

Textgegenüberstellung

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

Artikel 2

Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten

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

a) Standardkrankenanstalten nach Maßgabe der Abs. 4 und 5 mit Abteilungen zumindest für:

1. Chirurgie und

2. Innere Medizin;

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. 5 mit Abteilungen zumindest für:

1. Augenheilkunde,

2. Chirurgie,

3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe *einschließlich Perinatologie*,

4. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten,

5. Haut- und Geschlechtskrankheiten,

6. Innere Medizin,

7. Kinderheilkunde *einschließlich Neonatologie*,

8. Neurologie und Psychiatrie,

9. Orthopädie,

10. Unfallchirurgie und

11. Urologie;

ferner müssen Einrichtungen für Anästhesiologie, für Hämodialyse, für

§ 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. 5 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

Geltende Fassung

Strahlendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin, für Physikalische Medizin, und für Intensivpflege 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 Anstalsapotheke, 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) ...

(3) Die Landesgesetzgebung kann bestimmen, dass 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. Ferner kann die Landesgesetzgebung bestimmen, dass von der Errichtung einzelner im Abs. 1 lit. b vorgesehenen Abteilungen abgesehen werden kann, wenn in jenem Einzugsbereich, in dem die Krankenanstalt vorgesehen ist, die betreffenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkte in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.

Vorgeschlagene Fassung

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 Anstalsapotheke, 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) ...

(3) Die Landesgesetzgebung kann insbesondere 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

Geltende Fassung

(4) Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass Standardkrankenanstalten, die mit 1. Jänner 2011 über eine rechtskräftige Errichtungs- und Betriebsbewilligung verfügen, als Standardkrankenanstalten der Basisversorgung geführt werden dürfen, wenn sie über einen natürlichen Einzugsbereich von weniger als 50.000 Einwohnern verfügen und/oder wenn eine rasche Erreichbarkeit einer Standardkrankenanstalt gemäß Abs. 1 lit. a oder einer Krankenanstalt höherer Versorgungsstufe gemäß Abs. 1 lit. b oder c vorliegt. Für Standardkrankenanstalten der Basisversorgung gilt Folgendes:

1. Standardkrankenanstalten der Basisversorgung müssen zumindest:
 - a) eine Abteilung für Innere Medizin ohne weitere Spezialisierung führen,
 - b) eine auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) beschränkte und in einer reduzierten Organisationsform gemäß § 2b Abs. 2 Z 3 oder 4 geführte Organisationseinheit zur Sicherstellung der Basisversorgung in der Chirurgie führen und
 - c) eine permanente Erstversorgung von Akutfällen samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Versorgungsstruktur gewährleisten.
2. Darüber hinaus können weitere auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG beschränkte reduzierte Organisationsformen gemäß § 2b in Verbindung mit Abs. 5 für operativ tätige Fachrichtungen geführt werden.
3. Die Organisation der entsprechend dem Patientenbedarf erforderlichen komplexeren medizinischen Versorgung ist durch Kooperation mit einer Standardkrankenanstalt gemäß Abs. 1 lit. a, einer Krankenanstalt höherer Versorgungsstufe gemäß Abs. 1 lit. b oder c oder einer geeigneten Sonderkrankenanstalt gemäß § 2 Abs. 1 Z 2 sicherzustellen.
4. Eine Erweiterung des Leistungsspektrums über die Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG hinaus ist unzulässig.
5. Bei Bedarf sind entsprechend § 18 ergänzende Einrichtungen für

Vorgeschlagene Fassung

erforderlichen Versorgungsstufe und Erfüllung der zugehörigen Anforderungen in einer anderen Krankenanstalt bereits bestehen und ein zusätzlicher Bedarf nicht gegeben ist.

- (4) entfällt

Geltende Fassung

Akutgeriatrie/Remobilisation oder Remobilisation/Nachsorge mit zu berücksichtigen. Die Fortführung sonstiger bestehender Fachrichtungen, soweit sie konservativ tätig sind, in einer Organisationsform gemäß § 2b ist nur in Ausnahmefällen zulässig und wenn dies im jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit vorgesehen ist.

6. Standardkrankenanstalten der Basisversorgung können auch als dislozierte Betriebsstätten einer räumlich nahen Standardkrankenanstalt gemäß Abs. 1 lit. a oder einer Krankenanstalt einer höheren Versorgungsstufe gemäß Abs. 1 lit. b oder c geführt werden.

(5) ...

Errichtungs- und Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten

§ 3. (1) ...

(2) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 1 darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

- a) ...
- b) ...
- c) ...
- d) ...

(2a) ...

(2b) Für Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden (im Folgenden: Fondskrankenanstalten), ist ein Bedarf gegeben, wenn die Errichtung nach dem Anstaltszweck und in Aussicht genommenen Leistungsangebot dem jeweiligen mit dem Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) abgestimmten Landeskrankenanstaltenplan (§10a) entspricht.

(2c) ...

Vorgeschlagene Fassung

Errichtungs- und Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten

§ 3. (1) ...

(2) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 1 darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

- a) ...
- b) ...
- c) ...
- d) ...

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.

(2a) ...

(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.

(2c) ...

Geltende Fassung	Vorgeschlagene Fassung
(3) ...	(3) ...
	„(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.
(4) ...	(4) ...
(5) ...	(5) ...
Zulassungsverfahren für selbstständige Ambulatorien	Zulassungsverfahren für selbstständige Ambulatorien
§ 3a. (1) ...	§ 3a. (1) ...
(2) Die Bewilligung zur Errichtung darf nur erteilt werden, wenn insbesondere	(2) Die Bewilligung zur Errichtung darf nur erteilt werden, wenn insbesondere
1. ...	1. ...
2. ...	2. ...
3. ...	3. ...
4. ...	4. ...
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.	(3) ...
(3) ...	(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

Geltende Fassung

- (4) ...
- (5) ...

§ 10a. (1) Die Landesgesetzgebung hat die Landesregierung zu verpflichten, auf Basis der gemeinsamen Festlegungen in der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit im Rahmen eines Regionalen Strukturplanes Gesundheit für Fondskrankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des *Bundes-Zielsteuerungsvertrages* gemäß § 8 des *Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 81/2013* und des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) befindet. Dabei sind, um eine verbindliche österreichweit auf einheitlichen Grundsätzen basierende *Krankenanstalten- und Großgeräteplanung* mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die im ÖSG vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und -methoden zu berücksichtigen.

- (2) ...
- (3) ...
- (4) ...

Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege.

§ 18. (1) ...

(2) Je nach den örtlichen Verhältnissen ist für 50.000 bis 90.000 Bewohner eine Standardkrankenanstalt (§ 2a Abs. 1 lit. a und Abs. 4) und für 250.000 bis 300.000 Bewohner eine Schwerpunktkrankenanstalt (§ 2a Abs. 1 lit. b)

Vorgeschlagene Fassung

prüfen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist Abs. 3 sinngemäß anzuwenden.

- (4) ...
- (5) ...

(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.

§ 10a. (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.

- (2) ...
- (3) ...
- (4) ...

Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege.

§ 18. (1) ...

(2) entfällt

Geltende Fassung

einzurichten; von der Errichtung einer Standardkrankenanstalt kann abgesehen werden, wenn im jeweiligen Einzugsgebiet die Voraussetzungen des § 2a Abs. 1 lit. a oder Abs. 4 durch Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten erfüllt werden, die von einer Schwerpunktkrankenanstalt disloziert geführt werden; in jedem Land, dessen Einwohnerzahl eine Million übersteigt, soll ferner eine Zentralkrankenanstalt (§ 2a Abs. 1 lit. c) eingerichtet werden. Die Landesgesetzgebung kann bestimmen, dass bei Vorliegen besonderer topographischer oder verkehrsmäßiger Verhältnisse diese Zahlen sowohl unter- als auch überschritten werden dürfen, jedoch ist in jedem Land mindestens eine Schwerpunktkrankenanstalt einzurichten.

(3) und (4) ...

Bundesgesundheitsagentur

§ 56a. Zur Wahrnehmung der Aufgaben gemäß der §§ 21 und 22 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit sowie der Aufgaben im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen dieses Gesetzes ist beim Bundesministerium für Gesundheit die Bundesgesundheitsagentur als Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten.

Zweckzuschüsse des Bundes

§ 57 (1) Der Bund hat der Bundesgesundheitsagentur gemäß § 56a im Jahr 2008 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. 1,416% des Aufkommens an der Umsatzsteuer im Jahr 2008 nach Abzug des im § 8 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2008, BGBl. I Nr. 103/2007, genannten Betrages und
2. 258.426.240,71 Euro.

(2) Der Bund hat der Bundesgesundheitsagentur gemäß § 56a ab dem Jahr 2009 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

Vorgeschlagene Fassung

(3) und (4) ...

Bundesgesundheitsagentur

§ 56a. Zur Wahrnehmung der Aufgaben gemäß der § 27 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.

Zweckzuschüsse des Bundes

§ 57 (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)..

