

# BUNDESGESETZBLATT

## FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Jahrgang 1988

Ausgegeben am 15. Juni 1988

102. Stück

- 281. Bundesgesetz:** Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds  
(NR: GP XVII RV 547 AB 590 S. 64. BR: AB 3483 S. 502.)
- 282. Bundesgesetz:** Änderung des Krankenanstaltengesetzes  
(NR: GP XVII RV 546 AB 589 S. 64. BR: 3478 AB 3482 S. 502.)
- 283. Bundesgesetz:** Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes, des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes, des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes, des Notarversicherungsgesetzes 1972, des Betriebs-hilfegesetzes, des Entgeltfortzahlungsgesetzes und des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 sowie Regelung der finanziellen Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (45. Novelle zum ASVG, 14. Novelle zum GSVG, 12. Novelle zum BSVG, 17. Novelle zum B-KUVG, 6. Novelle zum NVG 1972, 3. Novelle zum BHG, 5. Novelle zum EFZG und Novelle zum AIVG 1977)  
(NR: GP XVII RV 544 AB 592 S. 64. BR: 3479 AB 3485 S. 502.)

### **281. Bundesgesetz vom 26. Mai 1988 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 § 20 an die Träger öffentlicher Krankenanstalten der in § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 282/1988, bezeichneten Art, mit Ausnahme der Pflegeabteilungen der öffentlichen Krankenanstalten für Geisteskrankheiten sowie an die Träger privater Krankenanstalten der in § 2 Abs. 1 Z 1 des Krankenanstaltengesetzes bezeichneten Art, die gemäß § 16 des Krankenanstaltengesetzes als gemeinnützig geführte Krankenanstalten zu betrachten 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 1988, 1989 und 1990 ist österreichweit die Zahl der Akutbetten der nachfolgend angeführten Krankenanstalten — ausgenommen die Betten von Abteilungen für Psychiatrie und Neurologie — nach Maßgabe eines Realisierungs-

planes, der bis 31. Oktober 1988 im Arbeitskreis für Krankenanstaltenfinanzierung und -strukturreformen (§ 27) zu erarbeiten ist und daraufhin in der Fondsversammlung zu beschließen ist, um 2 600 zu verringern:

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 als gemeinnützig geführte Krankenanstalten zu betrachten 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. Der Arbeitskreis für Krankenanstaltenfinanzierung und -strukturreformen hat die Vorarbeiten unverzüglich in Angriff zu nehmen und termingemäß so abzuschließen, daß die Fondsversammlung gemäß § 21 im Jahre 1988 darüber Beschluß fassen kann.

(3) Ab 1. Jänner 1989 haben die Träger von Krankenanstalten die Entlassungsdiagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Patienten nach Maßgabe der §§ 62 d und e des Krankenanstaltengesetzes zu erfassen. Zur Erarbeitung von umfassenden Grundlagen für die Finanzierung von Krankenanstalten ist der Fonds berechtigt, auch die

Vorlage von Berichten über die im Berichtsjahr in den Krankenanstalten ambulant behandelten Patienten auf der Grundlage von Richtlinien anzufordern.

(4) Innerhalb der jeweiligen Länderquoten ist ab 1. Juli 1990 der Teilbetrag 1 gemäß § 20 Abs. 3 erster Satz auf Grundlage der erfaßten Diagnosen des Jahres 1989 an die Träger von Krankenanstalten zu überweisen. Voraussetzung hierfür ist, daß sich der Bund mit den Ländern vor diesem Zeitpunkt über die Diagnosenbewertung und die darauf zu stützende konkrete Mittelverteilung einigt. Der Fonds hat die hierfür notwendigen Verhandlungen unverzüglich einzuleiten.

(5) Der Bund hat die legislativen 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. Der Fonds hat die hierfür notwendigen Verhandlungen unverzüglich einzuleiten.

#### Mittel für Strukturreformen

§ 2. (1) Zwischen 10% und 25% der nach Abzug der Mittel gemäß § 19 Abs. 2 verbleibenden jeweiligen Landesquote 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 Fonds 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 während der gesamten Laufzeit dieser Vereinbarung nach Maßgabe des Abs. 3 zu verwenden. Nach Ablauf des Jahres 1990 nicht ausgeschöpfte Mittel sind weiterhin zweckgebunden nach Maßgabe des Abs. 3 zu verwenden.

#### Österreichischer Krankenanstaltenplan

§ 3. Der vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz unter Bedachtnahme auf die Landeskrankenanstaltenpläne mit der Möglichkeit eines überregionalen Ausgleiches erarbeitete Österreichische Krankenanstaltenplan (§ 3 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 215/1985) ist durch eine geeignete Systemplanung weiterzuentwickeln.

#### Einrichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds

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

#### Aufgaben des Fonds

§ 5. Aufgaben des Fonds sind:

1. die Gewährung von Betriebszuschüssen und sonstigen Zuschüssen gemäß § 20 im Rahmen von Länderquoten an Träger von Krankenanstalten;
2. die Gewährung von Investitionszuschüssen gemäß § 20 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 Erlassung von Richtlinien für die Diagnoserfassung für Krankenanstalten und die Wartung des Diagnoseschlüssels;
8. die Auswertung der Entlassungsdiagnosen und der medizinischen Einzelleistungen nach gesundheitspolitischen Grundsätzen;
9. die Erlassung von Richtlinien für die Leistungsstatistik für Krankenanstalten;
10. die Erstattung von Rationalisierungsvorschlägen für die Planung, Errichtung und Ausstattung sowie den Betrieb von Krankenanstalten;
11. die Weiterentwicklung des Österreichischen Krankenanstaltenplanes;

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

#### **Betriebszuschüsse und sonstige Zuschüsse im Rahmen von Länderquoten gemäß § 20**

§ 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 im § 1 Abs. 1 genannten Krankenanstalten (im folgenden kurz: Träger von Krankenanstalten) haben nach Maßgabe der nachstehenden Abs. 3 und 4 sowie des § 20 Anspruch auf die Gewährung von Zuschüssen im Rahmen von Länderquoten durch den Fonds.

(3) Anträgen auf die 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 ist eine Erklärung der nach Lage der Krankenanstalt örtlich zuständigen Landesregierung anzuschließen, ob die Krankenanstalt als eine gemeinnützig geführte Krankenanstalt im Sinne des § 16 des Krankenanstaltengesetzes zu betrachten 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,

2. einen maschinenlesbaren Bericht über die Diagnosen nach Maßgabe der §§ 62 d und e des Krankenanstaltengesetzes vorlegt,
3. eine Leistungsstatistik — nach Maßgabe der vom Fonds ausgearbeiteten Richtlinien — eingerichtet hat,
4. dem Fonds gestattet, Erhebungen über die Betriebsorganisation und den Betriebsablauf der Krankenanstalt durchzuführen und in die die Betriebsführung der Krankenanstalt betreffenden Unterlagen Einsicht zu nehmen,
5. die Genehmigung des Fonds im Sinne des § 12 bzw. 13 erhalten hat, sofern er die Betriebszuschüsse für Neu-, Zu- und Umbauten in Krankenanstalten, welche eine Erweiterung des Umfangs 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 1989 in allgemeinen Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt anerkannt sind, auf je 15 systemisierte Betten mindestens einen in Ausbildung zum praktischen Arzt stehenden Arzt beschäftigt (§ 105 Abs. 2 Ärztegesetz 1984 in der Fassung BGBl. Nr. 314/1987 sowie die auf dieser Grundlage erlassenen landesgesetzlichen Vorschriften).

(5) Im Falle der Neueröffnung von Krankenanstalten sind unter sinngemäßer Anwendung des Abs. 4 Ziffer 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 (§ 20 Abs. 6) heranzuziehen.

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

(7) Die vom Fonds gemäß § 20 Abs. 3 zu gewährenden Zuschüsse sind monatlich vorschußweise zu leisten. Die vom Fonds gemäß § 20 Abs. 5 zu gewährenden Betriebszuschüsse sind auf Grund der Beschlüsse der Fondsversammlung und nach Maßgabe der dem Fonds zufließenden Mittel vorschußweise zu leisten. Die Zwischenabrechnung hat bis 30. April des auf die Antragstellung folgenden Jahres, die Endabrechnung 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 § 20 Abs. 3 — unter sinngemäßer Anwendung des § 6 Abs. 3, 4 und 6 und nach Maßgabe des § 20 Abs. 4 Investitionszuschüsse im Rahmen von Länderquoten gewährt werden. Investitionszuschüsse für Neu-, Zu- und Umbauten in Krankenanstalten, welche eine Erweiterung des Umfangs oder des Zweckes zur Folge haben, und Investitionszuschüsse für medizinisch-technische Großgeräte, 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 anzeigt, oder bei denen die Aufstellung nach den landesgesetzlichen Bestimmungen vor dem 1. Jänner 1988 begonnen wurde.

#### **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 § 20 Richtlinien (einschließlich Kennzahlen) insbesondere über die bauliche Ausgestaltung, apparative Ausstattung von Krankenanstalten, die Anschaffung und den Verbrauch von Medikamenten 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 § 20 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 Ziffer 1) an den jeweils neuesten Stand der medizi-

nischen, technischen und wirtschaftlichen Entwicklung.

#### **Leistungsstatistik für Krankenanstalten**

§ 10. (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**

§ 11. Der Fonds kann für einzelne Krankenanstalten auf Antrag des Trägers oder bei auffällig hohen Kosten je Pflgetag im Vergleich zu gleichartigen Krankenanstalten von sich aus Rationalisierungsvorschläge erstatten.

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

§ 12. (1) Der Fonds hat Neu-, Zu- und Umbauten in Krankenanstalten, welche eine Erweiterung des Umfangs oder des Zweckes zur Folge haben, deren Träger zuschufberechtigt sind, als Voraussetzung für die Gewährung von Investitionszuschüssen, Betriebs- und sonstigen Zuschüssen gemäß § 20 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 Landes-Krankenanstaltenpläne heranzuziehen, sofern die weiteren in Abs. 1 genannten Voraussetzungen für eine Genehmigung vorliegen.

