

Regierungsvorlage

Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) erlassen wird sowie das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz, das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, das Sonderunterstützungsgesetz, das Heeresversorgungsgesetz, das Kriegsopferversorgungsgesetz 1957, das Familienlastenausgleichsgesetz 1967, das Gesundheitsqualitätsgesetz, das Ärztegesetz 1998, das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH, das Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen geändert werden (Gesundheitsreformgesetz 2013)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Inhaltsverzeichnis

- Artikel 1 Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit
- Artikel 2 Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten
- Artikel 3 Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes
- Artikel 4 Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes
- Artikel 5 Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes
- Artikel 6 Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes
- Artikel 7 Änderung des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes
- Artikel 8 Änderung des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977
- Artikel 9 Änderung des Sonderunterstützungsgesetzes
- Artikel 10 Änderung des Heeresversorgungsgesetzes
- Artikel 11 Änderung des Kriegsopferversorgungsgesetzes 1957
- Artikel 12 Änderung des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967
- Artikel 13 Änderung des Gesundheitsqualitätsgesetzes
- Artikel 14 Änderung des Ärztegesetzes 1998
- Artikel 15 Änderung des Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH
- Artikel 16 Änderung des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetzes
- Artikel 17 Änderung des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen

Artikel 1

Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG)

Inhaltsverzeichnis

1. Abschnitt

Allgemeine Bestimmungen

- § 1. Gegenstand
- § 2. Geltungsbereich
- § 3. Begriffsbestimmungen

2. Abschnitt

Gesundheitspolitische Grundsätze

- § 4. Ausrichtung an den Rahmen-Gesundheitszielen und Public Health
- § 5. Prinzipien, Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung-Gesundheit
- § 6. Patientenorientierung und Transparenz
- § 7. Qualitätssicherung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit

3. Abschnitt

Aufbau und Ablauf der Zielsteuerung-Gesundheit

- § 8. Mehrstufigkeit des Zielsteuerungsprozesses
- § 9. Verhältnis der Zielsteuerung-Gesundheit zu ÖSG/RSG

4. Abschnitt

Konkretisierung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit

- § 10. Ausrichtung der Zielsteuerung-Gesundheit
- § 11. Steuerungsbereich Ergebnisorientierung
- § 12. Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen
- § 13. Steuerungsbereich Versorgungsprozesse
- § 14. Vorgaben und Inhalte der Landes-Zielsteuerungsverträge
- § 15. Jahresarbeitsprogramme

5. Abschnitt

Festlegung der Finanzzielsteuerung

- § 16. Finanzzielsteuerung – allgemeine Bestimmungen
- § 17. Inhalt und Gegenstand der Finanzrahmenverträge
- § 18. Virtuelles Budget
- § 19. Stärkung der Gesundheitsförderung

6. Abschnitt

Entscheidungsstrukturen und -organisation

- § 20. Organisation der Bundesgesundheitsagentur (gemäß § 56a des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten)
- § 21. Bundesgesundheitskommission
- § 22. Bundes-Zielsteuerungskommission
- § 23. Mitwirkung des Bundes in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds
- § 24. Mitwirkung der gesetzlichen Krankenversicherung in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds

7. Abschnitt

Festlegungen zum Monitoring und Berichtswesen

- § 25. Implementierung eines Monitorings und Berichtswesens
- § 26. Prozessschritte
- § 27. Detailregelungen zum Monitoring und Berichtswesen

8. Abschnitt

Regelungen zum Sanktionsmechanismus

- § 28. Allgemeines
- § 29. Regelungen bei Nicht-Erreichung von festgelegten Zielen
- § 30. Regelungen bei Verstößen gegen die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG
Zielsteuerung-Gesundheit, den Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder die
Landes-Zielsteuerungsverträge
- § 31. Regelungen bei Nicht-Zustandekommen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages oder der
Landes-Zielsteuerungsverträge
- § 32. Schlichtungsverfahren für Streitigkeiten aus dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder den
Landes-Zielsteuerungsverträgen im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit

9. Abschnitt

Schluss- und Übergangsbestimmungen

- § 33. Zitierung anderer Bundesgesetze
- § 34. Vollzug des Bundesgesetzes
- § 35. Inkrafttreten
- § 36. Übergangsbestimmungen

1. Abschnitt

Allgemeine Bestimmungen

Gegenstand

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

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

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

zu erfolgen. Darauf aufbauend ist als integraler Bestandteil eine

5. Finanzzielsteuerung zu etablieren.

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

Geltungsbereich

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

Begriffsbestimmungen

§ 3. Im Sinne dieses Bundesgesetzes bedeuten die Begriffe:

1. „Ambulanter Bereich“: Die ambulante Gesundheitsversorgung in Spitalsambulanzen, selbstständigen Ambulatorien und im niedergelassenen Bereich (insbesondere ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen im Sinne des Sozialversicherungsrechts).
2. „Best point of service“: Jene Stelle, an der die Erbringung der kurativen Versorgung jeweils zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erfolgt.
3. „Health in all Policies (Gesundheit in allen Politikfeldern)“: Wirksame und nachhaltige Förderung der Gesundheit der Bevölkerung durch verstärktes Berücksichtigen des Themas Gesundheit und

der Gesundheitsdeterminanten in anderen als den unmittelbar dafür zuständigen politischen Sektoren.

4. „Health Technology Assessment (HTA)“: Prozess zur systematischen Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren und Hilfsmittel, aber auch Organisationsstrukturen, in denen medizinische Leistungen erbracht werden. Untersucht werden dabei Kriterien wie Wirksamkeit, Sicherheit und Kosten, jeweils unter Berücksichtigung sozialer, rechtlicher und ethischer Aspekte.
5. „Integrierte Versorgung“: Die patientenorientierte gemeinsame und abgestimmte sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung samt angrenzender Bereiche (akutstationäre Versorgung, ambulante Versorgung, Rehabilitation, Nahtstellen zum Pflegebereich). Sie umfasst Prozess- und Organisationsintegration.
6. „Interdisziplinäre Versorgungsmodelle“: Zusammenarbeit von Ärztinnen/Ärzten unterschiedlicher Fachbereiche (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Gynäkologie, Labor, Radiologie usw.) sowie von nicht-ärztlichen Gesundheitsdiensteanbietern (diplomiertes Pflegepersonal, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, usw.) in Gruppenpraxen oder selbstständigen Ambulatorien sowie gegebenenfalls in weiter zu entwickelnden Organisationsformen.
7. „Primärversorgung (Primary Health Care)“: Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.
8. „Public Health“: Schaffung von gesellschaftlichen Bedingungen, Umweltbedingungen und Bedingungen einer bedarfsgerechten sowie effektiven und effizienten gesundheitlichen Versorgung unter denen Bevölkerungsgruppen gesund leben können.
9. „Gesetzliche Krankenversicherung“: Die durch das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz oder das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz eingerichteten und im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengefassten Versicherungsträger als Träger der Krankenversicherung.
10. „Zielsteuerungsverträge“: die von Bund, Ländern und gesetzlicher Krankenversicherung (Bundes-Zielsteuerungsvertrag) bzw. jeweiligem Land und gesetzlicher Krankenversicherung (Landes-Zielsteuerungsvertrag) abgeschlossenen privatrechtlichen Verträge zur gemeinsamen Umsetzung der Zielsteuerung-Gesundheit, wobei für die Streitigkeiten der Vertragspartner ausschließlich das Regime des 8. Abschnitts zur Verfügung steht.

2. Abschnitt

Gesundheitspolitische Grundsätze

Ausrichtung an den Rahmen-Gesundheitszielen und Public Health

§ 4. (1) Im Sinne von „Health in all Policies“ hat die Weiterentwicklung von Zielen, Struktur und Organisation der Gesundheitsversorgung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit im Einklang mit den von der Bundesgesundheitskommission zu beschließenden Rahmen-Gesundheitszielen zu erfolgen. Die Bundesgesundheitskommission hat die Rahmen-Gesundheitsziele zu konkretisieren. Bei der Konkretisierung der Landesgesundheitsziele durch die Gesundheitsplattform auf Landesebene haben Bund und gesetzliche Krankenversicherung gemeinsam mit den Ländern sicherzustellen, dass allenfalls bereits definierte Gesundheitsziele im Einklang mit den Rahmen-Gesundheitszielen stehen.

(2) Der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung haben sich auf Bundes- und Landesebene bei der Durchführung ihrer Maßnahmen im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit an Public Health Grundsätzen zu orientieren. Diese sind unter anderem:

1. Orientierung an einem umfassenden Gesundheitsbegriff,
2. systematische Gesundheitsberichterstattung,
3. Weiterentwicklung der Organisation und der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD),
4. Versorgungsforschung, um bedarfsorientierte Planung, Entwicklung und Evaluation zu gewährleisten,
5. Stärkung der Interdisziplinarität in der Versorgung sowie in der Forschung und Entwicklung mit der Zielsetzung, die Gesundheit für alle zu verbessern und die gesundheitlichen Ungleichheiten zu verringern.

Prinzipien, Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung-Gesundheit

§ 5. (1) Als Prinzipien im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit sind zu befolgen:

1. die Forcierung der Gesundheitsförderung und Prävention,
2. im Krankheitsfall die kurative Versorgung am „best point of service“,
3. die verbindliche Zusage von Bund, Ländern und gesetzlicher Krankenversicherung zur aktiven Zusammenarbeit und wechselseitigen Unterstützung bei der Umsetzung der gemeinsam vereinbarten Ziele,
4. die patientenorientierte Qualität im Gesundheitswesen hat der Steigerung der Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung zu dienen,
5. die für die Zielsteuerung einschließlich der integrierten Planung notwendigen Daten werden für alle Sektoren in entsprechend aufbereiteter und nachvollziehbarer Form verfügbar gemacht.

(2) Zur Verwirklichung dieser Prinzipien sind im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit insbesondere folgende Ziele umzusetzen:

1. Zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention, Stärkung von evidenzbasierter Früherkennung und Frühintervention,
2. Zugang zu und Verfügbarkeit von allen notwendigen Leistungen verbessern,
3. Leistungsangebot in allen Sektoren aufeinander abstimmen, patienten- und bedarfsorientiert gestalten und dabei Parallelstrukturen verhindern bzw. abbauen,
4. hohe Behandlungsqualität sicherstellen und transparenter machen,
5. Behandlungsprozesse insbesondere durch die Behebung von Organisations- und Kommunikationsdefiziten verbessern,
6. routinemäßige Messung der Versorgungseffektivität intensivieren,
7. Finanzierungs- und Honorierungssysteme stärker am Versorgungsbedarf ausrichten,
8. auf allen Versorgungsebenen ist der Einrichtung von multiprofessionellen und integrativen Versorgungsformen Vorrang gegenüber Einzelleistungserbringern zu geben.

(3) Zur Verfolgung dieser gemeinsamen Ziele sind im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit jedenfalls folgende Handlungsfelder zu bearbeiten:

1. Die „best points of service“ sind mittels Versorgungsaufträgen zu definieren und die richtigen Anlauf- und Weiterbehandlungsstellen sind transparent zu machen. Die Finanzierung ist sektorenübergreifend an Leistungsverschiebungen anzupassen (§ 17 Abs. 1 Z 6 bzw. § 17 Abs. 2 Z 7).
2. Der stationäre Bereich in den Akutkrankenanstalten ist durch medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen bzw. ambulanten Bereich zu entlasten. Die Leistungserbringung ist insbesondere im ambulanten Bereich im Sinne von § 3 Z 1 bedarfsgerecht weiter zu entwickeln und hinsichtlich der Leistungsangebote aufeinander abzustimmen und festzulegen. Darüber hinaus sind auf der Grundlage von objektiven Kosten- und Nutzenbewertungen unter Berücksichtigung bestehender Auslastungen Leistungsverlagerungen in Richtung effizienterer Strukturalternativen vorzunehmen und ineffiziente Strukturen zu reduzieren. Parallelstrukturen – vor allem ambulante Facharztversorgung im niedergelassenen und spitalsambulanten Bereich – sind abzubauen.
3. Der Bereich der Primärversorgung („Primary Health Care“) ist nach internationalem Vorbild auch im niedergelassenen Bereich zu stärken.
4. Für ausgewählte Krankheitsbilder sind am Patientenbedarf orientierte Versorgungsstandards zu definieren.
5. Zur Verbesserung der Versorgungsprozesse, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, sind Disease Management Programme zu entwickeln und umzusetzen, interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeitsformen auszubauen sowie Behandlungsprozesse zu definieren.
6. Ein umfassendes, vergleichbares, systematisches und standardisiertes Qualitätsmanagement (mit umfassender Messung der Ergebnisqualität) ist sowohl im intramuralen als auch im extramuralen Bereich aufzubauen.
7. Finanzierungs- und Honorierungssysteme sind so zu gestalten, dass die Ziele der Zielsteuerung-Gesundheit (insbesondere Versorgung am „best point of service“) unterstützt werden.

Bei der Bearbeitung der Handlungsfelder gemäß Z 4 und 5 werden unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Evidenz unter anderem die betroffenen gesetzlichen Interessensvertretungen und

Patientenorganisationen und –anwaltschaften sowie die allenfalls betroffenen medizinischen Fachgesellschaften einbezogen.

Patientenorientierung und Transparenz

§ 6. (1) Im Sinne der Patientenorientierung ist die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung so zu stärken, dass die aktive Beteiligung der Betroffenen in Entscheidungsprozessen ihren Gesundheitszustand betreffend möglich ist. Dabei sind auch die Möglichkeiten der Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitsbereich anzuwenden.

(2) Erhebungen zum subjektiven Gesundheitszustand der Bevölkerung und sektorenübergreifende Patientenbefragungen sind regelmäßig durchzuführen.

Qualitätssicherung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit

§ 7. (1) Die österreichische Qualitätsarbeit hat die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen.

