

Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Primärversorgungsgesetz, das Ärztegesetz 1998, das Zahnärztegesetz, das Gesundheitstelematikgesetz, das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, das Apothekengesetz, das Suchtmittelgesetz, das Rezeptpflichtgesetz, das Gesundheitsqualitätsgesetz und das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH geändert werden (Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 – VUG 2024)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Inhaltsverzeichnis

Art. Gegenstand / Bezeichnung

- 1 Änderung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes
- 2 Änderung des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes
- 3 Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes
- 4 Änderung des Primärversorgungsgesetzes
- 5 Änderung des Ärztegesetzes 1998
- 6 Änderung des Zahnärztegesetzes
- 7 Änderung des Gesundheitstelematikgesetzes
- 8 Änderung des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen
- 9 Änderung des Apothekengesetzes
- 10 Änderung des Suchtmittelgesetzes
- 11 Änderung des Rezeptpflichtgesetzes
- 12 Änderung des Gesundheitsqualitätsgesetzes
- 13 Änderung des Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH

Artikel 1

Änderung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes

Das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I Nr. 26/2017, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 146/2023, wird wie folgt geändert:

1. Das Inhaltsverzeichnis lautet:

„Inhaltsverzeichnis

Paragraf	Gegenstand / Bezeichnung
	1. Abschnitt
	Allgemeine Bestimmungen
§ 1.	Gegenstand
§ 2.	Geltungsbereich
§ 3.	Begriffsbestimmungen

2. Abschnitt **Gesundheitspolitische Grundsätze**

- § 4. Gesundheitsziele Österreich, Gesundheit in allen Politikfeldern und Public Health-Orientierung
- § 5. Prinzipien der Zielsteuerung-Gesundheit
- § 6. Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung-Gesundheit
- § 7. Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen
- § 8. Patientenorientierung und Transparenzmachung von Qualitätsinformationen
- § 9. Stärkung zielgerichteter und abgestimmter Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz
- § 9a Verwendung zusätzlicher Mittel für Digitalisierung/eHealth, Gesundheitsförderung und Impfen

3. Abschnitt **Aufbau und Ablauf der Zielsteuerung-Gesundheit**

- § 10. Mehrstufigkeit des Zielsteuerungsprozesses
- § 11. Plattform zur gemeinsamen Sekundärnutzung von Daten aus dem Gesundheitsbereich

4. Abschnitt **Konkretisierung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit**

- § 12. Ausrichtung der Zielsteuerung-Gesundheit
- § 13. Steuerungsbereich Ergebnisorientierung
- § 14. Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen
- § 15. Steuerungsbereich Versorgungsprozesse

5. Abschnitt **Festlegung der Finanzzielsteuerung**

- § 16. Finanzzielsteuerung – allgemeine Bestimmungen
- § 17. Inhalt und Gegenstand der Finanzzielsteuerung

6. Abschnitt **Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur**

- § 18. Grundsätze der Planung
- § 19. Österreichischer Strukturplan Gesundheit und Regionale Strukturpläne Gesundheit
- § 20. Inhalte des ÖSG
- § 21. Inhalte des RSG
- § 22. Kundmachung des ÖSG und der RSG
- § 23. Verbindlichkeitserklärung von Inhalten des ÖSG und der RSG
- § 24. Landeskrankenanstaltenpläne
- § 24a Versorgungspläne für den niedergelassenen Bereich

7. Abschnitt **Entscheidungsstrukturen und -organisation**

- § 25. Organisation der Bundesgesundheitsagentur (gemäß § 56a des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten)
- § 26. Bundes-Zielsteuerungskommission
- § 27. Ständiger Koordinierungsausschuss
- § 28. Mitwirkung des Bundes in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds
- § 29. Mitwirkung der gesetzlichen Krankenversicherung in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds
- § 30. Bundesgesundheitskommission

8. Abschnitt **Festlegungen zum Monitoring und Berichtswesen**

- § 31. Durchführung eines Monitorings und Berichtswesens
- § 32. Ablauf des Monitorings
- § 33. Detailregelungen zum Monitoring und Berichtswesen

9. Abschnitt **Regelungen zum Sanktionsmechanismus**

- § 34. Allgemeines

- § 35. Regelungen bei Nicht-Erreichung von festgelegten Zielen
- § 36. Regelungen bei Verstößen gegen die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, den Zielsteuerungsvertrag oder die mehrjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen
- § 37. Regelungen bei Nicht-Zustandekommen des Zielsteuerungsvertrages oder der mehrjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen
- § 38. Schlichtungsverfahren für Streitigkeiten aus dem Zielsteuerungsvertrag oder den mehrjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit

10. Abschnitt

Schluss- und Übergangsbestimmungen

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

2. § 2 lautet:

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

3. § 3 lautet:

„§ 3. Im Sinne dieses Bundesgesetzes bedeuten die Begriffe:

1. **„Ambulanter Bereich“**: Die ambulante Gesundheitsversorgung (insbesondere ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen im Sinne des SV-Rechts) im niedergelassenen Bereich, in selbstständigen Ambulatorien und in Spitalsambulanzen.
2. **„Ambulanter Bereich der Sachleistung“**: Der ambulante Bereich der Sachleistung umfasst niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte und Zahnärztinnen bzw. Zahnärzte mit Kassenverträgen, Gruppenpraxen mit Kassenverträgen, Primärversorgungseinheiten und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger und Spitalsambulanzen.
3. **„Ambulante Fachversorgung“**: Die ambulante Fachversorgung umfasst ambulante Leistungserbringung aus den Fachbereichen. Die Fachbereiche orientieren sich an der Systematik der Sonderfächer gemäß Ärzteausbildungsordnung (ÄAO 2015) und schließen auch andere Gesundheitsberufe mit ein.
4. **„Best point of service“**: Die kurative Versorgung ist jeweils zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig zu erbringen.
5. **„eHealth“**: die kosteneffiziente und sichere Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Unterstützung der Gesundheit und gesundheitsnahen Bereichen einschließlich Gesundheitsdienstleistungen, Gesundheitsüberwachung sowie gesundheitlicher Aufklärung, Bildung und Forschung.
6. **„Gesundheitsförderung“**: Gesundheitsförderung gestaltet über das Gesundheitswesen hinaus Rahmenbedingungen und Verhältnisse, die die Menschen dabei unterstützen, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit zu verbessern (allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt, Klima, Landwirtschaft und Lebensmittelproduktion, Bildung, Arbeitsumfeld, Lebens- und Arbeitsbedingungen, Arbeitslosigkeit, Wasser und sanitäre Anlagen, Gesundheitsversorgung, Wohnverhältnisse, soziale und kommunale Netzwerke, Faktoren individueller Lebensweisen, Alter, Geschlecht und Erbanlagen, etc.). Gesundheitsförderung kann Behandlungs- und Pflegebedarf verzögern und ist Teil eines umfassenden Gesundheitssystems.
7. **„Gesundheitskompetenz“**: Gesundheitskompetenz ist verknüpft mit allgemeiner Bildung und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen Gesundheitsförderung (zur Erhaltung und Stärkung der Gesundheit), Prävention (zur Vorbeugung von Beschwerden oder Erkrankungen) und Krankenversorgung (bei bestehenden Beschwerden oder Erkrankungen) Entscheidungen treffen zu können, die zur

Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit während des gesamten Lebensverlaufs beitragen. Gesundheitskompetenz ist einerseits eine Frage der persönlichen Fähigkeiten, hängt aber andererseits von den Anforderungen der Umgebung an diese Fähigkeiten ab.

8. **„Gesundheitstelematik-Infrastruktur (GTI)“**: Gesamtheit der Komponenten der Informatik und Telekommunikation, die zur Verarbeitung von genetischen Daten gemäß Art. 4 Z 13 DSGVO, biometrische Daten gemäß Art. 4 Z 14 DSGVO und Gesundheitsdaten gemäß Art. 4 Z 15 DSGVO in digitaler Form genutzt werden.
9. **„Primärdaten“**: sämtliche bei den Verantwortlichen des Gesundheits- oder Sozialbereichs (Art. 9 Abs. 2 Buchstabe h DSGVO) vorhandenen personenbezogenen und nichtpersonenbezogenen Gesundheitsdaten (Daten aus dem extra- und intramuralen Bereich) sowie die in der
 - a) Todesursachenstatistik,
 - b) Bildungsstatistik und
 - c) Krebsstatistikenthaltenen personenbezogenen und nichtpersonenbezogenen Daten.
10. **„Health in all Policies (Gesundheit in allen Politikfeldern)“**: Durch verstärktes Berücksichtigen des Themas Gesundheit und der Gesundheitsdeterminanten in anderen als den unmittelbar dafür zuständigen politischen Sektoren soll die Gesundheit der Bevölkerung wirksam und nachhaltig gefördert werden.
11. **„Health Technology Assessment (HTA)“**: Prozess zur systematischen Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren und Hilfsmittel, aber auch Organisationsstrukturen, in denen medizinische Leistungen erbracht werden. Untersucht werden dabei Kriterien wie Wirksamkeit, Sicherheit und Kosten, jeweils unter Berücksichtigung sozialer, rechtlicher und ethischer Aspekte.
12. **„Integrative Versorgungsplanung“**: Es werden alle Elemente des Versorgungssystems sowie deren Beziehungen und Wechselwirkungen gleichzeitig in eine Gesamtschau einbezogen. Damit wird die herkömmliche isolierte Analyse und Planung einzelner Systemelemente (z. B. Krankenanstalten) ohne Berücksichtigung der Auswirkungen auf andere Elemente abgelöst.
13. **„Integrierte Versorgung“**: Darunter wird eine patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende, interdisziplinäre und/oder multiprofessionelle und nach standardisierten Versorgungskonzepten ausgerichtete Versorgung verstanden.
14. **„Interdisziplinäre Versorgungsmodelle“**: Zusammenarbeit von Ärztinnen/Ärzten unterschiedlicher Fachbereiche (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Gynäkologie, Labor, Radiologie etc.) sowie von nicht-ärztlichen Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbietern (diplomiertes Pflegepersonal, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, etc.) in Gruppenpraxen oder selbstständigen Ambulatorien sowie ggf. in weiter zu entwickelnden Organisationsformen.
15. **„öffentliche Gesundheitstelematik-Infrastruktur (ö. GTI)“**: Gesundheitstelematik-Infrastruktur, die unter eigener Verantwortung bzw. im Auftrag von Körperschaften öffentlichen Rechts errichtet oder betrieben wird.
16. **„Primärversorgung (Primary Health Care)“**: Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.
17. **„Public Health“**: Schaffung von gesellschaftlichen Bedingungen, Umweltbedingungen und Bedingungen einer bedarfsgerechten sowie effektiven und effizienten gesundheitlichen Versorgung unter denen Bevölkerungsgruppen gesund leben können.
18. **„Zielsteuerungsübereinkommen auf Landesebene“**: die von Land und gesetzlicher Krankenversicherung beschlossenen Übereinkommen zur gemeinsamen Umsetzung der Zielsteuerung-Gesundheit, wobei für die Streitigkeiten der Zielsteuerungspartner auf Landesebene ausschließlich das Regime des 9. Abschnitts zur Verfügung steht.
19. **„Zielsteuerungsverträge“**: die von Bund, Ländern und gesetzlicher Krankenversicherung abgeschlossenen privatrechtlichen Verträge zur gemeinsamen Umsetzung der Zielsteuerung-Gesundheit, wobei für die Streitigkeiten der Vertragspartner ausschließlich das Regime des 9. Abschnitts zur Verfügung steht.“

4. Die Überschrift zu § 4 lautet:

„Gesundheitsziele Österreich, Gesundheit in allen Politikfeldern und Public Health-Orientierung“

5. § 4 Abs. 1 lautet:

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

6. § 5 Abs. 2 lautet:

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

1. Digital vor ambulant vor stationär,
2. Gewährleistung eines ausgeweiteten Zugangs zu Gesundheitsförderung und Prävention für die gesamte Bevölkerung und Stärkung der Gesundheitskompetenz,
3. Sicherstellung einer für die gesamte Bevölkerung zugänglichen und nachhaltigen Sachleistungsversorgung,
4. Ausbau des ambulanten, insbesondere niedergelassenen Bereichs, vorrangig in multiprofessionellen Versorgungsformen,
5. auf allen Versorgungsebenen ist der Einrichtung von multiprofessionellen und integrativen Versorgungsformen Vorrang gegenüber Einzelleistungserbringern zu geben,
6. Versorgung am „Best Point of Service“,
7. bevölkerungs- und patientenorientierte Qualität im Gesundheitswesen,
8. Sicherstellung einer integrierten Versorgung von chronisch erkrankten Menschen,
9. stärkere Berücksichtigung von Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen und
10. die verbindliche Zusage zur aktiven Zusammenarbeit und wechselseitigen Unterstützung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung bei der Umsetzung der gemeinsam vereinbarten Ziele.“

7. § 6 Abs. 1 Z 2 lautet:

- „2. bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zur Sicherstellung des niederschweligen Zugangs zu und der Verfügbarkeit der erforderlichen Leistungen durch
- a. Forcierung der Digitalisierung im Gesundheitswesen gemäß dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“,
 - b. quantitativer Ausbau der Versorgung im ambulanten und insbesondere niedergelassenen Bereich vorrangig in vergemeinschafteten Formen wie PVE sowie weiterer Angebote,
 - c. qualitative Stärkung der Sachleistungsversorgung im niedergelassenen Bereich durch die Herstellung verbindlicher, moderner und einheitlicher Leistungskataloge je Träger und eines bundesweit einheitlichen Gesamtvertrages der Österreichischen Gesundheitskasse samt harmonisierter Honorierung,
 - d. weitere Forcierung der Ambulantisierung bislang (akut-)stationärer Leistungen und
 - e. weitere Bündelung von selten und/oder spitzenmedizinisch erbrachten Leistungen zur Sicherstellung der Versorgungsqualität,“

8. § 6 Abs. 1 Z 5 lautet:

„5. Stärkung des Sachleistungsprinzips in allen Bereichen.“

9. § 6 Abs. 2 lautet:

„(2) Die Zielsteuerung-Gesundheit umfasst insbesondere folgende Handlungsfelder:

1. Sicherstellung von zeitlich, inhaltlich und örtlich koordinierten Behandlungsabläufen im Rahmen der Sachleistungsversorgung sowohl bei chronischen Erkrankungen (integrierte Versorgung sowie Disease-Management-Programme mit Primärversorgung als Koordinationsstelle) als auch in der Akutversorgung (1450 als Koordinator).
2. Schaffung rechtlicher Voraussetzungen für die Umsetzung der Digitalisierung sowie Ausbau der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur.
3. Die Leistungserbringung ist insbesondere im ambulanten Bereich bedarfsgerecht weiter zu entwickeln und hinsichtlich der Leistungsangebote (Spitalsambulanzen, selbstständige

Ambulatorien sowie niedergelassener Bereich) aufeinander abzustimmen und festzulegen. Darüber hinaus sind auf der Grundlage von objektiven Bewertungen unter Berücksichtigung bestehender Auslastungen Leistungsverlagerungen in Richtung effizienterer Strukturalternativen vorzunehmen und ineffiziente Strukturen zu reduzieren. Parallelstrukturen – v. a. ambulante Facharztversorgung im niedergelassenen und spitalsambulanten Bereich – sind abzubauen. Der stationäre Bereich in den Akutkrankenanstalten ist durch medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen bzw. ambulanten Bereich zu entlasten.

4. Umsetzung einer verbindlichen regionalen Strukturplanung und Festlegung von Versorgungsaufträgen in den RSG, einschließlich der dafür notwendigen gesetzlichen Grundlagen.
5. Schaffung einheitlicher telemedizinischer sowie Terminbuchungs-Systeme zur Patientinnen-/Patientensteuerung hin zum „Best Point of Service“ im Rahmen von 1450 (u.a. zur Reduzierung von Wartezeiten).
6. Das für die Versorgung der Bevölkerung erforderliche Gesundheitspersonal ist sicherzustellen, bei gleichzeitiger Neuausrichtung der Aufgabenteilung im Hinblick auf die Aufgabenprofile der Gesundheitsberufe und bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung einer hohen Behandlungsqualität.
7. Weiterentwicklung einer bedarfsorientierten und soweit möglich datengestützten Qualitätssicherung im Gesundheitswesen sowie Veröffentlichung der Ergebnisse.
8. Finanzierungs- und Honorierungssysteme sind stärker am Versorgungsbedarf auszurichten und so zu gestalten, dass die Ziele der Zielsteuerung-Gesundheit (insbesondere Versorgung am „Best Point of Service“) und die Anforderungen an die Versorgungsformen unterstützt werden.
9. Optimierung des Ressourceneinsatzes durch Prüfung und Hebung von Effizienzpotentialen beispielsweise im Rahmen von „spending reviews“ im Gesundheitsbereich, insbesondere durch Betrachtung der Kostenwirksamkeit und Nachhaltigkeit bestehender öffentlicher Gesundheitsmaßnahmen im intramuralen und extramuralen Bereich.“

10. § 7 Abs. 1 lautet:

„(1) Das Gesundheitsqualitätsgesetz, BGBl. I Nr. 179/2004, in der jeweils geltenden Fassung, sowie die zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung vereinbarte Qualitätsstrategie in der jeweils aktuellen Fassung bilden die Grundlagen der Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen. Die Qualitätsarbeit hat die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen, wobei diese Ebenen in einem direkten und ausgewogenen Verhältnis zu einander zu stehen haben. Die Weiterentwicklung, die Sicherung und Evaluierung des flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems haben bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsgruppenübergreifend, insbesondere auch einschließlich des ambulanten Bereichs zu erfolgen. Die Qualitätssicherung und -kontrolle im Gesundheitswesen wird unabhängig und sektorenübergreifend umgesetzt und wird im jeweiligen Wirkungsbereich bestmöglich unterstützt. Die Patientensicherheitsstrategie ist ein wesentlicher Teil der Qualitätsarbeit und orientiert sich an den internationalen Patientensicherheitszielen gemäß WHO. Die Verknüpfung dieser Qualitätsarbeiten sowie der Aufbau eines umfassenden Monitorings zur Qualitätsstrategie sind sicherzustellen.“

11. § 7 Abs. 3 und 4 lauten:

„(3) Zur Ergebnisqualitätsmessung wird Folgendes festgelegt:

1. Für den stationären Bereich ist die bereits bestehende, auf Routedokumentation basierende Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung (A-IQI inklusive Peer-Review-Verfahren, ergänzt durch Qualitäts-Register auf Bundesebene) fortzusetzen und entsprechend der Maßnahmen zur unabhängigen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung auszubauen. Qualitäts-Register sind neu zu strukturieren (Priorisierung, Evaluierung, technische Weiterentwicklung).
2. Die Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich ist in analoger Vergleichbarkeit zum stationären Bereich entsprechend den Maßnahmen zur unabhängigen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung weiter zu entwickeln und umzusetzen. Voraussetzung dafür ist eine einheitliche Leistungsdokumentation und eine verpflichtende Dokumentation von Diagnosen in codierter Form im gesamten ambulanten Bereich gemäß Art. 16.
3. Regelmäßige sektorenübergreifende Befragungen zu Patientinnen-/Patientenerfahrungen mit den Leistungen im Gesundheitswesen sind durchzuführen.

(4) Im Bereich der Strukturqualität wird eine einheitliche Vorgangsweise bei der Überprüfung der Einhaltung von Strukturqualitätskriterien im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt.“

12. Die Überschrift zu § 9 lautet:

„Stärkung zielgerichteter und abgestimmter Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz“

13. § 9 Abs. 1 lautet:

„(1) Die gesetzliche Krankenversicherung hat sicherzustellen, dass die zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in allen Landesgesundheitsfonds eingerichteten „Gesundheitsförderungsfonds“ (ohne Rechtspersönlichkeit mit eigenem Verrechnungskreis) ausgebaut und fortgeführt werden. Die gesetzliche Krankenversicherung hat weiters nach Maßgabe der Mittelaufbringung der Länder entsprechend den Bestimmungen in Art. 12 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in diese Gesundheitsförderungsfonds jährlich 26 Millionen Euro einzubringen. Die Mittel werden nach dem Versichertenschlüssel (§ 447g des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) aufgebracht und auf die Landesgesundheitsfonds verteilt. Dabei ist Folgendes sicherzustellen:

1. Die Verwendung der Mittel hat sich an den von der Bundesgesundheitsagentur beschlossenen Rahmen-Gesundheitszielen zu orientieren und damit das Zielsteuerungssystem im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblich weiterzuentwickeln und zu stärken.
2. Die Ziele, priorisierten Schwerpunkte und die Grundsätze zur Mittelvergabe der Gesundheitsförderungsstrategie bzw. der erneuerten Gesundheitsförderungsstrategie sind verbindlich für die Mittelvergabe der Gesundheitsförderungsfonds.
3. Einzelmaßnahmen sind zur Erhöhung der Gesamteffektivität zu bündeln.
4. Die Vergabe von zu mindestens 75% der Mittel der Gesundheitsförderungsfonds hat für bundesweit einheitliche Schwerpunkte der Gesundheitsförderungsstrategie zu erfolgen.
5. Die gesetzten Maßnahmen haben sich an der vorhandenen Evidenz, Wirksamkeit und den Qualitätskriterien für Gesundheitsförderung und Prävention zu orientieren.“

14. § 9 Abs. 5 lautet:

„(5) Alle österreichischen Gesundheitsförderungsaktivitäten, die mit öffentlichen Mitteln finanziert werden und für die die Gesundheitsförderungsstrategie bzw. die erneuerte Gesundheitsförderungsstrategie gilt, werden anhand einheitlicher Messparameter entsprechend dem Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission im gemeinsamen „Monitoring der Gesundheitsförderungsstrategie“ dokumentiert und in zweckmäßigen Intervallen (alle drei Jahre) in einem Bundes-Monitoringbericht zusammengefasst und analysiert. Ein mit den Partnern der Zielsteuerung-Gesundheit abgestimmtes Ergebnis ist nach Beschluss in der Bundes-Zielsteuerungskommission zu publizieren und dient zur Weiterentwicklung des Zielsteuerungssystems im Bereich der Gesundheitsförderung.“

15. Dem § 9 wird folgender Abs. 6 angefügt:

„(6) Im Sinne der öffentlichen Gesundheit, der Patientenorientierung und der Verbesserung der Outcomes im Gesundheitssystem ist die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung so zu stärken, dass Gesundheitsentscheidungen unterstützt werden, die Orientierung im Gesundheitswesen und die aktive Beteiligung der Betroffenen in Entscheidungsprozessen möglich sind.“

16. Nach § 9 wird folgender § 9a samt Überschrift eingefügt:

„Verwendung zusätzlicher Mittel für Digitalisierung/eHealth, Gesundheitsförderung und Impfen

§ 9a. (1) Der Bund und die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung leisten gemäß Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für den Zeitraum 2024 bis 2028 jeweils jährlich 17 Millionen Euro für den Digitalisierung/eHealth (inklusive Telemedizin). Für diese zusätzlichen Mittel gilt Folgendes:

1. Die Mittel für Digitalisierung/eHealth (insb. Telemedizin) sind insbesondere für folgende Zwecke einzusetzen:
 - a) Stärkung des Prinzips „digital vor ambulant vor stationär“ und dafür maßgeblicher Auf- und Ausbau von telemedizinischen Angeboten,
 - b) Weiterentwicklung und Ausbau der Gesundheitsberatung 1450 (u.a. bessere Einbindung in bestehende Services),
 - c) eHealth-Angebot in Regelversorgung schaffen (z.B. Video-Konsultationen, Cyber Security) einschließlich Weiterentwicklung von ELGA,
 - d) verpflichtende Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich und

