

## Entwurf

**Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) erlassen wird sowie das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Ärztegesetz 1998, das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen geändert werden (Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017 – VUG 2017)**

Der Nationalrat hat beschlossen:

### Inhaltsverzeichnis

<b>Paragraf</b>	<b>Gegenstand / Bezeichnung</b>
Artikel 1	Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit
Artikel 2	Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten
Artikel 3	Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes
Artikel 4	Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes
Artikel 5	Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes
Artikel 6	Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes
Artikel 7	Änderung des Ärztegesetzes 1998
Artikel 8	Änderung des Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH
Artikel 9	Änderung des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen

### Artikel 1

#### **Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit**

### Inhaltsverzeichnis

<b>Paragraf</b>	<b>Gegenstand / Bezeichnung</b>
<b>1. Abschnitt</b>	
<b>Allgemeine Bestimmungen</b>	
§ 1.	Gegenstand
§ 2.	Geltungsbereich
§ 3.	Begriffsbestimmungen
<b>2. Abschnitt</b>	
<b>Gesundheitspolitische Grundsätze</b>	
§ 4.	Rahmen-Gesundheitsziele, Gesundheit in allen Politikfeldern und Public Health-Orientierung
§ 5.	Prinzipien der Zielsteuerung-Gesundheit
§ 6.	Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung-Gesundheit
§ 7.	Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen
§ 8.	Patientenorientierung und Transparenzmachung von Qualitätsinformationen

<b>Paragraf</b>	<b>Gegenstand / Bezeichnung</b>
§ 9.	Stärkung zielgerichteter und abgestimmter Gesundheitsförderung
<b>3. Abschnitt</b>	
<b>Aufbau und Ablauf der Zielsteuerung-Gesundheit</b>	
§ 10.	Mehrstufigkeit des Zielsteuerungsprozesses
§ 11.	Wechselseitige Datenbereitstellung durch die Partner der Zielsteuerung-Gesundheit
<b>4. Abschnitt</b>	
<b>Konkretisierung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit</b>	
§ 12.	Ausrichtung der Zielsteuerung-Gesundheit
§ 13.	Steuerungsbereich Ergebnisorientierung
§ 14.	Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen
§ 15.	Steuerungsbereich Versorgungsprozesse
<b>5. Abschnitt</b>	
<b>Festlegung der Finanzzielsteuerung</b>	
§ 16.	Finanzzielsteuerung – allgemeine Bestimmungen
§ 17.	Inhalt und Gegenstand der Finanzzielsteuerung
<b>6. Abschnitt</b>	
<b>Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur</b>	
§ 18.	Grundsätze der Planung
§ 19.	Österreichischer Strukturplan Gesundheit und Regionale Strukturpläne Gesundheit
§ 20.	Inhalte des ÖSG
§ 21.	Inhalte des RSG
§ 22.	Kundmachung des ÖSG und der RSG
§ 23.	Verbindlichkeitserklärung von Inhalten des ÖSG und der RSG
§ 24.	Landeskrankenanstaltenpläne
<b>7. Abschnitt</b>	
<b>Entscheidungsstrukturen und -organisation</b>	
§ 25.	Organisation der Bundesgesundheitsagentur (gemäß § 56a des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten)
§ 26.	Bundes-Zielsteuerungskommission
§ 27.	Ständiger Koordinierungsausschuss
§ 28.	Mitwirkung des Bundes in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds
§ 29.	Mitwirkung der gesetzlichen Krankenversicherung in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds
§ 30.	Bundesgesundheitskommission
<b>8. Abschnitt</b>	
<b>Festlegungen zum Monitoring und Berichtswesen</b>	
§ 31.	Durchführung eines Monitorings und Berichtswesens
§ 32.	Ablauf des Monitorings
§ 33.	Detailregelungen zum Monitoring und Berichtswesen
<b>9. Abschnitt</b>	
<b>Regelungen zum Sanktionsmechanismus</b>	
§ 34.	Allgemeines
§ 35.	Regelungen bei Nicht-Erreichung von festgelegten Zielen
§ 36.	Regelungen bei Verstößen gegen die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, den Zielsteuerungsvertrag oder die vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen
§ 37.	Regelungen bei Nicht-Zustandekommen des Zielsteuerungsvertrages oder der vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen
§ 38.	Schlichtungsverfahren für Streitigkeiten aus dem Zielsteuerungsvertrag oder den vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit

<b>Paragraf</b>	<b>Gegenstand / Bezeichnung</b>
-----------------	---------------------------------

**10. Abschnitt**  
**Schluss- und Übergangsbestimmungen**

§ 39.	Zitierung anderer Bundesgesetze
§ 40.	Vollzug des Bundesgesetzes
§ 41.	Inkrafttreten und Außerkrafttreten
§ 42.	Übergangsbestimmungen

**1. Abschnitt**  
**Allgemeine Bestimmungen**

**Gegenstand**

§ 1. (1) Der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung haben nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen gemeinsam mit den Ländern, im Rahmen derer kompetenzrechtlichen Zuständigkeiten, die integrative partnerschaftliche Zielsteuerung-Gesundheit für die Struktur und Organisation der österreichischen Gesundheitsversorgung fortzuführen und weiterzuentwickeln. Dieses Bundesgesetz berührt nicht die Zuständigkeiten der Länder zur Gesetzgebung und Vollziehung.

(2) Die Konkretisierung dieser Zielsteuerung-Gesundheit hat auf Grundlage vergleichbarer wirkungsorientierter qualitativ und quantitativ festzulegender

1. Versorgungsziele,
2. Planungswerte,
3. Versorgungsprozesse und -strukturen und
4. Ergebnis- und Qualitätsparameter

zu erfolgen. Darauf aufbauend ist als integraler Bestandteil die bereits etablierte

5. Finanzzielsteuerung  
fortzuführen und weiterzuentwickeln.

(3) Die Durchführung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit hat durch die Weiterentwicklung von Organisation und Steuerungsmechanismen auf Bundes- und Landesebene das Prinzip der Wirkungsorientierung in der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

**Geltungsbereich**

§ 2. Die partnerschaftliche Zielsteuerung-Gesundheit hat in struktureller und organisatorischer Hinsicht alle intra- und extramuralen Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens sowie etwaige betroffene Nahtstellen zu umfassen.

**Begriffsbestimmungen**

§ 3. Im Sinne dieses Bundesgesetzes bedeuten die Begriffe:

1. **„Ambulanter Bereich“**: Die ambulante Gesundheitsversorgung (insbesondere ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen im Sinne des SV-Rechts) im niedergelassenen Bereich, in selbstständigen Ambulatorien und in Spitalsambulanzen.
2. **„Ambulante Fachversorgung“**: Die ambulante Fachversorgung umfasst ambulante Leistungserbringung aus den Fachbereichen. Die Fachbereiche orientieren sich an der Systematik der Sonderfächer gemäß Ärzteausbildungsordnung (ÄAO 2015) und schließen auch andere Gesundheitsberufe mit ein.
3. **„Best point of service“**: Die kurative Versorgung ist jeweils zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig zu erbringen.
4. **„Health in all Policies (Gesundheit in allen Politikfeldern)“**: Durch verstärktes Berücksichtigen des Themas Gesundheit und der Gesundheitsdeterminanten in anderen als den unmittelbar dafür zuständigen politischen Sektoren soll die Gesundheit der Bevölkerung wirksam und nachhaltig gefördert werden.
5. **„Health Technology Assessment (HTA)“**: Prozess zur systematischen Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren und Hilfsmittel, aber auch Organisationsstrukturen, in denen medizinische Leistungen erbracht werden. Untersucht werden dabei Kriterien wie Wirksamkeit, Sicherheit und Kosten, jeweils unter Berücksichtigung sozialer, rechtlicher und ethischer Aspekte.

6. **„Integrative Versorgungsplanung“**: Es werden alle Elemente des Versorgungssystems sowie deren Beziehungen und Wechselwirkungen gleichzeitig in eine Gesamtschau einbezogen. Damit wird die herkömmliche isolierte Analyse und Planung einzelner Systemelemente (z. B. Krankenanstalten) ohne Berücksichtigung der Auswirkungen auf andere Elemente abgelöst.
7. **„Integrierte Versorgung“**: Darunter wird eine patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende, interdisziplinäre und/oder multiprofessionelle und nach standardisierten Versorgungskonzepten ausgerichtete Versorgung verstanden.
8. **„Interdisziplinäre Versorgungsmodelle“**: Zusammenarbeit von Ärztinnen/Ärzten unterschiedlicher Fachbereiche (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Gynäkologie, Labor, Radiologie etc.) sowie von nicht-ärztlichen Gesundheitsdiensteanbietern (diplomiertes Pflegepersonal, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, etc.) in Gruppenpraxen oder selbstständigen Ambulatorien sowie ggf. in weiter zu entwickelnden Organisationsformen.
9. **„Primärversorgung (Primary Health Care)“**: Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleisten ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.
10. **„Public Health“**: Schaffung von gesellschaftlichen Bedingungen, Umweltbedingungen und Bedingungen einer bedarfsgerechten sowie effektiven und effizienten gesundheitlichen Versorgung unter denen Bevölkerungsgruppen gesund leben können.

## 2. Abschnitt

### Gesundheitspolitische Grundsätze

#### Rahmen-Gesundheitsziele, Gesundheit in allen Politikfeldern und Public Health-Orientierung

§ 4. (1) Der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung haben sich bei der Durchführung ihrer Maßnahmen an den vom Ministerrat und der Bundesgesundheitsagentur beschlossenen Rahmen-Gesundheitszielen zu orientieren, um Voraussetzungen zu schaffen, die die Gesundheit der Bevölkerung durch Maßnahmen in allen Politikfeldern erhalten, fördern und wieder herstellen.

(2) Der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung haben sich auf Bundes- und Landesebene bei der Durchführung ihrer Maßnahmen im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit an Public Health Grundsätzen der WHO zu orientieren und die Multiprofessionalität in der Versorgung, Prävention, Gesundheitsförderung sowie in der Forschung und Lehre zu stärken.

#### Prinzipien der Zielsteuerung-Gesundheit

§ 5. (1) Mit der Fortführung der Zielsteuerung-Gesundheit ist eine gemeinsame „Governance“ im Gesundheitsbereich weiterhin sicherzustellen. Dabei ist den Prinzipien Wirkungsorientierung, Verantwortlichkeit, Rechenschaftspflicht, Offenheit und Transparenz von Strukturen bzw. Prozessen und Fairness zu entsprechen und dadurch qualitativ bestmögliche Gesundheitsdienstleistungen und deren nachhaltigen Finanzierung sicherzustellen.

(2) Zur Steigerung der Effektivität und Effizienz sowie der Patientenorientierung sind als weitere Prinzipien zu befolgen:

1. die Forcierung der Gesundheitsförderung und Prävention,
2. im Krankheitsfall die kurative Versorgung am „Best Point of Service“,
3. die verbindliche Zusage zur aktiven Zusammenarbeit und wechselseitigen Unterstützung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung bei der Umsetzung der gemeinsam vereinbarten Ziele,
4. patientenorientierte Qualität im Gesundheitswesen,
5. auf allen Versorgungsebenen ist der Einrichtung von multiprofessionellen und integrativen Versorgungsformen Vorrang gegenüber Einzelleistungserbringern zu geben und
6. Sicherstellung einer nachhaltigen Sachleistungsversorgung.

(3) Sowohl für vertraglich vereinbarte als auch für einseitige, zwischen Land und Sozialversicherung nicht akkordierte Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und dem extramuralen Bereich, welche finanziell belastende Auswirkungen auf den jeweils anderen Partner haben, sind im Zielsteuerungsvertrag finanzielle Folgen zu definieren.

#### Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung-Gesundheit

§ 6. (1) Zur Verwirklichung der in § 5 genannten Prinzipien werden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit insbesondere folgende Ziele umgesetzt:

1. Zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention, Stärkung von evidenzbasierter Früherkennung und Frühintervention,
  2. Abbau des akutstationären Bereichs bei gleichzeitigem Ausbau der ambulanten Versorgung unter Sicherstellung des Zugangs zu und der Verfügbarkeit von allen notwendigen Leistungen,
  3. Optimierung der Prozesse und des Ressourceneinsatzes,
  4. hohe Behandlungsqualität sicherstellen und gegenüber der Bevölkerung transparent darstellen und
  5. Stärkung des Sachleistungsprinzips im ambulanten und stationären Bereich.
- (2) Die Zielsteuerung-Gesundheit umfasst insbesondere folgende Handlungsfelder:
1. Der stationäre Bereich in den Akutkrankenanstalten ist durch medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen bzw. ambulanten Bereich zu entlasten. Die Leistungserbringung ist insbesondere im ambulanten Bereich bedarfsgerecht weiter zu entwickeln und hinsichtlich der Leistungsangebote (Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien sowie niedergelassener Bereich) aufeinander abzustimmen und festzulegen. Darüber hinaus sind auf der Grundlage von objektiven Bewertungen unter Berücksichtigung bestehender Auslastungen Leistungsverlagerungen in Richtung effizienterer Strukturalternativen vorzunehmen und ineffiziente Strukturen zu reduzieren. Parallelstrukturen – v. a. ambulante Facharztversorgung im niedergelassenen und spitalsambulanten Bereich – sind abzubauen.
  2. Im Bereich der Primärversorgung („Primary Health Care“) sind Primärversorgungseinheiten gemäß bundesgesetzlicher Grundlage zu schaffen.
  3. Zur Verbesserung der integrierten Versorgung, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, sind interdisziplinäre und multiprofessionelle sowie intersektorale Zusammenarbeitsformen auszubauen sowie Behandlungsprozesse und Versorgungsstandards zu definieren.
  4. Die „Best Points of Service“ sind mittels Versorgungsaufträgen zu definieren und die richtigen Anlauf- und Weiterbehandlungsstellen sind transparent zu machen. Die Finanzierung ist sektorenübergreifend an Leistungsverchiebungen anzupassen.
  5. Das für die Versorgung der Bevölkerung erforderliche Gesundheitspersonal ist sicherzustellen, bei gleichzeitiger Neuausrichtung der Aufgabenteilung im Hinblick auf die Aufgabenprofile der Gesundheitsberufe und bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung einer hohen Behandlungsqualität.
  6. Ein umfassendes, vergleichbares, systematisches und standardisiertes Qualitätsmanagement (mit umfassender Messung der Ergebnisqualität sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich) ist sowohl im intramuralen als auch im extramuralen Bereich weiterzuentwickeln und fortzusetzen.
  7. Finanzierungs- und Honorierungssysteme sind stärker am Versorgungsbedarf auszurichten und so zu gestalten, dass die Ziele der Zielsteuerung-Gesundheit (insbesondere Versorgung am „Best Point of Service“) und die Anforderungen an die Versorgungsformen unterstützt werden.

Bei der Bearbeitung des Handlungsfeldes gemäß Z 3 werden unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Evidenz unter anderem die betroffenen gesetzlichen Interessensvertretungen und Patientenorganisationen und -anwaltschaften sowie die allenfalls betroffenen medizinischen Fachgesellschaften einbezogen.

### **Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen**

§ 7. (1) Das Gesundheitsqualitätsgesetz, BGBl. I Nr. 179/2004 in der jeweils geltenden Fassung, sowie die zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung vereinbarte Qualitätsstrategie bilden die Grundlagen der Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen. Die Qualitätsarbeit hat die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen, wobei diese Ebenen in einem direkten und ausgewogenen Verhältnis zu einander zu stehen haben. Die Weiterentwicklung, die Sicherung und Evaluierung des flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems haben bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsgruppenübergreifend, insbesondere auch einschließlich des ambulanten Bereichs zu erfolgen. Die Patientensicherheitsstrategie ist ein wesentlicher Teil der Qualitätsarbeit.

(2) Die Qualitätsarbeit ist umsetzungs- und praxisorientiert zu gestalten. Bei der Qualitätsarbeit und den vereinbarten bzw. zu vereinbarenden Qualitätsanforderungen ist eine Ausgewogenheit zwischen dem stationären und ambulanten Bereich sicherzustellen. Sämtliche Festlegungen zum Qualitätssystem haben jedenfalls auch den Anforderungen der Zielsteuerung-Gesundheit zu entsprechen. Qualitätsarbeit hat auch einen wesentlichen Beitrag zur mittel- bis langfristigen Steigerung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen zu leisten und somit zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und zu deren langfristigen Finanzierbarkeit beizutragen.

- (3) Zur Ergebnisqualitätsmessung wird Folgendes festgelegt:

1. Für den stationären Bereich ist die bereits bestehende, auf Routedokumentation basierende Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung (A-IQI inklusive Peer-Review-Verfahren, ergänzt durch Qualitäts-Register auf Bundesebene) fortzusetzen und auszubauen.
2. Die Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich ist auf Grundlage des beschlossenen Konzeptes weiter zu entwickeln und umzusetzen.
3. Regelmäßige sektorenübergreifende Befragungen zur Patientenzufriedenheit mit den Leistungen im Gesundheitswesen sind durchzuführen.

