

Begeutachtungsentwurf (Stand: 09.08.2024)

## **Gesetz über eine Änderung des Landesgesundheitsfondsgesetzes**

Der Landtag hat beschlossen:

Das Landesgesundheitsfondsgesetz, LGBl.Nr. 45/2013, in der Fassung LGBl.Nr. 11/2018, Nr. 39/2018, Nr. 19/2020, Nr. 24/2020, Nr. 91/2020, Nr. 2/2021, Nr. 50/2021, Nr. 4/2022, Nr. 26/2022 und Nr. 32/2023, wird wie folgt geändert:

1. Im § 1 Abs. 3 wird die Wortfolge „Rahmen Gesundheitszielen des Bundes“ durch die Wortfolge „Gesundheitszielen Österreich“ ersetzt.

2. Im § 2 wird nach der lit. d folgende lit. e eingefügt:

„e) ambulanter Bereich der Sachleistung: umfasst die niedergelassenen Ärzte bzw. Ärztinnen und Zahnärzte bzw. Zahnärztinnen 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. Im § 2 werden die bisherigen lit. e und f als lit. f und g bezeichnet.

4. Im § 2 werden nach der nunmehrigen lit. g folgende lit. h bis k eingefügt:

„h) 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.); kann den Behandlungs- und Pflegebedarf verzögern und ist Teil eines umfassenden Gesundheitssystems;

i) Gesundheitskompetenz: verknüpft mit allgemeiner Bildung umfasst sie 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; sie ist einerseits eine Frage der persönlichen Fähigkeiten, hängt aber andererseits von den Anforderungen der Umgebung an diese Fähigkeiten ab;

- j) Gesundheitstelematik-Infrastruktur: Gesamtheit der Komponenten der Informatik und Telekommunikation, die zur Verarbeitung von genetischen Daten gem. Art. 4 Z 13 DSGVO, biometrischen Daten gemäß Art 4 Z 14 DSGVO und Gesundheitsdaten gem. Art. 4 Z 15 DSGVO in digitaler Form genutzt werden;
- k) Health Technology Assessment: Prozess zur systematischen Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren und Hilfsmittel, aber auch Organisationsstrukturen, in denen medizinische Leistungen erbracht werden; dabei werden Kriterien wie Wirksamkeit, Sicherheit und Kosten, jeweils unter Berücksichtigung sozialer, rechtlicher und ethischer Aspekte, untersucht;“

5. Im § 2 wird die bisherige lit. g als lit. l bezeichnet.

6. Im § 2 wird nach der nunmehrigen lit. l folgende lit. m eingefügt:

„m) Primärversorgung: 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;“

7. Im § 2 wird die bisherige lit. h als lit. n bezeichnet.

8. Im § 5 lit. d wird die Wortfolge „der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (wie ELGA, eCard, Telehealth, Telecare) auf Landesebene“ durch die Wortfolge „der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur“ ersetzt.

9. Im § 6 lit. i wird der Ausdruck „Art. 10“ durch den Ausdruck „Art. 12“ ersetzt.

10. Der § 7 Abs. 3 bis 5 lautet:

„(3) Im Bereich der Zielsteuerung-Gesundheit ist den Prinzipien Wirkungsorientierung, Verantwortlichkeit, Rechenschaftspflicht, Offenheit und Transparenz von Strukturen bzw. Prozessen und Fairness zu entsprechen. Zur Steigerung der Effektivität und Effizienz sowie der Patientenorientierung sind als weitere Prinzipien zu befolgen:

- a) digital vor ambulant vor stationär;
- b) die Gewährleistung eines ausgeweiteten Zugangs zu Gesundheitsförderung und Prävention für die gesamte Bevölkerung und Stärkung der Gesundheitskompetenz;
- c) im Krankheitsfall die kurative Versorgung am „best point of service“;
- d) die verbindliche Zusage zur aktiven Zusammenarbeit und wechselseitigen Unterstützung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung bei der Umsetzung der gemeinsam vereinbarten Ziele;
- e) die bevölkerungs- und patientenorientierte Qualität im Gesundheitswesen;
- f) Vorrang der Einrichtung von multiprofessionellen und integrativen Versorgungsformen gegenüber Einzelleistungserbringern auf allen Versorgungsebenen;
- g) die Sicherstellung einer für die gesamte Bevölkerung zugänglichen und nachhaltigen Sachleistungsversorgung;
- h) der Ausbau des ambulanten, insbesondere niedergelassenen Bereichs, vorrangig in multiprofessionellen Versorgungsformen;
- i) die Sicherstellung der integrierten Versorgung von chronisch erkrankten Menschen;
- j) die stärkere Berücksichtigung von Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen;
- k) die verbindliche Zusage zur aktiven Zusammenarbeit und wechselseitigen Unterstützung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung bei der Umsetzung der gemeinsam vereinbarten Ziele.

