

## Textgegenüberstellung

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

### Artikel 2

#### Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten – KAKuG

##### Errichtungs- und Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten

§ 3. (1) und (2) ...

(2a) Die Landesregierung hat von einer Prüfung des Bedarfs abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot in der Krankenanstalt ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören.

(2b) bis (7) ...

##### Patientenrechte, transparentes Wartelistenregime

§ 5a. (1) Durch die Landesgesetzgebung sind die Träger von Krankenanstalten unter Beachtung des Anstaltszwecks und des Leistungsangebotes zu verpflichten, daß

1. ...
2. Pfleglinge ihr Recht auf Aufklärung und Information über die Behandlungsmöglichkeiten samt Risiken ausüben können;

3. bis 11. ...

(2) und (3) ...

##### Qualitätssicherung

§ 5b. (1) bis (5) ...

(6) Die Landesgesetzgebung hat die Träger der Krankenanstalten zu

##### Errichtungs- und Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten

§ 3. (1) und (2) ...

(2a) Die Landesregierung hat von einer Prüfung des Bedarfs abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot in der Krankenanstalt ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören. Darüber hinaus ist von der Prüfung des Bedarfes abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt.

(2b) bis (7) ...

##### Patientenrechte, transparentes Wartelistenregime

§ 5a. (1) Durch die Landesgesetzgebung sind die Träger von Krankenanstalten unter Beachtung des Anstaltszwecks und des Leistungsangebotes zu verpflichten, daß

1. ...
2. Pfleglinge ihr Recht auf Aufklärung und Information über die Behandlungsmöglichkeiten samt Risiken ausüben und sich aktiv an den Entscheidungsprozessen ihren Gesundheitszustand betreffend beteiligen können;

3. bis 11. ...

(2) und (3) ...

##### Qualitätssicherung

§ 5b. (1) bis (5) ...

(6) Die Landesgesetzgebung hat die Träger der Krankenanstalten zu

**Geltende Fassung**

verpflichten, an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen und die dafür gemäß § 6 des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen, BGBl. I Nr. 179/2004, erforderlichen nicht personenbezogenen Daten dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung zu stellen, soweit diese nicht ohnehin aufgrund anderer Dokumentationsverpflichtungen zu melden sind.

**§ 10a.** (1) Die Landesgesetzgebung hat die Landesregierung zu verpflichten, im Rahmen eines regionalen Strukturplanes Gesundheit für Fondskrankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (im Folgenden: ÖSG) befindet. Dabei sind, um eine verbindliche österreichweite auf einheitlichen Grundsätzen basierende Krankenanstalten- und Großgeräteplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die im ÖSG vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und -methoden zu berücksichtigen.

(2) bis (4) ...

**Zurücknahme von Errichtungs- und Betriebsbewilligung**

**§ 12.** (1) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten ist abzuändern oder zurückzunehmen, wenn eine für die Erteilung der Bewilligung zur Errichtung vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt.

(2) bis (4) ...

**Arzneimittelkommission**

**§ 19a.** (1) und (2) ...

(3) Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben hat die Arzneimittelkommission insbesondere nachstehende Grundsätze zu berücksichtigen:

**Vorgeschlagene Fassung**

verpflichten, an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen und die dafür gemäß § 6 des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen, BGBl. I Nr. 179/2004, erforderlichen nicht personenbezogenen Daten dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung zu stellen, soweit diese nicht ohnehin aufgrund anderer Dokumentationsverpflichtungen zu melden sind. Weiters sind die Träger der Krankenanstalten zu verpflichten, an regelmäßigen sektorenübergreifenden Patientenbefragungen teilzunehmen.

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

(2) bis (4) ...

**Zurücknahme von Errichtungs- und Betriebsbewilligung**

**§ 12.** (1) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten ist abzuändern oder zurückzunehmen, wenn eine für die Erteilung der Bewilligung zur Errichtung vorgeschriebene Voraussetzung, insbesondere durch eine Änderung des Landeskrankenanstaltenplanes weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt.

(2) bis (4) ...

**Arzneimittelkommission**

**§ 19a.** (1) und (2) ...

(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

**Geltende Fassung**

1. bis 4. ...  
 (4) bis (7) ...

**Landesgesundheitsfonds****§ 27b.** (1) bis (4) ...

(5) Die Übereinstimmung mit den Zielen des ÖSG und die Übereinstimmung mit dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan und die Erfüllung der Verpflichtung zur Dokumentation auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 179/2004, ist Voraussetzung dafür, dass der Träger der Krankenanstalt Mittel auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens erhält.

**Bundesgesundheitsagentur**

**§ 56a.** Zur Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen ist beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen die Bundesgesundheitsagentur als Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten.

**§ 59.** (1) bis (5) ...

(6) Die Mittel der Bundesgesundheitsagentur gemäß § 57 Abs. 4 Z 5 sind gemäß der nachfolgenden Bestimmungen aufzuteilen:

1. ...
2. Sodann sind
  - a) und b) ...
  - c) die Mittel zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen und für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung im Ausmaß von 3,5 Mio. Euro jährlich und
  - d) nach Vorliegen einer Kosten-Nutzenbewertung sowie nach Maßgabe

**Vorgeschlagene Fassung**

partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit sowie insbesondere nachstehende Grundsätze berücksichtigt:

1. bis 4. ...  
 (4) bis (7) ...

**Landesgesundheitsfonds****§ 27b.** (1) bis (4) ...

(5) Die Übereinstimmung mit den Zielen des ÖSG und die Übereinstimmung mit dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan und die Erfüllung der Verpflichtung zur Dokumentation auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 179/2004, ist Voraussetzung dafür, dass der Träger der Krankenanstalt Mittel auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens erhält. § 3 Abs. 3 des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen, BGBl. I Nr. 179/2004, in der jeweils geltenden Fassung, ist anzuwenden.

**Bundesgesundheitsagentur**

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

**§ 59.** (1) bis (5) ...

(6) Die Mittel der Bundesgesundheitsagentur gemäß § 57 Abs. 4 Z 5 sind gemäß der nachfolgenden Bestimmungen aufzuteilen:

1. ...
2. Sodann sind
  - a) und b) ...
  - 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

**Geltende Fassung**

von einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung gefassten Beschlüssen der Bundesgesundheitskommission maximal insgesamt 10 Mio. 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)

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

3. bis 5. ...

(7) bis (10) ...

**§ 59a.** Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur sind:

(1) Die Bundesgesundheitsagentur hat im Rahmen der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens in Österreich folgende Aufgaben unter Berücksichtigung gesamtökonomischer Auswirkungen sowie regionaler und länderspezifischer Erfordernisse wahrzunehmen:

1. Erarbeitung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen,
2. Erstellung von 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,
3. Festlegung der Grundsätze, Ziele und Methoden für die Planung im Gesundheitswesen, insbesondere für die ambulante Versorgungsplanung,
4. Leistungsangebotsplanung als Rahmen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens, wobei die Qualitätsvorgaben gemäß Z 1 zu berücksichtigen sind, und

**Vorgeschlagene Fassung**

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

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

3. bis 5. ...

(7) bis (10) ...

**§ 59a.** Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur sind:

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

**Geltende Fassung**

- Entwicklung geeigneter Formen der Zusammenarbeit von Leistungserbringern,
5. Erarbeitung und Erprobung von Abrechnungsmodellen für eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs,
  6. Entwicklung und Weiterentwicklung von leistungsorientierten Vergütungssystemen (ergebnisorientiert, pauschaliert und gedeckelt) unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche,
  7. Erarbeitung von Richtlinien für eine bundesweite, alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende Dokumentation, sowie Weiterentwicklung eines Dokumentations- und Informationssystems für Analysen im Gesundheitswesen zur Beobachtung von Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen, wobei insbesondere auch auf die geschlechtsspezifische Differenzierung zu achten ist,
  8. Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens,
  9. Mitwirkung im Bereich Gesundheitstelematik und der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA),
  10. Festlegung von Impfprogrammen auf der Grundlage evidenzbasierter Studien unter Beibehaltung des bisherigen Finanzierungsschlüssels,
  11. Weiterentwicklung der Leitlinien für den Kooperationsbereich (Reformpool) gemäß Art. 31 der für die Jahre 2008 bis einschließlich 2013 abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens,
  12. Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln der Bundesgesundheitsagentur,
  13. Erstellung des Voranschlages und des Rechnungsabschlusses und
  14. Evaluierung der von der Bundesgesundheitsagentur wahrgenommenen Aufgaben.
- (2) ...

**§ 59c.** Bei maßgeblichen Verstößen gegen festgelegte Pläne (z. B. ÖSG) und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität oder der Dokumentation (zB des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 179/2004) hat die Bundesgesundheitsagentur den entsprechenden Länderanteil an den Mitteln

**Vorgeschlagene Fassung**

(2) ...

**§ 59c.** Bei maßgeblichen Verstößen gegen festgelegte Pläne (z. B. ÖSG) und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität oder der Dokumentation (zB des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, in der jeweils geltenden Fassung) hat die Bundesgesundheitsagentur den entsprechenden Länderanteil an den Mitteln

**Geltende Fassung**

gemäß § 57 Abs. 4 Z 5 zurückzuhalten, bis das Land oder der Landesgesundheitsfonds nachweislich die zur Herstellung des den Vorgaben gemäß dieser Vereinbarung entsprechenden Zustandes erforderlichen Maßnahmen gesetzt hat.

**§ 59e.** (1) Zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen sowie für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen mit überregionaler Bedeutung können von der Bundesgesundheitsagentur höchstens 3,5 Mio. Euro jährlich verwendet werden.

(2) Die geförderten Maßnahmen haben sich am Kriterienkatalog sowie den Definitionen, thematischen Prioritäten und Leitlinien für Mittelvergabe und –verwendung des „Konzepts für überregional bedeutsame Vorsorgemaßnahmen“ zu orientieren. Die von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen „Richtlinien zur Finanzierung überregional bedeutsamer Vorsorgeprogramme“ und die „Richtlinien für die Förderung von Pilotprojekten zur Einführung des Mammographie-Screenings in Österreich“ sind einzuhalten.

(3) Die Verwendung der Mittel gemäß Abs. 1 wird in der Bundesgesundheitskommission im Einvernehmen mit den Ländern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger festgelegt.

(4) ...

**§ 59g.** (1) Das Organ der Bundesgesundheitsagentur ist die Bundesgesundheitskommission.

(2) Die Bundesgesundheitskommission besteht aus 31 Mitgliedern, die nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen zu bestellen sind:

1. Sieben Mitglieder bestellt die Bundesregierung;
2. je ein Mitglied bestellt jedes Land;
3. sechs Mitglieder bestellt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
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 gemeinsames Mitglied bestellen die Patientenvertretungen;

**Vorgeschlagene Fassung**

gemäß § 57 Abs. 4 Z 5 zurückzuhalten, bis das Land oder der Landesgesundheitsfonds nachweislich die zur Herstellung des den Vorgaben gemäß dieser Vereinbarung entsprechenden Zustandes erforderlichen Maßnahmen gesetzt hat.

**§ 59e.** (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.

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

(4) ...

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

### Geltende Fassung

7. ein Mitglied bestellt die Österreichische Ärztekammer;
8. ein Mitglied bestellt die Bundesministerin/der Bundesminister für Wissenschaft und Forschung;
9. ein Mitglied bestellt die Österreichische Apothekerkammer;
10. ein Mitglied bestellt die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt;
11. ein Mitglied bestellt die für die in § 149 Abs. 3 ASVG genannten Krankenanstalten im Betracht kommende gesetzliche Interessensvertretung;

für jedes der so bestellten Mitglieder der Bundesgesundheitskommission kann ein ständiges Ersatzmitglied bestellt werden. Darüber hinaus ist im Einzelfall eine Vertretung durch Vollmacht möglich.

(3) Mitglied der Bundesgesundheitskommission kann nur sein, wer zum Nationalrat wählbar ist.

(4) Ist die Bestellung von Mitgliedern der Bundesgesundheitskommission erforderlich, so hat das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend die gemäß Abs. 2 in Betracht kommenden Stellen schriftlich dazu aufzufordern. 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 der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister oder die für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin oder, sofern diese Agenden durch den Bundesminister bzw. die Bundesministerin einem Staatssekretär bzw. einer Staatssekretärin zur selbstständigen Besorgung übertragen worden sind, dieser bzw. diese zu führen. Ist der zuständige Bundesminister bzw. die zuständige Bundesministerin, oder im Falle der Übertragung der bzw. die mit der selbstständigen Besorgung beauftragte Staatssekretär bzw. Staatssekretärin verhindert, den Vorsitz zu führen, so hat der zuständige Bundesminister bzw. die zuständige Bundesministerin einen Vertreter bzw. eine Vertreterin aus dem Kreis der leitenden Bediensteten des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend mit dem Vorsitz in der Bundesgesundheitskommission zu betrauen.