(4) Im Bereich der Strukturqualität werden die Kriterien im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt.

#### **Patientenorientierung und Transparenzmachung von Qualitätsinformationen**

§ 8. Im Sinne der Patientenorientierung ist die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung so zu stärken, dass die aktive Beteiligung der Betroffenen in Entscheidungsprozessen möglich ist. Der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung haben den Einsatz von digitalen Informationssystemen aus dem Bereich eHealth sicherzustellen. Solche umfassen insbesondere transparente Informationen über Angebote, Leistungen und Ergebnisse von Gesundheitsdiensteanbietern.

#### **Stärkung zielgerichteter und abgestimmter Gesundheitsförderung**

§ 9. (1) Die gesetzliche Krankenversicherung hat sicherzustellen, dass die zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in allen Landesgesundheitsfonds eingerichteten „Gesundheitsförderungsfonds“ (ohne Rechtspersönlichkeit mit eigenem Verrechnungskreis) fortgeführt werden. Die gesetzliche Krankenversicherung hat weiters nach Maßgabe der Mittelaufbringung der Länder entsprechend den Bestimmungen in Art. 10 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in diese Gesundheitsförderungsfonds für zehn Jahre (2013 bis 2022) 130 Millionen Euro in gleichen Jahrestanchen einzubringen. Die Mittel werden nach dem Versichertenschlüssel (§ 447g des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) aufgebracht und auf die Landesgesundheitsfonds verteilt. Dabei ist Folgendes sicherzustellen:

1. Die Verwendung der Mittel hat sich an den von der Bundesgesundheitsagentur beschlossenen Rahmen-Gesundheitszielen zu orientieren.
2. Die Ziele, priorisierten Schwerpunkte und die Grundsätze zur Mittelvergabe der Gesundheitsförderungsstrategie sind verbindlich für die Mittelvergabe der Gesundheitsförderungsfonds.
3. Die Vergabe von zu mindestens 66 % der Mittel der Gesundheitsförderungsfonds hat für die priorisierten Schwerpunkte der Gesundheitsförderungsstrategie zu erfolgen.
4. Die gesetzten Maßnahmen haben sich an der vorhandenen Evidenz, Wirksamkeit und den Qualitätskriterien für Gesundheitsförderung und Prävention zu orientieren.

(2) Auf Landesebene erfolgt die Entscheidung über die Verwendung der Mittel aus dem Gesundheitsförderungsfonds in der Landes-Zielsteuerungskommission im Einvernehmen zwischen Land und gesetzlicher Krankenversicherung.

(3) Im Geschäftsjahr nicht verwendete Mittel sind im Folgejahr den zur Verfügung stehenden Gesundheitsförderungsmitteln zuzuschlagen.

(4) Die Verwendung dieser Gesundheitsförderungsmittel hat den von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossenen Grundsätzen und Zielen zu entsprechen. Es ist insbesondere sicherzustellen, dass Gesundheitsförderungsprojekte den grundsätzlichen Zielsetzungen des Zielsteuerungsvertrages auf Bundesebene und der Landes-Zielsteuerungsübereinkommen nicht widersprechen.

(5) Die aus Mitteln der Gesundheitsförderungsfonds finanzierten Gesundheitsförderungsmaßnahmen werden entsprechend dem Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission im gemeinsamen „Monitoring der Gesundheitsförderungsstrategie“ dokumentiert und in zweckmäßigen Intervallen (alle drei Jahre) in einem Bundes-Monitoringbericht zusammengefasst und analysiert. Ein mit den Partnern der Zielsteuerung-Gesundheit abgestimmtes Ergebnis ist nach Beschluss in der Bundes-Zielsteuerungskommission zu publizieren.

### 3. Abschnitt

#### Aufbau und Ablauf der Zielsteuerung-Gesundheit

##### Mehrstufigkeit des Zielsteuerungsprozesses

§ 10. (1) Die strategischen und operativen Ziele sowie die auf Bundes- und Landesebene zu setzenden Maßnahmen zur Zielerreichung sind in periodenbezogenen (vierjährigen) Zielsteuerungsverträgen auf Bundesebene zu vereinbaren und verbindlich festzulegen, wobei gesamtwirtschaftliche Auswirkungen und regionale Erfordernisse zu berücksichtigen sind. Im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene sind ausgehend von den Zielen und Handlungsfeldern der Zielsteuerung-Gesundheit auf Grundlage der in den Abschnitten 4 und 5 festgelegten Inhalte eine Priorisierung und eine Festlegung von Themenschwerpunkten vorzunehmen sowie Maßnahmen zur Umsetzung festzulegen. Die im Zielsteuerungsvertrag festgelegten und auf Bundesebene zu realisierenden Maßnahmen zu den Steuerungsbereichen Ergebnisorientierung, Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozessen und zur Finanzzielsteuerung sind im Hinblick auf ihre termingerechte Umsetzung im Rahmen von Bundes-Jahresarbeitsprogrammen zu operationalisieren.

(2) Auf der Landesebene hat die gesetzliche Krankenversicherung aufbauend auf den Festlegungen im Zielsteuerungsvertrag mit dem jeweiligen Land vierjährige Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu vereinbaren und verbindlich festzulegen. Diese Landes-Zielsteuerungsübereinkommen können weitere über den Zielsteuerungsvertrag hinausgehende strategische und operative Ziele sowie die für deren Erreichung zu setzenden Maßnahmen beinhalten. Die im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene festgelegten und auf Landesebene zu realisierenden Maßnahmen zu den Steuerungsbereichen Ergebnisorientierung, Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozessen und zur Finanzzielsteuerung sind im Hinblick auf ihre termingerechte Umsetzung in diesen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu operationalisieren.

(3) Auf Bundesebene sind im Sinne einer strategischen Kooperation und Koordination insbesondere folgende Prozessschritte vorzunehmen:

1. In der Bundes-Zielsteuerungskommission ist der Entwurf für den Zielsteuerungsvertrag zu beraten und zur Beschlussfassung dem Bund, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Ländern einvernehmlich zu empfehlen. Der Zielsteuerungsvertrag ist nach Genehmigung durch die jeweils zuständigen Organe vom Bund und für die gesetzliche Krankenversicherung durch den Hauptverband nach Beschlussfassung durch die Trägerkonferenz ehestmöglich rechtsverbindlich zu unterfertigen und erlangt nach rechtsverbindlicher Unterfertigung durch die Länder Rechtsgültigkeit. Der unterfertigte Zielsteuerungsvertrag ist binnen eines Monats der Bundes-Zielsteuerungskommission und den Landes-Zielsteuerungskommissionen zur Kenntnis zu bringen.
2. Der periodenbezogene Zielsteuerungsvertrag hat bis zum Ende des dritten Quartals des der Periode vorangehenden Jahres vorzuliegen. Allfällige Adaptierungen des bestehenden Zielsteuerungsvertrages haben bis spätestens Ende des dritten Quartals des Jahres vorzuliegen, das dem Jahr vorangeht, in dem diese Adaptierungen für die Zielsteuerung relevant werden.
3. Die Bundes-Jahresarbeitsprogramme bzw. deren Adaptierungen für die Maßnahmen auf Bundesebene sind spätestens Ende des Jahres vor Beginn der jeweiligen Geltungsperiode durch die Bundes-Zielsteuerungskommission zu vereinbaren.

(4) Die gesetzliche Krankenversicherung ist auf Landesebene im Sinne einer strategischen Kooperation und Koordination gemeinsam mit den Ländern für die Erreichung und Umsetzung der in der Zielsteuerung-Gesundheit festgelegten Ziele und Kooperationen verantwortlich. Dazu sind insbesondere folgende Prozessschritte vorzunehmen:

1. In der Landes-Zielsteuerungskommission sind vierjährige Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu beschließen, die von den Co-Vorsitzenden für den jeweils eigenen Wirkungsbereich zu unterfertigen sind. Wenn diese Landes-Zielsteuerungsübereinkommen dem Zielsteuerungsvertrag bzw. sonstigen bundesrechtlichen Vorschriften widersprechen, hat der Bund ein Vetorecht. Die vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen sind binnen eines Monats der Bundesgesundheitsagentur zur Kenntnis zu bringen.
2. Die vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen bzw. deren Adaptierungen sind spätestens Ende des Jahres vor Beginn der jeweiligen Geltungsperiode durch die Landes-Zielsteuerungskommission zu vereinbaren.

##### Wechselseitige Datenbereitstellung durch die Partner der Zielsteuerung-Gesundheit

§ 11. Die für die gemeinsam im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene und in den vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen vereinbarten Ziele, Maßnahmen bzw. Projekte erforderlichen

Daten sind einvernehmlich zu definieren. Auf dieser Basis sind die erforderlichen projektspezifischen Rohdaten wechselseitig den Zielsteuerungspartnern in ausreichender Qualität zur Verfügung zu stellen, gemeinsam zu analysieren und zu interpretieren. Diese Daten dürfen nach Beendigung der Vorhaben bzw. der Projekte nicht mehr verwendet werden und sind vom Empfänger zu löschen.

#### **4. Abschnitt**

### **Konkretisierung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit**

#### **Ausrichtung der Zielsteuerung-Gesundheit**

§ 12. (1) Auf Basis der im 2. Abschnitt dargestellten Prinzipien und Ziele ist die Zielsteuerung-Gesundheit in den Steuerungsbereichen

1. Ergebnisorientierung,
2. Versorgungsstrukturen,
3. Versorgungsprozesse und
4. Finanzziele gemäß 5. Abschnitt

zu konkretisieren.

(2) Für die im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit durch die Steuerungsbereiche erfassten Zielvereinbarungen sind Messgrößen und Zielwerte zu definieren. Die Messgrößen sollen auch für internationale Vergleiche und Leistungsmessungen verwendbar sein.

#### **Steuerungsbereich Ergebnisorientierung**

§ 13. (1) Der Steuerungsbereich Ergebnisorientierung umfasst insbesondere folgende Inhalte:

1. Bundesweite Rahmenvorgaben für ergebnisorientierte Versorgungsziele und wirkungsorientierte Gesundheitsziele abgeleitet aus den Rahmen-Gesundheitszielen,
2. Fortsetzung und Weiterentwicklung einer regelmäßigen, systematischen, international vergleichbaren und regionalisierten Messung der Outcomes im Gesundheitssystem,
3. Weiterentwicklung und Durchführung einer abgestimmten Ergebnisqualitätsmessung, sowohl sektorenübergreifend als auch in den jeweiligen Sektoren,
4. Evidenzbasierung (HTA) von Diagnose- und Behandlungsmethoden und
5. Gesundheitsförderung und Prävention gemäß Gesundheitsförderungsstrategie.

(2) In den vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen werden – soweit nicht schon erfolgt bzw. Adaptierungsbedarf gegeben – regionale Gesundheits- und Versorgungsziele sowie Schwerpunkte aus der Gesundheitsförderungsstrategie festgelegt, sodass die bundesweiten Vorgaben für die ergebnisorientierten Versorgungsziele und wirkungsorientierten Gesundheitsziele erreicht werden können.

#### **Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen**

§ 14. (1) Der Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen umfasst insbesondere folgende Inhalte:

1. Entlastung des vollstationären Bereichs in den Akut-Krankenanstalten durch medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen oder in den ambulanten Bereich (Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien sowie niedergelassener Bereich) inklusive Vereinbarung entsprechender Zielvorgaben und
2. Umsetzung neuer multiprofessioneller und interdisziplinärer Primärversorgungseinheiten sowie multiprofessioneller und interdisziplinärer Versorgungsformen in der ambulanten Fachversorgung im Bereich der Sachleistung unter anderem mit der Zielsetzung der Erhöhung des Anteils ambulanter Versorgungsstrukturen mit Öffnungszeiten zu Tagesrand- und Wochenendzeiten.

(2) Im Rahmen der vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen werden die Inhalte gemäß Abs. 1 ausgehend vom regionalen Bedarf konkretisiert und Zielwerte für die jeweilige Betrachtungsperiode einvernehmlich festgelegt. Zudem werden in diesen Übereinkommen Festlegungen über die maßnahmenbezogene Umsetzung sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht getroffen, wobei insbesondere folgende Maßnahmen hinsichtlich Versorgungsstrukturen, die wesentliche Auswirkungen auf die Leistungserbringung im jeweils anderen Sektor bewirken, berücksichtigt werden:

1. Erhöhung der Effektivität und Effizienz bzw. die Überwindung von kleinteiligen Organisationsformen durch die Bündelung komplexer Leistungen an geeigneten Standorten und die Nutzung der im KAKuG und im ÖSG vorgesehenen Möglichkeiten.
2. Gemeinsame Planung der ambulanten fachärztlichen Versorgung im RSG (niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte, selbstständige Ambulatorien und Spitalsambulanzen) – soweit noch



nicht vorliegend – gesamthaft bis Ende 2018 unter der Voraussetzung, dass die Grundlagen auf Bundesebene vorliegen.

3. Ergänzung einer konkretisierten Planung zur Einrichtung von Primärversorgungseinheiten im RSG bis spätestens Ende 2018 unter der Voraussetzung, dass die Grundlagen auf Bundesebene vorliegen.
4. Festlegen der Aufgabengebiete und Versorgungsaufträge pro ambulanter Versorgungsstufe im Sinne von „Best Points of Service“ und verbindliche sektorenübergreifende Angebotsplanung über die Regionalen Strukturpläne Gesundheit.

### **Steuerungsbereich Versorgungsprozesse**

§ 15. (1) Der Steuerungsbereich Versorgungsprozesse umfasst insbesondere folgende Inhalte:

1. Gemeinsame Beobachtung, Planung und Steuerung der erforderlichen Personalressourcen für das gesamte Gesundheitssystem und Weiterentwicklung der Kompetenzprofile in Hinblick auf die Aufgabenteilung,
2. Festlegungen zum gezielten Einsatz von IKT zur Systemsteuerung und -innovation gemäß Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens,
3. Optimierung der intersektoralen Behandlungsprozesse (BQLL Präoperative Diagnostik, BQLL Aufnahme- und Entlassungsmanagement) unter Nutzung der Instrumente des Gesundheitsqualitätsgesetzes,
4. Entwicklung und Festlegung von bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards für priorisierte Bereiche, wobei die Sicherstellung einer integrierten Versorgung von chronischen Erkrankungen ein wesentlicher Schwerpunkt ist,
5. Maßnahmen zum effektiven und effizienten Einsatz von Medikamenten und
6. Forcierung der ärztlichen bzw. der Gesundheitsversorgung von Menschen in Pflegeeinrichtungen und in häuslicher Pflege vor Ort in Abstimmung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich.

(2) In den vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen werden die Inhalte gemäß Abs. 1 ausgehend vom regionalen Bedarf konkretisiert und für die jeweilige Betrachtungsperiode einvernehmlich festgelegt. Zudem werden in diesen Übereinkommen Festlegungen über die maßnahmenbezogene Umsetzung sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht getroffen, wobei insbesondere folgende Maßnahmen hinsichtlich der Versorgungsprozesse berücksichtigt werden:

1. Festlegung von Roll-out-Plänen zum gezielten Einsatz von IKT zur Systemsteuerung und -innovation gemäß Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens,
2. Umsetzung der intersektoralen Behandlungsprozesse (BQLL Präoperative Diagnostik, BQLL Aufnahme- und Entlassungsmanagement) und
3. Umsetzung von bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards für priorisierte Bereiche, wobei die Sicherstellung einer integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung von chronischen Erkrankungen ein wesentlicher Schwerpunkt ist.

(3) Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist eine sektoren- und bundesländerübergreifend abgestimmte, effektive und effiziente Versorgung mit Medikamenten unter Berücksichtigung des Art. 14 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit sicherzustellen.

## **5. Abschnitt**

### **Festlegung der Finanzzielsteuerung**

#### **Finanzzielsteuerung – allgemeine Bestimmungen**

§ 16. (1) Die im 4. Abschnitt konkretisierten Steuerungsbereiche sind um eine Finanzzielsteuerung als integralem Bestandteil der Zielsteuerung-Gesundheit zu ergänzen. Ziel der Finanzzielsteuerung ist es, den Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben für den Zeitraum von 2017 bis 2021 stufenweise soweit zu dämpfen, dass der jährliche Ausgabenzuwachs im Jahr 2021 einen Wert von 3,2 Prozent (durchschnittliche Entwicklung des nominellen Bruttoinlandprodukts gemäß Mittelfristprognose für das Bundesfinanzrahmengesetz) nicht überschreitet. In den weiteren Perioden soll sich der jährliche Ausgabenzuwachs an der durchschnittlichen Entwicklung des Bruttoinlandproduktes orientieren. Die Finanzzielsteuerung ist auf Bundes- und Landesebene im periodenbezogenen Zielsteuerungsvertrag und in den vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen, zu konkretisieren. Die Finanzzielsteuerung hat die von den Vertragsparteien im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit zu verantwortenden

Gesundheitsausgaben, die hinkünftig einer gemeinsamen Finanzverantwortung von Ländern und gesetzlicher Krankenversicherung hinsichtlich der Mittelverwendung unterliegen, zu umfassen.