(4) Zur Verwirklichung der im Abs. 3 angeführten Prinzipien sind im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit insbesondere folgende Ziele umzusetzen:

- a) Zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention, Stärkung von evidenzbasierter Früherkennung und Frühintervention;
- b) bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zur Sicherstellung des niederschweligen Zugangs zu und der Verfügbarkeit der erforderlichen Leistungen durch

1. Forcierung der Digitalisierung im Gesundheitswesen gemäß dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“;
  2. quantitativer Ausbau der Versorgung im ambulanten und insbesondere niedergelassenen Bereich vorrangig in vergemeinschafteten Formen wie Primärversorgungseinheiten sowie weiterer Angebote,
  3. 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,
  4. weitere Forcierung der Ambulantisierung bislang (akut-)stationärer Leistungen und
  5. weitere Bündelung von selten und/oder spitzenmedizinisch erbrachten Leistungen zur Sicherstellung der Versorgungsqualität;
- c) Optimierung der Prozesse und des Ressourceneinsatzes;
- d) hohe Behandlungsqualität sicherstellen und gegenüber der Bevölkerung transparent darstellen;
- e) Stärkung des Sachleistungsprinzips in allen Bereichen.
- (5) Die Zielsteuerung-Gesundheit umfasst insbesondere folgende Handlungsfelder:
- a) die 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);
  - b) die Schaffung rechtlicher Voraussetzungen für die Umsetzung der Digitalisierung sowie den Ausbau der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur;
  - c) der stationäre Bereich in den Akutkrankenanstalten ist durch medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen oder ambulanten Bereich zu entlasten; die Leistungserbringung ist insbesondere im ambulanten Bereich bedarfsgerecht weiter zu entwickeln und hinsichtlich der Leistungsangebote (Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien sowie niedergelassener Bereich) aufeinander abzustimmen und festzulegen; darüber hinaus sind auf der Grundlage von objektiven Bewertungen unter Berücksichtigung bestehender Auslastungen Leistungsverlagerungen in Richtung effizienterer Strukturalternativen vorzunehmen und ineffiziente Strukturen zu reduzieren; Parallelstrukturen – vor allem eine ambulante Facharztversorgung im niedergelassenen und spitalsambulanten Bereich – sind abzubauen;
  - d) die Umsetzung einer verbindlichen regionalen Strukturplanung und Festlegung von Versorgungsaufträgen in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit;
  - e) die 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);
  - f) 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;
  - g) die Weiterentwicklung einer bedarfsorientierten und soweit möglich datengestützten Qualitätssicherung im Gesundheitswesen sowie Veröffentlichung der Ergebnisse;
  - h) 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;
  - i) die 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."

11. Nach dem § 7 wird folgender § 7a eingefügt:

„§ 7a

#### **Beteiligung an Unternehmungen**

Soweit es zur unterstützenden Wahrnehmung der Aufgaben nach § 4 (Angelegenheiten als Fonds), § 5 (allgemeine gesundheitspolitische Angelegenheiten) oder § 6 (Angelegenheiten der Zielsteuerung) erforderlich oder zweckmäßig ist, kann sich der Landesgesundheitsfonds an Unternehmungen beteiligen.“

12. Im § 8 Abs. 1 wird vor der bisherigen lit. a folgende lit. a eingefügt:

„a) das Präsidium;“

13. Im § 8 Abs. 1 werden die bisherigen lit. a bis c als lit. b bis d bezeichnet.

14. Der § 8 Abs. 2 entfällt; der bisherige Abs. 3 wird als Abs. 2 bezeichnet.

15. Nach dem § 9 wird folgender § 9a eingefügt:

„§ 9a

#### **Gesundheitskonferenz**

(1) Die Gesundheitsplattform kann beschließen, dass zur Beratung des Landesgesundheitsfonds bzw. einzelner seiner Organe bei Bedarf eine Gesundheitskonferenz stattfindet. Der Vorsitz obliegt dem für das Krankenanstaltenrecht zuständigen Mitglied der Landesregierung, welches abhängig vom Beratungsgegenstand einschlägige Akteure des Gesundheitswesens einzuladen hat.

