gesamten Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr zu leisten,
2. der Bund hat jährlich 330 Millionen Schilling an den Fonds zu leisten.

(2) Der Beitrag gemäß Abs. 1 Z 1 ist mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 1991 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder an der Umsatzsteuer richtet, an den Fonds zu überweisen. Diese Vorschüsse sind zu den gesetzlichen Terminen der Vorschußleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen.

(3) Der vom Bund an den Fonds geleistete Beitrag gemäß Abs. 1 Z 1 ist als Vorschußleistung anzusehen. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 11 Abs. 1 Finanzausgleichsgesetz 1989 oder der an die Stelle dieser Bestimmung tretenden Norm in der jeweils geltenden Fassung zu erfolgen. Dabei entstehende Übergenüsse oder Guthaben des Fonds sind auszugleichen.

(4) Die Abs. 2 und 3 sind auf die dem Bund obliegende Überweisung der nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften an den Fonds zu leistenden Beiträge der Länder sinngemäß anzuwenden.

(5) Die Beiträge des Bundes gemäß Abs. 1 Z 2 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils zum Ende eines jeden Kalendervierteils an den Fonds zu überweisen.

Mittel der Träger der sozialen Krankenversicherung

§ 18. (1) Dem Fonds fließen 3,75% der Summe der Erträge an Beiträgen zur Krankenversicherung zu. Bei der Berechnung dieser Mittel ist folgendermaßen vorzugehen:

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

   Die Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung sind außer Betracht zu lassen.
2. Bei der Berechnung sind die am 31. Dezember 1991 geltenden Beitragssätze heranzuziehen.
3. Die Summe der Erträge an Beiträgen ist um die Überweisungen, die sich aus der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage (§ 16 Z 3 lit. c) ergeben, zu vermindern.

Diese Mittel sind von dem beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger errichteten Ausgleichsfonds (§ 447 f ASVG) zum Ende eines jeden Kalendervierteils vorschußweise an den Fonds zu entrichten. Überweisungen bis längstens 7. April, 7. Juli, 7. Oktober und 7. Jänner des folgenden Geschäftsjahres sind fristgerecht erfolgt. Die endgültige Abrechnung hat bis 31. Oktober des folgenden Geschäftsjahres zu erfolgen.

(2) Die Träger der sozialen Krankenversicherung haben weiters jährlich 1 480 Millionen Schilling an den Fonds zu leisten. Diese Mittel sind in vier gleich hohen Teilbeträgen zu den in Abs. 1 festgelegten Zahlungsterminen an den Fonds zu überweisen.

Zusätzliche Mittel der Träger der Krankenversicherung

§ 19. (1) Die Träger der sozialen Krankenversicherung haben für das Jahr 1991 750 Millionen Schilling bis längstens 7. Jänner 1992 an den Fonds zu leisten.

(2) Die Träger der Krankenversicherung haben jährlich jene Mittel an den Fonds zu leisten, die dem Fonds auf Grund der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung gemäß § 447 f ASVG vorbehalten sind. Diese Mittel sind in annähernd gleich hohen Teilbeträgen zu den im § 18 Abs. 1 festgelegten Zahlungsterminen vorschußweise an den Fonds zu entrichten. Die endgültige Abrechnung hat bis 31. Oktober des folgenden Geschäftsjahres zu erfolgen.

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

(4) Die Beträge nach Abs. 3 sind vierteljährlich im Ausmaß der bei den Krankenversicherungsträgern am Ende des jeweils abgelaufenen Kalendervierteils bereits eingelangten Erträge aus den Zusatzbeiträ-

gen zu bevorschussen, wobei Überweisungen bis zum 7. April, 7. Juli, 7. Oktober und 7. Jänner fristgerecht erfolgen. Der Ausgleich ist bis Ende Oktober des folgenden Geschäftsjahres vorzunehmen.

Errechnung von Länderquoten

§ 20. (1) Von den Gesamtmitteln des Fonds sind vor der Bildung von Länderquoten jährlich 80 Millionen Schilling abzuziehen. Davon sind jeweils 10 Millionen Schilling den Ländern Salzburg und Tirol als Finanzierungsbeiträge zur Abgeltung ihrer überregionalen Leistungen zuzuteilen. Die restlichen 60 Millionen Schilling sind den Ländern Oberösterreich im Ausmaß von 48,29%, Steiermark im Ausmaß von 45,19%, Tirol im Ausmaß von 4,08% und Vorarlberg im Ausmaß von 2,44% zum teilweisen Ausgleich des Unterschiedes zwischen dem Anteil ihrer Volkszahl 1981 an der Gesamtbevölkerungszahl und dem Ausmaß ihrer Quote gemäß Abs. 3 zuzuteilen.

(2) Weiters sind von den Gesamtmitteln des Fonds innerhalb der Quoten gemäß Abs. 3 jährlich 200 Millionen Schilling für die Investitionsfinanzierung medizinisch-technischer Großgeräte und — davon ein Höchstbetrag von 20 Millionen Schilling jährlich — für die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und für Grundlagenarbeit des Fonds zur Verfügung zu stellen. Sollten die Mittel in einem Rechnungsjahr nicht ausgeschöpft werden, so sind sie dem jeweiligen Land für den Teilbetrag 2 zuzuteilen. Der Fonds hat über die Verteilung der Mittel für die Investitionsfinanzierung medizinisch-technischer Großgeräte auf die Träger von Krankenanstalten auf der Grundlage von Richtlinien zu entscheiden, wobei die Höhe des Investitionszuschusses für medizinisch-technische Großgeräte im Einzelfall 70% der Anschaffungskosten nicht übersteigt. Die Gewährung von Investitionszuschüssen für medizinisch-technische Großgeräte ist ausgeschlossen, wenn der Fonds dafür einen Investitionszuschuß gemäß § 21 Abs. 4 leistet.

(3) Der daraufhin verbleibende Betrag ist für das Jahr 1991 um die zusätzlichen Mittel gemäß § 16 Z 1 und 3 lit. a und b sowie für die Jahre 1992, 1993 und 1994 um die zusätzlichen Mittel gemäß § 16 Z 2 und 3 lit. a und b zu vermindern und im Ausmaß der nachfolgend angeführten Prozentsätze jeweils in Quoten aufzuteilen:

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

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

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

(5) Für die Jahre 1992, 1993 und 1994 ist der Betrag aus den zusätzlichen Mitteln gemäß § 16 Z 2 im Verhältnis des Abs. 4 aufzuteilen.