(2) Grundlage der Finanzzielsteuerung sind sektorenübergreifend vereinbarte nominelle Ausgabenobergrenzen. Diese Ausgabenobergrenzen sind für den Bereich der Sozialversicherung und für den Bereich der Länder sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene darzustellen und auf Landesebene zu sektorenübergreifenden Ausgabenobergrenzen zusammenzuführen. Gesundheitsausgaben aus dem Bereich der Pensionsversicherung, Unfallversicherung, Krankenfürsorgeanstalten und des Bundes sowie Investitionen sind gesondert darzustellen.

(3) Ausgangsbasis für die Ermittlung der nominellen Ausgabenobergrenzen auf Bundesebene ist die in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit für die erste Periode von 2012 bis 2016, BGBl. I Nr. 200/2013, vereinbarte Ausgabenobergrenze für das Jahr 2016 in Höhe von 25.563 Millionen Euro.

(4) Die Einhaltung der Ausgabenobergrenzen auf Bundes- und Landesebene ist durch partnerschaftlich vereinbarte Maßnahmenpakete im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit sicherzustellen. Dazu haben der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung gemeinsam mit den Ländern solche Maßnahmen zu vereinbaren, die in Summe geeignet sind, die vereinbarten Ausgabenobergrenzen einzuhalten.

(5) Die Ermittlung der für die Finanzzielsteuerung als zielsteuerungsrelevant definierten Gesundheitsausgaben im Bereich von Bund, Ländern und Sozialversicherung hat transparent und umfassend zu erfolgen. Die Methodik der österreichweiten Darstellung und die Ausgangszahlen für die Zielsteuerung-Gesundheit werden entsprechend den Festlegungen im Abschnitt 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit in den periodenbezogenen Zielsteuerungsverträgen auf Bundesebene festgelegt. Die für die Ermittlung der öffentlichen Gesundheitsausgaben und für das nachfolgende Monitoring erforderlichen Rechenwerke sind gegenseitig offen zu legen und die entsprechenden Datenherkünfte sind auszuweisen.

(6) Die Verteilung der Ausgabenobergrenzen innerhalb der Länder wird durch die Länder vorgenommen und im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene und in den jeweiligen vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen dokumentiert. Bei der Festlegung der Ausgangsbasis werden

1. für Vorarlberg der im Jahr 2016 die Ausgabenobergrenze überschreitende Betrag in Höhe von 28,8 Millionen Euro und
2. für Tirol ein Betrag in Höhe von 30,8 Millionen Euro (das entspricht der Steigerung der Ausgabenobergrenze im Jahr 2017)

additiv zugeschlagen und bei den Ausgabenobergrenzen über die Laufzeit und bei der Verteilung der Ausgabenobergrenzen zwischen den Ländern als zusätzliche Beträge berücksichtigt.

(7) Die Verteilung der Ausgabenobergrenzen innerhalb der Sozialversicherungsträger sowie die länderweise Zuordnung der Ausgabenobergrenzen sind durch die Sozialversicherung vorzunehmen und im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene und in den jeweiligen vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu dokumentieren.

### **Inhalt und Gegenstand der Finanzzielsteuerung**

§ 17. (1) Auf Bundesebene hat die Finanzzielsteuerung für die jeweilige Periode der Zielsteuerung-Gesundheit jedenfalls folgende Inhalte zu umfassen:

1. Für den bundesweiten sektorenübergreifenden Ausgabendämpfungspfad der öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege:
  - a) den Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode und
  - b) die jährlichen Ausgabenobergrenzen.
2. Für die bundesweiten sektoralen Ausgabendämpfungspfade der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben:
  - a) die Ausgangswerte für das erste Jahr der jeweiligen Periode und
  - b) die jährlichen Ausgabenobergrenzen.
3. Die Aufteilung der in Z 2 lit. b dargestellten Ausgabenobergrenzen
  - a) auf die neun Bundesländer,
  - b) auf alle Träger der sozialen Krankenversicherung sowie die
  - c) bundesländerweise Zusammenführung von lit. b.
4. Gesondert darzustellen sind:
  - a) Investitionen,

- b) Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung (insbesondere Rehabilitation),
  - c) Gesundheitsausgaben der Unfallversicherung,
  - d) Gesundheitsausgaben der Krankenfürsorgeanstalten und
  - e) Gesundheitsausgaben des Bundes.
- (2) Auf Landesebene hat die Finanzzielsteuerung für die jeweilige Periode der Zielsteuerung-Gesundheit für alle neun Bundesländer jedenfalls folgende Inhalte zu umfassen:
- 1. Darstellung des Ausgabendämpfungspfades der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben des jeweiligen Landes:
    - a) der Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode und
    - b) die jährlichen Ausgabenobergrenzen.
  - 2. Darstellung des Ausgabendämpfungspfades der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben der Sozialversicherung im jeweiligen Land:
    - a) den Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode und
    - b) die jährlichen Ausgabenobergrenzen der Sozialversicherung.
  - 3. Die Darstellung des zusammengeführten Ausgabendämpfungspfades gemäß Z 1 und Z 2 für das jeweilige Bundesland.
  - 4. Die auf das jeweilige Bundesland entfallenden Investitionen getrennt nach Land und Sozialversicherung.
  - 5. Die Darstellung der Ausgaben beider Sektoren erfolgt nach einer funktionalen Gliederung aufgrund einer bundeseinheitlichen Berichtsvorlage: Für den extramuralen Bereich ist eine differenzierte Darstellung der Ausgaben entsprechend der bisherigen funktionalen Gliederung vorzunehmen. Für den intramuralen Bereich ist jedenfalls eine differenzierte Darstellung der wesentlichen Finanzierungspositionen der Landesgesundheitsfonds und der Länder/Gemeinden vorzunehmen. Darüber hinaus ist für den intramuralen Bereich ausgehend von den Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen der Krankenanstalten-Träger und ausgehend von den bundesweit einheitlichen Datengrundlagen zur Krankenanstalten-Kostenrechnung eine nach materiellen und funktionellen Gesichtspunkten differenzierte aus diesen Rechenwerken ableitbare Ausgaben- bzw. Kostendarstellung (Ausgaben/Kosten für Personal, für medizinische und nichtmedizinische Ge- und Verbrauchsgüter einschließlich einer gesonderten Darstellung der Heilmittel, für den Bezug von medizinischen und nichtmedizinischen Fremdleistungen und für Investitionen) zu definieren und zu ergänzen. Eine differenzierte Darstellung nach Funktions- und Fachbereichen ist anzustreben.
- (3) Die für die Finanzzielsteuerung einschließlich des Monitorings gemäß des 8. Abschnitts notwendigen Daten sind vom Bund, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und von den Ländern zur Verfügung zu stellen.

## **6. Abschnitt**

### **Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur**

#### **Grundsätze der Planung**

**§ 18.** (1) Die integrative Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur hat den von der Zielsteuerung-Gesundheit vorgegebenen Anforderungen zu entsprechen sowie auf Basis vorhandener Evidenzen und sektorenübergreifend zu erfolgen. Sie umfasst alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und Nahtstellen zu angrenzenden Bereichen. Die integrative Planung hat insbesondere die folgenden Versorgungsbereiche zu umfassen:

- 1. Ambulanter Bereich der Sachleistung, d.h. niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/-ärzte mit Kassenverträgen, Gruppenpraxen mit Kassenverträgen und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, Spitalsambulanzen;
  - 2. akutstationärer Bereich und tagesklinischer Bereich (d.h. landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten und Unfallkrankenhäuser), sofern dieser aus Mitteln der Gebietskörperschaften und/oder der Sozialversicherung zur Gänze oder teilweise finanziert wird;
  - 3. ambulanter und stationärer Rehabilitationsbereich mit besonderer Berücksichtigung des bedarfsgerechten Auf- und Ausbaus von Rehabilitationsangeboten für Kinder und Jugendliche.
- (2) Als Rahmenbedingungen bei der integrativen Versorgungsplanung sind mit zu berücksichtigen:

1. Die Versorgungswirksamkeit von WahlärztInnen, WahltherapeutInnen, Sanatorien und sonstigen Wahleinrichtungen, sofern von diesen sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbracht werden;
2. der Sozialbereich, soweit dieser im Rahmen des Nahtstellenmanagements und hinsichtlich komplementärer Versorgungsstrukturen (im Sinne „kommunizierender Gefäße“) für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist (z.B. psychosozialer Bereich, Pflegebereich);
3. das Rettungs- und Krankentransportwesen (inklusive präklinischer Notfallversorgung) im Sinne bodengebundener Rettungsmittel und Luftrettungsmittel (sowohl inklusive als auch exklusive der notärztlichen Komponente) sowie der Krankentransportdienst.

(3) Die integrative Versorgungsplanung hat die Beziehungen zwischen allen in Abs. 1 und 2 genannten Versorgungsbereichen zu berücksichtigen. Im Sinne von gesamtwirtschaftlicher Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung haben Teilbereichsplanungen die Wechselwirkung zwischen den Teilbereichen dahingehend zu berücksichtigen, dass die gesamtwirtschaftlichen Aspekte vor den ökonomischen Aspekten des Teilbereiches ausschlaggebend sind.

(4) Die integrative Versorgungsplanung hat patientenorientiert zu erfolgen. Die Versorgungsqualität ist durch das Verschränken der Gesundheitsstrukturplanung mit einzuhaltenden Qualitätskriterien sicherzustellen.

(5) Die integrative Versorgungsplanung hat insbesondere das Ziel einer schrittweisen Verlagerung der Versorgungsleistungen von der akutstationären hin zu tagesklinischer und ambulanter Leistungserbringung im Sinne der Leistungserbringung am jeweiligen „Best Point of Service“ unter Sicherstellung hochwertiger Qualität zu verfolgen.

(6) Eine möglichst rasche und lückenlose Behandlungskette ist durch verbessertes Nahtstellenmanagement und den nahtlosen Übergang zwischen den Einrichtungen bzw. den Bereichen, u.a. durch gesicherten Informationstransfer mittels effektiven und effizienten Einsatzes von Informations- und Kommunikationstechnologien, sicherzustellen.

(7) Die integrative Versorgungsplanung hat entsprechend den Prinzipien der Zielsteuerung-Gesundheit insbesondere folgende Prioritäten zu setzen:

1. Reorganisation aller in Abs. 1 angeführten Bereiche in Richtung eines effektiveren und effizienteren Ressourceneinsatzes.
2. Stärkung des ambulanten Bereichs insbesondere durch rasche flächendeckende Entwicklung von Primärversorgungsstrukturen und ambulanten Fachversorgungsstrukturen, wobei in der Umsetzung vor allem bestehende Vertragspartner berücksichtigt werden.
3. Weiterentwicklung des akutstationären und tagesklinischen Bereichs, insbesondere durch Bündelung komplexer Leistungen an geeigneten Standorten, die Überwindung von kleinteiligen Organisationsformen sowie die Weiterentwicklung einzelner Krankenanstalten zu Einrichtungen für eine Grund- und Fachversorgung.
4. Ausbau einer österreichweit gleichwertigen, flächendeckenden abgestuften Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche; im Rahmen der Umsetzung integrierter Palliativ- und Hospizversorgung hat eine Abstimmung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich sowie der Sozialversicherung zu erfolgen.
5. Gemeinsame überregionale und sektorenübergreifende Planung der für die vorgesehenen Versorgungsstrukturen und -prozesse erforderlichen Personalressourcen unter optimaler Nutzung der Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen.
6. Sicherstellung einer nachhaltigen Sachleistungsversorgung.

#### **Österreichischer Strukturplan Gesundheit und Regionale Strukturpläne Gesundheit**

§ 19. (1) Die zentralen Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung sind der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG). Der ÖSG ist gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens der österreichweit verbindliche Rahmenplan für die in den RSG vorzunehmende konkrete Gesundheitsstrukturplanung und Leistungsangebotsplanung.

(2) Der ÖSG hat verbindliche Vorgaben für RSG im Hinblick auf die in § 18 Abs. 1 angeführten Bereiche zu umfassen, die Zielsetzungen gemäß § 18 Abs. 3 bis 7 zu verfolgen, die Kriterien für die Gewährleistung der bundesweit einheitlichen Versorgungsqualität festzulegen.

#### **Inhalte des ÖSG**

§ 20. (1) Der ÖSG hat insbesondere folgende Inhalte zu umfassen:

1. Informationen zur aktuellen regionalen Versorgungssituation;
  2. Grundsätze und Ziele der integrativen Versorgungsplanung;
  3. Quantitative und qualitative Planungsvorgaben und -grundlagen für die bedarfsgerechte Dimensionierung der Versorgungskapazitäten bzw. der Leistungsvolumina;
  4. Versorgungsmodelle für die abgestufte bzw. modulare Versorgung in ausgewählten Versorgungsbereichen sowie inhaltliche Vorgaben für Organisationsformen und Betriebsformen;
  5. Vorgaben von verbindlichen Mindestfallzahlen für ausgewählte medizinische Leistungen zur Sicherung der Behandlungsqualität sowie Mindestfallzahlen als Orientierungswerte für die Leistungsangebotsplanung;
  6. Kriterien zur Strukturqualität und Prozessqualität sowie zum sektorenübergreifenden Prozessmanagement als integrale Bestandteile der Planungsaussagen;
  7. Grundlagen für die Festlegung von Versorgungsaufträgen für die ambulante und stationäre Akutversorgung unabhängig von einer Zuordnung auf konkrete Anbieterstrukturen: Leistungsmatrizen, Aufgabenprofile und Qualitätskriterien;
  8. Kriterien für die Bedarfsfeststellung und die Planung von Angeboten für multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung sowie für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung gemäß Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens;
  9. Verbindliche überregionale Versorgungsplanung für hochspezialisierte komplexe Leistungen von überregionaler Bedeutung in Form von Bedarfszahlen zu Kapazitäten sowie der Festlegung von Leistungsstandorten und deren jeweiliger Zuständigkeit für zugeordnete Versorgungsregionen;
  10. Festlegung der von der Planung zu erfassenden, der öffentlichen Versorgung dienenden medizinisch-technischen Großgeräte inklusive österreichweiter Planungsgrundlagen, Planungsrichtwerte (insbesondere auch hinsichtlich der von diesen Großgeräten zu erbringenden Leistungen bzw. deren Leistungsspektrum sowie deren Verfügbarkeit) und Qualitätskriterien; Festlegung der bundesweit sowie je Bundesland jeweils erforderlichen Anzahl der Großgeräte (Bandbreiten);
  11. Standort- und Kapazitätsplanung von Großgeräten mit überregionaler Bedeutung (insbesondere Strahlentherapiegeräte, Coronarangiographie-Anlagen und Positronen-Emissions-Tomographiegeräte) ist auf Bundesebene zu vereinbaren; weiters die standortbezogene und mit den Versorgungsaufträgen auf regionaler Ebene abgestimmte Planung der übrigen medizinisch-technischen Großgeräte;
  12. Vorgaben für Aufbau, Inhalte, Struktur, Planungsmethoden, Darstellungsform und Planungshorizont der RSG in bundesweit einheitlicher Form.
- (2) Die Qualitätskriterien des ÖSG gelten gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bundesweit einheitlich.
- (3) Der ÖSG ist auf Bundesebene zwischen dem Bund, den Länder und der Sozialversicherung einvernehmlich abzustimmen.

#### **Inhalte des RSG**

**§ 21.** (1) Die Sozialversicherungsträger haben sicherzustellen, dass die RSG gemeinsam mit den Ländern entsprechend den Vorgaben des ÖSG bezüglich Inhalten, Planungshorizonten und Planungsrichtwerten kontinuierlich weiterentwickelt und regelmäßig revidiert werden.

(2) (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat in Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG sicherzustellen, dass die RSG in der Landes-Zielsteuerungskommission entsprechend den Vorgaben des ÖSG bezüglich Inhalten, Planungshorizonten und Planungsrichtwerten kontinuierlich weiterentwickelt und regelmäßig revidiert werden.

(3) Die Sozialversicherungsträger haben sicherzustellen, dass der RSG jedenfalls Folgendes beinhaltet:

1. Festlegung der Kapazitätsplanungen standortbezogen für den akutstationären Bereich mit Angabe der Kapazitäten, Organisationsformen, Versorgungsstufen, Referenz-, Spezial- und Expertisezentren je Fachbereich (im Sinne des ÖSG);
2. Festlegung der Kapazitätsplanungen für die ambulante Versorgung für die Leistungserbringer im Sinne des § 18 Abs. 1 Z 1 – soweit noch nicht vorliegend – gesamthaft mit Angabe der Kapazitäten und Betriebsformen von Spitalsambulanzen sowie Versorgungstypen im ambulanten Bereich sowie Versorgungsaufträgen nach Fachbereichen auf Ebene der Versorgungsregionen (im Sinne des ÖSG);

3. Stärkung der Primärversorgung durch Ausbau von wohnortnahen multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten entsprechend Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie § 18 Abs. 7 Z 2 und Bereinigung von Parallelstrukturen;
4. Abbildung der überregionalen Versorgungsplanung gemäß § 20 Abs. 1 Z 9 inklusive Definition von Versorgungsgebieten je Standort;
5. Transparente Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer Gastpatientinnen und -patienten.