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

§ 13. (1) Der Fonds hat medizinisch-technische Großgeräte in Krankenanstalten, deren Träger zuschufberechtigt sind, als Voraussetzung für die Gewährung von Investitionszuschüssen, Betriebs- und sonstigen Zuschüssen gemäß § 20 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-Emissionstomograph
2. Therapiegeräte
  - a) Tele-Kobalt-Therapiegeräte
  - b) Linearbeschleuniger
  - c) Stoßwellenlithotripter
  - d) Kreisbeschleuniger
3. Weitere Diagnose- oder Therapiegeräte, die der Fonds durch Erlassung von Richtlinien gemäß Abs. 3 bestimmt.

(3) Als Grundlage für die Genehmigung im Sinne des Abs. 1 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 landesgesetzlichen Bestimmungen bleiben unberührt.

#### Mittel des Fonds

§ 14. Mittel des Fonds sind:

1. Beiträge des Bundes und der Länder;
2. Mittel gemäß § 7 Abs. 2 Z 2 lit. a FAG 1985 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 607/1987;
3. Mittel der Träger der Krankenversicherung;
4. Vermögenserträge;
5. sonstige Mittel.

#### Zusätzliche Mittel des Fonds

§ 15. Zusätzliche Mittel des Fonds sind:

1. zusätzliche Mittel der Träger der sozialen Krankenversicherung
  - a) im Jahre 1988 220 Millionen Schilling,
  - b) im Jahre 1989 220 Millionen Schilling,
  - c) im Jahre 1990 320 Millionen Schilling;
2. zusätzliche Mittel der Träger der Krankenversicherung auf Grund der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung gemäß § 447 f Abs. 8 bis 21 ASVG;
3. Vermögenserträge der Mittel gemäß Z 1 und 2.

#### Beiträge an den Fonds

§ 16. (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 250 Millionen Schilling an den Fonds zu leisten,

3. der Bund hat jährlich 80 Millionen Schilling an den Fonds zum Ausgleich der Anrechnungsbestimmungen im Sinne des § 28 Abs. 6 des Krankenanstaltengesetzes zu leisten.

(2) Der Beitrag gemäß Abs. 1 Z 1 ist mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 1988 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. Die 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 FAG 1985 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 607/1987 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 gemäß Abs. 1 Z 2 und 3 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils zum Ende eines jeden Kalenderviertels an den Fonds zu überweisen.

#### Mittel der Träger der sozialen Krankenversicherung

§ 17. (1) Dem Fonds sind die gemäß § 447 f Abs. 1 und 5 ASVG für die Neuregelung der Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung an der Finanzierung der Krankenanstalten im Sinne des § 1 Abs. 1 vorbehaltenen Mittel zu überweisen. Diese Mittel sind von dem beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger errichteten Ausgleichsfonds der Träger der sozialen Krankenversicherung zum Ende eines jeden Kalenderviertels 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 1 160 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

§ 18. (1) Die Träger der sozialen Krankenversicherung haben zusätzlich zu den Mitteln gemäß § 17 im Jahre 1988 220 Millionen Schilling, im Jahre 1989 220 Millionen Schilling und im Jahre 1990 320 Millionen Schilling an den Fonds zu leisten. Diese Mittel sind im Jahre 1988 am 1. Oktober 1988, im Jahre 1989 am 1. Juli 1989 und im Jahre 1990 am 1. Juli 1990 an den Fonds zu überweisen.

(2) Die Träger der Krankenversicherung haben weitere zusätzliche Mittel an den Fonds zu leisten, die dem Fonds aufgrund der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung gemäß § 447 f Abs. 8 bis 21 ASVG vorbehalten sind. Diese Mittel sind in annähernd gleich hohen Teilbeträgen zu den in § 17 Abs. 1 festgelegten Zahlungsterminen vorschußweise an den Fonds zu entrichten. Die endgültige Abrechnung hat bis 31. Oktober des folgenden Geschäftsjahres zu erfolgen.

### Errechnung von Länderquoten

§ 19. (1) Von den Gesamtmitteln des Fonds sind vor der Bildung von Länderquoten zunächst im Jahre 1988 40 Millionen Schilling bzw. in den Jahren 1989 und 1990 jeweils 80 Millionen Schilling abzuziehen. Davon sind im Jahre 1988 jeweils 5 Millionen Schilling bzw. in den Jahren 1989 und 1990 jeweils 10 Millionen Schilling den Ländern Salzburg und Tirol als Finanzierungsbeiträge zur Abgeltung ihrer überregionalen Leistungen zuzuteilen. Im Jahre 1988 sind die restlichen 30 Millionen Schilling bzw. in den Jahren 1989 und 1990 sind jeweils die restlichen 60 Millionen Schilling den Ländern Oberösterreich im Ausmaß von 48,29%, Steiermark im Ausmaß von 45,19%, Tirol im Ausmaß von 4,08% und Vorarlberg im Ausmaß von 2,44% zum teilweisen Ausgleich des Unterschiedes zwischen dem Anteil ihrer Volkszahl 1981 an der Gesamtbevölkerungszahl und dem Ausmaß ihrer Landesquote gemäß Abs. 3 zuzuteilen.

(2) Innerhalb der Länderquoten sind im Jahre 1988 gemäß Abs. 3 100 Millionen Schilling für die Investitionsfinanzierung medizinisch-technischer Großgeräte und — davon ein Höchstbetrag von 5 Millionen Schilling — für die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und für Grundlagenarbeit des Fonds zur Verfügung zu stellen. Innerhalb der Länderquoten sind in den Jahren 1989 und 1990 gemäß Abs. 3 jährlich 200 Millionen Schilling für die Investitionsfinanzierung medizinisch-technischer Großgeräte und — davon ein Höchstbetrag von 10 Millionen Schilling jährlich — für die Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und Grundlagenarbeit des Fonds zur Verfügung zu stellen. Werden die Mittel in einem Rechnungsjahr nicht ausgeschöpft, 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 § 20 Abs. 4 leistet.

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

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%

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

§ 20. (1) Innerhalb der gemäß § 19 Abs. 3 gebildeten Länderquoten hat das jeweilige Land nach Abzug der Mittel für die Investitionsfinanzierung medizinisch-technischer Großgeräte und von allgemeinen Planungskonzepten und Grundlagenarbeit des Fonds (§ 19 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 1987 zur Verfügung zu stellen. Zwischen 10% und 25% der nach Abzug der Mittel für die Investitionsfinanzierung medizinisch-technischer Großgeräte und von allgemeinen Planungskonzepten und Grundlagenarbeit des Fonds (§ 19 Abs. 2) verbleibenden jeweiligen Landesquote sind als Mittel für die Finanzierung von strukturverbessernden Maßnahmen zur Anweisung an die Länder bestimmt.

(2) Die im Rahmen der jeweiligen Landesquote für die Finanzierung der Träger von Krankenanstalten jährlich zur Verfügung stehenden Mittel sind in zwei Teilbeträge zu 60% (Teilbetrag 1) bzw. 40% (Teilbetrag 2) aufzuteilen. An den Fonds geleistete Vermögenserträge mit Ausnahme jener für die zusätzlichen Mittel gemäß § 15 sind im Ausmaß der jeweiligen Landesquote dem Teilbetrag 2 zuzuschlagen. An den Fonds geleistete Vermögenser-

träge der zusätzlichen Mittel gemäß § 15 sind im Ausmaß der jeweiligen Landesquote den Mitteln für Strukturreformen zuzuschlagen.

(3) 90% des Teilbetrages 1 sind derart auf die Träger der Krankenanstalten zu verteilen, daß die dem einzelnen Träger gemäß den §§ 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 KAG zu 90% des Teilbetrages 1 ergibt. 10% des Teilbetrages 1 sind im Verhältnis der Pflagestage 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 Pflagestage, 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 Lei-

stungspunkte 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

§ 21. (1) Organ des Fonds ist die Fondsversammlung. Die Fondsversammlung ist beim Bundeskanzleramt einzurichten. Die Beistellung der sachlichen und personellen Erfordernisse sowie die Führung der Geschäfte der Fondsversammlung obliegt dem Bundeskanzleramt.

(2) Die Fondsversammlung besteht aus 20 Mitgliedern, die nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen bestellt werden:

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 Gemeindebund, 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 Bundeskanzleramt die gemäß Abs. 2 in Betracht kommenden Rechtsträger oder Organe schriftlich um Bestellung zu ersuchen. 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 Bundeskanzler 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**

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

#### **Kundmachung der Richtlinien**

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

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

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

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

§ 25. (1) Der Fonds ist von allen bundesrechtlich geregelten 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.

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

§ 26. (1) Beim Bundeskanzleramt ist eine Kommission zur Vorbereitung der Strukturänderungen im österreichischen Krankenanstaltenwesen einzurichten.

(2) Dieser Kommission gehören an:

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

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

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

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

§ 27. (1) Beim Bundeskanzleramt 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 weitere Vertreter



des Bundes, ein Vertreter des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, je ein Vertreter eines jeden Landes, des Städtebundes, des Gemeindebundes, der Österreichischen Bischofskonferenz gemeinsam mit dem Evangelischen Oberkirchenrat, der Sektion Krankenversicherung im Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, der Österreichischen Ärztekammer sowie des Österreichischen Arbeiterkammertages anzugehören.

(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. 215/1985 errichteten Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds geht mit allen Rechten und Verbindlichkeiten auf den mit diesem Bundesgesetz errichteten Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds über.

(2) Ein gemäß § 24 Abs. 2 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 215/1985 bestelltes Mitglied der Fondsversammlung ist so lange Mitglied der Fondsversammlung gemäß § 21 Abs. 2, bis für dieses ein anderes Mitglied bestellt wird.

(3) 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- und Zubauten 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 und einer Geschäftsordnung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds sind die entsprechenden von der Fondsversammlung gemäß BGBl. Nr. 215/1985 beschlossenen Richtlinien sinngemäß anzuwenden.

#### Schlußbestimmungen

§ 29. (1) Dieses Bundesgesetz tritt mit 1. Jänner 1988 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 1988 bis einschließlich 1990 außer Kraft.