(6) Die Bundesgesundheitskommission hat sich ihre Geschäftsordnung selbst zu geben.

### Vorgeschlagene Fassung

**Geltende Fassung**

(7) Die Geschäfte der Bundesgesundheitsagentur führt das für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerium.

(8) Die Beschlüsse der Bundesgesundheitskommission werden mit einfacher Mehrheit der Stimmen gefasst, wobei die von der Bundesregierung bestellten Mitglieder je drei Stimmen haben und den Mitgliedern gemäß Abs. 2 Z 8 bis 11 kein Stimmrecht zukommt. Für Beschlussfassungen ist – ausgenommen in den Angelegenheiten gemäß § 59a Abs. 1 Z 12, sofern es sich um Mittel für die Finanzierung von Projekten und Planungen gemäß § 59f handelt, und § 59a Abs. 1 Z 13 – ein Einvernehmen mit den Ländern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erforderlich.

**§ 59j.** Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat auf der Homepage des Bundesministeriums jedenfalls

1. den als objektivierte Sachverständigengutachten anzusehenden aktuellen Österreichischen Strukturplan Gesundheit,
2. das aktuelle Modell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung und
3. die aktuellen Grundlagen für die Dokumentation auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen

zu veröffentlichen.

**Vorgeschlagene Fassung**

**§ 59j.** Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat auf der Homepage des Bundesministeriums jedenfalls

1. den als objektivierte Sachverständigengutachten anzusehenden aktuellen Österreichischen Strukturplan Gesundheit,
2. das aktuelle Modell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung,
3. die aktuellen Grundlagen für die Dokumentation auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen und
4. den aktuellen Bundes-Zielsteuerungsvertrag gemäß § 8 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit

zu veröffentlichen.

**§ 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)

Träger der Krankenversicherung

Träger der Krankenversicherung

§ 23. (1) bis (4) ...

§ 23. (1) bis (4) ...

(5) Die Träger der Krankenversicherung im Sinne des Abs. 1 führen die Krankenversicherung nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes durch und wirken an der Durchführung der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz mit. Insbesondere obliegt es ihnen, für die Krankenbehandlung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen ausreichend Vorsorge zu treffen.

(5) Die Träger der Krankenversicherung im Sinne des Abs. 1 führen die Krankenversicherung nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes durch und wirken an der Durchführung der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz mit. Insbesondere obliegt es ihnen, für die Krankenbehandlung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen ausreichend Vorsorge zu treffen. 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.

(6) ...

(6) ...

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

§ 31. (1) ...

§ 31. (1) ...

(2) Dem Hauptverband obliegt

(2) Dem Hauptverband obliegt

1. bis 4. ...

1. bis 4. ...

5. die Erstellung eines Rehabilitationsplanes für die Sozialversicherungsträger.

5. die Erstellung eines Rehabilitationsplanes für die Sozialversicherungsträger,

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) ...

(3) ...

(4) Zu den zentralen Dienstleistungen im Sinne des Abs. 2 Z 2 gehören:

(4) Zu den zentralen Dienstleistungen im Sinne des Abs. 2 Z 2 gehören:

**Geltende Fassung**

1. bis 8. ...
9. die Mitwirkung bei der Durchführung der Pensionsversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 2 lit. a bis g ASVG, nach § 3 Abs. 3 GSVG, nach § 4a BSVG und nach Art. II Abschnitt 2a AIVG, für die der Bund, das Arbeitsmarktservice oder ein öffentlicher Fonds Beiträge zu zahlen hat; der Hauptverband kann zur Verwaltungsvereinfachung Vereinbarungen mit dem Arbeitsmarktservice über die Durchführung der Meldungen und die Beitragsabfuhr treffen; diese Vereinbarungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Zustimmung des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit.

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

1. bis 16a. ...

17. bis 35. ...

(5a) bis (13) ...

**Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)**

**§ 31d.** Der Hauptverband hat sich an der Einführung und Umsetzung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) zu beteiligen.

**Vorgeschlagene Fassung**

1. bis 8. ...
9. die Mitwirkung bei der Durchführung der Pensionsversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 2 lit. a bis g ASVG, nach § 3 Abs. 3 GSVG, nach § 4a BSVG und nach Art. II Abschnitt 2a AIVG, für die der Bund, das Arbeitsmarktservice oder ein öffentlicher Fonds Beiträge zu zahlen hat; der Hauptverband kann zur Verwaltungsvereinfachung Vereinbarungen mit dem Arbeitsmarktservice über die Durchführung der Meldungen und die Beitragsabfuhr treffen; diese Vereinbarungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Zustimmung des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit;

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.

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

1. bis 16a. ...

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

17. bis 35. ...

(5a) bis (13) ...

**Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)**

**§ 31d.** (1) Der Hauptverband hat sich an der Einführung und Umsetzung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) zu beteiligen.

(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

**Geltende Fassung****Vertragspartner-Analyse**

**§ 32h.** Die Krankenversicherungsträger haben gemeinsam die Auswirkungen der Vertragspartner-Regelungen einem Controlling durch eine strukturierte Analyse jedenfalls mit dem Ziel zu unterziehen, eine Vergleichbarkeit der Kennzahlen (Benchmarking) zu ermöglichen.

**Vergütung für Mitwirkung an fremden Aufgaben**

**§ 82.** (1) bis (4) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

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.

**Vertragspartner-Analyse**

**§ 32h.** Die Krankenversicherungsträger haben gemeinsam die Auswirkungen der Vertragspartner-Regelungen einem Controlling durch eine strukturierte Analyse jedenfalls mit dem Ziel zu unterziehen, eine Vergleichbarkeit der Kennzahlen (Benchmarking) und der verschiedenen Honorierungssysteme, insbesondere hinsichtlich ihrer Anreiz- und Steuerungswirkung zu ermöglichen.

**Vergütung für Mitwirkung an fremden Aufgaben**

**§ 82.** (1) bis (4) ...

(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).

**Geltende Fassung****7. UNTERABSCHNITT****Mitwirkung der Sozialversicherung an der Planung und Steuerung des Gesundheitswesens****Grundsätze****§ 84a. (1) ...**

(2) Der Hauptverband hat Vertreter/Vertreterinnen in die Bundesgesundheitskommission der Bundesgesundheitsagentur sowie ohne Stimmrecht in die jeweiligen Gesundheitsplattformen im Rahmen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden.

(3) Die jeweils örtlich zuständige Gebietskrankenkasse hat Vertreter/Vertreterinnen in die Gesundheitsplattform des jeweiligen Landesgesundheitsfonds zu entsenden; hiebei hat sie auch auf die Interessen der Betriebskrankenkassen Bedacht zu nehmen. Die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, die Pensionsversicherungsanstalt, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, die Sozialversicherungsanstalt der Bauern und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter haben Vertreter/Vertreterinnen in die Gesundheitsplattformen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden. Unter Bedachtnahme auf die Anzahl der Vertreter/Vertreterinnen des Landes in der jeweiligen Gesundheitsplattform haben die genannten Sozialversicherungsträger ihre Vertreter/Vertreterinnen gemeinsam zu entsenden, wobei auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten ist.

(4) Die Sozialversicherungsträger haben als Beitrag zum Reformpool (§ 59a Abs. 1 Z 11 KAKuG) für Projekte der Integrierten Versorgung, für Projekte, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich bewirken sowie für die sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs im Bedarfsfall die erforderlichen Mittel zu überweisen ( Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens).

(5) Die Sozialversicherungsträger sind verpflichtet, der

**Vorgeschlagene Fassung****7. UNTERABSCHNITT****Mitwirkung und Beteiligung der Sozialversicherung an der Planung und Steuerung des Gesundheitswesens sowie an der Zielsteuerung-Gesundheit****Grundsätze****§ 84a. (1) ...**

(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

**Geltende Fassung**

Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds pseudonymisierte Diagnose- und Leistungsdaten aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung in einer standardisierten und verschlüsselten Form zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus sind der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger verpflichtet, der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds auf deren Anforderung die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Daten in anonymisierter Form zur Verfügung zu stellen. Zur Sicherstellung der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen haben alle Daten vor der Übermittlung an die Bundesgesundheitsagentur und die Landesgesundheitsfonds über eine beim Hauptverband eingerichtete Datenpseudonymisierungsstelle zu fließen.

**Aufgaben**

**§ 116.** (1) Die Krankenversicherung trifft Vorsorge

1. für die Früherkennung von Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit;

**Vorgeschlagene Fassung**

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.

**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.

**Aufgaben**

**§ 116.** (1) Die Krankenversicherung trifft Vorsorge

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

**Geltende Fassung**

2. bis 4. ...  
5. für die Gesundheitsförderung.

(2) bis (5) ...

**1. UNTERABSCHNITT****Früherkennung von Krankheiten und sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit****Beziehungen zu anderen als in § 148 genannten Krankenanstalten**

§ 149. (1) und (2) ...

(3) Alle Leistungen von bettenführenden Krankenanstalten, die von dem am 31. Dezember 2000 geltenden Vertrag zwischen Hauptverband und Wirtschaftskammer Österreich erfasst sind, im stationären und tagesklinischen Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen sind mit einer Zahlung in der Höhe von 76 306 475,88 Euro abgegolten. Dies gilt auch für jene bettenführenden Krankenanstalten, die von einem zwischen Hauptverband und Wirtschaftskammer Österreich abzuschließenden Zusatzvertrag umfasst sind. Dieser Betrag ist an den nach dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz eingerichteten Fonds zu überweisen. Der Fonds hat die von den Krankenanstalten erbrachten Leistungen nach den Grundsätzen des § 27b KAKuG abzurechnen. Auf den Fonds ist § 148 Z 8 sinngemäß anzuwenden.

(3a) Der Betrag nach Abs. 3 erster Satz erhöht sich im Jahr 2005 um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2005 gegenüber dem Jahr 2004 gestiegen sind. In den Jahren 2006 und 2007 errechnet sich dieser Betrag aus dem jeweiligen Betrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. Im Jahr 2008 erhöht sich dieser Betrag um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2008 gegenüber dem Jahr 2007 gestiegen sind, zuzüglich 380 000 Euro. Die Pauschalbeträge für die Jahre 2009 bis 2013 errechnen sich aus dem jeweiligen Jahresbetrag des

**Vorgeschlagene Fassung**

2. bis 4. ...  
5. für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung (Salutogenese) und Prävention.

(2) bis (5) ...

**1. UNTERABSCHNITT****Evidenzbasierte Früherkennung von und Frühintervention bei Krankheiten und sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit****Beziehungen zu anderen als in § 148 genannten Krankenanstalten**

§ 149. (1) und (2) ...

(3) Alle Leistungen von bettenführenden Krankenanstalten, die von dem am 31. Dezember 2000 geltenden Vertrag zwischen Hauptverband und Fachverband der Gesundheitsbetriebe erfasst sind, im stationären und tagesklinischen Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen sind mit einer Zahlung in der Höhe von 76 306 475,88 Euro abgegolten. Dies gilt auch für jene bettenführenden Krankenanstalten, die von einem zwischen Hauptverband und Fachverband der Gesundheitsbetriebe abzuschließenden Zusatzvertrag umfasst sind. Dieser Betrag ist an den nach dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz eingerichteten Fonds zu überweisen. Der Fonds hat die von den Krankenanstalten erbrachten Leistungen nach den Grundsätzen des § 27b KAKuG abzurechnen. Auf den Fonds ist § 148 Z 8 sinngemäß anzuwenden.

(3a) Der Betrag nach Abs. 3 erster Satz erhöht sich im Jahr 2005 um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2005 gegenüber dem Jahr 2004 gestiegen sind. In den Jahren 2006 und 2007 errechnet sich dieser Betrag aus dem jeweiligen Betrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. Im Jahr 2008 erhöht sich dieser Betrag um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2008 gegenüber dem Jahr 2007 gestiegen sind, zuzüglich 380 000 Euro. Die Pauschalbeträge ab dem Jahr 2009 errechnen sich aus dem jeweiligen Jahresbetrag des Vorjahres,

**Geltende Fassung**

Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. § 447f Abs. 1 letzter Satz ist anzuwenden. Der vorläufige Betrag ist bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres aus dem Jahresbetrag des Pauschalbetrages nach endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr, vervielfacht mit den vorläufigen Prozentsätzen des jeweiligen Folgejahres, zu errechnen. Die endgültige Abrechnung hat jeweils bis zum 31. Oktober des Folgejahres zu erfolgen.

