

Landesgesetzblatt für Wien

Jahrgang 1988

Ausgegeben am 12. Juli 1988

15. Stück

23. Kundmachung: Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds.

23.

Kundmachung des Landeshauptmannes vom 13. Juni 1988, betreffend die Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds

Der Wiener Landtag hat am 27. Mai 1988 den Abschluß nachstehender Vereinbarung gemäß § 139 Abs. 2 der Wiener Stadtverfassung genehmigt:

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

Der Bund, vertreten durch die Bundesregierung,
das Land Burgenland, vertreten durch den Landeshauptmann,

das Land Kärnten, vertreten durch den Landeshauptmann,

das Land Niederösterreich, vertreten durch den Landeshauptmann,

das Land Oberösterreich, vertreten durch den Landeshauptmann,

das Land Salzburg, vertreten durch den Landeshauptmann,

das Land Steiermark, vertreten durch den Landeshauptmann,

das Land Tirol, vertreten durch den Landeshauptmann,

das Land Vorarlberg, vertreten durch den Landeshauptmann und

das Land Wien, vertreten durch den Landeshauptmann,

— im folgenden Vertragsparteien genannt —
kommen überein, gemäß Art. 15 a B-VG die nachstehende Vereinbarung zu schließen:

Artikel 1

Gegenstand der Vereinbarung

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

1. im Rahmen von Länderquoten die Leistung von Betriebszuschüssen, sonstigen Zuschüssen

und Investitionszuschüssen nach Art. 21 an die Träger öffentlicher Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 des Krankenanstaltengesetzes bezeichneten Art, mit Ausnahme der Pflegeabteilungen der öffentlichen Krankenanstalten für Geisteskrankheiten sowie an die Träger privater Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 des Krankenanstaltengesetzes bezeichneten Art, die gemäß § 16 des Krankenanstaltengesetzes als gemeinnützig geführte Krankenanstalten zu betrachten sind, zu gewährleisten,

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

(2) Die Vertragsparteien kommen überein:

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

Dem Abbau entsprechend werden auch die personellen und apparativen Kapazitäten und

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

Niveau des allgemein öffentlichen Landeskrankenhauses Oberwart, bleibend angehoben werden. Der zusätzliche Aufwand ist von der sozialen Krankenversicherung zu tragen.

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

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

Artikel 2

Mittel für Strukturreformen

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

(2) Die Länder werden dem Fonds bis 31. März eines jeden Jahres den Prozentsatz gemäß Abs. 1 sowie die Ziel- und Planvorstellungen für den Einsatz dieser zweckgebundenen Mittel in Verbindung mit den vom Land für die Erreichung der gleichen Ziele allenfalls bereitgestellten Mittel projektbezogen bekanntzugeben haben.

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

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

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

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

Artikel 3

Österreichischer Krankenanstaltenplan

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

Artikel 4

Einrichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds

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

Artikel 5

Aufgaben des Fonds

Aufgaben des Fonds werden nach Maßgabe dieser Vereinbarung sein:

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

Erweiterung des Umfanges oder des Zweckes zur Folge haben auf Grundlage von Richtlinien;

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

Artikel 6

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

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

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

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

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

1. ein Buchführungssystem anwendet, wie es die Krankenanstaltenkostenrechnungsverordnung vorsieht,
2. einen maschinlesbaren Bericht über die Diagnosen nach Maßgabe des Art. 10 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 Art. 13 bzw. 14 dieser Vereinbarung erhalten hat, sofern er die Betriebszuschüsse für Neu-, Zu- und Umbauten in Krankenanstalten, welche eine Erweiterung des Umfanges oder des Zweckes zur Folge haben, sowie für medizinisch-technische Großgeräte beantragt. Neu-, Zu- und Umbauten in Krankenanstalten und medizinisch-technische Großgeräte im Sinne des Art. 7 Abs. 3 dieser Vereinbarung sind von dieser Bestimmung ausgenommen,
6. ab 1. Jänner 1989 in allgemeinen Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt anerkannt sind, auf je 15 systemisierte Betten mindestens einen in Ausbildung zum praktischen Arzt stehenden Arzt beschäftigt (§ 105 Abs. 2 Ärztegesetz 1984, in der Fassung BGBl. Nr. 314/1987, sowie die auf dieser Grundlage erlassenen landesgesetzlichen Vorschriften).