(2) Der § 8 Abs. 2 gilt sinngemäß.“

16. Nach dem nunmehrigen § 9a wird folgender 2. Unterabschnitt eingefügt:

#### **„2. Unterabschnitt**

#### **Präsidium**

§ 9b

(1) Das Präsidium besteht aus den Koordinatoren der Landes-Zielsteuerungskommission (§ 26).

(2) Das Präsidium hat die Sitzungen der Gesundheitsplattform und der Landes-Zielsteuerungskommission vorzubereiten, wozu die Tagesordnung zu erstellen und rechtzeitig der vorsitzenden Person bzw. den vorsitzenden Personen zu übermitteln ist. Bei Sitzungen der Gesundheitsplattform sind die einzelnen Tagesordnungspunkte einem Bereich gemäß § 16 zuzuordnen und die jeweiligen Zustimmungserfordernisse anzugeben.

(3) Kommt über die Aufnahme eines Tagesordnungspunktes bzw. die Zuordnung zu einem Tagesordnungspunkt keine Einigung zustande, dann entscheidet über die diesbezügliche Ergänzung der Tagesordnung die Gesundheitsplattform bzw. die Landes-Zielsteuerungskommission vor Eingang in die Tagesordnung.“

17. Die bisherigen Unterabschnitte 2., 3. und 4. werden als Unterabschnitte 3., 4. und 5 bezeichnet.

18. Im § 10 Abs. 1 entfällt die Wortfolge „vorbehaltlich des Abs. 6“ und wird die Zahl „17“ durch die Zahl „18“ ersetzt.

19. Im § 10 Abs. 2 lit. a und b wird jeweils das Wort „fünf“ durch das Wort „sechs“ ersetzt.

20. Der § 10 Abs. 2 lit. g entfällt; die bisherige lit. h wird als lit. g bezeichnet.

21. Im § 10 Abs. 3 lit. b wird das Wort „vier“ durch das Wort „fünf“ ersetzt.

22. Im § 10 Abs. 4 lit. b wird vor dem Wort „ein“ das Wort „jeweils“ eingefügt und entfällt das Wort „gemeinsam“.

23. Der § 10 Abs. 6 entfällt.

24. Im § 12 Abs. 2 wird nach dem Wort „Tod“ der Beistrich durch das Wort „oder“ ersetzt und entfällt die Wortfolge „oder – im Falle eines Mitgliedes, das durch einen Beschluss der Gesundheitsplattform aufgenommen worden ist (§ 10 Abs. 6) – durch einen entsprechenden Beschluss der Gesundheitsplattform“.

25. Im § 13 wird das Wort „haben“ durch das Wort „hat“ ersetzt und entfällt die Wortfolge „sowie jene Mitglieder, die durch einen Beschluss der Gesundheitsplattform gemäß § 10 Abs. 6 aufgenommen worden sind“.

26. Im § 16 lit. d entfällt die Wortfolge „sowie bei der Aufnahme weiterer Mitglieder oder deren Abberufung (§ 10 Abs. 6)“.

27. Der § 17 Abs. 6 entfällt.

28. Im § 18 Abs. 2 lit. b wird die Wortfolge „bei der vorsitzenden Person“ durch die Wortfolge „beim Präsidium“ ersetzt.

29. Im § 18 Abs. 3 lit. a wird das Wort „Aufgaben“ durch das Wort „Geschäfte“ ersetzt, nach dem Klammerausdruck „(§ 4)“ die Wortfolge „oder aus dem Bereich der Aufgaben in den allgemeinen gesundheitspolitischen Angelegenheiten (§ 5)“ eingefügt und das Wort „, sowie“ durch einen Strichpunkt ersetzt.