(3b) bis (5) ...

**Gesundheitsförderung**

**§ 154b.** (1) Die Krankenversicherungsträger haben allgemein über Gesundheitsgefährdung und über die Verhütung von Krankheiten und Unfällen - ausgenommen Arbeitsunfälle - aufzuklären sowie darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten sowie Unfälle - ausgenommen Arbeitsunfälle - verhütet werden können.

(2) und (3) ...

**Krankheitsverhütung**

**§ 156.** (1) Zur Verhütung des Eintrittes und der Verbreitung von Krankheiten können als freiwillige Leistungen insbesondere gewährt werden:

1. und 2. ...
3. gesundheitliche Erziehung der Versicherten und ihrer Angehörigen;
4. ...

(2) und (3) ...

**Belastungsausgleich der Krankenversicherungsträger für den Aufwand für Anstalts(Entbindungsheim)pflege**

**§ 322a.** (1) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. § 447f Abs. 1 letzter Satz ist anzuwenden. Der vorläufige Betrag ist bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres aus dem Jahresbetrag des Pauschalbetrages nach endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr, vervielfacht mit den vorläufigen Prozentsätzen des jeweiligen Folgejahres, zu errechnen. Die endgültige Abrechnung hat jeweils bis zum 31. Oktober des Folgejahres zu erfolgen.

(3b) bis (5) ...

**Gesundheitsförderung und Prävention**

**§ 154b.** (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.

(2) und (3) ...

**Krankheitsverhütung**

**§ 156.** (1) Zur Verhütung des Eintrittes und der Verbreitung von Krankheiten können als freiwillige Leistungen insbesondere gewährt werden:

1. und 2. ...
3. Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Versicherten und ihrer Angehörigen (Health Literacy);
4. ...

(2) und (3) ...

**Belastungsausgleich der Krankenversicherungsträger für den Aufwand für Anstalts(Entbindungsheim)pflege**

**§ 322a.** (1) ...

**Geltende Fassung**

(2) Der Hauptverband hat für jeden Krankenversicherungsträger bis Ende Oktober des Folgejahres einen Erhöhungsprozentsatz der Beitragseinnahmen eines Geschäftsjahres gegenüber den Beitragseinnahmen des Jahres 1994 zu errechnen; dieser ist auf zwei Dezimalstellen zu runden. Die Beitragseinnahmen sind dabei ausgehend vom Jahr 1994 jährlich gegenüberzustellen. Für den Gesamterhöhungsprozentsatz ist das Produkt der Erhöhungsprozentsätze über die einzelnen Jahre zu bilden. Die Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozentsätze bis zum Jahr 1997 hat unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995 zu erfolgen. Die Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozentsätze für die Jahre 1998 bis 2013 hat unter Berücksichtigung der jeweils für diese Jahre geltenden Bestimmungen des § 447f Abs. 1 zu erfolgen. Bei der Berechnung der Erhöhungsprozentsätze für das Jahr 2001 sind bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern die Beiträge für pflichtversicherte Pensionisten nicht zu berücksichtigen.

(3) ...

(4) Der von jedem Krankenversicherungsträger im Jahr 1994 für Anstalts- und Entbindungsheimpflege aufgewendete Betrag ist für das Geschäftsjahr 1997 mit dem Produkt der endgültigen Hundertsätze aufgrund der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995 für die Jahre 1995 bis 1997 zu erhöhen. Für jedes weitere Geschäftsjahr bis zum Jahr 2013 sind diese Beträge um jenen Prozentsatz zu erhöhen, um den die Pauschalbeiträge gemäß § 447f Abs. 1 für die jeweiligen Jahre angehoben werden. Die für jeden Krankenversicherungsträger errechneten Beträge sind mit dem Sollbetrag (Abs. 3) zu vergleichen.

(5) bis (8) ...

**Regelung durch Verträge**

**§ 338.** (1) Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den freiberuflich tätigen Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Gruppenpraxen nach den §§ 52a und 52b des Ärztegesetzes 1998 und § 26 des Zahnärztegesetzes, BGBl. I Nr. 126/2005, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, freiberuflich tätigen Heilmasseuren/Heilmasseurinnen, Pflegepersonen, die medizinische

**Vorgeschlagene Fassung**

(2) Der Hauptverband hat für jeden Krankenversicherungsträger bis Ende Oktober des Folgejahres einen Erhöhungsprozentsatz der Beitragseinnahmen eines Geschäftsjahres gegenüber den Beitragseinnahmen des Jahres 1994 zu errechnen; dieser ist auf zwei Dezimalstellen zu runden. Die Beitragseinnahmen sind dabei ausgehend vom Jahr 1994 jährlich gegenüberzustellen. Für den Gesamterhöhungsprozentsatz ist das Produkt der Erhöhungsprozentsätze über die einzelnen Jahre zu bilden. Die Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozentsätze bis zum Jahr 1997 hat unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995 zu erfolgen. Die Berechnung der jährlichen Erhöhungsprozentsätze ab dem Jahr 1998 hat unter Berücksichtigung der jeweils für diese Jahre geltenden Bestimmungen des § 447f Abs. 1 zu erfolgen. Bei der Berechnung der Erhöhungsprozentsätze für das Jahr 2001 sind bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern die Beiträge für pflichtversicherte Pensionisten nicht zu berücksichtigen.

(3) ...

(4) Der von jedem Krankenversicherungsträger im Jahr 1994 für Anstalts- und Entbindungsheimpflege aufgewendete Betrag ist für das Geschäftsjahr 1997 mit dem Produkt der endgültigen Hundertsätze aufgrund der Bestimmungen des § 28 Abs. 6 und 7 des Krankenanstaltengesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995 für die Jahre 1995 bis 1997 zu erhöhen. Für jedes weitere Geschäftsjahr sind diese Beträge um jenen Prozentsatz zu erhöhen, um den die Pauschalbeiträge gemäß § 447f Abs. 1 für die jeweiligen Jahre angehoben werden. Die für jeden Krankenversicherungsträger errechneten Beträge sind mit dem Sollbetrag (Abs. 3) zu vergleichen.

(5) bis (8) ...

**Regelung durch Verträge**

**§ 338.** (1) Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den freiberuflich tätigen Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Gruppenpraxen nach den §§ 52a und 52b des Ärztegesetzes 1998 und § 26 des Zahnärztegesetzes, BGBl. I Nr. 126/2005, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, freiberuflich tätigen Heilmasseuren/Heilmasseurinnen, Pflegepersonen, die medizinische



**Geltende Fassung**

Hauskrankenpflege nach § 151 erbringen, und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen werden durch privatrechtliche Verträge nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen geregelt. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form. Die Verträge sowie allfällige Änderungen und Zusatzvereinbarungen sind vom Hauptverband im Internet zu veröffentlichen.

(2) bis (4) ...

**Verordnungsermächtigung, Werbeverbot****§ 351g. (1) ...**

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

1. ob und für welche Indikationen und Gruppen von Patienten und Patientinnen ein wesentlicher zusätzlicher therapeutischer Nutzen einer Arzneispezialität vorliegt und wie dieser ökonomisch bewertet werden kann, damit die Arzneispezialität in den gelben Bereich aufgenommen werden oder dort verbleiben kann,
2. ob und welcher therapeutische Mehrwert (Zusatznutzen für Patienten und Patientinnen) einer Arzneispezialität vorliegt und wie dieser ökonomisch bewertet werden kann, damit die Arzneispezialität in den grünen Bereich aufgenommen werden oder dort verbleiben kann,
3. ob im Sinne einer sicheren und wirtschaftlichen Versorgung der Patienten und Patientinnen ein Vergabeverfahren für Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen eingeleitet werden sollte, um günstigere Bedingungen für die Heilmittelerstattung zu erreichen (zB wenn das Preisband zu breit oder keine Nachfolge durch ein Generikum möglich ist) und
4. bei welchen medizinischen Bedürfnissen und epidemiologischen Notwendigkeiten die ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger angewendet werden sollte.

**Vorgeschlagene Fassung**

Hauskrankenpflege nach § 151 erbringen, und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen werden durch privatrechtliche Verträge nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen geregelt. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form. 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.

(2) bis (4) ...

**Verordnungsermächtigung, Werbeverbot****§ 351g. (1) ...**

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

1. ob und für welche Indikationen und Gruppen von Patienten und Patientinnen ein wesentlicher zusätzlicher therapeutischer Nutzen einer Arzneispezialität vorliegt und wie dieser ökonomisch bewertet werden kann, damit die Arzneispezialität in den gelben Bereich aufgenommen werden oder dort verbleiben kann,
2. ob und welcher therapeutische Mehrwert (Zusatznutzen für Patienten und Patientinnen) einer Arzneispezialität vorliegt und wie dieser ökonomisch bewertet werden kann, damit die Arzneispezialität in den grünen Bereich aufgenommen werden oder dort verbleiben kann,
3. ob im Sinne einer sicheren und wirtschaftlichen Versorgung der Patienten und Patientinnen ein Vergabeverfahren für Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen eingeleitet werden sollte, um günstigere Bedingungen für die Heilmittelerstattung zu erreichen (zB wenn das Preisband zu breit oder keine Nachfolge durch ein Generikum möglich ist) und
4. bei welchen medizinischen Bedürfnissen und epidemiologischen Notwendigkeiten die ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger angewendet werden sollte.

**Geltende Fassung**

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

(3) bis (5) ...

**Zustimmung der Kontrollversammlung**

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

1. bis 7. ...
8. die Beschlussfassung über die Errichtung (Gründung) von oder die Beteiligung an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung und die Beschlussfassung über die Beteiligung von natürlichen oder juristischen Personen an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung, die von einem Versicherungsträger (dem Hauptverband) errichtet (gegründet) wurden, nach § 81 Abs. 2.

(2) und (3) ...

**Aufgaben der Trägerkonferenz**

**§ 441d.** (1) ...

(2) Der Trägerkonferenz obliegt unbeschadet der in den §§ 31 Abs. 5a, 31b Abs. 2, 32d Abs. 2 und 447b Abs. 2 genannten Aufgaben:

1. bis 10. ...
11. die Beschlussfassung über den aus dem Rechnungsabschluss und den statistischen Nachweisungen bestehenden Jahresbericht des Hauptverbandes und der bei ihm errichteten Fonds.

**Vorgeschlagene Fassung**

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.

(3) bis (5) ...

**Zustimmung der Kontrollversammlung**

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

1. bis 7. ...
8. die Beschlussfassung über die Errichtung (Gründung) von oder die Beteiligung an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung und die Beschlussfassung über die Beteiligung von natürlichen oder juristischen Personen an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung, die von einem Versicherungsträger (dem Hauptverband) errichtet (gegründet) wurden, nach § 81 Abs. 2;
9. der Abschluss von Landes-Zielsteuerungsverträgen nach dem G-ZG.

(2) und (3) ...

**Aufgaben der Trägerkonferenz**

**§ 441d.** (1) ...

(2) Der Trägerkonferenz obliegt unbeschadet der in den §§ 31 Abs. 5a, 31b Abs. 2, 32d Abs. 2 und 447b Abs. 2 genannten Aufgaben:

1. bis 10. ...
11. die Beschlussfassung über den aus dem Rechnungsabschluss und den statistischen Nachweisungen bestehenden Jahresbericht des Hauptverbandes und der bei ihm errichteten Fonds;
12. die Zustimmung zu Beschlüssen des Vorstandes 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.

**Geltende Fassung**

(3) und (4) ...

**Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen**

§ 447a. (1) bis (9) ...

(10) Der Bundesminister für Finanzen überweist für die Jahre 2008 bis 2013 aus Mitteln der Tabaksteuer einen Betrag von 12 423 759,09 Euro jeweils im September des Jahres an den Ausgleichsfonds.

(11) und (12) ...

**Beiträge der Träger der Sozialversicherung für die Krankenanstaltenfinanzierung; Ausgleichsfonds**

§ 447f. (1) Die Träger der Sozialversicherung leisten an die Landesgesundheitsfonds für die Jahre 2008 bis 2013 einen Pauschalbeitrag für Leistungen der Krankenanstalten nach § 148 Z 3. Die Pauschalbeiträge für die Jahre 2009 bis 2013 errechnen sich aus dem jeweiligen Jahresbeitrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. Mehreinnahmen aus

- der Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlagen auf Grund des Pensionsharmonisierungsgesetzes, BGBl. I Nr. 142/2004,
- der Erhöhung der Beitragssätze in der Krankenversicherung um 0,1 Prozentpunkte zum 1. Jänner 2005 auf Grund des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004 und des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007 und
- der auf Grund der Beitragssatzerhöhung um 0,15 Prozentpunkte für Pensionisten und Pensionistinnen ab 1. Jänner 2008 aus Budgetmitteln des Bundes erhöhten Überweisung der Pensionsversicherungsträger an die Krankenversicherung

sind bei der Berechnung der Steigerungssätze für die Jahre 2008 bis 2013 nicht zu berücksichtigen.