- e) verbesserte Datennutzung und -verknüpfung durch Einrichtung einer gemeinsamen behördlichen Datenauswertungsplattform durch den Bund.
2. Die konkreten Inhalte/Projekte einschließlich der dafür erforderlichen Budgetmittel sind in der Bundes-Zielsteuerungskommission zu beschließen und freizugeben.
- (2) Für den Zeitraum 2024 bis 2028 für den Bereich Impfen gemäß Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens leisten
1. der Bund jährlich 30 Millionen Euro,
 2. die Träger der Krankenversicherung jährlich 15 Millionen Euro und
 3. die Träger der Pensionsversicherung jährlich 15 Millionen Euro.
- Diese Mittel sind insbesondere für die schrittweise Umsetzung eines umfassenden öffentlich finanzierten Impfprogramms unter Voraussetzung der partnerschaftlichen Drittelfinanzierung mit Ländern und den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung einzusetzen.
- (3) Der Bund hat für den Zeitraum 2024 bis 2028 jährlich
1. 7 Millionen Euro für die Finanzierung der „Frühen Hilfen“ entsprechend der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Finanzierung der flächendeckenden und bedarfsgerechten Bereitstellung von Frühen Hilfen in Österreich und
 2. 13 Millionen Euro der Gesundheit Österreich GmbH insbesondere für die Fortführung und Weiterentwicklung der „Agenda Gesundheitsförderung“
- zur Verfügung zu stellen.“

17. In § 10 Abs. 1 wird das Wort „Bundes-Jahresarbeitsprogrammen“ durch das Wort „Jahresarbeitsprogrammen“ ersetzt.

18. § 10 Abs. 3 Z 1 bis 3 lauten:

- „1. In der Bundes-Zielsteuerungskommission ist der Entwurf für den Zielsteuerungsvertrag zu beraten und zur Beschlussfassung dem Bund, dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und den Ländern einvernehmlich zu empfehlen. Der Zielsteuerungsvertrag ist nach Genehmigung durch die jeweils zuständigen Organe vom Bund und für die gesetzliche Krankenversicherung durch den Dachverband nach Beschlussfassung durch die Konferenz der Sozialversicherungsträger ehestmöglich rechtsverbindlich zu unterfertigen und erlangt nach rechtsverbindlicher Unterfertigung durch die Länder Rechtsgültigkeit. Der unterfertigte Zielsteuerungsvertrag ist binnen eines Monats der Bundes-Zielsteuerungskommission und den Landes-Zielsteuerungskommissionen zur Kenntnis zu bringen.
2. Der periodenbezogene Zielsteuerungsvertrag hat bis zum Ende des ersten Quartals des Jahres 2024 vorzuliegen. Allfällige Adaptierungen des bestehenden Zielsteuerungsvertrages haben bis spätestens Ende des dritten Quartals des Jahres vorzuliegen, das dem Jahr vorangeht, in dem diese Adaptierungen für die Zielsteuerung relevant werden.
3. Beginnend mit dem Jahresarbeitsprogramm für das Jahr 2025 sind die Jahresarbeitsprogramme spätestens Ende des Jahres vor Beginn der jeweiligen Geltungsperiode durch die Bundes-Zielsteuerungskommission zu vereinbaren.“

19. § 10 Abs. 4 Z 2 lautet:

- „2. Die mehrjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen bzw. deren Adaptierungen sind spätestens Ende des zweiten Quartals des Jahres 2024 durch die Landes-Zielsteuerungskommission zu vereinbaren.“

20. § 11 samt Überschrift lautet:

„Plattform zur gemeinsamen Sekundärnutzung von Daten aus dem Gesundheitsbereich

§ 11. (1) Die folgenden Verantwortlichen haben als gemeinsam Verantwortliche (Art. 26 DSGVO) eine Plattform entsprechend den folgenden Bestimmungen einzurichten und zu betreiben:

1. Bund,
2. Länder und Landesgesundheitsfonds sowie
3. Dachverband der Sozialversicherungsträger und die ihm angehörenden Sozialversicherungsträger.

(2) Zweck der Plattform ist eine gemeinsame Sekundärnutzung von Primärdaten (§ 3 Z 9) durch die Verantwortlichen gemäß Abs. 1

1. zur Steuerung von Struktur, Organisation, Qualität und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung durch
 - a) langfristige Beobachtung von gesundheitspolitisch relevanten epidemiologischen Entwicklungen (Erkrankungen, Morbidität und Mortalität) und von krankheitsfallbezogenen Versorgungsabläufen zur Steigerung der Prozess- und Ergebnisqualität,
 - b) Durchführung einer am Patientenbedarf ausgerichteten integrierten Gesundheitsstrukturplanung, die alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und angrenzender Bereiche umfasst,
 - c) Weiterentwicklung von Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen insbesondere für sektorenübergreifende Leistungsverchiebungen,
2. für die Evaluierung von gesundheitspolitischen und Public Health Aktivitäten,
3. 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,
4. für die Implementierung, Durchführung und Beobachtung (Monitoring) der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit sowie
5. für das Management von außergewöhnlichen Ereignissen wie beispielsweise Pandemien und Epidemien.

(3) Die Verantwortlichen gemäß Abs. 1 haben das Recht, von der Plattform Auswertungen zu Zwecken des Abs. 2 auf Basis der bei den Verantwortlichen gemäß Abs. 1 sowie der Bundesanstalt „Statistik Österreich“ verarbeiteten Primärdaten (§ 3 Z 9) zu verlangen. Die Verantwortlichen gemäß Abs. 1 und die Bundesanstalt „Statistik Österreich“ haben die erforderlichen Primärdaten samt Metadaten und Dokumentation den Verantwortlichen gemäß Abs. 1 zur wechselseitigen Nutzung bereitzustellen. In anderen Bundesgesetzen enthaltene Beschränkungen der Verarbeitung von Primärdaten können dieser Bereitstellung nicht entgegengehalten werden.

(4) Die von der Plattform umzusetzenden technischen und organisatorischen Maßnahmen gemäß Art. 32 DSGVO haben jedenfalls zu umfassen:

1. eine Verschwiegenheitspflicht für alle an der Verarbeitung beteiligten Personen;
2. die Sicherstellung, dass personenbezogene Daten ausschließlich in pseudonymisierter Form unter Verwendung bereichsspezifischer Personenkennzeichen gemäß (§ 8 E-GovG) bzw. abgeleiteter Objektidentifikatoren (OID) gemäß § 10 Abs. 1 Z 6 des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 (GTelG 2012) verarbeitet werden;
3. die Sicherstellung, dass Auswertungen nur in anonymisierter Form, Primärdaten nur in pseudonymisierter Form sowie nur den Verantwortlichen gemäß Abs. 1 und ausschließlich zur Erreichung der in Abs. 2 angeführten Zwecke bereitgestellt werden;
4. die Sicherstellung, dass die von der Plattform verarbeiteten Primärdaten nach Erstellung der Auswertung gelöscht werden;
5. eine Protokollierung der einzelnen Verarbeitungsschritte.

(5) Bei der/dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister ist ein Gremium zur Weiterentwicklung der gemeinsamen Nutzung von Primärdaten aus dem Gesundheitsbereich und Erörterung von wechselseitigen Nutzungen, die aufgrund einer gesetzlichen Verpflichtung in Übereinstimmung mit Art. 6 oder 9 DSGVO vorgesehen sind, einzurichten. Das Gremium besteht ausschließlich aus Vertreterinnen und Vertretern der Verantwortlichen gemäß Abs. 1. Die Bundes-Zielsteuerungskommission hat eine Geschäftsordnung für das Gremium zu beschließen.

(6) Die Aufgaben des Gremiums gemäß Abs. 5 sind

1. die Erstellung von Richtlinien und Standards für den Austausch, die Qualität, die Interoperabilität und den Schutz der Primärdaten,
2. die Ermittlung der technischen Voraussetzungen und Standards, die benötigt werden, um die IT-Systeme der Zielsteuerungspartner koordiniert ansprechen und nutzen zu können,
3. die Ermittlung der vorhandenen Verarbeitungstätigkeiten, insbesondere auf Basis der bei den Zielsteuerungspartnern vorhandenen Verzeichnisse gemäß Art. 30 DSGVO,
4. die Erörterung von wechselseitigen Nutzungen, die aufgrund einer gesetzlichen Verpflichtung in Übereinstimmung mit Art. 6 oder 9 DSGVO vorgesehen sind und Diskussion über verpflichtend vorzulegende Berichte (Initialbericht und Zwischen- bzw. Endbericht) über Datenverarbeitungsvorhaben von einem oder mehreren Verantwortlichen,

5. die Genehmigung von wechselseitigen Nutzungen, die nicht aufgrund einer gesetzlichen Verpflichtung in Übereinstimmung mit Art. 6 oder 9 DSGVO vorgesehen sind,
6. die Beschlussfassung und Koordinierung in Angelegenheiten der gemeinsamen Verarbeitung gemäß Art. 26 DSGVO,
7. Erarbeitung von Beschlussvorlagen für die Bundes-Zielsteuerungskommission bzgl. eines Jahresarbeitsprogramms und eines allfälligen Budgetierungsbedarfs/Aufteilungsschlüssel der gemeinsamen Projekte,
8. die Durchführung eines Qualitätsmanagements, um sicherstellen zu können, dass der Austausch, die Qualität, die Interoperabilität und der Schutz der Primärdaten dem Stand der Technik sowie den jeweils aktuellen rechtlichen Anforderungen entspricht,
9. das Knowledge-Management, um den Austausch von Fachwissen und Best Practices zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung zu fördern, sowie
10. die Ausarbeitung von Vorschlägen an Bund, Länder und Sozialversicherung zur Weiterentwicklung der gemeinsamen Sekundärnutzung.

(7) Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister kann durch Verordnung

1. welche Primärdaten und in welcher Gliederung gemäß Abs. 6 auf Grundlage der vom Gremium veröffentlichten Standards bereitzustellen sind,
2. ab welchem Zeitpunkt die Primärdaten nach Z 1 bereitzustellen sind,
3. über Abs. 4 hinausgehende Anforderungen an die Informationssicherheit und die Interoperabilität der sicheren Verarbeitungsumgebungen sowie
4. nähere Vorgaben zur zeitlichen und inhaltlichen Verfügbarkeit der Bereitstellungen gemäß Abs. 3

erlassen.

(8) Das Gremium gemäß Abs. 5 ist vorab über Nutzungen aufgrund einer gesetzlichen Verpflichtung in Übereinstimmung mit Art. 6 oder 9 DSGVO (Abs. 6 Z 4) zu informieren und Berichte (Initialbericht und Zwischen- bzw. Endbericht) über die entsprechenden Vorhaben sind dem Gremium vorzulegen. Ein Widerspruch durch das Gremium oder einzelne Mitglieder können die Nutzung nicht beeinträchtigen. Ein solcher Widerspruch gilt als Nachweis für den ablehnenden Verantwortlichen gemäß Abs. 1, dass sie für den Umstand, durch den allfällige Schäden eingetreten sind, nicht verantwortlich sind (Art. 82 Abs. 3 DSGVO).

(9) Ende 2028 hat die Plattform technisch umgesetzt zu sein (Projektstart 2024).“

21. § 13 Abs. 1 Z 1 bis 7 lauten:

- „1. Bundesweite Rahmenvorgaben für ergebnisorientierte Versorgungsziele und wirkungsorientierte Gesundheitsziele abgeleitet aus den Gesundheitszielen Österreich,
2. Fortsetzung und Weiterentwicklung einer regelmäßigen, systematischen, international vergleichbaren und regionalisierten Messung der Outcomes im Gesundheitssystem,
3. Weiterentwicklung und Durchführung einer abgestimmten Qualitätsmessung mit Fokus auf Ergebnisqualität sowie Optimierung der Prozess- und Strukturqualität, sowohl sektorenübergreifend als auch in den jeweiligen Sektoren. Wichtig ist der Einbezug aller wesentlichen bestehenden Qualitätsinstrumente samt verpflichtender Indikatoren in die Qualitätsmessung.
4. Evidenzbasierung (HTA) von Diagnose- und Behandlungsmethoden inklusive Arztespezialitäten,
5. Gesundheitsförderung und Prävention gemäß Gesundheitsförderungsstrategie,
6. Stärkung der Gesundheitskompetenz einschließlich Monitoring unter Nutzung der Potenziale der Digitalisierung und
7. Entwicklung und schrittweise Umsetzung eines öffentlich finanzierten Impfprogramms für alle in Österreich lebenden Menschen. Die dafür erforderlichen konzeptionellen Arbeiten samt einer Evaluierung hinsichtlich des Impfplans sind durchzuführen, und die rechtlichen und finanziellen Grundlagen zu schaffen.“

22. § 13 Abs. 2 lautet:

„(2) In den mehrjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen werden – soweit nicht schon erfolgt bzw. Adaptierungsbedarf gegeben – regionale Gesundheits- und Versorgungsziele festgelegt sowie Schwerpunkte aus der Gesundheitsförderungsstrategie gemeinsam umgesetzt, sodass die bundesweiten

Vorgaben für die ergebnisorientierten Versorgungsziele und wirkungsorientierten Gesundheitsziele erreicht werden können.“

23. In § 14 Abs. 1 wird in Z 1 nach dem Ausdruck „tagesklinischen“ der Ausdruck „/tagesambulanten“ eingefügt, wird am Ende der Z 1 das Wort „und“ durch einen Beistrich ersetzt, wird in Z 2 vor dem Ausdruck „Umsetzung“ der Ausdruck „vorrangige“ eingefügt und wird am Ende der Z 2 der Punkt durch einen Beistrich ersetzt und folgende Z 3 bis 6 werden angefügt:

- „3. Optimierung der Patientinnen-/Patientenströme und -wege nach dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ gemäß Art. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens insbesondere durch Ausbau der Gesundheitsberatung 1450 und Stärkung der Primärversorgung, sowie durch den Ausbau von integrierten Versorgungsmodellen,
4. Aufbau eines Termin-Managementsystems sowie Etablierung eines Systems zur Erfassung von Öffnungszeiten und des Leistungsangebots für alle im Rahmen der Sachleistungsversorgung tätigen Gesundheitsdienstleisterinnen/Gesundheitsdienstleister mit Fokus auf den extramuralen Bereich im extramuralen Bereich durch die SV, für relevante Einrichtungen im intramuralen Bereich durch die Länder und rechtliche Verankerung der obligatorischen Teilnahme der Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter gemäß Art. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens,
5. Stärkung der niederschweligen psychosozialen Versorgung auch durch flächendeckende Netze von psychosozialen Zentren in Form von psychosozialer und psychiatrischer Beratung/Begleitung und Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörigen im multidisziplinären Setting unter Berücksichtigung bestehender Versorgungsangebote und
6. Weiterentwicklung der Honorierungssysteme insbesondere im extramuralen Bereich mit dem Ziel einer stärkeren Ausrichtung am Versorgungsbedarf sowie zur Sicherstellung eines möglichst effektiven und effizienten Einsatzes der zur Verfügung stehenden Finanzmittel. Zur besseren Abstimmung der Honorierungssysteme sind diese grundsätzlich in pauschalierter, leistungsorientierter und transparenter Form zu gestalten und die dafür erforderlichen rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen zu schaffen.“

24. § 14 Abs. 2 lautet:

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

1. Erhöhung der Effektivität und Effizienz bzw. die Überwindung von kleinteiligen Organisationsformen im Sinne des § 18 Abs. 7 Z 3 durch die Bündelung komplexer Leistungen an geeigneten Standorten und die Nutzung der im KAKuG und im ÖSG vorgesehenen Möglichkeiten,
2. gemeinsame und gesamthafte Planung der ambulanten Versorgung im RSG (niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, selbstständige Ambulatorien und Spitalsambulanzen) gemäß § 21 bis Ende 2025 unter der Voraussetzung, dass die gesetzlichen Grundlagen auf Bundesebene vorliegen,
3. Festlegen der Aufgabengebiete und Versorgungsaufträge pro ambulanter Versorgungsstufe im Sinne von „Best Points of Service“, verbindliche sektorenübergreifende Angebotsplanung über die Regionalen Strukturpläne Gesundheit und Umsetzung und
4. Etablierung von Terminservicestellen gemäß Art. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.“

25. § 15 Abs. 1 Z 1 und 2 lauten:

- „1. Umsetzung des Maßnahmenpakets zur nachhaltigen Sicherstellung und Attraktivierung der Gesundheitsberufe gemäß Art. 8 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens,
2. Festlegungen zum umfassenden Einsatz von IKT zur Systemsteuerung und -innovation gemäß Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens,“

26. § 15 Abs. 1 Z 4 lautet:

„4. Entwicklung und Festlegung von bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards für priorisierte Bereiche einschließlich Patientinnen-/Patienteninformation, wobei die Sicherstellung einer integrierten Versorgung von chronischen Erkrankungen ein wesentlicher Schwerpunkt ist,“

27. In § 15 Abs. 1 wird am Ende der Z 5 das Wort „und“ durch einen Beistrich und am Ende der Z 6 der Punkt durch einen Beistrich ersetzt und folgende Z 7 bis 12 werden angefügt:

- „7. Maßnahmen zur Erhöhung der Patientinnen-/Patientensicherheit durch verbindliche Umsetzung von internationalen Patientinnen-/Patientensicherheitszielen und Stärkung der Patientinnen-/Patientenbeteiligung bzw. Gesundheitskompetenz,
- 8. Maßnahmen zur Optimierung der integrierten Versorgung chronisch kranker Menschen durch bundesweit einheitliche Versorgungsprozesse und Umsetzung digitaler Technologien zur Unterstützung der Behandlungs- und Versorgungsprozesse sowie Festlegung der Vorgehensweise zur Priorisierung, Entwicklung und Umsetzung von Disease Management Programmen nach internationalem Vorbild. Die Schaffung von gesetzlichen Rahmenvorgaben sowohl in Sozialversicherungs- als auch in den Berufsgesetzen ist Voraussetzung zur Optimierung der strukturierten Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen,
- 9. Formulierung von Qualitätskriterien zu sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen für eine integrierte Versorgung insbesondere von chronisch kranken Menschen im ÖSG,
- 10. Maßnahmen zur Optimierung der inklusiven Versorgung von Menschen mit Behinderung,
- 11. Ausbau der Transparenz von qualitätsrelevanten Versorgungsinformationen und Qualitätsarbeiten (Qualitätsportal), insbesondere müssen alle vorliegenden Ergebnisse einer datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung veröffentlicht werden und
- 12. die unabhängige sektoren- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle im Gesundheitswesen.“

28. In § 15 Abs. 2 wird am Ende der Z 2 das Wort „und“ durch einen Beistrich und am Ende der Z 3 der Punkt durch das Wort „und“ ersetzt und folgende Z 4 angefügt:

„4. Umsetzung der priorisierten Disease Management Programme.“

29. § 15 Abs. 3 lautet:

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

30. § 16 Abs. 1 lautet:

„(1) Die im 4. Abschnitt konkretisierten Steuerungsbereiche sind um eine Finanzzielsteuerung als integralem Bestandteil der Zielsteuerung-Gesundheit zu ergänzen. Für die Ausgabenobergrenzen für die öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) für die Jahre 2024 bis 2028 ist die zu erwartende Entwicklung des nominellen Bruttoinlandsproduktes (gemäß Mittelfristprognose des WIFO) zuzüglich eines Aufschlages, insbesondere für die demographische Entwicklung und für die zusätzliche Inflation im Gesundheitswesen, zu Grunde zu legen. Die Finanzzielsteuerung ist auf Bundes- und Landesebene im periodenbezogenen Zielsteuerungsvertrag und in den mehrjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen, zu konkretisieren. Die Finanzzielsteuerung hat die von den Vertragsparteien im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit zu verantwortenden Gesundheitsausgaben, die hinkünftig einer gemeinsamen Finanzverantwortung von Ländern und gesetzlicher Krankenversicherung hinsichtlich der Mittelverwendung unterliegen, zu umfassen.“

31. § 16 Abs. 3 lautet:

„(3) Ausgangsbasis für die Ermittlung der nominellen Ausgabenobergrenzen auf Bundesebene ist ein Wert in Höhe von 37.618 Millionen Euro.“

32. § 16 Abs. 6 entfällt.

33. In § 16 erhalten Abs. 7 und 8 die Absatzbezeichnungen „(6)“ und „(7)“.

34. In § 17 Abs. 1 Z 4 wird am Ende der lit. e das Wort „und“ durch einen Beistrich und am Ende der lit. f der Punkt durch das Wort „und“ ersetzt und folgende lit. g angefügt:

„g) private Gesundheitsausgaben einschließlich Selbstbehalte.“

35. § 18 Abs. 1 lautet:

„(1) Die integrative Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur hat den von der Zielsteuerung-Gesundheit vorgegebenen Anforderungen zu entsprechen, den Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär“ zu berücksichtigen sowie auf Basis vorhandener Evidenzen und sektorenübergreifend zu erfolgen. Sie umfasst alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und Nahtstellen zu angrenzenden Bereichen. Die integrative Planung hat insbesondere die folgenden Bereiche zu umfassen:

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

36. § 18 Abs. 2 Z 1 lautet:

„1. Die Versorgungswirksamkeit von Wahlärztinnen/Wahlärzten, Wahltherapeutinnen/Wahltherapeuten, Sanatorien und sonstigen Wahleinrichtungen, sofern von diesen sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbracht werden;“

37. § 18 Abs. 4 und 5 lauten:

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

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

38. § 18 Abs. 7 lautet:

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

1. Reorganisation aller in Abs. 1 angeführten Bereiche in Richtung eines effektiveren und effizienteren Ressourceneinsatzes gemäß dem Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär“ unter Forcierung der Digitalisierung im Gesundheitswesen.
2. Stärkung des ambulanten Bereichs insbesondere durch den raschen flächendeckenden Ausbau von Primärversorgungseinheiten (PVE) und der Entwicklung von ambulanten Fachversorgungsstrukturen, wobei in der Umsetzung vor allem bestehende Vertragspartnerinnen/Vertragspartner berücksichtigt werden.
3. Weiterentwicklung des akutstationären und tagesklinischen Bereichs: insbesondere durch Bündelung komplexer Leistungen an geeigneten Standorten, die Überwindung von kleinteiligen Organisationsformen.
4. Forcierung des Aufbaus von spitalsambulanten Angeboten inklusive innovativer Versorgungsformen, insbesondere um den stationären Bereich zu ersetzen bzw. zu entlasten.
5. Ausbau einer österreichweit gleichwertigen, flächendeckenden abgestuften Versorgung für Menschen mit chronischen Krankheiten.
6. Gemeinsame überregionale und sektorenübergreifende Planung der für die vorgesehenen Versorgungsstrukturen und -prozesse erforderlichen Personalressourcen unter optimaler Nutzung der Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen.
7. Sicherstellung einer nachhaltigen Sachleistungsversorgung sowohl für körperliche als auch psychische Erkrankungen. Dabei ist das Ziel zu verfolgen, dass unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanter sachleistungsbezogener Versorgungsstrukturen, der örtlichen Verhältnisse und der Verkehrsverhältnisse, der Veränderung der Morbidität sowie der Bevölkerungsdichte

und -struktur eine ausreichende ambulante Versorgung der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten und deren Angehörigen gesichert ist.