(2) Im Bereich der Ergebnisqualität wird Folgendes festgelegt:

1. Für den stationären Bereich ist das auf Routedokumentation basierende System der Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung unter Anwendung von Peer-Review-Verfahren und unter Ergänzung von Qualitätsregistern auf Bundesebene fortzusetzen und auszubauen.
2. Die Bundes-Zielsteuerungskommission hat unter Berücksichtigung von internationalen Modellen und Erfahrungen innerhalb von 18 Monaten für die Gesundheitsdiensteanbieter im ambulanten Bereich ein adäquates, vergleichbares System zur Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung zu entwickeln und im Anschluss die Umsetzung sicherzustellen. Bei der Erarbeitung sind Sozialversicherung, Österreichische Ärztekammer und die Wirtschaftskammer Österreich (als Vertreterin von Gesundheitsbetrieben im Sinne von § 149 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 189/1955) einzubinden.

(3) Im Bereich der Prozessqualität im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit sind im engen Konnex mit den Handlungsfeldern der Zielsteuerung-Gesundheit (§ 5 Abs. 3 Z 4 und 5) österreichweit einheitliche Qualitätsstandards festzulegen.

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

3. Abschnitt

Aufbau und Ablauf der Zielsteuerung-Gesundheit

Mehrstufigkeit des Zielsteuerungsprozesses

§ 8. (1) Der Zielsteuerungsprozess im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit hat nach wissenschaftlich etablierten Methoden zu erfolgen.

(2) Die strategischen Ziele und die zu setzenden Maßnahmen zur Zielerreichung sind in vierjährigen Verträgen auf Bundesebene (periodenbezogene Bundes-Zielsteuerungsverträge) zu vereinbaren und verbindlich festzulegen. Auf Landesebene hat die gesetzliche Krankenversicherung die strategischen Ziele und die zu setzenden Maßnahmen zur Zielerreichung in vierjährigen periodenbezogenen Landes-Zielsteuerungsverträgen mit dem jeweiligen Land zu vereinbaren und verbindlich festzulegen. Die konkrete Umsetzung hat in Jahresarbeitsprogrammen zu erfolgen.

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

1. Die detaillierte Ausgestaltung der Zielsteuerung-Gesundheit auf Bundesebene und allfällig auf Bundesebene umzusetzende Maßnahmen sind vom Bund und der gesetzlichen Krankenversicherung gemeinsam mit den Ländern durch Bundes-Zielsteuerungsverträge festzulegen, wobei gesamtwirtschaftliche Auswirkungen und regionale Erfordernisse zu berücksichtigen sind. Diese Verträge haben die im 4. und 5. Abschnitt festgelegten Inhalte zu umfassen.
2. In der Bundes-Zielsteuerungskommission ist der Entwurf für den Bundes-Zielsteuerungsvertrag zu beraten und zur Beschlussfassung dem Bund, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Ländern einvernehmlich zu empfehlen. Zuvor kann der Entwurf den Mitgliedern der Bundesgesundheitskommission zur Abgabe einer allfälligen schriftlichen Stellungnahme vorgelegt werden. Der Vertrag ist nach Genehmigung durch die jeweils zuständigen Organe vom Bund und für die gesetzliche Krankenversicherung durch den

Hauptverband nach Beschlussfassung durch die Trägerkonferenz ehestmöglich rechtsverbindlich zu unterfertigen und erlangt nach rechtsverbindlicher Unterfertigung durch die Länder Rechtsgültigkeit. Der unterfertigte Bundes-Zielsteuerungsvertrag ist binnen 14 Tagen der Bundes-Zielsteuerungskommission und den Landes-Zielsteuerungskommissionen zur Kenntnis zu bringen. Die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit hat den jeweils aktuellen Bundes-Zielsteuerungsvertrag auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit zu veröffentlichen.

3. Der Entwurf des ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrags für die Jahre 2013 bis 2016 hat bis zum 30. Juni 2013 vorzuliegen. Bundes-Zielsteuerungsverträge für die weiteren Perioden haben bis Mitte des der Periode vorangehenden Jahres vorzuliegen. Allfällige Adaptierungen bestehender Bundes-Zielsteuerungsverträge haben ebenfalls bis spätestens Mitte des Jahres vorzuliegen, das dem Jahr vorangeht, in dem diese Adaptierungen für die Zielsteuerung-Gesundheit relevant werden.
4. Die Bundes-Zielsteuerungsverträge sind in Bezug auf die einzelnen Jahre zu konkretisieren, gegebenenfalls zu adaptieren und in Jahresarbeitsprogrammen auf Bundesebene zu operationalisieren. Das Jahresarbeitsprogramm für die Maßnahmen auf Bundesebene für das Jahr 2013 ist gleichzeitig mit dem ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag zu vereinbaren. Die Jahresarbeitsprogramme für die Folgejahre sind bis spätestens Ende des Vorjahres durch die Bundes-Zielsteuerungskommission zu vereinbaren.
5. Ein bundeseinheitliches, effektives und effizientes Monitoring und Berichtswesen auf Bundesebene sind gemäß den Regelungen im 7. Abschnitt einzurichten und durchzuführen.

(4) Die gesetzliche Krankenversicherung ist auf Landesebene im Sinne einer strategischen Kooperation und Koordination gemeinsam mit den Ländern für die Erreichung und Umsetzung der in der Zielsteuerung-Gesundheit festgelegten Ziele und Kooperationen insbesondere nach Maßgabe der folgenden Prozessschritte in Z 1 bis 4 verantwortlich:

1. Zur detaillierten Ausgestaltung der Zielsteuerung-Gesundheit auf Landesebene hat die gesetzliche Krankenversicherung ausgehend von den vertraglichen Festlegungen auf Bundesebene mit dem jeweiligen Land einen Landes-Zielsteuerungsvertrag zu vereinbaren und umzusetzen. Diese Verträge haben die im 4. und 5. Abschnitt festgelegten Inhalte zu umfassen. Der zwischen Land und gesetzlicher Krankenversicherung abgeschlossene Landes-Zielsteuerungsvertrag einschließlich des gemäß § 16 zu vereinbarenden Finanzrahmenvertrages gilt verbindlich, bei Nichteinhaltung greift der Sanktionsmechanismus gemäß des 8. Abschnitts.
2. In der Landes-Zielsteuerungskommission wird der Entwurf für einen Landes-Zielsteuerungsvertrag beraten und zur Beschlussfassung in den zuständigen Gremien der gesetzlichen Krankenversicherung und des Landes einvernehmlich empfohlen. Wenn dieser Entwurf dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag bzw. sonstigen bundesrechtlichen Vorschriften widerspricht, hat der Bund ein Vetorecht. Der Vertrag ist nach Genehmigung durch die jeweils zuständigen Organe der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse, der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, der Sozialversicherungsanstalt der Bauern und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau ehestmöglich rechtsverbindlich zu unterfertigen und erlangt nach rechtsverbindlicher Unterfertigung durch das Land Rechtsgültigkeit. Wird ein Vertrag nicht von allen genannten gesetzlichen Krankenversicherungsträgern im Land unterfertigt, kommt dieser Vertrag zwischen den unterzeichnenden Vertragsparteien trotzdem zustande, sofern die Bundes-Zielsteuerungskommission die zu erwartende Zielerreichung nicht gefährdet sieht und deswegen kein Veto einlegt. Der unterfertigte Landes-Zielsteuerungsvertrag wird binnen 14 Tagen der Bundes-Zielsteuerungskommission und der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission zur Kenntnis gebracht.
3. Der Entwurf des ersten Landes-Zielsteuerungsvertrags für die Jahre 2013 bis 2016 liegt bis 30. September 2013 vor. Landes-Zielsteuerungsverträge für die weiteren Perioden liegen bis Ende November des der Periode vorangehenden Jahres vor. Allfällige Adaptierungen bestehender Landes-Zielsteuerungsverträge werden ebenfalls bis spätestens Ende November des Jahres vorliegen, das dem Jahr vorangeht, in dem diese Adaptierungen für die Zielsteuerung relevant werden.
4. Die Landes-Zielsteuerungsverträge werden auf der jeweiligen Landesebene in Bezug auf die einzelnen Jahre konkretisiert, gegebenenfalls adaptiert, sowie in Jahresarbeitsprogrammen operationalisiert und im jeweiligen Wirkungsbereich umgesetzt. Das Jahresarbeitsprogramm für die Maßnahmen auf der jeweiligen Landesebene für das Jahr 2013 wird gleichzeitig mit dem ersten

Landes-Zielsteuerungsvertrag vereinbart. Jahresarbeitsprogramme für die Folgejahre werden bis spätestens Ende des Vorjahres in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission vereinbart.

Integrierte Planung und Verhältnis der Zielsteuerung-Gesundheit zu ÖSG/RSG

§ 9. (1) Die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur umfasst alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und angrenzender Bereiche und erfolgt auf Basis vorhandener Evidenzen und sektorenübergreifend. Die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur wird im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt. Der ÖSG stellt die Rahmenplanung für die stationäre und ambulante Versorgungsplanung in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) dar.

(2) Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag sowie dessen Umsetzung in den jeweiligen Jahresarbeitsprogrammen hat auf den bereits vereinbarten Festlegungen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) aufzubauen. Die weitere Ausrichtung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit wird durch die übergeordnete Zielsteuerung-Gesundheit determiniert.

(3) Der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung haben darauf zu achten, dass der Landes-Zielsteuerungsvertrag sowie dessen Umsetzung in den jeweiligen Jahresarbeitsprogrammen auf den bereits vereinbarten Festlegungen des jeweiligen Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) auf Landesebene aufbaut und diesem übergeordnet ist. Die im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit auf Landesebene gemeinsam vereinbarten strukturellen Maßnahmen werden unter Einhaltung der im Bundes-Zielsteuerungsvertrag und im ÖSG vereinbarten Vorgaben inhaltlich entsprechend in den jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit einfließen.

(4) Auf Grundlage der zentralen Festlegungen und Erfordernisse der Zielsteuerung-Gesundheit ist der Österreichische Strukturplan Gesundheit als zentrales Planungsinstrumentarium in struktureller und inhaltlicher Hinsicht und unter Beachtung der Kriterien der Versorgung, der Qualität und der Effizienz zu entwickeln, ebenso werden die Regionalen Strukturpläne Gesundheit entwickelt.

4. Abschnitt

Konkretisierung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit

Ausrichtung der Zielsteuerung-Gesundheit

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

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

zu konkretisieren.

(2) Für alle im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit durch die Steuerungsbereiche erfassten Zielvereinbarungen sind vom Bund und der gesetzlichen Krankenversicherung gemeinsam mit den Ländern evidenzbasierte Messgrößen und Zielwerte zu definieren.

Steuerungsbereich Ergebnisorientierung

§ 11. (1) Im Steuerungsbereich Ergebnisorientierung haben die Bundes-Zielsteuerungsverträge insbesondere folgende Festlegungen zu enthalten:

1. Bundesweite Rahmenvorgaben für ergebnisorientierte Versorgungsziele und wirkungsorientierte Gesundheitsziele abgeleitet aus den Rahmen-Gesundheitszielen,
2. Dokumentationserfordernisse (Datengrundlage: sektorenübergreifende einheitliche Diagnosen- und Leistungsdokumentation; Pseudonymisierung) für ein bundesweites Monitoring der Gesundheits- und Versorgungsziele,
3. bundesweit einheitliche Messgrößen und Zielwerte für die Maßnahmen, die in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen und -prozesse festgelegt werden, wobei diese auch für internationale Vergleiche und Leistungsmessungen verwendbar sein sollen,
4. einheitliche Vorgaben zu Kosten-Nutzenbewertungen und Evidenzbasierung (HTA) von Diagnose- und Behandlungsmethoden (einschließlich Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Screening- und Impfprogrammen),
5. Koppelung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention an wirkungsorientierte Gesundheitsziele einschließlich verpflichtender Evaluation.

(2) Zur Umsetzung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit nach Maßgabe des § 1 Abs. 1 werden in den Landes-Zielsteuerungsverträgen regionale Gesundheits- und Versorgungsziele festgelegt, sodass die bundesweiten Vorgaben für die ergebnisorientierten Versorgungsziele und wirkungsorientierten Gesundheitsziele erreicht werden können.

Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen

§ 12. (1) Im Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen haben die Bundes-Zielsteuerungsverträge insbesondere folgende Festlegungen in Form von Bandbreiten zu enthalten:

1. Bedarfsorientierte Versorgungs- und Leistungsdichte im akutstationären und ambulanten Bereich zur Weiterentwicklung der Versorgungsdichte in Richtung Leistungsdichte für alle Versorgungsbereiche,
2. Anteil der tagesklinischen Leistungserbringung bzw. der ambulanten Leistungserbringung für festgelegte ausgewählte Leistungen,
3. Entlastung des vollstationären Bereichs in den Akut-Krankenanstellen durch medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen bzw. in den ambulanten Bereich unter Berücksichtigung von § 5 Abs. 3 Z 1, 2 und 3,
4. Anteil der ambulanten Versorgungsstruktur mit Öffnungszeiten zu Tagesrand- und Wochenendzeiten und Anteil interdisziplinärer Versorgungsmodelle an der ambulanten Versorgungsstruktur,
5. Stärkung der Primärversorgung („Primary Health Care“) auch im niedergelassenen Bereich,
6. Rahmenvorgaben für etwaige betroffene Nahtstellen,
7. Rahmenvorgaben für die Rollenverteilung, Aufgabengebiete und Versorgungsaufträge ambulanter Versorgungsstufen,
8. grenzüberschreitende Kooperationen.