(2) entfällt

Geltende Fassung	Vorgeschlagene Fassung
Krankenanstalten sind, zu gewähren:	
<ol style="list-style-type: none">1. Einen Betrag in Höhe eines Anteiles am Aufkommen an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel (§ 9 Abs. 1 FAG 2008) ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8 Abs. 2 FAG 2008, wobei dieser Anteil als Verhältnis des Betrages gemäß Abs. 1 Z 1 zu den Aufkommen an diesen Abgaben im Jahr 2008 ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8 Abs. 2 FAG 2008 ermittelt wird und2. einen Betrag in Höhe eines Anteiles am Aufkommen an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel (§ 9 Abs. 1 FAG 2008) ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8 Abs. 2 FAG 2008, wobei dieser Anteil als Verhältnis des Betrages von 258.426.240,71 Euro zu den Aufkommen an diesen Abgaben im Jahr 2008 ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8 Abs. 2 FAG 2008 ermittelt wird.	
(3) und (4) ...	(3) und (4) ...
§ 59. (1) bis (5) ...	§ 59. (1) bis (5) ...
(6) Die Mittel der Bundesgesundheitsagentur gemäß § 57 Abs. 4 Z 5 sind gemäß der nachfolgenden Bestimmungen aufzuteilen:	(6) Die Mittel der Bundesgesundheitsagentur gemäß § 57 Abs. 4 Z 5 sind gemäß der nachfolgenden Bestimmungen aufzuteilen:
1. ...	1. ...
2. Sodann sind	2. Sodann sind
a) die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens im Ausmaß von 2,9 Mio. Euro jährlich, im Bedarfsfall aufgrund eines einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung gefassten Beschlusses der Bundesgesundheitskommission von maximal 3,4 Mio. Euro jährlich,	a) jährlich 3,4 Millionen Euro zur Förderung des Transplantationswesens,
b) die Mittel für die Finanzierung von Projekten und Planungen im Ausmaß von 5 Mio. Euro jährlich,	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) die Mittel zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen und zur Förderung wesentlicher Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie Behandlungsmaßnahmen mit überregionaler Bedeutung, insbesondere mit Bezug zu den Rahmen-Gesundheitszielen im Ausmaß von 3,5 Millionen Euro jährlich und	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

Geltende Fassung

d) nach Vorliegen einer Kosten-Nutzenbewertung sowie nach Maßgabe von einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung gefassten Beschlüssen der Bundesgesundheitskommission maximal insgesamt 10 Millionen Euro (für den Zeitraum 2008 bis 2013) für die Konzeption, Umsetzung und den Betrieb der Architekturkomponenten gemäß den Planungen für die erste Umsetzungsphase der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) und nach Maßgabe von Beschlüssen der Bundesgesundheitskommission maximal insgesamt 10 Millionen Euro (für den Zeitraum 2014 bis 2016) zur Finanzierung der ELGA abzuziehen und von der Bundesgesundheitsagentur einzubehalten und gemäß § 59d und § 59e bzw. entsprechend der Beschlüsse der Bundesgesundheitskommission zu verwenden.

abzuziehen und von der Bundesgesundheitsagentur einzubehalten und gemäß § 59d und § 59e bzw. entsprechender Beschlüsse der Bundesgesundheitskommission zu verwenden.

3. Von den nach den Abzügen gemäß Z 2 verbleibenden Mitteln sind weiters allfällige für Anstaltpflege im Ausland aufzuwendende Mittel jährlich abzuziehen und gemäß Art. 45 Abs. 2 der für die Jahre 2008 bis einschließlich 2013 abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zu verwenden.

4. und 5. ...

§ 59a. Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur sind:

(1) Die Bundesgesundheitsagentur hat im Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens in Österreich die Aufgaben gemäß § 21 Abs. 1 und § 22 Abs. 1 bis 3 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit unter Berücksichtigung gesamtökonomischer Auswirkungen sowie regionaler und länderspezifischer Erfordernisse wahrzunehmen.

(2) ...

§ 59d. (1) bis (3) ...

(4) In der *Bundesgesundheitskommission* werden Richtlinien über die

Vorgeschlagene Fassung

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 Anstaltpflege im Ausland aufzuwendende Mittel jährlich abzuziehen und gemäß Art. 44 Abs. 2 der für die Jahre 2017 bis einschließlich 2020 abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zu verwenden.

4. und 5. ...

§ 59a. Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur sind:

(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.

(2) ...

§ 59d. (1) bis (3) ...

(4) In der *Bundes-Zielsteuerungskommission* werden Richtlinien über die

Geltende Fassung

Verwendung der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens erlassen.

(5) ...

§ 59e. (1) ...

(2) Die geförderten Maßnahmen haben sich an den von der *Bundesgesundheitskommission* beschlossenen Grundsätzen der Mittelvergabe und den Vergabe- und Qualitätskriterien der „Strategie zur Verwendung der Vorsorgemittel“ zu orientieren. Des Weiteren sind auch ergänzende von der *Bundesgesundheitskommission* beschlossene Richtlinien einzuhalten. Die Maßnahmen haben der Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele zu dienen.

(3) Die Verwendung der Mittel gemäß Abs. 1 wird in der *Bundesgesundheitskommission* festgelegt.

(4) ...

Vorgeschlagene Fassung

Verwendung der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens erlassen.

(5) ...

§ 59e. (1) ...

(2) Die geförderten Maßnahmen haben sich an den von der *Bundes-Zielsteuerungskommission* beschlossenen Grundsätzen der Mittelvergabe und den Vergabe- und Qualitätskriterien der „Strategie zur Verwendung der Vorsorgemittel“ zu orientieren. Des Weiteren sind auch ergänzende von der *Bundes-Zielsteuerungskommission* beschlossene Richtlinien einzuhalten. Die Maßnahmen haben der Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele zu dienen

(3) Die Verwendung der Mittel gemäß Abs. 1 wird in der *Bundes-Zielsteuerungskommission* festgelegt.

(4) ...

§ 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

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

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 Höchstmaß 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.

§ 59g. Für die Organisation der Bundesgesundheitsagentur gelten die §§ 20 bis 22 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit.

§ 59h. ...

§ 59h. Für die Organisation der Bundesgesundheitsagentur gelten die §§ 25 bis 27 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit.

§ 59i. ...

Geltende Fassung	Vorgeschlagene Fassung
<p>§ 59i. (1) und (2) ...</p> <p>(3) Die finanziellen Leistungen der Bundesgesundheitsagentur an die Landesgesundheitsfonds und die Mittel gemäß §§ 59d und 59e unterliegen weder der Umsatzsteuer noch den Steuern vom Einkommen und Vermögen.</p>	<p>§ 59j. (1) und (2) ...</p> <p>(3) Die finanziellen Leistungen der Bundesgesundheitsagentur an die Landesgesundheitsfonds und die Mittel gemäß §§ 59d bis 59g unterliegen weder der Umsatzsteuer noch den Steuern vom Einkommen und Vermögen.</p>
<p>§ 59j. Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat auf der Homepage des Bundesministeriums jedenfalls</p>	<p>§ 59k. Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat auf der Homepage des Bundesministeriums jedenfalls</p>
<ol style="list-style-type: none">1. ...2. ...3. ... <p>4. den aktuellen Bundes-Zielsteuerungsvertrag gemäß § 8 des Bundesgesetzes <i>zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit</i> zu veröffentlichen.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. ...2. ...3. ... <p>4. den aktuellen Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene gemäß § 10 <i>Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz</i> zu veröffentlichen.</p>
<p>§ 65b. (1) bis (3) ...</p>	<p>§ 65b. (1) bis (3) ...</p> <p>(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.</p> <p>(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.</p> <p>(6) Die §§ 56a, 57, 59, 59a, 59d, 59e, 59g bis 59k und 67 Abs. 2 Z 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2016 treten mit 1. Jänner 2017 in Kraft.</p> <p>(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..</p>
<p>§ 67 (1) ...</p>	<p>§ 67 (1) ...</p>
<p>(2) Mit der Vollziehung</p>	<p>(2) Mit der Vollziehung</p>

Geltende Fassung	Vorgeschlagene Fassung
Z 1 bis 3 ...	Z 1 bis 3 ...
4. der §§ 56a bis 59h ist <i>der Bundesminister für Gesundheit</i> im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,	4. der §§ 56a bis 59i ist <i>die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen</i> im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,
5. der §§ 59i und 64 ist der Bundesminister für Finanzen und	5. der §§ 59j und 64 ist der Bundesminister für Finanzen und
Z 6 ...	Z 6 ...
betraut.	betraut.

Artikel 3 **Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes**

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

§ 31. (1) bis (4) ...

(5) Richtlinien im Sinne des Abs. 2 Z 3 sind aufzustellen:

1. bis 16a. ...

16b. für Gesundheitsförderung und Prävention mit Bezug zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen oder Verhältnissen sowie Krankheitsrisiken, präventiv beeinflussbaren Krankheiten oder Bedarfen spezifischer Bevölkerungsgruppen nach § 19 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes – G-ZG, BGBI. I Nr. 81/2013;

17. bis 37. ...

(5a) bis (16) ...