(6) Für die Jahre 1992, 1993 und 1994 ist der Betrag aus den zusätzlichen Mitteln gemäß § 16 Z 3 lit. a und b wie folgt aufzuteilen:

1. Wien erhält zunächst 5% dieser Mittel;
2. die verbleibenden 95% dieser Mittel sind auf sämtliche Länder entsprechend der jeweils geltenden Volkszahl (§ 8 Finanzausgleichsgesetz) nach Maßgabe der Z 3 aufzuteilen;
3. die jeweiligen Unterschiedsbeträge, die sich bei den Ländern Burgenland und Niederösterreich zwischen der Berechnung nach Z 2 und einer Berechnung nach Abs. 4 ergeben, sind Wien zuzurechnen.

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

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

§ 21. (1) Innerhalb der gemäß § 20 Abs. 7 gebildeten Länderquoten hat das jeweilige Land nach Abzug der Mittel für die Investitionsfinanzierung medizinisch-technischer Großgeräte und von allgemeinen Planungskonzepten und Grundlagenarbeit des Fonds (§ 20 Abs. 2) zwischen 75% und 90% der verfügbaren Mittel für die Krankenanstaltenfinanzierung zur Anweisung an die Träger von Krankenanstalten vorzusehen. Es sind jedoch für diesen Zweck zumindest Mittel im Ausmaß des Jahres 1990 zur Verfügung zu stellen. Zwischen 10% und 25% der nach Abzug der Mittel für die

Investitionsfinanzierung medizinisch-technischer Großgeräte und von allgemeinen Planungskonzepten und Grundlagenarbeit des Fonds (§ 20 Abs. 2) verbleibenden jeweiligen Quote gemäß § 20 Abs. 3 sind als Mittel für die Finanzierung von strukturverbessernden Maßnahmen zur Anweisung an die Länder bestimmt.

(2) Die nach Abzug der Beträge gemäß Abs. 1 im Rahmen der jeweiligen Landesquoten nach § 20 Abs. 7 für die Finanzierung der Träger von Krankenanstalten jährlich zur Verfügung stehenden Mittel sind — mit Ausnahme eines Betrages von 150 Millionen Schilling im Rahmen der Landesquote Wiens im Jahre 1991 — in zwei Teilbeträgen zu 60% (Teilbetrag 1) bzw. 40% (Teilbetrag 2) aufzuteilen. An den Fonds geleistete Vermögenserträge mit Ausnahme jener für die zusätzlichen Mittel gemäß § 16 sind im Ausmaß der jeweiligen Landesquote dem Teilbetrag 2 zuzuschlagen. An den Fonds geleistete Vermögenserträge der zusätzlichen Mittel gemäß § 16 sind im Ausmaß der jeweiligen Landesquote den Mitteln für Strukturreformen zuzuschlagen. Die aus der Landesquote Wiens für das Jahr 1991 vor Bildung der Teilbeträge 1 und 2 abgesonderten 150 Millionen Schilling sind dem Teilbetrag 1 zuzuweisen.

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

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

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

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

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

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

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

Organisation des Fonds

§ 22. (1) Organ des Fonds ist die Fondsversammlung. Die Fondsversammlung ist beim Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz einzurichten. Die Beistellung der sachlichen und personellen Erfordernisse sowie die Führung der Geschäfte der Fondsversammlung obliegt dem Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz.

(2) Die Fondsversammlung besteht aus 20 Mitgliedern, die nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen zu bestellen sind:

1. fünf Mitglieder bestellt die Bundesregierung;
2. je ein Mitglied bestellen die Landesregierungen;
3. zwei Mitglieder bestellt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
4. je ein Mitglied bestellt der Österreichische Städtebund, der Österreichische Gemeinde-

bund, die Österreichische Bischofskonferenz gemeinsam mit dem Evangelischen Oberkirchenrat sowie die Sektion Krankenversicherung im Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs.

5. Für jedes der so bestellten stimmberechtigten Mitglieder der Fondsversammlung kann ein ständiges, stimmberechtigtes Ersatzmitglied bestellt werden.

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

(4) Ist die Bestellung von Mitgliedern der Fondsversammlung erforderlich, so hat das Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz die gemäß Abs. 2 in Betracht kommenden Rechtsträger oder Organe schriftlich zur Namhaftmachung aufzufordern. Machen die zur Bestellung von Mitgliedern der Fondsversammlung berechtigten Rechtsträger und Organe von diesem Recht keinen Gebrauch und bestellen keine Mitglieder, so bleiben die nichtbestellten Mitglieder bei der Feststellung der Beschlußfähigkeit der Fondsversammlung außer Betracht.

(5) Den Vorsitz in der Fondsversammlung hat der Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz zu führen.

(6) Die Fondsversammlung hat sich ihre Geschäftsordnung selbst zu geben.

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

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

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

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

Berichterstattung

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

Kundmachung der Richtlinien

§ 24. Der Fonds hat Richtlinien, die er im Sinne dieses Bundesgesetzes erläßt, in zweckentsprechender Weise kundzumachen.

Kontrolle durch den Rechnungshof

§ 25. Die Gebarung des Fonds unterliegt der Kontrolle durch den Rechnungshof.

Befreiung von Gebühren und Abgaben

§ 26. (1) Der Fonds ist von allen Abgaben befreit.

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

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

Gemeinsamer Arbeitskreis des Bundes und der Länder

§ 27. (1) Beim Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz ist ein gemeinsamer Arbeitskreis für Krankenanstaltenfinanzierung und -strukturreformen einzurichten. Dieser Arbeitskreis hat Vorschläge für weiterführende Konzepte zu erarbeiten, wobei der Inhalt dieser Vereinbarung keine verbindliche Grundlage für die zu erarbeitenden Konzepte ist; er hat auch bei der Erarbeitung von Richtlinien des Fonds mitzuwirken.

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

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

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

Übergangsbestimmungen

§ 28. (1) Das Vermögen des mit Bundesgesetz BGBl. Nr. 281/1988 in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. Nr. 70/1991 und BGBl. Nr. 232/1991 errichteten Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds geht mit allen Rechten und Verbindlichkeiten auf den mit diesem Bundesgesetz errichteten Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds über.