(2) bis (5) ...

(6) Die Träger der Krankenversicherung leisten an die Bundesgesundheitsagentur für die Jahre 2008 bis 2013 einen Pauschalbeitrag in der Höhe von 83 573 759,29 Euro. Dieser Pauschalbeitrag ist in vier gleich hohen

**Vorgeschlagene Fassung**

(3) und (4) ...

**Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen**

§ 447a. (1) bis (9) ...

(10) Der Bundesminister für Finanzen überweist für die Jahre ab 2008 aus Mitteln der Tabaksteuer einen Betrag von 12 423 759,09 Euro jeweils im September des Jahres an den Ausgleichsfonds.

(11) und (12) ...

**Beiträge der Träger der Sozialversicherung für die Krankenanstaltenfinanzierung; Ausgleichsfonds**

§ 447f. (1) Die Träger der Sozialversicherung leisten an die Landesgesundheitsfonds ab dem Jahr 2008 einen Pauschalbeitrag für Leistungen der Krankenanstalten nach § 148 Z 3. Die Pauschalbeiträge ab dem Jahr 2009 errechnen sich aus dem jeweiligen Jahresbeitrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. Mehreinnahmen aus

- der Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlagen auf Grund des Pensionsharmonisierungsgesetzes, BGBl. I Nr. 142/2004,
- 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
- der auf Grund der Beitragssatzerhöhung um 0,15 Prozentpunkte für Pensionisten und Pensionistinnen ab 1. Jänner 2008 aus Budgetmitteln des Bundes erhöhten Überweisung der Pensionsversicherungsträger an die Krankenversicherung

sind bei der Berechnung der Steigerungssätze ab dem Jahr 2008 nicht zu berücksichtigen.

(2) bis (5) ...

(6) Die Träger der Krankenversicherung leisten an die Bundesgesundheitsagentur ab dem Jahr 2008 einen Pauschalbeitrag in der Höhe von 83 573 759,29 Euro. Dieser Pauschalbeitrag ist in vier gleich hohen

**Geltende Fassung**

Quartalsbeträgen jeweils am 25. März, 25. Juni, 25. September und 25. Dezember zu überweisen.

(7) bis (13) ...

(14) Die Sozialversicherungsträger leisten an den Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz für die Jahre 2008 bis 2013 jährlich einen Pauschalbeitrag für Leistungen der Krankenanstalten nach § 149 Abs. 3. Die Höhe des Pauschalbeitrages richtet sich nach § 149 Abs. 3 und 3a. Die Höhe und Fälligkeitstermine der monatlichen Teilzahlungen für die vorläufigen Beträge nach § 149 Abs. 3a sind zwischen dem Hauptverband und dem nach dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz eingerichteten Fonds zu vereinbaren.

(15) ...

(16) Aus den Mitteln gemäß Abs. 3 Z 3 und 4 erhalten die Landesgesundheitsfonds der Länder Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und Tirol Vorweganteile jährlich in folgender Höhe in Millionen Euro:

in den Jahren 2008 bis 2013	
Niederösterreich	1,50
Oberösterreich	3,25
Salzburg	3,25
Tirol	14,00

Diese Vorweganteile sind jeweils zur Hälfte von den Mitteln nach Abs. 3 Z 3 und zur Hälfte von den Mitteln nach Abs. 3 Z 4 zu überweisen, und zwar hinsichtlich der Mittel nach Abs. 3 Z 3 in den Jahren 2008 bis 2013 jeweils in zwölf gleichen Monatsbeträgen, bei den Mitteln nach Abs. 3 Z 4 jeweils zur Gänze bei der Überweisung des Jahresbetrages.

(17) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

Quartalsbeträgen jeweils am 25. März, 25. Juni, 25. September und 25. Dezember zu überweisen

(7) bis (13) ...

(14) Die Sozialversicherungsträger leisten an den Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ab dem Jahr 2008 jährlich einen Pauschalbeitrag für Leistungen der Krankenanstalten nach § 149 Abs. 3. Die Höhe des Pauschalbeitrages richtet sich nach § 149 Abs. 3 und 3a. Die Höhe und Fälligkeitstermine der monatlichen Teilzahlungen für die vorläufigen Beträge nach § 149 Abs. 3a sind zwischen dem Hauptverband und dem nach dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz eingerichteten Fonds zu vereinbaren.

(15) ...

(16) Aus den Mitteln gemäß Abs. 3 Z 3 und 4 erhalten die Landesgesundheitsfonds der Länder Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und Tirol Vorweganteile jährlich in folgender Höhe in Millionen Euro:

ab dem Jahr 2008	
Niederösterreich	1,50
Oberösterreich	3,25
Salzburg	3,25
Tirol	14,00

Diese Vorweganteile sind jeweils zur Hälfte von den Mitteln nach Abs. 3 Z 3 und zur Hälfte von den Mitteln nach Abs. 3 Z 4 zu überweisen, und zwar hinsichtlich der Mittel nach Abs. 3 Z 3 ab dem Jahr 2008 jeweils in zwölf gleichen Monatsbeträgen, bei den Mitteln nach Abs. 3 Z 4 jeweils zur Gänze bei der Überweisung des Jahresbetrages.

(17) ...

**Gesundheitsförderungsfonds nach § 19 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes - 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

**Geltende Fassung****Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung****§ 447h. (1) und (2) ...**

(3) Die Mittel des Fonds sind für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen sowie für vom Hauptverband koordinierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu verwenden. Mindestens 10 % dieser Mittel sind jeweils für bundesweite Maßnahmen zur Förderung und Erhöhung der Inanspruchnahme von Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu verwenden; der Hauptverband hat die Verwendung dieser Mittel bis 31. August jedes Jahres zu planen und mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen abzustimmen. Die Überweisung der verbleibenden Mittel an die Krankenversicherungsträger nach diesem Bundesgesetz, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, die Sozialversicherungsanstalt der Bauern und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter als Träger der Krankenversicherung erfolgt nach Maßgabe des Einlangens unter Berücksichtigung der Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen durch Beschluss der Trägerkonferenz.

(4) Der Hauptverband hat bis zum 30. Juni über das jeweils vorangegangene Jahr dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz einen Bericht über die Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und die Maßnahmen der Gesundheitsförderung vorzulegen. Dieser Bericht hat insbesondere zu beinhalten:

1. bis 4. ...
5. die Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die in Koordination durch den Hauptverband (teil-)finanziert wurden.

**Vorgeschlagene Fassung**

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.

**Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung****§ 447h. (1) und (2) ...**

(3) Die Mittel des Fonds sind für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen sowie für vom Hauptverband koordinierte Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung (Salutogenese) und Prävention zu verwenden. Mindestens 10 % dieser Mittel sind jeweils für bundesweite Maßnahmen zur Förderung und Erhöhung der Inanspruchnahme von Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention zu verwenden; der Hauptverband hat die Verwendung dieser Mittel bis 31. August jedes Jahres zu planen und mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen abzustimmen. Die Überweisung der verbleibenden Mittel an die Krankenversicherungsträger nach diesem Bundesgesetz, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, die Sozialversicherungsanstalt der Bauern und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter als Träger der Krankenversicherung erfolgt nach Maßgabe des Einlangens unter Berücksichtigung der Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen durch Beschluss der Trägerkonferenz.

(4) Der Hauptverband hat bis zum 30. Juni über das jeweils vorangegangene Jahr dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz einen Bericht über die Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und die Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention vorzulegen. Dieser Bericht hat insbesondere zu beinhalten:

1. bis 4. ...
5. die Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention, die in Koordination durch den Hauptverband (teil-)finanziert wurden.

**Geltende Fassung****Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007  
(68. Novelle)****§ 634.** (1) Es treten in Kraft:

1. ...
2. mit 1. Jänner 2014 die §§ 51 Abs. 1 Z 1 lit. a bis f in der Fassung der Z 11, 13, 15, 17, 19 und 21, 51 Abs. 3 Z 1 lit. a bis c in der Fassung der Z 23, 73 Abs. 1 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 25 sowie Abs. 2 und 4, 472a Abs. 2 erster und zweiter Satz in der Fassung der Z 61 und 63, 474 Abs. 1 zweiter und letzter Satz in der Fassung der Z 67 und 69 sowie 479d Abs. 2 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 71 und 73 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007;

3. ...

(2) bis (12) ...

**Vorgeschlagene Fassung****Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007  
(68. Novelle)****§ 634.** (1) Es treten in Kraft:

1. ...
2. mit dem nach § 675 Abs. 3 durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit festgestellten Zeitpunkt die §§ 51 Abs. 1 Z 1 lit. a bis f in der Fassung der Z 11, 13, 15, 17, 19 und 21, 51 Abs. 3 Z 1 lit. a bis c in der Fassung der Z 23, 73 Abs. 1 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 25 sowie Abs. 2 und 4, 472a Abs. 2 erster und zweiter Satz in der Fassung der Z 61 und 63, 474 Abs. 1 zweiter und letzter Satz in der Fassung der Z 67 und 69 sowie 479d Abs. 2 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 71 und 73 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007;

3. ...

(2) bis (12) ...

**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

## Geltende Fassung

## Vorgeschlagene Fassung der Bundesministerin für Finanzen zu erlassende Verordnung festzustellen.

### Artikel 4 Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes

#### Aufgaben

§ 78. (1) Die Krankenversicherung trifft Vorsorge

1. für die Früherkennung von Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit;
2. bis 4. ...
5. für die Gesundheitsförderung;

(2) bis (5) ...

#### Gesundheitsförderung

§ 99b. (1) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat allgemein über Gesundheitsgefährdung und über die Verhütung von Krankheiten und Unfällen - ausgenommen Arbeitsunfälle - aufzuklären sowie darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten sowie Unfälle - ausgenommen Arbeitsunfälle - verhütet werden können.

(2) und (3) ...

#### Krankheitsverhütung

§ 101. (1) Zur Verhütung des Eintrittes und der Verbreitung von Krankheiten können als freiwillige Leistungen insbesondere gewährt werden:

1. und 2. ...
3. gesundheitliche Aufklärung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen;

#### Aufgaben

§ 78. (1) Die Krankenversicherung trifft Vorsorge

1. für die evidenzbasierte Früherkennung von und Frühintervention bei Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit;
2. bis 4. ...
5. für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung (Salutogenese) und Prävention.

(2) bis (5) ...

#### Gesundheitsförderung und Prävention

§ 99b. (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.

(2) und (3) ...

#### Krankheitsverhütung

§ 101. (1) Zur Verhütung des Eintrittes und der Verbreitung von Krankheiten können als freiwillige Leistungen insbesondere gewährt werden:

1. und 2. ...
3. Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Versicherten und ihrer Familienangehörigen (Health Literacy);

**Geltende Fassung**

4. ...

(2) und (3) ...

**Zustimmung der Kontrollversammlung**

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

1. bis 7. ...

8. die Beschlussfassung über die Errichtung (Gründung) von oder die Beteiligung an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung und die Beschlussfassung über die Beteiligung von natürlichen oder juristischen Personen an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung, die vom Versicherungsträger errichtet (gegründet) wurden, nach § 43 Abs. 2.

(2) und (3) ...

**Schlussbestimmungen zu Art. 5 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007  
(33. Novelle)**

**§ 319.** (1) Es treten in Kraft:

1. ...

2. mit 1. Jänner 2014 die §§ 14f Abs. 1 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 2 und 4, 27 Abs. 1 Z 1 in der Fassung der Z 6 sowie 29 Abs. 1 in der Fassung der Z 8 und Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007.

(2) bis (7) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

4. ...

(2) und (3) ...

**Zustimmung der Kontrollversammlung**

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

1. bis 7. ...

8. die Beschlussfassung über die Errichtung (Gründung) von oder die Beteiligung an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung und die Beschlussfassung über die Beteiligung von natürlichen oder juristischen Personen an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung, die vom Versicherungsträger errichtet (gegründet) wurden, nach § 43 Abs. 2;

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

(2) und (3) ...

**Schlussbestimmungen zu Art. 5 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007  
(33. Novelle)**

**§ 319.** (1) Es treten in Kraft:

1. ...