§ 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, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens zu beteiligen. Der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger haben die dabei abgestimmten Ergebnisse (zB Österreichischer Strukturplan Gesundheit) in ihrem Verwaltungshandeln und bei der Planung und Umsetzung der Versorgung der Versicherten mit dem Ziel eines optimierten Mitteleinsatzes *durch koordiniertes Vorgehen* zu beachten.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

§ 31. (1) bis (4) ...

(5) Richtlinien im Sinne des Abs. 2 Z 3 sind aufzustellen:

1. bis 16a. ...

16b. für Gesundheitsförderung und Prävention mit Bezug zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen oder Verhältnissen sowie Krankheitsrisiken, präventiv beeinflussbaren Krankheiten oder Bedarfen spezifischer Bevölkerungsgruppen nach § 9 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes – G-ZG, BGBI. I Nr. xx/2016;

17. bis 37. ...

(5a) bis (16) ...

§ 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.

Geltende Fassung

(2) Der Hauptverband hat jeweils Vertreterinnen/Vertreter nach Maßgabe des § 21 Abs. 2 Z 2 G-ZG in die Bundesgesundheitskommission, nach Maßgabe des § 22 Abs. 4 Z 2 G-ZG in die Bundes-Zielsteuerungskommission sowie nach Maßgabe des § 24 Abs. 1 G-ZG in die jeweiligen Gesundheitsplattformen im Rahmen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden.

(3) Die gesetzlichen Krankenversicherungsträger haben nach § 24 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-Zielsteuerungsverträge fortgeführt werden, im Bedarfsfall die erforderlichen Mittel zu überweisen.

- (5) Die Sozialversicherungsträger sind verpflichtet, auf elektronischem Weg
1. der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds auf deren Anforderung die zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigten Daten in entsprechend aufbereiteter und nachvollziehbarer Form zu übermitteln und
 2. 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.

Der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger sind verpflichtet, die Daten entsprechend den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Dokumentation im

Vorgeschlagene Fassung

(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

Geltende Fassung

Gesundheitswesen, BGBI. I Nr. 745/1996, 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.

Beteiligung an der Zielsteuerung-Gesundheit

§ 84c. Der Hauptverband und die Träger der Krankenversicherung haben sich an der Zielsteuerung-Gesundheit nach dem G-ZG zu beteiligen und sind zum Abschluss entsprechender Verträge, insbesondere im Sinne der Abschnitte 4 und 5 G-ZG (insbesondere § 17 Abs. 1 Z 6 und Abs. 2 Z 7 G-ZG) berechtigt.

Verordnungsermächtigung, Werbeverbot

§ 351g. (1) bis (1c) ...

(2) In der Verordnung nach Abs. 1 wird das Verfahren der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission geregelt. Dieser Kommission sind alle Anträge auf Aufnahme (einschließlich aller Änderungen) einer Arzneispezialität in den Erstattungskodex vorzulegen. Diese Kommission ist auch anzuhören, wenn der Hauptverband von sich aus eine Veränderung im Erstattungskodex beabsichtigt. Die Kommission hat dem Hauptverband insbesondere zu empfehlen

1. ...
2. ...
3. ...
4. ...

Die Empfehlungen der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission haben den Kriterien der Wissenschaft, der Transparenz und der gesundheitsökonomischen Bewertungen zu entsprechen und die Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission zu den von der gemeinsamen Medikamentenkommission (§ 13 Abs. 2 G-ZG) ausgesprochenen Empfehlungen zu berücksichtigen. Die Sitzungen sind nicht öffentlich.

(3) bis (5) ...

Vorgeschlagene Fassung

Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH, BGBI. I Nr. 132/2006 und des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBI. 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.

Beteiligung an der Zielsteuerung-Gesundheit

§ 84c. Der Hauptverband und die Träger der Krankenversicherung haben sich an der Zielsteuerung-Gesundheit nach dem G-ZG zu beteiligen und sind zum Abschluss entsprechender Verträge, insbesondere im Sinne der Abschnitte 4 und 5 G-ZG berechtigt.

Verordnungsermächtigung, Werbeverbot

§ 351g. (1) bis (1c) ...

(2) In der Verordnung nach Abs. 1 wird das Verfahren der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission geregelt. Dieser Kommission sind alle Anträge auf Aufnahme (einschließlich aller Änderungen) einer Arzneispezialität in den Erstattungskodex vorzulegen. Diese Kommission ist auch anzuhören, wenn der Hauptverband von sich aus eine Veränderung im Erstattungskodex beabsichtigt. Die Kommission hat dem Hauptverband insbesondere zu empfehlen

1. ...
2. ...
3. ...
4. ...

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

(3) bis (5) ...

Geltende Fassung Aufgaben der Trägerkonferenz	Vorgeschlagene Fassung Aufgaben der Trägerkonferenz
§ 441d. (1) ...	§ 441d. (1) ...
(2) Der Trägerkonferenz obliegt unbeschadet der in den §§ 31 Abs. 5a, 31b Abs. 2 und 447b Abs. 2 genannten Aufgaben: 1. bis 13. ... 14. die Entsendung von Vertreterinnen/Vertretern in die Bundesgesundheitskommission nach § 21 Abs. 2 Z 2 G-ZG und in die Bundes-Zielsteuerungskommission nach § 22 Abs. 4 Z 2 G-ZG.	(2) Der Trägerkonferenz obliegt unbeschadet der in den §§ 31 Abs. 5a, 31b Abs. 2 und 447b Abs. 2 genannten Aufgaben: 1. bis 13. ... 14. die Entsendung von Vertreterinnen/Vertretern in die Bundesgesundheitskommission nach § 30 Abs. 2 Z 4 und in die Bundes-Zielsteuerungskommission nach § 26 Abs. 1 G-ZG.
Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen	Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen
§ 447a. (1) bis (9) ...	§ 447a. (1) bis (9) ...
(11) und (12) ...	(10) <i>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.</i> (11) und (12) ...
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	
Verwendung der Mittel	Verwendung der Mittel
Zustimmung der Kontrollversammlung	Zustimmung der Kontrollversammlung
§ 210. (1) In folgenden Angelegenheiten bedürfen Beschlüsse des Vorstandes	§ 210. (1) In folgenden Angelegenheiten bedürfen Beschlüsse des Vorstandes

Geltende Fassung
zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung der Kontrollversammlung:

- 1. bis 8. ...
- 9. der Abschluss von Landes-Zielsteuerungsverträgen nach dem Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG, BGBl. I Nr. 81/2013.
- (2) und (3) ...

Vorgeschlagene Fassung
zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung der Kontrollversammlung:

- 1. bis 8. ...
- 9. der Abschluss von Landes-Zielsteuerungsverträgen nach dem Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG, BGBl. I Nr. xx/2016.
- (2) und (3) ...

Schlussbestimmungen 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

Verwendung der Mittel

Zustimmung der Kontrollversammlung

§ 198. (1) In folgenden Angelegenheiten bedürfen Beschlüsse des Vorstandes zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung der Kontrollversammlung:

- 1. bis 8. ...
- 9. der Abschluss von Landes-Zielsteuerungsverträgen nach dem Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG, BGBl. I Nr. 81/2013.
- (2) und (3) ...

Verwendung der Mittel

Zustimmung der Kontrollversammlung

§ 198. (1) In folgenden Angelegenheiten bedürfen Beschlüsse des Vorstandes zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung der Kontrollversammlung:

- 1. bis 8. ...
- 9. der Abschluss von Landes-Zielsteuerungsverträgen nach dem Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG, BGBl. I Nr. xx/2016.
- (2) und (3) ...

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

Verwendung der Mittel

Zustimmung der Kontrollversammlung

§ 147a. (1) In folgenden Angelegenheiten bedürfen Beschlüsse des Vorstandes zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung der Kontrollversammlung:

§ 147a. (1) In folgenden Angelegenheiten bedürfen Beschlüsse des Vorstandes zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung der Kontrollversammlung:

Verwendung der Mittel

Zustimmung der Kontrollversammlung

Geltende Fassung	Vorgeschlagene Fassung
1. bis 8. ...	1. bis 8. ...
9. der Abschluss von Landes-Zielsteuerungsverträgen nach den Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG, BGBl. I Nr. 81/2013.	9. der Abschluss von Landes-Zielsteuerungsverträgen nach den Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG, BGBl. I Nr. xxx/2016.
(2) und (3) ...	(2) und (3) ...
	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

Zulassungsverfahren für Gruppenpraxen im Rahmen der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung

§ 52c. (1) ...

(2) Eine Gesellschaft oder Vorgesellschaft ist als Gruppenpraxis zuzulassen, wenn unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG hinsichtlich

(3) bis (7) ...

Zulassungsverfahren für Gruppenpraxen im Rahmen der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung

§ 52c. (1) ...

(2) Eine Gesellschaft oder Vorgesellschaft ist als Gruppenpraxis zuzulassen, wenn unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG, *insbesondere allfälliger rechtsverbindlich festgelegter Teile*, hinsichtlich

(3) bis (7) ...

Artikel 8

Änderung des Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH

Aufgaben der Gesellschaft

§ 4. (1) bis (5) ...