#### Vollziehung

§ 30. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes sind betraut:

1. Hinsichtlich des § 21 Abs. 2 Z 1 die Bundesregierung,
2. hinsichtlich der §§ 16 und 25 der Bundesminister für Finanzen,
3. hinsichtlich der §§ 17 und 18 der Bundesminister für Arbeit und Soziales,
4. hinsichtlich aller übrigen Bestimmungen der Bundeskanzler.

Waldheim

Vranitzky

#### 282. Bundesgesetz vom 26. Mai 1988, 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, BGBl. Nr. 281/1974, BGBl. Nr. 659/1977, BGBl. Nr. 456/1978, BGBl. Nr. 106/1979, BGBl. Nr. 273/1982, BGBl. Nr. 122/1983, BGBl. Nr. 218/1985, BGBl. Nr. 565/1985 und BGBl. Nr. 78/1987 und der Kundmachungen BGBl. Nr. 50/1973 und BGBl. Nr. 90/1976 wird wie folgt geändert:

#### Artikel I

##### (Grundsatzbestimmungen)

1. § 2 Abs. 1 Z 6 lautet:

„6. Sanatorien, das sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen;“

2. § 2 Abs. 2 lit. b lautet:

„b) Einrichtungen, die von Betrieben für den Fall der Leistung Erster Hilfe bereitgehalten werden, sowie Einrichtungen der betriebsärztlichen Betreuung gemäß § 22 des Arbeitnehmerschutzgesetzes, BGBl. Nr. 234/1972, idF BGBl. Nr. 544/1982;“

3. § 2a Abs. 1 lit. a und b lautet:

„§ 2a. (1) Allgemeine Krankenanstalten sind einzurichten als

- a) Standardkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:
  1. Chirurgie,
  2. Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
  3. Innere Medizin und

4. Kinderheilkunde;  
wenn ein Facharzt für Kinderheilkunde als ständiger Konsiliararzt für die Betreuung von Neugeborenen und für die Behandlung von Krankheiten des Kindesalters verpflichtet wird, kann eine bettenführende Abteilung für Kinderheilkunde entfallen;

ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein und durch Fachärzte des betreffenden Sonderfaches betreut werden; andere fachärztliche Betreuung muß durch Fachärzte der betreffenden medizinischen Sonderfächer als Konsiliarärzte gesichert sein;

- b) Schwerpunktkrankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen zumindest für:

1. Augenheilkunde,
2. Chirurgie,
3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe einschließlich Perinatalogie,
4. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten,
5. Haut- und Geschlechtskrankheiten,
6. Innere Medizin,
7. Kinderheilkunde einschließlich Neonatologie,
8. Neurologie und Psychiatrie,
9. Orthopädie,
10. Unfallchirurgie und
11. Urologie;

ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Hämodialyse, für Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin, für Intensivpflege und für Zahnheilkunde vorhanden sein und durch Fachärzte des entsprechenden Sonderfaches betreut werden; andere fachärztliche Behandlung muß durch Fachärzte der betreffenden medizinischen Sonderfächer als ständige Konsiliarärzte gesichert sein; schließlich müssen eine Anstaltsapotheke, ein Pathologisches Institut sowie ein Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik geführt werden;“

4. § 3 Abs. 3 lautet:

„(3) Im Bewilligungsverfahren nach Abs. 2 ist ein Gutachten des Landeshauptmannes einzuholen, das zu dem Antrag vom Standpunkt der sanitären Aufsicht Stellung nimmt. Außerdem ist im Bewilligungsverfahren bei Prüfung des Bedarfes nach Abs. 2 lit. a die gesetzliche Interessenvertretung der privaten Krankenanstalten, bei Bewilligung der Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums (§ 2 Abs. 1 Z 7), sofern nicht Abs. 6 anzuwenden ist, auch die zuständige Ärztekammer und bei Bewilligung der Errichtung eines selbständigen Zahnambulatoriums auch die Österreichische Dentistenkammer zu hören.“

5. § 3 Abs. 6 lautet:

„(6) Im behördlichen Verfahren wegen Genehmigung der Errichtung oder Inbetriebnahme von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers haben die zuständige Ärztekammer und bei Zahnambulatorien auch die Österreichische Dentistenkammer Parteistellung im Sinne des § 8 AVG 1950 und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG, wenn

- a) über das Vorhaben des Krankenversicherungsträgers kein Einvernehmen im Sinne des § 339 ASVG zustande gekommen ist,
- b) der Antrag des Krankenversicherungsträgers nicht mit einem nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmen übereinstimmt oder
- c) die Entscheidung der Behörde über den Inhalt des nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmens hinausgeht.

Im übrigen haben die berührten gesetzlichen beruflichen Interessenvertretungen die Stellung eines Beteiligten.“

6. Im § 8b Abs. 3 wird das Zitat „BGBI. Nr. 227/1959“ durch das Zitat „BGBI. Nr. 227/1969“ ersetzt.

7. Nach § 8b wird folgender § 8c eingefügt:

„§ 8c. (1) In Krankenanstalten, an denen klinische Prüfungen von Arzneimitteln durchgeführt werden (§§ 28 bis 48 des Arzneimittelgesetzes, BGBI. Nr. 185/1983), sind Kommissionen einzurichten, die die Durchführung dieser Prüfungen in der Krankenanstalt beurteilen.

(2) Die Kommission hat mindestens zu bestehen aus

1. einem Vertreter des ärztlichen Dienstes, der weder ärztlicher Leiter der Krankenanstalt (§ 7 Abs. 1) noch Prüfungsleiter (§ 32 Abs. 1 Arzneimittelgesetz) ist,
2. einem Vertreter des Pflegedienstes,
3. einem Vertreter des Trägers der Krankenanstalt und
4. einer mit der Wahrnehmung seelsorgerischer Angelegenheiten in Krankenanstalten betrauten Person.

(3) Über jede Sitzung ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt und dem Prüfungsleiter zur Kenntnis zu bringen und gemeinsam mit allen für die Beurteilung wesentlichen Unterlagen gemäß § 10 Abs. 1 Z 3 aufzubewahren.“

8. § 9 Abs. 1 erster Satz lautet:

„§ 9. (1) Für die in Krankenanstalten beschäftigten Personen sowie für die Mitglieder von Kommissionen gemäß § 8c besteht Verschwiegenheitspflicht, sofern ihnen nicht schon nach anderen gesetzlichen oder dienstrechtlichen Vorschriften eine solche Verschwiegenheitspflicht auferlegt ist.“

9. § 10 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. die Krankengeschichten mindestens 30 Jahre, allenfalls in Form von Mikrofilmen in doppelter Ausfertigung, aufzubewahren; für Röntgenbilder und andere Bestandteile von Krankengeschichten, deren Beweiskraft nicht 30 Jahre hindurch gegeben ist, sowie bei ambulanter Behandlung kann durch die Landesgesetzgebung eine kürzere Aufbewahrungsfrist, mindestens jedoch 10 Jahre vorgeesehen werden;“

10. § 10a Abs. 1 lautet:

„§ 10a. (1) Jedes Land hat einen Krankenanstaltenplan zu erlassen. Im Krankenanstaltenplan sind Höchstgrenzen für die Zahl der systemisierten Betten, ausgenommen die Betten von Abteilungen für Neurologie und Psychiatrie, für folgende im Land gelegene Krankenanstalten festzusetzen:

1. Öffentliche Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2,
2. private, gemeinnützige Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 in Verbindung mit § 16, ausgenommen Krankenanstalten des Bundes und der Träger der Sozialversicherung, und
3. private, nicht gemeinnützige Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1, 2 und 6.“

11. § 16 Abs. 1 lit. d lautet:

„d) für die ärztliche Behandlung einschließlich der Pflege sowie, unbeschadet einer Aufnahme in die Sonderklasse, für Verpflegung und Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand der Pfinglinge maßgeblich ist.“

12. § 16 Abs. 2 lautet:

„(2) Durch die Landesgesetzgebung wird bestimmt, unter welchen Voraussetzungen neben der allgemeinen Gebührenklasse eine Sonderklasse eingerichtet werden darf und unter welchen Bedingungen ein Pfingling in die Sonderklasse aufzunehmen ist. Die Sonderklasse hat durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung zu entsprechen.“

13. § 20 Abs. 4 lautet:

„(4) Öffentliche Krankenanstalten, die keine Anstaltsapotheke betreiben, haben Konsiliarapotheker zu bestellen, wenn durch die beliefernde Apotheke die Erfüllung der im Abs. 5 genannten Aufgaben nicht gewährleistet ist. Zum Konsiliarapotheker darf nur ein Magister der Pharmazie bestellt werden, der die Berechtigung zur Ausübung der fachlichen Tätigkeit im Apothekenbetrieb nach erfolgter praktischer Ausbildung erlangt hat und zumindest im überwiegenden Ausmaß in einer inländischen Apotheke tätig und in der Lage ist, die im Abs. 5 genannten Aufgaben zu erfüllen. Die

Bestellung bedarf der Genehmigung der Landesregierung.“

14. § 22 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Öffentliche Krankenanstalten sind weiters verpflichtet, Personen, für die Leistungsansprüche aus der sozialen Krankenversicherung bestehen, als Pfinglinge aufzunehmen.“

15. § 22 Abs. 3 lautet:

„(3) Als anstaltsbedürftig im Sinne des Abs. 2 gelten Personen, deren auf Grund ärztlicher Untersuchung festgestellter geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Krankenanstaltspflege erfordert, sowie Personen, die ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zum Zwecke einer Befundung oder einer Begutachtung in die Krankenanstalt einweist.“

16. Im § 24 werden die Abs. 2 und 3 mit „(3)“ und „(4)“ bezeichnet; folgender Abs. 2 wird eingefügt:

„(2) Bei der Entlassung eines Pfinglings ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Arztbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere medizinische Betreuung maßgebenden Angaben und Empfehlungen zu enthalten hat. Dieser Arztbrief ist nach Entscheidung des Pfinglings diesem, dem einweisenden oder dem weiterbehandelnden Arzt zu übermitteln.“

17. § 27 Abs. 1 lautet:

„§ 27. (1) Mit den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind, unbeschadet Abs. 2 und § 27a, alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten.“

18. § 27 Abs. 4 lit. d entfällt.