2. mit dem nach § 675 Abs. 3 ASVG durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit festgestellten Zeitpunkt die §§ 14f Abs. 1 Z 1 und 2 in der Fassung der Z 2 und 4, 27 Abs. 1 Z 1 in der Fassung der Z 6 sowie 29 Abs. 1 in der Fassung der Z 8 und Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007.

(2) bis (7) ...

**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.



## Geltende Fassung

## Vorgeschlagene Fassung

### Artikel 5

### Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes

#### Aufgaben

§ 74. (1) Die Krankenversicherung trifft Vorsorge

1. für die Früherkennung von Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit;
2. bis 4. ...
5. für die Gesundheitsförderung.

(2) bis (5) ...

#### Gesundheitsförderung

§ 96b. (1) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat allgemein über Gesundheitsgefährdung und über die Verhütung von Krankheiten und Unfällen - ausgenommen Arbeitsunfälle - aufzuklären sowie darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten sowie Unfälle - ausgenommen Arbeitsunfälle - verhütet werden können.

(2) und (3) ...

#### Krankheitsverhütung

§ 101. (1) Zur Verhütung des Eintrittes und der Verbreitung von Krankheiten können als freiwillige Leistungen insbesondere gewährt werden:

1. und 2. ...
3. gesundheitliche Aufklärung der Versicherten und ihrer Angehörigen;

#### Aufgaben

§ 74. (1) Die Krankenversicherung trifft Vorsorge

1. für die evidenzbasierte Früherkennung von und Frühintervention bei Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit;
2. bis 4. ...
5. für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung (Salutogenese) und Prävention.

(2) bis (5) ...

#### Gesundheitsförderung und Prävention

§ 96b. (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.

(2) und (3) ...

#### Krankheitsverhütung

§ 101. (1) Zur Verhütung des Eintrittes und der Verbreitung von Krankheiten können als freiwillige Leistungen insbesondere gewährt werden:

1. und 2. ...
3. Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Versicherten und ihrer Angehörigen (Health Literacy);

### Geltende Fassung

4. ...  
(2) und (3) ...

#### Zustimmung der Kontrollversammlung

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

1. bis 7. ...
8. die Beschlussfassung über die Errichtung (Gründung) von oder die Beteiligung an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung und die Beschlussfassung über die Beteiligung von natürlichen oder juristischen Personen an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung, die vom Versicherungsträger errichtet (gegründet) wurden, nach § 41 Abs. 2.

- (2) und (3) ...

#### Schlussbestimmungen zu Art. 6 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007 (33. Novelle)

**§ 309.** (1) Es treten in Kraft:

1. ...
2. mit 1. Jänner 2014 die §§ 24 Abs. 1 in der Fassung der Z 2 sowie 26 Abs. 1 in der Fassung der Z 4 und Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007.

- (2) bis (7) ...

### Vorgeschlagene Fassung

4. ...  
(2) und (3) ...

#### Zustimmung der Kontrollversammlung

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

1. bis 7. ...
8. die Beschlussfassung über die Errichtung (Gründung) von oder die Beteiligung an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung und die Beschlussfassung über die Beteiligung von natürlichen oder juristischen Personen an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung, die vom Versicherungsträger errichtet (gegründet) wurden, nach § 41 Abs. 2;
9. der Abschluss von Landes-Zielsteuerungsverträgen nach dem Gesundheits-Zielsteuergesetz – G-ZG, BGBl. I Nr. xx/2013.

- (2) und (3) ...

#### Schlussbestimmungen zu Art. 6 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007 (33. Novelle)

**§ 309.** (1) Es treten in Kraft:

1. ...
2. mit dem nach § 675 Abs. 3 ASVG durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit festgestellten Zeitpunkt die §§ 24 Abs. 1 in der Fassung der Z 2 sowie 26 Abs. 1 in der Fassung der Z 4 und Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007.

- (2) bis (7) ...

#### 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.

## Geltende Fassung

## Vorgeschlagene Fassung

### Artikel 6

### Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes

#### Fassung ab 1.1.2014

##### Aufgaben

§ 51. (1) Die Krankenversicherung trifft Vorsorge

1. für die Früherkennung von Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit;
2. bis 4. ...
5. für die Gesundheitsförderung.

(2) bis (5) ...

##### Gesundheitsförderung

§ 65b. (1) Die Versicherungsanstalt als Träger der Krankenversicherung hat allgemein über Gesundheitsgefährdung und über die Verhütung von Krankheiten und Unfällen - ausgenommen Dienstunfälle - aufzuklären sowie darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten sowie Unfälle - ausgenommen Dienstunfälle - verhütet werden können.

(2) und (3) ...

##### Krankheitsverhütung

§ 72. (1) Zur Verhütung des Eintrittes und der Verbreitung von Krankheiten können als freiwillige Leistungen insbesondere gewährt werden:

1. und 2. ...
3. gesundheitliche Erziehung der Versicherten und ihrer Angehörigen;

##### Aufgaben

§ 51. (1) Die Krankenversicherung trifft Vorsorge

1. für die evidenzbasierte Früherkennung von und Frühintervention bei Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit;
2. bis 4. ...
5. für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung (Salutogenese) und Prävention.

(2) bis (5) ...

##### Gesundheitsförderung und Prävention

§ 65b. (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.

(2) und (3) ...

##### Krankheitsverhütung

§ 72. (1) Zur Verhütung des Eintrittes und der Verbreitung von Krankheiten können als freiwillige Leistungen insbesondere gewährt werden:

1. und 2. ...
3. Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Versicherten

**Geltende Fassung**

4. ...  
 (2) und (3) ...

**Zustimmung der Kontrollversammlung**

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

1. bis 7. ...  
 8. die Beschlussfassung über die Errichtung (Gründung) von oder die Beteiligung an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung und die Beschlussfassung über die Beteiligung von natürlichen oder juristischen Personen an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung, die von der Versicherungsanstalt errichtet (gegründet) wurden, nach § 27 Abs. 2.

- (2) und (3) ...

**Schlussbestimmungen zu Art. 7 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007 (34. Novelle)**

**§ 218.** (1) Es treten in Kraft:

1. ...  
 2. mit 1. Jänner 2014 die §§ 20 Abs. 1 in der Fassung der Z 2 und 22 Abs. 1 in der Fassung der Z 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007.

3. ...  
 (2) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

und ihrer Angehörigen (Health Literacy);

4. ...  
 (2) und (3) ...

**Zustimmung der Kontrollversammlung**

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

1. bis 7. ...  
 8. die Beschlussfassung über die Errichtung (Gründung) von oder die Beteiligung an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung und die Beschlussfassung über die Beteiligung von natürlichen oder juristischen Personen an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung, die von der Versicherungsanstalt errichtet (gegründet) wurden, nach § 27 Abs. 2;  
 9. der Abschluss von Landes-Zielsteuerungsverträgen nach den Gesundheits-Zielsteuergesetz – G-ZG, BGBl. I Nr. xx/2013.

- (2) und (3) ...

**Schlussbestimmungen zu Art. 7 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007 (34. Novelle)**

**§ 218.** (1) Es treten in Kraft:

1. ...  
 2. mit dem nach § 675 Abs. 3 ASVG durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit festgestellten Zeitpunkt die §§ 20 Abs. 1 in der Fassung der Z 2 und 22 Abs. 1 in der Fassung der Z 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007.

3. ...  
 (2) ...

**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

**Beziehungen der Träger zu den Landesgesundheitsfonds und dem Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ASVG in zwischenstaatlichen Fällen**

§ 7a. (1) Die den Landesgesundheitsfonds auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008 bis 2013 als Träger des Aufenthalts- oder Wohnortes entstehenden Kosten für eine Behandlung von Personen, die Leistungsansprüche nach der Verordnung oder einem Abkommen haben, werden gegenüber den zuständigen ausländischen Trägern im Wege der örtlich jeweils in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse geltend gemacht. Die Gebietskrankenkassen reichen diese Forderungen wie entsprechende eigene zwischenstaatliche Forderungen weiter und überweisen den Landesgesundheitsfonds die von den zuständigen ausländischen Trägern erstatteten Kosten, soweit Abs. 2 nichts anderes bestimmt, sobald diese bei ihnen eingelangt sind.

(2) bis (4) ...

**Beziehungen der Träger zu den Landesgesundheitsfonds und dem Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ASVG in zwischenstaatlichen Fällen**

§ 7a. (1) Die den Landesgesundheitsfonds auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ab dem Jahr 2008 als Träger des Aufenthalts- oder Wohnortes entstehenden Kosten für eine Behandlung von Personen, die Leistungsansprüche nach der Verordnung oder einem Abkommen haben, werden gegenüber den zuständigen ausländischen Trägern im Wege der örtlich jeweils in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse geltend gemacht. Die Gebietskrankenkassen reichen diese Forderungen wie entsprechende eigene zwischenstaatliche Forderungen weiter und überweisen den Landesgesundheitsfonds die von den zuständigen ausländischen Trägern erstatteten Kosten, soweit Abs. 2 nichts anderes bestimmt, sobald diese bei ihnen eingelangt sind.

(2) bis (4) ...

§ 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

**Kranken- und Pensionsversicherung für Arbeitslose**

§ 32. (1) bis (5) ...

(6) Abweichend von Abs. 1 beträgt der Beitrag zur Krankenversicherung in den Jahren 2005 bis 2007 7,5 vH und in den Jahren 2008 bis 2013 7,65 vH des Richtsatzes gemäß § 293 Abs. 1 lit. a sublit. bb ASVG.

§ 42. (1) bis (4) ...

**Kranken- und Pensionsversicherung für Arbeitslose**

§ 32. (1) bis (5) ...

(6) Abweichend von Abs. 1 beträgt der Beitrag zur Krankenversicherung in den Jahren 2005 bis 2007 7,5 vH und ab dem Jahr 2008 7,65 vH des Richtsatzes gemäß § 293 Abs. 1 lit. a sublit. bb ASVG.

§ 42. (1) bis (4) ...

**Geltende Fassung**

(5) Abweichend von Abs. 1 beträgt der Beitrag zur Krankenversicherung in den Jahren 2005 bis 2007 7,5 vH und in den Jahren 2008 bis 2013 7,65 vH der bezogenen Leistung.

(6) ...

**Inkrafttreten**

§ 79. (1) bis (131) ...

**Außerkräfttreten**

§ 80. (1) bis (14) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

(5) Abweichend von Abs. 1 beträgt der Beitrag zur Krankenversicherung in den Jahren 2005 bis 2007 7,5 vH und ab dem Jahr 2008 7,65 vH der bezogenen Leistung.

(6) ...

**Inkrafttreten**

§ 79. (1) bis (133) ...

(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.

**Außerkräfttreten**

§ 80. (1) bis (14) ...

(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****Krankenversicherung**

§ 7. (1) bis (3) ...

(4) Abweichend von Abs. 1 Z 2 beträgt der Beitrag zur Krankenversicherung in den Jahren 2005 bis 2007 7,5 vH und in den Jahren 2008 bis 2013 7,65 vH.

**Artikel V****Wirksamkeitsbeginn**

(1) bis (25) ...

**Krankenversicherung**

§ 7. (1) bis (3) ...

(4) Abweichend von Abs. 1 Z 2 beträgt der Beitrag zur Krankenversicherung in den Jahren 2005 bis 2007 7,5 vH und ab dem Jahr 2008 7,65 vH.

**Artikel V****Wirksamkeitsbeginn**

(1) bis (25) ...

(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.

## Geltende Fassung

## Vorgeschlagene Fassung

### Artikel 10

#### Änderung des Heeresversorgungsgesetzes

§ 99. (1) bis (14) ...

(15) Es treten in Kraft:

1. ...

2. mit 1. Jänner 2014 § 53 Abs. 1 in der Fassung der Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007

(16) und (17) ...

§ 99. (1) bis (14) ...

(15) Es treten in Kraft:

1. ...

2. mit dem nach § 675 Abs. 3 ASVG durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit festgestellten Zeitpunkt § 53 Abs. 1 in der Fassung der Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007

(16) und (17) ...

### Artikel 11

#### Änderung des Kriegsoferversorgungsgesetzes 1957

§ 115. (1) bis (11) ...

(12) Es treten in Kraft:

1. ...

2. mit 1. Jänner 2014 § 74 Abs. 1 in der Fassung der Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007.

(13) und (14) ...

§ 115. (1) bis (11) ...

(12) Es treten in Kraft:

1. ...

2. mit dem nach § 675 Abs. 3 ASVG durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit festgestellten Zeitpunkt § 74 Abs. 1 in der Fassung der Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007.

(13) und (14) ...

### Artikel 12

#### Änderung des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967

§ 39j. (1) bis (5) ...