Aufgaben der Gesellschaft

§ 4. (1) bis (5) ...

(6) Zur Gewährleistung der Steuerung, Planung und Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgt die unentgeltliche Bereitstellung von Dokumentationsdaten (LKF-Daten für den stationären Bereich bzw. Leistungsdocumentation 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:

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

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.*

Datenschutz und Verschwiegenheit

§ 15. (1) Die gemäß § 4 Abs. 1 bis 4 verwendeten Daten dürfen nicht auf Betroffene im Sinne des § 4 Z 3 Datenschutzgesetz 2000 (DSG 2000), BGBl. I Nr. 165/1999, rückführbar sein.

(2) bis (5) ...

In-Kraft-Treten

§ 25. (1) bis (3) ...

Datenschutz und Verschwiegenheit

§ 15. (1) Die gemäß § 4 Abs. 1 bis 4 und 6 verwendeten Daten dürfen nicht auf Betroffene im Sinne des § 4 Z 3 Datenschutzgesetz 2000 (DSG 2000), BGBl. I Nr. 165/1999, rückführbar sein.

(2) bis (5) ...

In-Kraft-Treten

§ 25. (1) bis (3) ...

(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.

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

Artikel 9

Änderung des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen

§ 1. Das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen bildet die den datenschutzrechtlichen Bestimmungen entsprechende rechtliche Grundlage für die Dokumentation von gesundheitsbezogenen Daten im intra- und extramuralen ambulanten und im stationären Versorgungsbereich sowie für die Verarbeitung der Daten von *Pfleglingen* bzw. *Leistungsempfänger-innen/Leistungsempfängern* sowie Leistungserbringerinnen /Leistungserbringern in pseudonymisierter Form für folgende Zwecke:

1. Zur Steuerung von Struktur, Organisation, Qualität und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung durch
 - a) langfristige Beobachtung von gesundheitspolitisch relevanten epidemiologischen Entwicklungen (Erkrankungen, Morbidität und Mortalität) und von krankheitsfallbezogenen Versorgungsabläufen zur Steigerung der Prozess- und Ergebnisqualität,
 - b) Durchführung einer am Patientenbedarf ausgerichteten integrierten Gesundheitsstrukturplanung, die alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und angrenzender Bereiche umfasst,
 - c) Weiterentwicklung von Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen insbesondere für sektorenübergreifende Leistungsverschiebungen,
2. für die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden, sektorenübergreifenden österreichischen Qualitätssystems insbesondere im Bereich der Ergebnisqualität, insbesondere zur Umsetzung von § 7 Abs. 2 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBI. I Nr. 81/2013, in der jeweils geltenden Fassung,
3. zur Sicherstellung einer sektorenübergreifenden Dokumentation in allen ambulanten und stationären Versorgungsbereichen,
4. für die Implementierung, Durchführung und Beobachtung (Monitoring) der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit gemäß Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit.

§ 1a. (1) Die Träger von Krankenanstalten haben nach der von der

§ 1. Das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen bildet die den datenschutzrechtlichen Bestimmungen entsprechende rechtliche Grundlage für die Dokumentation von gesundheitsbezogenen Daten im intra- und extramuralen ambulanten und im stationären Versorgungsbereich sowie für die Verarbeitung der Daten von *Patientinnen/Patienten* sowie Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern in pseudonymisierter Form für folgende Zwecke:

1. Zur Steuerung von Struktur, Organisation, Qualität und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung durch
 - a) langfristige Beobachtung von gesundheitspolitisch relevanten epidemiologischen Entwicklungen (Erkrankungen, Morbidität und Mortalität) und von krankheitsfallbezogenen Versorgungsabläufen zur Steigerung der Prozess- und Ergebnisqualität,
 - b) Durchführung einer am Patientenbedarf ausgerichteten integrierten Gesundheitsstrukturplanung, die alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und angrenzender Bereiche umfasst,
 - c) Weiterentwicklung von Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen insbesondere für sektorenübergreifende Leistungsverschiebungen,
2. für die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden, sektorenübergreifenden österreichischen Qualitätssystems insbesondere im Bereich der Ergebnisqualität, insbesondere zur Umsetzung von § 7 Abs. 2 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBI. I Nr. 81/2013, in der jeweils geltenden Fassung,
3. zur Sicherstellung einer sektorenübergreifenden Dokumentation in allen ambulanten und stationären Versorgungsbereichen,
4. für die Implementierung, Durchführung und Beobachtung (Monitoring) der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit gemäß Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit.

§ 1a. (1) Die Träger von Krankenanstalten haben nach der von der

Geltende Fassung

Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), in einer *vom Bundesminister für Gesundheit* unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herauszugebenden Fassung, die Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen *Pfleglinge* originär zu erfassen.

(2) Die Träger von Krankenanstalten sind weiters zur Erfassung von ausgewählten medizinischen *Einzelleistungen* auf der Grundlage eines *vom Bundesminister für Gesundheit* unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herauszugebenden Leistungskataloges verpflichtet. Umfang und Inhalt der Leistungserfassung haben den Erfordernissen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung Rechnung zu tragen.

§ 2. (1) Die Träger von Krankenanstalten, die nicht über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, haben auf der Grundlage der im § 1 Abs. 1 und 2 genannten Klassifikationen bis zum 31. März jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr *dem Bundesminister für Gesundheit* einen auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüften Bericht gemeinsam mit dem Bericht gemäß § 8 des Hauptstückes C vorzulegen.

(2) Die Träger von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, haben auf der Grundlage der im § 1 Abs. 1 und 2 genannten Klassifikationen bis zum 30. April jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr dem Landeshauptmann einen auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüften Bericht gemeinsam mit den Berichten gemäß § 7 Abs. 2 des Hauptstückes C vorzulegen. Die Einbindung der Landesgesundheitsfonds in diese Datenübermittlung ist zulässig. Weiters haben diese Krankenanstalten zu den in den landesgesetzlichen Bestimmungen über die Finanzierung durch den Landesgesundheitsfonds festgelegten Terminen Berichte dem Land oder dem Landesgesundheitsfonds vorzulegen.

(3) Die Berichte gemäß Abs. 1 und 2 und gemäß § 3 haben in maschinenlesbarer Form zu erfolgen und die Diagnosen der im Berichtszeitraum aus stationärer Behandlung entlassenen, verstorbenen oder in andere Krankenanstalten überstellten *Pfleglinge* sowie die während des stationären Aufenthaltes erbrachten ausgewählten medizinischen *Einzelleistungen* zu beinhalten. Weiters kann die Verordnung gemäß § 4 vorsehen, dass diese Berichte auch die Daten gemäß § 2 Abs. 4 Z 1 lit. a, b, d bis g, i und j sowie Z 2 lit. d für die

Vorgeschlagene Fassung

Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), in einer *von der Bundesministerin/vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen* unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herauszugebenden Fassung, die Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen *Patientinnen/Patienten* originär zu erfassen.

(2) Die Träger von Krankenanstalten sind weiters zur Erfassung von ausgewählten medizinischen *Leistungen* auf der Grundlage eines *von der Bundesministerin/vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen* unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herauszugebenden Leistungskataloges verpflichtet. Umfang und Inhalt der Leistungserfassung haben den Erfordernissen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung Rechnung zu tragen.

§ 2. (1) Die Träger von Krankenanstalten, die nicht über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, haben auf der Grundlage der im § 1a Abs. 1 und 2 genannten Klassifikationen bis zum 31. März jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr *der Bundesministerin/dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen* einen auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüften Bericht gemeinsam mit dem Bericht gemäß § 8 des Hauptstückes C vorzulegen.

(2) Die Träger von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, haben auf der Grundlage der im § 1a Abs. 1 und 2 genannten Klassifikationen bis zum 30. April jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr dem Landeshauptmann einen auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüften Bericht gemeinsam mit den Berichten gemäß § 7 Abs. 2 des Hauptstückes C vorzulegen. Die Einbindung der Landesgesundheitsfonds in diese Datenübermittlung ist zulässig. Weiters haben diese Krankenanstalten zu den in den landesgesetzlichen Bestimmungen über die Finanzierung durch den Landesgesundheitsfonds festgelegten Terminen Berichte dem Land oder dem Landesgesundheitsfonds vorzulegen.

(3) Die Berichte gemäß Abs. 1 und 2 und gemäß § 3 haben in maschinenlesbarer Form zu erfolgen und die Diagnosen der im Berichtszeitraum aus stationärer Behandlung entlassenen, verstorbenen oder in andere Krankenanstalten überstellten *Patientinnen/Patienten* sowie die während des stationären Aufenthaltes erbrachten ausgewählten medizinischen *Leistungen* zu beinhalten. Weiters kann die Verordnung gemäß § 4 vorsehen, dass diese Berichte auch die Daten gemäß § 2 Abs. 4 Z 1 lit. a, b, d bis g, i und j sowie Z 2 lit. d für die

Geltende Fassung

am Ende eines Berichtszeitraumes in der Krankenanstalt verbleibenden *Pfleglinge* zu enthalten haben.

