

# Textgegenüberstellung (Kunsttext<sup>1</sup>)

Entwurf – Stand: 09.08.2024

## Gesetz über eine Änderung des Landesgesundheitsfondsgesetzes

### Gesetz über die Errichtung eines Gesundheitsfonds für das Land Vorarlberg (Landesgesundheitsfondsgesetz)

LGBl.Nr. 45/2013, 11/2018, 39/2018, 19/2020, 24/2020, 91/2020, 2/2021, 50/2021, 4/2022, 26/2022, 32/2023

#### 1. Abschnitt Allgemeine Bestimmungen

##### § 1

#### Landesgesundheitsfonds

(1) Für das Land Vorarlberg wird ein Fonds mit Rechtspersönlichkeit und Sitz in Bregenz eingerichtet (Landesgesundheitsfonds).

(2) Der Landesgesundheitsfonds ist im Rahmen dieses Gesetzes zur Finanzierung der Fondskrankenanstalten sowie zur gesamthaften Planung und Steuerung aller Bereiche des Gesundheitswesens in Vorarlberg unter Berücksichtigung gesamtwirtschaftlicher Auswirkungen bestimmt.

(3) Das Land und der Landesgesundheitsfonds haben sich bei ihren Maßnahmen an den Public Health Grundsätzen der WHO sowie den Gesundheitszielen Österreich ~~Rahmen Gesundheitszielen des Bundes~~ zu orientieren und die Multiprofessionalität in der Versorgung, Prävention, Gesundheitsförderung sowie in der Forschung und Lehre zu stärken.

##### § 2

#### Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieses Gesetzes sind:

a) Fondskrankenanstalten:

1. Öffentliche Krankenanstalten gemäß § 3 lit. a und b des Spitalgesetzes mit Ausnahme der Pflegeabteilungen für Psychiatrie sowie
2. private Krankenanstalten gemäß § 3 lit. a des Spitalgesetzes, die als gemeinnützig gelten, soweit diese Krankenanstalten am 31. Dezember 1996 Zuschüsse des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds erhalten haben;

b) Angelegenheiten des intramuralen Bereiches: Angelegenheiten, in denen die alleinige Zuständigkeit des Landes besteht, einschließlich Angelegenheiten des Landesgesundheitsfonds zur Durchführung der Finanzierung der Fondskrankenanstalten;

c) Angelegenheiten des extramuralen Bereiches: Angelegenheiten, in denen die alleinige Zuständigkeit der Sozialversicherungsträger besteht;

d) ambulanter Bereich: die ambulante Gesundheitsversorgung (insbesondere ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen im Sinne des Sozialversicherungsrechts) im niedergelassenen Bereich, in selbständigen Ambulatorien und in Spitalsambulanzen;

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

<sup>1</sup> Die beabsichtigten Änderungen sind im Korrekturmodus ersichtlich gemacht.

Berufsgruppen mit Kassenverträgen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger und Spitalsambulanzen:

- f) ambulante Fachversorgung: die 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;
- g) „best point of service“: jene Stelle, an der die kurative Versorgung zum richtigen Zeitpunkt, am richtigen Ort, mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität und gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erfolgt;
- 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;
- l) integrierte Versorgung: eine patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende, interdisziplinäre und/oder multiprofessionelle und nach standardisierten Versorgungskonzepten ausgerichtete Versorgung;
- 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;
- n) Österreichischer Strukturplan Gesundheit: der vom zuständigen Bundesminister oder von der zuständigen Bundesministerin im RIS (www.ris.bka.gv.at) veröffentlichte Österreichische Strukturplan Gesundheit.

### § 3

#### **Aufgaben des Landesgesundheitsfonds**

Der Landesgesundheitsfonds hat Aufgaben in folgenden Bereichen:

- a) Angelegenheiten als Fonds;
- b) Allgemeine gesundheitspolitische Angelegenheiten;
- c) Angelegenheiten der Zielsteuerung.