8. Priorisierung des niedergelassenen Bereichs (PVE in Form von Gruppenpraxen, Gruppenpraxen, Einzelordinationen) bei der Planung des extramuralen ambulanten Bereichs.“

39. § 19 Abs. 1 lautet:

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

40. § 20 Abs. 1 Z 4 lautet:

„4. Versorgungsmodelle für die abgestufte bzw. modulare Versorgung in ausgewählten bzw. speziellen Versorgungsbereichen (z.B. Palliativ- und Hospizbereich für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche, Akutgeriatrie/Remobilisation) einschließlich Nahtstellen sowie inhaltliche Vorgaben für Organisationsformen und Betriebsformen;“

41. § 20 Abs. 1 Z 7 lautet:

„7. Grundlagen für die Festlegung von Versorgungsaufträgen (Aufgabenprofile, Leistungsmatrizen, Strukturqualitätskriterien) auf regionaler Ebene (RSG) für die ambulante und stationäre Akutversorgung unabhängig von einer Zuordnung auf konkrete Anbieterstrukturen: Leistungsmatrizen, Aufgabenprofile und Qualitätskriterien;“

42. § 20 Abs. 1 Z 9 lautet:

„9. Verbindliche überregionale Versorgungsplanung für hochspezialisierte komplexe Leistungen bzw. Therapien von überregionaler Bedeutung in Form von Bedarfszahlen zu Kapazitäten sowie der Festlegung von Leistungsstandorten und deren jeweiliger Zuständigkeit für zugeordnete Versorgungsregionen;“

43. § 20 Abs. 1 Z 11 lautet:

„11. Standort- und Kapazitätsplanung von Großgeräten mit überregionaler Bedeutung (insbesondere Strahlentherapiegeräte, Coronarangiographie-Anlagen und Positronen-Emissions-Tomographiegeräte) ist auf Bundesebene zu vereinbaren; weiters die standortbezogene und mit den Versorgungsaufträgen auf regionaler Ebene abgestimmte Planung der übrigen medizinisch-technischen Großgeräte; im Sinne einer gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstigen Leistungserbringung bei gleichzeitiger Nutzung von Synergien sind Kooperationsvereinbarungen zur gemeinsamen Nutzung von Geräten intra- und extramural verstärkt zu berücksichtigen;“

44. In § 20 Abs. 1 wird am Ende der Z 12 der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende Z 13 angefügt:

„13. Verbindliche integrierte Rehabilitationsplanung.“

45. § 20 Abs. 3 lautet:

„(3) Der ÖSG ist auf Bundesebene zwischen dem Bund, den Ländern und der Sozialversicherung einvernehmlich abzustimmen.“

46. § 21 Abs. 3 lautet:

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

1. Festlegung der Kapazitätsplanungen standortbezogen für den akutstationären Bereich mit Angabe der Kapazitäten (Betten, minimale Anzahl an Tagesklinikplätze und ambulante Behandlungsplätze), Organisationsformen, Versorgungsstufen, Referenz-, Spezial- und Expertisezentren je Fachbereich (im Sinne des ÖSG), wobei die je Fach- und Versorgungsbereich ausgewiesene Gesamtkapazität (Summe von Planbetten und ambulanten Betreuungsplätzen) als Zielwert für die Realisierung zum Planungshorizont zu verstehen ist;
- 1a. Definition von allgemeinen und speziellen Versorgungsaufträgen nach Fachbereichen auf Ebene der Versorgungsregionen auf Basis der Grundlagen im ÖSG;

2. Festlegung der Kapazitätsplanungen für den ambulanten Bereich der Sachleistung im Sinne des § 18 Abs. 1 Z 1 zumindest auf Ebene der Versorgungsregionen mit folgenden Angaben:
 - a) Kapazitäten,
 - b) Zahl und örtliche Verteilung der Leistungserbringer/innen,
 - c) bei Spitalsambulanzen auch Betriebsformen gemäß § 6 Abs. 7 Z 5 und 6 KAKuG,
 - d) Konkretisierung der Versorgungsaufträge nach Fachbereichen gemäß Z 1a sowie
 - e) allenfalls der Versorgungstypen;
- 2a. Die Zahl und örtliche Verteilung hat eine derart hohe Granularität aufzuweisen, dass ambulante Vergemeinschaftungsformen (z.B. Gruppenpraxen, Selbständige Ambulatorien, Primärversorgungseinheiten), die ohne Festlegung in einem RSG grundsätzlich nur aufgrund eines Zulassungs- oder Bedarfsprüfungsverfahrens errichtet werden dürfen, auf Grundlage der zu verbindlich erklärenden Teile der RSG ohne Zulassungs- oder Bedarfsprüfungsverfahren errichtet werden können. Andere ambulante Organisationseinheiten müssen in den verbindlich zu erklärenden Teilen der RSG grundsätzlich zumindest auf Bezirksebene geplant werden, wobei insbesondere für städtische Bereiche geeignete natürliche Einzugsgebiete herangezogen werden können;
3. Stärkung der Primärversorgung durch Ausbau von wohnortnahen, multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten entsprechend Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und Bereinigung von Parallelstrukturen; beim Ausbau der Primärversorgung nach dem Primärversorgungsgesetz, BGBl. I Nr. 131/2017 (PrimVG) i.d.G.F. ist, um den unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung nachkommen zu können, im jeweiligen Bundesland ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Versorgungsangeboten als Netzwerk oder Zentrum sicherzustellen;
4. Abbildung der überregionalen Versorgungsplanung gemäß § 20 Abs. 1 Z 9 inklusive Definition von Versorgungsgebieten je Standort;
5. Transparente Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer Gastpatientinnen und -patienten.

Dabei ist auf die Bestimmungen des Primärversorgungsgesetzes sowie die § 3 Abs. 2, 2b und 2c und § 3a Abs. 2 und 3 KAKuG Bedacht zu nehmen.“

47. In § 21 Abs. 5 wird das Wort „im“ durch das Wort „in“ ersetzt.

48. § 21 Abs. 7 lautet:

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

49. § 21 Abs. 10 lautet:

„(10) Die Vertreterinnen und Vertreter des Bundes und der Sozialversicherung haben in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission sicherzustellen, dass

1. einer den RSG betreffenden Beschlussfassung eine Behandlung in der Gesundheitsplattform auf Landesebene vorangegangen ist,
2. der jeweiligen Landesärztekammer und den betroffenen gesetzlichen Interessenvertretungen frühzeitig und strukturiert – mindestens aber vier Wochen vor Beschlussfassung einer den RSG betreffenden Angelegenheit in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission – die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt wird. Dazu sind die für die Beschlussfassung vorgesehenen Planungsunterlagen zu übermitteln.“

50. Nach § 24 wird folgender § 24a samt Überschrift eingefügt:

„Versorgungspläne für den niedergelassenen Bereich

§ 24a. (1) In Fällen, in denen kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des RSG bzw. deren Änderungen entsprechend den Bestimmungen im § 23 Abs. 2 in der Landeszielsteuerungskommission zustande kommt, sind die Planungsvorgaben für den niedergelassenen Bereich, die rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen, von der Sozialversicherung auf Basis eines Gutachtens der Gesundheit Österreich GmbH oder eines vergleichbaren Planungsinstituts, das durch die Bundesgesundheitsagentur einzuholen ist, festzulegen und durch eine Verordnung des Dachverbandes

gemäß § 30b Abs. 1 Z 11 ASVG im übertragenen Wirkungsbereich für verbindlich zu erklären. Dazu zählen insbesondere Festlegungen zur Kapazitätsplanung im Sinne des § 21 Abs. 3, soweit er sich auf den niedergelassenen Bereich bezieht.

(2) Der Versorgungsplan für den niedergelassenen Bereich hat sich im Rahmen des Zielsteuerungsvertrages gemäß § 10 und des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) zu befinden. Dabei sind die Planungsgrundsätze und -methoden des ÖSG zu berücksichtigen.“

51. § 26 Abs. 4 Z 1 lit. h lautet:

„h) Qualität einschließlich der Einrichtung eines Qualitätsrats zur Steuerung und Koordinierung der Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen,“

52. § 26 Abs. 4 Z 1 lit. m lautet:

„m) Kriterienkatalog, Umsetzungspläne und Mittelfreigabe gemäß Abs. 8 des Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens,“

53. § 26 Abs. 4 Z 2 lit. b und c lauten:

„b) Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln der Bundesgesundheitsagentur nach Maßgabe der Bestimmungen in §§ 59d, 59e und 59f Abs. 1 KAKuG,

c) Vorgaben für die Verwendung von Finanzmitteln zur Optimierung der Versorgung nach Maßgabe der Bestimmungen im § 59g KAKuG und“

54. § 26 Abs. 4 Z 3 lit. a lautet:

„a) Stärkung der nachhaltigen Umsetzung der Gesundheitsziele Österreich samt Festlegung der Indikatoren und Monitoring gemäß Art. 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (inklusive Strategien zur Umsetzung),“

55. § 29 Abs. 2 lautet:

„(2) Die gesetzlichen Krankenversicherungsträger haben insgesamt sechs Vertreterinnen/Vertreter in die Gesundheitsplattformen und die Landes-Zielsteuerungskommissionen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden und zwar vier Vertreterinnen/Vertreter der Österreichischen Gesundheitskasse, wovon drei Vertreterinnen/Vertreter auf Vorschlag des jeweiligen Landesstellenausschusses der Österreichischen Gesundheitskasse zu entsenden sind, darunter jedenfalls die Vorsitzende/der Vorsitzende des Landesstellenausschusses sowie dessen/deren Stellvertreter/in, und jeweils eine Vertreterin/ein Vertreter der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau und der Sozialversicherung der Selbstständigen 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.“

56. § 29 Abs. 5 lautet:

„(5) Die gesetzliche Krankenversicherung hat Vertreterinnen/Vertreter in das Präsidium zur Vorbereitung der Sitzungen der Gesundheitsplattform und der Landes-Zielsteuerungskommission zu entsenden. Dabei ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten.“

57. § 31 Abs. 1 lautet:

„(1) Auf Bundesebene ist ein nach Sektoren und Regionen differenziertes österreichweites Monitoring der Zielsteuerung-Gesundheit durchzuführen und inhaltlich weiterzuentwickeln. Hierfür sind die im Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Ziele auf Bundes- und Landesebene so zu definieren, dass ein laufendes Monitoring klar festgelegter Messgrößen und Zielwerte möglich ist, die auch relevante Parameter der Krankenversorgung, Gesundheitsförderung, Prävention und Qualität sowie Patientensicherheit nach internationalen Zielen und Indikatoren abbilden.“

58. In § 38 entfällt Abs. 1 und erhalten der bishेरige Abs. 2 die Bezeichnung „1“ und der bishेरige Abs. 3 die Bezeichnung „2“.

59. Dem § 41 Abs. 6 wird folgender Abs. 7 angefügt:

„(7) Das Inhaltverzeichnis, § 2, § 3, Überschrift zu § 4, § 4 Abs. 1, § 5 Abs. 2, § 6 Abs. 1 Z 2 und 5, Abs. 2, § 7 Abs. 1, 3 und 4; Überschrift zu § 9, § 9 Abs. 1, 5 und 6, § 9a samt Überschrift, § 10 Abs. 3 Z 1 und 2, Abs. 4 Z 2, § 11 samt Überschrift, § 13 Abs. 1 Z 1 bis 7, Abs. 2, § 14, § 15, § 16 Abs. 1, 3, 6 und 7, § 17 Abs. 1 Z 4 lit. e bis g, § 18 Abs. 1, Abs. 2 Z 1, Abs. 4, 5 und 7, § 19 Abs. 1, § 20 Abs. 1 Z 4, 7, 9,

11 bis 13, § 20 Abs. 3, § 21 Abs. 3, 5, 7 und 10, § 24a samt Überschrift, § 26 Abs. 4 Z 1 lit. h und m, Z 2 lit. b und c sowie Z 3 lit. a, § 29 Abs. 2 und 5, § 31 Abs. 1, § 38 und § 42 Abs. 3 bis 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. XX/2023 treten mit 1. Jänner 2024 in Kraft.“

60. § 42 Abs. 3 bis 5 lauten:

„(3) Auf einen Regressanspruch der Bundesgesundheitsagentur gegen Mitglieder der Bundes-Zielsteuerungskommission oder Mitglieder des Ständigen Koordinierungsausschusses ist das Dienstnehmerhaftpflichtgesetz (BGBl. Nr. 80/1965 in der Fassung BGBl. I Nr. 61/2021) sinngemäß anzuwenden.

(4) Beschlüsse der mit Bundesgesetz BGBl. I Nr. 26/2017 eingerichteten Bundes-Zielsteuerungskommission sowie daraus abgeleitete Rechte und Verbindlichkeiten bleiben aufrecht, sofern die auf Grund dieses Gesetzes einzurichtende Bundes-Zielsteuerungskommission nichts Gegenteiliges beschließt.

(5) Ein bestelltes Mitglied der mit Bundesgesetz BGBl. I Nr. 26/2017 eingerichteten Bundes-Zielsteuerungskommission ist so lange Mitglied der auf Grund dieses Gesetzes einzurichtenden Bundes-Zielsteuerungskommission, bis für dieses ein anderes Mitglied bestellt wird.“

Artikel 2

Änderung des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes

Das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, BGBl. I Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 79/2022, wird wie folgt geändert:

1. § 2b Abs. 2 lautet:

„(2) Neben Abteilungen bzw. an Stelle von Abteilungen können nach Maßgabe des § 2a Abs. 5 folgende fachrichtungsbezogene Organisationsformen als Organisationseinheiten vorgehalten werden:

1. Departments als bettenführende Einrichtungen für Remobilisation und Nachsorge sowie für Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 15 Betten sowie für Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens 12 Betten. Auf diese Mindestbettenanzahl können ambulante Betreuungsplätze maximal bis zur Hälfte angerechnet werden. Departments müssen nach Maßgabe des § 8 Abs. 1 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei Fachärzte oder Ärzte für Allgemeinmedizin mit entsprechender Qualifikation verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 2a Abs. 5 Z 1 eingerichtet werden.
2. Fachschwerpunkte als bettenführende Einrichtungen mit acht bis vierzehn Betten und eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG einschließlich Akutfallversorgung während der Öffnungszeiten für die medizinischen Sonderfächer gemäß § 2a Abs. 5 Z 2. Auf diese Bettenanzahl können ambulante Betreuungsplätze maximal bis zur Hälfte angerechnet werden. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Öffnungszeiten und Betriebszeiten aufweisen. Außerhalb der Öffnungszeiten aber während der Betriebszeiten ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Außerhalb der Betriebszeit des Fachschwerpunktes ist die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten durch die Partner- oder Mutterabteilung sicherzustellen. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. a in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. b auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen.
3. Dislozierte Wochenkliniken als bettenführende Einrichtungen. Sie dienen zur Durchführung von Behandlungen mit kurzer Verweildauer, wobei das Leistungsangebot auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG eingeschränkt ist. Die Einrichtung dislozierter Wochenkliniken ist nur in Standardkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten zulässig. Betriebszeiten dislozierter Wochenkliniken sind auf Wochenbetrieb und Öffnungszeiten tageszeitlich einschränkbar. Außerhalb der Öffnungszeiten aber während der Betriebszeiten ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Die Anstaltsordnung kann abweichende Regelungen für Feiertage vorsehen. Im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche

Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.

4. Dislozierte Tageskliniken als bettenführende Einrichtungen an Standorten von Krankenanstalten ohne vollstationäre bettenführende Einrichtung (Abteilung, Department oder Fachschwerpunkt) desselben Sonderfaches mit einem auf tagesklinisch elektiv erbringbare Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG. Sie weisen eingeschränkte Öffnungs- und Betriebszeiten auf. Außerhalb der Öffnungszeit aber während der Betriebszeit ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patientinnen und Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen. Dislozierte Tageskliniken können in Standardkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 2a Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen eingerichtet werden.“

2. § 3 Abs. 2a und 2b lauten:

„(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 Österreichische Gesundheitskasse 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) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Abs. 3 abzusehen, wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017, in der jeweils geltenden Fassung, geregelt ist.“

3. § 3 Abs. 6 lautet:

„(6) Weiters hat die Landesgesetzgebung vorzusehen, dass in Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt und in Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfs betroffene Sozialversicherungsträger hinsichtlich des nach § 3 Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Abs. 2c zu prüfenden Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht gemäß Art. 132 Abs. 5 B-VG und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Landesverwaltungsgerichtes das Recht auf Revision an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Art. 133 Abs. 1 B-VG haben. Die Stellungnahmen der Sozialversicherungsträger zur Frage des Bedarfs haben im Wege des Dachverbandes zu erfolgen. Die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten hat die Möglichkeit, eine Stellungnahme in angemessener Frist abzugeben.“

4. Die Einleitung der Z 1 in § 3a Abs. 2 lautet:

„nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und kasseneigene Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, Gruppenpraxen und selbstständige Ambulatorien jeweils mit Kassenverträgen, bei selbstständigen Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Zahnärzte, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen jeweils mit Kassenverträgen,“

5. § 3a Abs. 3 Z 3 und 4 lauten:

- „3. das Inanspruchnahmeverhalten durch Patienten und die Auslastung von bestehenden Leistungsanbietern, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,
4. die durchschnittliche Belastung bestehender Leistungsanbieter gemäß Z 3,“

6. In § 3a Abs. 3 erhält Z 5 die Bezeichnung „6.“ und wird nach Z 4 folgende Z 5 eingefügt:

- „5. Öffnungszeiten bestehender Leistungsanbieter gemäß Z 3, insbesondere an Tagesrandzeiten und an Wochenenden, und“

7. § 3a Abs. 3a entfällt.

8. § 3a Abs. 4 und 5 lauten:

„(4) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 2 Z 1 in Verbindung mit Abs. 3 abzusehen, wenn

1. der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang sowie das Einzugsgebiet in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 G-ZG geregelt sind, oder
2. nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbstständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen, wobei die Österreichische Gesundheitskasse zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören ist, oder
3. bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt.

(5) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung ist ausgenommen in den Fällen des Abs. 4 ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstitut sowie eine begründete Stellungnahme des jeweiligen Landesgesundheitsfonds hinsichtlich des Bedarfs unter Zugrundelegung der Kriterien gemäß Abs. 3 einzuholen.“

9. § 3a Abs. 8 lautet:

„(8) Weiters hat die Landesgesetzgebung vorzusehen, dass in Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums – ausgenommen in den Fällen des Abs. 4 – betroffene Sozialversicherungsträger, hinsichtlich des Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht gemäß Art. 132 Abs. 5 B-VG und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Landesverwaltungsgerichts das Recht der Revision an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Art. 133 Abs. 1 B-VG haben. Dies gilt auch für Verfahren zur Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3. Die Stellungnahmen der Sozialversicherungsträger zur Frage des Bedarfs haben im Wege des Dachverbandes zu erfolgen. Die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und die zuständige Landesärztekammer bzw. bei selbstständigen Zahnambulatorien die Österreichische Zahnärztekammer haben die Möglichkeit, eine Stellungnahme in angemessener Frist abzugeben.“

10. § 3a Abs. 9 und 10 entfällt.

11. § 3b Abs. 2 lautet:

„(2) Die Bewilligung zum Betriebe des selbstständigen Ambulatoriums eines Krankenversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 1 Z 1 bis 4 gegeben sind.“

12. In § 10a Abs. 2 erhält die bisherige Z 7 die Bezeichnung „8.“ und wird folgende Z 7 eingefügt:

„7. die minimale Anzahl an Tagesklinikplätzen und ambulanter Betreuungsplätze je Fachrichtung und Standort,“

13. § 19a Abs. 3 erster Satz lautet:

„Die Träger von Krankenanstalten haben sicherzustellen, dass die Arzneimittelkommission bei der Erfüllung ihrer Aufgabe unter Anwendung der Empfehlungen des Bewertungsboards gemäß § 62d insbesondere nachstehende Grundsätze berücksichtigt:“

14. § 19a Abs. 4 Z 3 lautet:

„3. bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das im Falle einer entgeltlichen Beschaffung ökonomisch günstigste gewählt und, wenn medizinisch vertretbar, das vom Dachverband der Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex und die Richtlinien für die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden.“

15. § 19a Abs. 5 lautet:

„(5) Die Landesgesetzgebung hat die Träger von Krankenanstalten zu verpflichten, dafür Sorge zu tragen, dass ausschließlich die in der Arzneimittelliste enthaltenen Arzneimittel in der Krankenanstalt Anwendung finden und dass bei Abweichung von der Arzneimittelliste im Einzelfall die medizinische Notwendigkeit dieser Abweichung der Arzneimittelkommission nachträglich zur Kenntnis zu bringen und zu begründen ist.“

16. § 20 Abs. 1 lautet:

„(1) In öffentlichen Krankenanstalten, in denen Anstaltsapotheken nicht bestehen, muss ein hinlänglicher Vorrat an Arzneimitteln, die nach der Eigenart der Krankenanstalt gewöhnlich erforderlich sind und entsprechend der von der Arzneimittelkommission gemäß § 19a erstellten Arzneimittelliste, angelegt sein. Für die Bezeichnung und Verwahrung sind die für die ärztlichen Hausapotheken geltenden Vorschriften sinngemäß anzuwenden. Eine Anfertigung oder sonstige Zubereitung von Arzneien ist nicht zulässig. Arzneien dürfen an die Pfleglinge nur unter der Verantwortung eines Arztes verabreicht werden.“

17. In § 26 Abs. 1 wird am Ende der Z 6 das Wort „oder“ durch einen Beistrich ersetzt und wird am Ende der Z 7 das Wort „oder“ angefügt und folgende Z 8 eingefügt:

„8. für die Erfüllung allenfalls darüber hinausgehender in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, festgelegter Aufgaben/Leistungen“

18. In § 57 wird nach Abs. 1 folgender Abs. 1a eingefügt:

„(1a) Der Bund hat der Bundesgesundheitsagentur zusätzlich für den Zeitraum 2024 bis 2028 folgende zweckgewidmete Beiträge gemäß Art. 31 der Vereinbarung gemäß 15a B-VG Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zu gewähren:

1. Stärkung des niedergelassenen Bereichs: jährlich 300 Millionen Euro (über die Laufzeit 1.500 Millionen Euro),
2. Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und für Strukturreformen über die Laufzeit 3.016,9 Millionen Euro:
 - a) 2024: 550,0 Millionen Euro,
 - b) 2025: 577,5 Millionen Euro,
 - c) 2026: 603,5 Millionen Euro,
 - d) 2027: 629,4 Millionen Euro,
 - e) 2028: 656,5 Millionen Euro,
3. Medikamente: jährlich 3 Millionen Euro (über die Laufzeit 15 Millionen Euro).“

19. § 59 Abs. 6 Z 2 lautet:

„2. Sodann sind jährlich

- a) 5 Millionen Euro zur Förderung des Transplantationswesens,
 - b) ab dem Jahr 2024 12,5 Millionen Euro zur Finanzierung von Projekten und Planungen, insbesondere auch im Hinblick auf die Anforderungen aufgrund der erforderlichen Strukturmaßnahmen gemäß Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie zur Abgeltung von Leistungen, die von der Gesundheit Österreich GmbH für die Bundesgesundheitsagentur erbracht werden,
 - c) 3,5 Millionen Euro zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen im Sinne der lit. a und für wesentliche Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung, deren Verwendung im Einvernehmen mit den Ländern und der Sozialversicherung festgelegt wird,
 - d) 40 Millionen Euro zur Finanzierung von überregionalen Vorhaben gemäß § 59g mit der Option auf Erhöhung durch Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission,
 - e) 3,417 Millionen Euro zur Finanzierung des Länderanteils an ELGA nach Maßgabe entsprechender Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission,
 - f) 17 Millionen Euro zur Finanzierung des Länderanteils an der Drittelfinanzierung der Vorhaben im Bereich Digitalisierung/eHealth und
 - g) 43 Millionen Euro zur Finanzierung des Länderanteils an der Drittelfinanzierung der Vorhaben gemäß Art. 31 Abs. 1 Z 4 und 5 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens
- einzubehalten und gemäß den §§ 59d bis 59g bzw. entsprechend der Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission zu verwenden.“

20. Dem § 59 werden folgende Abs. 11 bis 13 angefügt:

„(11) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 1a Z 1 sind einmal jährlich am 31. März an den Dachverband der Sozialversicherungsträger zu überweisen. Ab Beschluss der gemeinsam zu vereinbarenden Jahresarbeitsprogramme erfolgt die Vorabüberweisung auf Grundlage dieser.“

(12) Die Mittel der Bundesgesundheitsagentur gemäß § 57 Abs. 1a Z 2 sind unter Anwendung des folgenden Gesamtschlüssels an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen:

Burgenland	2,461 %
Kärnten	7,313 %
Niederösterreich	14,500 %
Oberösterreich	16,956 %
Salzburg	6,438 %
Steiermark	14,326 %
Tirol	7,971 %
Vorarlberg	4,047 %
Wien	25,988 %

(13) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 1a Z 2 sind einmal jährlich am 31. März an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen. Ab Beschluss der gemeinsam zu vereinbarenden Jahresarbeitsprogramme erfolgt die Vorabüberweisung auf Grundlage dieser.“

21. In § 59d Abs. 3 Z 1 erhalten lit. c bis f die Bezeichnungen „d)“ bis „g)“ und wird nach lit. b folgende lit. c eingefügt:

„c) Einrichtung und Administration „Lokaler Transplantationsbeauftragter“ zur Förderung der Organspende in den betreffenden Krankenanstalten und zur Analyse des lokalen Potenzials für Organspenden;“

22. § 59e Abs. 1 und 2 lauten:

„(1) Zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen und zur Förderung wesentlicher Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie Behandlungsmaßnahmen mit überregionaler Bedeutung, insbesondere mit Bezug zu den Gesundheitszielen Österreich können von der Bundesgesundheitsagentur höchstens 3,5 Millionen Euro jährlich verwendet werden.“

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

23. In § 59f erhält der bisherige Text die Absatzbezeichnung „(1)“; folgende Abs. 2 bis 5 werden angefügt:

„(2) Für die Mittel zur Stärkung des niedergelassenen Bereichs (§ 57 Abs. 1a Z 1) gilt Folgendes:

1. Diese Mittel sind insbesondere für folgende Zwecke einzusetzen:

a) Ausbau und Aufbau des niedergelassenen Bereichs vorrangig in Form von vergemeinschafteten / größeren Einheiten („quantitativer“ Ausbau) wie Primärversorgung insbesondere PVE und multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre Einheiten im fachärztlichen Bereich (einschließlich Gruppenpraxen und selbständige Ambulatorien) durch die Schaffung von zusätzlichen Kassenarztstellen (ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten [ÄAVE])

b) Ausbau der Leistungserbringung („qualitativer“ Ausbau einschließlich telemedizinischer Leistungen): Verbesserung der Leistungserbringung beispielsweise der Sicherstellung des niedergelassenen Leistungsangebots auch zu Tagesrandzeiten und Wochenenden, durch die Herstellung verbindlicher, moderner und einheitlicher Leistungskataloge je Träger und eines bundesweit einheitlichen Gesamtvertrages der ÖGK samt harmonisierter Honorierung.