(4) Der Bericht pro stationärem Krankenhausaufenthalt hat zu enthalten:

1. Administrative Daten:

- a) Krankenanstaltennummer,
- b) Aufnahmезahl,
- c) entlassende Abteilung,
- d) Geburtsdatum,
- e) Geschlecht,
- f) Staatsbürgerschaft,
- g) Postleitzahl des *Hauptwohnsitzes*,
- h) Kostenträger,
- i) Aufnahmedatum,
- j) Art der Aufnahme,
- k) Entlassungsdatum *und*
- l) Art der Entlassung.

2. Medizinische Daten:

- a) Hauptdiagnose,
- b) zusätzliche Diagnosen,
- c) ausgewählte medizinische *Einzelleistungen* und
- d) Verlegungen innerhalb der Krankenanstalt.

Die Träger von Krankenanstalten, die nicht über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, haben an Stelle der Aufnahmезahl gemäß Z 1 lit. b eine aus dieser durch Einweg-Ableitung gebildete nicht rückrechenbare Datensatz-Identifikationsnummer (im Folgenden Datensatz-ID) und anstelle des Geburtsdatums gemäß Z 1 lit. d Altersgruppen zu melden.

§ 3. (1) Die dem Landeshauptmann gemäß § 2 Abs. 2 vorzulegenden Diagnosen- und Leistungsberichte sind vom Landeshauptmann auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen, allenfalls richtigzustellen und von diesem gemeinsam mit den Berichten gemäß § 7 des Hauptstückes C *dem Bundesminister für Gesundheit* bis 31. Mai jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr in

Vorgeschlagene Fassung

am Ende eines Berichtszeitraumes in der Krankenanstalt verbleibenden *Patientinnen/Patienten* zu enthalten haben.

(4) Der Bericht pro stationärem Krankenaufenthalt hat zu enthalten:

1. Administrative Daten:

- a) Krankenanstaltennummer,
- b) Aufnahmезahl,
- c) entlassende Abteilung,
- d) Geburtsdatum,
- e) Geschlecht,
- f) Staatsbürgerschaft,
- g) Postleitzahl des *Wohnsitzes*,
- h) Kostenträger,
- i) Aufnahmedatum,
- j) Art der Aufnahme,
- k) Entlassungsdatum,
- l) Art der Entlassung *und*
- m) *Gemeindecode des Wohnsitzes*.

2. Medizinische Daten:

- a) Hauptdiagnose,
- b) zusätzliche Diagnosen,
- c) ausgewählte medizinische *Leistungen* und
- d) Verlegungen innerhalb der Krankenanstalt.

Die Träger von Krankenanstalten, die nicht über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, haben an Stelle der Aufnahmезahl gemäß Z 1 lit. b eine aus dieser durch Einweg-Ableitung gebildete nicht rückrechenbare Datensatz-Identifikationsnummer (im Folgenden Datensatz-ID) und anstelle des Geburtsdatums gemäß Z 1 lit. d Altersgruppen zu melden.

§ 3. (1) Die dem Landeshauptmann gemäß § 2 Abs. 2 vorzulegenden Diagnosen- und Leistungsberichte sind vom Landeshauptmann auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen, allenfalls richtigzustellen und von diesem gemeinsam mit den Berichten gemäß § 7 des Hauptstückes C *der Bundesministerin/dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen* bis 31. Mai jeden Jahres für das

Geltende Fassung

maschinenlesbarer Form vorzulegen. In diesem Bericht ist die Aufnahmезahl 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. Die Einbindung der Landesgesundheitsfonds in diese Datenübermittlung und die Prüfung dieser Daten ist zulässig.

(2) *Die Länder (Landesgesundheitsfonds) haben Diagnosen- und Leistungsberichte gemäß § 2 Abs. 3 und 4 der über den Landesgesundheitsfonds abgerechneten Krankenanstalten an den Bundesminister für Gesundheit für folgende Berichtszeiträume spätestens zu folgenden Terminen zu übermitteln:*

1. *einen Bericht über das erste Quartal bis 31. Mai des laufenden Jahres und*
2. *einen Bericht über das erste Halbjahr bis 30. September des laufenden Jahres.*

In diesen Berichten ist die Aufnahmезahl 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.

(3) ...

§ 4. (1) Der Bundesminister für Gesundheit hat durch Verordnung nähere Bestimmungen

1. über die Art der Datenübermittlung vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (im Folgenden Hauptverband), den Trägern der Krankenanstalten, den Landeshauptleuten und den Landesgesundheitsfonds sowie über die Art der Gliederung der Merkmale der im § 2 Abs. 4 genannten Daten und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung,
2. hinsichtlich der Generierung des Pseudonyms für die *Pfleglinge* sowie der technischen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die Pseudonymisierungen innerhalb der vom Hauptverband zu betreibenden Pseudonymisierungsstelle und
3. hinsichtlich der Einweg-Ableitung einer nicht rückrechenbaren Datensatz-ID aus der Aufnahmезahl

zu erlassen.

(2) *Der Bundesminister für Gesundheit* hat durch Verordnung nähere

Vorgeschlagene Fassung

vorangegangene Kalenderjahr in maschinenlesbarer Form vorzulegen. In diesem Bericht ist die Aufnahmезahl 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. Die Einbindung der Landesgesundheitsfonds in diese Datenübermittlung und die Prüfung dieser Daten ist zulässig.

(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 Aufnahmезahl 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.

(3) ...

§ 4. (1) Die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat durch Verordnung nähere Bestimmungen

1. über die Art der Datenübermittlung vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (im Folgenden Hauptverband), den Trägern der Krankenanstalten, den Landeshauptleuten und den Landesgesundheitsfonds sowie über die Art der Gliederung der Merkmale der im § 2 Abs. 4 genannten Daten und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung,
2. hinsichtlich der Generierung des Pseudonyms für die *Patientinnen/Patienten* sowie der technischen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die Pseudonymisierungen innerhalb der vom Hauptverband zu betreibenden Pseudonymisierungsstelle und
3. hinsichtlich der Einweg-Ableitung einer nicht rückrechenbaren Datensatz-ID aus der Aufnahmезahl

zu erlassen.

(2) *Die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen* hat

Geltende Fassung

Bestimmungen zu den Datensicherheitsmaßnahmen, insbesondere Verschlüsselung der Daten, zur Zugriffs- und Zutrittsberechtigung, zur Identifizierung und Authentifizierung, zur Protokollierung der Verwendungsvorgänge und zur Dokumentation, gemäß § 5c Abs. 2 und § 6c Abs. 1 Z 2 zu erlassen.

(3) Das Data Warehouse *DIAG – Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen* (DIAG) ist vom Bundesminister für Gesundheit zu betreiben. 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 unmittelbar mit der Erstellung und Wartung des DIAG beschäftigten Personen zulässig. 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.

(4) Das für den Pseudonymisierungsvorgang gemäß § 5a Abs. 1 Z 1 und § 6c Abs. 1 Z 2 zu verwendende bereichsspezifische Personenkennzeichen Gesundheit – Gesundheitsdokumentation (im Folgenden bPK GH-GD) ist *dem Bundesminister für Gesundheit* zugeordnet.

Vorgeschlagene Fassung

durch Verordnung nähere Bestimmungen zu den Datensicherheitsmaßnahmen, insbesondere zur Verschlüsselung der Daten, zur Zugriffs- und Zutrittsberechtigung, zur Identifizierung und Authentifizierung, zur Protokollierung der Verwendungsvorgänge und zur Dokumentation, gemäß § 5c Abs. 2 und § 6c Abs. 1 Z 2 zu erlassen.

(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 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.

(4) Das für den Pseudonymisierungsvorgang gemäß § 5a Abs. 1 Z 1 und § 6c Abs. 1 Z 2 zu verwendende bereichsspezifische Personenkennzeichen Gesundheit – Gesundheitsdokumentation (im Folgenden bPK GH-GD) ist *der Bundesministerin/dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen* zugeordnet.

Geltende Fassung

(5) Die vom Hauptverband im Wege der Pseudonymisierungsstelle generierten Pseudonyme gemäß § 5c Abs. 2 und § 6c Abs. 1 Z 2, die im DIAG gespeichert sind, sind spätestens nach einem Zeitraum von 15 Jahren zu löschen. Die vom Pseudonym befreiten Daten dürfen für die in § 1 definierten Zwecke für einen Zeitraum von weiteren 10 Jahren weiterverwendet werden.

§ 5. (1) Der Bundesminister für Gesundheit hat die vorgelegten Jahresberichte ohne Pseudonym gemäß § 5a Abs. 1 Z 1 und ohne die Berichte gemäß Hauptstück C der Bundesanstalt „Statistik Österreich“ in maschinenlesbarer Form zwecks Erstellung einer länderbezogenen Statistik über die Krankenbewegung und deren Veröffentlichung im Gesundheitsstatistischen Jahrbuch zu übermitteln. Die Statistik hat die Krankheitsarten, gegliedert nach Altersgruppen, Geschlecht und Entlassungsart, sowie ausgewählte medizinische *Einzelleistungen* zu enthalten. Zur Sicherstellung der Anonymität sind Einzelfallkategorien durch entsprechend erweiterte Gliederungsbreiten auszuschließen.