### § 4

#### **Aufgaben in den Angelegenheiten als Fonds**

Der Landesgesundheitsfonds hat in den Angelegenheiten als Fonds folgende Aufgaben:

- a) die Erlassung von Richtlinien über das in Vorarlberg anzuwendende leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem sowie zur Abgeltung ambulanter Leistungen in Fondskrankenanstalten;

- b) die Erlassung von Richtlinien über die Gewährung finanzieller Zuwendungen aus Fondsmitteln bei Investitionsvorhaben der Fondskrankenanstalten;
- c) die Zustimmung zu Investitionsvorhaben der Fondskrankenanstalten, die Gewährung von Zuschüssen für Investitionen in Fondskrankenanstalten und die Kürzungen der leistungsorientierten Zahlungen nach § 46 Abs. 2;
- d) die Festsetzung eines Gesamtbetrages für die Finanzierung von Planungen im intramuralen Bereich sowie für Strukturreformen zur Entlastung der Fondskrankenanstalten und Entscheidung über die Verwendung dieser Mittel;
- e) die Erstellung des Voranschlages, des Rechnungsabschlusses und des Tätigkeitsberichtes des Landesgesundheitsfonds;
- f) die Gewährung von leistungsorientierten Zahlungen an Fondskrankenanstalten für die Behandlung jener Patienten und Patientinnen, für die eine Leistungspflicht der Sozialversicherungsträger besteht;
- g) die Überwachung der Einhaltung des Regionalen Strukturplanes Gesundheit für Krankenanstalten, der Strukturqualitätskriterien und der Dokumentationsverpflichtungen in Fondskrankenanstalten sowie die Setzung von Maßnahmen bei Verstößen dagegen (Sanktionsmechanismus);
- h) die Abrechnung der Kosten für die Erbringung von Leistungen der Fondskrankenanstalten für ausländische Patienten und Patientinnen aufgrund zwischenstaatlicher Übereinkommen oder des Rechtes der Europäischen Union;
- i) der Austausch der Daten der Leistungserbringung zwischen den Fondskrankenanstalten und den Trägern der Sozialversicherung, soweit dies zur Erfüllung der jeweiligen gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist.

#### § 5

#### **Aufgaben in den allgemeinen gesundheitspolitischen Angelegenheiten**

Der Landesgesundheitsfonds hat in den allgemeinen gesundheitspolitischen Angelegenheiten folgende Aufgaben:

- a) (Weiter-)Entwicklung der Gesundheitsziele (inkl. Strategien zur Umsetzung) auf Landesebene;
- b) Grundsätze der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen;
- c) Grundsätze der Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement;
- d) Mitwirkung am Auf- und Ausbau der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur ~~der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (wie ELGA, eCard, Telehealth, Telecare)~~ auf Landesebene;
- e) Umsetzung von Projekten zur Gesundheitsförderung;
- f) Evaluierung der von der Gesundheitsplattform auf Landesebene wahrgenommenen Aufgaben.

#### § 6

#### **Aufgaben in den Angelegenheiten der Zielsteuerung**

Der Landesgesundheitsfonds hat in den Angelegenheiten der Zielsteuerung folgende Aufgaben:

- a) Beratung und Beschluss des Landes-Zielsteuerungsübereinkommens und Erstellung der Strategie des Landesgesundheitsfonds;
- b) Koordination, Abstimmungen und Festlegungen aller aus dem Zielsteuerungsvertrag und dem Landes-Zielsteuerungsübereinkommen resultierenden Aufgaben und Maßnahmen zur Umsetzung;
- c) Mitwirkung am bundesweiten Monitoring und Behandlung des Monitoringberichts;
- d) Wahrnehmung von Agenden zum Sanktionsmechanismus gemäß dem 2. Unterabschnitt des 3. Abschnittes;
- e) Umsetzung der Regelungen für vertragliche und gemeinsam von Sozialversicherung und Ländern zu verantwortende sektorenübergreifende Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen auf Landesebene (z.B. Spitalsambulanzen, Gruppenpraxen und niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte, tagesklinische Versorgung, innovative Versorgungsformen etc.); Umsetzung von vereinbarten innovativen Modellen zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs;

- f) Angelegenheiten des Regionalen Strukturplans Gesundheit gemäß Art. 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie Mitwirkung in Verfahren nach Maßgabe des Spitalgesetzes;
- g) Angelegenheiten der Großgeräte intra- und extramural;
- h) Erstellung einer Strategie zur Gesundheitsförderung;
- i) Entscheidung über die Verwendung der Mittel aus dem Gesundheitsförderungsfonds (§ 43 Abs. 2) unter Berücksichtigung des ~~Art. 10~~ Art. 12 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens;
- j) Mitwirkung bei der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen;
- k) Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement;
- l) Evaluierung der von der Landes-Zielsteuerungskommission wahrgenommenen Aufgaben.