(2) Zur Umsetzung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit nach Maßgabe des § 1 Abs. 1 werden im Rahmen der periodenbezogenen Landes-Zielsteuerungsverträge die dargelegten Vorgaben gemäß Abs. 1 ausgehend vom regionalen Bedarf konkretisiert und Zielwerte für die jeweilige Betrachtungsperiode einvernehmlich festgelegt. Zudem werden in diesen Verträgen Festlegungen über die maßnahmenbezogene Umsetzung sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht getroffen, wobei insbesondere folgende Maßnahmen hinsichtlich Versorgungsstrukturen, die wesentliche Auswirkungen auf die Leistungserbringung im jeweils anderen Sektor bewirken, berücksichtigt werden:

1. Kapazitätsanpassungen in Akutkrankenanstellen, insbesondere durch Festlegen struktureller Maßnahmen wie Umwandlung in (dislozierte) Wochen- bzw. Tageskliniken und Basis-Krankenanstellen oder Schaffen von Krankenanstellennetzwerken und Krankenanstellen mit mehreren Standorten einschließlich Festlegungen zum gemeinsamen Betrieb ausgewählter Funktionsbereiche,
2. Kapazitätsanpassungen von extramuraler Leistungserbringung (insbesondere interdisziplinäre Versorgungsmodelle wie zB selbstständige Ambulatorien, Gruppenpraxen oder neu zu etablierende innovative Versorgungsformen; erweiterte Öffnungszeiten) unter Berücksichtigung der festzulegenden regionalen Versorgungsaufträge vor allem bei neuen Vertragsabschlüssen,
3. Errichtung von interdisziplinären Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten und Ambulanten Erstversorgungseinheiten,
4. Planung der Spitalsambulanzen im Zusammenhang mit den niedergelassenen Fachärztinnen/Fachärzten,
5. Anpassung der tagesklinischen und ambulanten Strukturen ausgehend von den vereinbarten Zielleistungsvolumina je Bereich,
6. Festlegen der Rollenverteilung, Aufgabengebiete und Versorgungsaufträge pro ambulanter Versorgungsstufe und verbindliche sektorenübergreifende Angebotsplanung über die Regionalen Strukturpläne Gesundheit,
7. Festlegen von „best points of service“ mittels regionaler Versorgungsaufträge differenziert nach Versorgungsebene und Einführung von integrierten Versorgungsmodellen,
8. Berücksichtigung der „Terminwartezeit“ und „Versorgungswirksamkeit“ je Leistungserbringer bei der regionalen Kapazitätsplanung im ambulanten Bereich im Rahmen der Festlegungen im RSG.

Steuerungsbereich Versorgungsprozesse

§ 13. (1) Im Steuerungsbereich Versorgungsprozesse haben die Bundes-Zielsteuerungsverträge insbesondere folgende Festlegungen als Zielvereinbarungen zur Optimierung der Behandlungsprozesse zu enthalten:

1. Festlegung der Umsetzung von eHealth-Konzepten (elektronische Gesundheitsakte, sektorenübergreifende einheitliche Diagnose- und Leistungsdokumentation, eMedikation, usw.),
2. Reduktion von vermeidbaren Doppel- und Mehrfachbefundungen, insbesondere bei elektiven Eingriffen durch die Umsetzung der Bundesqualitätsleitlinie präoperative Diagnostik,
3. flächendeckende Festlegung und Umsetzung von Qualitätsstandards (zB Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement),
4. Angebot an Disease Management Programmen und Konzepten zur integrierten Versorgung,
5. operative Maßnahmen zur Umsetzung des § 24 Abs.2 dritter und vierter Satz des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957,
6. Maßnahmen zum effektiven und effizienten Einsatz von Medikamenten.

(2) Auf Bundesebene wird als Teil der Zielsteuerung-Gesundheit eine gemeinsame Medikamentenkommission für den intra- und extramuralen Bereich insbesondere für hochpreisige und spezialisierte Medikamente (im Sinne von Heilmittel gemäß § 136 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) und deren Einsatzgebiete eingerichtet. Dabei gilt Folgendes:

1. Die Aufgabe der gemeinsamen Medikamentenkommission besteht darin, auf Antrag eines Bundeslandes oder des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger der Bundes-Zielsteuerungskommission Empfehlungen vorzulegen, welche hochpreisigen und spezialisierten Medikamente in welchem Versorgungssektor eingesetzt werden und welches Kostenerstattungssystem bzw. welcher Versorgungssektor die dabei anfallenden Kosten übernimmt. Den vertriebsberechtigten Unternehmen ist vor Abgabe einer Empfehlung die Möglichkeit zur Stellungnahme zu geben. Die Empfehlungen der gemeinsamen Medikamentenkommission haben auf den „best point of service“ abzustellen und insbesondere auf medizinisch-therapeutischen, gesundheitsökonomischen und versorgungstechnischen Gesichtspunkten zu beruhen, um so die größtmögliche Servicequalität sicherzustellen.
2. Der gemeinsamen Medikamentenkommission für den intra- und extramuralen Bereich gehören je drei Vertreterinnen/Vertreter der Sozialversicherung und der Länder an. Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit entsendet in die Kommission drei ausgewiesene wissenschaftliche Expertinnen/Experten des Arzneimittelwesens und weiters eine Vertreterin/einen Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, die/der den Vorsitz führt. Alle Mitglieder sind stimmberechtigt. Die Empfehlungen trifft sie mit Dreiviertelmehrheit, wobei die Minderheitenmeinung auf Verlangen zu dokumentieren ist.
3. Die Bundes-Zielsteuerungskommission hat über die Empfehlungen der gemeinsamen Medikamentenkommission für den intra- und extramuralen Bereich zu entscheiden. Die Aufgaben der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission gemäß § 351g des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes bleiben unberührt.

(3) Zur Umsetzung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit nach Maßgabe des § 1 Abs. 1 werden in den Landes-Zielsteuerungsverträgen Maßnahmen zur Optimierung der Behandlungsprozesse durch verbesserte Organisations- und Kommunikationsabläufe zwischen allen Leistungserbringern vorgesehen. Als solche Maßnahmen kommen insbesondere in Betracht:

1. Implementierung von eHealth-Konzepten (elektronische Gesundheitsakte, sektorenübergreifende einheitliche Diagnose- und Leistungsdokumentation, eMedikation, usw.),
2. Implementierung von (sektorenübergreifenden) Leitlinien und Standards (zB Aufnahme- und Entlassungsmanagement, präoperative Diagnostik) für die Behandlung und die Versorgung insbesondere chronischer und häufiger Erkrankungen,
3. Patientensteuerung zum „best point of service“,
4. Implementierung evidenzbasierter und qualitätsgesicherter Disease Management Programme sowie integrierter Versorgungskonzepte.

Vorgaben und Inhalte der Landes-Zielsteuerungsverträge

§ 14. Die Landes-Zielsteuerungsverträge dürfen dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag nicht widersprechen. Sie haben ausgehend vom regionalen Bedarf insbesondere die Vorgaben aus dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag in den Steuerungsbereichen „Ergebnisorientierung“,

„Versorgungsstrukturen“, „Versorgungsprozesse“ und „Finanzziele“ näher zu konkretisieren und die entsprechenden Maßnahmen zur Umsetzung zu beinhalten.

Jahresarbeitsprogramme

§ 15. Die in den Zielsteuerungsverträgen in den Steuerungsbereichen „Ergebnisorientierung“, „Versorgungsstrukturen“, „Versorgungsprozesse“ und der Finanzzielsteuerung (5. Abschnitt) getroffenen Festlegungen und Maßnahmen sind im Hinblick auf ihre termingerechte Umsetzung zu operationalisieren. Für diesen Zweck sind Jahresprogramme zu erstellen.

5. Abschnitt

Festlegung der Finanzzielsteuerung

Finanzzielsteuerung – allgemeine Bestimmungen

§ 16. (1) Die im 4. Abschnitt konkretisierten Steuerungsbereiche sind um eine Finanzzielsteuerung als integralem Bestandteil der Zielsteuerung-Gesundheit zu ergänzen. Ziel der Finanzzielsteuerung ist es, den Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben in der ersten Periode der Zielsteuerung-Gesundheit von 2012 bis 2016 stufenweise soweit zu dämpfen, dass der jährliche Ausgabenzuwachs im Jahr 2016 einen Wert von 3,6 Prozent (durchschnittliche Entwicklung des nominellen Bruttoinlandprodukts gemäß Mittelfristprognose für das Bundesfinanzrahmengesetz) nicht überschreitet. In den weiteren Perioden soll der jährliche Ausgabenzuwachs an die durchschnittliche Entwicklung des Bruttoinlandprodukts gemäß Mittelfristprognose für das Bundesfinanzrahmengesetz in der jeweils geltenden Fassung gekoppelt bleiben. Die Finanzzielsteuerung ist in Finanzrahmenverträgen, die Teil der periodenbezogenen Zielsteuerungsverträge sind, zu konkretisieren. Diese Finanzrahmenverträge haben die von den Vertragsparteien im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit zu verantwortenden Gesundheitsausgaben, die hinkünftig in Umsetzung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit nach Maßgabe des § 1 Abs. 1 einer gemeinsamen Finanzverantwortung von Ländern und gesetzlicher Krankenversicherung hinsichtlich der Mittelverwendung unterliegen, zu umfassen.

(2) Grundlage der Finanzzielsteuerung ist ein sektorenübergreifender Ausgabendämpfungspfad. Dieser Ausgabendämpfungspfad hat eine Prognose der Gesundheitsausgaben ohne Intervention, die nominellen Ausgabenobergrenzen für öffentliche Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) und die sich daraus ergebenden Dämpfungseffekte beim Ausgabenzuwachs (Ausgabendämpfungseffekte) jährlich und kumuliert über die Periode zu umfassen. Diese Werte sind für eine erste Periode bis zum Jahr 2016 in den Art. 25 bis 27 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit vereinbart und für die weiteren Perioden im jeweiligen Bundes-Zielsteuerungsvertrag zu vereinbaren, dabei ist die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in der jeweils geltenden Fassung zu berücksichtigen. Diese Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte sind für den Bereich der Sozialversicherung und für den Bereich der Länder auf Bundesebene in den Finanzrahmenverträgen darzustellen. Des Weiteren sind diese Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte für den Bereich der Sozialversicherung und für den Bereich der Länder in Umsetzung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit nach Maßgabe des § 1 Abs. 1 auf Landesebene darzustellen und auf Landesebene zu sektorenübergreifenden Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekten zusammenzuführen. Gesundheitsausgaben aus dem Bereich der Pensionsversicherung, Unfallversicherung, Krankenfürsorgeanstalten und des Bundes sowie Investitionen sind gesondert darzustellen.

(3) Ausgangsbasis für die Ermittlung der nominellen Ausgabenobergrenzen einschließlich Ausgabendämpfungseffekte auf Bundesebene sowie für die Definition von sektoralen und regionalen Ausgabenobergrenzen sind die öffentlichen Gesundheitsausgaben in ihrer jeweiligen Ausprägung unter Vornahme von Abgrenzungen in Analogie zu den Ansätzen der Statistik Austria auf Grundlage von „Systems of Health Accounts (SHA)“.

(4) In Umsetzung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit nach Maßgabe des § 1 Abs. 1 ist die Einhaltung des Ausgabendämpfungspfades auf Bundes- und Landesebene durch partnerschaftlich vereinbarte Maßnahmenpakete im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit sicherzustellen. Dazu haben der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung gemeinsam mit den Ländern auf Grundlage finanziell bewerteter und nachvollziehbarer Annahmen ein Maßnahmenpaket darzustellen, das in Summe geeignet ist, die vereinbarten Ausgabenobergrenzen und die sich daraus ergebenden Ausgabendämpfungseffekte tatsächlich zu erreichen. Die endgültige Zielerreichung orientiert sich abschließend an der Einhaltung der jeweils geltenden Ausgabenobergrenzen.

(5) Die Ermittlung der für die Finanzzielsteuerung als zielsteuerungsrelevant definierten Gesundheitsausgaben im Bereich von Bund, Ländern und Sozialversicherung hat transparent und umfassend zu erfolgen. Die Methodik der österreichweiten Darstellung und der Ausgabendämpfungspfad der Zielsteuerung-Gesundheit werden in den periodenbezogenen Bundes-Zielsteuerungsverträgen festgelegt. Für die Ausgangswerte, Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte für die erste Periode bis 2016 gelten die Festlegungen und Darstellungen in den Art. 25 bis 27 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, wobei die Umsetzung der Zielvorgaben in der Periode im Vordergrund zu stehen hat. Die für die Ermittlung der öffentlichen Gesundheitsausgaben und für das nachfolgende Monitoring erforderlichen Rechenwerke sind gegenseitig offen zu legen und die entsprechenden Datenherkünfte sind auszuweisen.

(6) Die durch die Länder untereinander vorgenommene Verteilung der Ausgabenobergrenzen einschließlich der zu erzielenden Ausgabendämpfungseffekte ist gemäß § 17 Abs. 1 und 2 in den Zielsteuerungsverträgen zu dokumentieren. Übererfüllungen bei den Ausgabendämpfungseffekten der Länder in einem Jahr können auf die Folgejahre angerechnet werden, vorausgesetzt die festgelegten jährlichen Ausgabenobergrenzen werden eingehalten.

(7) Die Verteilung der Ausgabenobergrenzen einschließlich der zu erzielenden Ausgabendämpfungseffekte innerhalb der Sozialversicherungsträger sowie die länderweise Zuordnung der Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte sind durch die Sozialversicherung vorzunehmen und gemäß § 17 Abs. 1 und 2 in den Zielsteuerungsverträgen zu dokumentieren.

(8) Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung haben eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik anzustreben.

Inhalt und Gegenstand der Finanzrahmenverträge

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

1. Für den bundesweiten sektorenübergreifenden Ausgabendämpfungspfad der öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege:
 - a) den Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode,
 - b) die Ausgabenentwicklung in der Periode ohne Intervention,
 - c) die jährlichen Ausgabenobergrenzen und die daraus abzuleitenden,
 - d) jährlichen und über die Periode kumulierten Ausgabendämpfungseffekte sowie
 - e) den Aufteilungsschlüssel für die Ausgabendämpfungseffekte auf die beiden Sektoren.
2. Für die bundesweiten sektoralen Ausgabendämpfungspfade der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben:
 - a) die Ausgangswerte für das erste Jahr der jeweiligen Periode,
 - b) die Ausgabenentwicklung in der Periode ohne Intervention,
 - c) die jährlichen Ausgabenobergrenzen und die daraus abzuleitenden,
 - d) jährlichen und über die Periode kumulierten Ausgabendämpfungseffekte gemäß Z 1 lit. d und e gesondert für Länder und gesetzliche Krankenversicherung.
3. Die Aufteilung der in Z 2 lit. c und d dargestellten Ausgabenobergrenzen und daraus abgeleiteten Ausgabendämpfungseffekte
 - a) auf die neun Bundesländer,
 - b) auf alle Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die
 - c) bundesländerweise Zusammenführung von lit. b.
4. Gesondert darzustellen sind:
 - a) Investitionen,
 - b) Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung (insbesondere Rehabilitation),
 - c) Gesundheitsausgaben der Unfallversicherung,
 - d) Gesundheitsausgaben der Krankenfürsorgeanstalten,
 - e) Gesundheitsausgaben des Bundes.
5. Die konkrete Ausgestaltung der differenzierten Ausgabendarstellung für den extra- und intramuralen Bereich sowie die Generierung der dafür erforderlichen Datengrundlagen ist im ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag zu vereinbaren.
6. Des Weiteren sind im ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag die inhaltlichen bundesweiten Rahmenregelungen für die auf Landesebene gemäß Abs. 2 Z 7 vorzusehenden Finanzierungs- und

Verrechnungsmechanismen für vereinbarte sektorenübergreifenden Leistungsverchiebungen zu vereinbaren.