19. § 27 Abs. 5 und 6 lautet:

„(5) Ein anderes als das gesetzlich vorgesehene Entgelt (Abs. 1 bis einschließlich 4 und § 27a) darf von Pfinglingen oder ihren Angehörigen nicht eingehoben werden.

(6) In den Fällen des § 23 Abs. 2 erster Satz werden die Pflegegebühren nur für eine Person in Rechnung gestellt. Im übrigen dürfen in der allgemeinen Gebührenklasse Begleitpersonen zur Entrichtung von Pflegegebühren bis zur Höhe der durch ihre Unterbringung in der Krankenanstalt entstehenden Kosten verpflichtet werden.“

20. Nach § 27 wird folgender § 27a eingefügt:

„§ 27a. (1) Von Pfinglingen der allgemeinen Gebührenklasse, für deren Anstaltspflege als Sachleistung Gebührenersätze zur Gänze durch einen Träger der Sozialversicherung getragen werden, ist durch den Träger der Krankenanstalt ein Kostenbeitrag in der Höhe von 50 S pro Verpflegungstag einzuheben. Dieser Beitrag darf pro Pfingling für

höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Kostenbeitragspflicht sind jedenfalls jene Personen ausgenommen, für die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist, wobei die Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie die Art und Dauer der Erkrankung zu berücksichtigen sind.

(2) Der im Abs. 1 genannte Kostenbeitrag vermindert oder erhöht sich jährlich in dem Maß, das sich aus der Veränderung des vom Österreichischen Statistischen Zentralamt verlautbarten Verbraucherpreisindex 1986 oder des an seine Stelle tretenden Index gegenüber dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes ergibt, wobei auf volle Schilling zu runden ist.“

21. § 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- 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 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. 281/1988, zuschlußberechtigt ist, im selben Verhältnis, das sich für einen Verpflegungstag 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 Verpflegungstage in zuschlußberechtigten 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, erstmals mit 1. Jänner 1988, 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 ist vor der Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses zunächst jener Betrag abzuziehen, den die Krankenversicherungsträger gemäß § 447f ASVG zur Finanzierung der Krankenanstalten gesondert bereitzustellen haben. Ferner haben bei Errechnung des prozentuellen Beitragszuwachses nach Abs. 5 jene Beitragseinnahmen außer Betracht zu bleiben, die sich ab 1. Jänner 1988 aus Änderungen des Beitragsrechts ergeben, sofern der daraus erfließende Betrag gesetzlich zweckgebunden ist.

(7) Die Beitragseinnahmen des laufenden Kalenderjahres aller dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (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 Pflegegebührensätze ab nachfolgendem 1. Jänner maßgeblich ist. Die neuen Pflegegebührensätze sind auf volle Schilling zu runden. Den Trägern der Krankenanstalten sind die erhöhten Pflegegebührensätze 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 Pflegegebührensätze ab dem nächsten 1. Jänner sind sodann für das Vorjahr fiktiv jene Pflegegebührensätze zu errechnen, die sich bei Anwendung des endgültigen Hundertsatzes ergeben hätten. Diese fiktiven Pflegegebührensätze 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 Streitparteien 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.

(14) Bei der Festsetzung der Höhe der Pflegegebührensätze nach Abs. 12 ist die Schiedskommission an die mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales festgelegten Erhöhungsätze gemäß Abs. 5 bis 10 gebunden.“

22. Die §§ 28a und 28b entfallen.

23. §§ 29 und 30 lauten:

„§ 29. (1) Durch die Landesgesetzgebung kann die Aufnahme fremder Staatsangehöriger, die sich nicht seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen im Bundesgebiet aufgehalten haben und die die voraussichtlichen Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4) beschränkt werden.

(2) Weiters kann die Landesgesetzgebung bestimmen, daß die Landesregierung bei der Aufnahme fremder Staatsangehöriger statt der Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge die Bezahlung der tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten vorsehen kann. Dies gilt nicht für

1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4), sofern sie im Inland eingetreten sind,
2. Flüchtlinge im Sinne des § 1 des Bundesgesetzes, BGBl. Nr. 126/1968, idF BGBl. Nr. 796/1974 über die Aufenthaltsberechtigung von Flüchtlingen im Sinne der Konvention über die Rechtsstellung der Flüchtlinge, BGBl. Nr. 55/1955,
3. Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten, und
4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund eines von der Republik Österreich geschlossenen zwischenstaatlichen Übereinkommens im Bereich der Sozialen

Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind.

#### **Einbringung der Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge**

§ 30. (1) Vorschriften über die Einbringung von Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträgen (§ 27a), insbesondere über das Verfahren zur Einbringung im Rückstandsfall gegenüber dem Pflegling selbst, über die Geltendmachung gegenüber dritten Personen und die Berechnung von Pflege(Sonder)gebühren für Begleitpersonen von Pfleglingen (§ 27 Abs. 6 zweiter Satz), sind durch die Landesgesetzgebung zu erlassen.

(2) Die Landesgesetzgebung kann festlegen, daß für zahlungsfähige Pfleglinge die Pflege(Sonder)gebühren für jeweils 30 Tage und die Kostenbeiträge für jeweils 28 Tage im vorhinein zu entrichten sind.

(3) In den nach Abs. 1 von der Landesgesetzgebung zu erlassenden Vorschriften ist jedenfalls festzulegen, daß auf Grund von Rückstandsausweisen öffentlicher Krankenanstalten für Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge gegen Pfleglinge die Vollstreckung im Verwaltungsweg zulässig ist, wenn die Vollstreckbarkeit von der Bezirksverwaltungsbehörde bestätigt wird.“

24. § 32 lautet:

„§ 32. Die Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge sind mit dem Tag der Vorschreibung fällig. Gesetzliche Verzugszinsen können nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstag verrechnet werden.“

25. § 40 Abs. 1 lit. c lautet:

„c) Die §§ 16, 23 Abs. 1, 24 Abs. 2, 26, 27, 32 und 35 Abs. 3; die §§ 27a und 28 Abs. 3 finden nur für gemeinnützige Krankenanstalten (§ 16) Anwendung.“

#### **Artikel II**

(unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

26. § 45 entfällt.

27. § 47 entfällt samt der Überschrift „Behandlung rückständiger Pflegegebühren im Konkursverfahren“.

28. § 56 lautet:

„§ 56. Die näheren Vorschriften über die im § 55 vorgesehenen Kostenersätze des Bundes werden bei Universitätskliniken vom Bundesminister für Wissenschaft und Forschung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen nach Anhörung der in Betracht kommenden Landesregierungen, bei Bundes-Hebammenlehranstalten vom Bundeskanzler im Einvernehmen mit dem Bundesminister

für Finanzen nach Anhörung der in Betracht kommenden Landesregierungen durch Verordnung bestimmt.“

29. Die Überschrift zum Hauptstück D des zweiten Teiles entfällt.

30. Die §§ 57 bis 59a samt Überschrift sind aufgehoben, soweit sich aus den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 281/1988, nicht anderes ergibt.

31. Nach § 62c wird folgendes Hauptstück G eingefügt:

#### **„Hauptstück G**

##### **Diagnosenerfassung**

§ 62d. Die Träger von Krankenanstalten haben nach der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), 9. Revision, in der Fassung der Vereinigung Schweizer Krankenhäuser (VESKA), die Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Pfleglinge zu erfassen; die Klassifikation ist vom Bundeskanzler unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herauszugeben.

§ 62e. (1) Die Träger von Krankenanstalten haben auf der Grundlage der im § 62d genannten Klassifikation bis zum 31. März jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr dem Bundeskanzleramt in maschinenlesbarer Form einen Bericht über die Diagnosen der im Berichtsjahr aus stationärer Behandlung entlassenen Pfleglinge vorzulegen. Gleiches gilt für verstorbene oder in eine andere Krankenanstalt überstellte Pfleglinge.

(2) Der Bericht hat zu enthalten:

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

(3) Der Bundeskanzler kann durch Verordnung nähere Bestimmungen über die Art der von den Trägern der Krankenanstalten vorzulegenden Datenträger sowie über die Gliederung der Merkmale der im Abs. 2 genannten Daten und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung erlassen.

§ 62f. Der Bundeskanzler hat die von den Trägern der Krankenanstalten vorgelegten Diagnoseberichte dem Österreichischen Statistischen Zentralamt in maschinenlesbarer Form zwecks Erstellung einer länderbezogenen Statistik über die Krankenbewegung und deren Veröffentlichung im Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich zu übermitteln. Die Statistik hat die Krankheitsarten, gegliedert nach Altersgruppen, Geschlecht und Entlassungsart, zu enthalten. Zur Sicherstellung der Anonymität sind Einzelfallkategorien durch entsprechend erweiterte Gliederungsbreiten auszuschießen.“

32. § 64 wird folgender Satz angefügt:

„Die von den Pflinglingen zu entrichtenden Kostenbeiträge (§ 27a) sind kein Entgelt im Sinne des Umsatzsteuergesetzes 1972.“

33. § 67 lautet:

„§ 67. (1) Mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG hinsichtlich der im Ersten Teil dieses Bundesgesetzes enthaltenen Angelegenheiten ist der Bundeskanzler betraut.

(2) Mit der Vollziehung

1. der §§ 43, 55 und 56 ist, soweit durch sie Angelegenheiten der Universitätskliniken geregelt werden, der Bundesminister für Wissenschaft und Forschung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen und, soweit hiedurch Angelegenheiten der Bundes-Hebammenlehranstalten geregelt werden, der Bundeskanzler im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,
2. des § 44 der Bundeskanzler, hinsichtlich der Universitätskliniken im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wissenschaft und Forschung,
3. des § 46 der Bundesminister für Wissenschaft und Forschung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,
4. des § 48 der Bundesminister für Justiz,
5. der §§ 49 bis einschließlich 54, soweit hiedurch Angelegenheiten der Justizpflege berührt werden, der Bundesminister für Justiz und im übrigen der Bundesminister für Inneres jeweils im Einvernehmen mit den beteiligten Bundesministern,
6. der §§ 57 bis 62f der Bundeskanzler, hinsichtlich der §§ 57 bis 59a im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen, und
7. des § 64 der Bundesminister für Finanzen betraut.“

### Artikel III

#### (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 Streitparteien 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 Pflegegebührensätze 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 IV

(1) Art. I Z 21 sowie Art. II Z 29 und 30 treten mit 1. Jänner 1988 in Kraft.