2. Sollten für die unter Z 1 lit. a angeführten Zwecke Mittel, deren Höhe, die in § 57 Abs. 1a Z 1 genannte Summe über die Laufzeit übersteigt, benötigt werden, sind diese Mehraufwendungen von jenen Krankenversicherungsträgern aufzuwenden, in denen Wirkungsbereich die Aufwendungen anfallen.

(3) Für die Mittel zur Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und für Strukturreformen (§ 57 Abs. 1a Z 2) gilt Folgendes:

1. Die zusätzlichen Mittel sind für Strukturreformen und zur Stärkung des spitalsambulanten Bereichs einzusetzen, insbesondere für den Auf- und Ausbau von spitalsambulanten Angeboten (einschließlich telemedizinischer Leistungen) sowie die Fortführung bereits initiierteter Vorhaben mit dem Ziel, den stationären Bereich zu entlasten bzw. in einzelnen Bereichen zu ersetzen. Auf Basis des ÖSG und RSG sind insbesondere folgende Vorhaben umfasst:
 - a) Schmerzversorgung,
 - b) onkologische Versorgung,
 - c) spezifische Therapien bei definierten Augenerkrankungen,
 - d) psychische Versorgung von Kindern und Jugendlichen inklusive innovative Versorgungsformen,
 - e) psychische Versorgung von Erwachsenen Jugendlichen inklusive innovative Versorgungsformen,
 - f) Versorgung von Diabeteserkrankungen (inklusive Gestationsdiabetes),
 - g) Wundversorgung,
 - h) Versorgung von Menschen mit komplexen postviralen/postinfektiösen Syndromen,
 - i) kontinuierlichen Versorgung von Menschen mit Herzschrittmachern,
 - j) Ersatz bzw. Umwandlung von bettenführenden Einheiten/Standorten durch Medizinische Versorgungszentren und Erstversorgungsambulanzen (insbesondere unter Berücksichtigung von Primärversorgungseinheiten) sowie medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen/tagesambulanten oder spitalsambulanten Bereich,
 - k) Telemedizinische Angebote (einschließlich Telekonsultationen) zur Forcierung von Leistungen im digitalen Bereich sowie
 - l) Umsetzung und Unterstützung einer niederschweligen und zielgerichteten Patient:inneninformation sowie der Steuerung von Patient:innenwegen gemäß Art. 9 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.
 2. Von den zusätzlichen Mitteln gemäß § 57 Abs. 1a Z 2 sind mindestens insgesamt 1.207 Millionen Euro über die Laufzeit für Strukturreformen und zur Stärkung des spitalsambulanten Bereichs gemäß Z 1 einzusetzen, wobei folgende Aufteilung auf die einzelnen Jahre vereinbart wird:
 - a) mindestens 150 Millionen Euro für das Jahr 2025,
 - b) mindestens 300 Millionen Euro für das Jahr 2026,
 - c) mindestens 350 Millionen Euro für das Jahr 2027 und
 - e) mindestens 407 Millionen Euro für das Jahr 2028.
 3. Die jährlich verbleibenden zusätzlichen Mittel können bis zu dem in Z 2 für das jeweilige Jahr festgelegte Höchstausmaß für den laufenden Betrieb der Krankenanstalten und für die Abgangsfinanzierung eingesetzt werden. Die Höchstgrenzen pro Bundesland ergeben sich aus dem Verteilungsschlüssel in § 59 Abs. 12.
- (4) Für die Mittel gemäß Abs. 2 und 3 gilt weiters:
1. Die Verwendung und die Abrechnung der zweckgewidmeten Mittel gemäß Abs. 2 und 3 haben nach den im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages festgelegten Kriterien zu erfolgen.
 2. Die Operationalisierung der geplanten Vorhaben/Maßnahmen getrennt für die Landes- bzw. Bundesebene erfolgt jährlich in den von der Bundes-Zielsteuerungskommission zu beschließenden Jahresarbeitsprogrammen.
 3. Die Umsetzung und Zielerreichung einzelnen Vorhaben ist durch eine regelmäßige Berichterstattung und ein laufendes Monitoring zu begleiten und die Bundes-Zielsteuerungskommission und die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission sind entsprechend zu informieren.
 4. Werden in einzelnen Jahren der Laufzeit dieser Vereinbarung die zweckgewidmeten Mittel nicht zur Gänze ausgeschöpft, so können die Differenzbeträge in den Folgejahren verwendet werden, für das letzte Jahr der Laufzeit allerdings nur bis zu einem Höchstausmaß von 150 Prozent der Mittel, die für das Jahr 2024 vereinbart sind.
- (5) Die Mittel für Medikamente (§ 57 Abs. 1a Z 3) sind insbesondere für folgende Zwecke einzusetzen:

1. Etablierung und Verankerung eines umfassenden Horizon Scanning für neue Arzneimittel und Medizinprodukte;
2. Etablierung eines Bewertungsboards für ausgewählte hochpreisige und spezialisierte Arzneispezialitäten und sonstige hochspezialisierte Therapieformen (im intramuralen Bereich bzw. an der Nahtstelle zwischen intra- und extramuralen Bereich) zur Aufbereitung von bundesweit einheitlichen Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung, Rahmenbedingungen und für die Unterstützung von Preisverhandlungen. Die Geschäftsstelle des Bewertungsboards ist bei dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium einzurichten. Der Prozess zur Aufnahmen in den Erstattungskodex gemäß § 351c ASVG und die Prüfung der Erstattungsfähigkeit im niedergelassenen Bereich bleiben davon unberührt;
3. Die Mittel für die Etablierung des Bewertungsboards gemäß Z 2 sind wie folgt einzusetzen:
 - a) Finanzierung des Bewertungsboards,
 - b) Durchführung und Aufbereitung von Health Technology Assessments (HTA) bei Arzneispezialitäten an der Nahtstelle zwischen intra- und extramuralen Bereich sowie
 - c) im Fall von durch lit. a und b nicht verbrauchten Mitteln die Durchführung und Aufbereitung von HTA bei Arzneispezialitäten im intramuralen Bereich.“

24. § 59g Abs. 1 Z 2 lautet:

„2. Aufbringung des Anteils der Länder an der Finanzierung von Vorhaben zum Aufbau von überregional erforderlicher Infrastruktur, sofern dafür nicht bereits eigene Finanzierungsregeln vereinbart sind, wie z. B. neue Telegesundheitsdienste“

25. § 59g Abs. 5 lautet:

„(5) Sofern in einzelnen Jahren das Höchstausmaß gemäß § 59 Abs. 6 Z 2 lit. d nicht ausgeschöpft wird, so kann dieser Differenzbetrag bis zu einem Betrag von insgesamt 40 Millionen Euro zweckgewidmet für Mittelverwendungen in den Folgejahren einer Rücklage zugeführt werden. Bis zum Ende der Laufzeit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens nicht für konkrete Vorhaben gebundene und nicht verbrauchte Mittel fließen an die Landesgesundheitsfonds.“

26. Nach § 62c wird folgendes Hauptstück eingefügt:

„Hauptstück G

Bundesweit einheitlicher, systematischer Bewertungsprozess für ausgewählte Arzneispezialitäten

Einrichtung eines Bewertungsboards

§ 62d. Zur Bewertung des Einsatzes ausgewählter hochpreisiger und spezialisierter Arzneispezialitäten im intramuralen Bereich oder an der Nahtstelle zwischen extra- und intramuralem Bereich hat die/der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister ein nationales Bewertungsboard einzurichten. Für die Kostentragung des Bewertungsboards einschließlich der Geschäftsstelle (§ 62h) durch den Bund gilt § 59f Abs. 5 Z 3.

Aufgabe des Bewertungsboards

§ 62e. (1) Das Bewertungsboard hat auf Basis von Health Technology Assessments (HTAs) und der gemeinsam von den Ländern und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen ausverhandelten Preise Empfehlungen hinsichtlich des Einsatzes von ausgewählten Arzneispezialitäten im intramuralen Bereich oder bei Anwendung an der Nahtstelle zwischen extra- und intramuralem Bereich grundsätzlich vor deren Anwendung abzugeben. Die Empfehlungen des Bewertungsboards stellen Sachverständigengutachten in Bezug auf die Grundsätze und anerkannten Methoden der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft gemäß § 19a Abs. 3 Z 2.

(2) Der Wirkungsbereich umfasst Arzneispezialitäten die gemäß Art 7 der Verordnung (EU) 2021/2282 (HTA-Verordnung) gemeinsame klinische Bewertungen (JCA) durchlaufen haben oder die durch Horizon Scanning Aktivitäten mittels der internationalen Horizon Scanning Initiative (IHSI) oder durch aktive Einmeldung durch Kostenträger für ebendiese Arzneimittel identifiziert und vom Bewertungsboard ausgewählt wurden, wenn sie hochpreisig und spezialisiert in der Anwendung sind. Dabei gilt Folgendes:

1. die Hochpreisigkeit einer Arzneispezialität ist nach zumindest einem der folgenden Kriterien zu bewerten:
 - a) voraussichtlicher Fabriksabgabepreis (FAP),
 - b) voraussichtliche Monats- bzw. Jahrestherapiekosten pro Patientin/Patient und
 - c) voraussichtliches jährliches Kostenvolumen
2. Arzneispezialitäten gelten insbesondere als spezialisiert, wenn regelmäßige Kontrollen in entsprechenden Fachabteilungen bzw. definierten Zentren erforderlich sind und mindestens eines der folgenden Kriterien zutrifft:
 - a) Die Arzneispezialität ist für seltene Erkrankungen von der europäischen Arzneimittelbehörde EMA zugelassen oder für die Behandlung von seltenen Erkrankungen angezeigt.
 - b) Es ist eine komplexe Diagnostik und Indikationsstellung sowie die Erstverordnung durch eine Fachabteilung bzw. ein definiertes Zentrum im intramuralen Bereich erforderlich.
 - c) Es ist eine spezielle Verabreichung oder Handhabung entsprechend der Fachinformation erforderlich.

Näheres dazu ist in der Geschäftsordnung des Boards (§ 62g) festzulegen.

(3) Die Aufgaben des Bewertungsboards sind insbesondere

1. die Auswahl von zu bewertenden Arzneispezialitäten nach den definierten Kriterien gemäß Abs. 2,
2. die Festlegung der Zugehörigkeit der Arzneispezialität zur Nahtstelle des intra- und extramuralen Bereichs bzw. zum intramuralen Bereich. Diese erfolgt auf Basis eines von den Ländern und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger gemeinsam aufbereiteten Vorschlags. Diesbezüglich sind nur die Vertreter der Sozialversicherung und der Länder im Board stimmberechtigt, wobei eine Entscheidung jedenfalls die Mehrheit der Vertreter/innen sowohl der Sozialversicherung als auch der Länder erfordert. Im Falle eines Dissens, hat in der folgenden Sitzung eine Einigung hinsichtlich der Festlegung der Zugehörigkeit zu erfolgen.
3. Die Abgabe von Empfehlungen innerhalb von 5 Monaten ab Festlegung der Zugehörigkeit gemäß § 62e Abs. 3 Z 2 unter Ermöglichung einer Fristerstreckung.

(4) Die Empfehlungen des Bewertungsboards hinsichtlich der einzelnen Arzneispezialitäten haben insbesondere Folgendes zu beinhalten:

1. Die Beurteilung des medizinisch-therapeutischen Zusatznutzens auf Basis eines Vergleichs mit therapeutischen Alternativen in Zusammenschau mit der Wirtschaftlichkeit (nach vorab definierten Wirtschaftlichkeitskriterien) und möglichen Anwendungskriterien,
2. die Anwendung bzw. Nicht-Anwendung,
3. bestimmte Anwendungskriterien von Arzneispezialitäten unter Berücksichtigung der Verhandlungsergebnisse und etwaiger von den Mitgliedern des Bewertungsboards oder des vertriebsberechtigten Unternehmens eingebrachter Stellungnahmen und
4. Begleitmaßnahmen, die im Rahmen des Bewertungsprozesses eingefordert werden können. Dazu zählt insbesondere im intramuralen Bereich
 - a) die Einrichtung und Befüllung von Krankheitsregistern,
 - b) die Überprüfung der Anwendung der Empfehlungen des Bewertungsboards sowie
 - c) eine Verlaufskontrolle und Analyse der Wirksamkeit und Sicherheit von Arzneispezialitäten.

Eine Zugänglichkeit zu pseudonymisierten Daten des Registers der in Österreich behandelten Patientinnen und Patienten für das Bewertungsboard ist dabei sicherzustellen.

(5) Die Empfehlungen des Bewertungsboards gemäß § 62e Abs. 4 Z 1 bis 3 sind in dem von diesem festgelegten Umfang auf der Website des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums zu veröffentlichen.

(6) Das vertriebsberechtigte Unternehmen ist verpflichtet, dem Bewertungsboard die für die Erstellung der Empfehlungen erforderlichen Informationen, die in den Bewertungsumfang des geplanten Assessments fallen, zur Verfügung zu stellen. Unter anderem zählen dazu:

1. zulassungsbegründende klinische Studien, Fachinformation, systematische Reviews/Meta-Analysen im Vergleich zu den therapeutischen Alternativen und epidemiologische Daten (Inzidenz und Prävalenz sowie Patientenzahlen in Österreich) sowie
2. nationale und internationale Preise, Preisvergleiche, gesundheitsökonomische Analysen (insbesondere Kosten-Nutzwert-Analyse), Budget-Impact-Analyse, Förderungen aus öffentlichen Mitteln sowie den Anteilen bzw. die Höhe der Forschungs- und Entwicklungskosten.

Dem vertriebsberechtigten Unternehmen ist vor Beschluss der Empfehlungen die Möglichkeit zur schriftlichen Stellungnahme innerhalb einer angemessenen Frist einzuräumen.

(7) Länder und Sozialversicherung sind verpflichtet, ihnen vorliegende Informationen, die für die Bewertung der Arzneispezialität zweckmäßig sind, dem Bewertungsboard im Wege der Geschäftsstelle des Bewertungsboards zur Verfügung zu stellen.

(8) Empfehlungen des Bewertungsboards sind binnen spätestens 5 Jahren durch dieses zu evaluieren. Dazu sind neuerliche Preisverhandlungen durchzuführen. Für die Evaluierung sind die in Abs. 6 genannten Informationen sowie Daten aus der klinischen Anwendung der Arzneispezialität zu berücksichtigen.

Zusammensetzung des Bewertungsboards

§ 62f. (1) Dem Bewertungsboard gehören

1. ein/e fachkundige/r Vertreter/in des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums,
2. je ein/e von der/dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister entsandte fachkundige/r Vertreter/in des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen und der Gesundheit Österreich GmbH,
3. je ein/e fachkundige/r Vertreter/in jedes Landes,
4. je zwei fachkundige Vertreter/innen der Österreichischen Gesundheitskasse, der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau, der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen und drei fachkundige Vertreter/innen des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger,
5. drei unabhängige Vertreter/innen der Wissenschaft aus einschlägigen Fachrichtungen (Pharmakologinnen/Pharmakologen und Mediziner/innen von Universitätsinstituten) und
6. ein/e Vertreter/in der Patientenanwaltschaften in beratender Funktion ohne Stimmrecht

an. Bei Abstimmungen zu Arzneispezialitäten, die gemäß § 62e Abs. 3 Z 2 für den intramuralen Bereich bestimmt sind, haben die Vertreter/innen gemäß Z 4 eine beratende Funktion ohne Stimmrecht. Weiters sind erforderlichenfalls Vertreter/innen unabhängiger HTA-Institutionen sowie unabhängige Vertreter/innen der Wissenschaft bzw. Kliniker/innen als Expertinnen/Experten beizuziehen. Den Vorsitz führt ein/e unabhängige/r Vertreter/in der Wissenschaft gemäß Z 5.

(2) Es ist sicherzustellen, dass die Mitglieder des Bewertungsboards in Ausübung ihrer Tätigkeit keinen Weisungen unterliegen. Die Tätigkeit im Bewertungsboard erfolgt ehrenamtlich, wobei für die Vorsitzführung in der Geschäftsordnung eine entsprechende Aufwandsentschädigung vorzusehen ist. Alle Mitglieder des Bewertungsboards, der Geschäftsstelle sowie beigezogene Kliniker/innen sind zur Verschwiegenheit über Umstände, die ihnen während der Tätigkeit für das Bewertungsboard bekannt werden, verpflichtet.

(3) Die Mitglieder des Bewertungsboards haben allfällige Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie offenzulegen. Sie haben sich – unbeschadet weiterer allfälliger Befangenheitsgründe – in allen Angelegenheiten zu enthalten, in denen eine Beziehung zur pharmazeutischen Industrie geeignet ist, ihre volle Unbefangenheit in Zweifel zu ziehen. Dies gilt auch für allfällig beigezogene Expertinnen/Experten.

(4) Die Mitglieder haben für den Fall ihrer Abwesenheit Vertretungen namhaft zu machen.

Geschäftsordnung des Bewertungsboards

§ 62g. (1) Das Bewertungsboard hat nähere Bestimmungen zum Prozess und zum Aufgabenbereich in einer Geschäftsordnung zu regeln und diese der Bundes-Zielsteuerungskommission gemäß § 26 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen.

(2) In der Geschäftsordnung sind insbesondere festzulegen:

1. Beschlussmodalitäten, wobei folgende Vorgaben jedenfalls einzuhalten sind:
 - a) Bei Abstimmungen zu Arzneispezialitäten, die gemäß § 62e Abs. 3 Z 2 für den intramuralen Bereich bestimmt sind, gilt die Regelung des § 62f zweiter Satz,
 - b) bei Abstimmungen zu Arzneispezialitäten, die gemäß § 62e Abs. 3 Z 2 für die Nahtstelle des intra- und extramuralen Bereich bestimmt sind, ist zu gewährleisten, dass die Vertreter/innen gemäß § 62f Z 3 und 4 gemeinsam jedenfalls Empfehlungen gemäß § 62e Abs. 4 beschließen können und
 - c) bei Festlegungen gemäß § 62e Abs. 3 Z 2 sind nur Vertreter/innen gemäß § 62f Z 3 und 4 stimmberechtigt.

2. die Arbeitsweise, wobei sicherzustellen ist, dass der Beschluss von Empfehlungen innerhalb von 5 Monaten ab Festlegung der Zugehörigkeit gemäß § 62e Abs. 3 Z 2 unter Ermöglichung einer Fristerstreckung zu erfolgen hat,
3. Umgang mit den ausgewählten Arzneyspezialitäten bis zum Abschluss des Prozesses und
4. weitere Aufgaben der Geschäftsstelle gemäß § 62h.

Geschäftsstelle des Bewertungsboards

§ 62h. (1) Zur Unterstützung des Bewertungsboards bei Erfüllung seiner Aufgaben gemäß § 62e Abs. 3 ist in dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium eine Geschäftsstelle einzurichten. Die Aufgaben der Geschäftsstelle des Bewertungsboards sind in der Geschäftsordnung zu regeln.

(2) Die Aufgaben der Geschäftsstelle sind insbesondere

1. administrative Aufgaben:

- a) Organisation der Sitzungen des Bewertungsboards,
- b) monatliche Veröffentlichung einer aktuellen Liste mit Arzneyspezialitäten, die sich im Bewertungsprozess befinden,
- c) Dissemination der Empfehlungen des Bewertungsboards und
- d) Koordination der unter Z 2 angeführten Aufgaben sowie

2. inhaltliche Aufgaben:

- a) Erstellung einer Priorisierungsliste für potentiell zu bewertende Arzneyspezialitäten im Einvernehmen mit den Vertreter/innen gemäß Abs. 3,
- b) Durchführung und Aufbereitung von HTA, wobei Joint Clinical Assessments (JCA), die gemäß EU-HTA-Verordnung auf Unionsebene vorliegen, entsprechend zu berücksichtigen sind, sowie Durchführung und Aufbereitung von gesundheitsökonomischen Evaluationen,
- c) Vorschlag des Bewertungsumfanges insbesondere in Hinblick auf die Auswahl der Komparatoren,
- d) Definition von Anwendungskriterien unter Berücksichtigung der medizinischen und gesundheitsökonomischen Aspekte und
- e) Unterstützung des Verhandlungsteams gemäß § 62i.

(3) Die Geschäftsstelle hat jeweils eine/n namhaft gemachte/n Vertreter/in der Sozialversicherung und der Länder über aktuelle Entwicklungen, Arbeiten und Ergebnisse in Zusammenhang mit den in Abs. 2 angeführten Aufgaben zu informieren.