(4) (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat in Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG sicherzustellen, dass der RSG jedenfalls die in Abs. 3 genannten Inhalte umfasst.

(5) Die Sozialversicherungsträger haben darauf zu achten, dass im Umsetzung des Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens die Kapazitätsplanung für den gesamten ambulanten Bereich in den RSG insbesondere auf die Stärkung der ambulanten Versorgung durch Ausbau von wohnortnahen multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten und die Bereinigung von Parallelstrukturen abzielt.

(6) (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat in Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG sicherzustellen, dass bei der Kapazitätsplanung für den gesamten ambulanten Bereich die Vorgaben des Abs. 5 eingehalten werden.

(7) Die RSG sind gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens auf Landesebene zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung festzulegen. Der Bund ist bereits im Entwurfsstadium eines RSG entsprechend zu informieren und es ist mit dem Bund vor Einbringung zur Beschlussfassung insbesondere das Vorliegen der Rechts- und ÖSG-Konformität abzustimmen.

(8) Die Vertreterinnen und Vertreter des Bundes und der Sozialversicherung haben in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission sicherzustellen, dass der jeweiligen Landesärztekammer und den betroffenen gesetzlichen Interessensvertretungen frühzeitig und strukturiert mindestens aber vier Wochen vor Beschlussfassung des RSG in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt wird, der Ärztekammer insbesondere hinsichtlich der Umsetzbarkeit im Stellenplan (§ 342 Abs. 1 Z 1 ASVG). Dazu sind die für die Beschlussfassung vorgesehenen Planungsunterlagen zu übermitteln.

#### **Kundmachung des ÖSG und der RSG**

§ 22. (1) Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat die jeweils aktuelle Fassung des ÖSG jedenfalls im Bundesgesetzblatt II gemäß § 4 Abs. 2 des Bundesgesetzes über das Bundesgesetzblatt 2004, BGBl. I Nr. 100/2003, in der jeweils geltenden Fassung, sowie auf der Website des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums unbeschadet § 23 als Sachverständigengutachten zu veröffentlichen.

(2) Der Landeshauptmann hat die jeweils aktuelle Fassung des RSG jedenfalls im Landesgesetzblatt sowie auf der Website der jeweiligen Landesregierung zu veröffentlichen.

#### **Verbindlichkeitserklärung von Inhalten des ÖSG und der RSG**

§ 23. (1) Die Bundes-Zielsteuerungskommission hat im Sinne des öffentlichen Interesses jene für die nachhaltige Versorgung der Bevölkerung unerlässlichen Teile des ÖSG, dazu zählen insbesondere Planungsrichtwerte und -kriterien sowie die überregionale Versorgungsplanung, die eine rechtlich verbindliche Grundlage für Planungsentscheidungen des RSG bilden sollen, als solche auszuweisen. Die Verbindlichkeit wird durch eine Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH gemäß Abs. 3 hergestellt. Jene Teile, die Verbindlichkeit erlangen sollen, sind vorab von der Gesundheitsplanungs GmbH einem allgemeinen, als solches ausgewiesenen, Begutachtungsverfahren zu unterziehen. Ergeben sich nach der Begutachtung Änderungen ist eine nochmalige Beschlussfassung in der Bundes-Zielsteuerungskommission herbeizuführen.

(2) Die Vertreterinnen und Vertreter des Bundes und der Sozialversicherung haben in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission sicherzustellen, dass jene Planungsvorgaben des RSG, die rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen, dazu zählen insbesondere Festlegungen zur Kapazitätsplanung im Sinne des § 21 Abs. 3 sowie die überregionale Versorgungsplanung, als solche ausgewiesen werden. Die rechtliche Verbindlichkeit wird durch eine Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH gemäß Abs. 3 hergestellt. Die Planungsvorgaben sind jedenfalls so konkret festzulegen, dass sie für die Bedarfsprüfung herangezogen werden können. Jene Teile, die rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen, sind von der Gesundheitsplanungs GmbH vorab einem allgemeinen, als solches ausgewiesenen,

Begutachtungsverfahren zu unterziehen. Ergeben sich nach der Begutachtung Änderungen ist eine nochmalige Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission herbeizuführen.

(3) Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung zur Verbindlicherklärung von in der Bundes-Zielsteuerungskommission oder den Landes-Zielsteuerungskommissionen beschlossenen Planungen im Gesundheitsbereich zu gründen. Die Gesellschaft führt die Firma „Gesundheitsplanungs GmbH“. Gesellschafter/innen der Gesundheitsplanungs GmbH sind der Bund, die Länder und der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, die jeweils einen Vertreter/eine Vertreterin in die Generalversammlung entsenden. Die Beschlussfassung in der Generalversammlung erfolgt einstimmig. Der Sitz der Gesellschaft ist Wien. Die Gesellschaft ist nicht gewinnorientiert. Die Geschäftsführung wird durch die Gesellschafter bestellt, wobei die Geschäftsführung aus einer Geschäftsführerin/einem Geschäftsführer und zwei Stellvertreterinnen/Stellvertretern besteht. Die Tätigkeit des/der Geschäftsführers/Geschäftsführerin und dessen/deren Stellvertreter/innen ist unentgeltlich. Die Stammeinlage wird vom Bund entrichtet. Die Gesundheitsplanungs GmbH ist von allen Gebühren und Abgaben befreit. Voraussetzung für die Gründung der Gesellschaft ist, dass sich die künftigen Gesellschafter vertraglich dazu verpflichten, als Gesellschafter der Gesundheitsplanungs GmbH für die Dauer der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens anzugehören. Ein vorzeitiger Austritt oder eine Auflösung der GmbH ist ausgeschlossen.

(4) Die Gesundheitsplanungs GmbH erklärt die von der Bundes-Zielsteuerungskommission nach Abs. 1 und den jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommissionen nach Abs. 2 ausgewiesenen Teile des ÖSG und der jeweiligen RSG – insoweit dies Angelegenheiten des Art. 10 B-VG betrifft – durch Verordnung für verbindlich.

(5) (Grundsatzbestimmung) Insoweit die ausgewiesenen Teile des ÖSG und der jeweiligen RSG Angelegenheiten des Art. 12 B-VG betreffen, ist durch die Landesgesetzgebung vorzusehen, dass die Gesundheitsplanungs GmbH diese Teile ebenfalls durch Verordnung für verbindlich erklärt.

(6) Die Gesundheitsplanungs GmbH hat die für verbindlich zu erklärenden Teile im Wege einer Verordnung zu erlassen und auf einer von ihr eingerichteten Internetseite kundzumachen.

(7) Die Tätigkeit der Gesellschaft unterliegt – insoweit Angelegenheiten des Art. 10 B-VG berührt sind – der Aufsicht der/des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesministers. Die Gesellschaft ist bei der Besorgung der ihr diesbezüglich zukommenden Aufgaben an die Weisungen der/des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesministers gebunden und auf dessen/deren Verlangen zur jederzeitigen Information verpflichtet.

(8) (Grundsatzbestimmung) Durch die Landesgesetzgebung ist vorzusehen, dass die Tätigkeit der Gesellschaft – insoweit Angelegenheiten des Art. 12 B-VG berührt sind – der Aufsicht und den Weisungen der jeweiligen Landesregierung unterliegt und auf deren Verlangen zur jederzeitigen Information verpflichtet ist.

### **Landeskrankenanstaltenpläne**

§ 24. (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, dass in Fällen, in denen kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des RSG bzw. deren Änderungen entsprechend den Bestimmungen im § 23 Abs. 2 in der Landes-Zielsteuerungskommission zustande kommt, hinsichtlich der Erlassung eines Landeskrankenanstaltenplanes § 10a KAKuG anzuwenden ist.

## **7. Abschnitt**

### **Entscheidungsstrukturen und -organisation**

#### **Organisation der Bundesgesundheitsagentur (gemäß § 56a des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten)**

§ 25. (1) Organe in der Bundesgesundheitsagentur sind:

1. Bundes-Zielsteuerungskommission
2. Ständiger Koordinierungsausschuss.

(2) Die Führung der Geschäfte der Bundesgesundheitsagentur obliegt dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium.

(3) Bei der Erfüllung der Aufgaben hat die Bundesgesundheitsagentur darauf zu achten, dass eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich insbesondere durch die Zielsteuerung-Gesundheit sichergestellt und

die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Einhaltung der Vorgaben der Finanzzielsteuerung abgesichert wird.

### **Bundes-Zielsteuerungskommission**

§ 26. (1) Der Bundes-Zielsteuerungskommission gehören vier Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, vier Vertreterinnen/Vertreter der Sozialversicherung sowie neun Vertreterinnen/Vertreter der Länder an.

(2) Den Vorsitz in der Bundes-Zielsteuerungskommission führt die/der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister, die erste Vorsitzenden-Stellvertreterin/der erste Vorsitzenden-Stellvertreter wird von der Sozialversicherung und die zweite Vorsitzenden-Stellvertreterin/der zweite Vorsitzenden-Stellvertreter wird von den Ländern bestellt.

(3) Hinsichtlich der Beschlussfassung in der Bundes-Zielsteuerungskommission gilt Folgendes:

1. Für die Beschlussfassungen in allen Angelegenheiten ausgenommen Z 2 ist ein Einvernehmen zwischen der Kurie des Bundes, der Kurie der Länder und der Kurie der Sozialversicherung erforderlich, wobei die Kurien jeweils eine Stimme haben.
2. Beschlussfassungen in den Angelegenheiten gemäß Abs. 4 Z 2 lit. a sowie Abs. 4 Z 2 lit. b, sofern es sich um Mittel gemäß §§ 59d und 59f KAKuG handelt, erfolgen mit Bundesmehrheit; in diesen Fällen verfügt die Kurie des Bundes über vier Stimmen.

(4) In der Bundes-Zielsteuerungskommission erfolgen zu nachstehenden Punkten Festlegungen (Beschlüsse):

1. In den Angelegenheiten der Zielsteuerung-Gesundheit
  - a) Beratung über den Entwurf für den Zielsteuerungsvertrag gemäß § 10,
  - b) Koordination, Abstimmungen und Festlegungen aller aus dem Zielsteuerungsvertrag inklusive Finanzzielsteuerung resultierenden Aufgaben,
  - c) Jahresarbeitsprogramme für Maßnahmen auf Bundesebene zur konkreten Umsetzung des Zielsteuerungsvertrags,
  - d) Monitoring und Berichtswesen gemäß dem achten Abschnitt einschließlich des Finanzzielsteuerungsmonitorings,
  - e) Wahrnehmung von Agenden zum Sanktionsmechanismus gemäß dem neunten Abschnitt,
  - f) Rahmenregelungen für vertragliche und gemeinsam von Sozialversicherung und Ländern zu verantwortende sektorenübergreifende Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen auf Landesebene; Erarbeitung, Erprobung von Abrechnungsmodellen für eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs,
  - g) (Weiter-)Entwicklung von Vergütungssystemen,
  - h) Qualität,
  - i) Grundsätze, Ziele und Methoden für die Planungen einschließlich Planung Großgeräte intra- und extramural im Österreichischen Strukturplan Gesundheit und in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit,
  - j) Angelegenheiten des Österreichischen Strukturplans Gesundheit einschließlich Planung Großgeräte (intra- und extramural) sowie einschließlich der abschließenden Festlegung der verbindlich zu machenden Teile gemäß § 23 Abs. 1,
  - k) Angelegenheiten der transparenten Darstellung, der vollständigen Budgetierung und der Rechnungsabschlüsse der Krankenanstalten bzw. Krankenanstaltenverbände sowie der transparenten Darstellung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherung für den extramuralen Bereich,
  - l) Grundsätze und Ziele für die Verwendung der Mittel zur Stärkung der Gesundheitsförderung
  - m) Richtlinien über die wesentlichen Eckpunkte für die Verwendung der Mittel gemäß Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens,
  - n) Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung und
  - o) Evaluierung der von der Bundes-Zielsteuerungskommission wahrgenommenen Aufgaben.
2. Zu Angelegenheiten der Bundesgesundheitsagentur als Fonds:
  - a) Voranschlag und Rechnungsabschluss der Bundesgesundheitsagentur,
  - b) Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln der Bundesgesundheitsagentur nach Maßgabe der Bestimmungen in §§ 59d bis 59f KAKuG,
  - c) Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln zur Reallokation nach Maßgabe der Bestimmungen im § 59g KAKuG und



- d) laufende Wartung und Aktualisierung sowie Weiterentwicklung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungsmodells (LKF) für den stationären und spitalsambulanten Bereich inklusive seiner Grundlagen.
3. Zu allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen:
  - a) Stärkung der nachhaltigen Umsetzung der (Rahmen-)Gesundheitsziele samt Festlegung der Indikatoren und Monitoring gemäß Art. 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (inklusive Strategien zur Umsetzung),
  - b) Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens,
  - c) Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien gemäß Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und
  - d) Richtlinien für eine bundesweite, alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende Dokumentation, sowie Weiterentwicklung des Dokumentations- und Informationssystems für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG).
- (5) Die Bundes-Zielsteuerungskommission kann die Besorgung einzelner ihrer Aufgaben gemäß Abs. 4 an den Ständigen Koordinierungsausschuss übertragen.

#### **Ständiger Koordinierungsausschuss**

§ 27. (1) Zur Vorbereitung und Koordination der Agenden der Bundes-Zielsteuerungskommission sowie zur Unterstützung der Umsetzung von Beschlüssen der Bundes-Zielsteuerungskommission ist ein Ständiger Koordinierungsausschuss einzurichten. Im Ständigen Koordinierungsausschuss hat eine laufende wechselseitige Information und Konsultation der Mitglieder zu erfolgen.

(2) Dem Ständigen Koordinierungsausschuss gehören je neun Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung an. Den Vorsitz führt eine Vertreterin/ein Vertreter des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums. Der Ständige Koordinierungsausschuss tritt regelmäßig, mindestens jedoch alle zwei Monate zusammen.

(3) Für Beschlussfassungen im Ständigen Koordinierungsausschuss sind die Bestimmungen des § 26 Abs. 3 analog anzuwenden.

(4) Der Ständige Koordinierungsausschuss hat folgende Aufgaben:

1. Beschlussfassung in den von der Bundes-Zielsteuerungskommission übertragenen Aufgaben,
2. Entscheidung über die geplante Einführung und inhaltliche Umsetzung von neuen oder inhaltlich erweiterten Monitoring-Systemen im Gesundheitswesen, sofern diese nicht aufgrund rechtlicher Vorgaben oder aufgrund international bestehender Verpflichtungen durchzuführen sind,
3. Akkordierung gemeinsamer Standpunkte von Bund, Ländern und der Sozialversicherung,
4. Abstimmung konkreter Arbeitsaufträge einschließlich Verantwortlichkeit und Zeitplan,
5. Klärung von Fragen, die von anderen Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit an ihn herangetragen werden,
6. Abstimmung der eHealth-Entwicklung im Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung insbesondere zur Umsetzung des Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens; gemeinsame Festlegung von eHealth Anwendungen der Zielsteuerungspartner, um Parallelstrukturen und -entwicklungen zu vermeiden und
7. Abstimmung der strategischen Ausrichtung der gemeinsamen Gesundheitsdatenbewirtschaftung insbesondere hinsichtlich Aufbau und Weiterentwicklung der Datenhaltung, -auswertung und -interpretation gemäß Art. 15 Abs. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

#### **Mitwirkung des Bundes in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds**

§ 28. (1) Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat eine Vertreterin/einen Vertreter in die jeweilige Gesundheitsplattform und eine Vertreterin/einen Vertreter in die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission im Rahmen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden.

(2) Die Vertreterin/Der Vertreter des Bundes kann gegen Beschlüsse, die gegen geltendes Recht, die geltenden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG, den Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene oder gegen Beschlüsse der Organe der Bundesgesundheitsagentur verstoßen, ein Veto einlegen.

### **Mitwirkung der gesetzlichen Krankenversicherung in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds**

§ 29. (1) Der Hauptverband hat eine Vertreterin/einen Vertreter ohne Stimmrecht in die jeweilige Gesundheitsplattform im Rahmen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden.

(2) Die gesetzlichen Krankenversicherungsträger haben insgesamt fünf Vertreterinnen/Vertreter in die Gesundheitsplattformen und die Landes-Zielsteuerungskommissionen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden und zwar vier Vertreterinnen/Vertreter der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse, darunter jedenfalls die Obfrau/der Obmann, und eine Vertreterin/ein Vertreter der bundesweiten Träger je Bundesland. Bei der Entsendung von Vertreterinnen/Vertretern und der Wahrnehmung der Aufgaben ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten und auf die Interessen der Betriebskrankenkassen Bedacht zu nehmen.