(2) Alle finanziellen Leistungen, die auf Grund des Bundesgesetzes über die Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 281/1988, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. Nr. 70/1991 und BGBl. Nr. 232/1991 für das Jahr 1991 geleistet wurden, sind auf die finanziellen Leistungen auf Grund dieses Bundesgesetzes anzurechnen.

(3) Ein gemäß § 21 Abs. 2 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 281/1988 in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. Nr. 70/1991 und BGBl. Nr. 232/1991 bestelltes Mitglied der Fondsversammlung ist so lange Mitglied der Fondsversammlung gemäß § 22 Abs. 2, bis für dieses ein anderes Mitglied bestellt wird.

(4) Bis zur Beschlußfassung von Richtlinien für die Planung, Errichtung, Ausstattung sowie den Betrieb von Krankenanstalten, für die Vergabe von Investitionszuschüssen, für die Genehmigung von Neu-, Zu- und Umbauten bzw. von medizinisch-technischen Großgeräten in Krankenanstalten als Voraussetzung für die Gewährung von Investitionszuschüssen, Betriebs- und sonstigen Zuschüssen, für die Bemessung der Zuschüsse im Falle der Neueröffnung von Krankenanstalten, für eine bundeseinheitliche Form der Kostenrechnung in Krankenanstalten, für ein einheitliches System der Leistungserfassung und Leistungsstatistik in Krankenanstalten, für die Finanzierung strukturverbessernder Maßnahmen und einer Geschäftsordnung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds sind die entsprechenden von der Fondsversammlung gemäß BGBl. Nr. 215/1985 und BGBl. Nr. 281/1988 in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. Nr. 70/1991 und BGBl. Nr. 232/1991 beschlossenen Richtlinien sinngemäß anzuwenden.

Schlußbestimmungen

§ 29. (1) Dieses Bundesgesetz tritt mit 1. Jänner 1991 in Kraft.

(2) Dieses Bundesgesetz tritt gemeinsam mit der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994 außer Kraft.

Vollziehung

§ 30. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes sind betraut:

1. hinsichtlich des § 22 Abs. 2 Z 1 die Bundesregierung,
2. hinsichtlich des § 16 Z 1 lit. b und Z 3 lit. b und des § 17 sowie des § 26 der Bundesminister für Finanzen,
3. hinsichtlich des § 16 Z 1 lit. c, Z 2 und Z 3 lit. c sowie der §§ 18 und 19 der Bundesminister für Arbeit und Soziales,
4. hinsichtlich aller übrigen Bestimmungen der Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz.

Waldheim

Vranitzky

701. Bundesgesetz, mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert wird

Der Nationalrat hat beschlossen:

Das Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. Nr. 27/1958, 281/1974, 659/1977, 456/1978, 106/1979, 273/1982, 122/1983, 218/1985, 565/1985, 282/1988, 745/1988, 157/1990 und 45/1991 sowie der Kundmachungen BGBl. Nr. 50/1973 und 90/1976 wird wie folgt geändert:

Artikel I

1. **(Grundsatzbestimmung)**

Nach § 10 wird folgender § 10 a eingefügt:

„**§ 10 a.** Jedes Land hat einen Landeskrankenanstaltenplan zu erlassen. Dabei ist auf eine

Verringerung der Zahl der Akutbetten — ausgenommen die Betten von Abteilungen für Psychiatrie und Neurologie — in

1. öffentlichen Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2,
2. privaten Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2, die gemäß § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, ausgenommen Krankenanstalten des Bundes und der Träger der Sozialversicherung,
3. privaten, nicht gemeinnützig geführten Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1, 2 und 6

sowie auf einen entsprechenden Abbau der personellen und apparativen Kapazitäten sowie der tatsächlich aufgestellten Akutbetten zu achten."

2. **(Grundsatzbestimmung)**

Der § 28 lautet:

„**§ 28.** (1) Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse unter Bedachtnahme auf § 27 Abs. 3 kostendeckend zu ermitteln. Die Pflegegebühren und Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzuhalten und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.

(2) Bei mehreren in ihrer Ausstattung, Einrichtung und Funktion gleichartigen öffentlichen Krankenanstalten im Bereich einer Gemeinde sind die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einheitlich für diese Anstalten festzusetzen.

(3) Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einer öffentlichen Krankenanstalt, die nicht von einer Gebietskörperschaft verwaltet wird, dürfen nicht niedriger sein als die Pflege- und allfälligen Sondergebühren der nächstgelegenen von einer Gebietskörperschaft betriebenen öffentlichen Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen, wie sie durch die Funktion dieser Krankenanstalt erforderlich sind. Die Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit obliegt der Landesregierung.

(4) Die von den Trägern der Sozialversicherung an die Träger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren

1. sind in den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 22 Abs. 3 zweiter Halbsatz in voller Höhe zu entrichten;
2. werden ansonsten hinsichtlich des Ausmaßes — unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe — ebenso wie allfällige Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) und die Dauer, für welche die Pflegegebühren zu zahlen sind, abgesehen von den Fällen des Abs. 12, ausschließlich durch privatrechtliche Verträge geregelt. Solche Verträge sind zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern einerseits und dem Träger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form der Abfassung;
3. nach Z 2 erhöhen sich für Personen, die auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen über Soziale Sicherheit einer Gebietskrankenkasse zur Betreuung zugewiesen werden und die in einer Krankenanstalt betreut werden, deren Rechtsträger im Sinne des § 1 des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 700/1991, zuschußberechtigt ist, im selben Verhältnis, das sich für einen Verpflegstag eines Versicherten bei Berücksichtigung aller zusätzlichen Kosten der Gebietskrankenkasse für Anstaltspflege ergibt, die aus der gesetzlichen Verpflichtung über die finanzielle Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds entstehen. Der Hauptverband hat den Hundertsatz dieser Erhöhung für jede Gebietskrankenkasse und für jedes Geschäftsjahr auf Grund der Verpflegstage in zuschußberechtigten Krankenanstalten zu errechnen. Bei der Berechnung der erhöhten Pflegegebühren sind für ein Jahr zunächst die Hundertsätze der Erhöhung des zweitvorangegangenen Geschäftsjahres als vorläufige Hundertsätze heranzuziehen. Die endgültige Berechnung und Abrechnung ist im zweitfolgenden Jahr auf Grund der für das Geschäftsjahr festgestellten Hundertsätze der Erhöhung vorzunehmen.