Verhandlungsteam

§ 62i. Für die Preisverhandlungen mit den vertriebsberechtigten Unternehmen ist ein Verhandlungsteam einzurichten. Dieses Verhandlungsteam hat aus Vertreter/innen von Sozialversicherung und Ländern zu bestehen. Bei Verhandlungen betreffend Arzneyspezialitäten im intramuralen Bereich führt ein/e Vertreter/in der Länder, bei Verhandlung betreffend Arzneyspezialitäten an der Nahtstelle zwischen extra- und intramuralem Bereich ein/e Vertreter/in der Sozialversicherung den Vorsitz. Bei Bedarf kann das Verhandlungsteam weitere Fachexpertinnen/Fachexperten beiziehen.“

27. Dem § 65b werden folgende Abs. 14 und 15 angefügt:

„(14) Die § 2b Abs. 2, § 3 Abs. 2a, 2b und 6, § 3a Abs. 2 Z 1, Abs. 3 bis 5 und 8, § 3b Abs. 2, § 10a Abs. 2 Z 8, § 19a Abs. 3, Abs. 4 Z 3 und Abs. 5, § 20 Abs. 1, § 26 Abs. 1 Z 6 bis 8, § 57 Abs. 1a, § 59 Abs. 6 Z 2, Abs. 11 bis 13, § 59d Abs. 3 Z 1 lit. c bis g, § 59e Abs. 1 und 2, § 59f, § 59g Abs. 1 Z 2 und Abs. 5 sowie das Hauptstück G samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. XX/2023 und der Entfall der § 3a Abs. 3a, 9 und 10 treten mit 1. Jänner 2024 in Kraft.

(15) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu den Änderungen in § 2b Abs. 2, § 3 Abs. 2a, 2b und 6, § 3a Abs. 2 Z 1, Abs. 3 bis 5 und 8, § 3b Abs. 2, § 10a Abs. 2 Z 8, § 19a Abs. 3, Abs. 4 Z 3 und Abs. 5, § 20 Abs. 1 und § 26 Abs. 1 Z 6 bis 8 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. XX/2023 sowie den Entfall der § 3a Abs. 3a, 9 und 10 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und mit 1. Jänner 2024 in Kraft zu setzen.“

Artikel 3 **Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes**

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 133/2023, wird wie folgt geändert:

1. Im § 30b Abs. 1 Z 10 wird der Punkt am Ende durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende Z 11 angefügt:

„11. die Erlassung einer Verordnung über den Versorgungsplan für den niedergelassenen Bereich gemäß § 24a G-ZG im übertragenen Wirkungsbereich; bei der Erlassung unterliegt der Dachverband den Weisungen des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.“

2. Im § 31a Abs. 4 wird der Punkt am Ende der Z 7 durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende Z 8 und 9 angefügt:

„8. Übermittlung von Daten nach § 6 Abs. 3 und 4 des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen;

9. Speicherung von ELGA-Gesundheitsdaten nach § 2 Z 9 GTelG 2012.“

3. Im § 31a wird nach dem Abs. 7 folgender Abs. 7a eingefügt:

„(7a) Wahlärztinnen, Wahlärzte sowie Wahl-Gruppenpraxen sind verpflichtet, die e-card und die e-card Infrastruktur für Zwecke der Sozialversicherung zu verwenden und die Identität des Patienten/der Patientin sowie die rechtmäßige Verwendung der e-card zu überprüfen.“

4. Im § 31d Abs. 3 wird der Ausdruck „(§ 23 Abs. 2 Z 2 GTelG 2012)“ durch den Ausdruck „(§ 23 Abs. 1 GTelG 2012)“ ersetzt.

5. Der bisherige Text des § 32b erhält die Absatzbezeichnung „(1)“, folgender Abs. 2 wird angefügt:

„(2) Freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte sowie ärztliche Gruppenpraxen, für deren Leistungen Kostenerstattungen, Kostenersätze oder Kostenzuschüsse gewährt werden sollen, haben dem Krankenversicherungsträger die von den Patientinnen und Patienten nachweislich bezahlten Honorarnoten nach deren Zustimmung mit einem einheitlichen Datensatz in elektronischer Form zu übermitteln. Der Dachverband hat diesen Datensatz im übertragenen Wirkungsbereich festzusetzen und im Internet kundzumachen. Bei der Festsetzung des Datensatzes unterliegt er den Weisungen des Bundesministers/der Bundesministerin für Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Ausgenommen von der Übermittlung sind nur jene Ärztinnen und Ärzte sowie ärztliche Gruppenpraxen, denen dies nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand möglich ist.“

6. § 84a Abs. 1 zweiter Satz lautet:

„Die Vertragsparteien nach dem Sechsten Teil haben die dabei abgestimmten, verbindlichen Planungsergebnisse, insbesondere die Verordnungen nach § 23 G-ZG, ihrem Verwaltungshandeln und der Planung und Umsetzung der Versorgung der Versicherten mit dem Ziel eines optimierten Mitteleinsatzes zu Grunde zu legen.“

7. § 84a Abs. 3 lautet:

„(3) Die gesetzlichen Krankenversicherungsträger haben nach § 29 Abs. 2 und 3 G-ZG Vertreter/innen in die Gesundheitsplattform sowie in die Landes-Zielsteuerungskommission des jeweiligen Landesgesundheitsfonds zu entsenden. Demzufolge haben die gesetzlichen Krankenversicherungsträger jeweils insgesamt sechs Vertreter/innen in die Gesundheitsplattformen und die Landes-Zielsteuerungskommissionen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden, und zwar vier Vertreter/in der Österreichischen Gesundheitskasse, wovon drei Vertreter/innen vom jeweiligen Landesstellenausschuss zu nominieren sind, darunter jedenfalls der/die Vorsitzende des Landesstellenausschusses und der/die Stellvertreter/in des Vorsitzenden, und jeweils ein/e Vertreter/in der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau und der Sozialversicherungsanstalt der Selbstständigen je Bundesland. Bei der Entsendung von Vertretern/Vertreterinnen und der Wahrnehmung der Aufgaben ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten.“

8. § 135 Abs. 3 lautet:

„(3) Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, eine Wahlärztin oder einen Wahlarzt, in einer Primärversorgungseinheit, in einer Vertrags-Gruppenpraxis oder in einer Wahl-Gruppenpraxis oder in eigenen Einrichtungen oder in Vertragseinrichtungen des Versicherungsträgers hat die/der Erkrankte die innerhalb des ELSY zu verwendende e-card vorzulegen. Für die e-card ist ein Service-Entgelt nach § 31c zu entrichten.“

9. Im § 136 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Apotheken übermitteln zum Zweck der Versorgungsforschung auch die der Abrechnung entsprechenden Daten, wenn keine Abrechnung des Heilmittels mit dem Träger der Krankenversicherung erfolgt, da die Rezeptgebühr nach Abs. 3 höher ist als der sonst der Krankenversicherung (inklusive Umsatzsteuer) verrechnete Preis.“

10. Im § 338 Abs. 2 wird der zweite Satz durch folgende Sätze ersetzt:

„Maßgeblich für die ausreichende Versorgung sind die verbindlichen Inhalte der ÖSG- und der RSG-Verordnungen nach § 23 G-ZG. In Ermangelung einer RSG-Verordnung gilt die an deren Stelle erlassene Verordnung zum Versorgungsplan für den niedergelassenen Bereich (§ 30b Abs. 1 Z 11 in Verbindung mit § 24a G-ZG). Für die Versorgung mit diesen Leistungen können auch eigene Einrichtungen der Versicherungsträger herangezogen werden. Beim Abschluss von Verträgen durch die Krankenversicherungsträger ist sicher zu stellen, dass durch den Vertragsabschluss die Vielfalt der Anbieterinnen und Anbieter gewahrt bleibt und keine die Versorgungssituation beherrschenden Eigentümerstrukturen entstehen.“

11. § 339 samt Überschrift entfällt.

12. § 341 lautet:

„§ 341. (1) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz und den freiberuflich tätigen Ärzten und Ärztinnen sowie den Gruppenpraxen werden – soweit im Folgenden nichts Anderes bestimmt wird – jeweils durch Gesamtverträge geregelt. Diese sind von den Trägern der Krankenversicherung mit der Österreichischen Ärztekammer jeweils bundeseinheitlich abzuschließen. Die Konferenz kann beschließen, dass ein für alle Träger der Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz verbindlicher bundeseinheitlicher Gesamtvertrag durch den Dachverband abzuschließen ist.

(2) Der Inhalt des Gesamtvertrages ist auch Inhalt des zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Arzt oder der Gruppenpraxis abzuschließenden Einzelvertrages. Wurden in einem Zulassungsverfahren nach § 52c ÄrzteG 1998 oder § 26b Abs. 1 ZÄG Auflagen erteilt, so sind diese ebenfalls Inhalt des jeweiligen Einzelvertrages. Die Einzelvertragsparteien können ergänzende oder abweichende Regelungen hinsichtlich Art, Umfang und Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit, insbesondere Regelungen betreffend die Festlegung der Öffnungszeiten, betreffend Spitalsambulanzen entlastende Leistungen oder betreffend dislozierte Standorte, treffen.

(3) Wird eine Planstelle des Stellenplans nach § 342 Abs. 1 Z 1 mindestens zwei Mal erfolglos ausgeschrieben, so können die Träger der Krankenversicherung Verträge mit zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigten Ärzten und Ärztinnen zur vorübergehenden Versorgung bis zum Abschluss eines Einzelvertrages nach § 343 Abs. 1 abschließen. Der Inhalt des Gesamtvertrages ist auch Inhalt dieser Verträge. Die Vertragsparteien können ergänzende oder abweichende Regelungen hinsichtlich Öffnungszeiten und Berufssitz treffen. Wird die Ärztin/der Arzt im Rahmen eines Ärztebereitsstellungsdienstes tätig, so können auch ergänzende oder abweichende Regelungen hinsichtlich der Honorierung getroffen werden.

(4) Für Verträge zwischen den Trägern der Unfall- und Pensionsversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten oder den Gruppenpraxen zum Zwecke der Leistungserbringung (§ 338 Abs. 2 erster Satz) gelten unbeschadet der Bestimmungen des § 343b die Abs. 1 und 2 entsprechend.“

13. § 342 Abs. 1 Z 1 lautet:

„1. die Konkretisierung der örtlichen Verteilung der Vertragsärztinnen und -ärzte, Vertrags-Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten entsprechend den Verordnungen nach § 23 G-ZG zur Verbindlicherklärung von Teilen der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG);“

14. § 342 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte/Vertragsärztinnen und Vertrags-Gruppenpraxen, insbesondere die Erfüllung der in den Verordnungen nach § 23 G-ZG festgelegten verbindlichen Versorgungsaufträge, auch ihre Ansprüche auf Vergütung der ärztlichen Leistung (Abs. 2 und 2a) sowie die Überprüfung der Identität des Patienten/der Patientin und die rechtmäßige Verwendung der e-card; die Überprüfung ist für Patienten/Patientinnen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr nur im Zweifelsfall vorzunehmen; weiters sind Regelungen über die Vorgehensweise bei Nichtvorlage der e-card, bei negativer Anspruchsprüfung und bei Undurchführbarkeit der Überprüfung der Identität zu treffen;“

15. § 342 Abs. 1a wird durch folgende Abs. 1a bis 1c ersetzt:

„(1a) Der Stellenplan nach Abs. 1 Z 1 kann im Einvernehmen mit der Österreichischen Ärztekammer auf regionaler Ebene zwischen der Österreichischen Gesundheitskasse und der örtlich zuständigen Ärztekammer festgelegt werden. Diese Festlegungen sind Anlagen zum Gesamtvertrag.

(1b) Auf den Stellenplan nach Abs. 1 Z 1 sind durch Verträge nach § 338 Abs. 1 gebundene ärztliche Vollzeitäquivalente anzurechnen. Dies gilt nicht für Verträge nach § 341 Abs. 3.

(1c) Sofern innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der jeweiligen Verordnung nach § 23 G-ZG zur Verbindlicherklärung von Teilen der RSG keine Einigung über einen Stellenplan nach Abs. 1 Z 1 erfolgt, ist die konkrete örtliche Verteilung der Vertragsärztinnen und -ärzte, Vertrags-Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten vom Krankenversicherungsträger nach den verbindlichen Planungsvorgaben der Verordnungen nach § 23 G-ZG festzulegen. Dies gilt auch für den Fall, dass hinsichtlich der Verlegung bestehender Planstellen kein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der zuständigen Ärztekammer erzielt werden kann.“

16. § 342 Abs. 2b und 2c entfällt.

17. Dem § 342 wird folgender Abs. 4 angefügt:

„(4) Gesamtvertragliche Regelungen, die über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehende Erfordernisse des Einvernehmens der Gesamtvertragspartner vorsehen, sind unzulässig.“

18. § 342a Abs. 5 lautet:

„(5) Ist für eine Gruppenpraxis kein Gruppenpraxis-Gesamtvertrag anwendbar, so können zur Sicherstellung oder Verbesserung des Sachleistungsangebotes vom Dachverband unter Zugrundelegung der verbindlichen Planungsvorgaben der Verordnungen nach § 23 G-ZG zur Verbindlicherklärung von Teilen der RSG für die Träger der Krankenversicherung Sonder-Einzelverträge mit Gruppenpraxen nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden. Ein solcher Sonder-Einzelvertrag bedarf der Zustimmung des Krankenversicherungsträgers, für den er abgeschlossen wird. Der Sonder-Einzelvertrag hat insbesondere die Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten sowie das Leistungsspektrum und die Honorierung der erbrachten Leistungen festzulegen. Im Falle des Abschlusses eines Gesamtvertrages erlöschen die Sonder-Einzelverträge. Die Gruppenpraxis hat jedoch Anspruch auf Abschluss eines Einzelvertrages, wobei die Verordnung nach § 343 Abs. 1a sowie allfällige im Gesamtvertrag festgelegte Auswahlkriterien nicht anzuwenden sind.“

19. § 342c Abs. 13 lautet:

„(13) Ist für Primärversorgungseinheiten kein Gesamtvertrag anwendbar, so können zur Sicherstellung oder Verbesserung des Sachleistungsangebotes vom Dachverband unter Zugrundelegung der verbindlichen Planungsvorgaben der Verordnungen nach § 23 G-ZG zur Verbindlicherklärung von Teilen der RSG für die Träger der Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz Primärversorgungs-Sonderverträge mit Primärversorgungseinheiten nach § 8 Abs. 3 und 5 des Primärversorgungsgesetzes nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden. Ein solcher Primärversorgungs-Sondervertrag bedarf der Zustimmung des Krankenversicherungsträgers, für den er abgeschlossen wird. Der Primärversorgungs-Sondervertrag hat insbesondere die in den §§ 4 bis 6 des Primärversorgungsgesetzes vorgesehenen Anforderungen und den Leistungsumfang zu konkretisieren, im Übrigen sind die Bestimmungen der Abs. 1 bis 12 sinngemäß anzuwenden. Im Falle des Abschlusses eines Gesamtvertrages erlöschen die Primärversorgungs-Sonderverträge. Die Primärversorgungseinheit hat jedoch Anspruch auf Abschluss eines Primärversorgungsvertrages, wobei die Bestimmungen der §§ 14 und 14a PrimVG nicht anzuwenden sind.“

20. § 343 Abs. 1 lautet:

„(1) Die Entscheidung über die Ausschreibung einer Stelle und die Einleitung des Verfahrens zur Auswahl der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte und der Vertrags-Gruppenpraxen obliegt den Trägern der Krankenversicherung. Die Auswahl der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte und der Vertrags-Gruppenpraxen und der Abschluss der Einzelverträge zwischen dem zuständigen Träger der Krankenversicherung und dem Arzt/der Ärztin oder der Gruppenpraxis erfolgt nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages und im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer. Mit approbierten Ärztinnen/Ärzten (§ 44 Abs. 1 ÄrzteG 1998) kann kein Einzelvertrag abgeschlossen werden, es sei denn, der Arzt/die Ärztin hat gemäß Artikel 29 der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen das Recht erworben, den ärztlichen Beruf als Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin im Rahmen eines Sozialversicherungssystems auszuüben.“

21. § 343 Abs. 1b und 1c entfällt.

22. Im § 343 Abs. 2 wird der Punkt am Ende der Z 8 durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende Z 9 angefügt:

„9. der Kündigung des Einzelvertrages mit einem oder mehreren anderen Krankenversicherungsträgern nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz.“

23. Dem § 343 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Im Fall der Z 9 erlischt das Vertragsverhältnis zu dem Zeitpunkt, zu dem die Nachbesetzung der gekündigten Planstelle erfolgt.“

24. Im § 345 Abs. 2 wird am Ende der Z 2 der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt und die Z 3 entfällt.

25. § 347 Abs. 3a lautet:

„(3a) Die Kommissionen haben bei ihren Entscheidungen zu prüfen, ob der Dachverband und die Sozialversicherungsträger die verbindlichen Grundsätze nach § 84a Abs. 1 und die Verordnungen nach § 23 G-ZG eingehalten haben und ihrerseits die Verordnungen nach § 23 G-ZG ihren Entscheidungen in einschlägigen Angelegenheiten zu Grunde zu legen.“

26. Im § 348 Abs. 1 erster Satz wird der Ausdruck „den §§ 342 Abs. 2b und 342b Abs. 4“ durch den Ausdruck „§ 342b Abs. 4“ ersetzt.

27. § 447g samt Überschrift lautet:

„Beiträge nach dem Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG

§ 447g. (1) Die Träger der Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz bringen die Mittel für Beiträge nach §§ 9 Abs. 1 und 9a Abs. 1 G-ZG im Verhältnis der Versichertenzahlen des zweitvorangegangenen Jahres auf. Dieses Verhältnis stellt die Konferenz (§ 441a) durch Beschluss fest.

(2) Die Konferenz (§ 441a) legt durch Beschluss die für Beiträge nach § 9a Abs. 2 G-ZG von den einzelnen Trägern der Kranken- und Pensionsversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz aufzubringenden Mittel fest.

(3) Die Beiträge sind am 20. April jeden Jahres im Wege des Dachverbandes zu überweisen. Die jeweils zu leistenden Beträge sind von den Trägern der Kranken- und Pensionsversicherung so an den Dachverband zu überweisen, dass sie am vorletzten Bankarbeitstag vor diesem Termin eingetroffen sind.“

28. Nach § 794 wird folgender § 795 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2023

§ 795. (1) Die §§ 30b Abs. 1 Z 10 und 11, 31a Abs. 4 Z 7 bis 9, 31d Abs. 3, 84a Abs. 1 zweiter Satz und Abs. 3, 135 Abs. 3, 136 Abs. 2 letzter Satz, 338 Abs. 2, 341, 342 Abs. 1 Z 1 und 3, Abs. 1a bis 1c sowie Abs. 4, 342a Abs. 5, 342c Abs. 13, 343 Abs. 1 sowie Abs. 2 Z 8 und 9 und Abs. 2 letzter Satz, 345 Abs. 2 Z 2 und 3, 347 Abs. 3a, 348 Abs. 1 erster Satz sowie 447g samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2023 treten mit 1. Jänner 2024 in Kraft.

(2) § 31a Abs. 7a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2023 tritt mit 1. Jänner 2026 in Kraft.

(3) § 32b Abs. 1 und 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2023 tritt mit 1. Jänner 2024 in Kraft und ist auf Honorarnoten anzuwenden, die für ab dem 1. Juli 2024 erbrachte Leistungen ausgestellt wurden.

(4) Die §§ 339 samt Überschrift, 342 Abs. 2b und 2c sowie 343 Abs. 1b und 1c treten mit Ablauf des 31. Dezember 2023 außer Kraft.

(5) Die Österreichische Gesundheitskasse hat einen bundesweit einheitlichen Gesamtvertrag abzuschließen.

(6) Die am 31. Dezember 2023 geltenden gesamtvertraglichen Stellenpläne gelten bis zu einer Einigung über einen Stellenplan nach § 342 Abs. 1 Z 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2023, längstens jedoch sechs Monate nach Wirksamwerden der jeweiligen Verordnung nach § 23 G-ZG zur Verbindlicherklärung von Teilen des Regionalen Strukturplanes Gesundheit weiter. Kommt in den sechs Monaten ab Wirksamwerden dieser Verordnung keine Einigung über einen Stellenplan nach § 342 Abs. 1 Z 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2023 zustande, ist § 342 Abs. 1c in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2023 anzuwenden. Mit Ablauf des 31. Dezember 2023 verlieren die am 31. Dezember 2023 geltenden gesamtvertraglichen Stellenpläne unabhängig vom Wirksamwerden der jeweiligen Verordnung nach § 23 G-ZG zur Verbindlicherklärung von Teilen des Regionalen Strukturplanes Gesundheit ihre Gültigkeit; in diesem Fall kommt § 24a G-ZG zur Anwendung.“

Artikel 4

Änderung des Primärversorgungsgesetzes

Das Primärversorgungsgesetz – PrimVG, BGBl. I Nr. 131/2017, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 81/2023, wird wie folgt geändert:

1. Im § 14 Abs. 2 entfällt der Ausdruck „in Verbindung mit § 342 Abs. 1a“.

2. Im § 14 Abs. 2 Z 1 wird der Ausdruck „(§ 342 Abs. 1a ASVG)“ durch den Ausdruck „(§ 342 Abs. 1 Z 1 ASVG)“ ersetzt.

3. Im § 14 wird nach dem Abs. 3 folgender Abs. 3a eingefügt:

„(3a) Soweit es sich um neu geschaffene Planstellen für Primärversorgungseinheiten handelt, ist ebenfalls nach Abs. 2 vorzugehen. Abweichend davon ist Abs. 2 Z 1 zweiter Satz mit der Maßgabe anzuwenden, dass zunächst die Bewerbungen von zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigten Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin bzw. Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde zu bewerten sind.“

4. Im § 14 wird nach dem Abs. 6 folgender Abs. 7 angefügt:

„(7) Gesamtvertragliche Regelungen, die über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehende Erfordernisse des Einvernehmens der Gesamtvertragspartner vorsehen, sind unzulässig.“

5. Im § 14a wird nach dem Abs. 6 folgender Abs. 7 angefügt:

„(7) Gesamtvertragliche Regelungen, die über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehende Erfordernisse des Einvernehmens der Gesamtvertragspartner vorsehen, sind unzulässig.“

6. Im § 17 werden nach dem Abs. 8 folgende Abs. 9 und 10 angefügt:

„(9) Die §§ 14 Abs. 2, Abs. 2 Z 1, Abs. 3a und Abs. 7 sowie 14a Abs. 7 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2023 treten mit 1. Jänner 2024 in Kraft und sind auf Auswahlverfahren anzuwenden, die ab diesem Zeitpunkt eingeleitet wurden.“

(10) Im Zuge der Implementierung von Primärversorgungseinheiten für Kinder und Jugendliche nach diesem Bundesgesetz haben Gruppenpraxen, die eine zum 1. Jänner 2024 bestehende Sondereinbarung zu einem Gruppenpraxis-Einzelvertrag nach § 343 Abs. 1 ASVG mit Zielsetzung auf eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung für Kinder und Jugendliche mit der Österreichischen Gesundheitskasse abgeschlossen haben, das Recht auf Abschluss eines Primärversorgungsvertrags nach diesem Bundesgesetz, wobei die §§ 14 und 14a nicht anzuwenden sind.“

Artikel 5

Änderung des Ärztegesetzes 1998 – ÄrzteG 1998

Das ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169/2023, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. xx/2023, wird wie folgt geändert:

1. § 9 Abs. 2 lautet:

„(2) Die Anerkennung als Ausbildungsstätte für die Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin im jeweiligen Fachgebiet ist gemäß Abs. 1 zu erteilen, wenn gewährleistet ist, dass entsprechend den fachlichen Erfordernissen die Ausbildungsstätte nachweislich