(3) In der Landes-Zielsteuerungskommission bilden die von der gesetzlichen Krankenversicherung nominierten Vertreterinnen/Vertreter eine Kurie mit einer Stimme. Die gemeinsamen Positionen zu den Themen der Landes-Zielsteuerungskommission sind innerhalb der Kurie der gesetzlichen Krankenversicherung zu akkordieren.

(4) Die Obfrau/der Obmann der jeweils örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse hat

1. die Funktion der ersten Stellvertreterin/des ersten Stellvertreters der/des Vorsitzenden der Gesundheitsplattform wahrzunehmen und
2. gleichberechtigt mit dem vom Land bestellten Mitglied der Landesregierung den Vorsitz in der Landes-Zielsteuerungskommission (Co-Vorsitz) zu führen sowie
3. die Stimmabgabe für die Kurie der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß Abs. 3 wahrzunehmen.

(5) Ist zur Vorbereitung der Sitzungen der Gesundheitsplattform und der Landes-Zielsteuerungskommission ein Präsidium vorgesehen, hat die gesetzliche Krankenversicherung in dieses Vertreterinnen/Vertreter zu entsenden. Dabei ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten und auf die Interessen der Betriebskrankenkassen Bedacht zu nehmen.

(6) Zur Wahrnehmung der Aufgaben der Landes-Zielsteuerungskommission ist von der gesetzlichen Krankenversicherung eine Koordinatorin/ein Koordinator namhaft zu machen. Diese/dieser ist gleichberechtigt mit der/dem vom Land bestellten Koordinatorin/Koordinator für alle Angelegenheiten der Landes-Zielsteuerungskommission zuständig. Die/Der von der gesetzlichen Krankenversicherung bestellte Koordinatorin/Koordinator ist als solcher ausschließlich der Obfrau/dem Obmann der jeweils örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse in ihrer/seiner Funktion als Co-Vorsitzende/Co-Vorsitzender verantwortlich.

(7) Die Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, der Länder und der gesetzlichen Krankenversicherung informieren einander in den Organen der Landesgesundheitsfonds wechselseitig über alle relevanten Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich. Darüber hinaus erfolgt in der Landes-Zielsteuerungskommission rechtzeitig eine Information und Konsultation über Festlegungen zu wesentlichen operativen und finanziellen Angelegenheiten der Leistungserbringung im Gesundheitswesen.

(8) Im Fall eines vertragslosen Zustandes in Folge Kündigung eines Gesamtvertrages tragen die landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten unter Berücksichtigung von § 26 Abs. 1 Z 3 KAKuG dazu bei, schwerwiegende Folgen in der medizinischen Versorgung für die Bevölkerung zu vermeiden. Zur Abgeltung bei Mehrleistungen ist eine Vereinbarung zwischen dem Landesgesundheitsfonds und der gesetzlichen Krankenversicherung zu schließen, wobei die gesetzliche Krankenversicherung Zahlungen maximal im Ausmaß der vergleichbaren ersparten Aufwendungen für ärztliche Hilfe zu leisten hat.

(9) Bei der Erfüllung der Aufgaben des Landesgesundheitsfonds hat die gesetzliche Krankenversicherung im Rahmen ihrer Tätigkeit im Landesgesundheitsfonds insbesondere darauf zu achten, dass dieser eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich insbesondere auch durch die Zielsteuerung-Gesundheit sicherstellt und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Einhaltung der Finanzrahmenverträge absichert.

### **Bundesgesundheitskommission**

§ 30. (1) Zur Beratung der Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Städte und Gemeinden) sowie der Sozialversicherung in gesundheitspolitischen Themen ist eine Bundesgesundheitskommission einzurichten.

(2) Der Bundesgesundheitskommission gehören an:

1. vier Vertreterinnen/Vertreter des Bundes,
2. neun Vertreterinnen/Vertreter der Länder,
3. je eine Vertreterin/ein Vertreter der Interessenvertretung der Städte und Gemeinden,
4. neun Vertreterinnen/Vertreter der Sozialversicherung,
5. eine Vertreterin/ein Vertreter der Träger der öffentlichen und eine Vertreterin/ein Vertreter der konfessionellen Krankenanstalten,
6. drei Vertreterinnen/Vertreter der Österreichischen Ärztekammer, je zwei Vertreterinnen/Vertreter der Österreichischen Zahnärztekammer, der Österreichischen Apothekerkammer und der gesetzlichen Interessensvertretungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe,
7. eine Vertreterin/ein Vertreter der Österreichischen Patientenanwaltschaft,
8. je eine Vertreterin/ein Vertreter der Dachverbände der österreichischen Selbsthilfeorganisationen,
9. je eine Vertreterin/ein Vertreter der Bundesarbeitskammer und der Wirtschaftskammer Österreich (Fachverband der Gesundheitsbetriebe),
10. eine Vertreterin/ein Vertreter des Österreichischen Gewerkschaftsbundes,
11. eine Vertreterin/ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt,
12. zwei Vertreterinnen/Vertreter des Österreichischen Seniorenrates,
13. eine Vertreterin/ein Vertreter einschlägiger außeruniversitären Forschungseinrichtungen auf Vorschlag der/des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesministers,
14. eine Vertreterin/ein Vertreter der Medizinischen Universitäten/Fakultäten,
15. eine Vertreterin/ein Vertreter der pharmazeutischen Industrie und
16. je eine Vertreterin/ein Vertreter der Parlamentsklubs.

(3) Den Vorsitz in der Bundesgesundheitskommission führt die/der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister.

(4) Das für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerium hat

1. die Sitzungen der Bundesgesundheitskommission vorzubereiten,
2. die Ergebnisse der Sitzungen der Bundesgesundheitskommission festzuhalten und
3. der Bundesgesundheitskommission über die Aktivitäten der Bundesgesundheitsagentur zu berichten.

## **8. Abschnitt**

### **Festlegungen zum Monitoring und Berichtswesen**

#### **Durchführung eines Monitorings und Berichtswesens**

**§ 31.** (1) Auf Bundesebene ist ein nach Sektoren und Regionen differenziertes österreichweites Monitoring der Zielsteuerung-Gesundheit durchzuführen und inhaltlich weiterzuentwickeln. Hierfür sind die im Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Ziele auf Bundes- und Landesebene so zu definieren, dass ein laufendes Monitoring klar festgelegter Messgrößen und Zielwerte möglich ist.

(2) Die Ergebnisse des Monitorings der Zielsteuerung-Gesundheit sind in Form von strukturierten Berichten aufzubereiten und zusammenzuführen. Diese Monitoringberichte zur Zielerreichung gliedern sich in Bezug auf Inhalte und Periodizität wie folgt:

1. halbjährlich: Ergebnisse des Monitorings zur Finanzzielsteuerung als Kurzbericht
2. jährlich: Ergebnisse des Monitorings zur Finanzzielsteuerung und Darstellung der Entwicklungen der definierten und steuerungsrelevanten Messgrößen und Gegenüberstellung mit vereinbarten Zielwerten aus der Zielsteuerung-Gesundheit (Monitoring der Steuerungsbereiche)

(3) Es hat jedenfalls jährliche eine Information über den Stand der Umsetzung der im Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene zu erfolgen, um eine koordinierte Vorgehensweise bei der Bearbeitung der im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit vereinbarten Ziele sicherzustellen. Dieses Berichtswesen hat jedenfalls auch eine Einschätzung zur Maßnahmenumsetzung zu umfassen.

(4) Durch das Monitoring ist Transparenz, Vergleichbarkeit und Aktualität zu schaffen und dabei ist jedenfalls darauf zu achten, dass

1. die Handhabung des Monitorings und der darauf basierenden Evaluierung einfach und ohne großen Aufwand möglich ist,
2. primär bestehende Routedokumentationen und Datenmeldeschienen genutzt werden und

3. bundesweit akkordierte einheitliche Messgrößen verwendet werden.

(5) Die für das Monitoring und die darauf basierende Evaluierung erforderlichen Daten sind zeitgerecht zur Verfügung zu stellen.

#### **Ablauf des Monitorings**

§ 32. (1) Das Monitoring hat in folgenden klar voneinander getrennten Prozessschritten zu erfolgen:

1. Das Monitoring (Datensammlung, Aufbereitung und Auswertung) erfolgt durch die Gesundheit Österreich GmbH auf Basis einer einheitlichen und standardisierten Erhebung unter Berücksichtigung bereits bestehender Routinedokumentationen und Datenmeldeschienen.
2. Die organisatorische Ausgestaltung und die Inhalte zu dem Berichtswesen gemäß § 31 sind im Zielsteuerungsvertrag zu vereinbaren.
3. Die auf Basis der von der GÖG erhobenen Daten erstellten halbjährlichen und jährlichen Monitoringberichte zur Zielerreichung sind den Landes-Zielsteuerungskommissionen sowie der Bundes-Zielsteuerungskommission binnen einer von der Bundes-Zielsteuerungskommission festzulegenden Frist zur Stellungnahme zu übermitteln.

(2) Bei festgestellten Zielverfehlungen sind Begründungen und handlungsleitende Empfehlungen seitens der verantwortlichen Stellen im Rahmen der Stellungnahmen innerhalb einer von der Bundes-Zielsteuerungskommission festzulegenden Frist einzubringen.

(3) Die Abnahme der Monitoringberichte zur Zielerreichung erfolgt unter Berücksichtigung der Stellungnahmen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission. Anschließend sind diese Monitoringberichte zu veröffentlichen.

#### **Detailregelungen zum Monitoring und Berichtswesen**

§ 33. Die detaillierten Regelungen zum Monitoring und zur darauf basierenden Evaluierung, insbesondere hinsichtlich der erforderlichen Daten, deren Form und Datenquellen, sind weiterhin im Zielsteuerungsvertrag zu vereinbaren. Diese Regelungen sind regelmäßig den Erfordernissen, die sich aus der Zielsteuerung-Gesundheit ergeben, insbesondere in Hinblick auf die Sicherstellung der Datenverfügbarkeit anzupassen.

### **9. Abschnitt**

#### **Regelungen zum Sanktionsmechanismus**

##### **Allgemeines**

§ 34. Für folgende Fälle wird ein Sanktionsmechanismus festgelegt:

1. Im Zuge des Monitorings festgestellte Nicht-Erreichung von Zielen, die in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, im Zielsteuerungsvertrag oder in den vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen festgelegt sind
2. Verstoß gegen die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, den Zielsteuerungsvertrag oder die vierjährigen Landes- Zielsteuerungsübereinkommen
3. Nicht-Zustandekommen des Zielsteuerungsvertrages oder der vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen

##### **Regelungen bei Nicht-Erreichung von festgelegten Zielen**

§ 35. Wird im Zuge des Monitorings durch die Bundes-Zielsteuerungskommission festgestellt, dass die Ziele, die in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, im Zielsteuerungsvertrag oder in den vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen festgelegt sind, nicht erreicht wurden, gilt zur Umsetzung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit nach Maßgabe des § 1 Abs. 1 Folgendes:

1. Bei Nicht-Erreichung der im Zielsteuerungsvertrag festgelegten gemeinsamen Ziele auf Landesebene wird von der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission, in deren Land das Ziel nicht erreicht wurde, binnen acht Wochen nach Feststellung der Nicht-Erreichung der Ziele der Bundes-Zielsteuerungskommission ein schriftlicher Bericht vorgelegt. Betrifft die Nichterreicherung den Bund, trifft die Berichtspflicht an die Bundes-Zielsteuerungskommission den Bund.
2. Bei Nicht-Erreichung der in den vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen festgelegten gemeinsamen Ziele wird von der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission binnen acht

Wochen nach Feststellung der Nicht-Erreichung der Ziele der Bundes-Zielsteuerungskommission ein schriftlicher Bericht vorgelegt.

3. Die unter Z 1 und 2 genannten Berichte haben jedenfalls die Gründe für die Nicht-Erreichung der festgelegten Ziele und jene zu setzenden Maßnahmen zu enthalten, die die Erreichung der Ziele zum ehestmöglichen Zeitpunkt gewährleisten.
4. Die Bundes-Zielsteuerungskommission hat die unter Z 1 und 2 genannten Berichte insbesondere hinsichtlich der vorgeschlagenen Maßnahmen und dem vorgeschlagenen Zeitplan zur Erreichung des Ziels zu genehmigen. Bei Nichtgenehmigung sind überarbeitete Berichte vorzulegen.
5. Die gemäß Z 4 von der Bundes-Zielsteuerungskommission genehmigten oder nicht genehmigten Berichte sind mit entsprechender Kommentierung der Bundes-Zielsteuerungskommission und mit Stellungnahme der jeweils Betroffenen vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zu veröffentlichen.

#### **Regelungen bei Verstößen gegen die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, den Zielsteuerungsvertrag oder die vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen**

§ 36. (1) Liegt aus Sicht eines Partners der Zielsteuerung-Gesundheit ein Verstoß gegen die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit oder gegen den Zielsteuerungsvertrag vor, so kann dieser Verstoß von diesem Partner in der Bundes-Zielsteuerungskommission schriftlich und begründet aufgezeigt werden. Die aufgezeigten Verstöße sind in der Bundes-Zielsteuerungskommission zu behandeln. Bei festgestellten Verstößen sind durch die Bundes-Zielsteuerungskommission umgehend handlungsleitende Maßnahmen zur Wiederherstellung des vereinbarungs- oder vertragskonformen Zustandes in die Wege zu leiten.

(2) Liegt aus Sicht einer Kurie der Landes-Zielsteuerungskommission ein Verstoß gegen das vierjährige Landes-Zielsteuerungsübereinkommen vor, so kann zur Umsetzung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit nach Maßgabe des § 1 Abs. 1 dieser Verstoß von dieser Kurie in der Landes-Zielsteuerungskommission schriftlich und begründet aufgezeigt werden, damit die aufgezeigten Verstöße in der Landes-Zielsteuerungskommission behandelt und bei festgestellten Verstößen durch die Landes-Zielsteuerungskommission umgehend handlungsleitende Maßnahmen zur Wiederherstellung des übereinkommenskonformen Zustandes in die Wege geleitet werden.

(3) Lässt sich innerhalb von zwei Monaten in der Bundes-Zielsteuerungskommission bzw. in der Landes-Zielsteuerungskommission kein Einvernehmen darüber herstellen, ob ein Verstoß vorliegt bzw. über die zu ergreifenden Maßnahmen, kann der den Verstoß Aufzeigende das Schlichtungsverfahren gemäß § 38 einleiten.

(4) Sofern aus einem im Schlichtungsverfahren festgestellten Verstoß gegen den Zielsteuerungsvertrag oder die vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen Mehrausgaben resultieren, sind diese vom dafür Verantwortlichen zu tragen. Die daraus resultierenden Mehrausgaben sind den finanzzielsteuerungsrelevanten Ausgaben des für den Verstoß Verantwortlichen zuzuschlagen.

#### **Regelungen bei Nicht-Zustandekommen des Zielsteuerungsvertrages oder der vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen**

§ 37. (1) Liegt bis zum im § 10 Abs. 4 Z 2 festgelegten Zeitpunkt kein vierjähriges Landes-Zielsteuerungsübereinkommen vor, kann auf begründeten Antrag der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission eine angemessene Nachfrist für die Beschlussfassung des vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen durch den Bund eingeräumt werden. Darüber ist die Bundes-Zielsteuerungskommission zu informieren.

(2) Wird innerhalb der eingeräumten Frist weiterhin kein vierjähriges Landes-Zielsteuerungsübereinkommen beschlossen, gilt Folgendes:

1. In der Landes-Zielsteuerungskommission werden zur Umsetzung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit nach Maßgabe des § 1 Abs. 1 die Konsens- und Dissens-Punkte festgestellt und der Bundes-Zielsteuerungskommission vorgelegt.
2. Die Bundes-Zielsteuerungskommission hat handlungsleitende Vorgaben im Hinblick auf die bestehenden Dissens-Punkte bzw. auf allenfalls aus dem Zielsteuerungsvertrag abzuleitende fehlende Punkte festzulegen.
3. Die Bundes-Zielsteuerungskommission hat einen Bericht über Z 1 und 2 durch Veröffentlichung transparent zu machen. Die Stellungnahmen der beteiligten Parteien sind darin vollumfänglich zu integrieren.

(3) Liegt bis zum im § 10 Abs. 3 Z 2 festgelegten Zeitpunkt kein unterfertigter Zielsteuerungsvertrag vor, gilt nach erfolgloser Verstreichung einer Nachfrist von zwei Monaten Folgendes:

1. In der Bundes-Zielsteuerungskommission sind die Konsens- und Dissens-Punkte festzustellen und durch Veröffentlichung transparent zu machen.
2. Kommt innerhalb von drei Monaten nach Veröffentlichung kein Zielsteuerungsvertrag zustande, hat die/der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister befristet für ein Jahr handlungsleitende Vorgaben im Hinblick auf die bestehenden Dissens-Punkte bzw. auf allenfalls fehlende Punkte festzulegen. Bei finanziellen Auswirkungen ist das Einvernehmen mit der Bundesministerin/dem Bundesminister für Finanzen herzustellen. Bei diesen Festlegungen hat die/der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister von den bereits bestehenden Vorarbeiten und von den handlungsleitenden Vorgaben, die geeignet sind die wesentlichen Ziele zu erreichen, auszugehen. Diese handlungsleitenden Vorgaben sind durch Veröffentlichung transparent zu machen.