(2) Art. I Z 10 und 21 sowie Art. II Z 29 und 30 treten gleichzeitig mit dem Außerkrafttreten der zwischen dem Bund und den Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds für die Jahre 1988 bis einschließlich 1990 außer Kraft.

(3) Mit dem Außerkrafttreten der im Abs. 2 genannten Vereinbarung treten die mit Art. II Z 29 und 30 aufgehobenen Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes in der am 31. Dezember 1977 in Geltung gestandenen Fassung sowie Art. III in Kraft.

(4) Die Träger von Krankenanstalten haben die Diagnosen gemäß § 62d in der Fassung des Art. II Z 31 spätestens ab 1. Jänner 1989 zu erfassen und den im § 62e in der Fassung des Art. II Z 31 vorgesehenen Bericht dem Bundeskanzleramt erstmals bis zum 31. März 1990 für das Kalenderjahr 1989 vorzulegen.

(5) Die im § 62f in der Fassung des Art. II Z 31 genannte Statistik ist erstmals im Jahr 1990 zu erstellen.

#### Artikel V

##### (Grundsatzbestimmung)

Mit 1. Jänner 1988 sind die von den Trägern der Sozialversicherung zu entrichtenden Pflegegebührensätze für die a. ö. Krankenanstalt der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt dauernd auf das Niveau der a. ö. Krankenanstalt in Oberwart anzuheben.

#### Artikel VI

(1) Die Länder haben die Ausführungsgesetze zu Art. I, III und V innerhalb von sechs Monaten vom Tag der Kundmachung dieses Bundesgesetzes zu erlassen. Die Ausführungsbestimmungen zu Art. I Z 21 und Art. V sind mit 1. Jänner 1988 in Kraft zu setzen. Die Ausführungsbestimmungen zu Art. III sind mit dem Zeitpunkt des Außerkrafttretens der in Art. IV Abs. 2 genannten Vereinbarung in Kraft zu setzen.

(2) Mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG ist der Bundeskanzler betraut.

Waldheim

Vranitzky

**283. Bundesgesetz vom 26. Mai 1988, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Notarversicherungsgesetz 1972, das Betriebshilfegesetz, das Entgeltfortzahlungsgesetz und das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977 geändert sowie die finanzielle Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds geregelt wird (45. Novelle zum ASVG, 14. Novelle zum GSVG, 12. Novelle zum BSVG, 17. Novelle zum BKUVG, 6. Novelle zum NVG 1972, 3. Novelle zum BHG, 5. Novelle zum EFZG und Novelle zum AIVG 1977)**

Der Nationalrat hat beschlossen:

#### Artikel I

##### Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (45. Novelle zum ASVG)

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 196/1988, wird wie folgt geändert:



1. a) Die Überschrift zu § 45 lautet:

**„Höchstbeitragsgrundlage“**

b) § 45 Abs. 1 und 2 lauten:

„(1) Die allgemeine Beitragsgrundlage, die im Durchschnitt des Beitragszeitraumes oder des Teiles des Beitragszeitraumes, in dem Beitragspflicht bestanden hat, auf den Kalendertag entfällt, darf die Höchstbeitragsgrundlage nicht überschreiten. Als Höchstbeitragsgrundlage gilt der gemäß § 108 b Abs. 1 festgestellte Betrag. Umfaßt der Beitragszeitraum einen Kalendermonat und hat für den ganzen Kalendermonat Beitragspflicht bestanden, so ist bei der Anwendung der Höchstbeitragsgrundlage der Beitragszeitraum jedenfalls mit 30 Tagen anzusetzen.

(2) Übt der Pflichtversicherte gleichzeitig mehrere die Versicherungspflicht begründende Beschäftigungen aus, so ist bei der Bemessung der Beiträge in jedem einzelnen Beschäftigungsverhältnis die Höchstbeitragsgrundlage zu berücksichtigen. Dies gilt entsprechend auch, wenn der Pflichtversicherte außer der die Versicherungspflicht nach diesem Bundesgesetz begründenden Beschäftigung eine die Versicherungspflicht nach den Bestimmungen über die Krankenversicherung öffentlich Bediensteter begründende Beschäftigung ausübt.“

2. Im § 58 a Abs. 2 Z 1 wird der Ausdruck „(§ 45 Abs. 1 lit. a und b)“ durch den Ausdruck „(§ 45 Abs. 1)“ ersetzt.

3. Im § 74 Abs. 2 erster Satz wird der Ausdruck „(§ 45 Abs. 1 lit. b)“ durch den Ausdruck „(§ 45 Abs. 1)“ ersetzt.

4. Im § 76 Abs. 1 Z 1 wird der Ausdruck „(§ 45 Abs. 1 lit. a)“ durch den Ausdruck „(§ 45 Abs. 1)“ ersetzt.

5. Im § 76 a Abs. 5 wird der Ausdruck „(§ 45 Abs. 1 lit. b)“ durch den Ausdruck „(§ 45 Abs. 1)“ ersetzt.

6. Im § 77 Abs. 2 letzter Satz wird der Ausdruck „§ 45 Abs. 1 lit. b“ durch den Ausdruck „§ 45 Abs. 1“ ersetzt.

7. a) Die Überschrift zu § 108 b lautet:

**„Festsetzung der Höchstbeitragsgrundlage“**

b) § 108 b Abs. 1 lautet:

„(1) Der Bundesminister für Arbeit und Soziales hat für jedes Jahr die Höchstbeitragsgrundlage entsprechend der Änderung des Meßbetrages (Abs. 2) nach Maßgabe des Abs. 3 durch Verordnung festzusetzen.“

8. Im § 113 Abs. 2 wird der Ausdruck „§ 45 Abs. 1 lit. a“ durch den Ausdruck „§ 45 Abs. 1“ ersetzt.

9. § 122 Abs. 2 Z 2 letzter Satz lautet:

„Die Frist von drei Wochen verlängert sich

a) um die Dauer eines auf Grund der Bestimmungen des Wehrgesetzes 1978 zu leistenden ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienstes — ausgenommen um Zeiten einer Pflichtversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z 1 lit. e und Z 5 — bzw. eines auf Grund der Bestimmungen des Zivildienstgesetzes zu leistenden ordentlichen oder außerordentlichen Zivildienstes;

b) um jenen Zeitraum, um den die Dauer des Ruhens des Anspruches auf Arbeitslosengeld gemäß § 16 Abs. 1 lit. I AIVG über die Frist von drei Wochen hinausgeht.“

10. Im § 130 Abs. 3 erster Satz wird der Ausdruck „(§ 45 Abs. 1 lit. a)“ durch den Ausdruck „(§ 45 Abs. 1)“ ersetzt.

11. § 148 Z 3 lautet:

„3. Mit den vom Versicherungsträger gezahlten Pflegegebührenersätzen und den im § 27 a des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, vorgesehenen Kostenbeiträgen — bei Angehörigen des Versicherten auch mit dem vom Versicherten gemäß Z 2 entrichteten Kostenbeitrag — sind alle Leistungen der Krankenanstalten mit Ausnahme der im § 27 Abs. 2 des Krankenanstaltengesetzes angeführten Leistungen abgegolten.“

11 a. Dem § 149 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Im übrigen gilt § 148 Z 2 und 3 sinngemäß.“

12. Im § 227 Abs. 3 wird der Ausdruck „Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1 lit. b)“ durch den Ausdruck „Höchstbeitragsgrundlage in der Pensionsversicherung (§ 45 Abs. 1)“ ersetzt.

13. Im § 244 a Abs. 3 wird der Ausdruck „(§ 45 Abs. 1 lit. b)“ durch den Ausdruck „(§ 45 Abs. 1)“ ersetzt.

14. Im § 294 Abs. 3 und 4 wird jeweils der Ausdruck „(§ 45 Abs. 1 lit. b)“ durch den Ausdruck „(§ 45 Abs. 1)“ ersetzt.

15. Im § 307 e Abs. 2 wird der Ausdruck „(§ 45 Abs. 1 lit. a)“ durch den Ausdruck „(§ 45 Abs. 1)“ ersetzt.

16. Im § 311 Abs. 5 dritter Satz wird der Ausdruck „(§ 45 Abs. 1 lit. b)“ durch den Ausdruck „(§ 45 Abs. 1)“ ersetzt.

17. Im § 314 Abs. 4 erster Satz wird der Ausdruck „(§ 45 Abs. 1 lit. b)“ durch den Ausdruck „(§ 45 Abs. 1)“ ersetzt.

18. Im § 314 a Abs. 5 erster Satz wird der Ausdruck „(§ 45 Abs. 1 lit. b)“ durch den Ausdruck „(§ 45 Abs. 1)“ ersetzt.

19. § 319 a Abs. 2 dritter Satz wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Bei der Festsetzung des Pauschbetrages sind die Veränderungen der Aufwendungen der im Abs. 1 genannten Krankenversicherungsträger für die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit und aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit des vorangegangenen Jahres gegenüber dem zweitvorangegangenen Jahr zu berücksichtigen. Dabei sind die Aufwendungen für die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit um die Überweisungen gemäß § 447 f Abs. 8 zu vermindern. Desgleichen ist auf die Aufwendungen für die Unfallversicherung der Teilversicherten gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i sowie auf die Auswirkungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes, BGBl. Nr. 399/1974, auf die Aufwendungen für Leistungen aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit entsprechend Bedacht zu nehmen.“

20. a) § 322 a Abs. 2 lautet:

„(2) Der Hauptverband hat für jeden Krankenversicherungsträger bis Ende Oktober eines jeden Jahres unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes die Beitragseinnahmen des vorangegangenen Kalenderjahres den Beitragseinnahmen des zweitvorangegangenen Kalenderjahres gegenüberzustellen; die sich daraus ergebenden Erhöhungsprozentsätze sind auf zwei Dezimalstellen zu runden.“

b) § 322 a Abs. 5 zweiter Halbsatz lautet:

„allfällige Ansprüche sind jeweils bis 15. November eines jeden Jahres geltend zu machen.“

c) § 322 a Abs. 6 lautet:

„(6) Liegt der gemäß Abs. 4 ermittelte Betrag unter dem Sollbetrag, hat der Versicherungsträger die Differenz dem Hauptverband bis 15. November eines jeden Jahres zu melden.“

21. a) § 447 f Abs. 1 lautet:

„(1) Die Träger der Krankenversicherung, soweit sie zur Durchführung der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz gemäß § 26 sachlich zuständig sind, haben zusammen für jedes Geschäftsjahr 3,75 vH der Summe ihrer Erträge an Beiträgen zur Krankenversicherung an den beim Hauptverband errichteten Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger zu überweisen. Dabei ist die Summe ihrer Erträge an Beiträgen zur Krankenversicherung um die Überweisungen gemäß Abs. 8 zu vermindern. Als Beiträge zur Krankenversicherung gelten hiebei ausschließlich:

1. die Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige,
2. die Beiträge für freiwillig Versicherte,
3. die Beiträge für Arbeitslose.“

b) § 447 f Abs. 3 lautet:

„(3) Für jeden Krankenversicherungsträger sind auf Grund der Lohnstufeneinreihung (Abs. 9) jene Teile der Beitragsgrundlage zu ermitteln, die über dem Tageswert der Lohnstufe liegen, in die der Betrag von zwei Dritteln des nach § 108 b Abs. 2 ermittelten Meßbetrages fällt. Teile der Beitragsgrundlagen, die über dem Tageswert der Lohnstufe liegen, in die der Betrag von fünf Sechstel des nach § 108 b Abs. 2 ermittelten Meßbetrages fällt, sind dabei außer Betracht zu lassen. Die Summe der so ermittelten Beitragsgrundlagen ist dem Schlüssel nach Abs. 2 zugrunde zu legen.“

c) § 447 f Abs. 4 letzter Satz lautet:

„Der Ausgleich ist nach Maßgabe des Schlüssels nach Abs. 2 bis Ende Oktober des folgenden Geschäftsjahres vorzunehmen.“

d) § 447 f Abs. 5 lautet:

„(5) Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, die Sozialversicherungsanstalt der Bauern und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter haben für jedes Geschäftsjahr 3,75 vH ihrer Erträge an Beiträgen zur Krankenversicherung an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger zu überweisen. Dabei sind die Erträge an Beiträgen zur Krankenversicherung um die Überweisungen gemäß Abs. 8 zu vermindern. Die Überweisungen sind zum Ende eines jeden Kalendervierteljahres zu bevorschussen. Als Beiträge zur Krankenversicherung gelten hiebei ausschließlich:

1. die Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige,
2. die Beiträge für freiwillig Versicherte.

In der Krankenversicherung der Bauern zählt zu den Versicherungsbeiträgen auch der Beitrag des Bundes.“

e) § 447 f Abs. 7 lautet:

„(7) Für die Überweisung nach Abs. 1, 5 und 6 ist § 63 Abs. 2 bis 4 entsprechend anzuwenden. Die Überweisungen sind durch Einlagen im Sinne des § 446 Abs. 1 Z 4 zinsbringend anzulegen und getrennt vom sonstigen Vermögen des Fonds zu verwalten. Dieses Sondervermögen ist nach Maßgabe der Bestimmungen des Bundesgesetzes betreffend die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds zu überweisen. Aus dem Sondervermögen ist auch jeweils der Ausgleich gemäß Abs. 4 letzter Satz vorzunehmen.“

f) Nach § 447 f Abs. 7 werden folgende Abs. 8 bis 21 angefügt:

„(8) Die Träger der Krankenversicherung, soweit sie zur Durchführung der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz gemäß § 26 sachlich zuständig sind, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, die Sozialversicherungsanstalt der Bauern, die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und die Versicherungsan-

stalt der österreichischen Eisenbahnen, soweit sie für die Krankenversicherung der Beamten der Österreichischen Bundesbahnen und der ihnen gleichgestellten Personen zuständig ist, haben für jedes Geschäftsjahr jene Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige, die sie ab Beginn des Beitragszeitraumes Juli 1988 auf Grund der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung zusätzlich erhalten, an den beim Hauptverband errichteten Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger zu überweisen. Die Berechnung der zu überweisenden Beträge hat nach Maßgabe der Abs. 9 bis 14 zu erfolgen. Für das Geschäftsjahr 1988 ist nur die Hälfte der so errechneten Beträge zu überweisen. Diese Überweisungen sind durch Einlagen im Sinne des § 446 Abs. 1 Z 4 zinsbringend anzulegen und getrennt vom sonstigen Vermögen des Fonds zu verwalten. Dieses Sondervermögen ist nach Maßgabe der Bestimmungen des Bundesgesetzes betreffend die Errichtung eines Krankenanstalten Zusammenarbeitsfonds zu überweisen. Aus dem Sondervermögen ist auch jeweils der Ausgleich gemäß Abs. 21 vorzunehmen.

(9) Für jeden in Abs. 8 genannten Krankenversicherungsträger sind alle Versicherungstage von Pflichtversicherten eines Jahres, für die eine Tagesbeitragsgrundlage vorgesehen ist, in die Lohnstufen (§ 46 Abs. 2 bis 5) einzureihen. Für die Krankenversicherungsträger nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz, dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz und dem Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz ist die Einreihung entsprechend vorzunehmen. Der Hauptverband hat diese Einreihung für jedes Kalenderjahr auf Grund der Daten der Versicherungsdatei und der von den Krankenversicherungsträgern zusätzlich übermittelten Daten durchzuführen.

(10) Für jeden in Abs. 8 genannten Krankenversicherungsträger ist auf Grund der Lohnstufeneinreihung (Abs. 9) für jedes Kalenderjahr eine durchschnittliche Beitragsgrundlage unter Berücksichtigung der Höchstbeitragsgrundlage zu berechnen. Die durchschnittliche Beitragsgrundlage ist auf Groschen zu runden.

(11) Für jeden in Abs. 8 genannten Krankenversicherungsträger ist auf Grund der Lohnstufeneinreihung (Abs. 9) für jedes Kalenderjahr 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.

(12) Zur Feststellung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage eines Kalenderjahres nach Abs. 10 und 11 ist die Zahl der in jeder Lohnstufe eingereichten Versicherungstage mit dem Tageswert (§ 46 Abs. 4) dieser Lohnstufe zu vervielfachen. Für die Krankenversicherungsträger der Selbständigen ist die Zahl der in die höchste Lohnstufe eingereichten 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.

(13) Der von jedem Krankenversicherungsträger nach Abs. 8 zu überweisende Betrag bemißt sich nach einem Hundertsatz der Erträge an Beiträgen zur Krankenversicherung für pflichtversicherte Erwerbstätige, der nach Abs. 14 zu berechnen ist. In der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz ist die Berechnung getrennt für Arbeiter und Angestellte durchzuführen. Die für jeden Krankenversicherungsträger geltenden Hundertsätze sind vom Hauptverband festzustellen. Sie bedürfen der Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales.

(14) Der Hundertsatz ist das Hundertfache jener Zahl, die sich aus der Verminderung von eins um den Quotienten ergibt, der durch Teilung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage nach Abs. 11 durch die durchschnittliche Beitragsgrundlage nach Abs. 10 errechnet wird. Der Hundertsatz ist auf fünf Dezimalstellen zu runden.

(15) Die Träger der Krankenversicherung, soweit sie zur Durchführung der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz gemäß § 26 sachlich zuständig sind, haben gemeinsam zunächst vorschußweise Zahlungen

1. für das Jahr 1988 in der Höhe von 500 Mio. S,
2. für das Jahr 1989 in der Höhe von 1 000 Mio. S und
3. für das Jahr 1990 in der Höhe des doppelten des endgültig für das Jahr 1988 überwiesenen Betrages

an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger zu leisten. Die Höhe der vorschußweisen Zahlung richtet sich nach einem vom Hauptverband festgesetzten Schlüssel, der unter Berücksichtigung des voraussichtlichen zusätzlichen Beitragsaufkommens durch die Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung jedes einzelnen Krankenversicherungsträgers festzusetzen ist.

(16) Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter hat zunächst vorschußweise Zahlungen

1. für das Jahr 1988 in der Höhe von 50 Mio. S,
2. für das Jahr 1989 in der Höhe von 100 Mio. S und
3. für das Jahr 1990 in der Höhe des doppelten des endgültig für das Jahr 1988 überwiesenen Betrages

an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger zu leisten.

(17) Die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, soweit sie für die Krankenversicherung der Beamten der Österreichischen Bundesbahnen und der ihnen gleichgestellten Personen zuständig ist, hat zunächst vorschußweise Zahlungen

1. für das Jahr 1988 in der Höhe von 10 Mio. S,
2. für das Jahr 1989 in der Höhe von 20 Mio. S und
3. für das Jahr 1990 in der Höhe des doppelten des endgültig für das Jahr 1988 überwiesenen Betrages

an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger zu leisten.

(18) Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft hat zunächst vorschußweise Zahlungen

1. für das Jahr 1988 in der Höhe von 60 Mio. S,
2. für das Jahr 1989 in der Höhe von 120 Mio. S und
3. für das Jahr 1990 in der Höhe des doppelten des endgültig für das Jahr 1988 überwiesenen Betrages

an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger zu leisten.

(19) Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern hat zunächst vorschußweise Zahlungen

1. für das Jahr 1988 in der Höhe von 10 Mio. S,
2. für das Jahr 1989 in der Höhe von 20 Mio. S und
3. für das Jahr 1990 in der Höhe des doppelten des endgültig für das Jahr 1988 überwiesenen Betrages

an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger zu leisten.