1. über einen fachärztlichen Dienst verfügt, der von einer Fachärztin/einem Facharzt geleitet wird, wobei diese/dieser oder die/der die Leiterin/den Leiter vertretende Fachärztin/Facharzt zumindest während der Kernarbeitszeit anwesend ist, sodass die Anleitung und Aufsicht der Turnusärztinnen/Turnusärzte gewährleistet ist,
2. über ein ausreichendes Leistungsspektrum verfügt, um den Turnusärztinnen/Turnusärzten die nach Inhalt und Umfang gemäß den Verordnungen gemäß §§ 24 bis 26 erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in den entsprechenden Fachgebieten zu vermitteln,
3. über alle zur Erreichung des Ausbildungszieles erforderlichen fachlichen Einrichtungen und Geräte einschließlich des erforderlichen Lehr- und Untersuchungsmaterials verfügt,
4. sofern pflegerische Leistungen zu erbringen sind, über einen Pflegedienst verfügt, der die Durchführung jener Tätigkeiten, die in § 15 Abs. 5 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 185/2013, ausdrücklich bezeichnet sind, gewährleistet und Turnusärztinnen/Turnusärzte für diese Tätigkeiten insbesondere im Zeitraum der neunmonatigen Basisausbildung herangezogen werden können, wenn dies für den Erwerb der für die Erreichung des Ausbildungsziels erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten notwendig ist, sowie
5. über ein schriftliches Ausbildungskonzept verfügt, das unter Darlegung der Ausbildungsstättenstruktur und möglicher Rotationen die Vermittlung der Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten gemäß den Verordnungen gemäß §§ 24 bis 26 zeitlich und inhaltlich strukturiert festlegt.“

2. § 10 Abs. 2 Z 1 lautet:

- „1. über einen fachärztlichen Dienst verfügt, der von einer Fachärztin/einem Facharzt des betreffenden Sonderfaches geleitet wird, wobei diese/dieser oder die/der die Leiterin/den Leiter vertretende Fachärztin/Facharzt zumindest während der Kernarbeitszeit anwesend ist, sodass die Anleitung und Aufsicht der Turnusärztinnen/Turnusärzte unter Berücksichtigung der Vorgaben des Abs. 4 gewährleistet ist; unter Bedachtnahme auf die Besonderheit einzelner Sonderfächer kann die Leitung der Ausbildungsstätte auch von einer Absolventin/einem Absolventen einer entsprechenden anderen naturwissenschaftlichen Studienrichtung wahrgenommen werden, sofern mit der unmittelbaren Anleitung der und Aufsicht über die Turnusärztinnen/Turnusärzte eine Fachärztin/ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches betraut worden ist,“

3. § 10 Abs. 4 lautet:

„(4) Für jede Ausbildungsstelle gemäß Abs. 3 ist zur unmittelbaren Anleitung und Aufsicht der Turnusärztinnen/Turnusärzte mindestens eine Fachärztin/ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in Vollzeitbeschäftigung (oder mehrere teilzeitbeschäftigte Fachärztinnen/Fachärzte im Ausmaß eines Vollzeitäquivalents) zu beschäftigen. Hierzu zählt auch die/der Ausbildungsverantwortliche gemäß § 11 Abs. 3.“

4. § 13 Abs. 2 Z 1 und 2 lauten:

- „1. im Ambulatorium
 - a) im Fachgebiet Allgemeinmedizin zumindest eine Ärztin/ein Arzt für Allgemeinmedizin oder
 - b) in einem Sonderfach zumindest eine Fachärztin/ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches beschäftigt ist, die/der gemäß lit. a oder b als Ausbildungsverantwortliche/Ausbildungsverantwortlicher die Anleitung und Aufsicht der Turnusärztinnen/Turnusärzte übernimmt,
2. die/der Ausbildungsverantwortliche im Ambulatorium in einem solchen Ausmaß beschäftigt wird, dass durch deren Anwesenheit während der Betriebszeiten des Lehrambulatoriums eine

Tätigkeit der Turnusärztinnen/Turnusärzte nur unter Anleitung und Aufsicht einer/eines für die Ausbildung verantwortlichen Ärztin/Arztes erfolgt,“

5. § 13 Abs. 5 lautet:

„(5) Für jede Ausbildungsstelle ist mindestens eine Fachärztin/ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in Vollzeitbeschäftigung (oder mehrere teilzeitbeschäftigte Fachärztinnen/Fachärzte im Ausmaß eines Vollzeitäquivalents) zu beschäftigen.“

6. § 43 Abs. 6 lautet:

„(6) Die Berufsbezeichnung „Primarärztin/Primararzt“ oder „Primaria/Primarius“ dürfen nur die Ärztinnen/Ärzte führen, die

1. in Krankenanstalten dauernd mit der ärztlichen Leitung einer bettenführenden Abteilung betraut sind oder
2. mit der ärztlichen Leitung einer Organisationseinheit für Krankenbehandlung oder eines selbständigen Ambulatoriums betraut sind und denen mindestens zwei zur selbständigen Berufsausübung berechnete Ärztinnen/Ärzte in Vollzeitbeschäftigung (oder mehrere zur selbständigen Berufsausübung berechnete teilzeitbeschäftigte Ärztinnen/Ärzte im Ausmaß zweier Vollzeitäquivalente) unterstellt sind.“

7. In § 45 Abs. 3 wird die Wort- und Zeichenfolge „Nacht-, Wochenend- oder Feiertagsdiensten“ durch die Wort- und Zeichenfolge „Not- und Bereitschaftsdienst, im Rahmen von Ärztebereitschaftsdiensten, in Einrichtungen der Epidemievorsorgung“ ersetzt.

8. In § 47 Abs. 1 wird das Wort „Notdiensten“ durch die Wort- und Zeichenfolge „Not- und Bereitschaftsdiensten“ ersetzt, nach der Wort- und Zeichenfolge „Notarzdiensten,“ wird die Wort- und Zeichenfolge „Tätigkeiten an Einrichtungen der Epidemievorsorgung oder im Rahmen von Ärztebereitschaftsdiensten,“ eingefügt.

9. In § 47a Abs. 5 wird vor dem Punkt die Wort- und Zeichenfolge „sowie Tätigkeiten in Ärztebereitschaftsdiensten gemäß § 45 Abs. 3“ angefügt.

10. § 49 Abs. 2 lautet:

„(2) Die Ärztin/Der Arzt hat ihren/seinen Beruf persönlich und unmittelbar, aber auch durch Anwendung von Telemedizin, erforderlichenfalls in Zusammenarbeit mit anderen Ärztinnen/Ärzten und Vertreterinnen/Vertretern einer anderen Wissenschaft oder eines anderen Berufes, auszuüben. Zur Mithilfe kann sie/er sich jedoch Hilfspersonen bedienen, wenn diese nach ihren/seinen genauen Anordnungen und unter ihrer/seiner ständigen Aufsicht handeln.“

11. Dem § 49 werden folgende Abs. 7 und 8 angefügt:

„(7) Freiberuflich tätige Ärztinnen/Ärzte, und solche, die bei diesen angestellt sind, haben zur vereinfachten Abrechnung ärztlicher Leistungen sowie zu den Zwecken des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, und des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 (GTelG 2012), BGBl. I Nr. 111/2012, entsprechend den technischen mit verhältnismäßigem Aufwand verbundenen Voraussetzungen

1. die e-card und die e-card-Infrastruktur, die Elektronische Gesundheitsakte „ELGA“ (§§ 13 ff GTelG 2012) sowie den eImpfpass (§§ 24b ff GTelG 2012) spätestens mit 1. Jänner 2026, zu verwenden,
2. ELGA-Gesundheitsdaten gemäß § 2 Z 9 lit. b GTelG 2012 in ELGA zu speichern,
3. ELGA-Gesundheitsdaten gemäß § 2 Z 9 GTelG 2012, soweit zur Erfüllung der Berufspflichten notwendig, zu erheben, und
4. Angaben über Impfungen gemäß § 24c Abs. 2 GTelG 2012 im eImpfpass zu speichern,

sofern dies nicht durch die Ausübung von Teilnehmerrechten gemäß § 16 GTelG 2012 ausgeschlossen ist. Über eine allfällige Nichtanwendung der Vorgaben gemäß den Z 1 bis 4 sind Patientinnen/Patienten vor Durchführung der ärztlichen Leistungen jedenfalls zu informieren.

(8) Von den Verpflichtungen gemäß Abs. 7 ausgenommen sind

1. Ärztinnen/Ärzte, die gutachterliche Aufträge erfüllen,
2. Arbeitsmedizinerinnen/Arbeitsmediziner (§ 81 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, BGBl. Nr. 450/1994) und

3. Wohnsitzärztinnen/Wohnsitzärzte (§ 47) mit Ausnahme ihrer Vertretungstätigkeit in Ordinationsstätten.“

12. In § 51 erhält Abs. 1a die Absatzbezeichnung „(1b)“.

13. In § 51 wird nach Abs. 1 folgender Abs. 1a eingefügt:

„(1a) Ärztinnen/Ärzte sind verpflichtet, für die Diagnosendokumentation die von der/vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister nach § 6g Z 1 des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen verordnete Klassifikation anzuwenden.“

14. § 52b Abs. 1 Z 2 lit. a lautet:

„a) jeder Gesellschafter bereits einen Einzelvertrag mit der Österreichischen Gesundheitskasse hat oder die zu gründende Gruppenpraxis bereits im Stellenplan vorgesehen ist und die Voraussetzungen des Abs. 2 einschließlich der nachweislichen Befassung des Landesgesundheitsfonds vorliegen oder“

15. In § 52b Abs. 1 Z 2 wird am Ende der lit. b das Wort „sowie“ durch das Wort „oder“ ersetzt und folgende lit. c angefügt:

„c) der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang sowie das Einzugsgebiet in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. XX/2023 (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz), geregelt ist, sowie“

16. § 52b Abs. 2 und 3 lauten:

„(2) Die Gründung einer Gruppenpraxis gemäß Abs. 1 Z 2 lit. a hat nach Maßgabe des jeweiligen Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) zu erfolgen und bedarf einer schriftlichen Anzeige an den zuständigen Landeshauptmann über eine wechselseitige schriftliche Zusage zwischen der Gesellschaft oder Vorgesellschaft und der Österreichischen Gesundheitskasse über einen unter Bedachtnahme auf den jeweiligen RSG abzuschließenden Gruppenpraxis-Einzelvertrag (§ 342a ASVG in Verbindung mit § 342 ASVG) hinsichtlich des Leistungsangebots (Leistungsvolumen einschließlich Personalausstattung, Leistungsspektrum und Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten). Mit der Anzeige hat der Landeshauptmann unverzüglich den jeweiligen Landesgesundheitsfonds zu befassen. Die Gründung einer Gruppenpraxis, die im Stellenplan bereits vorgesehen ist, deren Gesellschafter aber nicht bereits über einen Einzelvertrag mit der Österreichischen Gesundheitskasse verfügen (Abs. 1 Z 2 lit. a zweiter Satzteil), ist überdies der gesetzlichen Interessenvertretung privater Krankenanstalten des betreffenden Bundeslandes anzuzeigen.

(3) Die Gruppenpraxis darf ihre ärztliche Tätigkeit nur nach Eintragung in die Ärzteliste, die gegebenenfalls erst nach Zulassung gemäß § 52c oder Befassung der Landesgesundheitsplattform gemäß Abs. 2 letzter Satz erfolgen darf, aufnehmen.“

17. Dem § 52b wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(5) Die Gründung einer Gruppenpraxis gemäß Abs. 1 Z 2 lit. c hat nach Maßgabe des jeweiligen Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) zu erfolgen und bedarf einer schriftlichen Anzeige an den zuständigen Landeshauptmann über eine wechselseitige schriftliche Zusage zwischen der Gesellschaft oder Vorgesellschaft und der Österreichischen Gesundheitskasse über einen unter Bedachtnahme auf den jeweiligen RSG abzuschließenden Gruppenpraxis-Einzelvertrag (§ 342a ASVG in Verbindung mit § 342 ASVG) hinsichtlich des Leistungsangebots (Leistungsvolumen einschließlich Personalausstattung, Leistungsspektrum und Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten). Mit der Anzeige hat der Landeshauptmann unverzüglich den jeweiligen Landesgesundheitsfonds zu befassen.“

18. In § 52c Abs. 2 Z 3 wird das Wort „sowie“ durch einen Beistrich ersetzt.

19. In § 52c Abs. 2 wird nach Z 3 folgende Z 4 eingefügt:

„4. Öffnungszeiten bestehender Leistungsanbieter gemäß Z 2, insbesondere an Tagesrandzeiten und an Wochenenden, sowie“

20. In § 52c Abs. 2 erhält die bisherige Z 4 die Bezeichnung „5.“.

21. § 117c Abs. 2 Z 8 entfällt.

22. Der bisherige Text des § 118a erhält die Absatzbezeichnung „(1)“; im nunmehrigen Abs. 1 wird das Wort „beschränkter“ durch das Wort „beschränkter“ ersetzt, vor der Wortfolge „Der Präsident“ wird die Wort- und Zeichenfolge „Die Präsidentin“ und vor der Wortfolge „der Finanzreferent“ wird die Wort- und Zeichenfolge „die Finanzreferentin“, vor der Wortfolge „einem Geschäftsführer“ wird die Wort- und Zeichenfolge „einer Geschäftsführerin“ eingefügt.

23. Dem § 118a werden folgende Abs. 2 und 3 angefügt:

„(2) Die ÖQMed hat alle fünf Jahre eine Evaluierung der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte einschließlich Gruppenpraxen mittels fachspezifischer Evaluierungsbögen unter Nutzung der elektronischen Datenübertragung nach Maßgabe der technischen Ausstattung (Selbstevaluierung gemäß § 49 Abs. 2a) durchzuführen.

(3) Die ÖQMed hat die erbrachte Fortbildungsverpflichtung ab dem nächsten auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. XX/2023 folgenden Evaluierungszyklus in die Ergebnisse der Evaluierung aufzunehmen.“

24. §§ 118b bis 118f samt Überschriften entfallen.

25. Nach § 251 wird folgender § 252 samt Überschrift angefügt:

„Inkrafttretensbestimmung des Bundesgesetzes BGBl I Nr. XX/2023

§ 252. § 9 Abs. 2, § 10 Abs. 2 Z 1 und Abs. 4, § 13 Abs. 2 Z 1 und 2 und Abs. 5, § 43 Abs. 6, § 45 Abs. 3, § 47 Abs. 1, § 47a Abs. 5, § 49 Abs. 2, 7 und 8, § 51 Abs. 1a und 1b, § 52b Abs. 1 Z 2, Abs. 2, 3 und 5, § 52c Abs. 2 Z 3 bis 5, § 118a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. XX/2023 sowie der Entfall des § 117c Abs. 2 Z 8 und der §§ 118b bis 118f samt Überschriften treten mit 1. Jänner 2024 in Kraft.“

Artikel 6

Änderung des Zahnärztegesetzes

Das Zahnärztegesetz, BGBl. I Nr. 126/2005, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 18/2023, wird wie folgt geändert:

1. § 26a Abs. 1 Z 2 lit. a und b lauten:

„a) jeder/jede Gesellschafter/Gesellschafterin bereits einen Einzelvertrag mit der Österreichischen Gesundheitskasse hat oder die zu gründende Gruppenpraxis bereits im Stellenplan vorgesehen ist und die Voraussetzungen des Abs. 2 einschließlich der nachweislichen Befassung des Landesgesundheitsfonds vorliegen oder

b) die Gruppenpraxis ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen zu erbringen beabsichtigt oder“

2. In § 26a Abs. 1 Z 2 wird nach lit. b folgende lit. c eingefügt:

„c) der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang sowie das Einzugsgebiet in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. XX/2023 (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz), geregelt ist,“

3. § 26a Abs. 2 lautet:

„(2) Die Gründung einer Gruppenpraxis gemäß Abs. 1 Z 2 lit. a hat nach Maßgabe des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) zu erfolgen und bedarf einer schriftlichen Anzeige an den/die zuständigen/zuständige Landeshauptmann/Landeshauptfrau über eine wechselseitige schriftliche Zusage zwischen der Gesellschaft oder Vorgesellschaft und der Österreichischen Gesundheitskasse über einen unter Bedachtnahme auf den jeweiligen RSG abzuschließenden Gruppenpraxis-Einzelvertrag (§ 342a ASVG in Verbindung mit § 342 ASVG) hinsichtlich des Leistungsangebots (Leistungsvolumen einschließlich Personalausstattung, Leistungsspektrum und Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten). Mit der Anzeige hat der/die Landeshauptmann/Landeshauptfrau unverzüglich den jeweiligen Landesgesundheitsfonds zu befassen. Die Gründung einer Gruppenpraxis, die im Stellenplan bereits vorgesehen ist, deren Gesellschafter aber nicht bereits über einen Einzelvertrag mit der Österreichischen Gesundheitskasse verfügen (Abs. 1 Z 2 lit. a zweiter Satzteil), ist überdies der gesetzlichen Interessenvertretung privater Krankenanstalten des betreffenden Bundeslandes anzuzeigen.“

4. Dem § 26a wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(5) Die Gründung einer Gruppenpraxis gemäß Abs. 1 Z 2 lit. c hat nach Maßgabe des jeweiligen Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) zu erfolgen und bedarf einer schriftlichen Anzeige an den zuständigen Landeshauptmann über eine wechselseitige schriftliche Zusage zwischen der Gesellschaft oder Vorgesellschaft und der Österreichischen Gesundheitskasse über einen unter Bedachtnahme auf den jeweiligen RSG abzuschließenden Gruppenpraxis-Einzelvertrag (§ 343d ASVG in Verbindung mit § 342a ASVG in Verbindung mit § 342 ASVG) hinsichtlich des Leistungsangebots (Leistungsvolumen einschließlich Personalausstattung, Leistungsspektrum und Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten). Mit der Anzeige hat der/die Landeshauptmann/Landeshauptfrau unverzüglich den jeweiligen Landesgesundheitsfonds zu befassen.“

5. § 26b Abs. 2 Z 3 lautet:

„3. der durchschnittlichen Belastung bestehender Leistungsanbieter gemäß Z 2,“

6. In § 26b Abs. 2 wird nach Z 3 folgende Z 4 eingefügt:

„4. Öffnungszeiten bestehender Leistungsanbieter gemäß Z 2, insbesondere an Tagesrandzeiten und an Wochenenden, sowie“

7. In § 26b Abs. 2 erhält die bisherige Z 4 die Bezeichnung „5.“.

8. Dem § 90 wird folgender Abs. 18 angefügt:

„(18) § 26a Abs. 1 Z 2 und Abs. 2 und 5 sowie § 26b Abs. 2 Z 3 bis 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. XX/2023 treten mit 1. Jänner 2024 in Kraft.“

Artikel 7

Änderung des Gesundheitstelematikgesetzes

Das Gesundheitstelematikgesetz 2012, BGBl. I Nr. 111/2012, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 82/2023, wird wie folgt geändert:

1. Im Inhaltsverzeichnis wird nach dem Eintrag zu § 8 folgender Eintrag eingefügt:

„§ 8a Austrian Health CERT“

2. Im Inhaltsverzeichnis lautet der Eintrag zu § 9:

„§ 9 eHealth-Verzeichnisdienst (eHVD)“

3. In § 2 Z 9 lit. e wird die Wort- und Zeichenfolge „§§ 73 und 73a des Medizinproduktegesetzes (MPG), BGBl. Nr. 657/1996“ durch die Wort- und Zeichenfolge „den §§ 45 und 46 des Medizinproduktegesetzes 2021 (MPG 2021), BGBl. I Nr. 122/2021“ ersetzt.

4. § 3 Abs. 2 lautet:

„(2) Abs. 4 Z 3 bis 6, § 4 Abs. 4 und Abs. 5 Z 2 sowie die §§ 5 bis 7 sind auf Verarbeitungen nach diesem Abschnitt innerhalb eines Gesundheitsdiensteanbieters oder einer Unternehmensgruppe (Art. 4 Z 19 DSGVO) von Gesundheitsdiensteanbietern nicht anzuwenden, wenn durch effektive und dem Stand der Technik entsprechende Datensicherheits- und Kontrollmaßnahmen unbefugte Dritte vom Zugriff auf Gesundheitsdaten und genetische Daten, und somit deren Kenntnisnahme ausgeschlossen werden können.“

5. Nach § 8 wird folgender § 8a samt Überschrift eingefügt:

„Austrian Health CERT

§ 8a. (1) Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister hat zur Gewährleistung der Sicherheit von Netz- und Informationssystemen im Rahmen dieses Gesetzes ein sektorenspezifisches Computer-Notfallteam für Gesundheitsdiensteanbieter, die Betreiber wesentlicher Dienste gemäß § 8 der Netz- und Informationssystemeicherungsverordnung (NISV), BGBl. II Nr. 215/2019, sind („Austrian Health CERT“), gemäß § 14 des Netz- und Informationssicherheitsgesetzes (NISG), BGBl. I Nr. 111/2018, einzurichten und zu betreiben. Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister kann sich für die Wahrnehmung dieser Aufgabe des Austrian Health CERT eines Dienstleisters bedienen.

(2) Das Austrian Health CERT hat die Aufgaben gemäß § 14 Abs. 2 NISG gegenüber Gesundheitsdiensteanbietern, die Betreiber wesentlicher Dienste gemäß § 8 NISV sind, wahrzunehmen und dabei die Anforderungen gemäß § 15 Abs. 1 NISG mit Ausnahme von Z 3 zu erfüllen.

(3) Gesundheitsdiensteanbieter, die Betreiber wesentlicher Dienste gemäß § 8 NISV sind, haben Meldungen gemäß § 19 NISG spätestens ab 1. April 2024 an das Austrian Health CERT zu erbringen.

(4) Der Bundeskanzler hat im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Inneres festzustellen, dass das Austrian Health CERT die Anforderungen gemäß § 15 Abs. 1 NISG erfüllt und geeignet ist, die Aufgaben gemäß § 14 Abs. 2 NISG wahrzunehmen.“

6. Die Überschrift zu § 9 lautet:

„eHealth-Verzeichnisdienst (eHVD)“

7. § 9 Abs. 3 Z 1 lit. e lautet:

„e) der Liste der Gesundheitspsychologen gemäß § 17 des Psychologengesetzes 2013, BGBl. I Nr. 182/2013, sowie der Liste der Klinischen Psychologen gemäß § 26 des Psychologengesetzes 2013,“

8. § 12a wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister kann das Gesundheitsportal auch für die eindeutige Identifizierung von Gesundheitsdiensteanbietern gemäß § 12b Abs. 2 und die eindeutige Identifizierung von betroffenen Personen gemäß § 18 Abs. 4 Z 2 zur Erbringung von telemedizinischen Diensten zur Verfügung stellen.“

9. In § 13 Abs. 3 wird nach der Wort- und Zeichenfolge „§ 27 Abs. 2 bis 6“ die Wort- und Zeichenfolge „und Abs. 18“ eingefügt.

175. § 16 Abs. 1 Z 2 lit. c lautet:

„c) einen ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter des besonderen Vertrauens gemäß § 18 Abs. 7 festlegen. Der ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter ist von der ELGA-Teilnehmerin/dem ELGA-Teilnehmer darüber zu informieren.“

10. In § 18 Abs. 3 entfällt das Wort „vorrangig“ und die Wort- und Zeichenfolge „dem Ergänzungsregister gemäß § 6 Abs. 4 E-GovG“ wird durch die Wort- und Zeichenfolge „aus den für die Ermittlung der Stammzahl (§ 6 Abs. 2 E-GovG) zugrunde liegenden Registern“ ersetzt.