#### **Schlichtungsverfahren für Streitigkeiten aus dem Zielsteuerungsvertrag oder den vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit**

§ 38. (1) Für Streitigkeiten aus dem Zielsteuerungsvertrag oder den vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen wird beim für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium im Zusammenhang mit der Zielsteuerung-Gesundheit eine Schlichtungsstelle eingerichtet.

(2) Der Schlichtungsstelle gehören folgende auf vier Jahre bestellte Mitglieder an:

1. Eine/ein von der Bundes-Zielsteuerungskommission bestellte/bestellter ausgewiesene/ausgewiesener und unabhängige/unabhängiger Gesundheitsexpertin/Gesundheitsexperte als Vorsitzende/Vorsitzender
2. zwei vom Bund entsandte Mitglieder
3. zwei von den Ländern gemeinsam entsandte Mitglieder
4. zwei vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entsandte Mitglieder

Für Entscheidungen der Schlichtungsstelle ist die einfache Mehrheit erforderlich, wobei allen Mitgliedern je eine Stimme zukommt, bei Entscheidungen über Streitigkeiten aus den vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen haben die vom Bund entsandten Mitglieder kein Stimmrecht.

(3) Wird die Schlichtungsstelle angerufen, hat sie unter Anhörung der Betroffenen in der Sache zu entscheiden und diese Entscheidung durch Veröffentlichung transparent zu machen. Diese Entscheidung ist von den Betroffenen anzuerkennen. Die Schlichtungsstelle hat diese Entscheidung

1. den Betroffenen und
2. der Bundes-Zielsteuerungskommission sowie
3. der jeweils betroffenen Landes-Zielsteuerungskommission bei Streitigkeiten aus dem vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen

zur Kenntnis zu bringen.

### **10. Abschnitt**

#### **Schluss- und Übergangsbestimmungen**

##### **Zitierung anderer Bundesgesetze**

§ 39. Soweit in diesem Bundesgesetz auf Bestimmungen anderer Bundesgesetze Bezug genommen wird, sind diese, sofern nichts anderes bestimmt ist, in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

##### **Vollzug des Bundesgesetzes**

§ 40. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist, soweit darin nichts anderes angeordnet ist, die/der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister betraut.

##### **Inkrafttreten und Außerkrafttreten**

§ 41. (1) Dieses Gesetz tritt mit 1. Jänner 2017 in Kraft.

(2) Das Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 81/2013, tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2016 außer Kraft.

##### **Übergangsbestimmungen**

§ 42. (1) Beschlüsse der mit Bundesgesetz BGBl. I Nr. 81/2013 eingerichteten Bundesgesundheitskommission und Bundes-Zielsteuerungskommission sowie daraus abgeleitete Rechte und Verbindlichkeiten bleiben aufrecht, sofern die auf Grund dieses Gesetzes einzurichtende Bundes-Zielsteuerungskommission nichts Gegenteiliges beschließt.

(2) Ein bestelltes Mitglied der mit Bundesgesetz BGBl. I Nr. 81/2013 eingerichteten Bundes-Zielsteuerungskommission ist so lange Mitglied der auf Grund dieses Gesetzes einzurichtenden Bundes-Zielsteuerungskommission, bis für dieses ein anderes Mitglied bestellt wird.

(3) Auf einen Regressanspruch der Bundesgesundheitsagentur gegen Mitglieder der Bundes-Zielsteuerungskommission oder Mitglieder des Ständigen Koordinierungsausschusses ist das Dienstnehmerhaftpflichtgesetz (BGBl. Nr. 80/1965 in der Fassung BGBl. Nr. 169/1983) sinngemäß anzuwenden.

## Artikel 2

### Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten

Das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 108/2012, wird wie folgt geändert:

#### 1. Teil

#### (Grundsatzbestimmungen)

1. (Grundsatzbestimmung) § 2a Abs. 1 lautet:

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

a) Standardkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs. 5 mit zumindest zwei Abteilungen, davon eine für Innere Medizin. Weiters muss zumindest eine ambulante Basisversorgung für chirurgische und/oder unfallchirurgische Akutfälle im Sinne der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) gewährleistet werden. Ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Röntgendiagnostik und für die Vornahme von Obduktionen vorhanden sein und durch Fachärzte des betreffenden Sonderfaches betreut werden. Auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein.

b) Schwerpunktkrankenanstalten nach Maßgabe des Abs. 4 mit Abteilungen zumindest für:

1. Augenheilkunde und Optometrie,
2. Chirurgie,
3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
4. Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde,
5. Innere Medizin
6. Kinder- und Jugendheilkunde
7. Neurologie,
8. Orthopädie und Traumatologie,
9. Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin und

10. Urologie;

ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Hämodialyse, für Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin, und für Intensivpflege (inklusive Intensivpflege für Neonatologie und Pädiatrie) vorhanden sein und durch Fachärzte des entsprechenden Sonderfaches betreut werden; entsprechend dem Bedarf hat die Betreuung auf dem Sonderfach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie durch eigene Einrichtungen oder durch Fachärzte als Konsiliarärzte zu erfolgen. Auf den nach dem Anstaltszweck und dem Leistungsangebot in Betracht kommenden weiteren medizinischen Sonderfächern muss eine ärztliche Betreuung durch Fachärzte als Konsiliarärzte gesichert sein; schließlich müssen eine Anstaltsapotheke, ein Pathologisches Institut sowie ein Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik geführt werden.

c) Zentralkrankenanstalten mit grundsätzlich allen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen.“

2. (Grundsatzbestimmung) § 2a Abs. 3 lautet:

„(3) Die Landesgesetzgebung kann bestimmen, dass

1. die Voraussetzungen des Abs. 1 auch erfüllt sind, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind; dabei ist die

örtlich getrennte Unterbringung auch in einem anderen Bundesland und unter den in § 3d geregelten Voraussetzungen auch auf dem Gebiet eines anderen Staates zulässig,

2. in Standardkrankenanstalten die ambulante Basisversorgung für chirurgische und/oder unfallchirurgische Akutfälle im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG auch durch eine Zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheit oder eine Ambulante Erstversorgungseinheit oder durch Kooperation mit anderen geeigneten Gesundheitsdiensteanbietern in vertretbarer Entfernung im selben Einzugsbereich sichergestellt werden kann und
3. von der Errichtung einzelner im Abs. 1 lit. b vorgesehenen Abteilungen und sonstiger Einrichtungen abgesehen werden kann, wenn in jenem Einzugsbereich, in dem die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen, Departments, Fachschwerpunkte oder sonstigen Einrichtungen mit einem Leistungsangebot der jeweils erforderlichen Versorgungsstufe und Erfüllung der zugehörigen Anforderungen in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.“

3. (Grundsatzbestimmung) § 2a Abs. 4 entfällt.

4. (Grundsatzbestimmung) In § 3 Abs. 2 wird nach lit. d folgender Schlusssatz angefügt:

„Sofern im Falle des Abs. 2b, ausgenommen Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, und im Falle des Abs. 2c ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über das verfahrensgegenständliche Leistungsspektrum erfolgt, darf die Errichtungsbewilligung darüber hinaus nur erteilt werden, wenn eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens vorliegt.“

5. (Grundsatzbestimmung) § 3 Abs. 2b lautet:

„(2b) Wenn das verfahrensgegenständliche Leistungsspektrum in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. XX/2016, geregelt ist, ist hinsichtlich des Bedarfs nur die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist Abs. 2c sinngemäß anzuwenden.“

6. (Grundsatzbestimmung) In § 3 werden nach Abs. 3 folgende Abs. 3a und 3b eingefügt:

„(3a) Wird im Rahmen eines Verfahrens zur Erteilung der Errichtungsbewilligung der Bedarf positiv beurteilt, ist dieses Verfahren bis zum Feststehen des Ergebnisses eines allfälligen Vertragsvergabeverfahrens der Sozialversicherung über das verfahrensgegenständliche Leistungsspektrum zu unterbrechen.

(3b) Weist eine Krankenanstalt mehrere Standorte auf (Mehrstandortkrankenanstalt), ist im Bescheid, mit dem die Errichtungsbewilligung erteilt wird, für jeden Standort gemäß dem zugeordneten Leistungsspektrum die Versorgungsstufe gemäß § 2a Abs. 1 festzulegen. Am jeweiligen Standort sind die für die festgelegte Versorgungsstufe je Leistungsbereich geltenden Vorgaben einzuhalten.“

7. (Grundsatzbestimmung) In § 3a Abs. 2 wird nach Z 4 folgender Satz angefügt:

„Sofern im Falle der Abs. 3 und 3a ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über das verfahrensgegenständliche Leistungsspektrum erfolgt, darf die Errichtungsbewilligung darüber hinaus nur erteilt werden, wenn eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens vorliegt.“

8. (Grundsatzbestimmung) In § 3a wird nach Abs. 3 folgender Abs. 3a eingefügt:

„(3a) Wenn das verfahrensgegenständliche Leistungsspektrum in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. XX/2016, geregelt ist, ist hinsichtlich des Bedarfs nur die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist Abs. 3 sinngemäß anzuwenden.“

9. (Grundsatzbestimmung) In § 3a wird nach Abs. 5 folgender Abs. 5a eingefügt:

„(5a) Wird im Rahmen eines Verfahrens zur Erteilung der Errichtungsbewilligung der Bedarf positiv beurteilt, ist dieses Verfahren bis zum Feststehen des Ergebnisses eines allfälligen Vertragsvergabeverfahrens der Sozialversicherung über das verfahrensgegenständliche Leistungsspektrum zu unterbrechen.“



10. (Grundsatzbestimmung) § 10a Abs. 1 lautet:

„(1) Die Landesgesetzgebung hat die Landesregierung zu verpflichten, dass in Fällen, in denen kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des RSG bzw. deren Änderungen entsprechend den Bestimmungen im § 23 Abs. 2 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. xx/2016 in der Landes-Zielsteuerungskommission zustande kommt, auf Basis der gemeinsamen Festlegungen in der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit im Rahmen eines Regionalen Strukturplanes Gesundheit für Fondskrankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen. Dieser Landeskrankenanstaltenplan hat sich im Rahmen des Zielsteuerungsvertrages gemäß § 10 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit und des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) zu befinden. Dabei sind, um eine verbindliche österreichweit auf einheitlichen Grundsätzen basierende Krankenanstaltenplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die im ÖSG vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und -methoden zu berücksichtigen.“

11. (Grundsatzbestimmung) In § 18 entfällt der Abs. 2.

## 2. Teil

### (Unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

12. § 56a lautet:

„§ 56a. Zur Wahrnehmung der Aufgaben gemäß § 26 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes sowie der Aufgaben im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen dieses Gesetzes ist beim für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium die Bundesgesundheitsagentur als Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten.“

13. § 57 Abs. 1 lautet:

„(1) Der Bund hat der Bundesgesundheitsagentur gemäß § 56a jährlich folgende Mittel für die Finanzierung von öffentlichen Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und private Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 bezeichneten Art, die gemäß § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, zu gewähren:

1. 0,453115 % des Nettoaufkommens an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel (§ 10 Abs. 1 FAG 2017) und
2. 0,411633 % des Nettoaufkommens an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel (§ 10 Abs. 1 FAG 2017).“

14. § 57 Abs. 2 entfällt.

15. § 59 Abs. 6 Z 2 und 3 lautet:

„2. Sodann sind

- a) jährlich 3,4 Millionen Euro zur Förderung des Transplantationswesens,
  - b) jährlich 5 Millionen Euro zur Finanzierung von Projekten und Planungen sowie zur Abgeltung von Leistungen, die von der Gesundheit Österreich GmbH für die Bundesgesundheitsagentur erbracht werden,
  - c) jährlich 3,5 Millionen Euro zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen im Sinne der lit. a und für wesentliche Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung, deren Verwendung im Einvernehmen mit den Ländern und der Sozialversicherung festgelegt wird,
  - d) jährlich 10 Millionen Euro zur Finanzierung von überregionalen Vorhaben gemäß § 59g und nach Maßgabe entsprechender Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission und
  - e) 13,667 Millionen Euro (für den Zeitraum 2017 bis 2020) zur Finanzierung von ELGA nach Maßgabe entsprechender Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission einzubehalten und gemäß den §§ 59d bis 59g bzw. entsprechend der Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission zu verwenden.
3. Von den nach den Abzügen gemäß Z 2 verbleibenden Mitteln sind weiters allfällige für Anstaltspflege im Ausland aufzuwendende Mittel jährlich abzuziehen und gemäß Art. 44 Abs. 2 der für die Jahre ab 2017 abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zu verwenden.“

16. § 59a Abs. 1 lautet:

„(1) Die Bundesgesundheitsagentur hat im Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens in Österreich die Aufgaben gemäß § 27 Abs. 4 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes unter Berücksichtigung gesamtökonomischer Auswirkungen sowie regionaler und länderspezifischer Erfordernisse wahrzunehmen.“

17. In § 59d Abs. 4 wird das Wort „Bundesgesundheitskommission“ durch das Wort „Bundes-Zielsteuerungskommission“ ersetzt.

18. In § 59e Abs. 2 und Abs. 3 wird das Wort „Bundesgesundheitskommission“ jeweils durch das Wort „Bundes-Zielsteuerungskommission“ ersetzt.

19. Die §§ 59g bis 59j erhalten die Bezeichnungen 59h bis 59k, folgender § 59g wird eingefügt:

„§ 59g. (1) Die Bundesgesundheitsagentur hat die Mittel gemäß § 59 Abs. 6 Z 2 lit. d zur Finanzierung von Vorhaben zum Aufbau von überregionalen Versorgungsangeboten für folgende Zwecke einzusetzen:

1. Vorhaben zum Aufbau von neuen überregionalen Versorgungsangeboten, wie z.B.
  - a) Isoliereinheiten für hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen (HKLE, z.B. Ebola)
  - b) Expertisezentren für ausgewählte Gruppen von seltenen Erkrankungen
  - c) neue Leistungsangebote im Rahmen der Überregionalen Versorgungsplanung (ÜRVP gemäß ÖSG, z.B. Schwerbrandverletztenversorgung)
2. Aufbringung des Anteils der Länder an der Finanzierung von Vorhaben zum Aufbau von überregional erforderlicher Infrastruktur, sofern dafür nicht bereits eigene Finanzierungsregeln vereinbart sind, wie z.B.
  - a) Telefon- und webbasiertes Erstkontakt- und Beratungsservice (TEWEB)
  - b) weitere Telegesundheitsdienste
3. Aufbringung des Anteils der Länder an der Finanzierung von Leistungen zur Durchführung Molekulargenetischer Analysen zur Identifikation von Familien mit erblichem Brust- und Eierstockkrebs (BRCA 1,2) einschließlich humangenetischer Beratungen durch Zentren für Humangenetik
4. Aufbringung des Anteils der Länder an der Finanzierung von Medikamenten im Falle einer gemeinsam vereinbarten sektorenübergreifenden und/oder überregionalen Finanzierungslösung

(2) Die Mittel dienen bei diesen Vorhaben insbesondere zur Abdeckung des Finanzierungsbedarfs für folgende Finanzierungsinhalte:

1. Anschubfinanzierung bei neuen Vorhaben (z.B. einmalige Investitionskosten zur Schaffung notwendiger Infrastruktur – HKLE, TEWEB)
2. Finanzierung des Mehraufwands gegenüber dem Status Quo (z.B. entstehender Aufwand für Krankenanstaltenträger bei Auftreten eines HKLE-Falles)
3. Finanzierung des Länderanteils für Leistungen gemäß Abs. 1 Z 2 bis 4

(3) Anträge zu den Vorhaben gemäß Abs. 1 Z 1 und 2 können von den Zielsteuerungspartnern in der Bundes-Zielsteuerungskommission eingebracht werden. Diese Anträge haben eine Beschreibung des konkreten Vorhabens und deren Finanzierungsbedarf gemäß Abs. 2 im Hinblick auf Anschubfinanzierung und Mehraufwand im Vergleich zur bisherigen Versorgungssituation zu beinhalten.

(4) Durch die Bundes-Zielsteuerungskommission sind Grundsätze für die Verwendung und die Abrechnung dieser zweckgewidmeten Mittel zu beschließen. Unter der Voraussetzung, dass diese Vorhaben diesen Grundsätzen entsprechen, gibt die Bundes-Zielsteuerungskommission die entsprechenden Mittel für diese Vorhaben frei.