30. Im § 18 Abs. 3 lit. b wird am Ende der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende lit. c angefügt:

„c) die Zulässigkeit einer Ergänzung der Tagesordnung auch in anderen Fällen als jenen des § 9b Abs. 3 festgelegt werden.“

31. Im § 19 Abs. 1 wird das Wort „elf“ durch die Zahl „13“ ersetzt.

32. Der § 19 Abs. 3 lit. e lautet:

„e) zwei Experten oder Expertinnen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, die von der Landesregierung entsendet werden.“

33. Im § 19 Abs. 4 lit. b wird vor dem Wort „ein“ das Wort „jeweils“ eingefügt und entfällt das Wort „gemeinsam“.

34. Im § 24 Abs. 2 entfällt die Wortfolge „ , die Tagesordnung festzulegen und die Sitzungen vorzubereiten“.

35. Im § 29 wird nach der lit. b folgende lit. c eingefügt:

„c) die Durchführung der Beschlüsse der Gesundheitsplattform im Bereich der Aufgaben in den allgemeinen gesundheitspolitischen Angelegenheiten (§ 5);“

36. Im § 29 wird die bisherige lit. c als lit. d bezeichnet.

37. Der § 33 Abs. 2 lautet:

„(2) Zudem sind im Landes-Zielsteuerungsübereinkommen Festlegungen über die maßnahmenbezogene Umsetzung sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht zu treffen, wobei insbesondere folgende Maßnahmen zu berücksichtigen sind:

- a) Erhöhung der Effektivität und Effizienz bzw. die Überwindung von kleinteiligen Organisationsformen durch die Bündelung komplexer Leistungen an geeigneten Standorten und die Nutzung der krankenanstaltenrechtlichen und im Österreichischen Strukturplan Gesundheit vorgesehenen Möglichkeiten;
- b) gemeinsame und gesamthafte Planung der ambulanten Versorgung im Regionalen Strukturplan Gesundheit (niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, selbstständige Ambulatorien und Spitalsambulanzen);
- c) Festlegung der Aufgabengebiete und Versorgungsaufträge pro ambulanter Versorgungsstufe im Sinne von „best points of service“, verbindliche sektorenübergreifende Angebotsplanung über die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (inkl. Rücknahmemöglichkeit von aufrechten Bewilligungen bei Rückbau von parallelen Strukturen) und Umsetzung;
- d) Etablierung von Terminservicestellen.“

38. Im § 34 Abs. 2 lit. c wird am Ende der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende lit. d angefügt:

„d) Umsetzung der priorisierten Disease Management Programme.“

39. Der § 34 Abs. 3 lautet:

„(3) Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit werden zur Sicherstellung einer sektoren- und bundesländerübergreifend abgestimmten, effektiven und effizienten Versorgung mit Medikamenten, Heilbehelfen und Hilfsmitteln jedenfalls folgende Themen bearbeitet:

- a) für die bundesweit einheitliche Bewertung von ausgewählten Arzneyspezialitäten sind ein strukturierter Prozess sowie ein Bewertungsboard zu etablieren, wobei der EKO-Prozess unberührt bleibt; wesentliche Elemente sind ein Horizon Scanning, der systematische Einsatz von Health Technology Assessment, gemeinsame Preisverhandlungen und eine bundesweit einheitliche Bewertung des Assessments;

- b) 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; der EKO-Prozess und die Prüfung der Erstattungsfähigkeit im niedergelassenen Bereich bleiben davon unberührt;
- c) Entwicklung und Umsetzung eines gemeinsamen sektoren- und bundesländer- und EU-mitgliedstaatenübergreifenden Einkaufs von ausgewählten, teuren bzw. innovativen Medikamenten einschließlich von Finanzierungslösungen;
- d) für definierte hochpreisige und spezialisierte Medikamente sind auf Bundes- und/oder Landesebene gemeinsame Versorgungsmodelle sowie sektorenübergreifende Finanzierungskonzepte mit gemeinsamer Finanzverantwortung zu entwickeln und in der Folge umzusetzen,
- e) zur Erhöhung der Transparenz ist ein wechselseitiger Datenaustausch über Mengen und Kosten der im intra- und extramuralen Bereich verordneten bzw. dispensierten Medikamente in einer einheitlich zu vereinbarenden, standardisierten Form sicherzustellen; diese Informationen sind auch dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung zu stellen.“