(6) Ein Beitrag zur Krankenversicherung ist in den Jahren 2005 bis 2007 in der Höhe von 6,9 %, in den Jahren 2008 bis 2013 in der Höhe von 7,05 % und ab dem Jahr 2014 in der Höhe von 6,95 % des Aufwandes des Kinderbetreuungsgeldes nach KBGG, des Karenzgeldes und der Teilzeitbeihilfe

§ 39j. (1) bis (5) ...

(6) Ein Beitrag zur Krankenversicherung ist in den Jahren 2005 bis 2007 in der Höhe von 6,9 %, im Jahr 2008 in der Höhe von 7,05 % und ab dem nach § 675 Abs. 3 ASVG durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit festgestellten Zeitpunkt in der Höhe von 6,95 % des Aufwandes des

**Geltende Fassung**

nach dem Karenzgeldgesetz (KGG), BGBl. I Nr. 47/1997 in der Fassung BGBl. I Nr. 103/2001, des Karenzurlaubsgeldes nach dem Karenzurlaubsgeldgesetz, BGBl. Nr. 395/1974 in der Fassung BGBl. I Nr. 103/2001 sowie gleichartiger Leistungen nach Bundes- und Landesgesetzen aus Mitteln des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen zu tragen. Dieser Beitrag kann im Wege der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse bevorschusst werden. Die Endabrechnung ist jährlich im Nachhinein vorzunehmen und im Wege der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse abzurechnen.

(6a) bis (9) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

Kinderbetreuungsgeldes nach KBGG, des Karenzgeldes und der Teilzeitbeihilfe nach dem Karenzgeldgesetz (KGG), BGBl. I Nr. 47/1997 in der Fassung BGBl. I Nr. 103/2001, des Karenzurlaubsgeldes nach dem Karenzurlaubsgeldgesetz, BGBl. Nr. 395/1974 in der Fassung BGBl. I Nr. 103/2001 sowie gleichartiger Leistungen nach Bundes- und Landesgesetzen aus Mitteln des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen zu tragen. Dieser Beitrag kann im Wege der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse bevorschusst werden. Die Endabrechnung ist jährlich im Nachhinein vorzunehmen und im Wege der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse abzurechnen.

(6a) bis (9) ...

**Artikel 13****Änderung des Gesundheitsqualitätsgesetzes****Zielsetzung und Grundsätze**

§ 1. (1) Zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen ist systematische Qualitätsarbeit zu implementieren und zu intensivieren. Dazu ist ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem basierend auf den Prinzipien Patientinnen- und Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz nachhaltig zu entwickeln, umzusetzen und regelmäßig zu evaluieren. Dabei ist insbesondere die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der Patientinnen- und Patientensicherheit zu gewährleisten.

(2) Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat sicherzustellen, dass die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, zur Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend erfolgen. Dabei sind im Sinne des Qualitätssystems die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu berücksichtigen.

**Zielsetzung und Grundsätze**

§ 1. (1) Zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen ist systematische Qualitätsarbeit zu implementieren und zu intensivieren. 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) 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



**Geltende Fassung**

(3) Zum Zweck der Sicherstellung der in Abs. 1 und 2 festgeschriebenen Grundsätze hat die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen für eine entsprechende Abstimmung der am gesamtösterreichischen Qualitätssystem beteiligten Akteurinnen und Akteure Sorge zu tragen. Darüber hinaus hat die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen die bundesweite Koordinierung von Qualitätsmaßnahmen zum Zweck der nationalen und internationalen Vergleichbarkeit von Gesundheitsleistungen zu gewährleisten.

(4) ...

**Begriffsbestimmungen**

§ 2. Im Sinne dieses Bundesgesetzes bedeuten die Begriffe:

1. und 2. ...
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, als Koproduzentinnen und Koproduzenten an diesem Prozess der Verbesserung der Lebensqualität teilzunehmen.
4. bis 10. ...
11. "Gesundheitsleistung": Jede durch eine Angehörige oder einen Angehörigen eines gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufes am oder für den Menschen erbrachte Handlung, die der Förderung, Bewahrung, Wiederherstellung oder Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes dient.
12. ...
13. "Bundesqualitätsrichtlinien": Von der Bundesministerin/Vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen durch Verordnung erlassene und damit verbindlich gemachte Standards.
14. "Bundesqualitätsleitlinien": Von der Bundesministerin/Vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen als Orientierungshilfe empfohlene Standards.
15. bis 17. ...

**Vorgeschlagene Fassung**

berücksichtigen.

(3) Zum Zweck der Sicherstellung der in Abs. 1 und 2 festgeschriebenen Grundsätze hat die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit für eine entsprechende Abstimmung der am gesamtösterreichischen Qualitätssystem beteiligten Akteurinnen und Akteure Sorge zu tragen. Darüber hinaus hat die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit die bundesweite Koordinierung von Qualitätsmaßnahmen zum Zweck der nationalen und internationalen Vergleichbarkeit von Gesundheitsleistungen zu gewährleisten.

(4) ...

**Begriffsbestimmungen**

§ 2. Im Sinne dieses Bundesgesetzes bedeuten die Begriffe:

1. und 2. ...
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.
4. bis 10. ...
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.
12. ...
13. "Bundesqualitätsrichtlinien": Von der Bundesministerin/Vom Bundesminister für Gesundheit durch Verordnung erlassene und damit verbindlich gemachte Standards.
14. "Bundesqualitätsleitlinien": Von der Bundesministerin/Vom Bundesminister für Gesundheit als Orientierungshilfe empfohlene Standards.
15. bis 17. ...

**Geltende Fassung****Anwendungsbereich**

§ 3. (1) Die Bestimmungen dieses Gesetzes sind bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen, unabhängig von der Organisationsform der Leistungserbringerin/des Leistungserbringers einzuhalten. Die Gesundheitsleistungen müssen den auf Grund dieses Gesetzes geltenden Vorgaben und dem jeweiligen anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen entsprechen sowie in der fachlich gebotenen Qualität und in einem gesundheitsförderlichen Umfeld erbracht werden.

(2) ...

**Qualitätsstandards**

§ 4. (1) Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann die Entwicklung von Qualitätsstandards für die Erbringung

**Vorgeschlagene Fassung****Anwendungsbereich**

§ 3. (1) 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. Die Gesundheitsleistungen müssen den auf Grund dieses Gesetzes geltenden Vorgaben und dem jeweiligen anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen entsprechen sowie in der fachlich gebotenen Qualität und in einem gesundheitsförderlichen Umfeld erbracht werden.

(2) ...

(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.

**Qualitätsstandards**

§ 4. (1) Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit kann die Entwicklung von Qualitätsstandards für die Erbringung bestimmter

**Geltende Fassung**

bestimmter Gesundheitsleistungen unter Einbeziehung der jeweils Betroffenen, insbesondere der relevanten Gesundheitsberufe sowie der Patientinnen und Patienten, unterstützen.

(2) Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann im Zusammenhang mit der Erbringung von Gesundheitsleistungen Qualitätsstandards als Bundesqualitätsleitlinien empfehlen oder als Bundesqualitätsrichtlinien durch Verordnung erlassen, wobei insbesondere auf Folgendes zu achten ist:

1. Bundeseinheitlichkeit,
2. Bedachtnahme auf sektoren- und berufsübergreifende Vorgehensweise,
3. Patientinnen- und Patientenorientierung,
4. Grundprinzipien der Gesundheitsförderung,
5. Transparenz,
6. gegenwärtiger Stand des Wissens und der Erfahrung bezüglich der Effektivität und der Effizienz.

Die Bundesqualitätsstandards enthalten Vorgaben für eine oder mehrere der in § 5 genannten Dimensionen der Qualitätsarbeit (Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität). Zur Umsetzung der Bundesqualitätsrichtlinien kann der Bund neben verbindlichen Instrumenten auch unverbindliche Instrumente, die durch gleichwertige Maßnahmen – bei Nachweis der Erfüllung der Anforderungen – ersetzt werden können, vorsehen.

(3) ...

**Dimensionen der Qualitätsarbeit**

§ 5. (1) Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat dafür Sorge zu tragen, dass die Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen im Sinne einer systematischen Qualitätsarbeit Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigen. Dabei ist auf die Weiterentwicklung entsprechender Methodenarbeit sowie auf Melde- und Dokumentationsanforderungen Bedacht zu nehmen. Diese Vorgaben haben mit Bedacht auf internationale Entwicklungen zu erfolgen.

**Vorgeschlagene Fassung**

Gesundheitsleistungen unter Einbeziehung der jeweils Betroffenen, insbesondere der relevanten Gesundheitsberufe sowie der Patientinnen und Patienten, unterstützen.

(2) Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit kann im Zusammenhang mit der Erbringung von Gesundheitsleistungen Qualitätsstandards als Bundesqualitätsleitlinien empfehlen oder als Bundesqualitätsrichtlinien durch Verordnung erlassen, wobei insbesondere auf Folgendes zu achten ist:

1. Bundeseinheitlichkeit,
2. Bedachtnahme auf sektoren- und berufsübergreifende Vorgehensweise,
3. Patientinnen- und Patientenorientierung,
4. Grundprinzipien der Gesundheitsförderung,
5. Transparenz,
6. Stand der Wissenschaft und der Erfahrung bezüglich der Effektivität und der Effizienz.

Die Bundesqualitätsstandards enthalten Vorgaben für eine oder mehrere der in § 5 genannten Dimensionen der Qualitätsarbeit (Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität). Zur Umsetzung der Bundesqualitätsrichtlinien kann der Bund neben verbindlichen Instrumenten auch unverbindliche Instrumente, die durch gleichwertige Maßnahmen – bei Nachweis der Erfüllung der Anforderungen – ersetzt werden können, vorsehen.

(3) ...

**Dimensionen der Qualitätsarbeit**

§ 5. (1) Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit hat dafür Sorge zu tragen, dass die Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen im Sinne einer systematischen Qualitätsarbeit Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigen. 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 Dokumentationsanforderungen sowie internationale Entwicklungen zu erfolgen.

**Geltende Fassung**

(2) Im Bereich der Strukturqualität hat die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen verbindliche Strukturqualitätskriterien für die Erbringung von Gesundheitsleistungen zu entwickeln. Diese Strukturqualitätskriterien sind bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen einzuhalten, unabhängig davon, in welcher Organisationsform diese erbracht werden. Entsprechende Meldepflichten sind hierzu von der Bundesministerin/vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen festzulegen.

(3) Im Bereich der Prozessqualität hat die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen verbindliche Anforderungen zu entwickeln sowie Unterstützung durch die Zurverfügungstellung geeigneter Instrumente zu gewährleisten. Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat dafür Sorge zu tragen, dass Indikatoren zur Prozessqualität und Meldepflichten zu diesen Prozessqualitätsindikatoren festgelegt werden, unter anderem im Rahmen der österreichischen Qualitätsberichterstattung.

(4) Im Bereich der Ergebnisqualität hat die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen dafür Sorge zu tragen, dass Indikatoren und Referenzgrößen zur Ergebnisqualität und entsprechende Meldepflichten hierzu festgelegt werden, unter anderem im Rahmen der österreichischen Qualitätsberichterstattung.

**Qualitätsberichterstattung**

§ 6. (1) Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat im Hinblick auf den Aufbau, die Weiterentwicklung, die Sicherung und die Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems Vorgaben für den Aufbau einer bundeseinheitlichen, bundesländer-, berufs- und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung zu machen. Für die diesbezüglich erforderliche Dokumentation und Datenmeldung sind folgende Grundsätze einzuhalten:

1. bis 3. ...

(2) Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann durch Verordnung nähere Bestimmungen hinsichtlich der Dokumentation bzw. der Qualitätsberichterstattung festlegen. Dazu zählen insbesondere:

**Vorgeschlagene Fassung**

(2) Im Bereich der Strukturqualität hat die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen verbindliche Strukturqualitätskriterien für die Erbringung von Gesundheitsleistungen zu entwickeln. Diese Strukturqualitätskriterien sind bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen einzuhalten, unabhängig davon, in welcher Organisationsform diese erbracht werden. Entsprechende Meldepflichten sind hierzu von der Bundesministerin/vom Bundesminister für Gesundheit festzulegen.

(3) Im Bereich der Prozessqualität hat die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit verbindliche Anforderungen zu entwickeln sowie Unterstützung durch die Zurverfügungstellung geeigneter Instrumente zu gewährleisten. Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit hat dafür Sorge zu tragen, dass Indikatoren zur Prozessqualität und Meldepflichten zu diesen Prozessqualitätsindikatoren festgelegt werden, unter anderem im Rahmen der österreichischen Qualitätsberichterstattung.