(5) Sofern in einzelnen Jahren das Höchstausmaß von 10 Millionen Euro nicht ausgeschöpft wird, so kann dieser Differenzbetrag bis zu einem Betrag von insgesamt 20 Millionen Euro zweckgewidmet für Mittelverwendungen in den Folgejahren einer Rücklage zugeführt werden. Bis zum Ende der Laufzeit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens nicht für konkrete Vorhaben gebundene und nicht verbrauchte Mittel fließen an die Landesgesundheitsfonds.“

20. In § 59h wird das Zitat „§§ 20 bis 22“ durch das Zitat „§§ 25 bis 27“ ersetzt.

21. In § 59j Abs. 3 wird das Zitat „§§ 59d und 59e“ durch das Zitat „§§ 59d bis 59g“ ersetzt.

22. § 59k Z 4 lautet:

„4. den aktuellen Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene gemäß § 10 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz“

23. In § 65b werden nach Abs. 3 folgende Abs. 4 bis 7 eingefügt:

„(4) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu den Änderungen in § 2a Abs. 1, Abs. 3 und Abs. 4, § 3 Abs. 2, Abs. 2b, Abs. 3a und Abs. 3b, § 3a Abs. 2, Abs. 3a und Abs. 5a, § 10a und § 18 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2016 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.

(5) (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, dass die vor dem 1. Jänner 2017 bestehenden Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gemäß § 2a Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 3/2016 bis 1. Jänner 2020 in Standardkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. a umzuwandeln sind.

(6) Die §§ 56a, 57, 59, 59a, 59d, 59e, 59g bis 59k und 67 Abs. 2 Z 4 und 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2016 treten mit 1. Jänner 2017 in Kraft.

(7) Das Vermögen der mit Bundesgesetz BGBl. I Nr. 81/2013 eingerichteten Bundesgesundheitsagentur geht mit allen Rechten und Verbindlichkeiten auf die aufgrund dieses Gesetzes einzurichtende Bundesgesundheitsagentur über.“

24. § 67 Abs. 2 Z 4 lautet:

„4. der §§ 56a bis 59i ist die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,“

25. In § 67 Abs. 2 Z 5 wird das Zitat „§§ 59i und 64“ durch das Zitat „§§ 59j und 64“ ersetzt.

### Artikel 3

#### Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 75/2016, wird wie folgt geändert:

1. Im § 31 Abs. 5 Z 16b wird der Ausdruck „81/2013“ durch den Ausdruck „xx/2016“ ersetzt.

2. § 84a lautet:

„§ 84a. (1) Zur nachhaltigen Sicherstellung der Versorgung der Versicherten haben sich der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger unter Einbeziehung von wissenschaftlichen (insbesondere gesundheitsökonomischen) Erkenntnissen an einer regionen- und sektorenübergreifenden Planung im Sinne des 6. Abschnitts des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens zu beteiligen. Die Vertragsparteien nach dem Sechsten Teil haben die dabei abgestimmten Planungsergebnisse (zB Österreichischer Strukturplan Gesundheit, Regionale Strukturpläne Gesundheit) in ihrem Verwaltungshandeln und bei der Planung und Umsetzung der Versorgung der Versicherten mit dem Ziel eines optimierten Mitteleinsatzes zu beachten.

(2) Der Hauptverband hat jeweils Vertreterinnen/Vertreter nach Maßgabe

1. des § 26 Abs. 1 G-ZG in die Bundes-Zielsteuerungskommission,

2. des § 27 Abs. 2 G-ZG in den ständigen Koordinierungsausschuss

3. des § 29 Abs. 1 G-ZG in die jeweiligen Gesundheitsplattformen im Rahmen der Landesgesundheitsfonds sowie

4. des § 30 Abs. 2 Z 4 G-ZG in die Bundesgesundheitskommission,

zu entsenden.

(3) Die gesetzlichen Krankenversicherungsträger haben nach § 29 Abs. 2 und 3 G-ZG Vertreterinnen/Vertreter in die Gesundheitsplattform sowie in die Landes-Zielsteuerungskommission des jeweiligen Landesgesundheitsfonds zu entsenden. Demzufolge haben die gesetzlichen Krankenversicherungsträger jeweils insgesamt fünf Vertreterinnen/Vertreter in die Gesundheitsplattformen und die Landes-Zielsteuerungskommissionen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden und zwar vier Vertreterinnen/Vertreter der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse, darunter jedenfalls die Obfrau/der Obmann und eine Vertreterin/ein Vertreter der bundesweiten Träger je Bundesland. Bei der Entsendung von Vertreterinnen/Vertretern und der Wahrnehmung der Aufgaben ist

auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten und auf die Interessen der Betriebskrankenkassen Bedacht zu nehmen.

(4) Die Sozialversicherungsträger haben für Reformpoolprojekte, die nach dem 31. Dezember 2012 als Teil der Landes-Zielsteuerungsübereinkommen fortgeführt werden, im Bedarfsfall die erforderlichen Mittel zu überweisen.

(5) Für die Datenübermittlung gilt Folgendes:

1. Die Sozialversicherungsträger sind verpflichtet, auf elektronischem Weg
  - a) der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds auf deren Anforderung die zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigten Daten in entsprechend aufbereiteter und nachvollziehbarer Form zu übermitteln und
  - b) der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds pseudonymisierte Diagnose- und Leistungsdaten über die auf ihre Rechnung erbrachten medizinischen Leistungen in einer standardisierten und verschlüsselten Form zur Verfügung zu stellen.
2. Der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger sind verpflichtet, die Daten entsprechend den Bestimmungen des § 4 Abs. 6 des Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH, BGBl. I Nr. 132/2006 und des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. I Nr. 745/1996, datenschutzrechtskonform auf elektronischem Weg bereitzustellen bzw. zu übermitteln.

Alle Daten sind vor der Übermittlung an die Bundesgesundheitsagentur, die Landesgesundheitsfonds und die im Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen genannten Stellen zur Sicherstellung der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen durch die beim Hauptverband eingerichtete Pseudonymisierungsstelle (§ 31 Abs. 4 Z 10) zu pseudonymisieren.“

3. Im § 84c entfällt der Klammerausdruck.

4. § 351g Abs. 2 vorletzter Satz lautet:

„Die Empfehlungen der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission haben den Kriterien der Wissenschaft, der Transparenz und der gesundheitsökonomischen Bewertungen zu entsprechen.“

5. Im § 441d Abs. 2 Z 14 wird der Ausdruck „§ 21 Abs. 2 Z 2“ durch den Ausdruck „§ 30 Abs. 2 Z 4“ und der Ausdruck „§ 22 Abs. 4 Z 2“ durch den Ausdruck „§ 26 Abs. 1“ ersetzt.

6. § 447a Abs. 10 lautet:

„(10) Der Bundesminister für Finanzen überweist für die Jahre ab 2017 einen Betrag von 12 423 759,09 Euro jeweils im September des Jahres an den Ausgleichsfonds.“

7. In der Überschrift zu § 447g sowie in Abs. 1 wird der Ausdruck „§ 19“ jeweils durch den Ausdruck „§ 9“ ersetzt.

8. Dem § 699 wird folgender § 700 samt Überschrift angefügt:

#### **„Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2016**

**§ 700.** (1) Die §§ 31 Abs. 5 Z 16b, 84a, 84c, 351g Abs. 2, 441d Abs. 2 Z 14, 447a Abs. 10, 447g in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2016 treten mit 1. Jänner 2017 in Kraft.

(2) Die §§ 149 Abs. 3a, 322a Abs. 2 und 4, 447a Abs. 10 sowie 447f Abs. 1, 6, 14 und 16 treten nach Ablauf von sechs Monaten nach Außer-Kraft-Treten der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, in der jeweils geltenden Fassung außer Kraft. Den Zeitpunkt des Außer-Kraft-Tretens hat die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen durch eine im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen zu erlassende Verordnung festzustellen.“

### **Artikel 4**

#### **Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes**

Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 53/2016, wird wie folgt geändert:

1. Im § 210 Abs. 1 Z 9 wird der Ausdruck „81/2013“ durch den Ausdruck „xx/2016“ ersetzt..

2. Nach § 364 wird folgender § 365 samt Überschrift angefügt:

**„Schlussbestimmung zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2016**

**§ 365.** § 210 Abs. 1 Z 9 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2016 tritt mit 1. Jänner 2017 in Kraft.“

**Artikel 5**

**Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes**

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 53/2016, wird wie folgt geändert:

1. Im § 198 Abs. 1 Z 9 wird der Ausdruck „81/2013“ durch den Ausdruck „xx/2016“ ersetzt.

2. Nach § 356 wird folgender § 357 samt Überschrift angefügt:

**„Schlussbestimmung zu Art. 5 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2016**

**§ 357.** § 198 Abs. 1 Z 9 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2016 tritt mit 1. Jänner 2017 in Kraft.“

**Artikel 6**

**Änderung des Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes**

Das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 200/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 53/2016, wird wie folgt geändert:

1. Im § 147a Abs. 1 Z 9 wird der Ausdruck „81/2013“ durch den Ausdruck „xx/2016“ ersetzt.

2. Nach § 247 wird folgender § 248 samt Überschrift angefügt:

**„Schlussbestimmung zu Art. 6 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2016**

**§ 248.** § 147a Abs. 1 Z 9 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2016 tritt mit 1. Jänner 2017 in Kraft.“

**Artikel 7**

**Änderung des Ärztegesetzes 1998**

Das Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169/1998, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 75/2016, wird wie folgt geändert:

1. In § 52c Abs. 2 wird im Einleitungssatz vor dem Wort „hinsichtlich“ die Wortfolge „, insbesondere allfälliger rechtsverbindlich festgelegter Teile,“ eingefügt.

**Artikel 8**

**Änderung des Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH**

Das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH, BGBl. I Nr. 132/2006, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 77/2008, wird wie folgt geändert:

1. In § 4 wird folgender Abs. 6 angefügt:

„(6) Zur Gewährleistung der Steuerung, Planung und Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgt die unentgeltliche Bereitstellung von Dokumentationsdaten (LKF-Daten für den stationären Bereich bzw. Leistungsdokumentation für den ambulanten Bereich) der Krankenanstalten durch die Landesgesundheitsfonds sowie die unentgeltliche Bereitstellung von Abrechnungsdaten durch die Sozialversicherungsträger an die Gesundheit Österreich GmbH. Für die Datenhaltung, -auswertung und -interpretation gelten folgende Grundsätze:

1. Die gemeinsame Datenhaltung erfolgt bei der Gesundheit Österreich GmbH.
2. Der Aufbau der Datenhaltung erfolgt sukzessive und im Einvernehmen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung.

3. In Abstimmung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung wird für Routineauswertungen eine gemeinsame Analyse- und Auswertungsplattform unter Bedachtnahme auf bestehende Systeme etabliert, die allen Zielsteuerungspartnern zugänglich ist.
4. Sofern eine Abfrage außerhalb der Routineauswertungen von einem Zielsteuerungspartner gewünscht wird, sind die anderen Zielsteuerungspartner unmittelbar zu informieren. In begründeten Fällen kann ein Partner einen Einwand gegen die Abfrage geltend machen und diese hemmen. Die Auswertungsergebnisse solcher Abfragen sind allen Zielsteuerungspartnern zugänglich zu machen. Eine allfällige Interpretation und Verwendung der Auswertungen kann nur in gemeinsamer Abstimmung zwischen den Zielsteuerungspartnern erfolgen.
5. Die Koordination des in Z 3 beschriebenen Abfrageprozesses obliegt der Gesundheit Österreich GmbH. Dem Ständigen Koordinierungsausschuss gemäß § 27 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. xx/2016, ist über die in Z 1 bis 3 beschriebenen Aktivitäten in regelmäßigen Abständen ein Bericht vorzulegen.“

2. In § 15 Abs. 1 wird nach der Wortfolge „§ 4 Abs. 1 bis 4“ die Wortfolge „und 6“ eingefügt.

3. In § 25 wird folgender Abs. 4 angefügt:

„(4) Die § 4 Abs. 6 und § 15 Abs. 1 in der Fassung des BGBl. I Nr. xx/2016 treten mit dem auf die Kundmachung folgenden Tag in Kraft.“

## **Artikel 9**

### **Änderung des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen**

Das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 81/2013, wird wie folgt geändert:

1. In § 1 erster Satz wird die Wortfolge „Pflegerinnen bzw. Leistungsempfängerinnen/Leistungsempfängern“ durch die Wortfolge „Patientinnen/Patienten“ ersetzt.

2. In § 1a Abs. 1 wird die Wortfolge „vom Bundesminister für Gesundheit“ durch die Wortfolge „von der Bundesministerin/vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen“ sowie das Wort „Pfleger“ durch die Wortfolge „Patientinnen/Patienten“ ersetzt.

3. In § 1a Abs. 2 wird das Wort „Einzelleistungen“ durch das Wort „Leistungen“ sowie die Wortfolge „vom Bundesminister für Gesundheit“ durch die Wortfolge „von der Bundesministerin/vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen“ ersetzt.

4. In § 2 Abs. 1 wird die Wortfolge „im § 1 Abs. 1 und 2“ durch die Wortfolge „im § 1a Abs. 1 und 2“ sowie die Wortfolge „dem Bundesminister für Gesundheit“ durch die Wortfolge „der Bundesministerin/dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen“ ersetzt.

5. In § 2 Abs. 2 wird die Wortfolge „im § 1 Abs. 1 und 2“ durch die Wortfolge „im § 1a Abs. 1 und 2“ ersetzt.

6. In § 2 Abs. 3 wird jeweils das Wort „Pfleger“ durch die Wortfolge „Patientinnen/Patienten“ sowie das Wort „Einzelleistungen“ durch das Wort „Leistungen“ ersetzt.

7. In § 2 Abs. 4 Z 1 lit. g wird das Wort „Hauptwohnsitzes“ durch das Wort „Wohnsitzes“ ersetzt.

8. In § 2 Abs. 4 Z 1 lit. k wird das Wort „und“ durch einen Beistrich ersetzt.

9. In § 2 Abs. 4 Z 1 wird in lit. l der Punkt durch das Wort „und“ ersetzt und folgende lit. m angefügt:  
„m) Gemeindecodes des Wohnsitzes.“

10. In § 2 Abs. 4 Z 2 lit. c wird das Wort „Einzelleistungen“ durch das Wort „Leistungen“ ersetzt.

11. In § 3 Abs. 1, § 4 Abs. 4, § 7 Abs. 3 und § 8 Abs. 1 wird jeweils die Wortfolge „dem Bundesminister für Gesundheit“ durch die Wortfolge „der Bundesministerin/dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen“ ersetzt.

12. § 3 Abs. 2 lautet:

„(2) Die Landesgesundheitsfonds haben für das erste Halbjahr einen Diagnosen- und Leistungsbericht gemäß § 2 Abs. 3 und 4 über die von ihnen abgerechneten Krankenanstalten bis 30. September des

laufenden Jahres an die Bundesministerin/den Bundesminister für Gesundheit und Frauen zu übermitteln. In diesem Bericht ist die Aufnahmezahl gemäß § 2 Abs. 4 Z 1 lit. b durch eine aus dieser durch Einweg-Ableitung gebildete, nicht rückrechenbare Datensatz-ID und das Geburtsdatum gemäß § 2 Abs. 4 Z 1 lit. d durch Altersgruppen zu ersetzen.“

*13. In § 4 Abs. 1 und Abs. 2, § 6g, § 7 Abs. 4, § 8 Abs. 2 und § 9 Abs. 3 wird jeweils die Wortfolge „Der Bundesminister für Gesundheit“ durch die Wortfolge „Die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen“ ersetzt.*

*13a. In § 4 Abs. 2 wird nach dem Verweis „§6c Abs. 1 Z 2“ der Punkt durch ein Leerzeichen ersetzt.*

*14. In § 4 Abs. 1 Z 2 sowie § 5a Abs. 1 Z 3 lit. a wird jeweils das Wort „Pfleglinge“ durch die Wortfolge „Patientinnen/Patienten“ ersetzt.*

*15. § 4 Abs. 3 lautet:*

„(3) Das Data Warehouse „Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen“ (DIAG) ist von der Bundesministerin/vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen zu betreiben. Das DIAG umfasst die gemäß der Hauptstücke A bis D an das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen zu übermittelnden Daten. Der Zugriff auf die im DIAG enthaltenen Rohdaten, einschließlich der gespeicherten Pseudonyme gemäß § 5a Abs. 1 Z 1 und § 6c Abs. 1 Z 2, ist ausschließlich für die im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen unmittelbar mit der Erstellung und Wartung des DIAG beschäftigten Personen zulässig. Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat dabei sicherzustellen, dass der Zugriff auf Rohdaten durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die mit der Erstellung und Wartung des DIAG beschäftigt sind, darauf beschränkt ist, dass die Rohdaten nur in der Art und dem Umfang verwendet werden dürfen, als dies eine wesentliche Voraussetzung zur Wahrnehmung der gesetzlich übertragenen Aufgaben ist. Die Verwendung dafür nicht erforderlicher Daten ist unzulässig. Jene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die mit der Erstellung und Wartung des DIAG beschäftigt sind, sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Tatsachen verpflichtet. Die Pflicht besteht auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit. Insbesondere ist für die Einhaltung der Datenverwendungsgrundsätze gemäß § 6 des Bundesgesetzes über den Schutz personenbezogener Daten, BGBl. I Nr. 165/1999, in der jeweils geltenden Fassung (Datenschutzgesetz 2000 - DSG 2000), sowie der Datensicherheitsmaßnahmen gemäß § 14 DSG 2000 zu sorgen. Die Nutzung der im DIAG gespeicherten Daten zu Analysezwecken gemäß § 1 unterliegt strengen Regelungen zur Datensicherheit. Die zur Nutzung des DIAG für Analysezwecke autorisierten Personen haben keinen Zugang zu den enthaltenen Rohdaten und zu den gespeicherten Pseudonymen gemäß § 5a Abs. 1 Z 1 und § 6c Abs. 1 Z 2.“