40. Der § 41 Abs. 1 lautet:

„(1) Der Regionale Strukturplan Gesundheit ist durch die Landes-Zielsteuerungskommission entsprechend den Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit bezüglich Inhalten, Planungshorizonten und Planungsrichtwerten zu beschließen. Er hat dabei jedenfalls folgende Inhalte aufzuweisen:

- a) Festlegung der Kapazitätsplanungen standortbezogen für den akutstationären Bereich mit Angabe der Kapazitäten (Betten, minimale Anzahl an Tagesklinikplätzen und ambulante Behandlungsplätzen), Organisationsformen, Versorgungsstufen, Referenz-, Spezial- und Expertisezentren je Fachbereich, wobei die je Fach- und Versorgungsbereich ausgewiesene Gesamtkapazität (Summe von Planbetten und ambulanten Betreuungsplätzen) als Zielwert für die Realisierung zum Planungshorizont zu verstehen ist;
- b) Festlegung der Kapazitätsplanungen für den ambulanten Bereich der Sachleistung zumindest auf Ebene der Versorgungsregionen mit folgenden Angaben:
  1. Kapazitäten,
  2. Zahl und örtliche Verteilung der Leistungserbringer,
  3. bei Spitalsambulanzen auch Betriebsformen gemäß § 9a und § 9b des Spitalgesetzes,
  4. Konkretisierung der Versorgungsaufträge nach Fachbereichen sowie
  5. allenfalls der Versorgungstypen;
- c) Definition von allgemeinen und speziellen Versorgungsaufträgen nach Fachbereichen auf Ebene der Versorgungsregionen auf Basis der Grundlagen im Österreichischen Strukturplan Gesundheit;
- d) die Zahl und örtliche Verteilung hat eine derart hohe Granularität aufzuweisen, dass ambulante Vergemeinschaftungsformen (z. B. Gruppenpraxen, Selbständige Ambulatorien, Primärversorgungseinheiten), die ohne Festlegung im Regionalen Strukturplan Gesundheit grundsätzlich nur aufgrund eines Zulassungs- oder Bedarfsprüfungsverfahrens errichtet werden dürfen, auf Grundlage der zu verbindlich erklärenden Teile des Regionalen Strukturplans Gesundheit ohne Zulassungs- oder Bedarfsprüfungsverfahren errichtet werden können; andere ambulante Organisationseinheiten müssen in den verbindlich zu erklärenden Teilen des Regionalen Strukturplans Gesundheit grundsätzlich zumindest auf Bezirksebene geplant werden, wobei insbesondere für städtische Bereiche geeignete natürliche Einzugsgebiete herangezogen werden können;
- e) 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 ist, um den unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung nachkommen zu können, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Versorgungsangeboten als Netzwerk oder Zentrum sicherzustellen;
- f) Abbildung der überregionalen 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, inklusive Definition von Versorgungsgebieten je Standort;

- g) transparente Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer Gastpatientinnen und -patienten.

Dabei ist auf die Bestimmungen des Primärversorgungsgesetzes sowie § 18 Abs. 2 und § 18a Abs. 2 bis 4 des Spitalgesetzes Bedacht zu nehmen.“

41. Der § 41 Abs. 3 lautet:

„(3) Im Verfahren vor Beschlussfassung des Regionalen Strukturplans Gesundheit hat die Landes-Zielsteuerungskommission

- a) den Bund mindestens vier Wochen vor Einbringung zur Beschlussfassung über den Entwurf zu informieren und mit ihm das Vorliegen der Rechtskonformität und der Konformität mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit abzustimmen,
- b) der Ärztekammer für Vorarlberg und den betroffenen gesetzlichen Interessenvertretungen mindestens vier Wochen vor Einbringung zur Beschlussfassung den Entwurf unter Anschluss der Planungsunterlagen unter Einräumung der Möglichkeit zur Stellungnahme zu übermitteln, und
- c) die Gesundheitsplattform zu befassen (§ 14 Abs. 3 lit. b).“