(20) Die vorschußweisen Zahlungen nach Abs. 15 bis 19 sind, beginnend mit 30. September 1988, ratenweise vierteljährlich im nachhinein fällig. Die Raten haben im jeweiligen Kalenderjahr gleich hoch zu sein.

(21) Der Ausgleich zwischen den vorläufigen und endgültigen Zahlungen ist bis Ende Oktober des jeweils folgenden Geschäftsjahres vorzunehmen.“

22. § 472 a Abs. 2 lautet:

„(2) Der Beitrag ist ein einheitlicher Hundertsatz der Beitragsgrundlage (Abs. 1). Der Hundertsatz beträgt ab 1. Juli 1988 7,6 vH.“

23. Im § 506 b Abs. 3 wird der Ausdruck „(§ 45 Abs. 1 lit. b)“ durch den Ausdruck „(§ 45 Abs. 1)“ ersetzt.

## Artikel II

### Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes (14. Novelle zum GSVG)

Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 616/1987, wird wie folgt geändert:

1. a) § 25 Abs. 6 lautet:

„(6) Die Beitragsgrundlage darf die Höchstbeitragsgrundlage nicht überschreiten. Höchstbeitragsgrundlage ist der gemäß § 48 jeweils festgesetzte Betrag.“

b) Im § 25 Abs. 8 letzter Satz wird der Ausdruck „Abs. 6 Z 1“ durch den Ausdruck „Abs. 6“ ersetzt.

2. a) Im § 30 Abs. 1 wird der Ausdruck „(§ 25 Abs. 6 Z 1)“ durch den Ausdruck „(§ 25 Abs. 6)“ ersetzt.

b) Im § 30 Abs. 3 lit. b wird der Ausdruck „§ 25 Abs. 6 Z 1“ durch den Ausdruck „§ 25 Abs. 6“ ersetzt.

3. a) § 33 Abs. 4 lautet:

„(4) § 30 Abs. 3 gilt entsprechend.“

b) Im § 33 Abs. 5 wird der Ausdruck „(§ 25 Abs. 6 Z 2)“ durch den Ausdruck „(§ 25 Abs. 6)“ ersetzt.

4. Die Überschrift zu § 48 lautet:

„Festsetzung der Höchstbeitragsgrundlage“

5. Im § 116 Abs. 9 wird der Ausdruck „Höchstbeitragsgrundlage gemäß § 45 Abs. 1 lit. b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes“ durch den Ausdruck „Höchstbeitragsgrundlage in der Pensionsversicherung gemäß § 45 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes“ ersetzt.

6. Im § 127 Abs. 5 wird der Ausdruck „(§ 25 Abs. 6 Z 2)“ durch den Ausdruck „(§ 25 Abs. 6)“ ersetzt.

7. § 172 Abs. 6 lautet:

„(6) Grundlage für die Berechnung des Überweisungsbetrages gemäß Abs. 1 und für die Erstattung der Beiträge gemäß Abs. 3 sind 35 vH der am Stichtag (Abs. 7) gemäß § 25 Abs. 6 geltenden Höchstbeitragsgrundlage in der Pensionsversicherung (Berechnungsgrundlage).“

## Artikel III

### Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes (12. Novelle zum BSVG)

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundes-

gesetz BGBl. Nr. 616/1987, wird wie folgt geändert:

1. § 23 Abs. 9 lautet:

„(9) Die Beitragsgrundlage darf die Höchstbeitragsgrundlage nicht überschreiten. Höchstbeitragsgrundlage ist

- a) für die gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 Pflichtversicherten der gemäß § 48 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes jeweils festgesetzte Betrag;
- b) für die gemäß § 2 Abs. 1 Z 2 Pflichtversicherten ein Drittel des in lit. a genannten Betrages, gerundet auf volle Schilling.“

2. a) Im § 27 Abs. 1 wird der Ausdruck „§ 23 Abs. 9 Z 1“ durch den Ausdruck „§ 23 Abs. 9“ ersetzt.

b) Im § 27 Abs. 3 lit. b wird der Ausdruck „§ 23 Abs. 9 Z 1 lit. a“ durch den Ausdruck „§ 23 Abs. 9 lit. a“ ersetzt.

3. § 28 Abs. 3 lautet:

„(3) § 27 Abs. 3 gilt entsprechend.“

4. Im § 29 Abs. 1 wird der Ausdruck „§ 23 Abs. 9 Z 2 lit. a“ durch den Ausdruck „§ 23 Abs. 9 lit. a“ ersetzt.

5. Im § 30 Abs. 6 und 7 wird jeweils der Ausdruck „§ 45 Abs. 1 lit. b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes“ durch den Ausdruck „§ 45 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes“ ersetzt.

6. a) § 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 gemäß § 447 f Abs. 8 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes.“

b) § 31 Abs. 4 lautet:

„(4) Der Bund leistet zur Unfallversicherung für jedes Geschäftsjahr einen Beitrag in der Höhe eines Drittels der für dieses Jahr fällig gewordenen Beiträge gemäß § 30 Abs. 1 und 6 sowie in der Höhe eines Drittels der in diesem Geschäftsjahr eingezahlten Beiträge gemäß § 30 Abs. 3.“

7. § 91 Z 2 lautet:

„2. Mit den vom Versicherungsträger gezahlten Pflegegebührenersätzen und den im § 27 a des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, vorgesehenen Kostenbeiträgen sind alle Leistungen der Krankenanstalt mit Ausnahme der im § 27 Abs. 2 des Krankenanstaltengesetzes angeführten Leistungen abgegolten.“

7 a. Dem § 92 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Im übrigen gilt § 91 Z 2 sinngemäß.“

8. Im § 107 Abs. 9 wird der Ausdruck „Höchstbeitragsgrundlage gemäß § 45 Abs. 1 lit. b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes“ durch den Ausdruck „Höchstbeitragsgrundlage in der Pensionsversicherung gemäß § 45 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes“ ersetzt.

9. Im § 118 Abs. 6 wird der Ausdruck „§ 23 Abs. 9 Z 2“ durch den Ausdruck „§ 23 Abs. 9“ ersetzt.

10. § 164 Abs. 6 lautet:

„(6) Grundlage für die Berechnung des Überweisungsbetrages gemäß Abs. 1 und für die Erstattung der Beiträge gemäß Abs. 3 sind 35 vH der am Stichtag (Abs. 7) gemäß § 23 Abs. 9 geltenden Höchstbeitragsgrundlage in der Pensionsversicherung (Berechnungsgrundlage).“

#### Artikel IV

#### Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (17. Novelle zum B-KUVG)

Das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 200/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 612/1987, wird wie folgt geändert:

1. § 19 Abs. 5 lautet:

„(5) Die Beitragsgrundlage darf die Mindestbeitragsgrundlage nicht unter- und die Höchstbeitragsgrundlage nicht überschreiten. Als monatliche Höchstbeitragsgrundlage gilt das 30fache des nach § 108 b Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes festgesetzten Betrages. Als monatliche Mindestbeitragsgrundlage gelten 15 vH der Höchstbeitragsgrundlage. Die sich hiernach ergebenden Beträge sind durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Soziales festzustellen.“

2. § 20 lautet:

#### „Allgemeine Beiträge

§ 20. Allgemeiner Beitrag ist ein einheitlicher Hundertsatz der Beitragsgrundlage (§ 19). Der Hundertsatz beträgt ab 1. Juli 1988 6,3 vH.“

3. § 68 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. Mit den von der Versicherungsanstalt gezahlten Pflegegebührenersätzen und den im § 27 a des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, vorgesehenen Kostenbeiträgen sind alle Leistungen der Krankenanstalt mit Ausnahme der im § 27 des Krankenanstaltengesetzes angeführten Leistungen abgegolten.“

4. Dem § 68 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:  
„Im übrigen gilt Abs. 1 Z 3 sinngemäß.“

#### Artikel V

##### Änderung des Notarversicherungsgesetzes 1972 (6. Novelle zum NVG 1972)

Das Notarversicherungsgesetz 1972, BGBl. Nr. 66, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 116/1986, wird wie folgt geändert:

§ 63 Abs. 3 Z 2 lautet:

„2. als Grundlage für die Ermittlung des Überweisungsbetrages und der Beitragserstattung gilt der Durchschnitt der Beitragsgrundlagen (§ 10) ohne Berücksichtigung einer allfälligen Sonderzahlung aus den letzten sechs Beitragsmonaten vor dem Ausscheiden; in den Fällen des Abs. 2 darf sie den Betrag des Dreißigfachen der im Zeitpunkt des Ausscheidens in der Pensionsversicherung der Angestellten jeweils in Geltung gestandenen Höchstbeitragsgrundlage nach § 45 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes nicht übersteigen;“

#### Artikel VI

##### Änderung des Betriebshilfegesetzes (3. Novelle zum BHG)

Das Betriebshilfegesetz, BGBl. Nr. 359/1982, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 613/1987, wird wie folgt geändert:

1. Im Art. I § 5 Abs. 1 wird der Ausdruck „§ 25 Abs. 6 Z 1 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes“ durch den Ausdruck „§ 25 Abs. 6 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes“ und der Ausdruck „§ 23 Abs. 9 Z 1 lit. a des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes“ durch den Ausdruck „§ 23 Abs. 9 lit. a des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes“ ersetzt.

2. Im Art. I § 5 Abs. 2 wird der Ausdruck „§ 23 Abs. 9 Z 1 lit. a des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes“ durch den Ausdruck „§ 23 Abs. 9 lit. a des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes“ ersetzt.