11. In § 18 Abs. 7 entfällt die Wortfolge „mit dessen Zustimmung“.

12. In § 23 Abs. 1 wird die Wortfolge „Dachverband hat im übertragenen Wirkungsbereich“ durch die Wortfolge „für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister hat“ und die Wortfolge „zu betreiben“ durch die Wortfolge „zur Verfügung zu stellen, das die eindeutige Identifizierung von Gesundheitsdiensteanbietern gemäß § 12b Abs. 2 und die eindeutige Identifizierung von betroffenen Personen gemäß § 18 Abs. 4 Z 2 ermöglicht.“ ersetzt.

13. § 25 samt Überschrift lautet:

„Verwaltungsstrafbestimmungen“

§ 25. (1) Sofern die Tat nicht nach anderen Verwaltungsstrafbestimmungen mit strengerer Strafe bedroht ist, begeht eine Verwaltungsübertretung, wer

1. es entgegen § 3 Abs. 3 unterlässt, technisch zu gewährleisten, dass es keine Verwendung von Gesundheitsdaten außerhalb der zulässigen Rollen gibt, oder
2. entgegen § 4 die Identifikation von Personen, deren Gesundheitsdaten übermittelt werden sollen, oder von Gesundheitsdiensteanbietern unterlässt, oder
3. entgegen § 5 Abs. 1 Nachweis oder Prüfung der Rolle von Gesundheitsdiensteanbietern unterlässt, oder
4. entgegen § 6 unterlässt, durch Datensicherheitsmaßnahmen die Vertraulichkeit von Gesundheitsdaten zu gewährleisten, oder
5. entgegen § 7 Nachweis oder Prüfung der Integrität elektronischer Gesundheitsdaten unterlässt, oder
6. die erleichterten Bedingungen gemäß § 27 in Anspruch nimmt, ohne die Voraussetzungen dafür zu erfüllen,

und ist mit einer Geldstrafe bis zu 10 000 Euro zu bestrafen.

(2) Sofern die Tat nicht nach anderen Verwaltungsstrafbestimmungen mit strengerer Strafe bedroht ist, begeht eine Verwaltungsübertretung, wer

1. entgegen § 16 Abs. 3 Personen im Zugang zur medizinischen Versorgung oder hinsichtlich der Kostentragung schlechter stellt, oder
2. als ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter ELGA-Gesundheitsdaten vorsätzlich verarbeitet, ohne dazu berechtigt zu sein, oder
3. als Mitarbeiter/in der ELGA-Ombudsstelle ELGA-Gesundheitsdaten vorsätzlich verwendet, ohne dazu berechtigt zu sein, oder
4. als Gesundheitsdiensteanbieter Angaben über Impfungen vorsätzlich verarbeitet, ohne dazu berechtigt zu sein,

und ist mit einer Geldstrafe bis zu 10 000 Euro zu bestrafen. Der Versuch ist strafbar.

(3) Sofern die Tat nicht nach anderen Verwaltungsstrafbestimmungen mit strengerer Strafe bedroht ist, begeht ebenso eine Verwaltungsübertretung, wer es unterlässt

1. entgegen § 13 Abs. 3, sofern sich aus den §§ 15 Abs. 2 und 16 Abs. 2 Z 2 nichts anderes ergibt, ELGA-Gesundheitsdaten in ELGA oder
2. entgegen § 24c Abs. 2 Angaben über Impfungen in der eHealth-Anwendung eImpfpass

zu speichern und ist mit einer Geldstrafe bis zu 3 630 Euro zu bestrafen. Sofern aus der Tat eine schwer wiegende Gefahr für Leib, Leben oder Gesundheit einer Person entstanden ist, ist der Täter/die Täterin mit Geldstrafe bis zu 21 800 Euro zu bestrafen.

(4) Die Zuständigkeit der Datenschutzbehörde bleibt in den Fällen des Abs. 1 und Abs. 2 Z 2 bis 4 unberührt.“

14. § 26 wird folgender Abs. 17 angefügt:

„(17) In der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. xxx/202x treten in Kraft

1. das Inhaltsverzeichnis, § 2 Z 9, § 3 Abs. 2, § 8a samt Überschrift, die Überschrift zu § 9, § 9 Abs. 3 Z 1, § 13 Abs. 3, § 16 Abs. 1 Z 2, § 18 Abs. 3 und 7, § 23 Abs. 1, § 27 Abs. 13, 14, 18 und 19 mit 1. Jänner 2024; gleichzeitig tritt § 27 Abs. 5 außer Kraft;
2. § 12a Abs. 3 und § 27 Abs. 2 bis 4 mit 1. Juli 2025;
3. § 25 samt Überschrift mit 1. Jänner 2026.“

15. In § 27 Abs. 2 wird in Z 3 der Beistrich durch einen Punkt ersetzt und es entfällt der Schlussteil.

16. In § 27 Abs. 3 wird in Z 4 der Beistrich durch einen Punkt ersetzt und es entfällt der Schlussteil.

17. In § 27 Abs. 4 entfällt die Wort- und Zeichenfolge „, soweit die Nutzung der ELGA-Komponenten (§ 24) zur Verarbeitung von ELGA-Gesundheitsdaten technisch möglich ist“.

18. § 27 Abs. 5 entfällt.

19. In § 27 Abs. 13 entfällt die Wort- und Zeichenfolge „bis 12b“.

20. In § 27 Abs. 14 entfällt jeweils die Wort- und Zeichenfolge „bis 12b“.

21. § 27 werden folgender Abs. 18 und 19 angefügt:

„(18) Ab 1. Juli 2025 gilt § 13 Abs. 3 für

1. Angehörige des ärztlichen Berufes (§ 2 Z 10 lit. a), sofern diese Fachärzte/Fachärztinnen der Sonderfächer medizinisch-chemische Labordiagnostik oder Hygiene und Mikrobiologie sind und
2. Angehörige des ärztlichen Berufes (§ 2 Z 10 lit. a), sofern diese Fachärzte/Fachärztinnen des Sonderfaches Radiologie sind.

(19) Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister hat bis zum 31. Dezember 2024 für Einrichtungen der Pflege und bis zum 30. Juni 2024 für die folgenden Gesundheitsdiensteanbieter die entsprechenden Schnittstellen für die technische Anbindung an den eHealth-Verzeichnisdienst (§ 9) bereitzustellen:

1. Fachärzte/Fachärztinnen der Sonderfächer medizinisch-chemische Labordiagnostik und Hygiene und Mikrobiologie,
2. Fachärzte/Fachärztinnen des Sonderfaches Radiologie und
3. Apotheken.“

Artikel 8

Änderung des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen

Das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. I Nr. 745/1996, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 100/2018, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 1a wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Die Träger von Krankenanstalten haben an den gemäß ÖSG designierten Expertisezentren für seltene Erkrankungen darüber hinaus spätestens ab 1. Jänner 2026 die Orpha-Kennnummern nach der Orphanet-Nomenklatur der seltenen Erkrankungen, in einer von der/vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister herauszugebenden Fassung, zu erfassen.“

2. § 3 Abs. 2 lautet:

„(2) Die Landesgesundheitsfonds haben einen Diagnosen- und Leistungsbericht gemäß § 2 Abs. 3 und 4 über die von ihnen abgerechneten Krankenanstalten für das erste Quartal bis 30. Juni des laufenden Jahres, für das erste Halbjahr bis 30. September des laufenden Jahres und für die ersten drei Quartale bis 31. Dezember des laufenden Jahres an die/den für Gesundheit zuständige/n Bundesministerin/Bundesminister zu übermitteln. In diesem Bericht ist die Aufnahmezahl gemäß § 2 Abs. 4 Z 1 lit. b durch eine aus dieser durch Einweg-Ableitung gebildete, nicht rückrechenbare Datensatz-ID und das Geburtsdatum gemäß § 2 Abs. 4 Z 1 lit. d durch Altersgruppen zu ersetzen.“

3. In § 4 Abs. 1 wird in Z 2 das Wort „und“ durch einen Beistrich ersetzt, in Z 3 das Wort „und“ angefügt und folgende Z 4 eingefügt:

„4. hinsichtlich der Bildung der im § 5 Abs. 3 und § 6e Abs. 2 genannten nicht rückrechenbaren Patienten-/Patientinnen-ID“

4. § 4 Abs. 3 bis 5 lauten:

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

(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) sowie das bereichsspezifische Personenkennzeichen Gesundheit (im Folgenden bPK GH) sind der/dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen, das bereichsspezifische Personenkennzeichen Sozialversicherung (im Folgenden bPK SV) ist der Sozialversicherung, und das bereichsspezifische Personenkennzeichen Amtliche Statistik (im Folgenden bPK AS) ist der Statistik Austria zugeordnet.

(5) Die im DIAG gespeicherten Pseudonyme und bPK sind spätestens nach einem Zeitraum von 15 Jahren zu löschen. Die vom Pseudonym bzw. von den bPK befreiten Daten dürfen für die in § 1 definierten Zwecke für einen Zeitraum von weiteren 10 Jahren weiterverarbeitet werden.“

5. § 5 lautet:

„§ 5. (1) Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat die vorgelegten Jahresberichte mit dem verschlüsselten bPK AS aber ohne Pseudonyme sowie ohne bPK GH und ohne bPK SV und ohne die Berichte gemäß Hauptstück C der Bundesanstalt „Statistik Österreich“ in maschinenlesbarer Form zwecks Erstellung einer länderbezogenen Statistik über die Krankbewegung und deren Veröffentlichung im Gesundheitsstatistischen Jahrbuch zu übermitteln. Die Statistik hat die Krankheitsarten, gegliedert nach Altersgruppen, Geschlecht und Entlassungsart, sowie ausgewählte medizinische Leistungen zu enthalten. Zur Sicherstellung der Anonymität sind Einzelfallkategorien durch entsprechend erweiterte Gliederungsbreiten auszuschließen. Die in § 4 Abs. 5 normierten Löschrufen sind von der Bundesanstalt „Statistik Austria“ einzuhalten.

(2) Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat die vorgelegten Berichte mit dem verschlüsselten bPK SV aber ohne Pseudonyme sowie ohne bPK GH und ohne bPK AS dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und den Trägern der Sozialversicherung insoweit zu übermitteln, als dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist.

3) Die/Der für Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat die vorgelegten Berichte ergänzt um eine nicht rückrechenbare Patienten-/Patientinnen-ID ohne Pseudonyme und ohne bPK, der Bundesgesundheitsagentur, den Landesgesundheitsfonds und den Ländern insoweit zu übermitteln, als dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist.

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

6. § 5a Abs. 1 lautet:

„(1) Der Dachverband als Auftragsverarbeiter der/des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesministers hat im Wege der bei ihm eingerichteten Pseudonymisierungsstelle (gemäß § 31 Abs. 4 Z 10 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 189/1955, in der jeweils geltenden Fassung)

1. innerhalb einer den Anforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit entsprechenden technischen Infrastruktur mittels des von der Bundesministerin/vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen zur Verfügung gestellten Hardware Security Moduls (HSM) aus dem bPK GH-GD der Patientin/des Patienten ein nicht rückrechenbares Pseudonym zu generieren und zu verschlüsseln, wobei das bPK GH-GD einem Bereich zugeordnet ist, in dem der Dachverband 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 30. Juni des laufenden Jahres, für das erste Halbjahr bis 30. September des laufenden Jahres, für die ersten drei Quartale bis 31. Dezember des laufenden Jahres sowie für das vorangegangene Kalenderjahr bis 31. März des laufenden Jahres an die/den für das Gesundheitswesen zuständige/n Bundesministerin/Bundesminister zu übermitteln:
 - a) Verschlüsselte Pseudonyme der Patientinnen/Patienten gemäß Z 1,
 - b) Krankenanstaltennummer,
 - c) Datensatz-ID,
 - d) verschlüsseltes bPK GH der Patientinnen/Patienten, das einem Bereich zugeordnet ist, in dem der Dachverband nicht zur Vollziehung berufen ist,
 - e) verschlüsseltes bPK SV der Patientinnen/Patienten, das einem Bereich zugeordnet ist, in dem die/der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister nicht zur Vollziehung berufen ist,
 - f) verschlüsseltes bPK AS der Patientinnen/Patienten, das einem Bereich zugeordnet ist, in dem die/der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister nicht zur Vollziehung berufen ist.

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

7. In § 5b wird die Wort- und Zeichenfolge „für das erste Halbjahr bis 31. August des laufenden Jahres“ durch die Wort- und Zeichenfolge „für das erste Quartal bis 31. Mai des laufenden Jahres, für das erste Halbjahr bis 31. August des laufenden Jahres und für die ersten drei Quartale bis 30. November des laufenden Jahres“ ersetzt.

8. § 6 lautet:

„§ 6. (1) Zur Erstellung eines für alle leistungs anbietenden Gesundheitseinrichtungen im ambulanten Bereich (Spitalsambulanzen, niedergelassener Bereich und selbstständige Ambulatorien) praktikablen erweiterten Dokumentationssystems ist spätestens ab 1. Jänner 2025 eine codierte Diagnosen- und Leistungsdokumentation durchzuführen. Als Grundlage für die Diagnosendokumentation ist die von der/vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister verordnete Klassifikation, als Grundlage für die Leistungsdokumentation ein praxisorientierter, leicht administrierbarer Leistungskatalog anzuwenden.

(2) Das erweiterte Dokumentationssystem für den ambulanten Bereich soll Daten für die Entwicklung einer österreichweiten, alle Gesundheitsbereiche umfassenden Qualitätssicherung, Gesundheitsplanung und geeigneter Abrechnungssysteme liefern.

(3) Zur Erstellung eines erweiterten Dokumentationssystems über den ambulanten Bereich sind von den Trägern von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, von den Landesgesundheitsfonds, vom Dachverband, von den Trägern der Sozialversicherung, von den Trägern der Krankenfürsorgeanstalten, von den Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern aus dem extramuralen ambulanten Bereich (niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Gruppenpraxen sowie selbstständige Ambulatorien) und von der/vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister folgende Daten gemäß den nachfolgenden Bestimmungen zu verarbeiten:

1. über Patientinnen/Patienten:
 - a) Altersgruppe zum Kontaktzeitpunkt (Ereignisdatum),
 - b) Geschlecht,
 - c) Staatsbürgerschaft,
 - d) Wohnsitz (Staat, Postleitzahl, Gemeindecodex),
 - e) bPK GH (nur die/der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister),
 - f) bPK SV (nur der Dachverband und die Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeanstalten),
 - g) bPK AS (nur die Statistik Austria),
2. über Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer:
 - a) Krankenanstaltennummer/Nummer des selbständigen Ambulatoriums bzw. Leistungserbringer-Identifikationsnummer,
 - b) Abteilungsfunktionscode bzw. Fachgebiet,
 - c) Berufssitz (Postleitzahl, Gemeindecodex),
 - d) Organisationsform,
 - e) Kostenstellenplan,
 - f) Objektidentifikator (OID) des Leistungserbringers/der Leistungserbringerin im eHealth-Verzeichnisdienst (eHVD),
3. zum ambulanten Kontakt,
4. zu den Leistungen und
5. zu den Diagnosen.

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

9. § 6a lautet:

„(1) Die Träger von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, haben den Landesgesundheitsfonds die Daten gemäß § 6 Abs. 3 einschließlich des Geburtsdatums zur Errechnung der Altersgruppen und einschließlich der Aufnahmezahl zum Zwecke der Erstellung der Datensatz-ID für das erste Quartal bis 31. Mai des laufenden Jahres, für das erste Halbjahr bis 31. August des laufenden Jahres und für die ersten drei Quartale bis 30. November des laufenden Jahres sowie für das vorangegangene Kalenderjahr bis zum 28. Februar des laufenden Jahres zu übermitteln. Die Unfallversicherungsträger haben zu den genannten Terminen für ihre Akutkrankenanstalten die Daten gemäß § 6 Abs. 3 an das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen zu übermitteln, wobei die Aufnahmezahl durch eine mittels Einweg-Ableitung erstellte nicht rückrechenbare Datensatz-ID und das Geburtsdatum durch die entsprechende Altersgruppe zu ersetzen sind. Für die Zuordnung der Datensätze ist das Kontaktdatum (Ereignisdatum) maßgeblich.

(2) Die Träger von Krankenanstalten haben an den gemäß ÖSG designierten Expertisezentren für seltene Erkrankungen darüber hinaus spätestens ab 1. Jänner 2026 die Orpha-Kennnummern nach der Orphanet-Nomenklatur der seltenen Erkrankungen, in einer von der/vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister herauszugebenden Fassung, zu erfassen.

(3) Die Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer aus dem extramuralen ambulanten Bereich (niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Gruppenpraxen sowie selbständige Ambulatorien) mit Kassenvertrag haben ab dem 1. Jänner 2025 den Sozialversicherungsträgern im Rahmen der Leistungsabrechnung die Daten gemäß § 6 Abs. 3 Z 5 betreffend sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähiger Leistungen sowie die Sozialversicherungs-Nummer zu übermitteln.

(4) Die Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer aus dem extramuralen ambulanten Bereich (niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Gruppenpraxen sowie selbständige Ambulatorien) ohne Kassenvertrag haben ab dem 1. Jänner 2026 dem Dachverband als Auftragsverarbeiter der/des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesministers die Daten gemäß § 6 Abs. 3 betreffend sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähiger Leistungen einschließlich des Geburtsdatums zur Errechnung der Altersgruppen und einschließlich einer eindeutigen Laufnummer zum Zwecke der Erstellung der Datensatz-ID für das erste Quartal bis 31. Mai des laufenden Jahres, für das erste Halbjahr bis 31. August des laufenden Jahres und für die ersten drei Quartale bis 30. November des laufenden Jahres sowie für das vorangegangene Kalenderjahr bis zum 28. Februar des laufenden Jahres zu im Wege einer vom Dachverband zur Verfügung gestellten Schnittstelle übermitteln.“

10. § 6b lautet:

„§ 6b. Die Landesgesundheitsfonds haben der/dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister:

1. die Daten gemäß § 6 Abs. 3 für das erste Quartal bis 30. Juni des laufenden Jahres, für das erste Halbjahr bis 30. September des laufenden Jahres, für die ersten drei Quartale bis 31. Dezember des laufenden Jahres sowie
2. die von ihnen auf Vollständigkeit und Plausibilität überprüften und allenfalls richtiggestellten Daten für das vorangegangene Kalenderjahr bis zum 31. März des laufenden Jahres

zu übermitteln. Dabei ist die Aufnahmezahl durch eine mittels Einweg-Ableitung erstellte nicht rückrechenbare Datensatz-ID zu ersetzen und das Geburtsdatum gemäß § 6 Abs. 4 Z 1 lit. d durch Altersgruppen zu ersetzen.“

11. § 6c Abs. 1 und 2 lauten:

„(1) Der Dachverband hat

1. die von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern aus dem extramuralen ambulanten Bereich mit Kassenverträgen auf Grundlage der Honorarordnungen der Träger der Sozialversicherung und der Krankenfürsorgeanstalten dokumentierten medizinischen Leistungen auf einen von der/vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister herausgegebenen Leistungskatalog überzuleiten,
2. als Auftragsverarbeiter der Bundesministerin/des Bundesministers für Gesundheit und Frauen 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 von der Bundesministerin/vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen zur Verfügung gestellten Hardware Security Moduls (HSM)
 - a) aus dem bPK GH-GD der Patientin/des Patienten ein nicht rückrechenbares Pseudonym,
 - b) für den extramuralen ambulanten Bereich aus dem Objektidentifikator (OID) des/der Leistungserbringers/Leistungserbringerin im eHealth-Verzeichnisdienst (eHVD) durch Einweg-Ableitung eine nicht rückrechenbare Leistungserbringer-ID,
 - c) für den extramuralen ambulanten Bereich aus der laufenden Abrechnungs- bzw. Laufnummer durch Einweg-Ableitung eine nicht rückrechenbare Datensatz-ID und
 - d) für den intramuralen ambulanten Bereich aus der Aufnahmezahl durch Einweg-Ableitung eine nicht rückrechenbare Datensatz-ID
 zu generieren und zu verschlüsseln.
3. Der Dachverband hat weiters als Auftragsverarbeiter der/des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesministers für Gesundheit und Frauen folgende Daten an die/den für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister zu übermitteln:

- a) verschlüsseltes bPK GH der Patientinnen/Patienten, das einem Bereich zugeordnet ist, in dem der Dachverband nicht zur Vollziehung berufen ist,
 - b) verschlüsseltes bPK SV der Patientinnen/Patienten, das einem Bereich zugeordnet ist, in dem die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen nicht zur Vollziehung berufen ist,
 - c) verschlüsseltes bPK AS der Patientinnen/Patienten, das einem Bereich zugeordnet ist, in dem die Bundesministerin/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen nicht zur Vollziehung berufen ist,
 - d) Nummer des selbständigen Ambulatoriums, sofern es sich bei einem/einer Leistungserbringer/in um eine nicht-bettenführende Krankenanstalt handelt.
4. Der Dachverband hat weiters zu jedem Kontakt einer Patientin/eines Patienten, der bei einer/einem ärztlicher/ärztlichem Leistungserbringerin/Leistungserbringer aus dem extramuralen ambulanten Bereich erfolgte, eine Diagnosedokumentation gemäß § 6 Abs. 1 an die/den für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister zu übermitteln.

(2) Der Dachverband hat der/dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister die Daten gemäß Abs. 1 für den extramuralen ambulanten Bereich für das erste Quartal bis 31. Oktober des laufenden Jahres, für das erste Halbjahr bis 31. Jänner des folgenden Jahres, für die ersten drei Quartale bis 30. April des folgenden Jahres sowie für das vorangegangene Kalenderjahr bis zum 31. Juli des laufenden Jahres zu übermitteln. Bei der Übermittlung der genannten Daten für den extramuralen ambulanten Bereich ohne Kassenvertrag fungiert der Dachverband als Auftragsverarbeiter der/des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesministers. Der Dachverband hat der/dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister gemäß Abs. 1 für den intramuralen ambulanten Bereich für das erste Quartal bis 30. Juni des laufenden Jahres, für das erste Halbjahr bis 30. September des laufenden Jahres, für die ersten drei Quartale bis 31. Dezember des laufenden Jahres sowie für das vorangegangene Kalenderjahr bis 31. März des laufenden Jahres zu übermitteln. Für die Zuordnung der Datensätze ist jeweils das Kontaktdatum (Ereignisdatum) maßgeblich.“

12. § 6e lautet:

„§ 6e. (1) Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat Daten aus dem erweiterten Dokumentationssystem gemäß § 6 Abs. 3 mit dem verschlüsselten bPK SV aber ohne Pseudonyme sowie ohne bPK GH und ohne bPK AS dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und den Trägern der Sozialversicherung insoweit zu übermitteln, als dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist.

(2) Die/der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat Daten aus dem erweiterten Dokumentationssystem gemäß § 6 Abs. 3 ergänzt um eine nicht rückrechenbare Patientin-/Patientinnen-ID ohne Pseudonyme und ohne bPK der Bundesgesundheitsagentur, den Landesgesundheitsfonds und den Ländern insoweit zu übermitteln, als dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist.