## § 7

### Grundsätze für die Aufgabenerfüllung

- (1) Der Landesgesundheitsfonds hat bei der Erfüllung seiner Aufgaben darauf zu achten, dass
  - a) eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung sichergestellt wird;
  - b) die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens unter Einhaltung der Finanzrahmenverträge abgesichert wird; und
  - c) die Festlegungen der Bundesgesundheitsagentur sowie die Festlegungen im Zielsteuerungsvertrag und im Landes-Zielsteuerungsübereinkommen eingehalten werden.

(2) Im Falle eines vertragslosen Zustands mit den Vertragspartnern hat der Landesgesundheitsfonds daran mitzuwirken, schwerwiegende Folgen für die Bevölkerung zu vermeiden. Dabei ist auch eine Einigung darüber anzustreben, welche Entgelte die Sozialversicherungsträger bei Mehrleistungen der Krankenanstalten an den Landesgesundheitsfonds zu bezahlen haben. Die Entgelte dürfen das Ausmaß der von den Sozialversicherungsträgern ersparten Arztkosten nicht überschreiten.

(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.
- (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) die Forcierung der Gesundheitsförderung und Prävention;
  - b) im Krankheitsfall die kurative Versorgung am „best point of service“;

- ~~— c) die verbindliche Zusage zur aktiven Zusammenarbeit und wechselseitigen Unterstützung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung bei der Umsetzung der gemeinsam vereinbarten Ziele;~~
  - ~~— d) die patientenorientierte Qualität im Gesundheitswesen;~~
  - ~~— e) Vorrang der Einrichtung von multiprofessionellen und integrativen Versorgungsformen gegenüber Einzelleistungserbringern auf allen Versorgungsebenen;~~
  - ~~— f) die Sicherstellung einer nachhaltigen Sachleistungsversorgung.~~
- ~~(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) Abbau des akutstationären Bereichs bei gleichzeitigem Ausbau der ambulanten Versorgung unter Sicherstellung des Zugangs zu und der Verfügbarkeit von allen notwendigen Leistungen;~~
  - ~~— c) Optimierung der Prozesse und des Ressourceneinsatzes;~~
  - ~~— d) hohe Behandlungsqualität sicherstellen und gegenüber der Bevölkerung transparent darstellen;~~
  - ~~— e) Stärkung des Sachleistungsprinzips im ambulanten und stationären Bereich.~~
- ~~(5) Die Zielsteuerung Gesundheit umfasst insbesondere folgende Handlungsfelder:~~
- ~~— a) 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;~~
  - ~~— b) im Bereich der Primärversorgung („Primary Health Care“) sind Primärversorgungseinheiten gemäß dem Primärversorgungsgesetz zu schaffen;~~
  - ~~— c) zur Verbesserung der integrierten Versorgung, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, sind interdisziplinäre und multiprofessionelle sowie intersektorale Zusammenarbeitsformen auszubauen sowie Behandlungsprozesse und Versorgungsstandards zu definieren;~~
  - ~~— d) die „best points of service“ sind mittels Versorgungsaufträgen zu definieren und die richtigen Anlauf- und Weiterbehandlungsstellen sind transparent zu machen; die Finanzierung ist sektorenübergreifend an Leistungsverchiebungen anzupassen;~~
  - ~~— e) 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;~~
  - ~~— f) ein umfassendes, vergleichbares, systematisches und standardisiertes Qualitätsmanagement (mit umfassender Messung der Ergebnisqualität sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich) ist sowohl im intramuralen als auch im extramuralen Bereich weiterzuentwickeln und fortzusetzen;~~
  - ~~— g) 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.~~

#### § 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.

## 2. Abschnitt Organisation des Landesgesundheitsfonds

### 1. Unterabschnitt Allgemeines

#### § 8

#### Organe des Landesgesundheitsfonds

(1) Organe des Landesgesundheitsfonds sind:

- a) das Präsidium;
- b) ~~a)~~ die Gesundheitsplattform;
- c) ~~b)~~ die Landes-Zielsteuerungskommission;
- d) ~~e)~~ die Geschäftsführung.