#### Artikel VII

##### Änderung des Entgeltfortzahlungsgesetzes (5. Novelle zum EFZG)

Das Entgeltfortzahlungsgesetz, BGBl. Nr. 399/1974, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 484/1984, wird wie folgt geändert:

1. Im Art. I § 2 Abs. 7 wird der Ausdruck „§ 45 Abs. 1 lit. a“ durch den Ausdruck „§ 45 Abs. 1“ ersetzt.

2. Im Art. I § 13 Abs. 3 und 4 wird jeweils der Ausdruck „§ 45 Abs. 1 lit. b“ durch den Ausdruck „§ 45 Abs. 1“ ersetzt.

#### Artikel VIII

##### Finanzielle Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten- Zusammenarbeitsfonds

Zusätzliche Überweisungen an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger

§ 1. (1) Die im § 447 f Abs. 1, 5 und 6 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes bezeichneten Träger der Krankenversicherung haben neben den im § 447 f des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes geregelten Überweisungen an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger zusätzlich

1. für die Geschäftsjahre 1988, 1989 und 1990 jeweils einen weiteren Betrag von insgesamt 1,16 Milliarden Schilling an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger zu überweisen. Darüber hinaus ist von den Trägern der Krankenversicherung zusätzlich
2. für das Geschäftsjahr 1988 und 1989 ein weiterer Betrag von insgesamt jeweils 220 Millionen Schilling und
3. für das Geschäftsjahr 1990 ein weiterer Betrag von insgesamt 320 Millionen Schillingen den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger zu überweisen.

(2) Der auf die einzelnen Träger der Krankenversicherung entfallende Anteil an den zusätzlichen Überweisungen gemäß Abs. 1 ist durch einen Schlüssel zu bestimmen, den der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für jedes Geschäftsjahr festzustellen hat. Dieser Schlüssel hat zu gleichen Teilen

- a) dem Verhältnis der Überweisungen gemäß § 447 f Abs. 1, 5 und 6 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und
- b) dem Verhältnis der Erträge an Beiträgen zur Krankenversicherung

zu entsprechen. Als Beiträge zur Krankenversicherung gelten die gesamten Beitragseinnahmen einschließlich des Bundesbeitrages bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern, jedoch abzüglich der Überweisungen gemäß § 447 f Abs. 8 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und des Ertrages aus dem Beitragszuschlag für erweiterte Heilbehandlung.

(3) Die nach Abs. 1 Z 1 zu überweisenden Beträge sind am Ende eines jeden Kalendervierteljahres mit je einem Viertel des vorläufigen Jahresbetrages vorschußweise fällig. Die Höhe des vorläufigen Jahresbetrages richtet sich nach einem vom Hauptverband vorläufig festgesetzten Schlüssel, welcher sinngemäß nach Abs. 2 unter Zugrundelegung der Daten jenes Geschäftsjahres zu ermitteln ist, das zwei Jahre vor dem Jahr liegt, für das die Überweisung vorzunehmen ist. Der Ausgleich ist nach Maßgabe des Schlüssels nach Abs. 2 bis Ende Oktober des folgenden Jahres vorzunehmen.

(4) Die nach Abs. 1 Z 2 zu überweisenden Beträge sind am 1. Oktober 1988 und am 1. Juli 1989 fällig. Für die Aufteilung dieser Beträge auf die Krankenversicherungsträger gilt Abs. 3 sinngemäß.

(5) Der nach Abs. 1 Z 3 zu überweisende Betrag ist am 1. Juli 1990 fällig. Für die Aufteilung auf die Krankenversicherungsträger gilt Abs. 3 sinngemäß.

(6) Im übrigen ist § 447 f Abs. 1 bis 7 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes sinngemäß auf die Zahlungen anzuwenden.

§ 2. (1) Alle von den Krankenversicherungsträgern an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger 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 innerhalb von sieben Tagen an den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds zu überweisen.

(2) 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.

#### Stützbeträge aus dem Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger

§ 3. (1) Die Gebietskrankenkassen, die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues und die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft als Träger der Krankenversicherung erhalten aus der gesonderten Rücklage des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger gemäß Abs. 3 für das Geschäftsjahr 1990 Stützbeträge von insgesamt 300 Millionen Schilling.

(2) Der jedem Träger der Krankenversicherung gemäß Abs. 1 gebührende Anteil an den Stützbeträgen richtet sich nach dem Verhältnis seiner Überweisungen gemäß § 1 Abs. 2 an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger zur Gesamtüberweisung aller im Abs. 1 bezeichneten Träger der Krankenversicherung in den Jahren 1988 bis 1990. Der Stützbetrag ist bis Ende Oktober 1990 auf der Basis der Überweisungen in den Jahren 1988 und 1989 zu bevorschussen, die endgültige Abrechnung ist bis Ende Oktober 1991 vorzunehmen.

(3) Aus der Rücklage gemäß § 447 a Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes sind jeweils am 1. April der Jahre 1988 bis 1990 je 100 Millionen Schilling einer gesonderten Rücklage zuzuführen. Diese Rücklage ist ausschließlich für die Stützbeträge gemäß Abs. 1 zu verwenden.

#### Jahresausgleichszahlung an Rechtsträger von Krankenanstalten

§ 4. (1) Wenn in einem Finanzjahr die Zahl jener in den Krankenanstalten im Sinne des § 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 281/1988, auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers geleisteten Pflēgetage unter die Anzahl der entsprechenden Pflēgetage des Jahres 1987 sinkt, hat der Hauptverband den Rechtsträgern der Krankenanstalten, bei denen ein solches Sinken der Zahl der genannten Pflēgetage eingetreten ist, eine Jahresausgleichszahlung in der Höhe der Differenz zwischen den von allen Krankenanstalten tatsächlich geleisteten Pflēgetagen und der Zahl der entsprechenden Pflēgetage des Jahres 1987 zu leisten. Diese Jahresausgleichszahlung ist aber um die Aufwendungen der Krankenversicherungsträger für solche Pflēgetage 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 Pflēgetageverminderung und entsprechend den für sie gültigen Pflēgegebührenersätzen zu erfolgen. Die Abwicklung der Jahresausgleichszahlung hat durch die Geschäftsstelle des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds zu erfolgen, und zwar auch für das Jahr vor dem Außerkrafttreten dieser Vereinbarung. Der für die Jahresausgleichszahlung erforderliche Betrag ist von allen Krankenversicherungsträgern im Verhältnis des Schlüssels gemäß § 1 Abs. 2 aufzubringen. Den dem Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger angehörenden Krankenversicherungsträgern ist ihr Aufwand für die Jahresausgleichszahlung aus Mitteln der Rücklage gemäß § 447 a Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes zu ersetzen.

#### Artikel IX

##### Änderung des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977

Das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, BGBl. Nr. 609, zuletzt geändert mit dem Bundesgesetz BGBl. Nr. 232/1988, wird wie folgt geändert:

Nach § 43 wird folgender § 43 a eingefügt:

„§ 43 a. Zur Abgeltung des Aufwandes der Träger der Krankenversicherung auf Grund des § 122 Abs. 2 Z 2 lit. b des Allgemeinen Sozialversiche-

rungsgesetzes ist aus Mitteln der Arbeitslosenversicherung für jeweils ein Kalenderjahr bis spätestens Ende Feber des darauffolgenden Jahres an den jeweils zuständigen Träger der Krankenversicherung ein Betrag zu entrichten, der vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter Heranziehung folgender Kriterien zu berechnen ist:

1. Zahl der Tage gemäß § 122 Abs. 2 Z 2 lit. b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes auf der Grundlage der Ruhensbescheide nach § 16 Abs. 1 lit. I,
2. tägliche Beitragsgrundlage gemäß § 44 Abs. 6 lit. b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und
3. davon der Beitrag gemäß § 51 Abs. 1 Z 1 lit. d des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes.“

#### Artikel X

##### Übergangsbestimmungen

(1) Abweichend von § 54 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes sind für die Berechnung der Sonderbeiträge in der Krankenversicherung für das Kalenderjahr 1988 Sonderzahlungen, die bis zum Ende des Beitragszeitraumes Juni 1988 fällig werden, bis zum Betrag von 45 600 S zu berücksichtigen. Werden weitere Sonderzahlungen nach dem Beitragszeitraum Juni 1988 fällig, so sind alle im Kalenderjahr 1988 fällig werdenden Sonderzahlungen bis zum Betrag von 50 400 S zu berücksichtigen.

(2) Abweichend von § 21 des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes sind für die Berechnung der Sonderbeiträge in der Krankenversicherung für das Kalenderjahr 1988 Sonderzahlungen, die bis zum 30. Juni 1988 fällig werden, bis zum Betrag von 40 400 S zu berücksichtigen. Werden weitere Sonderzahlungen nach dem 30. Juni 1988 fällig, so sind alle im Kalenderjahr 1988 fällig werdenden Sonderzahlungen bis zum Betrag von 47 800 S zu berücksichtigen.

(3) Die Abgeltungsbeträge gemäß § 43 a des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 in der Fassung des Art. IX werden für das Kalenderjahr 1988 derart festgesetzt, daß die für das letzte Quartal des Kalenderjahres 1988 berechneten Beträge mit 4 zu vervielfachen sind.

(4) Die Selbstversicherung gemäß § 16 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes von Personen, die während der Zeit der Selbstversicherung auch die Voraussetzungen gemäß § 122 Abs. 2 Z 2 lit. b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. I Z 9 erfüllen, ist für den Zeitraum, in dem diese Voraussetzungen erfüllt sind, unwirksam. Die für diesen Zeitraum entrichteten Beiträge zur Selbstversicherung gelten als zur Ungebühr entrichtet und können vom Versicherten auf Antrag zurückgefordert oder vom zuständigen Krankenversicherungsträger von Amts wegen rückerstattet werden. Das Recht auf Rückforderung verjährt nach Ablauf von drei Jahren nach deren Zahlung. § 107 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes findet dabei keine Anwendung.

#### Artikel XI

##### Inkrafttreten

(1) Dieses Bundesgesetz tritt, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, mit 1. Jänner 1988 in Kraft.

(2) Es treten in Kraft:

1. mit dem Beginn des Beitragszeitraumes Juli 1988 Art. I Z 1 bis 8, 10, 12 bis 19 und 21 bis 23 und Art. VII Z 2;
2. mit 1. Juli 1988 Art. I Z 11 und 11 a, Art. II, Art. III, Art. IV, Art. V, Art. VI und Art. VII Z 1.

(3) Art. VIII tritt gemeinsam mit der zwischen dem Bund und den Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds außer Kraft.

#### Artikel XII

##### Vollziehung

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

Waldheim

Vranitzky