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

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

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

Artikel 7**Investitionszuschüsse im Rahmen von Länderquoten**

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

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

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

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

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

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

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

Artikel 9**Kostenrechnung für Krankenanstalten**

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

Artikel 10**Diagnosenerfassung für Krankenanstalten**

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

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

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

1. administrative Daten:
 - a) Krankenanstaltennummer,
 - b) 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,
 - l) Art der Entlassung;
2. medizinische Daten:
 - a) Hauptdiagnose,
 - b) bis zu neun zusätzliche Diagnosen,
 - c) Verlegungen innerhalb der Krankenanstalt,
 - d) ausgewählte medizinische Einzelleistungen.

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

Artikel 11

Leistungsstatistik für Krankenanstalten

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

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

Artikel 12

Rationalisierungsvorschläge

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

Artikel 13

Genehmigung von Neu-, Zu- und Umbauten in Krankenanstalten

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

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

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

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

Artikel 14

Genehmigung von medizinisch-technischen Großgeräten in Krankenanstalten

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

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

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

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

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

Artikel 15

Mittel des Fonds

Mittel des Fonds werden sein:

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

Artikel 16

Zusätzliche Mittel des Fonds

Zusätzliche Mittel des Fonds werden sein:

1. zusätzliche Mittel der Träger der sozialen Krankenversicherung
 - a) im Jahre 1988 220 Millionen Schilling
 - b) im Jahre 1989 220 Millionen Schilling
 - c) im Jahre 1990 320 Millionen Schilling

2. zusätzliche Mittel der Träger der Krankenversicherung auf Grund der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung gemäß Art. 1 Abs. 2 Z 2
3. Vermögenserträge der Mittel gemäß Z 1 und 2.

Artikel 17

Beiträge des Bundes und der Länder an den Fonds

(1) Beiträge des Bundes:

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

(2) Beiträge der Länder:

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

(3) Die Vertragsparteien kommen überein, daß die Beiträge des Bundes gemäß Abs. 1 Z 1 und der Länder gemäß Abs. 2 mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 1988 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen zu erbringen sind, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder an der Umsatzsteuer zu richten hat. Diese Vorschüsse sind zu den gesetzlichen Terminen der Vorschußleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben jeweils zu Lasten des Bundes und der Länder vom Bund an den Fonds zu überweisen.

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

(5) Die von den Vertragsparteien an den Fonds zu leistenden Beiträge gemäß Abs. 1 Z 1 und Abs. 2 sind als Vorschußleistungen anzusehen. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 11 Abs. 1 FAG 1985 oder der an die Stelle dieser Bestimmung tretenden Norm in der jeweils geltenden Fassung zu erfolgen. Dabei entstehende Übergenüsse oder Guthaben des Fonds sind auszugleichen.

Artikel 18

Mittel der Träger der sozialen Krankenversicherung

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

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

Artikel 19

Zusätzliche Mittel der Träger der Krankenversicherung

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

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

Artikel 20

Errechnung von Länderquoten

(1) Von den Gesamtmitteln des Fonds werden vor der Bildung von Länderquoten zunächst im Jahre 1988 40 Millionen Schilling bzw. in den Jahren 1989 und 1990 jeweils 80 Millionen Schilling abgezogen. Davon werden im Jahre 1988 jeweils 5 Millionen Schilling bzw. in den Jahren 1989 und 1990 jeweils 10 Millionen Schilling den Ländern Salzburg und Tirol als Finanzierungsbeiträge zur Abgeltung ihrer

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

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

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

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

Artikel 21

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

(1) Innerhalb der gemäß Art. 20 Abs. 3 gebildeten Länderquoten wird das jeweilige Land nach Abzug

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

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

(3) 90% des Teilbetrages 1 werden derart auf die Träger der Krankenanstalten verteilt werden, daß die dem einzelnen Träger gemäß den §§ 57 und 59 des Krankenanstaltengesetzes zu gewährenden 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 werden im Verhältnis der Pflageetage in diesen Krankenanstalten auf diese Träger verteilt werden.