(5) Die für die Sozialversicherungsträger geltenden Pflegegebührenersätze sind mit jedem 1. Jänner im prozentuellen Ausmaß der Erhöhung der Beitragseinnahmen aller Krankenversicherungsträger vom Vorjahr auf das laufende Jahr zu erhöhen. Die jeweils neu berechneten Pflegegebührenersätze sind auf volle Schilling zu runden.

(6) Von den Beitragseinnahmen eines Kalenderjahres sind vor der Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses abzuziehen:

1. die Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung gemäß § 51 b ASVG, § 27 a GSVG, § 24 a BSVG und § 20 a B-KUVG;
2. jene Beträge, die die Krankenversicherungsträger gemäß § 447 f Abs. 2 Z 1 und 2 ASVG zur Finanzierung der Krankenanstalten bereitstellen;

3. jene Beitragseinnahmen, die sich ab 1. Jänner 1991 aus Änderungen des Beitragsrechts ergeben, sofern der daraus erfließende Ertrag gesetzlich zweckgebunden ist; weiters haben bei der Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses nach Abs. 5 die auf Grund der 50. Novelle zum ASVG, der 18. Novelle zum GSVG, der 16. Novelle zum BSVG und der 21. Novelle zum B-KUVG vorgesehenen Beitragsveränderungen außer Betracht zu bleiben.

(7) Die Beitragseinnahmen des laufenden Kalenderjahres aller dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger sind den Beitragseinnahmen des zuletzt vorangegangenen Kalenderjahres unter Berücksichtigung des Abs. 6 gegenüberzustellen. Als Beitragseinnahmen gelten alle Beiträge für Pflichtversicherte und für freiwillig Versicherte, die nach den Weisungen des Bundesministers für Arbeit und Soziales über die Rechnungslegung als Beitragseinnahmen in Betracht kommen, in der Krankenversicherung der Bauern einschließlich des Bundesbeitrages; maßgebend sind die in den Erfolgsrechnungen der Krankenversicherungsträger ausgewiesenen Beträge. Der Erhöhungsprozentsatz ist vom Hauptverband auf zwei Dezimalstellen zu runden und bedarf der Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales.

(8) Der Hauptverband hat jeweils spätestens bis 15. Dezember für das nächstfolgende Kalenderjahr einen provisorischen Hundertsatz zu errechnen, der nach Zustimmung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales für die Erhöhung der Pflegegebührenersätze ab dem nachfolgenden 1. Jänner maßgeblich ist. Die neuen Pflegegebührenersätze sind auf volle Schilling zu runden. Den Trägern der Krankenanstalten sind die erhöhten Pflegegebührenersätze so rechtzeitig bekanntzugeben, daß sie ab 1. Jänner der Verrechnung zugrunde gelegt werden können.

(9) Weicht der provisorische Hundertsatz vom endgültigen Hundertsatz ab, hat zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Krankenanstalten ein finanzieller Ausgleich durch Nachzahlung oder Gutschrift im laufenden Kalenderjahr zu erfolgen. Bei der Erhöhung der Pflegegebührenersätze ab dem nächsten 1. Jänner sind sodann für das Vorjahr fiktiv jene Pflegegebühren zu errechnen, die sich bei Anwendung des endgültigen Hundertsatzes ergeben hätten. Diese fiktiven Pflegegebührenersätze sind sodann um den in Betracht kommenden provisorischen Hundertsatz zu erhöhen.

(10) Alle von den Krankenversicherungsträgern und vom Hauptverband zur Durchführung der Regelung gemäß Abs. 5 bis 9 erstellten Unterlagen und Berechnungen unterliegen der Überprüfung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales.

(11) Über Streitigkeiten, die sich zwischen dem Träger einer Krankenanstalt einerseits und einem Krankenversicherungsträger oder dem Hauptverband andererseits aus einem gemäß Abs. 4 geschlossenen Vertrag ergeben, entscheidet eine Schiedskommission. Der Antrag auf Entscheidung kann von jedem der Streitteile gestellt werden.

(12) Wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Aufkündigung eines Vertrages ein neuer Vertrag zwischen dem Träger der Krankenanstalt und dem Hauptverband nicht zustande kommt, entscheidet die Schiedskommission auf Antrag mit Wirksamkeit ab der ansonsten bewirkten Vertragsauflösung über die gemäß Abs. 4 zu regelnden Angelegenheiten. Das gleiche gilt für den Fall, daß der Träger der Krankenanstalt oder der Hauptverband zum Abschluß eines Vertrages aufgefordert hat, jedoch innerhalb von zwei Monaten ein solcher Vertrag nicht zustande gekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom Träger der Krankenanstalt, von der Landesregierung oder vom Hauptverband gestellt werden.

(13) Wenn ein Antrag nach Abs. 12 vor dem Zeitpunkt gestellt wird, zu dem der Vertrag aufgelöst würde, bleibt der Vertrag bis zur rechtskräftigen Entscheidung vorläufig in Kraft."

3. **(Grundsatzbestimmung)**

Nach § 28 wird folgender § 28 a eingefügt:

„**§ 28 a.** (1) Bei der Festsetzung der Höhe der Pflegegebührenersätze nach § 28 Abs. 12 ist die Schiedskommission an die mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales festgesetzten Erhöhungssätze gemäß § 28 Abs. 5 bis 10 gebunden.

(2) Entscheidungen der Landesregierung gemäß § 28 Abs. 3 über die Gleichartigkeit oder annähernde Gleichwertigkeit dürfen von der Schiedskommission nicht berücksichtigt werden, wenn die Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit

1. Krankenanstalten betrifft, die nach dem Krankenanstaltenplan nicht ausdrücklich als gleichartig oder annähernd gleichwertig bezeichnet sind, oder
2. Krankenanstalten betrifft, deren Ausstattung hinsichtlich der Zahl der Abteilungen, der Bettenzahl, des Personalstandes oder der medizinisch-technischen Geräte wesentliche Unterschiede aufweist, oder
3. dazu führen würde, daß Krankenanstalten, die für Gebiete mit deutlich unterschiedlicher Größe und Bevölkerungszahl bestimmt sind (§ 33 Abs. 1), als gleichartig oder annähernd gleichwertig bezeichnet werden.

(3) In den Fällen des Abs. 2 hat die Schiedskommission nach den von ihr angenommenen sachlichen Kriterien zu entscheiden."

4. (unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

Die Überschrift zum Hauptstück D des zweiten Teiles entfällt.