(3) Die in § 4 Abs. 5 normierten Löschfristen sind von allen Empfängerinnen/Empfängern der Daten aus dem erweiterten Dokumentationssystem einzuhalten.“

13. § 6g lautet:

„§ 6g. Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat durch Verordnung nähere Bestimmungen

- 1. über die Art der vom Dachverband, den Trägern von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, und den Landesgesundheitsfonds vorzunehmenden Datenübermittlung sowie über die Gliederung der Merkmale der im § 6 Abs. 3 genannten Daten, die für die Diagnosedokumentation anzuwendende Klassifikation und den konkreten Datensatzaufbau einschließlich Formatierung.
- 2. hinsichtlich der Generierung der Pseudonyme für die Patientinnen/Patienten und für die Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer aus dem ambulanten extramuralen Bereich sowie der technischen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die Pseudonymisierungen innerhalb der vom Dachverband zu betreibenden Pseudonymisierungsstelle,
- 3. hinsichtlich der Einweg-Ableitung einer nicht rückrechenbaren Leistungserbringer-ID aus dem Objektidentifikator (OID) des/der Leistungserbringers/Leistungserbringerin im eHealth-Verzeichnisdienst (eHVD),

4. hinsichtlich der Einweg-Ableitung einer nicht rückrechenbaren Datensatz-ID aus der Aufnahmezahl oder der laufenden Abrechnungs-Nummer und

5. hinsichtlich der Bildung der im § 6e genannten nicht rückrechenbaren Patienten-/Patientinnen-ID zu erlassen.“

14. Nach § 9 wird folgender § 9a eingefügt:

„§ 9a. (1) Die Bundesanstalt „Statistik Österreich“ hat der/dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister Folgendes zu übermitteln:

1. Informationen zur Todesursache zu einer verstorbenen Person aus der von der Bundesanstalt „Statistik Österreich“ geführten Todesursachenstatistik,
2. verschlüsseltes bPK GH der verstorbenen Person, das einem Bereich zugeordnet ist, in dem die Bundesanstalt „Statistik Österreich“ nicht zur Vollziehung berufen ist.

(2) Die Bundesanstalt „Statistik Österreich“ hat der/dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister die Daten gemäß Abs. 1 für das erste Quartal bis 30. Juni des laufenden Jahres, für das erste Halbjahr bis 30. September des laufenden Jahres, für die ersten drei Quartale bis 31. Dezember des laufenden Jahres sowie für das vorangegangene Kalenderjahr bis 31. März des laufenden Jahres zu übermitteln. Für die Zuordnung der Datensätze ist jeweils das Datum des Todes maßgeblich.“

15. Dem § 12 werden folgende Abs. 10 bis 12 angefügt:

„(10) Die § 1a Abs. 3, § 3 Abs. 2, § 4 Abs. 1 Z 2 bis 4, Abs. 3 bis 5, § 5, § 5a Abs. 1, § 5b, § 6, ausgenommen Abs. 3 Z 5, § 6a, § 6b, ausgenommen Abs. 1 Z 4, § 6c Abs. 1 und 2, § 6e und § 6g in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2023 treten mit 1. Jänner 2024 in Kraft.

(11) Die §§ 6 Abs. 3 Z 5, 6b Abs. 1 Z 4 und § 9a treten mit 1. Jänner 2025 in Kraft.

(12) Die §§ 5a Abs. 1 Z 1, 5a Abs. 2 bis Abs. 7, 6c Abs. 1 Z 2 lit. a und 6c Abs. 3 bis Abs. 8 treten mit 31. Dezember 2029 außer Kraft.“

Artikel 9

Änderung des Apothekengesetzes

Das Apothekengesetz, RGrBl. Nr. 5/1907, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 72/2023, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 36 Abs. 1 Z 1 wird folgende Z 1a eingefügt:

„1a. Einrichtungen stationärer Pflege und Betreuung,“

2. § 36 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. Personen,

- a) die sich in der Pflege der Anstalt befinden oder in der Anstalt wohnhaft sind oder
- b) deren Behandlung in Zusammenhang mit der Anstalt steht sofern die Arzneimittel von einem sektorenübergreifenden Versorgungs- und/oder Finanzierungsmodell für seltene Erkrankungen erfasst sind,“

3. In § 36 erhält der bisherige Abs. 2 die Absatzbezeichnung „(3)“; folgender Abs. 2 wird eingefügt:

„(2) Die Abgabe von Arzneimitteln an Einrichtungen stationärer Pflege und Betreuung ist nur dann zulässig, wenn diese der behördlichen Aufsicht oder Kontrolle unterliegen, und durch die abgebende Anstaltsapotheke oder einen Konsiliarapotheker die vorschriftsmäßige Lagerung und Beschaffenheit des Arzneimittelvorrats mindestens einmal vierteljährlich überprüft wird.“

4. In § 68a erhält der zweite Abs. 13 die Absatzbezeichnung „(14)“; folgender Abs. 15 wird angefügt:

„(15) § 36 Abs. 1 Z 1a und 3 und Abs. 2 und 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2023 treten mit 1. Jänner 2024 in Kraft.“

Artikel 10 **Änderung des Suchtmittelgesetzes**

Das Suchtmittelgesetz, BGBl. I Nr. 112/1997, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 70/2023, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 6 Abs. 4d werden folgende Abs. 4e und 4f eingefügt:

„(4e) Einrichtungen stationärer Pflege und Betreuung ist der Erwerb und Besitz von Suchtmitteln nach Maßgabe des Abs. 4f auch ohne Bewilligung gestattet, sofern diese Suchtmittel der Arzneimittelbevorratung gemäß den für Einrichtungen stationärer Pflege und Betreuung geltenden Bestimmungen dienen.

(4f) Der Erwerb von Suchtmitteln ist Einrichtungen stationärer Pflege und Betreuung nur über eine Anstaltsapotheke erlaubt. Der Erwerb und Besitz von Suchtmitteln ist nur jenen Einrichtungen stationärer Pflege und Betreuung gestattet, die behördlicher Aufsicht oder Kontrolle unterliegen, sofern die gemäß § 36 Abs. 2 des Apothekengesetzes, RGBl. Nr. 5/1907, in der geltenden Fassung, mindestens einmal vierteljährliche Überprüfung des Arzneimittelvorrats auch die Suchtmittelgebarung der Einrichtung umfasst. Wird im Rahmen der behördlichen Aufsicht oder Kontrolle festgestellt, dass diese vierteljährliche Überprüfung der Suchtmittelgebarung nicht erfolgt oder die für die Gebarung mit Suchtmitteln bestehenden Vorschriften nicht eingehalten werden und die Sicherheit oder Kontrolle der Suchtmittelgebarung nicht gewährleistet ist, so ist der Einrichtung der Erwerb und Besitz von Suchtmitteln nicht gestattet.“

2. Nach § 7 Abs. 1a wird folgender Abs. 1b eingefügt:

„(1b) Anstaltsapotheken dürfen Suchtmittel gegen Verschreibung und nach Maßgabe des § 6 Abs. 4e und 4f auch an Einrichtungen stationärer Pflege und Betreuung nach den Richtlinien über die ökonomische Abgabe von Heilmitteln gemäß § 30a Abs. 1 Z 39ASVG abgeben.“

3. Dem § 47 wird folgender Abs. 27 angefügt:

„(27) § 6 Abs. 4e und 4f sowie § 7 Abs. 1b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2023 treten mit 1. Jänner 2024 in Kraft.“

Artikel 11 **Änderung des Rezeptpflichtgesetzes**

Das Rezeptpflichtgesetz, BGBl. Nr. 413/1972, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 30/2019, wird wie folgt geändert:

1. In § 2a wird die Wort- und Zeichenfolge „Arzneimittel mit verbotenen Wirkstoffen gemäß § 1 Abs. 2 Z 1 Anti-Doping-Bundesgesetz 2007, BGBl. I Nr. 30,“ durch die Wort- und Zeichenfolge „verbotene Wirkstoffe gemäß § 1 Abs. 2 Z 1 des Anti-Doping-Bundesgesetzes 2021 (ADBG 2021), BGBl. I Nr. 152/2020,“ ersetzt.

2. § 3 Abs. 1 lit. b lautet:

„b) den Namen der Person, die Bezeichnung der Krankenanstalt oder eines behördlicher Aufsicht oder Kontrolle unterliegenden Pflegeheimes, für die bzw. das das Rezept bestimmt ist;“

3. § 8 werden folgende Abs. 12 und 13 angefügt:

„(12) § 2a und § 3 Abs. 1 lit. b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2023 treten mit 1. Jänner 2024 in Kraft.“

Artikel 12 **Änderung des Gesundheitsqualitätsgesetzes**

Das Gesundheitsqualitätsgesetz, BGBl. I Nr. 179/2004, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 81/2013, wird wie folgt geändert:

1. § 1 werden folgende Abs. 5 und 6 angefügt:

„(5) Für den strategischen Neuaufbau und die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und Qualitätsüberprüfung im Gesundheitsbereich hat die/der für das

Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister für eine entsprechende Abstimmung der am gesamtösterreichischen Qualitätssystem beteiligten Akteurinnen und Akteure insbesondere der Länder und der Sozialversicherungsträger Sorge zu tragen.

(6) Dazu ist im Rahmen der Zielsteuerungsgremien ein Qualitätsrat mit Mitgliedern der Länder, der Sozialversicherung und des Bundes zu etablieren. Der Qualitätsrat soll strategische Beschlüsse zum Aufbau, mögliche Erweiterungsschritte und die Umsetzung der Qualitätssicherung fassen.“

2. § 5 wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(5) Zur Erarbeitung von Empfehlungen für die Gestaltung und regelmäßige Anpassung der Verordnung gemäß § 9b kann sich die/der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister des Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) gemäß § 9 bedienen.“

3. In § 8 Abs. 1 werden am Ende der Z 2 das Wort „und“ durch einen Beistrich und am Ende der Z 3 der Punkt durch das Wort „und“ ersetzt und wird folgende Z 4 angefügt:

„4. die Qualitätssicherung der Berufsausübung von Anbieterinnen/Anbietern von Gesundheitsleistungen, insbesondere von Ärztinnen/Ärzten, nicht jedoch im Bereich der Fortbildung, im Hinblick auf die überwiegenden 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. 26/2017, zuletzt geändert durch Bundesgesetz BGBl. I Nr. XX/2023,
- b) Qualitätsevaluierung mit Ausnahme der Selbstevaluierung gemäß § 49 Abs. 2a Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 108/2023,
- c) Qualitätskontrolle sowie
- d) Führung eines Qualitätskontroll-Registers.

Dabei kann sich die/der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister des BIQG bedienen.“

4. § 8 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Die Österreichische Ärztekammer hat im eigenen Wirkungsbereich zur Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung qualitätssichernde Maßnahmen durchzuführen, soweit diese im überwiegenden Interesse der Ärztinnen/Ärzte gelegen sind (Selbstevaluierung gemäß § 49 Abs. 2a ÄrzteG 1998), wobei sie sich bei der Aufgabenerfüllung hilfsweise der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) bedienen kann.“

5. Nach § 8 wird folgender § 8a samt Überschrift eingefügt:

„Verfahrensgrundsätze zur Evaluierung und Kontrolle

§ 8a. (1) Die Qualitätssicherung und Qualitätsüberprüfung der Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter hat systematisch, im intra- und extramuralen Bereich zu erfolgen. Sofern in der Verordnung gemäß § 9b kein kürzeres Intervall bestimmt wird, hat das BIQG alle fünf Jahre und darüber hinaus im Anlassfall unter Einbindung des Evaluierungsbeirats gemäß § 9c eine Evaluierung der niedergelassenen Anbieterinnen/Anbieter von Gesundheitsleistungen, insbesondere der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte einschließlich Gruppenpraxen durchzuführen. Das BIQG hat die Ergebnisse der Selbstevaluierung stichprobenartig durch Besuche der Ordinationsstätten sowie Sitze und Standorte zu überprüfen. Unabhängig von den durch Selbstevaluierung initiierten Besuchen der Ordinationsstätten sowie Sitze und Standorte hat das BIQG solche Besuche auch aufgrund begründeter Anregungen

1. der/des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesministers und anderer Behörden,
 2. der Österreichischen Ärztekammer,
 3. der Ärztekammern in den Bundesländern,
 4. der Sozialversicherungsträger,
 5. des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger sowie
 6. der/des Vertreterin/Vertreters von Patienteninteressen
- durchzuführen (spezifische Evaluierung).

(2) Wenn im Rahmen der Evaluierung gemäß Abs. 1 ein Mangel festgestellt wird, hat das BIQG – erforderlichenfalls unter Setzung einer angemessenen Frist – den Arzt oder die Gruppenpraxis zur Behebung des Mangels aufzufordern. Die Kontrolle der Mängelbehebung hat erforderlichenfalls auch durch Besuche der Ordinationsstätten sowie Sitze und Standorte von Gruppenpraxen gemäß Abs. 3 stattzufinden, insbesondere wenn im Zusammenhang mit der Kontrolle ein Vertragskündigungsverfahren aufgrund von Mängeln in der Prozess- und/oder Strukturqualität in Aussicht genommen wird. Wenn dem Mängelbehebungsauftrag nicht nachgekommen wird, hat das BIQG unverzüglich Disziplinaranzeige beim Disziplinaranwalt der Österreichischen Ärztekammer zu erstatten. Sofern ein Mangel hygienische Anforderungen gemäß § 56 Abs. 1 Z 1 Ärztegesetz 1998 betrifft, hat das BIQG darüber zusätzlich die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde unverzüglich schriftlich zu verständigen.

(3) Eine Vertreterin/ein Vertreter von Patienteninteressen und der Sozialversicherung kann im Zuge der stichprobentypischen Kontrollen, bei spezifischen Evaluierungen, bei Kontrollen im Zuge einer Mangelfeststellung sowie bei Kontrollen der Mängelbehebung miteinbezogen werden und hat das Recht zur Teilnahme an Vor-Ort-Überprüfungen, am Besuch von Ordinationsstätten sowie Sitzen und Standorten von Gruppenpraxen hinzugezogen zu werden. Im Fall von Kontrollen und Evaluierungen bei niedergelassenen Ärztinnen/ Ärzten hat auch die ÖQMed das Recht auf Teilnahme.

(4) Die ÖQMed hat mittels fachspezifischer Evaluierungsbögen unter Nutzung der elektronischen Datenübertragung nach Maßgabe der technischen Ausstattung eine Selbstevaluierung durchzuführen und die Evaluierungsbögen sowie Ergebnisse der Selbstevaluierung an das BIQG in geeigneter Form elektronisch zu übermitteln. Die ÖQMed ist berechtigt, die Selbstevaluierungsbögen sowie die Ergebnisse der Evaluierung und Kontrolle für die Übermittlung an das BIQG zu verarbeiten und zu speichern. Die gespeicherten Daten sind nach 15 Jahren zu löschen.

(5) Die Selbstevaluierungsbögen sowie die Ergebnisse der Evaluierung und Kontrolle sind vom BIQG in ein Qualitätskontroll-Register aufzunehmen und zu speichern. Die gespeicherten Daten sind nach 15 Jahren zu löschen.

(6) Die Ergebnisse der Evaluierung und Kontrolle sind der/dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister anonymisiert zur Verfügung zu stellen.“

6. In § 9 Abs. 2 wird am Ende der Z 6 der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und wird folgende Z 7 angefügt:

„7. Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle der Anbieterinnen/Anbieter von Gesundheitsleistungen insbesondere der Ärztinnen/Ärzte mit Ausnahme der Selbstevaluierung gemäß § 49 Abs. 2a ÄrzteG und der Fortbildung, im Hinblick auf überwiegende Interessen der Allgemeinheit.“

7. § 9 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Das BIQG kann sich für die Erfüllung der sich aus diesem Bundesgesetz ergebenden Aufgaben fachlich geeigneter Expertinnen/Experten bedienen.“

8. Nach § 9 werden folgende §§ 9a, 9b und 9c samt Überschriften eingefügt:

„Wissenschaftlicher Beirat

§ 9a. (1) Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat eine Kommission gemäß § 8 Bundesministeriengesetz 1986 (BMG), BGBl. Nr. 76/1986, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 98/2022, zur Beratung in Angelegenheiten der Qualitätssicherung, jedenfalls unter Einbeziehung von Vertreterinnen/Vertreter

1. des Bundes
2. der Bundesländer,
3. des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger,
4. der Österreichischen Gesundheitskasse,
5. der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen,
6. der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau,
7. der Österreichischen Ärztekammer,
8. der Medizinischen Universitäten oder Universitäten, an denen eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, und weiterer Träger der ärztlichen Ausbildungsstätten gemäß §§ 9 und 10 Ärztegesetz 1998,
9. des Fachverbands Privatkrankeanstalten und Kurbetriebe sowie
10. der Patientenanwaltschaft

einzurichten. Neben den in Z 1 bis 10 genannten Vertreterinnen/Vertretern können je nach Themenstellung auch Vertreterinnen/Vertreter anderer Gesundheitsberufe und Institutionen miteinbezogen werden.

(2) Der Wissenschaftliche Beirat hat das BIQG und die für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/den für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister in der Wahrnehmung ihrer/seiner gesetzlichen Aufgaben in der Qualitätssicherung im niedergelassenen, stationären und Schnittstellenbereich zwischen diesen beiden Sektoren zu beraten.

(3) Das Zusammentreten des Wissenschaftlichen Beirats wird durch die Unterlassung einer Entsendung nicht gehindert.

(4) Der Vorsitz des wissenschaftlichen Beirats wird von der/dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister bestimmt.

(5) Bei Abstimmungen mit Stimmgleichheit gibt die Stimme der/des Vorsitzenden den Ausschlag (Dirimierungsrecht).

(6) Die Kosten für die Teilnahme der Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats haben die entsendenden Einrichtungen selbst zu tragen.

(7) Zu den Aufgaben des Wissenschaftlichen Beirats gemäß Abs. 1 gehört insbesondere die Erstattung von Empfehlungen für die Erbringung gesundheitsberuflicher Leistungen

1. im niedergelassenen Bereich und
2. in Krankenanstalten, insbesondere in Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien und
3. an Schnittstellenbereichen dieser beiden Sektoren

hinsichtlich der inhaltlichen Gestaltung der Qualitätskriterien sowie des Prozesses der Qualitätsevaluierung und Qualitätskontrolle.

(8) Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat weitere Modalitäten insbesondere hinsichtlich der Beschlussfassung in einer Geschäftsordnung zu regeln.

Verordnung zur Qualitätssicherung der gesundheitsberuflichen Versorgung

§ 9b. (1) Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat nach Befassung des Wissenschaftlichen Beirates und auf Grundlage seiner Empfehlung nach Befassung der Bundeskurie niedergelassene Ärzte durch Verordnung

1. die zu evaluierenden Kriterien,
2. das Verfahren zur Evaluierung und Kontrolle durch die BIQG unter Beachtung der Verfahrensgrundsätze des § 8a sowie
3. das von der BIQG zu führende Qualitätskontroll-Register

für eine Geltungsdauer von fünf Jahren zu regeln. Die Geltungsdauer der Verordnung für die erste Periode endet mit 31. Dezember 2027.

Evaluierungsbeirat

§ 9c. (1) Das BIQG hat einen Evaluierungsbeirat einzurichten. Der Evaluierungsbeirat hat auf der Grundlage der Verordnung zur Qualitätssicherung (§ 9b) die BIQG bei der Planung, Durchführung und praxisgerechten Umsetzung der Evaluierung und Kontrolle, gegebenenfalls auch bei der Beurteilung individueller Evaluierungsergebnisse, zu unterstützen. Der Evaluierungsbeirat hat eine Geschäftsordnung zu beschließen, die die Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben sicherstellt.

- (2) Dem Evaluierungsbeirat gehören Vertreterinnen/Vertreter
 1. des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums,
 2. der Österreichischen Ärztekammer,
 3. der Bundesländer, die von der Verbindungsstelle der Bundesländer bestellt werden,
 4. des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger,
 5. der Österreichischen Gesundheitskasse,
 6. der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen,
 7. der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau,
 8. der Gesundheit Österreich GmbH,
 9. der Bundesarbeitskammer sowie
 10. des Fachverband Privatkrankenanstalten und Kurbetriebe

an. Weiters gehört dem Evaluierungsbeirat eine/ein Expertin/Experte, die/der über Erfahrung auf dem Gebiet der Wahrnehmung von Patienteninteressen verfügt, an. Diese Expertin/Dieser Experte wird von der/vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister bestellt. Neben den in Z 1 bis 10 genannten Vertreterinnen/Vertretern können je nach Themenstellung auch Vertreterinnen/Vertreter anderer Gesundheitsberufe und Institutionen miteinbezogen werden.

(3) Der Vorsitz wird seitens der/dem für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister bestimmt.

(4) Das Zusammentreten des Evaluierungsbeirates wird durch die Unterlassung einer Entsendung nicht gehindert.

(5) Bei Abstimmungen mit Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag (Dirimierungsrecht).

(6) Die Kosten für die Teilnahme der Mitglieder des Plenums und der Evaluierungsausschüsse haben die entsendenden Einrichtungen zu tragen.“

9. § 11 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) § 1 Abs. 5 und 6, § 5 Abs. 5, § 8 Abs. 1 und Abs. 3, § 8a samt Überschrift, § 9 Abs. 2 und 3 sowie §§ 9a bis 9c jeweils samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2023 treten mit 1. Jänner 2024 in Kraft.“

Artikel 13

Änderung des Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH

Das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH, BGBl. I Nr. 132/2006, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 100/2018, wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Abs. 1 wird am Ende der Z 10 das Wort „und“ gestrichen, am Ende der Z 11 der Punkt durch einen Beistrich ersetzt und folgende Z 12 und 13 angefügt:

- „12. Bearbeitung von Themen im Zusammenhang mit Klima und Gesundheit im Rahmen des Kompetenzzentrums Klima und Gesundheit (Agenda Gesundheitsförderung) und
- 13. Bearbeitung von Themen der Gesundheitsförderung im Gesundheitssystem im Rahmen des Kompetenzzentrums Gesundheitsförderung und Gesundheitssystem (Agenda Gesundheitsförderung).“

2. In § 4 Abs. 2 wird am Ende der Z 7 der Punkt durch einen Beistrich ersetzt und folgende Z 8 angefügt:

- „8. die Qualitätssicherung der Berufsausübung von Anbieterinnen/Anbieter von Gesundheitsleistungen, insbesondere der Ärztinnen/Ärzten jedoch nicht im Bereich der Fortbildung, im Hinblick auf die überwiegenden 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. 26/2017, zuletzt geändert durch Bundesgesetz BGBl. I Nr. 9/2022,
 - b) Qualitätsevaluierung mit Ausnahme der Selbstevaluierung gemäß § 49 Abs. 2a Arztgesetz 1998, BGBl. I Nr. 169/1998, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 17/2023, in der Fassung der Kundmachung BGBl. I Nr. 19/2023,
 - c) Qualitätskontrolle sowie
 - d) Führung eines Qualitätskontroll-Registers.“

3. In § 4 Abs. 3 wird am Ende der Z 1 das Wort „sowie“ gestrichen, am Ende der Z 2 der Punkt durch das Wort „und“ ersetzt und folgende Z 3 angefügt:

- „3. die Bearbeitung von Themen der künftigen Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und deren Aktivitäten im Rahmen des Kompetenzzentrums Zukunft Gesundheitsförderung (Agenda Gesundheitsförderung).“

4. § 4 Abs. 6 entfällt.

5. In § 6 Abs. 1 erhalten die bisherige Z 4 die Bezeichnung „5“, die bisherige Z 5 die Bezeichnung „6“, die bisherige Z 6 die Bezeichnung „7“ und wird folgende neue Z 4 eingefügt:

- „4. Mitteln gemäß § 9a Abs. 3 Z 2 des G-ZG i.d.g.F.“

6. In § 11 Abs. 1 wird im Einleitungssatz die Zahl „13“ durch die Zahl „15“ ersetzt.

7. § 25 wird folgender Abs. 8 angefügt:

„(8) § 4 Abs. 1 Z 10 bis 13, Abs. 2 Z 7 und 8, Abs. 3 Z 1 bis 3, § 6 Abs. 1 Z 4 bis 7 und § 11 Abs. 1 Einleitungssatz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2023 und der Entfall des § 4 Abs. 6 treten mit 1. Jänner 2024 in Kraft.“