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

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

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

1. 20% der Mittel sind für die Finanzierung der Ambulanzleistungen, gewichtet nach der Versorgungsstufe der Krankenanstalt, bestimmt.
 2. 30% der Mittel sind für die Finanzierung der Leistungen nach der Zahl der verrechneten Pflagefälle, gewichtet nach der Versorgungsstufe der Krankenanstalt, bestimmt.
 3. 30% der Mittel sind für die Finanzierung der Leistungen nach Pflegefällen (stationäre Aufnahmen), gewichtet nach der Versorgungsstufe der Krankenanstalt, bestimmt.
 4. 10% der Mittel sind für die Finanzierung der Ausbildung von Ärzten, Krankenpflegeschüler(inne)n und Schüler(inne)n medizinisch-technischer Schulen bestimmt. Diese Mittel sind im Verhältnis der Zahl der in den Krankenanstalten in Ausbildung befindlichen Personen zu verteilen. Für Ärzte ist ein Gewichtungsfaktor von 1,0, für Krankenpflegeschüler(innen) und Schüler(innen) des medizinisch-technischen Fachdienstes ein Gewichtungsfaktor von 0,5 und für Schüler(innen) des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes ein Gewichtungsfaktor von 0,7 anzusetzen.
 5. 10% der Mittel sind für die Finanzierung ausgewählter Leistungen der Spitzenversorgung bestimmt. Die Verteilung dieser Mittel hat auf die Krankenanstalten im Verhältnis der Leistungspunkte zu erfolgen. Diese Leistungspunkte sind nach einem Leistungskatalog, in welchem ausgewählte Leistungen unterschiedlich bewertet werden, pro erbrachter Leistung zu vergeben.
- (6) Den Berechnungen im Sinne der Abs. 3, 4 und 5 werden — sofern es sich nicht um die Gewährung von Investitionszuschüssen handelt — die Daten des jeweils zweitvorangegangenen Jahres zugrunde zu legen sein.
- (7) Als Grundlage für die Bemessung der Betriebs- und sonstigen Zuschüsse sowie der Investitionszuschüsse wird der Fonds Richtlinien zu erlassen haben.

Artikel 22

Organisation des Fonds

- (1) Organ des Fonds wird die Fondsversammlung sein. Die Fondsversammlung wird beim Bundeskanzleramt eingerichtet werden. Die Beistellung der sachlichen und personellen Erfordernisse sowie die Führung der Geschäfte der Fondsversammlung wird dem Bundeskanzleramt obliegen.
 - (2) Die Fondsversammlung wird aus 20 Mitgliedern bestehen, die nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen zu bestellen sein werden:
 1. fünf Mitglieder wird die Bundesregierung bestellen;
 2. je ein Mitglied werden die Landesregierungen bestellen;
 3. zwei Mitglieder werden vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu bestellen sein;
 4. je ein Mitglied wird vom Österreichischen Städtebund, vom Österreichischen Gemeindebund, von der Österreichischen Bischofskonferenz gemeinsam mit dem Evangelischen Oberkirchenrat sowie von der Sektion Krankenversicherung im Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs zu bestellen sein;
 5. für jedes der so bestellten stimmberechtigten Mitglieder der Fondsversammlung wird ein ständiges, stimmberechtigtes Ersatzmitglied bestellt werden können.
- (3) Mitglied der Fondsversammlung wird nur sein können, wer zum Nationalrat wählbar ist.
- (4) Ist die Bestellung von Mitgliedern der Fondsversammlung erforderlich, so wird das Bundeskanzleramt die gemäß Abs. 2 in Betracht kommenden Rechtsträger oder Organe schriftlich zur Namhaftmachung aufzufordern haben. Machen die zur Bestellung von Mitgliedern der Fondsversammlung berechtigten Rechtsträger und Organe von diesem Recht keinen Gebrauch und bestellen keine Mitglieder, so werden die nichtbestellten Mitglieder bei der Feststellung der Beschlußfähigkeit der Fondsversammlung außer Betracht bleiben.
- (5) Den Vorsitz in der Fondsversammlung wird der Bundeskanzler führen.
- (6) Die Fondsversammlung wird sich ihre Geschäftsordnung selbst geben.
- (7) Die von der Bundesregierung bestellten Mitglieder der Fondsversammlung werden — unbeschadet des Abs. 9 — über je zwei Stimmen, die übrigen Mitglieder werden — mit Ausnahme des von der Sektion Krankenversicherung im Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs bestellten Mitgliedes der Fondsversammlung, das als beratendes Mitglied nicht stimmberechtigt sein wird — über je eine Stimme verfügen.
- (8) Die Beschlüsse der Fondsversammlung werden — mit Ausnahme der Entscheidung über die Verteilung des Teilbetrages 1 im Einzelfall — einstimmig gefaßt werden. Kommt ein einstimmiger Beschluß nicht zustande, so hat der Vorsitzende der Fondsversammlung zu versuchen, einen einstimmigen Beschluß über einzelne Punkte, über eine Vertagung oder über die sonstige weitere Vorgangsweise herbeizuführen. Kommt auch darüber kein einstimmiger Beschluß zustande, so wird wie folgt vorzugehen sein:
1. jedes Mitglied der Fondsversammlung wird einen Schlichtungsausschuß, der aus dem Bundeskanzler, dem Vorsitzenden der Landeshauptmännerkonferenz und einem weiteren von der Landeshauptmännerkonferenz zu bestimmenden Landeshauptmann besteht, um

Vermittlung ersuchen können; der Schlichtungsausschuß wird binnen drei Monaten nach der erstmaligen Beschlußfassung im Fonds zumindest eine Sitzung abhalten;

2. kommt binnen drei Monaten nach der erstmaligen Beschlußfassung im Fonds ein einstimmiger Beschluß nicht zustande, so wird die Fondsversammlung mit einfacher Mehrheit der Stimmen entscheiden;
3. kommt eine solche Mehrheit nicht zustande, so wird die Stimme des Vorsitzenden entscheiden.