(2) Das *Bundesministerium für Gesundheit* hat die vorgelegten Berichte ohne Pseudonym gemäß § 5a Abs. 1 Z 1 der Bundesgesundheitsagentur, den Landesgesundheitsfonds, den Ländern, dem Hauptverband *der österreichischen Sozialversicherungsträger* und den Trägern der Sozialversicherung insoweit zu übermitteln, als dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist.

§ 5a. (1) Der Hauptverband als Dienstleister *des Bundesministers für Gesundheit* hat im Wege der bei ihm eingerichteten Pseudonymisierungsstelle (gemäß § 31 Abs. 4 Z 10 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBI. Nr. 189/1955, in der jeweils geltenden Fassung)

1. innerhalb einer den Anforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit entsprechenden technischen Infrastruktur mittels des *vom Bundesminister für Gesundheit* zur Verfügung gestellten Hardware Security Moduls (HSM) aus dem bPK GH-GD *des Pfleglings* 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,

Vorgeschlagene Fassung

(5) Die vom Hauptverband im Wege der Pseudonymisierungsstelle generierten Pseudonyme gemäß § 5a Abs. 1 Z 1 und § 6c Abs. 1 Z 2, die im DIAG gespeichert sind, sind spätestens nach einem Zeitraum von 15 Jahren zu löschen. Die vom Pseudonym befreiten Daten dürfen für die in § 1 definierten Zwecke für einen Zeitraum von weiteren 10 Jahren weiterverwendet werden.

§ 5. (1) Die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat die vorgelegten Jahresberichte ohne Pseudonym gemäß § 5a Abs. 1 Z 1 und ohne die Berichte gemäß Hauptstück C der Bundesanstalt „Statistik Österreich“ in maschinenlesbarer Form zwecks Erstellung einer länderbezogenen Statistik über die Krankenbewegung und deren Veröffentlichung im Gesundheitsstatistischen Jahrbuch zu übermitteln. Die Statistik hat die Krankheitsarten, gegliedert nach Altersgruppen, Geschlecht und Entlassungsart, sowie ausgewählte medizinische *Leistungen* zu enthalten. Zur Sicherstellung der Anonymität sind Einzelfallkategorien durch entsprechend erweiterte Gliederungsbreiten auszuschließen. *Die in § 4 Abs. 5 normierten Löschfristen sind von der Bundesanstalt „Statistik Österreich“ einzuhalten.*

(2) Das *Bundesministerium für Gesundheit und Frauen* hat die vorgelegten Berichte ohne Pseudonym gemäß § 5a Abs. 1 Z 1 der Bundesgesundheitsagentur, den Landesgesundheitsfonds, den Ländern, dem Hauptverband und den Trägern der Sozialversicherung insoweit zu übermitteln, als dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist. *Die in § 4 Abs. 5 normierten Löschfristen sind von allen Empfängerinnen/Empfängern der Berichte einzuhalten.*

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

1. innerhalb einer den Anforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit entsprechenden technischen Infrastruktur mittels des *vom 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

Geltende Fassung	Vorgeschlagene Fassung
<p>2. aus der Aufnahmезahl durch Einweg-Ableitung eine nicht rückrechenbare Datensatz-ID zu bilden und</p> <p>3. die folgenden Daten <i>für das erste Quartal bis 31. Mai des laufenden Jahres</i>, für das erste Halbjahr bis 30. September des laufenden Jahres sowie für das vorangegangene Kalenderjahr bis 31. Mai des laufenden Jahres an <i>den Bundesminister für Gesundheit</i> zu übermitteln:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Verschlüsselte Pseudonyme der <i>Pfleglinge</i> gemäß Z 1,b) Krankenanstaltennummer,c) Datensatz-ID.	<p>Vollziehung berufen ist,</p> <p>2. aus der Aufnahmезahl durch Einweg-Ableitung eine nicht rückrechenbare Datensatz-ID zu bilden und</p> <p>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 <i>die Bundesministerin/den Bundesminister für Gesundheit und Frauen</i> zu übermitteln:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Verschlüsselte Pseudonyme der <i>Patientinnen/Patienten</i> gemäß Z 1,b) Krankenanstaltennummer,c) Datensatz-ID.
<p>Maßgeblich für die Zuordnung der Daten zu einer Datenmeldung ist das Aufnahmedatum.</p>	<p>Maßgeblich für die Zuordnung der Daten zu einer Datenmeldung ist das Aufnahmedatum.</p>
<p>(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 § 5a Abs. 1 Z 1 besteht. Es ist sicherzustellen, dass der für die Generierung der Pseudonyme zu verwendende Algorithmus dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Hauptverband nicht bekannt ist und an einer <i>durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit zu benennenden unabhängigen dritten Stelle</i> sicher verwahrt wird.</p>	<p>(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.</p>
	<p>(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 Vertrauensdienstgesetzes (SVG), BGBL. I Nr. 50/2016, zu erfolgen. Der gesamte Vorgang ist zu protokollieren.</p>
	<p>(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:</p>
	<p>1. für die Wiederherstellung der Konfiguration eines HSM im Störungsfall</p>

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

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 DSG 2000 sowie der Datensicherheitsmaßnahmen gemäß § 6 DSG 2000 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*

Geltende Fassung

§ 5b. Träger der Sozialversicherung und von Krankenfürsorgeanstalten haben dem Hauptverband die zur Erfüllung seiner Verpflichtungen gemäß § 5a erforderlichen Daten für das erste Quartal bis 30. April des laufenden Jahres, für das erste Halbjahr bis 31. August des laufenden Jahres sowie für das vorangegangene Kalenderjahr bis 30. April des laufenden Jahres zur Verfügung zu stellen. Maßgeblich für die Zuordnung der Daten zu einer Datenmeldung ist das Aufnahmedatum.

§ 5c. (1) Dem Hauptverband und dem *Bundesministerium für Gesundheit* ist die Herstellung eines Personenbezugs bei Verwendung der in diesem Hauptstück genannten Daten untersagt.

(2) ...

§ 6. (1) bis (3) ...

(4) Zur Erstellung eines Berichtswesens über den ambulanten Bereich sind ab dem 1. Jänner 2014 von den Trägern von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, von den Landesgesundheitsfonds, vom Hauptverband, von den Trägern der Sozialversicherung, sowie von den Trägern der Krankenfürsorgeanstalten und vom *Bundesministerium für Gesundheit* folgende Daten gemäß den nachfolgenden Bestimmungen zu verwenden:

1. über *Leistungsempfängerinnen/Leistungsempfänger*:
 - a) Altersgruppe zum Kontaktzeitpunkt (Ereignisdatum),
 - b) Geschlecht,
 - c) Staatsbürgerschaft,
 - d) Wohnsitz (Staat, Postleitzahl bzw. *Gemeindekennziffer*),
2. über Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer:
 - a) Krankenanstaltennummer bzw. Leistungserbringer-Identifikationsnummer,
 - b) Abteilungsfunktionscode bzw. Fachgebiet,
 - c) Berufssitz (Postleitzahl bzw. *Gemeindekennziffer*),
 - d) Organisationsform,
3. zum ambulanten Kontakt,

Vorgeschlagene Fassung *kryptografischen Schlüssel keine Kenntnis erlangen.*

§ 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.

§ 5c. (1) Dem Hauptverband und dem *Bundesministerium für Gesundheit und Frauen* ist die Herstellung eines Personenbezugs bei Verwendung der in diesem Hauptstück genannten Daten untersagt.

(2) ...

§ 6. (1) bis (3) ...

(4) Zur Erstellung eines Berichtswesens über den ambulanten Bereich sind ab dem 1. Jänner 2014 von den Trägern von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, von den Landesgesundheitsfonds, vom Hauptverband, von den Trägern der Sozialversicherung, sowie von den Trägern der Krankenfürsorgeanstalten und vom *Bundesministerium für Gesundheit und Frauen* folgende Daten gemäß den nachfolgenden Bestimmungen zu verwenden:

1. über *Patientinnen/Patienten*:
 - a) Altersgruppe zum Kontaktzeitpunkt (Ereignisdatum),
 - b) Geschlecht,
 - c) Staatsbürgerschaft,
 - d) Wohnsitz (Staat, Postleitzahl, *Gemeindecode*),
2. über Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer:
 - a) Krankenanstaltennummer bzw. Leistungserbringer-Identifikationsnummer,
 - b) Abteilungsfunktionscode bzw. Fachgebiet,
 - c) Berufssitz (Postleitzahl, *Gemeindecode*),
 - d) Organisationsform,
 - e) *Kostenstellenplan*,
3. zum ambulanten Kontakt,

Geltende Fassung

4. zu den *ambulanten* Leistungen und
5. zu den Diagnosen (*optional*).

(5) ...