~~(2) Die Gesundheitsplattform kann beschließen, dass eine Gesundheitskonferenz als zusätzliches Organ eingerichtet wird, in dem die wesentlichen Akteure des Gesundheitswesens in Vorarlberg vertreten sind. Der Vorsitz obliegt dem für das Krankenanstaltenrecht zuständigen Mitglied der Landesregierung.~~

~~(2)~~ ~~(3)~~ Für die Mitgliedschaft in den Organen gebührt keine Vergütung durch den Landesgesundheitsfonds; der § 28 Abs. 4 bleibt unberührt.

#### § 9

#### Vetorecht des Bundes

(1) Das Mitglied, das vom Bund in die Gesundheitsplattform oder in die Landes-Zielsteuerungskommission entsendet wird, hat ein Vetorecht gegen Beschlüsse, die gegen folgende Vorschriften verstoßen:

- a) Gesetze und Verordnungen;
- b) die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit;
- c) die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens;
- d) den Zielsteuerungsvertrag oder
- e) Beschlüsse der Organe der Bundesgesundheitsagentur.

(2) Wenn das vom Bund entsandte Mitglied an der Teilnahme an der Sitzung verhindert ist, kann es sein Vetorecht unter Angabe einer Begründung binnen einer Woche nach Kenntnis des Beschlusses schriftlich einbringen.

#### § 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.

### 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.

## **32. Unterabschnitt Gesundheitsplattform**

### § 10

#### **Mitglieder der Gesundheitsplattform**

- (1) Die Gesundheitsplattform besteht ~~—vorbehaltlich des Abs. 6—~~ aus ~~18~~<sup>17</sup> Mitgliedern.
- (2) Der Gesundheitsplattform gehören an:
  - a) ~~sechs~~<sup>fünf</sup> Mitglieder für das Land;
  - b) ~~sechs~~<sup>fünf</sup> Mitglieder für die Träger der Sozialversicherung;
  - c) ein Mitglied, das vom Bund entsendet wird;
  - d) ein Mitglied, das vom Dachverband der Sozialversicherungsträger entsendet wird;
  - e) ein Mitglied, das von der Ärztekammer entsendet wird;
  - f) zwei Mitglieder, die vom Gemeindeverband entsendet werden;
  - ~~g) ein Mitglied, das von der Landesregierung aus dem Pflegebereich entsendet wird;~~
  - ~~h)~~ der Patientenanwalt oder die Patientenanwältin.
- (3) Für das Land sind folgende Mitglieder vertreten:
  - a) das für das Krankenanstaltenrecht zuständige Mitglied der Landesregierung;
  - b) ~~fünf~~<sup>vier</sup> von der Landesregierung entsandte Mitglieder.
- (4) Für die Träger der Sozialversicherung sind folgende Mitglieder vertreten:
  - a) vier von der Österreichischen Gesundheitskasse entsandte Mitglieder, wovon drei vom Landesstellenausschuss zu nominieren sind;
  - b) jeweils ein Mitglied, das von der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau ~~gemeinsam~~ entsendet wird.
- (5) Der Gemeindeverband hat eines seiner Mitglieder im Einvernehmen mit einem Rechtsträger einer Fondskrankenanstalt zu entsenden.
- ~~(6) Die Gesundheitsplattform kann die Aufnahme von bis zu vier weiteren Mitgliedern beschließen.~~