5. (unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

Die §§ 57 bis 59 a samt Überschrift sind aufgehoben, soweit sich aus den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 700/1991, nichts anderes ergibt.

6. (unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

Die Überschrift zu § 62 d lautet:

„Diagnosen- und Leistungserfassung"

7. Der bisherige Wortlaut des § 62 d erhält die Absatzbezeichnung „(1)"; folgender Abs. 2 wird angefügt:

„(2) Die Träger öffentlicher Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 bezeichneten Art, mit Ausnahme der Pflegeabteilungen der öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie, sowie die Träger privater Krankenanstalten, die gemäß § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, sind weiters zur Meldung von ausgewählten medizinischen Einzelleistungen auf der Grundlage eines vom Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herauszugebenden Leistungskataloges verpflichtet. Der Umfang der Leistungserfassung richtet sich insbesondere nach dem Ziel, das Modell „Leistungsbezogene Krankenanstaltenfinanzierung" zum frühestmöglichen Zeitpunkt als Grundlage für die Krankenanstaltenfinanzierung heranzuziehen."

8. (unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

§ 62 e Abs. 1 lautet:

„**§ 62 e.** (1) Die Träger von Krankenanstalten haben auf der Grundlage der im § 62 d Abs. 1 genannten Klassifikation bis zum 31. März jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr dem Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz in maschinenlesbarer Form einen Bericht über die Diagnosen der im Berichtsjahr aus stationärer Behandlung entlassenen Pfleglinge sowie nach Maßgabe des § 62 d Abs. 2 an ihnen erbrachte ausgewählte medizinische Einzelleistungen vorzulegen. Gleiches gilt hinsichtlich verstorbener oder in eine andere Krankenanstalt überstellte Pfleglinge."

Artikel II
(Grundsatzbestimmung)

§ 28 lautet:

„**§ 28.** (1) Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse unter Bedachtnahme auf § 27 Abs. 3 kostendeckend zu ermitteln. Die Pflegegebühren und Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.

(2) Bei mehreren in ihrer Ausstattung, Einrichtung und Funktion gleichartigen öffentlichen Krankenanstalten im Bereich einer Gemeinde sind die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einheitlich für diese Anstalten festzusetzen.

(3) Die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einer öffentlichen Krankenanstalt, die nicht von einer Gebietskörperschaft verwaltet wird, dürfen nicht niedriger sein als die Pflege(Sonder)gebühren der nächstgelegenen von einer Gebietskörperschaft betriebenen öffentlichen Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen, wie sie durch die Funktion dieser Krankenanstalt erforderlich sind. Die Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit obliegt der Landesregierung.

(4) In den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 22 Abs. 3 zweiter Halbsatz sind die Pflegegebühren von den Trägern der Sozialversicherung in voller Höhe zu entrichten. Ansonsten werden das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Träger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren — unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe — und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sowie die Dauer, für welche die Pflegegebühren zu zahlen sind, abgesehen von den Fällen des Abs. 6, ausschließlich durch privatrechtliche Verträge geregelt. Solche Verträge sind zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits abzuschließen. Die Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der schriftlichen Form der Abfassung.

(5) Über Streitigkeiten, die sich zwischen dem Träger einer Krankenanstalt einerseits und einem Krankenversicherungsträger oder dem Hauptverband andererseits aus einem gemäß Abs. 4 geschlossenen Vertrag ergeben, entscheidet eine Schiedskommission. Der Antrag auf Entscheidung kann von jedem der Streitteile gestellt werden.

(6) Wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Aufkündigung eines Vertrages ein neuer Vertrag zwischen dem Träger der Krankenanstalt und dem Hauptverband nicht zustande kommt, entscheidet eine Schiedskommission auf Antrag mit Wirksamkeit ab der ansonsten bewirkten Vertragsauflösung über die gemäß Abs. 4 zu regelnden Angelegenheiten. Das gleiche gilt für den Fall, daß der Träger der Krankenanstalt oder der Hauptverband zum Abschluß eines Vertrages aufgefordert hat, jedoch innerhalb von zwei Monaten ein solcher Vertrag nicht zustande gekommen ist. Der Antrag auf Entscheidung kann vom Träger der Krankenanstalt, von der Landesregierung oder vom Hauptverband gestellt werden.

(7) Wenn ein Antrag nach Abs. 6 vor dem Zeitpunkt gestellt wird, zu dem der Vertrag aufgelöst würde, bleibt der Vertrag bis zur rechtskräftigen Entscheidung vorläufig in Kraft.

(8) Bei der Festsetzung der Höhe der Pflegegebührenersätze nach Abs. 6 ist insbesondere auf die durch den Betrieb der Anstalt entstehenden Kosten, soweit sie bei der Ermittlung der Pflegegebühren zugrunde gelegt werden dürfen, sowie auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Trägers der Krankenanstalt und der Krankenversicherungsträger Bedacht zu nehmen."

Artikel III

(1) Art. I tritt mit 1. Jänner 1991 in Kraft.

(2) Art. I Z 1 bis 5 tritt gleichzeitig mit dem Außerkrafttreten der zwischen dem Bund und den Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994 außer Kraft.

(3) Mit dem Außerkrafttreten der im Abs. 2 genannten Vereinbarung treten die mit Art. I Z 4 und 5 aufgehobenen Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes in der mit 31. Dezember 1977 in Geltung gestandenen Fassung sowie Art. II in Kraft.

Artikel IV

(1) Die Länder haben die Ausführungsgesetze zu Art. I Z 1 bis 3 sowie zu Art. II innerhalb von sechs Monaten vom Tag der Kundmachung dieses Bundesgesetzes zu erlassen. Die Ausführungsbestimmungen zu Art. I Z 1 bis 3 sind mit 1. Jänner 1991 in Kraft zu setzen. Die Ausführungsbestimmungen zu Art. II sind mit dem Zeitpunkt des Außerkrafttretens der im Art. III Abs. 2 genannten Vereinbarung in Kraft zu setzen.

(2) Mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG ist hinsichtlich Art. I Z 1 bis 3 und Art. II der Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz betraut.

(3) Die Vollziehung des Art. I Z 4 bis 8 obliegt dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz.