(2) Zur Umsetzung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit nach Maßgabe des § 1 Abs. 1 umfassen die Finanzrahmenverträge auf Landesebene für die jeweilige Periode der Zielsteuerung-Gesundheit für alle neun Bundesländer jedenfalls folgende Inhalte:

1. Darstellung des Ausgabendämpfungspfades der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben des jeweiligen Landes:
 - a) der Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode,
 - b) die Ausgabenentwicklung in der Periode ohne Intervention,
 - c) die jährlichen Ausgabenobergrenzen und die daraus abzuleitenden,
 - d) jährlichen und über die Periode kumulierten Ausgabendämpfungseffekte gemäß Abs. 1 Z 3 lit. a.
2. Darstellung des Ausgabendämpfungspfades der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im jeweiligen Land:
 - a) den Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode.
 - b) die Ausgabenentwicklung in der Periode ohne Intervention.
 - c) die jährlichen Ausgabenobergrenzen der gesetzlichen Krankenversicherung und die daraus abzuleitenden,
 - d) jährlichen und über die Periode kumulierten Ausgabendämpfungseffekte gemäß Abs. 1 Z 3 lit. c.
3. Die Darstellung des zusammengeführten Ausgabendämpfungspfades gemäß Z 1 und Z 2 für das jeweilige Bundesland.
4. Die auf das jeweilige Bundesland entfallenden Investitionen getrennt nach Land und gesetzlicher Krankenversicherung.
5. Die Darstellung der Ausgaben beider Sektoren erfolgt nach einer funktionalen Gliederung aufgrund einer bundeseinheitlichen Berichtsvorlage: Für den extramuralen Bereich wird eine differenzierte Darstellung der Ausgaben entsprechend der bisherigen funktionalen Gliederung vorgenommen. Für den intramuralen Bereich wird jedenfalls eine differenzierte Darstellung der wesentlichen Finanzierungspositionen der Landesgesundheitsfonds und der Länder/Gemeinden vorgenommen. Darüber hinaus wird für den intramuralen Bereich ausgehend von den Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen der Krankenanstaltenträger und ausgehend von den bundesweit einheitlichen Datengrundlagen zur Krankenanstalten-Kostenrechnung eine nach materiellen und funktionellen Gesichtspunkten differenzierte aus diesen Rechenwerken ableitbare Ausgaben- bzw. Kostendarstellung (Ausgaben/Kosten für Personal, für medizinische und nichtmedizinische Ge- und Verbrauchsgüter einschließlich einer gesonderten Darstellung der Heilmittel, für den Bezug von medizinischen und nichtmedizinischen Fremdleistungen und für Investitionen) definiert und ergänzt. Eine differenzierte Darstellung nach Funktions- und Fachbereichen ist anzustreben.
6. Die in den Landes-Zielsteuerungsverträgen vereinbarten Maßnahmen sind in finanzieller Hinsicht wie folgt darzustellen:
 - a) Gesamtbewertung der dargestellten Maßnahmen gemäß § 11 Abs. 2, § 12 Abs. 2 und § 13 Abs. 3 und
 - b) deren Auswirkung auf den intra- und extramuralen Bereich.
7. Verbindliche Regelungen für sektorenübergreifende Finanzierungen und Verrechnungen gemäß Abs. 1 Z 6 von durch die Zielsteuerung-Gesundheit veranlassten Leistungsverchiebungen bzw. von neu etablierten Versorgungsformen.

(3) Die für die Finanzzielsteuerung einschließlich des Monitorings gemäß des 7. Abschnitts notwendigen Daten sind vom Bund, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und von den Ländern zur Verfügung zu stellen.

Virtuelles Budget

§ 18. (1) Die gemeinsame Finanzverantwortung auf Landesebene im Rahmen des virtuellen Budgets bezieht sich im Zuge der Umsetzung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit nach Maßgabe des § 1 Abs. 1 auf die zu vereinbarenden Finanzrahmenverträge gemäß § 17 und umfasst:

1. die Ausgabendämpfungseffekte und die Ausgabenobergrenzen und
2. die Maßnahmen gem. § 16 Abs. 4.

(2) Die Inhalte gemäß Abs. 1 Z 1 sind in § 16 Abs. 4 und § 17 Abs. 2 Z 1, 2 und 3 geregelt.

(3) Die Inhalte gemäß Abs. 1 Z 2 sind in § 16 Abs. 4 und § 17 Abs. 2 Z 6 und 7 geregelt.

(4) Die gesetzliche Krankenversicherung hat gemeinsam mit den Ländern die Realisierung der in den Finanzrahmenverträgen vereinbarten Ziele zu verantworten, wobei das entsprechende Vorgehen bei der Nicht-Erreichung von Zielen und bei Verstößen gegen die Finanzrahmenverträge in den §§ 29 und 30 geregelt ist.

Stärkung der Gesundheitsförderung

§ 19. (1) Die gesetzliche Krankenversicherung hat, nach Maßgabe der Mittelaufbringung der Länder entsprechend den Bestimmungen in Art. 23 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in die in allen Landesgesundheitsfonds als – getrennt vom sonstigen Vermögen der Landesgesundheitsfonds verwaltetes – Sondervermögen eingerichteten Gesundheitsförderungsfonds für zehn Jahre (2013 bis 2022) 130 Millionen Euro in gleichen Jahrestanchen einzubringen. Die Mittel werden nach dem Versicherungsschlüssel (§ 447g des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) aufgebracht und auf die Landesgesundheitsfonds verteilt. Dabei ist sicherzustellen, dass

1. sich die Verwendung der Mittel an den von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen Rahmen-Gesundheitszielen orientiert,
2. die gesetzten Maßnahmen sich an der vorhandenen Evidenz, Wirksamkeit und den Qualitätskriterien für Gesundheitsförderung und Prävention orientieren und
3. die umgesetzten Maßnahmen evaluiert und in einer regelmäßigen Berichterstattung dargestellt werden.

(2) Die gesetzliche Krankenversicherung hat im Einvernehmen mit dem Land in der Landes-Zielsteuerungskommission über die Verwendung der Mittel aus dem Gesundheitsförderungsfonds zu entscheiden.

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

(4) Die Bundes-Zielsteuerungskommission hat für die Verwendung dieser Gesundheitsförderungsmittel Grundsätze und Ziele zu beschließen, wobei insbesondere sicherzustellen ist, dass Gesundheitsförderungsprojekte den grundsätzlichen Zielsetzungen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages und der Landes-Zielsteuerungsverträge nicht widersprechen.

6. Abschnitt

Entscheidungsstrukturen und -organisation

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

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

1. Bundesgesundheitskommission
2. Bundes-Zielsteuerungskommission

(2) Weiters kann zur Beratung der Bundesgesundheitsagentur eine Bundesgesundheitskonferenz eingerichtet werden, in der die wesentlichen Akteurinnen/Akteure des Gesundheitswesens vertreten sind.

(3) Die Führung der Geschäfte der Bundesgesundheitsagentur obliegt dem Bundesministerium für Gesundheit.

(4) Bei der Erfüllung der Aufgaben hat die Bundesgesundheitsagentur darauf zu achten, dass eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich insbesondere durch die Zielsteuerung-Gesundheit sichergestellt und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Einhaltung der Finanzrahmenverträge abgesichert wird.

Bundesgesundheitskommission

§ 21. (1) Die Bundesgesundheitskommission hat im Rahmen der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens in Österreich Aufgaben unter Bedachtnahme auf die Festlegungen im Bundes-Zielsteuerungsvertrag und in der Bundes-Zielsteuerungskommission sowie unter Berücksichtigung gesamtwirtschaftlicher Auswirkungen und regionaler und länderspezifischer

Erfordernisse wahrzunehmen. In der Bundesgesundheitskommission erfolgen zu nachstehenden Punkten Festlegungen (Beschlüsse):

1. Zu Angelegenheiten der Bundesgesundheitsagentur als Fonds:
 - a) Laufende Wartung und Aktualisierung sowie Weiterentwicklung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungsmodells (LKF) einschließlich seiner Grundlagen,
 - b) Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln der Bundesgesundheitsagentur,
 - c) Voranschlag und Rechnungsabschluss der Bundesgesundheitsagentur.
2. Zu allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen:
 - a) (Weiter-)Entwicklung der (Rahmen-)Gesundheitsziele samt Festlegung der Indikatoren und Monitoring gemäß § 4 (einschließlich Strategien zur Umsetzung),
 - b) Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens,
 - c) Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien und ihrer Anwendungen (wie ELGA, e-card, Telehealth, Telecare),
 - d) Richtlinien für eine bundesweite, alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende Dokumentation,
 - e) Weiterentwicklung des Dokumentations- und Informationssystems für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG),
 - f) Evaluierung der von der Bundesgesundheitskommission wahrgenommenen Aufgaben.

(2) Die Bundesgesundheitskommission besteht aus 36 Mitgliedern, die nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen zu bestellen sind, wobei ein Stimmrecht nur den Mitgliedern gemäß Z 1 bis 7 zukommt:

1. Neun Mitglieder bestellt die Bundesregierung auf Vorschlag der Bundesministerin/des Bundesministers für Gesundheit,
2. neun Mitglieder bestellt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger,
3. je ein Mitglied bestellt jedes Land,
4. je ein Mitglied bestellen die Interessensvertretungen der Städte und der Gemeinden,
5. ein Mitglied bestellt die Österreichische Bischofskonferenz gemeinsam mit dem Evangelischen Oberkirchenrat,
6. ein Mitglied bestellen die gemäß § 11e Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz eingerichteten Patientenvertretungen gemeinsam,
7. ein Mitglied bestellt die Österreichische Ärztekammer,
8. ein Mitglied bestellt die Österreichische Apothekerkammer,
9. ein Mitglied bestellt die Bundesministerin/der Bundesminister für Wissenschaft und Forschung,
10. ein Mitglied bestellt die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt,
11. ein Mitglied bestellt die für die in § 149 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes genannten Krankenanstalten in Betracht kommende gesetzliche Interessensvertretung.

Für jedes der so bestellten Mitglieder der Bundesgesundheitskommission ist im Einzelfall eine Vertretung durch schriftliche Vollmacht möglich. Das Recht zur Bestellung umfasst auch das Recht zur Abberufung der Mitglieder.

(3) Für Beschlussfassungen der Bundesgesundheitskommission sind eine Stimmenmehrheit und die Zustimmung von mindestens drei Viertel der Vertreterinnen/Vertreter gemäß Abs. 2 Z 1 bis 3 erforderlich.

(4) Machen die zur Bestellung von Mitgliedern der Bundesgesundheitskommission Berechtigten von diesem Recht keinen Gebrauch und bestellen keine Mitglieder, so bleiben die nichtbestellten Mitglieder bei der Feststellung der Beschlussfähigkeit der Bundesgesundheitskommission außer Betracht.

(5) Den Vorsitz in der Bundesgesundheitskommission hat die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit zu führen. Ist die Bundesministerin/der Bundesminister verhindert, den Vorsitz zu führen, so hat die Bundesministerin/der Bundesminister eine Vertreterin/einen Vertreter aus dem Kreis der leitenden Bediensteten des Bundesministeriums für Gesundheit mit dem Vorsitz in der Bundesgesundheitskommission zu betrauen.

(6) Die Bundesgesundheitskommission hat eine Geschäftsordnung zu beschließen.

Bundes-Zielsteuerungskommission

§ 22. (1) Die Bundes-Zielsteuerungskommission hat im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit den Entwurf für den Bundes-Zielsteuerungsvertrag zu beraten und zur Beschlussfassung dem Bund, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Ländern einvernehmlich zu empfehlen. Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag bildet die Grundlage und den Rahmen für die Aufgaben gemäß Abs. 2 und 3.

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

1. Koordination, Abstimmungen und Festlegungen aller aus dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag einschließlich Finanzrahmenvertrag resultierenden Aufgaben,
2. Jahresarbeitsprogramme für Maßnahmen auf Bundesebene zur konkreten Umsetzung des Bundes-Zielsteuerungsvertrags,
3. Grundsätze für ein bundesweites Monitoring der Zielsteuerung-Gesundheit einschließlich des Finanzzielsteuerungsmonitorings,
4. Angelegenheiten des Monitorings und Berichtswesens gemäß 7. Abschnitt,
5. Wahrnehmung von Agenden zum Sanktionsmechanismus gemäß 8. Abschnitt,
6. Angelegenheiten aus den Rahmenregelungen für vertragliche und gemeinsam von gesetzliche Krankenversicherung und Ländern zu verantwortende sektorenübergreifende Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen auf Landesebene (zB Spitalsambulanzen, Gruppenpraxen und niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte, tagesklinische Versorgung, innovative Versorgungsformen); Erarbeitung, Erprobung von Abrechnungsmodellen für eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs,
7. (Weiter-)Entwicklung von Vergütungssystemen,
8. Angelegenheiten der Qualität,
9. Grundsätze, Ziele und Methoden für die Planungen im Österreichischen Strukturplan Gesundheit/in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit,
10. Angelegenheiten des Österreichischen Strukturplans Gesundheit einschließlich Strukturqualitätskriterien,
11. Planung Großgeräte intra- und extramural,
12. Angelegenheiten der gemeinsamen Medikamentenkommission,
13. Vorgaben für die transparente Darstellung der vollständigen Budgetierung und der Rechnungsabschlüsse der Krankenanstalten bzw. Krankenanstaltenverbände und von Vorgaben für die transparente Darstellung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherung für den extramuralen Bereich,
14. Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung,
15. Evaluierung der von der Bundes-Zielsteuerungskommission wahrgenommenen Aufgaben,
16. Grundsätze und Ziele für die Verwendung der von den Landesgesundheitsfonds zur Stärkung der Gesundheitsförderung zur Verfügung zu stellenden Mittel.