§ 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 Aufnahmезahl zum Zwecke der Erstellung der Datensatz-ID *quartalsweise für das jeweilige Vorquartal jeweils bis zum 31. Mai, 31. August und 30. November des laufenden Jahres sowie bis zum 28. Februar des folgenden Jahres zu übermitteln. Für die Quartalszuordnung der Datensätze ist das Kontaktdatum (Ereignisdatum) maßgeblich.*

§ 6b. Die Landesgesundheitsfonds haben dem *Bundesministerium für Gesundheit* die von ihnen überprüften und gegebenenfalls korrigierten Daten gemäß § 6 Abs. 4 *quartalsweise für das jeweilige Vorquartal jeweils bis zum 30. Juni, 30. September und 31. Dezember des laufenden Jahres sowie bis zum 31. März des folgenden Jahres zu übermitteln. Dabei ist die Aufnahmезahl durch eine mittels Einweg-Ableitung erstellte nicht rückrechenbare Datensatz-ID zu ersetzen.*

§ 6c. (1) Der Hauptverband hat

1. die von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern aus dem extramuralen ambulanten Bereich auf Grundlage der Honorarordnungen der Krankenkassen dokumentierten medizinischen Leistungen auf einen *vom Bundesminister für Gesundheit herausgegebenen Leistungskatalog überzuleiten,*

Vorgeschlagene Fassung

4. zu den Leistungen und
 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.*

(5) ...

§ 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 Aufnahmезahl 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 Aufnahmезahl 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 Kontaktdatum (Ereignisdatum) maßgeblich.*

§ 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 Aufnahmезahl durch eine mittels Einweg-Ableitung erstellte nicht rückrechenbare Datensatz-ID zu ersetzen.*

§ 6c. (1) Der Hauptverband hat

1. die von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern aus dem extramuralen ambulanten Bereich auf Grundlage der Honorarordnungen der Krankenkassen dokumentierten medizinischen Leistungen auf einen *vom Bundesministerin/vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen herausgegebenen Leistungskatalog überzuleiten,*

Geltende Fassung

2. als Dienstleister *des Bundesministers für Gesundheit* im Wege der bei ihm eingerichteten Pseudonymisierungsstelle (gemäß § 31 Abs. 4 Z 10 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBI. Nr. 189/1955, in der jeweils geltenden Fassung) innerhalb einer den Anforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit entsprechenden technischen Infrastruktur mittels des *vom Bundesminister für Gesundheit* zur Verfügung gestellten Hardware Security Moduls (HSM)
 - a) aus dem bPK GH-GD der *Leistungsempfängerin/des Leistungsempfängers* ein nicht rückrechenbares Pseudonym und
 - b) aus der eindeutigen Vertragspartnerkennung ein nicht rückrechenbares Pseudonym der Leistungserbringerin/des Leistungserbringers aus dem ambulanten extramuralen Bereich zu generieren und zu verschlüsseln.
3. Der Hauptverband hat weiters
 - a) für den extramuralen ambulanten Bereich zur Zusammenführung der Datensätze aus der Kombination von Jahr, Quartal, Sozialversicherungsträger-Code und aufsteigender Laufnummer eine eindeutige Kennung (Leistungserbringer-ID),
 - b) für den extramuralen ambulanten Bereich aus der Laufnummer durch Einweg-Ableitung eine nicht rückrechenbare Datensatz-ID und
 - c) für den intramuralen ambulanten Bereich aus der Aufnahmehzahl durch Einweg-Ableitung eine nicht rückrechenbare Datensatz-ID zu generieren.

(2) Der Hauptverband hat *die Daten gemäß Abs. 1 dem Bundesministerium für Gesundheit quartalsweise für das jeweilige zweitvorangegangene Quartal jeweils bis zum 30. September und 31. Dezember des laufenden Jahres sowie bis zum 31. März und 30. Juni des folgenden Jahres zu übermitteln, wobei für die Quartalszuordnung der Datensätze das Kontaktdatum (Ereignisdatum) maßgeblich ist.*

Vorgeschlagene Fassung

2. als Dienstleister *der Bundesministerin/des Bundesministers für Gesundheit und Frauen* im Wege der bei ihm eingerichteten Pseudonymisierungsstelle (gemäß § 31 Abs. 4 Z 10 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBI. Nr. 189/1955, in der jeweils geltenden Fassung) 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)
 - a) aus dem bPK GH-GD der *Patientin/des Patienten* ein nicht rückrechenbares Pseudonym und
 - b) aus der eindeutigen Vertragspartnerkennung ein nicht rückrechenbares Pseudonym der Leistungserbringerin/des Leistungserbringers aus dem ambulanten extramuralen Bereich zu generieren und zu verschlüsseln.
 3. Der Hauptverband hat weiters
 - a) für den extramuralen ambulanten Bereich zur Zusammenführung der Datensätze aus der Kombination von Jahr, Quartal, Sozialversicherungsträger-Code und aufsteigender Laufnummer eine eindeutige Kennung (Leistungserbringer-ID),
 - b) für den extramuralen ambulanten Bereich aus der Laufnummer durch Einweg-Ableitung eine nicht rückrechenbare Datensatz-ID und
 - c) für den intramuralen ambulanten Bereich aus der Aufnahmehzahl durch Einweg-Ableitung eine nicht rückrechenbare Datensatz-ID zu generieren.
- (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.*

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

(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 Störungsfall 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 DSG 2000 sowie der Datensicherheitsmaßnahmen gemäß § 14 DSG 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

Geltende Fassung

§ 6d. Die Träger der Sozialversicherung und der Krankenfürsorgeanstalten 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 zweitvorangegangene Quartal jeweils bis zum 31. August und 30. November des laufenden Jahres sowie bis zum 28. Jänner und 31. Mai des folgenden Jahres zur Verfügung zu stellen.

§ 6e. Das Bundesministerium für Gesundheit hat Daten aus dem Berichtswesen gemäß § 6 Abs. 4 ohne Pseudonyme gemäß § 6c Abs. 1 Z 2 der Bundesgesundheitsagentur, den Landesgesundheitsfonds, den Ländern, dem Hauptverband und den Trägern der Sozialversicherung insoweit zu übermitteln, als dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist.

§ 6f. (1) Dem Hauptverband und dem Bundesministerium für Gesundheit ist die Herstellung eines Personenbezugs bei Verwendung der in diesem Hauptstück

Vorgeschlagene Fassung

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.*

§ 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 zweitvorangegangene 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.

§ 6e. Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat Daten aus dem Berichtswesen gemäß § 6 Abs. 4 ohne Pseudonyme gemäß § 6c Abs. 1 Z 2 der Bundesgesundheitsagentur, den Landesgesundheitsfonds, den Ländern, dem Hauptverband und den Trägern der Sozialversicherung insoweit zu übermitteln, als dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist. *Die in § 4 Abs. 5 normierten Löschfristen sind von allen Empfängerinnen/Empfängern der Berichte einzuhalten.*

§ 6f. (1) Dem Hauptverband und dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen ist die Herstellung eines Personenbezugs bei Verwendung der in diesem

Geltende Fassung

genannten Daten untersagt.

(2) ...

§ 6g. Der Bundesminister für Gesundheit hat durch Verordnung nähere Bestimmungen

1. über die Art der vom Hauptverband, den Trägern von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, und den Landesgesundheitsfonds vorzunehmenden Datenübermittlung sowie über die Gliederung der Merkmale der im § 6 Abs. 4 genannten Daten und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung,
2. hinsichtlich der Generierung der Pseudonyme für die *Leistungsempfängerinnen/Leistungsempfänger* und für die Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer aus dem ambulanten extramuralen Bereich sowie der technischen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die Pseudonymisierungen innerhalb der vom Hauptverband zu betreibenden Pseudonymisierungsstelle und
3. hinsichtlich der Einweg-Ableitung einer nicht rückrechenbaren Datensatz-ID aus der Aufnahmезahl oder der laufenden Abrechnungs-Nummer

zu erlassen.

§ 7 (1) ...

(2) Dem Landeshauptmann sind von den Trägern der Krankenanstalten gemäß Abs. 1 für das vorangegangene Kalenderjahr die Statistikdaten über die Krankenanstalten und deren Kostenstellen, die Kostenstellenpläne, die Sammel-Kostennachweise der Krankenanstalten - gegliedert nach Kostenartengruppen und Kostenarten -, die Kostennachweise der Kostenstellen - gegliedert nach Kostenartengruppen - sowie die Daten zum kalkulatorischen Anhang auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft gemeinsam mit dem Bericht gemäß § 2 Abs. 2 des Hauptstückes A bis 30. April jeden Jahres in maschinenlesbarer Form zu melden. Auf Verlangen *des Bundesministers für Gesundheit* sind dem Landeshauptmann weiters auch die Kostennachweise von Kostenstellen - gegliedert nach Kostenarten -, Kostenstellenbeschreibungen und ausgewählte Kostenarten des Sammel-Kostennachweises auch auf tieferen Gliederungsebenen zu melden. Der Landeshauptmann hat die ihm gemeldeten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen, allenfalls richtigzustellen

Vorgeschlagene Fassung

Hauptstück genannten Daten untersagt.

(2) ...