Waldheim

Vranitzky

702. Bundesgesetz, mit dem die finanzielle Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds geregelt wird

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel I

Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 681/1991, wird wie folgt geändert:

1. Im § 319 a Abs. 2 vierter Satz wird der Ausdruck „§ 447 f Abs. 8" durch den Ausdruck „§ 447 f" ersetzt.

2. Im § 447 a Abs. 4 wird der Ausdruck „20 vH" durch den Ausdruck „30 vH" ersetzt.

3. § 447 f lautet:

„Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung

§ 447 f. (1) Der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds hat die Überweisungen der Träger der Krankenversicherung nach Maßgabe der Bestimmungen des Bundesgesetzes betreffend die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds und die Aufbringung der dazu benötigten Mittel zu gewährleisten. Das Vermögen dieses Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen des Hauptverbandes zu verwalten. Für jedes Jahr ist ein Rechnungsabschluß zu erstellen, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlußbilanz zum Ende des Jahres bestehen muß. Weiters ist zum Abschluß eines jeden Jahres ein Geschäftsbericht zu verfassen und mit dem Rechnungsabschluß dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales vorzulegen.

(2) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds sind für die Kalenderjahre 1991 bis 1994 an den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds zu überweisen:

1. 3,75 vH der Summe der Erträge an Beiträgen zur Krankenversicherung gemäß Abs. 4,

2. jene Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige, die die Träger der Krankenversicherung auf Grund der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung ab Beginn des Beitragszeitraumes Juli 1988 zusätzlich erhalten (Abs. 5),
3. 1 480 Millionen Schilling jährlich,
4. zusätzlich
   a) für 1991 750 Millionen Schilling,
   b) für 1992 4 000 Millionen Schilling,
   c) für 1993 4 000 Millionen Schilling, aufgewertet gemäß den Bestimmungen des Abs. 6,
   d) für 1994 4 000 Millionen Schilling, aufgewertet gemäß den Bestimmungen des Abs. 6.

(3) Die Mittel des Ausgleichsfonds nach Abs. 2 werden für die Kalenderjahre 1992 bis 1994 aufgebracht durch:

1. die Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung (§ 51 b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, § 27 a des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes, § 24 a des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes, § 20 a des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes);
2. soweit die Zusatzbeiträge nach Z 1 nicht ausreichen, durch Überweisungen der dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger (§ 31 Abs. 1) nach folgendem Schlüssel:

Wiener Gebietskrankenkasse	24,74771%,
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	10,75445%,
Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,10847%,
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	13,36595%,
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	7,90969%,
Kärntner Gebietskrankenkasse	3,70455%,
Salzburger Gebietskrankenkasse	5,03541%,
Tiroler Gebietskrankenkasse	5,14720%,
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,68825%,
Betriebskrankenkasse der Österreichischen Staatsdruckerei	0,06129%,
Betriebskrankenkasse der Austria Tabakwerke AG	0,09788%,
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,38214%,
Betriebskrankenkasse der Semperit AG	0,28155%,
Betriebskrankenkasse der Neusiedler AG	0,07078%,
Betriebskrankenkasse der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke-Alpine Schienen GmbH Donawitz	0,22945%,
Betriebskrankenkasse Zeltweg der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke-Alpine Maschinenbau Ges. m. b. H.	0,11261%,
Betriebskrankenkasse der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke-Alpine Stahlrohr-Kindberg Ges. m. b. H.	0,07133%,
Betriebskrankenkasse Böhler Kapfenberg	0,34607%,
Betriebskrankenkasse der Firma Johann Pengg	0,03023%,
Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues	0,79262%,
Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, Abt. A	0,56332%,
Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, Abt. B	2,60106%,
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter	10,53417%,
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	5,64682%,
Sozialversicherungsanstalt der Bauern	2,71700%.

Dieser Schlüssel ist jährlich, erstmals für das Geschäftsjahr 1991, unter Berücksichtigung der Entwicklung der Beitragseinnahmen der einzelnen Krankenversicherungsträger gemäß Abs. 4 Z 1 und Z 2 vom laufenden Geschäftsjahr zum vorangegangenen Geschäftsjahr vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger neu festzusetzen.

(4) Die Überweisung gemäß Abs. 2 Z 1 ist folgendermaßen zu berechnen:

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

   Die Zusatzbeiträge gemäß Abs. 3 Z 1 sind außer Betracht zu lassen.
2. Bei der Berechnung sind die am 31. Dezember 1991 geltenden Beitragssätze heranzuziehen.
3. Die Summe der Erträge an Beiträgen ist um die Überweisungen, die sich aus der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage (Abs. 2 Z 2) ergeben, zu vermindern.

(5) Die Überweisung gemäß Abs. 2 Z 2 ist folgendermaßen zu berechnen:

1. Die Berechnungen sind getrennt für folgende Bereiche durchzuführen:
   a) Für die Träger der Krankenversicherung zusammen, soweit sie zur Durchführung der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz gemäß § 26 sachlich zuständig sind,

b) für die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft,
c) für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern,
d) für die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter,
e) für die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, soweit sie für die Krankenversicherung der Beamten der Österreichischen Bundesbahnen und der ihnen gleichgestellten Personen zuständig ist.