*16. In § 4 Abs. 5 wird das Zitat „§ 5c Abs. 2“ durch das Zitat „§ 5a Abs. 1 Z 1“ ersetzt.*

*17. In § 5 Abs. 1 wird die Wortfolge „Der Bundesminister für Gesundheit“ durch die Wortfolge „Die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen“ und das Wort „Einzelleistungen“ durch das Wort „Leistungen“ ersetzt sowie folgender Satz angefügt:*

„Die in § 4 Abs. 5 normierten Löschrufen sind von der Bundesanstalt „Statistik Austria“ einzuhalten.“

*18. In § 5 Abs. 2 und in § 6e wird jeweils die Wortfolge „Bundesministerium für Gesundheit“ durch die Wortfolge „Bundesministerium für Gesundheit und Frauen“ ersetzt und folgender Satz angefügt:*

„Die in § 4 Abs. 5 normierten Löschrufen sind von allen Empfängerinnen/Empfängern der Berichte einzuhalten.“

*19. § 5a lautet:*

„§ 5a. (1) Der Hauptverband als Dienstleister der Bundesministerin/des Bundesministers für Gesundheit und Frauen hat im Wege der bei ihm eingerichteten Pseudonymisierungsstelle (gemäß § 31 Abs. 4 Z 10 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 189/1955, in der jeweils geltenden Fassung)

1. innerhalb einer den Anforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit entsprechenden technischen Infrastruktur mittels des von der Bundesministerin/vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen zur Verfügung gestellten Hardware Security Moduls (HSM) aus dem bPK GH-GD der Patientin/des Patienten ein nicht rückrechenbares Pseudonym zu generieren und zu verschlüsseln, wobei das bPK GH-GD einem Bereich zugeordnet ist, in dem der Hauptverband nicht zur Vollziehung berufen ist,

2. aus der Aufnahmezahl durch Einweg-Ableitung eine nicht rückrechenbare Datensatz-ID zu bilden und
3. die folgenden Daten für das erste Halbjahr bis 30. September des laufenden Jahres sowie für das vorangegangene Kalenderjahr bis 31. März des laufenden Jahres an die Bundesministerin/den Bundesminister für Gesundheit und Frauen zu übermitteln:
  - a) Verschlüsselte Pseudonyme der Patientinnen/Patienten gemäß Z 1,
  - b) Krankenanstaltennummer,
  - c) Datensatz-ID.

Maßgeblich für die Zuordnung der Daten zu einer Datenmeldung ist das Aufnahmedatum.

(2) Der technische Prozess zur Generierung der Pseudonyme ist so zu gestalten, dass keine Möglichkeit des Zugriffes auf die automatisierten Verarbeitungen im HSM während des Pseudonymisierungsvorgangs gemäß Abs. 1 Z 1 besteht. Es ist sicherzustellen, dass der für die Generierung der Pseudonyme zu verwendende Algorithmus dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und dem Hauptverband nicht bekannt ist und an einer unabhängigen dritten Stelle sicher verwahrt wird.

(3) Die erstmalige Konfiguration des HSM hat in den Räumlichkeiten der beim Hauptverband (datenschutzrechtlicher Dienstleister) eingerichteten Pseudonymisierungsstelle unter Anwesenheit einer Vertreterin/eines Vertreters des datenschutzrechtlichen Auftraggebers (Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen) und unter der Aufsicht einer Bestätigungsstelle gemäß § 7 des Signatur- und Vertrauensdienstegesetzes (SVG), BGBl. I Nr. 50/2016, zu erfolgen. Der gesamte Vorgang ist zu protokollieren.

(4) Nach der erstmaligen Konfiguration gemäß Abs. 3 ist die Sicherungskopie der verwendeten kryptografischen Schlüssel an eine Bestätigungsstelle gemäß § 7 SVG zu übergeben und von dieser sicher und geheim zu verwahren. Die Sicherungskopie darf ausschließlich zu folgenden Zwecken und nur mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen verwendet werden:

1. für die Wiederherstellung der Konfiguration eines HSM im Störfall sowie
2. für Konfigurationen zusätzlicher erforderlicher HSM (Erweiterungsfall).

Diese Konfigurationen haben in den Räumlichkeiten der beim Hauptverband eingerichteten Pseudonymisierungsstelle unter Anwesenheit einer Vertreterin/eines Vertreters des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen und unter der Aufsicht einer Bestätigungsstelle gemäß § 7 SVG zu erfolgen. Der gesamte Vorgang ist zu protokollieren.

(5) Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pseudonymisierungsstelle sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Tatsachen verpflichtet. Die Pflicht besteht auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit. Insbesondere ist für die Einhaltung der Datenverwendungsgrundsätze gemäß § 6 DSGVO sowie der Datensicherheitsmaßnahmen gemäß § 14 DSGVO zu sorgen.

(6) Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pseudonymisierungsstelle müssen über ihre nach den innerorganisatorischen Datenschutzvorschriften, einschließlich der Datensicherheitsvorschriften, bestehenden Pflichten belehrt werden. Über die Verschwiegenheitsverpflichtung sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Aufnahme ihrer Tätigkeit nachweislich zu informieren.

(7) Die Einhaltung des Datenschutzes im Rahmen der Pseudonymisierung und der damit zusammenhängenden Prozesse muss durch einen/eine unabhängigen/unabhängige externen/externe Gutachter/Gutachterin bei regelmäßigen Audits geprüft und bestätigt werden. Für die Durchführung der Audits gilt Folgendes:

1. Ein erstes Audit ist im Zuge der erstmaligen Konfiguration des HSM und weitere Audits sind regelmäßig, zumindest aber alle zwei Jahre durchzuführen.
2. Die beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eingerichtete Pseudonymisierungsstelle hat die Durchführung der Audits durch eigenes Personal zu unterstützen und dafür Sorge zu tragen, dass der/die externe Gutachter/Gutachterin Zugriff auf alle für die Durchführung der Audits notwendigen Informationen erhält.
3. Die Auswahl und die Beauftragung des/der externen Gutachters/Gutachterin erfolgen durch das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
4. Der/Die externe Gutachter/Gutachterin darf vom verwendeten kryptografischen Schlüssel keine Kenntnis erlangen.“



20. § 5b lautet:

„§ 5b. Träger der Sozialversicherung und von Krankenfürsorgeanstalten – letztere, wenn sie die Daten ihrer Versicherten EDV-unterstützt verwalten – haben dem Hauptverband die zur Erfüllung seiner Verpflichtungen gemäß § 5a erforderlichen Daten für das erste Halbjahr bis 31. August des laufenden Jahres sowie für das vorangegangene Kalenderjahr bis 28. Februar des laufenden Jahres zur Verfügung zu stellen. Maßgeblich für die Zuordnung der Daten zu einer Datenmeldung ist das Aufnahmedatum.“

21. In § 5c Abs. 1, § 6 Abs. 4, § 6e, § 6f Abs. 1 und § 8a wird jeweils die Wortfolge „Bundesministerium für Gesundheit“ durch die Wortfolge „Bundesministerium für Gesundheit und Frauen“ ersetzt.

22. In § 6 Abs. 4 Z 1 und § 6g Z 2 wird jeweils die Wortfolge „Leistungsempfängerinnen/Leistungsempfänger“ durch die Wortfolge „Patientinnen/Patienten“ ersetzt.

23. In § 6 Abs. 4 Z 1 lit. d und Z 2 lit. c wird die Wortfolge „bzw. Gemeindecennziffer“ durch einen Beistrich und das Wort „Gemeindecod“ ersetzt.

24. Dem § 6 Abs. 4 Z 2 wird folgende lit e angefügt:

„e) Kostenstellenplan,“

25. In § 6 Abs. 4 Z 4 entfällt das Wort „ambulanten“.

26. § 6 Abs. 4 Z 5 lautet:

„5. zu den Diagnosen,

- a) sofern dies im Rahmen von Modellprojekten der Bundesgesundheitsagentur vorgesehen ist und diese auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen veröffentlicht sind,
- b) sofern dies im Rahmen der jährlich zu wartenden Abrechnungsmodelle vorgesehen ist.“

27. § 6a lautet:

„§ 6a. Die Träger von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, haben den Landesgesundheitsfonds die Daten gemäß § 6 Abs. 4 einschließlich des Geburtsdatums zur Errechnung der Altersgruppen und einschließlich der Aufnahmezahl zum Zwecke der Erstellung der Datensatz-ID für das erste Halbjahr bis zum 31. August des laufenden Jahres sowie für das vorangegangene Kalenderjahr bis zum 28. Februar des laufenden Jahres zu übermitteln. Die Unfallversicherungsträger haben zu den genannten Terminen für ihre Akutkrankenanstalten die Daten gemäß § 6 Abs. 4 an das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen zu übermitteln, wobei die Aufnahmezahl durch eine mittels Einweg-Ableitung erstellte nicht rückrechenbare Datensatz-ID und das Geburtsdatum durch die entsprechende Altersgruppe zu ersetzen sind. Für die Zuordnung der Datensätze ist das Kontaktdaten (Ereignisdatum) maßgeblich.“

28. § 6b lautet:

„§ 6b. Die Landesgesundheitsfonds haben dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen die von ihnen überprüften und gegebenenfalls korrigierten Daten gemäß § 6 Abs. 4 für das erste Halbjahr bis zum 30. September des laufenden Jahres sowie für das vorangegangene Kalenderjahr bis zum 31. März des laufenden Jahres zu übermitteln. Dabei ist die Aufnahmezahl durch eine mittels Einweg-Ableitung erstellte nicht rückrechenbare Datensatz-ID zu ersetzen.“

29. In § 6c Abs. 1 Z 1 wird die Wortfolge „vom Bundesminister für Gesundheit“ durch die Wortfolge „von der Bundesministerin/vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen“ ersetzt.

30. In § 6c Abs. 1 Z 2 wird die Wortfolge „des Bundesministers für Gesundheit“ durch die Wortfolge „der Bundesministerin/des Bundesministers für Gesundheit und Frauen“ sowie die Wortfolge „vom Bundesminister für Gesundheit“ durch die Wortfolge „von der Bundesministerin/vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen“ ersetzt.

31. In § 6c Abs. 1 Z 2 lit. a wird die Wortfolge „Leistungsempfängerin/des Leistungsempfängers“ durch die Wortfolge „Patientin/des Patienten“ ersetzt.

32. § 6c Abs. 2 bis 8 lautet:

„(2) Der Hauptverband hat dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen die Daten gemäß Abs. 1 für den extramuralen ambulanten Bereich für das erste Halbjahr bis zum 31. Jänner des folgenden Jahres sowie für das vorangegangene Kalenderjahr bis zum 20. Juli des laufenden Jahres zu übermitteln. Der Hauptverband hat dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen die Daten gemäß Abs. 1 für den

intramuralen ambulanten Bereich für das erste Halbjahr bis 30. September des laufenden Jahres sowie für das vorangegangene Kalenderjahr bis 31. März des laufenden Jahres zu übermitteln. Für die Zuordnung der Datensätze ist jeweils das Kontaktdatum (Ereignisdatum) maßgeblich.

(3) Der technische Prozess zur Generierung der Pseudonyme ist so zu gestalten, dass keine Möglichkeit des Zugriffes auf die automatisierten Verarbeitungen im HSM während des Pseudonymisierungsvorgangs gemäß Abs. 1 Z 2 besteht.

(4) Die erstmalige Konfiguration des HSM hat in den Räumlichkeiten der beim Hauptverband (datenschutzrechtlicher Dienstleister) eingerichteten Pseudonymisierungsstelle unter Anwesenheit einer Vertreterin/eines Vertreters des datenschutzrechtlichen Auftraggebers (Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen) und unter der Aufsicht einer Bestätigungsstelle gemäß § 7 SVG zu erfolgen. Der gesamte Vorgang ist zu protokollieren.

(5) Nach der erstmaligen Konfiguration gemäß Abs. 4 ist die Sicherungskopie der verwendeten kryptografischen Schlüssel an eine Bestätigungsstelle gemäß § 7 SVG zu übergeben und von dieser sicher und geheim zu verwahren. Die Sicherungskopie darf ausschließlich zu folgenden Zwecken und nur mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen verwendet werden:

1. für die Wiederherstellung der Konfiguration eines HSM im Störfall sowie
2. für Konfigurationen zusätzlicher erforderlicher HSM (Erweiterungsfall).

Diese Konfigurationen haben in den Räumlichkeiten der beim Hauptverband eingerichteten Pseudonymisierungsstelle unter Anwesenheit einer Vertreterin/eines Vertreters des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen und unter der Aufsicht einer Bestätigungsstelle gemäß § 7 SVG zu erfolgen. Der gesamte Vorgang ist zu protokollieren.

(6) Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pseudonymisierungsstelle sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Tatsachen verpflichtet. Die Pflicht besteht auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit. Insbesondere ist für die Einhaltung der Datenverwendungsgrundsätze gemäß § 6 DSGVO 2000 sowie der Datensicherheitsmaßnahmen gemäß § 14 DSGVO 2000 zu sorgen.

(7) Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pseudonymisierungsstelle müssen über ihre nach den innerorganisatorischen Datenschutzvorschriften, einschließlich der Datensicherheitsvorschriften, bestehenden Pflichten belehrt werden. Über die Verschwiegenheitsverpflichtung sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Aufnahme ihrer Tätigkeit nachweislich zu informieren.

(8) Die Einhaltung des Datenschutzes im Rahmen der Pseudonymisierung und der damit zusammenhängenden Prozesse muss durch einen/eine unabhängigen/unabhängige externen/externe Gutachter/Gutachterin bei regelmäßigen Audits geprüft und bestätigt werden. Für die Durchführung der Audits gilt Folgendes:

1. Ein erstes Audit ist im Zuge der erstmaligen Konfiguration des HSM und weitere Audits sind regelmäßig, zumindest aber alle zwei Jahre durchzuführen.
2. Die beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eingerichtete Pseudonymisierungsstelle hat die Durchführung der Audits durch eigenes Personal zu unterstützen und dafür Sorge zu tragen, dass der/die externe Gutachter/Gutachterin Zugriff auf alle für die Durchführung der Audits notwendigen Informationen erhält.
3. Die Auswahl und die Beauftragung des/der externen Gutachters/Gutachterin erfolgen durch das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
4. Der/Die externe Gutachter/Gutachterin darf vom verwendeten kryptografischen Schlüssel keine Kenntnis erlangen.“

### 33. § 6d lautet:

„§ 6d. Die Träger der Sozialversicherung und der Krankenfürsorgeanstalten – letztere, wenn sie die Daten ihrer Versicherten EDV-unterstützt verwalten – haben dem Hauptverband die für die Meldung des Hauptverbandes nach § 6c Abs. 2 erforderlichen von ihnen überprüften und gegebenenfalls korrigierten Daten quartalsweise für das jeweilige zweitvorrangegangene Quartal jeweils bis zum 31. August und 30. November des laufenden Jahres sowie bis zum 28. Februar und 31. Mai des folgenden Jahres zur Verfügung zu stellen.“

34. In § 7 Abs. 2 wird die Wortfolge „des Bundesministers für Gesundheit“ durch die Wortfolge „der Bundesministerin/des Bundesminister für Gesundheit und Frauen“ sowie die Wortfolge „dem Bundesminister für Gesundheit“ durch die Wortfolge „der Bundesministerin/dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen“ ersetzt.

35. In § 10 wird die Wortfolge „gemäß §§ 1, 2 oder 8“ durch die Wortfolge „gemäß §§ 1a, 2 oder 8“ ersetzt.

36. Dem § 12 wird folgender Abs. 7 angefügt:

„(7) Die § 1, § 1a Abs. 1 und 2, § 2 Abs. 1 bis 4, § 3 Abs. 2, § 4 Abs. 1 Z 2, Abs. 3 und Abs. 5, § 5, § 5a, § 5b, § 6 Abs. 4, § 6a, § 6b, § 6c, § 6d, § 6g Z 2 und § 10 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2016 sind erstmals auf die Datenmeldungen für das Berichtsjahr 2017 anzuwenden.“

37. In § 13 wird die Wortfolge „der Bundesminister für Gesundheit“ durch die Wortfolge „die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen“ ersetzt.