Der Entwurf des ÖSG kann vor Beschlussfassung in der Bundes-Zielsteuerungskommission den Mitgliedern der Bundesgesundheitskommission zur Abgabe einer allfälligen schriftlichen Stellungnahme vorgelegt werden.

(3) In der Bundes-Zielsteuerungskommission hat eine wechselseitige Information und Konsultation über die inhaltlichen und strategischen Festlegungen der Zielausrichtung und der Steuerungsmechanismen zu erfolgen, deren sich Bund, Länder und gesetzliche Krankenversicherung im jeweiligen Wirkungsbereich bedienen.

(4) Die Bundes-Zielsteuerungskommission besteht aus zwölf Mitgliedern, die nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen zu bestellen sind:

1. vier Mitglieder bestellt die Bundesregierung auf Vorschlag der Bundesministerin/des Bundesministers für Gesundheit,
2. vier Mitglieder bestellt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger,
3. vier Mitglieder bestellen die Länder, die vom im Bundesrat vorsitzführenden Bundesland dem Bundesministerium für Gesundheit bekannt zu geben sind.

Für jedes der so bestellten Mitglieder der Bundes-Zielsteuerungskommission ist im Einzelfall eine Vertretung durch schriftliche Vollmacht möglich. Das Recht zur Bestellung umfasst auch das Recht zur Abberufung der Mitglieder.

(5) Für Beschlussfassungen in der Bundes-Zielsteuerungskommission ist Einstimmigkeit erforderlich.

(6) Machen die zur Bestellung von Mitgliedern der Bundes-Zielsteuerungskommission Berechtigten von diesem Recht keinen Gebrauch und bestellen keine Mitglieder, so bleiben die nichtbestellten Mitglieder bei der Feststellung der Beschlussfähigkeit der Bundes-Zielsteuerungskommission außer Betracht.

(7) Den Vorsitz in der Bundes-Zielsteuerungskommission hat die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit zu führen. Die erste Vorsitzenden-Stellvertreterin/Der erste Vorsitzenden-Stellvertreter wird von der Sozialversicherung und die zweite Vorsitzenden-Stellvertreterin/der zweite Vorsitzenden-Stellvertreter wird von den Ländern bestellt.

(8) Die Bundes-Zielsteuerungskommission hat eine Geschäftsordnung zu beschließen.

Mitwirkung des Bundes in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds

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

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

Mitwirkung der gesetzlichen Krankenversicherung in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Abschnitt

Festlegungen zum Monitoring und Berichtswesen

Implementierung eines Monitorings und Berichtswesens

§ 25. (1) Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit sind die vereinbarten Ziele so zu definieren, dass ein laufendes Monitoring klar festgelegter Messgrößen und Zielwerte möglich ist. Dabei ist ein einheitliches Bewertungsschema zur Beurteilung des Zielerreichungsgrades sicherzustellen.

(2) Auf Bundesebene ist ein nach Sektoren und Regionen differenziertes österreichweites Monitoring und Berichtswesen zu implementieren. Dieses Berichtswesen muss folgende Anforderungen erfüllen:

1. Monitoring der operationalisierten Ziele der Zielsteuerung-Gesundheit anhand der vertraglich vereinbarten Messgrößen und Zielwerte,
2. Schaffung von Transparenz und Vergleichbarkeit,
3. Strukturierte öffentliche Berichte.

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

Prozessschritte

§ 26. Das Monitoring und Berichtswesen hat in folgenden klar voneinander getrennten Prozessschritten zu erfolgen:

1. Das Monitoring (Datensammlung, Aufbereitung und Auswertung) erfolgt durch die gemäß § 5 Abs. 1a des Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH – GÖGG, BGBl. I Nr. 132/2006, eingerichtete Tochtergesellschaft der Gesundheit Österreich GmbH. Die so gewonnenen Daten samt Aufbereitung und Auswertung sind an die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission zur Stellungnahme zu übermitteln.
2. Die Abnahme des Monitoringberichts einschließlich der von der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission erarbeiteten handlungsleitenden Empfehlungen erfolgt unter Berücksichtigung der Stellungnahmen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission.
3. Die Bundes-Zielsteuerungskommission hat den Monitoringbericht einschließlich der handlungsleitenden Empfehlungen und der Stellungnahmen an die Landes-Zielsteuerungskommissionen zu übermitteln.

Detailregelungen zum Monitoring und Berichtswesen

§ 27. (1) Die detaillierten Regelungen zum Monitoring und zur darauf basierenden Evaluierung, insbesondere hinsichtlich der erforderlichen Daten, deren Form und Datenquellen, sind im ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag verbindlich zu vereinbaren. Diese Regelungen sind regelmäßig den Erfordernissen, die sich aus der Zielsteuerung-Gesundheit ergeben, insbesondere in Hinblick auf die Sicherstellung der Datenverfügbarkeit anzupassen. Bei diesen Detailregelungen ist jedenfalls darauf zu achten, dass

1. die Handhabung des Monitorings und der darauf basierenden Evaluierung einfach und ohne großen Aufwand möglich ist,
2. primär bestehende Routedokumentationen und Datenmeldeschienen genutzt werden,
3. bundesweit akkordierte einheitliche Messgrößen verwendet werden und
4. eine hohe Aktualität sichergestellt ist.

(2) Die Periodizität des Monitorings und der darauf basierenden Evaluierung ist hinsichtlich der wesentlichen Messgrößen und Zielwerte zur Versorgung entsprechend den Steuerungsbereichen im 4. Abschnitt und zur Finanzzielsteuerung entsprechend dem 5. Abschnitt im Bundes-Zielsteuerungsvertrag zu regeln.

8. Abschnitt

Regelungen zum Sanktionsmechanismus

Allgemeines

§ 28. Für folgende Fälle wird ein Sanktionsmechanismus festgelegt:

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

Regelungen bei Nicht-Erreichung von festgelegten Zielen

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

1. Bei Nicht-Erreichung der im Bundes-Zielsteuerungsvertrag festgelegten gemeinsamen Ziele auf Landesebene wird von der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission, in deren Land das Ziel nicht erreicht wurde, binnen acht Wochen nach Feststellung der Nicht-Erreichung der Ziele der Bundes-Zielsteuerungskommission ein schriftlicher Bericht vorgelegt. Betrifft die Nichterreichung den Bund, trifft die Berichtspflicht an die Bundes-Zielsteuerungskommission den Bund.
2. Bei Nicht-Erreichung der in den Landes-Zielsteuerungsverträgen festgelegten gemeinsamen Ziele wird von der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission binnen acht Wochen nach Feststellung der Nicht-Erreichung der Ziele der Bundes-Zielsteuerungskommission ein schriftlicher Bericht vorgelegt.
3. Die unter Z 1 und 2 genannten Berichte haben jedenfalls die Gründe für die Nicht-Erreichung der festgelegten Ziele und jene zu setzenden Maßnahmen zu enthalten, die die Erreichung der Ziele zum ehestmöglichen Zeitpunkt gewährleisten.
4. Die Bundes-Zielsteuerungskommission hat die unter Z 1 und 2 genannten Berichte insbesondere hinsichtlich der vorgeschlagenen Maßnahmen und dem vorgeschlagenen Zeitplan zur Erreichung des Ziels zu genehmigen. Bei Nichtgenehmigung sind überarbeitete Berichte vorzulegen.
5. Die gemäß Z 4 von der Bundes-Zielsteuerungskommission genehmigten oder nicht genehmigten Berichte sind mit entsprechender Kommentierung der Bundes-Zielsteuerungskommission und mit Stellungnahme der jeweils Betroffenen vom Bundesministerium für Gesundheit zu veröffentlichen.

Regelungen bei Verstößen gegen die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, den Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder die Landes-Zielsteuerungsverträge

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

(2) Liegt aus Sicht eines Vertragspartners eines Landes-Zielsteuerungsvertrages ein Verstoß gegen diesen Landes-Zielsteuerungsvertrag vor, so kann zur Umsetzung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit nach Maßgabe des § 1 Abs. 1 dieser Verstoß von diesem Vertragspartner in der Landes-Zielsteuerungskommission schriftlich und begründet aufgezeigt werden, damit die aufgezeigten

Verstöße in der Landes-Zielsteuerungskommission behandelt und bei festgestellten Verstößen durch die Landes-Zielsteuerungskommission umgehend handlungsleitende Maßnahmen zur Wiederherstellung des vertragskonformen Zustandes in die Wege geleitet werden.

(3) Lässt sich innerhalb von zwei Monaten in der Bundes-Zielsteuerungskommission bzw. in der Landes-Zielsteuerungskommission kein Einvernehmen darüber herstellen, ob ein Verstoß vorliegt bzw. über die zu ergreifenden Maßnahmen, kann der den Verstoß aufzeigende Vertragspartner das Schlichtungsverfahren gemäß § 32 einleiten.

(4) Sofern aus einem im Schlichtungsverfahren festgestellten Verstoß gegen den Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder die Landes-Zielsteuerungsverträge Mehrausgaben resultieren, sind diese vom vertragsbrüchigen Partner zu tragen. Die daraus resultierenden Mehrausgaben sind den finanzzielsteuerungsrelevanten Ausgaben des vertragsbrüchigen Partners zuzuschlagen.

Regelungen bei Nicht-Zustandekommen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages oder der Landes-Zielsteuerungsverträge

§ 31. (1) Liegt bis zum im § 8 Abs. 4 Z 3 festgelegten Zeitpunkt kein unterfertigter Landes-Zielsteuerungsvertrag vor, kann auf begründeten Antrag der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission eine angemessene Nachfrist für die Vorlage des unterfertigten Landes-Zielsteuerungsvertrag durch den Bund eingeräumt werden. Darüber ist die Bundes-Zielsteuerungskommission zu informieren.

(2) Kommt innerhalb der eingeräumten Frist weiterhin kein unterfertigter Landes-Zielsteuerungsvertrag zustande gilt Folgendes:

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

(3) Liegt bis zum im § 8 Abs. 3 Z 3 festgelegten Zeitpunkt kein unterfertigter Bundes-Zielsteuerungsvertrag vor gilt nach erfolgloser Verstreichung einer Nachfrist von zwei Monaten Folgendes:

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

Schlichtungsverfahren für Streitigkeiten aus dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder den Landes-Zielsteuerungsverträgen im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit

§ 32. (1) Für Streitigkeiten aus dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder den Landes-Zielsteuerungsverträgen wird beim Bundesministerium für Gesundheit im Zusammenhang mit der Zielsteuerung-Gesundheit eine Schlichtungsstelle eingerichtet.

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

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

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

(3) Wird die Schlichtungsstelle von einem Vertragspartner angerufen, hat sie unter Anhörung der betroffenen Vertragspartner in der Sache zu entscheiden und diese Entscheidung durch Veröffentlichung transparent zu machen. Diese Entscheidung ist von den betroffenen Vertragspartnern anzuerkennen. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen. Die Schlichtungsstelle hat diese Entscheidung

1. den betroffenen Vertragspartnern und
2. der Bundes-Zielsteuerungskommission sowie
3. der jeweils betroffenen Landes-Zielsteuerungskommission bei Streitigkeiten aus dem Landes-Zielsteuerungsvertrag

zur Kenntnis zu bringen.

9. Abschnitt

Schluss- und Übergangsbestimmungen

Zitierung anderer Bundesgesetze

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

Vollzug des Bundesgesetzes

§ 34. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist, soweit darin nichts anderes angeordnet ist, die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit betraut.

Inkrafttreten

§ 35. (1) Dieses Gesetz tritt rückwirkend mit 1. Jänner 2013 in Kraft.

(2) § 7 Abs. 2 Z 2 tritt mit 1. Juli 2013 in Kraft.

Übergangsbestimmungen

§ 36. (1) Beschlüsse der mit dem Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz – KAKuG, BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007 eingerichteten Bundesgesundheitskommission und daraus abgeleitete Rechte und Verbindlichkeiten bleiben aufrecht, sofern die auf Grund dieses Gesetzes einzurichtende Bundesgesundheitskommission oder die auf Grund dieses Gesetzes einzurichtende Bundes-Zielsteuerungskommission nichts Gegenteiliges beschließt.

(2) Ein gemäß § 59g KAKuG bestelltes Mitglied der Bundesgesundheitskommission ist so lange Mitglied der auf Grund dieses Gesetzes einzurichtenden Bundesgesundheitskommission, bis für dieses ein anderes Mitglied bestellt wird.

(3) Auf einen Regressanspruch der Bundesgesundheitsagentur gegen Mitglieder der Bundesgesundheitskommission oder Mitglieder der Bundes-Zielsteuerungskommission ist das Dienstnehmerhaftpflichtgesetz, BGBl. Nr. 80/1965, sinngemäß anzuwenden.

Artikel 2

Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten – KAKuG

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

1. (Grundsatzbestimmung) Im § 3 Abs. 2a wird folgender Satz angefügt:

„Darüber hinaus ist von der Prüfung des Bedarfes abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt.“

2. (Grundsatzbestimmung) Im § 5a Abs. 1 wird in Z 2 nach dem Wort „ausüben“ die Wortfolge „und sich aktiv an den Entscheidungsprozessen ihren Gesundheitszustand betreffend beteiligen“ eingefügt.

3. (Grundsatzbestimmung) Dem § 5b Abs. 6 wird folgender Satz angefügt:

„Weiters sind die Träger der Krankenanstalten zu verpflichten, an regelmäßigen sektorenübergreifenden Patientenbefragungen teilzunehmen.“

4. (Grundsatzbestimmung) § 10a Abs. 1 erster Satz lautet:

„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. xx/2013 und des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) befindet.“

5. (Grundsatzbestimmung) Im § 12 Abs. 1 wird nach dem Wort „Voraussetzung“ die Wortfolge „, insbesondere durch eine Änderung des Landeskrankenanstaltenplanes“ eingefügt.