(4) Im Bereich der Ergebnisqualität hat die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit dafür Sorge zu tragen, dass Indikatoren und Referenzgrößen zur Ergebnisqualität und entsprechende Meldepflichten hierzu festgelegt werden, unter anderem im Rahmen der österreichischen Qualitätsberichterstattung.

**Qualitätsberichterstattung**

§ 6. (1) Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit hat im Hinblick auf den Aufbau, die Weiterentwicklung, die Sicherung und die Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems Vorgaben für den Aufbau einer bundeseinheitlichen, bundesländer-, berufs- und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung zu machen. Insbesondere sind beginnend mit dem Jahr 2014 regelmäßige Berichte über die Ergebnisqualität im stationären und ambulanten Bereich zu erstellen. Für die diesbezüglich erforderliche Dokumentation und Datenmeldung sind folgende Grundsätze einzuhalten:

1. bis 3. ...

(2) Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit kann durch Verordnung nähere Bestimmungen hinsichtlich der Dokumentation bzw. der Qualitätsberichterstattung festlegen. Dazu zählen insbesondere:

**Geltende Fassung**

1. bis 4. ...

(3) Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat im Sinne der verstärkten Transparenz die Intensität der Mitwirkung der Akteurinnen und Akteure am österreichischen Qualitätssystem für die interessierte Öffentlichkeit in geeigneter Form bekannt zu machen. Sie/Er hat darüber hinaus dafür Sorge zu tragen, dass entsprechende Rückmeldesysteme an die zur Qualitätsberichterstattung Verpflichteten eingerichtet werden.

**Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen**

§ 7. Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann die Entwicklung von Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen im Bereich der Qualitätsarbeit unterstützen. Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann auch selbst Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen zur nachhaltigen Verbesserung bzw. Sicherstellung der Qualität von Gesundheitsleistungen setzen.

**Kontrolle**

§ 8. (1) Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat im Zusammenhang mit der Sicherung und Verbesserung der Qualität von Gesundheitsleistungen eine bundesweite Beobachtung und Kontrolle sicherzustellen. Diese umfasst jedenfalls

1. bis 3. ...

(2) Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat sicherzustellen, dass begleitende externe Kontrollen zur Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen erfolgen. Zu diesem Zweck haben die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen sowie die von ihr/ihm beauftragten Personen, Einrichtungen und Behörden das Recht, Auskünfte und Meldungen zu verlangen, in alle für die Qualitätsarbeit relevanten Unterlagen Einsicht zu nehmen, einschließlich der Datenqualität, und bei Bedarf Erhebungen vor Ort durchzuführen, soweit dies zur Wahrnehmung der ihr/ihm obliegenden Aufgaben erforderlich ist. Den Einsicht nehmenden Personen, Einrichtungen und Behörden sind Kopien der eingesehenen Unterlagen kostenlos zur Verfügung zu stellen. Sonstige Beobachtungs- und Kontrollpflichten bzw. –rechte auf Grund anderer Rechtsvorschriften bleiben davon unberührt.

**Vorgeschlagene Fassung**

1. bis 4. ...

(3) Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit hat im Sinne der Transparenz die Berichte über das österreichische Qualitätssystem in geeigneter Form zu veröffentlichen. Sie/Er hat darüber hinaus dafür Sorge zu tragen, dass entsprechende Rückmeldesysteme an die zur Qualitätsberichterstattung Verpflichteten eingerichtet werden.

**Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen**

§ 7. Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit kann die Entwicklung von Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen im Bereich der Qualitätsarbeit unterstützen. Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit kann auch selbst Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen zur nachhaltigen Verbesserung bzw. Sicherstellung der Qualität von Gesundheitsleistungen setzen.

**Kontrolle**

§ 8. (1) Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit hat im Zusammenhang mit der Sicherung und Verbesserung der Qualität von Gesundheitsleistungen eine bundesweite Beobachtung und Kontrolle sicherzustellen. Diese umfasst jedenfalls

1. bis 3. ...

(2) Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit hat sicherzustellen, dass begleitende externe Kontrollen zur Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen erfolgen. Zu diesem Zweck haben die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit sowie die von ihr/ihm beauftragten Personen, Einrichtungen und Behörden das Recht, Auskünfte und Meldungen zu verlangen, in alle für die Qualitätsarbeit relevanten Unterlagen Einsicht zu nehmen, einschließlich der Datenqualität, und bei Bedarf Erhebungen vor Ort durchzuführen, soweit dies zur Wahrnehmung der ihr/ihm obliegenden Aufgaben erforderlich ist. Den Einsicht nehmenden Personen, Einrichtungen und Behörden sind Kopien der eingesehenen Unterlagen kostenlos zur Verfügung zu stellen. Sonstige Beobachtungs- und Kontrollpflichten bzw. –rechte auf Grund anderer Rechtsvorschriften bleiben davon unberührt.

**Geltende Fassung****Unterstützung durch das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen**

§ 9. (1) Ein “Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen” ist einzurichten. Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann sich bei der Wahrnehmung ihrer/seiner Aufgaben auf Grund dieses Gesetzes dieses “Bundesinstitutes für Qualität im Gesundheitswesen” bedienen.

(2) Dieses Institut hat unter Bedachtnahme auf die Bundeseinheitlichkeit, die bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifende Vorgehensweise, die Patientinnen- und Patientenorientierung, die Transparenz, Effektivität, Effizienz und gemäß internationaler Standards insbesondere folgende Aufgaben wahrzunehmen:

1. ...
2. Überprüfung, Empfehlung sowie Erarbeitung von Qualitätsstandards, die von der Bundesministerin/vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen erlassen (Bundesqualitätsrichtlinien) oder als Orientierungshilfe (Bundesqualitätsleitlinie) empfohlen werden können;
3. Erstellung des jährlichen Qualitätsberichtes;
4. und 5. ...
6. Unterstützung der Bundesministerin/des Bundesministers für Gesundheit und Frauen bei der bundesweiten Koordinierung von Qualitätsmaßnahmen zum Zweck der nationalen und internationalen Vergleichbarkeit von Gesundheitsleistungen.

**Strafbestimmungen**

§ 10. (1) und (2) ...

(3) Wer die Kontrollrechte der Bundesministerin/des Bundesministers für Gesundheit und Frauen nach § 8 Abs. 2, zweiter und dritter Satz, oder der von ihr/ihm beauftragten Personen, Einrichtungen oder Behörden behindert, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Verwaltungsstrafe bis Euro 5.000,- - zu bestrafen, im Wiederholungsfall bis Euro 7.000,-.

(4) Von geahndeten Verwaltungsübertretungen ist die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen in Kenntnis zu setzen.

**Schluss- und In-Kraft-Tretensbestimmungen**

§ 11. (1) Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen betraut.

**Vorgeschlagene Fassung****Unterstützung durch das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen**

§ 9. (1) Ein “Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen” ist einzurichten. Die Bundesministerin/Der Bundesminister für Gesundheit kann sich bei der Wahrnehmung ihrer/seiner Aufgaben auf Grund dieses Gesetzes dieses “Bundesinstitutes für Qualität im Gesundheitswesen” bedienen.

(2) Dieses Institut hat unter Bedachtnahme auf die Bundeseinheitlichkeit, die bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifende Vorgehensweise, die Patientinnen- und Patientenorientierung, die Transparenz, Effektivität, Effizienz und gemäß internationaler Standards insbesondere folgende Aufgaben wahrzunehmen:

1. ...
2. Überprüfung, Empfehlung sowie Erarbeitung von Qualitätsstandards, die von der Bundesministerin/vom Bundesminister für Gesundheit erlassen (Bundesqualitätsrichtlinien) oder als Orientierungshilfe (Bundesqualitätsleitlinie) empfohlen werden können;
3. Erstellung von Qualitätsberichten;
4. und 5. ...
6. Unterstützung der Bundesministerin/des Bundesministers für Gesundheit bei der bundesweiten Koordinierung von Qualitätsmaßnahmen zum Zweck der nationalen und internationalen Vergleichbarkeit von Gesundheitsleistungen.

**Strafbestimmungen**

§ 10. (1) und (2) ...

(3) Wer die Kontrollrechte der Bundesministerin/des Bundesministers für Gesundheit nach § 8 Abs. 2, zweiter und dritter Satz, oder der von ihr/ihm beauftragten Personen, Einrichtungen oder Behörden behindert, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Verwaltungsstrafe bis Euro 5.000,- zu bestrafen, im Wiederholungsfall bis Euro 7.000,-.

(4) Von geahndeten Verwaltungsübertretungen ist die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit in Kenntnis zu setzen.

**Schluss- und In-Kraft-Tretensbestimmungen**

§ 11. (1) Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit betraut.

## Geltende Fassung

## Vorgeschlagene Fassung

### Artikel 14 Änderung des Ärztegesetzes 1998

#### Behandlung der Kranken und Betreuung der Gesunden

§ 49. (1) bis (2b) ...

(3) bis (5) ...

#### Eigener Wirkungsbereich

§ 117b. (1) Die Österreichische Ärztekammer ist berufen, im eigenen Wirkungsbereich insbesondere folgende Aufgaben wahrzunehmen:

1. bis 20. ...
21. Qualitätssicherung der ärztlichen Fort- und Weiterbildung, insbesondere durch
  - a) und b) ...
  - c) Organisation und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen, wobei auch Fortbildungsveranstaltungen über Arzneimittelökonomie gemeinsam mit gesetzlichen Krankenversicherungsträgern durchzuführen sind, sowie
  - d) Einrichtung, Organisation und Durchführung von strukturierten Weiterbildungen;

#### Behandlung der Kranken und Betreuung der Gesunden

§ 49. (1) bis (2b) ...

(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.

(3) bis (5) ...

#### Eigener Wirkungsbereich

§ 117b. (1) Die Österreichische Ärztekammer ist berufen, im eigenen Wirkungsbereich insbesondere folgende Aufgaben wahrzunehmen:

1. bis 20. ...
21. Qualitätssicherung der ärztlichen Fort- und Weiterbildung, insbesondere durch
  - a) und b) ...
  - c) Organisation und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen, wobei auch Fortbildungsveranstaltungen über Arzneimittelökonomie gemeinsam mit gesetzlichen Krankenversicherungsträgern durchzuführen sind,
  - d) Einrichtung, Organisation und Durchführung von strukturierten Weiterbildungen, sowie
  - e) eine zumindest alle zwei Jahre stattfindende und auf der Homepage der Österreichischen Ärztekammer zu veröffentliche Berichterstattung zur ärztlichen Fort- und Weiterbildung. Diese ist zu gliedern nach niedergelassenen und angestellten Ärzten, Fachgruppen

### **Geltende Fassung**

hierzu kann sich die Österreichische Ärztekammer auch der Österreichischen Akademie der Ärzte bedienen,

22. bis 24. ...

(2) ...

### **Übertragener Wirkungsbereich**

**§ 117c.** (1) Die Österreichische Ärztekammer hat im übertragenen Wirkungsbereich folgende Aufgaben wahrzunehmen:

1. bis 4. ...

5. Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung ausgenommen im Bereich der Fortbildung, im Hinblick auf überwiegende Interessen der Allgemeinheit durch

a) Erarbeitung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen zur Hebung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität,

b) bis d) ...

6. ...

(2) ...

### **Vorgeschlagene Fassung**

sowie Versorgungsregionen, wobei die Sicherstellung der Anonymität zu gewährleisten ist;

hierzu kann sich die Österreichische Ärztekammer auch der Österreichischen Akademie der Ärzte bedienen,

22. bis 24. ...

(2) ...

### **Übertragener Wirkungsbereich**

**§ 117c.** (1) Die Österreichische Ärztekammer hat im übertragenen Wirkungsbereich folgende Aufgaben wahrzunehmen:

1. bis 4. ...

5. Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung ausgenommen im Bereich der Fortbildung, im Hinblick auf überwiegende Interessen der Allgemeinheit durch

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,

b) bis d) ...

6. ...

(2) ...

### **Fortbildung und Qualität**



**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

**§ 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.

**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****Tochtergesellschaft****Tochtergesellschaften**

§ 5. (1) ...

§ 5. (1) ...

(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.

(2) ...

(2) ...

§ 14. (1) und (2) ...

§ 14. (1) und (2) ...

**Geltende Fassung**

(3) Die einzelnen Geschäftsbereiche der Gesellschaft sind in getrennten Rechnungskreisen darzustellen. Leistungen der Gesellschaft an die Tochtergesellschaft sind in einem gesonderten Rechnungskreis zu erfassen und in den Berichten gemäß Abs. 2 auszuweisen.

**Vorgeschlagene Fassung**

(3) Die einzelnen Geschäftsbereiche der Gesellschaft sind in getrennten Rechnungskreisen darzustellen. Leistungen der Gesellschaft an die Tochtergesellschaften sind in einem gesonderten Rechnungskreis zu erfassen und in den Berichten gemäß Abs. 2 auszuweisen.