2. Alle Versicherungstage von Pflichtversicherten eines Jahres, für die eine Tagesbeitragsgrundlage vorgesehen ist, sind in die Lohnstufen (§ 46 Abs. 2 bis 5) einzureihen. Der Hauptverband hat diese Einreihung für jedes Kalenderjahr getrennt nach den Bereichen gemäß Z 1 auf Grund der Daten der Versicherungsdatei und der von den Krankenversicherungsträgern zusätzlich zu übermittelnden Daten durchzuführen.
3. Auf Grund der Lohnstufeneinreihungen (Z 2) ist für jedes Kalenderjahr getrennt nach den Bereichen gemäß Z 1 eine durchschnittliche Beitragsgrundlage unter Berücksichtigung der Höchstbeitragsgrundlage zu berechnen. Die durchschnittliche Beitragsgrundlage ist auf Groschen zu runden.
4. Auf Grund der Lohnstufeneinreihungen (Z 2) ist für jedes Kalenderjahr getrennt nach den Bereichen gemäß Z 1 eine durchschnittliche Beitragsgrundlage zu berechnen, wobei als Höchstbeitragsgrundlage der Tageswert der Lohnstufe anzunehmen ist, in die der Betrag von fünf Sechstel des nach § 108 b Abs. 2 ermittelten Meßbetrages fällt. Für die Krankenversicherungsträger der Selbständigen sind als Höchstbeitragsgrundlage sieben Sechstel des Tageswertes der Lohnstufe, in die der Betrag von fünf Sechstel des nach § 108 b Abs. 2 ermittelten Meßbetrages fällt, gerundet auf Groschen, anzunehmen. Die durchschnittliche Beitragsgrundlage ist auf Groschen zu runden.
5. Zur Feststellung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage eines Kalenderjahres nach Z 3 und 4 ist die Zahl der in jede Lohnstufe eingereihten Versicherungstage mit dem Tageswert (§ 46 Abs. 4) dieser Lohnstufe zu vervielfachen. Für die Krankenversicherungsträger der Selbständigen ist die Zahl der in die höchste Lohnstufe eingereihten Versicherungstage nach Versicherungstagen mit einer Beitragsgrundlage zwischen der unteren Lohnstufengrenze und der Höchstbeitragsgrundlage und nach Versicherungstagen mit der Höchstbeitragsgrundlage zu trennen. Bei der Berechnung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage ist für die höchste Lohnstufe die Zahl der Versicherungstage zwischen der unteren Lohnstufengrenze und der Höchstbeitragsgrundlage mit dem Mittelwert aus der unteren Lohnstufengrenze und der Höchstbeitragsgrundlage, die Zahl der Versicherungstage mit der Höchstbeitragsgrundlage mit dieser zu vervielfachen.
6. Getrennt nach den Bereichen gemäß Z 1 bemißt sich das Ausmaß der Beiträge gemäß Abs. 2 Z 2 nach einem Hundertsatz der Erträge an Beiträgen zur Krankenversicherung für pflichtversicherte Erwerbstätige (ohne Zusatzbeiträge), der nach Z 7 zu berechnen ist. Bei der Berechnung der Erträge an Beiträgen sind die am 31. Dezember 1991 geltenden Beitragssätze heranzuziehen. Für den Bereich der Krankenversicherungsträger gemäß Z 1 lit. a ist die Berechnung getrennt für Arbeiter und Angestellte durchzuführen. Die Hundertsätze sind vom Hauptverband festzustellen. Sie bedürfen der Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales.
7. Der jeweilige Hundertsatz nach Z 6 ist das Hundertfache jener Zahl, die sich aus der Verminderung von 1 um den Quotienten ergibt, der durch Teilung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage nach Z 4 durch die durchschnittliche Beitragsgrundlage nach Z 3 errechnet wird. Der Hundertsatz ist auf fünf Dezimalstellen zu runden.
8. Außerordentliche Anhebungen der Höchstbeitragsgrundlage, die nicht ausdrücklich der Krankenanstaltenfinanzierung vorbehalten werden, sind bei den Berechnungen außer Betracht zu lassen.

(6) Die Beträge nach Abs. 2 Z 4 lit. c und lit. d sind entsprechend der Veränderung der Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung in diesen Jahren (Abs. 3 Z 1) gegenüber dem Jahr 1992 aufzuwerten.

(7) Die Mittel des Ausgleichsfonds nach Abs. 2 Z 1, Z 2 und Z 3 sowie 600 Millionen Schilling werden für das Kalenderjahr 1991 durch Überweisungen der dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger nach demselben Schlüssel aufgebracht, der für die Verteilung in Abs. 3 Z 2 festgesetzt ist. 150 Millionen Schilling werden für das Kalenderjahr 1991 durch Überweisungen der dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger im Verhältnis der von ihnen mit Wiener Krankenanstalten in diesem Kalenderjahr abgerechneten Anstaltspflegetage aufgebracht.

(8) Die dem Hauptverband angehörenden Träger der Krankenversicherung haben zum Ende eines jeden Kalendervierteljahres ein Viertel des vorläufigen Jahresbetrages (Abs. 2 Z 1 bis 3) vorschußweise an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung zu leisten. Die Höhe der vorschußweisen Zahlungen ist vom Hauptverband unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Beitragsein-

nahmen dieses Geschäftsjahres, der Beiträge nach Abs. 2 Z 2 für das dem Geschäftsjahr zweitvorangegangene Jahr, der nach Abs. 2 Z 3 zu überweisenden Mittel und des Schlüssels nach Abs. 3 Z 2 festzusetzen. Reichen die Einnahmen aus den Zusatzbeiträgen (Abs. 3 Z 1) einschließlich der Vermögenserträgnisse des Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung in einem Geschäftsjahr nicht aus, um die Zahlung gemäß Abs. 2 Z 4 zu leisten, haben die Krankenversicherungsträger bis 31. März des folgenden Kalenderjahres die fehlenden Mittel unter Berücksichtigung des Schlüssels nach Abs. 3 Z 2 an den Ausgleichsfonds zu überweisen. Der Ausgleich ist bis Ende Oktober des folgenden Geschäftsjahres vorzunehmen.

(9) Alle von den Krankenversicherungsträgern an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung zu überweisenden Beträge sind so zu überweisen, daß die betreffenden Beträge beim Hauptverband am jeweils letzten Bankarbeitstag vor dem Fälligkeitstermin bereits eingetroffen sind. Der Hauptverband hat diese Beträge sowie die bis zu diesem Zeitpunkt eingezahlten Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung innerhalb von sieben Tagen an den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds zu überweisen.

(10) Der Bundesminister für Arbeit und Soziales hat nach Anhörung des Hauptverbandes Weisungen für die Erfassung und Aufbewahrung der vom Hauptverband bei der Berechnung der Überweisungen benötigten Daten zu erlassen."

Artikel II

Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 678/1991, wird wie folgt geändert:

§ 31 Abs. 1 lautet:

„(1) Der Bund leistet zur Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz für jedes Geschäftsjahr einen Beitrag in der Höhe der für dieses Jahr fällig gewordenen Beiträge gemäß den §§ 24 Abs. 1 und 27, vermindert um die Überweisung der Sozialversicherungsanstalt der Bauern gemäß § 447 f Abs. 2 Z 2 in Verbindung mit Abs. 5 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes."

Artikel III

Stützbeträge aus dem Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger

(1) Die Gebietskrankenkassen, die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues und die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft als Träger der Krankenversicherung erhalten aus der gesonderten Rücklage gemäß Abs. 3 für das Geschäftsjahr 1994 Stützbeträge im Ausmaß der Mittel dieser Rücklage zum 31. Dezember 1994.