6. (Grundsatzbestimmung) Im § 19a lautet der Einleitungssatz des Abs. 3:

„Die Träger von Krankenanstalten haben sicherzustellen, dass die Arzneimittelkommission bei der Erfüllung ihrer Aufgabe die Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission in Angelegenheiten der gemeinsamen Medikamentenkommission gemäß § 13 Abs. 2 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit sowie insbesondere nachstehende Grundsätze berücksichtigt.“

7. (Grundsatzbestimmung) Dem § 27b Abs. 5 wird folgender Satz angefügt:

„§ 3 Abs. 3 des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen, BGBl. I Nr. 179/2004, in der jeweils geltenden Fassung, ist anzuwenden.“

8. § 56a lautet:

„§ 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.“

9. § 59 Abs. 6 Z 2 lit. c und d lauten:

„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

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.“

10. § 59a Abs. 1 lautet:

„(1) Die Bundesgesundheitsagentur hat im Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens in Österreich die Aufgaben gemäß § 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.“

11. Im § 59c wird die Wortfolge „zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 179/2004“ durch die Wortfolge „, in der jeweils geltenden Fassung“ ersetzt.

12. § 59e Abs. 1 und 2 lauten:

„(1) 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 können von der Bundesgesundheitsagentur höchstens 3,5 Millionen Euro jährlich verwendet werden.

(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.“

13. In § 59e Abs. 3 entfällt die Wortfolge „im Einvernehmen mit den Ländern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger“

14. § 59g lautet:

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

15. Im § 59j wird das Wort „und“ am Ende der Z 2 durch einen Beistrich ersetzt; am Ende der Z 3 wird das Wort „und“ angefügt; folgende Z 4 wird angefügt:

„4. den aktuellen Bundes-Zielsteuerungsvertrag gemäß § 8 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit“

16. Nach § 65a wird folgender § 65b eingefügt:

„§ 65b. (1) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu den Änderungen in § 5a Abs. 1 Z 2, § 5b Abs. 6, § 10a Abs. 1, § 19a Abs. 3 und § 27b Abs. 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2013 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.

(2) Die §§ 56a, 59, 59a, 59c, 59e, 59g und 59j in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2013 treten mit 1. Jänner 2013 in Kraft.

(3) Das Vermögen der mit dem Bundesgesetz zur Anpassung von Rechtsvorschriften an die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008 bis 2013, BGBl. I Nr. 101/2007, eingerichteten Bundesgesundheitsagentur geht mit allen Rechten und Verbindlichkeiten auf die aufgrund dieses Gesetzes einzurichtende Bundesgesundheitsagentur über.“

Artikel 3

Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (82. Novelle zum ASVG)

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz - ASVG, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 4/2013, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 23 Abs. 5 wird folgender Satz angefügt:

„Im Falle eines vertragslosen Zustandes kann die Übernahme dieser Versorgung durch die Länder vereinbart werden. Die Träger der Krankenversicherung haben diese Verpflichtung höchstens im Ausmaß der vergleichbaren ersparten Aufwendungen für ärztliche Hilfe im niedergelassenen Bereich zu übernehmen.“

2. Im § 31 Abs. 2 wird der Punkt am Ende der Z 5 durch einen Beistrich ersetzt; folgende Z 6 wird angefügt:

„6. die Unterstützung und Mitwirkung beim Vollzug der Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und der Vereinbarung über die Zielsteuerung-Gesundheit, insbesondere durch die Erstellung trägerübergreifender Statistiken, die Erarbeitung und Überlassung standardisierter Datengrundlagen, die Entsendung von Vertreterinnen und Vertretern der Sozialversicherung (§ 84a Abs. 2 und 3) und den Betrieb einer Pseudonymisierungsstelle (§ 31 Abs. 4 Z 10).“

3. Im § 31 Abs. 4 wird der Punkt am Ende der Z 9 durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende Z 10 wird angefügt:

„10. die Errichtung und die Führung einer Pseudonymisierungsstelle zur Pseudonymisierung personenbezogener Daten über Diagnosen und Leistungen aus dem stationären und ambulanten Bereich. Soweit der Hauptverband die Pseudonymisierungsstelle für Auftraggeber außerhalb des Kreises der ihm angehörenden Sozialversicherungsträger betreibt, ist er dabei im übertragenen Wirkungsbereich tätig und an die Weisungen des Bundesministers für Gesundheit gebunden.“

4. Im § 31 Abs. 5 wird nach der Z 16a folgende Z 16b angefügt:

„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, BGBl. I Nr. xx/2013;“

5. Der bisherige Text des § 31d erhält die Absatzbezeichnung „(1)“, folgende Abs. 2 und 3 werden angefügt:

„(2) Der Hauptverband hat entsprechend den Bestimmungen des Gesundheitstelematikgesetzes – GTelG 2012, BGBl. I Nr. 111/2012,

1. die notwendigen Voraussetzungen zur Verwendung des ELSY (§ 31a) für die Zwecke von ELGA zu schaffen sowie
2. Verweisregister (§ 2 Z 13 GTelG 2012) und Dokumentenspeicher (§ 2 Z 7 GTelG 2012) für die von Sozialversicherungsträgern betriebenen Krankenanstalten, einschließlich jener Krankenanstalten, die durch Gesellschaften betrieben werden, die vollständig im Eigentum eines oder mehrerer Sozialversicherungsträger stehen, bereit zu stellen und zu betreiben oder betreiben zu lassen. Diese Verweisregister und Dokumentenspeicher können weiteren ELGA-Gesundheitsdiensteanbietern (§ 2 Z 10 GTelG 2012) auf vertraglicher Grundlage zur Verfügung gestellt werden.

(3) Der Hauptverband hat im übertragenen Wirkungsbereich die Funktionen des Zugangsportals von ELGA, insbesondere jene zur Wahrung der ELGA Teilnehmer/innen/rechte (§ 23 Abs. 2 Z 2 GTelG 2012), zur Verfügung zu stellen. Er ist dabei an die Weisungen des Bundesministers für Gesundheit gebunden.“

6. Im § 32h wird der Ausdruck „Vergleichbarkeit der Kennzahlen (Benchmarking)“ durch den Ausdruck „Vergleichbarkeit der Kennzahlen (Benchmarking) und der verschiedenen Honorierungssysteme, insbesondere hinsichtlich ihrer Anreiz- und Steuerungswirkung“ ersetzt.

7. Dem § 82 wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(5) Soweit der Hauptverband an der Vollziehung des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, durch Pseudonymisierung von Daten auf automationsunterstütztem Weg durch die Pseudonymisierungsstelle (§ 31 Abs. 4 Z 10) mitwirkt, erhält er eine Vergütung in Form eines fixen Pauschalbetrages pro Jahr. Die Finanzierung dieses Pauschalbetrages erfolgt im Wege der Bundesgesundheitsagentur (§§ 56a ff KAKuG).“

8. Die Überschrift des 7. Unterabschnittes im Abschnitt V des Ersten Teiles lautet:

„Mitwirkung und Beteiligung der Sozialversicherung an der Planung und Steuerung des Gesundheitswesens sowie an der Zielsteuerung-Gesundheit“

9. § 84a Abs. 2 bis 5 lautet:

„(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 Gesundheitswesen, BGBl. 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.“

10. Nach § 84b wird folgender § 84c samt Überschrift eingefügt:

„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.“

11. § 116 Abs. 1 Z 1 lautet:

„1. für die evidenzbasierte Früherkennung von und Frühintervention bei Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit;“

12. § 116 Abs. 1 Z 5 lautet:

„5. für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung (Salutogenese) und Prävention.“

13. Die Überschrift des 1. Unterabschnittes zu Abschnitt II des Zweiten Teiles lautet:

„Evidenzbasierte Früherkennung von und Frühintervention bei Krankheiten und sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit“

14. Im § 149 Abs. 3 wird jeweils der Ausdruck „Wirtschaftskammer Österreich“ durch den Ausdruck „Fachverband der Gesundheitsbetriebe“ ersetzt.

15. Im § 149 Abs. 3a vierter Satz wird der Ausdruck „für die Jahre 2009 bis 2013“ durch den Ausdruck „ab dem Jahr 2009“ ersetzt.

16. Die Überschrift zu § 154b lautet:

„Gesundheitsförderung und Prävention“

17. § 154b Abs. 1 lautet:

„(1) Die Krankenversicherungsträger haben im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention dazu beizutragen, den Versicherten und deren Angehörigen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen, indem sie insbesondere über Gesundheitsgefährdung, die Bewahrung der Gesundheit und über die Verhütung von Krankheiten und Unfällen - ausgenommen Arbeitsunfälle - aufklären, und darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden, Krankheiten und Unfälle - ausgenommen Arbeitsunfälle - verhütet werden können. Dazu sind gezielt für Gruppen von Anspruchsberechtigten abgestellt auf deren Lebenswelten Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme und daraus abgeleitete Maßnahmen anzubieten.“

18. § 156 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Versicherten und ihrer Angehörigen (Health Literacy);“

19. Im § 322a Abs. 2 fünfter Satz wird der Ausdruck „für die Jahre 1998 bis 2013“ durch den Ausdruck „ab dem Jahr 1998“ ersetzt.

20. Im § 322a Abs. 4 zweiter Satz entfällt der Ausdruck „bis zum Jahr 2013“.

21. Im § 338 Abs. 1 wird der letzte Satz durch folgende Sätze ersetzt:

„Die Verträge sowie allfällige Änderungen und Zusatzvereinbarungen sind vom Hauptverband im Internet zu veröffentlichen. Nach jeder fünften Änderung ist vom Hauptverband eine konsolidierte Fassung zu veröffentlichen.“

22. § 351g Abs. 2 Schlusssatz lautet:

„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.“

23. Im § 437 Abs. 1 wird der Punkt am Ende der Z 8 durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende Z 9 angefügt:

„9. der Abschluss von Landes-Zielsteuerungsverträgen nach dem G-ZG.“

24. Im § 441d Abs. 2 wird der Punkt am Ende der Z 11 durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende Z 12, 13 und 14 angefügt:

„12. die Zustimmung zu Beschlüssen des Verbandsvorstandes zu Bundes-Zielsteuerungsverträgen nach dem G-ZG;

13. Angelegenheiten des Gesundheitsförderungsfonds gemäß § 447g;

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.“

25. Im § 447a Abs. 10 wird der Ausdruck „für die Jahre 2008 bis 2013“ durch den Ausdruck „für die Jahre ab 2008“ ersetzt.

26. Im § 447f Abs. 1 werden der Ausdruck „für die Jahre 2008 bis 2013“ durch den Ausdruck „ab dem Jahr 2008“ sowie der Ausdruck „für die Jahre 2009 bis 2013“ durch den Ausdruck „ab dem Jahr 2009“ ersetzt.

27. § 447f Abs. 1 zweiter Teilstrich lautet:

„- der Erhöhung der Beitragssätze in der Krankenversicherung um 0,1 Prozentpunkte zum 1. Jänner 2005 auf Grund des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004, des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007 und der Fortschreibung der Erhöhung durch Bundesgesetz BGBl. I Nr. xx/2013“

28. Im § 447f Abs. 1 Schlussteil wird der Ausdruck „für die Jahre 2008 bis 2013“ durch den Ausdruck „ab dem Jahr 2008“ ersetzt.

29. Im § 447f Abs. 6 wird der Ausdruck „für die Jahre 2008 bis 2013“ durch den Ausdruck „ab dem Jahr 2008“ ersetzt.

30. Im § 447f Abs. 14 wird der Ausdruck „für die Jahre 2008 bis 2013“ durch den Ausdruck „ab dem Jahr 2008“ ersetzt.

31. Im § 447f Abs. 16 wird jeweils der Ausdruck „in den Jahren 2008 bis 2013“ durch den Ausdruck „ab dem Jahr 2008“ ersetzt.

32. Nach § 447f wird folgender § 447g samt Überschrift eingefügt:

„Gesundheitsförderungsfonds nach § 19 des Gesundheits-Zielsteuergesetzes - G-ZG

§ 447g. (1) Die Sozialversicherungsträger als Träger der Krankenversicherung haben sich an den in den jeweiligen Landesgesundheitsfonds nach § 19 G-ZG eingerichteten Gesundheitsförderungsfonds zu beteiligen.

(2) Die Mittel werden durch die gesetzlichen Krankenversicherungsträger im Verhältnis der Versichertenzahlen des zweitvorangegangenen Jahres aufgebracht. Dieses Verhältnis ist von der Trägerkonferenz festzustellen. Die Mittel sind am 20. April jeden Jahres im Wege des Hauptverbandes im Verhältnis der zu Grunde gelegten Versichertenzahlen an den jeweiligen Landesgesundheitsfonds zu überweisen. Die Beträge der gesetzlichen Krankenversicherungsträger an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sind so zu überweisen, dass sie am jeweils vorletzten Bankarbeitstag vor dem Überweisungstermin bei diesem eingetroffen sind.“

33. § 447h Abs. 3 erster Satz lautet:

„Die Mittel des Fonds sind für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen sowie für vom Hauptverband koordinierte Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung (Salutogenese) und Prävention zu verwenden.“

34. Im § 447h Abs. 3 zweiter Satz wird der Ausdruck „Maßnahmen der Gesundheitsförderung“ durch den Ausdruck „Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention“ ersetzt.

35. Im § 447h Abs. 4 erster Satz wird der Ausdruck „Maßnahmen der Gesundheitsförderung“ durch den Ausdruck „Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention“ ersetzt.

36. § 447h Abs. 4 Z 5 lautet:

„5. die Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention, die in Koordination durch den Hauptverband (teil-)finanziert wurden.“

37. Im § 634 Abs. 1 Z 2 wird der Ausdruck „1. Jänner 2014“ durch den Ausdruck „dem nach § 675 Abs. 3 durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit festgestellten Zeitpunkt“ ersetzt.