**Artikel 16****Änderung des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetzes****Aufgaben des PRIKRAF**

§ 2. (1) Der PRIKRAF hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. und 2. ...
3. Sonstige Aufgaben, die dem PRIKRAF durch Gesetze und Verordnungen übertragen werden.

(2) ...

**Verfahrensbestimmungen**

§ 21. (1) Auf das Verfahren vor der Schiedskommission ist das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 - AVG, BGBl. Nr. 51 anzuwenden.

(2) bis (6) ...

(7) Die Entscheidungen der Schiedskommission unterliegen weder der Aufhebung noch der Abänderung im Verwaltungsweg.

**In-Kraft-Tretens- und Übergangsbestimmung**

§ 24. (1) Das Gesetz tritt mit 1. Jänner 2005 in und mit 31. Dezember 2013 außer Kraft. Der PRIKRAF hat jedenfalls die Verpflichtungen, die vor und während der Geltungsdauer dieses Gesetzes entstanden sind, auch nach dem 31. Dezember 2013 zu erfüllen.

(2) und (3) ...

**Aufgaben des PRIKRAF**

§ 2. (1) Der PRIKRAF hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. und 2. ...
3. Die Festlegung von Qualitätskriterien sowie die Mitwirkung an der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben und die Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung.
4. Sonstige Aufgaben, die dem PRIKRAF durch Gesetze und Verordnungen übertragen werden.

(2) ...

**Verfahrensbestimmungen**

§ 21.

(2) bis (6) ...

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

**In-Kraft-Tretens- und Übergangsbestimmung**

§ 24. (1) Das Gesetz tritt mit 1. Jänner 2005 in und mit dem durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit gemäß § 675 Abs. 3 ASVG festgestellten Zeitpunkt außer Kraft. Der PRIKRAF hat jedenfalls die Verpflichtungen, die vor und während der Geltungsdauer dieses Gesetzes entstanden sind, auch nach dem Außerkrafttreten dieses Gesetzes zu erfüllen.

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

(2) und (3) ...

**Artikel 17**

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

§ 1. Das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen bildet die den datenschutzrechtlichen Bestimmungen entsprechende rechtliche Grundlage für die Dokumentation von gesundheitsbezogenen Daten im intra- und extramuralen ambulanten und im stationären Versorgungsbereich sowie für die Verarbeitung der Daten von Pflegelingen 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 Leistungsverschiebungen,
2. für die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden, sektorenübergreifenden österreichischen Qualitätssystems insbesondere im Bereich der Ergebnisqualität, insbesondere zur Umsetzung von § 7 Abs. 2 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, 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.

**Geltende Fassung**

**§ 1.** (1) Die Träger von Krankenanstalten haben nach der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), in einer vom Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herauszugebenden Fassung, die Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Pflinglinge originär zu erfassen.

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

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

(2) und (3) ...

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

1. und 2. ...

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

**Vorgeschlagene Fassung**

**§ 1a.** (1) Die Träger von Krankenanstalten haben nach der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), in einer vom Bundesminister für Gesundheit unter Anpassung an den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft herauszugebenden Fassung, die Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Pflinglinge originär zu erfassen.

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

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

(2) und (3) ...

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

1. und 2. ...

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.

**§ 3.** (1) Die dem Landeshauptmann gemäß § 2 Abs. 2 vorzulegenden Diagnosen- und Leistungsberichte sind vom Landeshauptmann auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen, allenfalls richtigzustellen und von diesem gemeinsam mit den Berichten gemäß § 7 des Hauptstückes C dem Bundesminister für Gesundheit bis 31. Mai jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr in maschinenlesbarer Form vorzulegen. In diesem Bericht ist die Aufnahmezahl gemäß § 2 Abs. 4 Z 1 lit. b durch eine aus dieser durch Einweg-

**Geltende Fassung**

Prüfung dieser Daten ist zulässig.

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

1. und 2. ...

(3) ...

§ 4. Der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen hat durch Verordnung nähere Bestimmungen über die Art der von den Trägern der Krankenanstalten sowie von den Ländern (Landesgesundheitsfonds) vorzunehmenden Datenübermittlung sowie über die Gliederung der Merkmale der im § 2 Abs. 4 genannten Daten und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung zu erlassen.

**Vorgeschlagene Fassung**

Ableitung gebildete nicht rückrechenbare Datensatz-ID und das Geburtsdatum gemäß § 2 Abs. 4 Z 1 lit. d durch Altersgruppen zu ersetzen. Die Einbindung der Landesgesundheitsfonds in diese Datenübermittlung und die Prüfung dieser Daten ist zulässig.

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

1. und 2. ...

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.

(3) ...

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

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

zu erlassen.

**Geltende Fassung**

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

**Vorgeschlagene Fassung**

(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 Personenkennzeichen 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.

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

### Geltende Fassung

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

### Vorgeschlagene Fassung

auszuschließen.

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

**§ 5a.** (1) Der Hauptverband als Dienstleister des Bundesministers für Gesundheit hat im Wege der bei ihm eingerichteten Pseudonymisierungsstelle (gemäß § 31 Abs. 4 Z 10 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, 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

**Geltende Fassung**

§ 6. (1) bis (3) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

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.

**§ 6.** (1) bis (3) ...

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

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



## Geltende Fassung

## Vorgeschlagene Fassung

- c) Berufssitz (Postleitzahl bzw. Gemeindegrenznummer),
  - 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.

**§ 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)

**Geltende Fassung****Vorgeschlagene Fassung**

- a) aus dem Fremd-bPK GHGD der/des Leistungsempfängerin/Leistungsempfängers ein nicht rückrechenbares Pseudonym und
- b) aus der eindeutigen Vertragspartnerkennung ein nicht rückrechenbares Pseudonym der Leistungserbringerin/Leistungserbringer aus dem ambulanten extramuralen Bereich

zu generieren.

3. Der Hauptverband hat weiters

- 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
- c) für den intramuralen ambulanten Bereich aus der Aufnahmezahl durch Einweg-Ableitung eine nicht rückrechenbare Datensatz-ID

zu generieren und zu verschlüsseln.

(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.

## Geltende Fassung

§ 7. (1) Die Träger von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, haben Statistikdaten über ihre Krankenanstalten und deren Kostenstellen, die das beschäftigte Personal (gegliedert nach Gruppen), die medizinisch-technische Ausstattung, die Gebarung und weitere Leistungsdaten betreffen sowie die Sammel-Kostennachweise der Krankenanstalten und Kostennachweise der Kostenstellen - gegliedert nach Kostenartengruppen und Kostenarten - und weiters die erforderlichen Daten für einen kalkulatorischen Anhang jährlich zu erfassen.

(2) Dem Landeshauptmann sind von den Trägern der Krankenanstalten gemäß Abs. 1 für das vorangegangene Kalenderjahr die Statistikdaten über die Krankenanstalten und deren Kostenstellen, die Kostenstellenpläne, die Sammel-

## Vorgeschlagene Fassung

§ 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 Abrechnungsnummer

zu erlassen.

§ 7. (1) Die Träger von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, haben Statistikdaten über ihre Krankenanstalten und deren Kostenstellen, die das beschäftigte Personal (gegliedert nach Gruppen), die medizinisch-technische Ausstattung und weitere Leistungsdaten betreffen sowie die Sammel-Kostennachweise der Krankenanstalten und Kostennachweise der Kostenstellen - gegliedert nach Kostenartengruppen und Kostenarten - und weiters die erforderlichen Daten für einen kalkulatorischen Anhang sowie Daten zum Rechnungsabschluss jährlich zu erfassen.

(2) Dem Landeshauptmann sind von den Trägern der Krankenanstalten gemäß Abs. 1 für das vorangegangene Kalenderjahr die Statistikdaten über die Krankenanstalten und deren Kostenstellen, die Kostenstellenpläne, die Sammel-

**Geltende Fassung**

Kostennachweise der Krankenanstalten - gegliedert nach Kostenartengruppen und Kostenarten -, die Kostennachweise der Kostenstellen - gegliedert nach Kostenartengruppen - sowie die Daten zum kalkulatorischen Anhang auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft gemeinsam mit dem Bericht gemäß § 2 Abs. 2 des Hauptstückes A bis 30. April jeden Jahres in maschinenlesbarer Form zu melden. Auf Verlangen des Bundesministers für Gesundheit und Frauen sind dem Landeshauptmann weiters auch die Kostennachweise von Kostenstellen - gegliedert nach Kostenarten -, Kostenstellenbeschreibungen und ausgewählte Kostenarten des Sammel-Kostennachweises auch auf tieferen Gliederungsebenen zu melden. Der Landeshauptmann hat die ihm gemeldeten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen, allenfalls richtigzustellen und gemeinsam mit dem Bericht gemäß § 2 Abs. 2 des Hauptstückes A dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen bis 31. Mai jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr in maschinenlesbarer Form vorzulegen. Die Einbindung der Landesgesundheitsfonds in diese Datenübermittlung und die Prüfung dieser Daten ist zulässig.

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

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

§ 8. (1) Die Träger von Krankenanstalten, die nicht unter die Bestimmungen

**Vorgeschlagene Fassung**

Kostennachweise der Krankenanstalten - gegliedert nach Kostenartengruppen und Kostenarten -, die Kostennachweise der Kostenstellen - gegliedert nach Kostenartengruppen - sowie die Daten zum kalkulatorischen Anhang auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft gemeinsam mit dem Bericht gemäß § 2 Abs. 2 des Hauptstückes A bis 30. April jeden Jahres in maschinenlesbarer Form zu melden. Auf Verlangen des Bundesministers für Gesundheit sind dem Landeshauptmann weiters auch die Kostennachweise von Kostenstellen - gegliedert nach Kostenarten -, Kostenstellenbeschreibungen und ausgewählte Kostenarten des Sammel-Kostennachweises auch auf tieferen Gliederungsebenen zu melden. Der Landeshauptmann hat die ihm gemeldeten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen, allenfalls richtigzustellen und gemeinsam mit dem Bericht gemäß § 2 Abs. 2 des Hauptstückes A dem Bundesminister für Gesundheit bis 31. Mai jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr in maschinenlesbarer Form vorzulegen. Die Einbindung der Landesgesundheitsfonds in diese Datenübermittlung und die Prüfung dieser Daten ist zulässig.

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

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

§ 8. (1) Die Träger von Krankenanstalten, die nicht unter die Bestimmungen

**Geltende Fassung**

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

(2) Der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen hat durch Verordnung nähere Bestimmungen über die zu erfassenden und zu meldenden Statistikdaten sowie über die Art der von den Trägern der Krankenanstalten vorzunehmenden Datenübermittlung und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung zu erlassen.

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

**§ 9.** (1) und (2) ...

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

**§ 12.** (1) ...

(2) Die §§ 2 und 3, § 5 Abs. 1, die §§ 7 und 8 sowie der § 10 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 144/2003 treten mit 1. Jänner 2004 in Kraft und sind erstmals auf die für das Jahr 2004 im Jahr 2005 an den Bundesminister für Gesundheit und Frauen zu legenden Berichte anzuwenden. Auf die im Jahr 2004 über das Jahr 2003 und auf die im Jahr 2004 gemäß § 3 Abs. 2 zu legenden Berichte sind die §§ 2 und 3, § 5 Abs. 1, die §§ 7 und 8 sowie der § 10 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001 anzuwenden.

(3) ...

**Vorgeschlagene Fassung**

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

(2) Der Bundesminister für Gesundheit hat durch Verordnung nähere Bestimmungen über die zu erfassenden und zu meldenden Statistikdaten sowie über die Art der von den Trägern der Krankenanstalten vorzunehmenden Datenübermittlung und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung zu erlassen.

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

**§ 9.** (1) und (2) ...

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

**§ 12.** (1) ...

(2) Die §§ 2 und 3, § 5 Abs. 1, die §§ 7 und 8 sowie der § 10 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 144/2003 treten mit 1. Jänner 2004 in Kraft und sind erstmals auf die für das Jahr 2004 im Jahr 2005 an den Bundesminister für Gesundheit zu legenden Berichte anzuwenden. Auf die im Jahr 2004 über das Jahr 2003 und auf die im Jahr 2004 gemäß § 3 Abs. 2 zu legenden Berichte sind die §§ 2 und 3, § 5 Abs. 1, die §§ 7 und 8 sowie der § 10 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001 anzuwenden.

(3) ...

(4) Die §§ 6 bis 6g in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2013

### **Geltende Fassung**

**§ 13.** Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen betraut.

### **Vorgeschlagene Fassung**

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.

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