42. Der § 41 Abs. 4 entfällt; der bisherige Abs. 5 wird als Abs. 4 bezeichnet.

43. Im § 42 Abs. 1 wird der Ausdruck „lit. h“ durch den Ausdruck „lit. n“ ersetzt.

44. Im § 43 Abs. 1 lit. f wird der Ausdruck „2005 bis 2008“ durch den Ausdruck „2024 bis 2028“ ersetzt.

45. Im § 43 Abs. 2 wird der Ausdruck „Art. 10“ durch den Ausdruck „Art. 12“ ersetzt.

46. Im § 47 Abs. 1 wird der Ausdruck „7 %“ durch den Ausdruck „15 %“ ersetzt.

47. Im § 47 Abs. 2 lit. a Z. 1 wird die Wortfolge „in den Bereichen der Akutversorgung oder der Pflegeausbildung von Fondskrankenanstalten“ durch die Wortfolge „im stationären und spitalsambulanten Bereich“ ersetzt.

48. Der § 47 Abs. 2 lit. a Z. 2 lautet:

„2. Stärkung des spitalsambulanten Bereichs zur Entlastung des stationären Bereichs;“

49. Der § 47 Abs. 2 lit. a Z. 3 lautet:

„3. Optimierung der Patientenströme und Patientenwege zur Umsetzung des Grundsatzes „digital vor ambulant vor stationär“; oder“

50. Im § 47 Abs. 2 lit. a Z. 4 wird die Wortfolge „von Kapazitäten im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation“ durch die Wortfolge „der Digitalisierung im Gesundheitswesen und der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur zur Entlastung der Fondskrankenanstalten“ ersetzt.

51. Im § 47 Abs. 2 lit. b wird die Wortfolge „davon ausgenommen sind befristete Schnittstellenprojekte zwischen den verschiedenen leistungs anbietenden Einrichtungen des Gesundheitswesens“ durch die Wortfolge „wovon nur in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen abgesehen werden kann“ ersetzt.

52. Der § 48 lautet:

„§ 48

#### **Mittel für Zielsteuerungsprojekte und -maßnahmen**

(1) Der Landesgesundheitsfonds kann gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern Projekte und Maßnahmen finanzieren, die im Landes-Zielsteuerungsübereinkommen vereinbart bzw. von der Landes-Zielsteuerungskommission beschlossen worden sind. Dazu gehören insbesondere:

- a) Projekte der integrierten Versorgung, wie insbesondere die Versorgung von Diabetes- und Schlaganfallpatienten und -patientinnen, von Patienten und Patientinnen mit koronaren Herzerkrankungen oder mit nephrologischen Erkrankungen und die Verbesserung des Entlassungsmanagements;
- b) Projekte, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich zur Folge haben;
- c) Projekte zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs; und

d) Projekte und Maßnahmen zur Sicherstellung von ausreichend und entsprechend qualifiziertem Gesundheitspersonal durch anerkannte postsekundäre Bildungseinrichtungen, insbesondere zur Stärkung und Aufwertung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe.

(2) Aus den zur Verfügung stehenden Mitteln können auch laufende Zielsteuerungsprojekte und -maßnahmen verlängert werden.“

53. Nach dem § 62 wird folgender § 63 angefügt:

„§ 63

**Inkrafttretens- und Übergangsbestimmung zur Novelle LGBl.Nr. xx/2024**

(1) Die Änderungen der §§ 1 Abs. 3, 2 lit. e bis n, 5 lit. d, 6 lit. i, 7 Abs. 3 bis 5, 33 Abs. 2, 34 Abs. 2 und Abs. 3, 41 Abs. 1 und Abs. 3 bis 5, 42 Abs. 1 und 43 durch das Gesetz über eine Änderung des Landesgesundheitsfondsgesetzes, LGBl.Nr. xx/2024, einschließlich der Inkrafttretensbestimmung des § 63, treten rückwirkend am 1. Jänner 2024 in Kraft.

(2) Das bei Inkrafttreten der Novelle LGBl.Nr. xx/2024 bestehende Landes-Zielsteuerungsübereinkommen ist bis spätestens xxx an die neue Rechtslage anzupassen und kann rückwirkend, frühestens aber mit Wirkung ab 1. Juli 2024 in Kraft gesetzt werden.

(3) Der zum Zeitpunkt der Kundmachung der Novelle LGBl.Nr. xx/2024 bestehende Regionale Strukturplan Gesundheit ist bis spätestens 31. Dezember 2025 an die Vorgaben des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit anzupassen.“