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

Artikel 23

Berichterstattung

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

Artikel 24

Kundmachung der Richtlinien

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

Artikel 25

Kontrolle durch den Rechnungshof

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

Artikel 26

Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds

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

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

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

Artikel 27

Befreiung von Gebühren und Abgaben

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

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

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

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

Artikel 28

Sozialversicherungsrechtliche Regelungen

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

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

(3) Die Beitragseinnahmen des laufenden Kalenderjahres aller dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger werden den Beitragseinnahmen des zuletzt vorangegangenen Kalenderjahres, unter Berücksichtigung des Abs. 2, gegenübergestellt werden. Als Beitragseinnahmen werden alle Beiträge für Pflichtversicherte und für freiwillig Versicherte gelten, die nach den Weisungen des Bundesministers für Arbeit und Soziales über die Rechnungslegung als Beitragseinnahmen in Betracht kommen, in der Krankenversicherung der Bauern einschließlich des Bundesbeitrages; maßgebend werden die in den Erfolgsrechnungen der Krankenversicherungsträger ausgewiesenen Beiträge sein. Der vom Hauptverband auf zwei Dezimalstellen errechnete Erhöhungsprozentsatz wird der Zustimmung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales bedürfen.

(4) Der Hauptverband wird jeweils spätestens bis 15. Dezember für das nächstfolgende Kalenderjahr einen provisorischen Hundertsatz zu errechnen haben, der nach Zustimmung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales für die Erhöhung der

Pflegegebührenersätze ab dem nachfolgenden 1. Jänner maßgeblich ist; die neuen Pflegegebührenersätze werden auf volle Schilling gerundet werden. Den Trägern der Krankenanstalten werden die erhöhten Pflegegebührenersätze so rechtzeitig bekanntgegeben werden, daß sie ab 1. Jänner der Verrechnung zugrunde gelegt werden können.

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

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

(7) Alle von den Krankenversicherungsträgern und vom Hauptverband zur Durchführung der gegenständlichen Regelung erstellten Unterlagen und Berechnungen werden der Überprüfung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales unterliegen.

(8) Für die Dauer der Geltung dieser Vereinbarung werden die grundsatzgesetzlichen Bestimmungen des § 28 Abs. 8 des Krankenanstaltengesetzes und die entsprechenden Landesausführungsgesetze

dahingehend geändert, daß die eingerichteten Schiedskommissionen an die mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales festgesetzten Erhöhungssätze gemäß Abs. 1 bis 5 gebunden sind.

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

(10) Der Bund wird dafür Sorge tragen, daß österreichische Krankenversicherungsträger, denen auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen über Soziale Sicherheit Personen zur Betreuung zugewiesen werden, den zur Kostenerstattung verpflichteten ausländischen Versicherungsträgern neben den Pflegegebührenersätzen auch noch diejenigen Kosten der Anstaltspflege in Rechnung stellen und an den Träger der in Anspruch genommenen Krankenanstalt weiterleiten werden, die aus der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenversicherungsträger über die finanzielle Beteiligung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds entstehen.

Artikel 29**Inkrafttreten**

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

Artikel 30**Durchführung der Vereinbarung**

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

Artikel 31**Geltungsdauer und Kündigungsverzicht**

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

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

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

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

Artikel 32**Mitteilungen**

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

Artikel 33

Kommission zur Vorbereitung der Strukturänderungen im österreichischen Krankenanstaltenwesen

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

(2) Dieser Kommission werden angehören:

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

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

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

Artikel 34

Gemeinsamer Arbeitskreis des Bundes und der Länder

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

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

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

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

an den Bund, die den klinischen Mehraufwand im Sinne des Art. 1 Abs. 3 betreffen, sind von dieser Bestimmung nicht erfaßt.

Artikel 35

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

(2) Forderungen von Trägern der im Art. 1 Abs. 1 dieser Vereinbarung genannten Krankenanstalten

Artikel 36

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

Der Landeshauptmann:

Zilk