38. Nach § 674 wird folgender § 675 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2013

§ 675. (1) Die §§ 23 Abs. 5, 31 Abs. 2 Z 5 und 6, Abs. 4 Z 9 und 10, Abs. 5 Z 16b, 31d, 32h, 82 Abs. 5, die Überschrift des siebten Unterabschnittes im 5. Abschnitt des Ersten Teiles, 84a Abs. 2 bis 5, 84c samt Überschrift, 116 Abs. 1 Z 1 und 5, die Überschrift des 1. Unterabschnittes zu Abschnitt II des Zweiten Teiles, § 149 Abs. 3, die Überschrift zu 154b, 154b Abs. 1, 156 Abs. 1 Z 3, 338 Abs. 1, 351g Abs. 2, 437 Abs. 1 Z 8 und 9, 441d Abs. 2 Z 11 bis 14, 447g samt Überschrift, 447h Abs. 3 und 4 sowie 634 Abs. 1 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2013 treten rückwirkend mit 1. Jänner 2013 in Kraft.

(2) Der Hauptverband hat zum 1. Juli 2014 eine konsolidierte Fassung aller zu diesem Zeitpunkt geltenden Gesamtverträge sowie allfälligen Änderungen und Zusatzvereinbarungen im Internet zu veröffentlichen.

(3) Die §§ 149 Abs. 3a, 322a Abs. 2 und 4, 447a Abs. 10 sowie 447f Abs. 1, 6, 14 und 16 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2013 treten rückwirkend mit 1. Jänner 2013 in Kraft und nach Ablauf von sechs Monaten nach Außer-Kraft-Treten der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, in der jeweils geltenden Fassung außer Kraft. Den Zeitpunkt des Außer-Kraft-Tretens hat der Bundesminister für Gesundheit durch eine im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Finanzen zu erlassende Verordnung festzustellen.“

Artikel 4

Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes

Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz - GSVG, BGBl. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 3/2013, wird wie folgt geändert:

1. § 78 Abs. 1 Z 1 lautet:

„1. für die evidenzbasierte Früherkennung von und Frühintervention bei Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit;“

2. § 78 Abs. 1 Z 5 lautet:

„5. für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung (Salutogenese) und Prävention.“

3. Die Überschrift zu § 99b lautet:

„Gesundheitsförderung und Prävention“

4. § 99b Abs. 1 lautet:

„(1) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention dazu beizutragen, den Versicherten und deren Angehörigen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen, indem er insbesondere über Gesundheitsgefährdung, die Bewahrung der Gesundheit und über die Verhütung von Krankheiten und Unfällen - ausgenommen Arbeitsunfälle - aufklärt, und darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden, Krankheiten und Unfälle - ausgenommen Arbeitsunfälle - verhütet werden können. Dazu sind gezielt für Gruppen von Anspruchsberechtigten abgestellt auf deren Lebenswelten Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme und daraus abgeleitete Maßnahmen anzubieten.“

5. § 101 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Versicherten und ihrer Familienangehörigen (Health Literacy);“

6. Im § 210 Abs. 1 wird der Punkt am Ende der Z 8 durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende Z 9 angefügt:

„9. der Abschluss von Landes-Zielsteuerungsverträgen nach dem Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG, BGBl. I Nr. xx/2013.“

7. Im § 319 Abs. 1 Z 2 wird der Ausdruck „1. Jänner 2014“ durch den Ausdruck „dem nach § 675 Abs. 3 ASVG durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit festgestellten Zeitpunkt“ ersetzt.

8. Nach § 350 wird folgender § 351 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmung zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2011

§ 351. Die §§ 78 Abs. 1 Z 1 und 5, die Überschrift zu 99b, 99b Abs. 1, 101 Abs. 1 Z 3, 210 Abs. 1 Z 8 und 9 sowie 319 Abs. 1 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2013 treten rückwirkend mit 1. Jänner 2013 in Kraft.“

Artikel 5

Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz - BSVG, BGBl. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 3/2013, wird wie folgt geändert:

1. § 74 Abs. 1 Z 1 lautet:

„1. für die evidenzbasierte Früherkennung von und Frühintervention bei Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit;“

2. § 74 Abs. 1 Z 5 lautet:

„5. für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung (Salutogenese) und Prävention.“

3. Die Überschrift zu § 96b lautet:

„Gesundheitsförderung und Prävention“

4. § 96b Abs. 1 lautet:

„(1) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention dazu beizutragen, den Versicherten und deren Angehörigen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen, indem er insbesondere über Gesundheitsgefährdung, die Bewahrung der Gesundheit und über die Verhütung von Krankheiten und Unfällen - ausgenommen Arbeitsunfälle - aufklärt, und darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden, Krankheiten und Unfälle - ausgenommen Arbeitsunfälle - verhütet werden können. Dazu sind gezielt für Gruppen von Anspruchsberechtigten abgestellt auf deren Lebenswelten Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme und daraus abgeleitete Maßnahmen anzubieten.“

5. § 101 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Versicherten und ihrer Angehörigen (Health Literacy);“

6. Im § 198 Abs. 1 wird der Punkt am Ende der Z 8 durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende Z 9 angefügt:

„9. der Abschluss von Landes-Zielsteuerungsverträgen nach dem Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG, BGBl. I Nr. xx/2013.“

7. Im § 309 Abs. 1 Z 2 wird der Ausdruck „1. Jänner 2014“ durch den Ausdruck „dem nach § 675 Abs. 3 ASVG durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit festgestellten Zeitpunkt“ ersetzt.

8. Nach § 342 wird folgender § 343 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmung zu Art. 5 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2011

§ 343. Die §§ 74 Abs. 1 Z 1 und 5, die Überschrift zu 96b, 96b Abs. 1, 101 Abs. 1 Z 3, 198 Abs. 1 Z 8 und 9 sowie 309 Abs. 1 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2013 treten rückwirkend mit 1. Jänner 2013 in Kraft.“

Artikel 6

Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes

Das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz - B-KUVG, BGBl. Nr. 200/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 3/2013, wird wie folgt geändert:

1. § 51 Abs. 1 Z 1 lautet:

„1. für die evidenzbasierte Früherkennung von und Frühintervention bei Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit;“

2. § 51 Abs. 1 Z 5 lautet:

„5. für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung (Salutogenese) und Prävention.“

3. Die Überschrift zu § 65b lautet:

„Gesundheitsförderung und Prävention“

4. § 65b Abs. 1 lautet:

„(1) Die Versicherungsanstalt als Trägerin der Krankenversicherung hat im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention dazu beizutragen, den Versicherten und deren Angehörigen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen, indem er insbesondere über Gesundheitsgefährdung, die Bewahrung der Gesundheit und über die Verhütung von Krankheiten und Unfällen - ausgenommen Arbeitsunfälle - aufklärt, und darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden, Krankheiten und Unfälle - ausgenommen Arbeitsunfälle - verhütet werden können. Dazu sind gezielt für Gruppen von Anspruchsberechtigten abgestellt auf deren Lebenswelten Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme und daraus abgeleitete Maßnahmen anzubieten.“

5. § 72 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Versicherten und ihrer Angehörigen (Health Literacy);“

6. Im § 147a Abs. 1 wird der Punkt am Ende der Z 8 durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende Z 9 angefügt:

„9. der Abschluss von Landes-Zielsteuerungsverträgen nach den Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG, BGBl. I Nr. xx/2013.“

7. Im § 218 Abs. 1 Z 2 wird der Ausdruck „1. Jänner 2014“ durch den Ausdruck „dem nach § 675 Abs. 3 ASVG durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit festgestellten Zeitpunkt“ ersetzt.

8. Nach § 234 wird folgender § 235 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmung zu Art. 6 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2011

§ 235. Die §§ 51 Abs. 1 Z 1 und 5, die Überschrift zu 65b, 65b Abs. 1, 72 Abs. 1 Z 3, 147a Abs. 1 Z 8 und 9 sowie 218 Abs. 1 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2013 treten rückwirkend mit 1. Jänner 2013 in Kraft.“

Artikel 7

Änderung des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes

Das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz - SV-EG, BGBl. Nr. 154/1994, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 122/2011, wird wie folgt geändert:

1. Im § 7a Abs. 1 wird der Ausdruck „für die Jahre 2008 bis 2013“ durch den Ausdruck „ab dem Jahr 2008“ ersetzt.

2. Nach § 9j wird folgender § 9k eingefügt:

„§ 9k. § 7a Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2013 tritt rückwirkend mit 1. Jänner 2013 in Kraft und mit dem durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit gemäß § 675 Abs. 3 ASVG festgestellten Zeitpunkt außer Kraft.“

Artikel 8

Änderung des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977

Das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977 - AIVG, BGBl. Nr. 609/1977, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. xx/2013 wird wie folgt geändert:

1. In den §§ 32 Abs. 6 und 42 Abs. 5 wird der Ausdruck „in den Jahren 2008 bis 2013 7,65 vH“ durch den Ausdruck „ab dem Jahr 2008 7,65 vH“ ersetzt.

2. Dem § 79 wird folgender Abs. 134 angefügt:

„(134) Die §§ 32 Abs. 6 und 42 Abs. 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2013 treten rückwirkend mit 1. Jänner 2013 in Kraft.“

3. Dem § 80 wird folgender Abs. 15 angefügt:

„(15) § 32 Abs. 6 und § 42 Abs. 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2013 treten mit dem durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit gemäß § 675 Abs. 3 ASVG festgestellten Zeitpunkt außer Kraft.“

Artikel 9

Änderung des Sonderunterstützungsgesetzes

Das Sonderunterstützungsgesetz - SUG, BGBl. Nr. 642/1973, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 111/2010, wird wie folgt geändert:

1. Im § 7 Abs. 4 wird der Ausdruck „in den Jahren 2008 bis 2013 7,65 vH“ durch den Ausdruck „ab dem Jahr 2008 7,65 vH“ ersetzt.

2. Dem Artikel V wird folgender Abs. 26 angefügt:

„(26) § 7 Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2013 tritt rückwirkend mit 1. Jänner 2013 in Kraft und mit dem durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit gemäß § 675 Abs. 3 ASVG festgestellten Zeitpunkt außer Kraft.“

Artikel 10

Änderung des Heeresversorgungsgesetzes

Das Heeresversorgungsgesetz - HVG, BGBl. Nr. 27/1964, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 96/2012, wird wie folgt geändert:

1. Im § 99 Abs. 15 Z 2 wird der Ausdruck „1. Jänner 2014“ durch den Ausdruck „dem nach § 675 Abs. 3 ASVG durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit festgestellten Zeitpunkt“ ersetzt.

Artikel 11 **Änderung des Kriegsoferversorgungsgesetzes 1957**

Das Kriegsoferversorgungsgesetz 1957 - KOVG 1957, BGBl. Nr. 152/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 96/2012, wird wie folgt geändert:

1. § 115 Abs. 12 Z 2 wird der Ausdruck „1. Jänner 2014“ durch den Ausdruck „dem nach § 675 Abs. 3 ASVG durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit festgestellten Zeitpunkt“ ersetzt.

Artikel 12 **Änderung des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967**

Das Familienlastenausgleichsgesetz 1967, BGBl. Nr. 376/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 19/2013, wird wie folgt geändert:

1. Im § 39j Abs. 6 wird der Ausdruck „in den Jahren 2008 bis 2013“ durch den Ausdruck „im Jahr 2008“ sowie der Ausdruck „ab dem Jahr 2014“ durch den Ausdruck „ab dem nach § 675 Abs. 3 ASVG durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit festgestellten Zeitpunkt“ ersetzt.

Artikel 13 **Änderung des Gesundheitsqualitätsgesetzes**

Das Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG), BGBl. I Nr. 179/2004, wird wie folgt geändert:

1. § 1 Abs. 1 zweiter und dritter Satz lauten:

„Die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, zur Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems haben bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend, insbesondere auch einschließlich des niedergelassenen Bereichs, zu erfolgen. Sie haben die Prinzipien der Patientinnen- und Patientenorientierung und Transparenz zu berücksichtigen und die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der Patientinnen- und Patientensicherheit nachhaltig zu fördern und zu gewährleisten.“

2. § 1 Abs. 2 lautet:

„(2) Die Festlegungen zum Qualitätssystem haben jedenfalls auch den Anforderungen der Zielsteuerung-Gesundheit, gemäß dem Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. xx/2013 in der jeweils geltenden Fassung, und insbesondere dem darin vorgesehenen Monitoring zu entsprechen. Qualitätsarbeit hat einen wesentlichen Beitrag zur mittel- bis langfristigen Steigerung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen zu leisten und somit zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und deren langfristigen Finanzierbarkeit beizutragen. Dabei sind im Sinne des Qualitätssystems die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu berücksichtigen.“

3. Im § 1 Abs. 3 entfällt jeweils die Wortfolge „und Frauen“.

4. § 2 Z 3 lautet:

„3. „Patientinnen- und Patientenorientierung“: Im Sinne der Verbesserung der Lebensqualität sollen die jeweils betroffenen Menschen im Mittelpunkt der Entscheidungen und Handlungen stehen und befähigt werden, aktiv an Entscheidungsprozessen teilzunehmen.“

5. § 2 Z 11 lautet:

„11. „Gesundheitsleistung“: Jede durch eine Angehörige oder einen Angehörigen eines gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufes oder einer gesetzlich zugelassenen Organisation am oder für den Menschen erbrachte Handlung, die der Förderung, Bewahrung, Wiederherstellung oder Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes dient.“

6. Im § 2 Z 13 und 14 entfällt jeweils die Wortfolge „und Frauen“.

7. § 3 Abs. 1 erster Satz lautet:

„Die Gesundheitsleistungserbringerinnen und -erbringer sind unabhängig von ihrer Organisationsform

1. zur Einhaltung der Qualitätsstandards nach Maßgabe dieses Bundesgesetzes und
2. zur Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 7 Abs. 2 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. xx/2013 in der jeweils geltenden Fassung,

verpflichtet.“

8. Dem § 3 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Die Abgeltung von einzelnen Leistungen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems durch die Träger der Sozialversicherung, die Landesgesundheitsfonds und den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds setzt voraus, dass die essentiellen Qualitätsstandards, die unmittelbar für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten und den Behandlungserfolg maßgeblich sind, eingehalten werden. Dazu zählen insbesondere jene aufgrund dieses Bundesgesetzes, gemäß § 7 Abs. 3 und 4 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit und gemäß § 117c Abs. 1 Z 5 des Ärztegesetzes 1998, BGBl. I Nr. 169/1998 in der jeweils geltenden Fassung, festgelegten essentiellen Qualitätsstandards sowie die Teilnahme an den Maßnahmen zur Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung gemäß § 7 Abs. 2 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit.“