(2) Der jedem Träger der Krankenversicherung gemäß Abs. 1 gebührende Anteil an den Stützbeträgen richtet sich nach dem Verhältnis seiner Überweisungen gemäß § 447 f des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung zur Gesamtüberweisung aller im Abs. 1 bezeichneten Träger der Krankenversicherung in den Jahren 1991 bis 1994. Der Stützbetrag ist bis Ende Oktober 1994 auf der Basis der Überweisungen in den Jahren 1991 bis 1993 zu bevorschussen, die endgültige Abrechnung ist bis Ende Oktober 1995 vorzunehmen.

(3) Von der Zuführung der Mittel an die Rücklage gemäß § 447 a Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes sind in den Geschäftsjahren 1992 bis 1994 jeweils drei Viertel einer gesonderten Rücklage zuzuführen. Diese Rücklage ist ausschließlich für die Stützbeträge gemäß Abs. 1 zu verwenden.

Artikel IV

Jahresausgleichszahlung an Rechtsträger von Krankenanstalten

(1) Wenn in einem Finanzjahr die Zahl der auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers geleisteten Pflegetage aller Krankenanstalten im Sinne des § 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 700/1991, zuzüglich 40% der von allen Krankenversicherungsträgern für medizinische Hauskrankenpflege erbrachten Tage unter die Zahl der auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers geleisteten Pflegetage aller Krankenanstalten des Jahres 1990 sinkt, hat der Hauptverband den Rechtsträgern der Krankenanstalten, bei denen ein Sinken der Zahl der genannten Pflegetage eingetreten ist, eine Jahresausgleichszahlung zu leisten. Die Höhe der den Krankenanstalten in Summe zustehenden Jahresausgleichszahlung bemißt sich nach der Differenz zwischen den von allen Krankenanstalten tatsächlich verrechneten Pflegetagen zuzüglich 40% der von allen Krankenversicherungsträgern für medizinische Hauskrankenpflege erbrachten Tage und der Zahl der Pflegetage des Jahres 1990. Diese Jahresausgleichszahlung ist aber um die Aufwendungen der Krankenversicherungsträger für solche Pflegetage zu vermindern, die dadurch entstanden sind, daß in einer Krankenanstalt die Anzahl der Betten nach dem 31. Dezember 1984 erhöht wurde, obwohl diesbezüglich kein einstimmiger Beschluß in der Fondsversammlung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds zustande gekommen ist. Die Jahresausgleichszahlung ist an den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds zu überweisen.

(2) Die Aufteilung dieser Jahresausgleichszahlung hat auf die Rechtsträger der genannten Krankenanstalten im Verhältnis ihrer Pflegetageverminderung und entsprechend den für sie geltenden Pflegegebührenersätzen zu erfolgen. Die Abwicklung der Jahresausgleichszahlung hat durch die Geschäftsstelle des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds zu erfolgen, und zwar auch für das Jahr vor dem Außerkrafttreten der zwischen dem Bund und den Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994. Der für die Jahresausgleichszahlung erforderliche Betrag ist von den dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträgern (§ 31 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) nach demselben Schlüssel aufzubringen, der für die Verteilung in § 447 f Abs. 3 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes festgesetzt ist.

Artikel V

Inkrafttreten

(1) Dieses Bundesgesetz tritt mit 1. Jänner 1991 in Kraft.

(2) Die Art. III und IV treten gemeinsam mit der zwischen dem Bund und den Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994 außer Kraft.

Artikel VI

Vollziehung

Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist der Bundesminister für Arbeit und Soziales betraut.

Waldheim

Vranitzky

BUNDESGESETZBLATT

FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Der **Bezugspreis** des Bundesgesetzblattes für die Republik Österreich beträgt vorbehaltlich allfälliger Preiserhöhungen infolge unvorhergesehener Steigerung der Herstellungskosten bis zu einem Jahresumfang von 3000 Seiten S 1 185,— inklusive 10% Umsatzsteuer für Inlands- und S 1 285,— für Auslandsabonnements. Für den Fall, daß dieser Umfang überschritten wird, bleibt für den Mehrumfang eine entsprechende Neuberechnung vorbehalten. Der Bezugspreis kann auch in zwei gleichen Teilbeträgen zum 1. Jänner und 1. Juli entrichtet werden.

Einzelne Stücke des Bundesgesetzblattes sind erhältlich gegen Entrichtung des Verkaufspreises von S 1,90 inklusive 10% Umsatzsteuer für das Blatt = 2 Seiten, jedoch mindestens S 9,50 inklusive 10% Umsatzsteuer für das Stück, im Verlag der Österreichischen Staatsdruckerei, 1037 Wien, Rennweg 12 a, Tel. 797 89/295 oder 327 Durchwahl, sowie bei der Manz'schen Verlags- und Universitätsbuchhandlung, 1010 Wien, Kohlmarkt 16, Tel. 531 61.

Bezugsanmeldungen werden von der Abonnementstelle des Verlages der Österreichischen Staatsdruckerei, 1037 Wien, Rennweg 12 a, Tel. 797 89/294 Durchwahl, entgegengenommen.

Als Bezugsanmeldung gilt auch die Überweisung des Bezugspreises oder seines ersten Teilbetrages auf das Postscheckkonto Wien Nr. 7272.800. Die Bezugsanmeldung gilt bis zu einem allfälligen schriftlichen Widerruf. Der Widerruf ist nur mit Wirkung für das Ende des Kalenderjahres möglich. Er muß, um wirksam zu sein, spätestens am 15. Dezember bei der Abonnementstelle des Verlages der Österreichischen Staatsdruckerei, 1037 Wien, Rennweg 12 a, einlangen.

Die **Zustellung** des Bundesgesetzblattes erfolgt erst nach Entrichtung des Bezugspreises. Die Bezieher werden, um keine Verzögerung in der Zustellung eintreten zu lassen, eingeladen, den Bezugspreis umgehend zu überweisen.

Ersätze für abgängige oder mangelhaft zugekommene Stücke des Bundesgesetzblattes sind binnen drei Monaten nach dem Erscheinen unmittelbar bei der Abonnementstelle des Verlages der Österreichischen Staatsdruckerei, 1037 Wien, Rennweg 12 a, Tel. 797 89/294 Durchwahl, anzufordern. Nach Ablauf dieses Zeitraumes werden Stücke des Bundesgesetzblattes ausnahmslos nur gegen Entrichtung des Verkaufspreises abgegeben.

Druck der Österreichischen Staatsdruckerei