§ 6g. Die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat durch Verordnung nähere Bestimmungen

1. über die Art der vom Hauptverband, den Trägern von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, und den Landesgesundheitsfonds vorzunehmenden Datenübermittlung sowie über die Gliederung der Merkmale der im § 6 Abs. 4 genannten Daten und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung,
2. hinsichtlich der Generierung der Pseudonyme für die *Patientinnen/Patienten* und für die Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer aus dem ambulanten extramuralen Bereich sowie der technischen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die Pseudonymisierungen innerhalb der vom Hauptverband zu betreibenden Pseudonymisierungsstelle und
3. hinsichtlich der Einweg-Ableitung einer nicht rückrechenbaren Datensatz-ID aus der Aufnahmезahl oder der laufenden Abrechnungs-Nummer

zu erlassen.

§ 7 (1) ...

(2) Dem Landeshauptmann sind von den Trägern der Krankenanstalten gemäß Abs. 1 für das vorangegangene Kalenderjahr die Statistikdaten über die Krankenanstalten und deren Kostenstellen, die Kostenstellenpläne, die Sammel-Kostennachweise der Krankenanstalten - gegliedert nach Kostenartengruppen und Kostenarten -, die Kostennachweise der Kostenstellen - gegliedert nach Kostenartengruppen - sowie die Daten zum kalkulatorischen Anhang auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft gemeinsam mit dem Bericht gemäß § 2 Abs. 2 des Hauptstückes A bis 30. April jeden Jahres in maschinenlesbarer Form zu melden. Auf Verlangen *der Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen* sind dem Landeshauptmann weiters auch die Kostennachweise von Kostenstellen - gegliedert nach Kostenarten -, Kostenstellenbeschreibungen und ausgewählte Kostenarten des Sammel-Kostennachweises auch auf tieferen Gliederungsebenen zu melden. Der Landeshauptmann hat die ihm gemeldeten Daten auf Vollständigkeit und

Geltende Fassung

und gemeinsam mit dem Bericht gemäß § 2 Abs. 2 des Hauptstückes A *dem Bundesminister für Gesundheit* bis 31. Mai jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr in maschinenlesbarer Form vorzulegen. Die Einbindung der Landesgesundheitsfonds in diese Datenübermittlung und die Prüfung dieser Daten ist zulässig.

(3) Dem Landeshauptmann sind von den Trägern der Krankenanstalten gemäß Abs. 1 für das vorangegangene Kalenderjahr die Daten zum Rechnungsabschluss auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft bis 30. Juni jeden Jahres in maschinenlesbarer Form zu melden. Der Landeshauptmann hat die ihm gemeldeten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen, allenfalls richtigzustellen und *dem Bundesminister für Gesundheit* bis 31. Juli jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr in maschinenlesbarer Form vorzulegen. Die Einbindung der Landesgesundheitsfonds in diese Datenübermittlung und die Prüfung dieser Daten ist zulässig.

(4) Als Grundlage für die Erfassung und Meldung der Statistik-, Rechnungsabschluss- und Kostendaten haben die Träger der in Abs. 1 genannten Krankenanstalten ein bundeseinheitliches Statistik-, Rechnungsabschluss- und Kostenrechnungssystem anzuwenden. *Der Bundesminister für Gesundheit* hat unter Bedachtnahme auf Realisierbarkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit durch Verordnung nähere Bestimmungen über die zu meldenden Statistik-, Rechnungsabschluss- und Kostendaten sowie über die Art der von den Trägern der Krankenanstalten vorzunehmenden Datenübermittlung und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung zu erlassen.

§ 8. (1) Die Träger von Krankenanstalten, die nicht unter die Bestimmungen des § 7 fallen, haben Statistikdaten über ihre Krankenanstalten, die das beschäftigte Personal (gegliedert nach Gruppen), die medizinisch-technische Ausstattung und weitere Leistungsdaten betreffen, jährlich zu erfassen und *dem Bundesminister für Gesundheit* bis 31. März jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr einen entsprechenden auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüften Bericht gemeinsam mit dem Bericht gemäß § 2 Abs. 1 des Hauptstückes A in maschinenlesbarer Form vorzulegen.

(2) *Der Bundesminister für Gesundheit* hat durch Verordnung nähere Bestimmungen über die zu erfassenden und zu meldenden Statistikdaten sowie

Vorgeschlagene Fassung

Plausibilität zu prüfen, allenfalls richtigzustellen und gemeinsam mit dem Bericht gemäß § 2 Abs. 2 des Hauptstückes A *der Bundesministerin/dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen* bis 31. Mai jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr in maschinenlesbarer Form vorzulegen. Die Einbindung der Landesgesundheitsfonds in diese Datenübermittlung und die Prüfung dieser Daten ist zulässig.

(3) Dem Landeshauptmann sind von den Trägern der Krankenanstalten gemäß Abs. 1 für das vorangegangene Kalenderjahr die Daten zum Rechnungsabschluss auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft bis 30. Juni jeden Jahres in maschinenlesbarer Form zu melden. Der Landeshauptmann hat die ihm gemeldeten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen, allenfalls richtigzustellen und *der Bundesministerin/dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen* bis 31. Juli jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr in maschinenlesbarer Form vorzulegen. Die Einbindung der Landesgesundheitsfonds in diese Datenübermittlung und die Prüfung dieser Daten ist zulässig.

(4) Als Grundlage für die Erfassung und Meldung der Statistik-, Rechnungsabschluss- und Kostendaten haben die Träger der in Abs. 1 genannten Krankenanstalten ein bundeseinheitliches Statistik-, Rechnungsabschluss- und Kostenrechnungssystem anzuwenden. *Die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen* hat unter Bedachtnahme auf Realisierbarkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit durch Verordnung nähere Bestimmungen über die zu meldenden Statistik-, Rechnungsabschluss- und Kostendaten sowie über die Art der von den Trägern der Krankenanstalten vorzunehmenden Datenübermittlung und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung zu erlassen.

§ 8. (1) Die Träger von Krankenanstalten, die nicht unter die Bestimmungen des § 7 fallen, haben Statistikdaten über ihre Krankenanstalten, die das beschäftigte Personal (gegliedert nach Gruppen), die medizinisch-technische Ausstattung und weitere Leistungsdaten betreffen, jährlich zu erfassen und *der Bundesministerin/dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen* bis 31. März jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr einen entsprechenden auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüften Bericht gemeinsam mit dem Bericht gemäß § 2 Abs. 1 des Hauptstückes A in maschinenlesbarer Form vorzulegen.

(2) *Die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen* hat durch Verordnung nähere Bestimmungen über die zu erfassenden und zu

Geltende Fassung

über die Art der von den Trägern der Krankenanstalten vorzunehmenden Datenübermittlung und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung zu erlassen.

§ 8a. Das *Bundesministerium für Gesundheit* hat die vorgelegten Berichte gemäß §§ 7 und 8 der Bundesgesundheitsagentur, den Landesgesundheitsfonds, den Ländern, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Trägern der Sozialversicherung insoweit zu übermitteln, als dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist.

§ 9 (1) bis (2) ...

(3) Der *Bundesminister für Gesundheit* kann durch Verordnung nähere Bestimmungen über die zu erfassenden Daten, die zur Datenerfassung und -übermittlung Verpflichteten, die Form und die Termine für die Datenübermittlung erlassen sowie festlegen, an wen die Datenübermittlung zu erfolgen hat.

§ 10. Die Träger von nicht über Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten, die den gemäß §§ 1, 2 oder 8 auferlegten Verpflichtungen oder den Verpflichtungen gemäß §§ 4 oder 6 des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetzes, BGBl. I Nr. 165/2004, nicht nachkommen, begehen, sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet, eine Verwaltungsübertretung und sind mit einer Geldstrafe bis zu 5 000 Euro zu bestrafen.

§ 12 (1) bis (6) ...

§ 13. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist *der Bundesminister für Gesundheit* betraut.

Vorgeschlagene Fassung

meldenden Statistikdaten sowie über die Art der von den Trägern der Krankenanstalten vorzunehmenden Datenübermittlung und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung zu erlassen.

§ 8a. Das *Bundesministerium für Gesundheit und Frauen* hat die vorgelegten Berichte gemäß §§ 7 und 8 der Bundesgesundheitsagentur, den Landesgesundheitsfonds, den Ländern, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Trägern der Sozialversicherung insoweit zu übermitteln, als dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist.

§ 9 (1) bis (2) ...

(3) Die *Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen* kann durch Verordnung nähere Bestimmungen über die zu erfassenden Daten, die zur Datenerfassung und -übermittlung Verpflichteten, die Form und die Termine für die Datenübermittlung erlassen sowie festlegen, an wen die Datenübermittlung zu erfolgen hat.

§ 10. Die Träger von nicht über Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten, die den gemäß §§ 1a, 2 oder 8 auferlegten Verpflichtungen oder den Verpflichtungen gemäß §§ 4 oder 6 des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetzes, BGBl. I Nr. 165/2004, nicht nachkommen, begehen, sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet, eine Verwaltungsübertretung und sind mit einer Geldstrafe bis zu 5 000 Euro zu bestrafen.

§ 12 (1) bis (6) ...

(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.

§ 13. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist *die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen* betraut.