9. Im § 4 Abs. 1 und 2 entfällt jeweils die Wortfolge „und Frauen“.

10. § 4 Abs. 2 Z 6 lautet:

„6. Stand der Wissenschaft und der Erfahrung bezüglich der Effektivität und der Effizienz.“

11. Im § 5 Abs. 1 erster Satz entfällt die Wortfolge „und Frauen“.

12. § 5 Abs. 1 zweiter und dritter Satz lauten:

„Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität haben in einem direkten und ausgewogenen Verhältnis zueinander zu stehen, wobei die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Ergebnisqualitätsindikatoren und deren Messung in allen Sektoren des Gesundheitswesens vorrangig ist. Diese Vorgaben haben auch gemäß den Zielsetzungen der Zielsteuerung-Gesundheit mit Bedacht auf bestehende Melde- und Dokumentationsanfordernisse sowie internationale Entwicklungen zu erfolgen.“

13. Im § 5 Abs. 2 dritter Satz entfällt die Wortfolge „und Frauen“.

14. Im § 5 Abs. 3 erster und zweiter Satz entfällt jeweils die Wortfolge „und Frauen“.

15. Im § 5 Abs. 4 entfällt die Wortfolge „und Frauen“.

16. Im § 6 Abs. 1 erster Satz entfällt die Wortfolge „und Frauen“.

17. Im § 6 Abs. 1 wird nach dem ersten Satz folgender Satz eingefügt:

„Insbesondere sind beginnend mit dem Jahr 2014 regelmäßige Berichte über die Ergebnisqualität im stationären und ambulanten Bereich zu erstellen.“

18. Im § 6 Abs. 2 entfällt die Wortfolge „und Frauen“.

19. § 6 Abs. 3 erster Satz, lautet:

„Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit hat im Sinne der Transparenz die Berichte über das österreichische Qualitätssystem in geeigneter Form zu veröffentlichen.“

20. Im § 7 entfällt jeweils die Wortfolge „und Frauen“.

21. Im § 8 entfällt jeweils die Wortfolgen „und Frauen“.

22. Im § 9 Abs. 1 und im Abs. 2 Z 2 entfällt jeweils die Wortfolge „und Frauen“.

23. § 9 Abs. 2 Z 3 lautet:

„3. Erstellung von Qualitätsberichten;“

24. In § 9 Abs. 2 Z 6 entfällt die Wortfolge „und Frauen“.

25. In § 10 Abs. 3 und 4 entfällt jeweils die Wortfolge „und Frauen“.

26. In § 11 Abs. 1 entfällt die Wortfolge „und Frauen“.

Artikel 14

Änderung des Ärztegesetzes 1998

Das Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169/1998, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. xx/2013, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 49 Abs. 2b wird folgender Abs. 2c eingefügt:

„(2c) Ärzte, die zur selbstständigen Berufsausübung berechtigt sind, haben ihre absolvierte Fortbildung zumindest alle drei Jahre gegenüber der Österreichischen Ärztekammer glaubhaft zu machen. Ärzte haben diese Meldungen spätestens bis zum Ablauf von drei Monaten nach dem jeweiligen Fortbildungszeitraum (Sammelzeitraum) zu erstatten. Die Österreichische Ärztekammer hat diese Meldungen zu überprüfen und auszuwerten sowie als Grundlage für die Berichterstattung gemäß § 117b Abs. 1 Z 21 lit. e heranzuziehen. Zur Aufgabenerfüllung kann sich die Österreichische Ärztekammer einer Tochtergesellschaft bedienen.“

2. In § 117b Abs. 1 Z 21 wird in lit. c das Wort „sowie“ gestrichen, in lit. d der Strichpunkt durch das Wort „sowie“ ersetzt und folgende lit. e angefügt:

„e) eine zumindest alle zwei Jahre stattfindende und auf der Homepage der Österreichischen Ärztekammer zu veröffentlichende Berichterstattung zur ärztlichen Fort- und Weiterbildung. Diese ist zu gliedern nach niedergelassenen und angestellten Ärzten, Fachgruppen sowie Versorgungsregionen, wobei die Sicherstellung der Anonymität zu gewährleisten ist;“

3. § 117c Abs. 1 Z 5 lit. a lautet:

„a) Erarbeitung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen zur Hebung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, insbesondere zur Wahrnehmung der Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung im niedergelassenen Bereich gemäß § 7 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG), BGBl. I Nr. xx/2013,“

4. Nach § 118e wird folgender § 118f samt Überschrift eingefügt:

„Fortbildung und Qualität

§ 118f. (1) Die ÖQMed hat die erbrachte Fortbildungsverpflichtung ab dem nächsten auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2013 folgenden Evaluierungszyklus im Rahmen der Evaluierung und Kontrolle gemäß § 118e zu überprüfen und in die Ergebnisse der Evaluierung und Kontrolle aufzunehmen. § 118e Abs. 2 dritter Satz gilt sinngemäß.

(2) Die Disziplinaranzeige gemäß § 118e Abs. 2 dritter Satz in Verbindung mit § 118f in der Fassung BGBl. I Nr. xx/2013 kann unterbleiben, wenn der Arzt den Nachweis für die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung aus berücksichtigungswürdigen Gründen nicht erbringen kann.“

5. Nach § 232 wird folgender § 233 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmung zu Art. 14 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2013

§ 233. Die Berichterstattung durch die Österreichische Ärztekammer gemäß § 117b Abs. 1 Z 21 lit. e in der Fassung BGBl. I Nr. xx/2013 hat erstmals spätestens zum 31. März 2015 zu erfolgen.“

Artikel 15

Änderung des Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH

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

1. Im Inhaltsverzeichnis lautet der Eintrag zu § 5 wie folgt:

„§ 5 Tochtergesellschaften“

2. Die Überschrift von § 5 lautet:

„Tochtergesellschaften“

3. Im § 5 wird nach Abs. 1 folgender Abs. 1a eingefügt:

„(1a) Weiters hat die Gesellschaft zur Umsetzung ihrer Aufgaben im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit gemäß des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. xx/2013 in der jeweils geltenden Fassung, insbesondere Monitoring (Berichtswesen) und Qualitätsarbeit eine eigene Tochtergesellschaft zu gründen, an der der Bund, vertreten durch die Gesundheit Österreich GmbH, die Länder und die gesetzliche Krankenversicherung, vertreten durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, zu gleichen Teilen (je ein Drittel) zu beteiligen sind. Der Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH führt die Geschäfte der Tochtergesellschaft. Bezieht die Tochtergesellschaft in Erfüllung solcher Aufträge Leistungen der Gesellschaft, so ist der entstehende Aufwand der Gesellschaft nach Maßgabe einer abzuschließenden vertraglichen Regelung kostendeckend zu vergüten.“

4. In § 14 Abs. 3 wird das Wort „Tochtergesellschaft“ durch das Wort „Tochtergesellschaften“ ersetzt.

Artikel 16

Änderung des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetzes

Das Bundesgesetz über die Einrichtung eines Fonds zur Finanzierung privater Krankenanstalten – PRIKRAF-G, BGBl. I Nr. 165/2004, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 101/2007, wird wie folgt geändert:

1. Im § 2 Abs. 1 wird die bisherige Z 3 zur Z 4, folgende Z 3 wird eingefügt:

„3. Die Festlegung von Qualitätskriterien sowie die Mitwirkung an der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben und die Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung.“

2. § 21 Abs. 1 entfällt.

3. § 21 Abs. 7 lautet:

„(7) Gegen Entscheidungen der Schiedskommission kann Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden.“

4. Im § 24 Abs. 1 erster Satz wird die Wortfolge „31. Dezember 2013“ durch die Wortfolge „dem durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit gemäß § 675 Abs. 3 ASVG festgestellten Zeitpunkt“ ersetzt.

5. Im § 24 Abs. 1 zweiter Satz wird die Wortfolge „31. Dezember 2013“ durch die Wortfolge „Außerkräfttreten dieses Gesetzes“ ersetzt.

6. Im § 24 wird nach Abs. 1 folgender Abs. 1a eingefügt:

„(1a) § 21 Abs. 1 und 7 treten mit 1. Jänner 2014 in Kraft.“

Artikel 17

Änderung des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen

Das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 179/2004, wird wie folgt geändert:

1. § 1 erhält die Bezeichnung „1a“, folgender § 1 wird vor dem § 1a eingefügt:

„§ 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. Leistungsempfängerinnen/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 Leistungsverchiebungen,
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, BGBl. I Nr. xx/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.“

2. In § 1a Abs. 1 und 2, § 8 Abs. 2, § 9 Abs. 3 und § 13 wird jeweils die Wortfolge „soziale Sicherheit und Generationen“ durch das Wort „Gesundheit“ ersetzt.

3. In § 2 Abs. 1, § 3 Abs. 1 und 2, § 5 Abs. 1 und 2, § 7 Abs. 2, 3 und 4, § 8 Abs. 1, § 8a und § 12 Abs. 2 entfällt jeweils die Wortfolge „und Frauen“.

4. Im § 2 Abs. 4 Z 2 wird nach der Aufzählung folgender Satz angefügt:

„Die Träger von Krankenanstalten, die nicht über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, haben an Stelle der Aufnahmezahl 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.“

5. Im § 3 Abs. 1 wird nach dem ersten Satz folgender Satz eingefügt:

„In diesem Bericht ist die Aufnahmezahl gemäß § 2 Abs. 4 Z 1 lit. b durch eine aus dieser durch Einweg-Ableitung gebildete nicht rückrechenbare Datensatz-ID und das Geburtsdatum gemäß § 2 Abs. 4 Z 1 lit. d durch Altersgruppen zu ersetzen.“

6. Im § 3 Abs. 2 wird nach der Aufzählung folgender Satz angefügt:

„In diesen Berichten ist die Aufnahmezahl gemäß § 2 Abs. 4 Z 1 lit. b durch eine aus dieser durch Einweg-Ableitung gebildete nicht rückrechenbare Datensatz-ID und das Geburtsdatum gemäß § 2 Abs. 4 Z 1 lit. d durch Altersgruppen zu ersetzen.“

7. § 4 lautet:

„§ 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 Aufnahmezahl

zu erlassen.

(2) Der Bundesminister für Gesundheit hat 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 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 Personenkenneichen Gesundheit – Gesundheitsdokumentation (im Folgenden bPK GH-GD) ist dem Bundesminister für Gesundheit zugeordnet.

(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.“

8. Im § 5 Abs. 1 wird nach dem Wort „Jahresberichte“ die Wortfolge „ohne Pseudonym gemäß § 5a Abs. 1 Z 1 und“ eingefügt.

9. Im § 5 Abs. 2 wird nach dem Wort „Berichte“ die Wortfolge „ohne Pseudonym gemäß § 5a Abs. 1 Z 1“ eingefügt.

10. Nach § 5 werden folgende §§ 5a bis 5c eingefügt:

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

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

(2) Der technische Prozess zur Generierung der Pseudonyme ist so zu gestalten, dass keine Möglichkeit des Zugriffes auf die automatisierten Verarbeitungen im HSM während des Pseudonymisierungsvorgangs gemäß § 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 durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit zu benennenden unabhängigen dritten Stelle sicher verwahrt wird.

§ 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) Die in diesem Hauptstück genannten Institutionen haben dem Stand der Technik und der jeweils geltenden Rechtslage entsprechende Datensicherheitsmaßnahmen zu gewährleisten.“

11. Dem § 6 werden folgende Abs. 4 und 5 angefügt:

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

(5) Für die Verwendung der Daten gemäß Abs. 4 gilt § 1.“

12. Nach § 6 werden folgende §§ 6a bis 6g eingefügt:

„§ 6a. Die Träger von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, haben den Landesgesundheitsfonds die Daten gemäß § 6 Abs. 4 einschließlich des Geburtsdatums zur Errechnung der Altersgruppen und einschließlich der Aufnahmezahl zum Zwecke der Erstellung der Datensatz-ID 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 Aufnahmezahl 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,
2. als Dienstleister des Bundesministers für Gesundheit im Wege der bei ihm eingerichteten Pseudonymisierungsstelle (gemäß § 31 Abs. 4 Z 10 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. 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 Aufnahmezahl 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.

§ 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 genannten Daten untersagt.

(2) Die in § 6 Abs. 4 genannten Institutionen haben dem Stand der Technik und der jeweils geltenden Rechtslage entsprechende Datensicherheitsmaßnahmen zu gewährleisten.

§ 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 Aufnahmezahl oder der laufenden Abrechnungs-Nummer

zu erlassen.“

13. Im § 7 Abs. 1 entfällt die Wortfolge „, die Gebarung“ und wird nach dem Wort „Anhang“ die Wortfolge „sowie Daten zum Rechnungsabschluss“ eingefügt.

14. In § 7 Abs. 3 wird die Wortfolge „zur Einnahmenstruktur und die Daten hinsichtlich der Gebarung laut Rechnungsabschluss“ durch die Wortfolge „zum Rechnungsabschluss“ ersetzt.

15. Im § 7 Abs. 4 wird jeweils nach dem Wort „Statistik-“ die Wortfolge „, Rechnungsabschluss-“ eingefügt.

16. Dem § 12 werden folgende Abs. 4 bis 6 angefügt:

„(4) Die §§ 6 bis 6g in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2013 sind erstmals auf die Datenmeldungen für das Berichtsjahr 2014 anzuwenden.

(5) Abweichend von Abs. 4 sind die §§ 6 bis 6g in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2013 auf Datenmeldung im Rahmen von Modellprojekten der Bundesgesundheitsagentur bereits für das Berichtsjahr 2013 anzuwenden.

(6) Die §§ 1 bis 4 sowie 5a bis 5c in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2013 sind erstmals auf die Datenmeldung für das Berichtsjahr 2015 anzuwenden.“