### § 11

#### **Ersatzmitglieder der Gesundheitsplattform**

- (1) Für jedes Mitglied, mit Ausnahme des Mitglieds der Landesregierung und des Patientenanwaltes oder der Patientenanwältin, ist für den Fall der Befangenheit oder Verhinderung ein Ersatzmitglied namhaft zu machen. Für das vom Bund entsandte Mitglied können insgesamt drei Ersatzmitglieder namhaft gemacht werden; dasselbe gilt für das von der Ärztekammer entsandte Mitglied.
- (2) Die Vertretung des Mitgliedes der Landesregierung richtet sich – vorbehaltlich des § 17 Abs. 5 – nach der Geschäftsverteilung der Landesregierung.
- (3) Der Patientenanwalt oder die Patientenanwältin kann sich im Fall der Verhinderung oder Befangenheit von einer rechtskundigen Person, die in der Patientenanwaltschaft mitarbeitet, oder von einer leitenden Person einer Informations- und Beschwerdestelle (§ 3 des Patienten- und Klientenschutzgesetzes) vertreten lassen.
- (4) Für Ersatzmitglieder gelten die Bestimmungen für Mitglieder sinngemäß.

### § 12

#### **Dauer und Ende der Mitgliedschaft in der Gesundheitsplattform**

- (1) Die Mitglieder, mit Ausnahme des Mitglieds der Landesregierung und des Patientenanwaltes oder der Patientenanwältin, sind auf unbestimmte Zeit zu entsenden.
- (2) Die Mitgliedschaft endet durch Verzicht, Tod, oder Abberufung durch den zur Entsendung berechtigten Rechtsträger ~~oder —im Falle eines Mitgliedes, das durch einen Beschluss der Gesundheitsplattform aufgenommen worden ist (§ 10 Abs. 6)— durch einen entsprechenden Beschluss der Gesundheitsplattform.~~

### § 13

#### **Stimmrechte der Mitglieder der Gesundheitsplattform**

Jedes Mitglied der Gesundheitsplattform hat eine Stimme. Kein Stimmrecht ~~haben~~<sup>hat</sup> jedoch das vom Dachverband der Sozialversicherungsträger entsandte Mitglied ~~sowie jene Mitglieder, die durch einen Beschluss der Gesundheitsplattform gemäß § 10 Abs. 6 aufgenommen worden sind.~~



## § 14

### **Aufgaben der Gesundheitsplattform**

(1) Der Gesundheitsplattform obliegt die Beschlussfassung zur Wahrnehmung der Aufgaben nach § 4 (Angelegenheiten als Fonds) und § 5 (allgemeine gesundheitspolitische Angelegenheiten).

(2) Die Gesundheitsplattform muss einen Teil des Betrages, der gemäß § 4 lit. d für Strukturreformen für krankenhausentlastende Maßnahmen festgesetzt wird, jährlich im Voranschlag gesondert ausweisen; dieser Teilbetrag beläuft sich auf jenen Anteil an 15 Millionen Euro, welcher der Volkszahl des Landes entspricht. Bei der Verwendung dieses Betrages ist der § 47 (Festsetzung und Gewährung der Mittel für Planungen und Strukturreformen) zu beachten.

(3) In der Gesundheitsplattform erfolgen Informationen und Konsultationen zu folgenden Punkten:

- a) Ressourcenplanung im Pflegebereich;
- b) Bericht über Festlegungen der Landes-Zielsteuerungskommission.

(4) Die Gesundheitsplattform kann einzelne Aufgaben an die Landes-Zielsteuerungskommission übertragen.

## § 15

### **Beschlussfähigkeit in der Gesundheitsplattform**

(1) Die Gesundheitsplattform ist beschlussfähig, wenn die Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen wurden und mindestens die Hälfte der stimmberechtigten Mitglieder anwesend ist.

(2) Wenn Rechtsträger von ihrem Recht zur Entsendung von Mitgliedern keinen Gebrauch machen, bleiben diese bei der Feststellung der Beschlussfähigkeit außer Betracht.

## § 16

### **Beschlussfassung in der Gesundheitsplattform**

Ein Beschluss kommt wie folgt zustande:

- a) in den Angelegenheiten als Fonds (§ 4), vorbehaltlich der lit. b):  
Zustimmung der Mehrheit der anwesenden Mitglieder gemäß § 10 Abs. 2 lit. a (Mitglieder für das Land);
- b) bei der Vergabe des Teilbetrages, der im Voranschlag gemäß § 14 Abs. 2 gesondert ausgewiesen ist: Zustimmung der Mehrheit der anwesenden Mitglieder sowohl gemäß § 10 Abs. 2 lit. a (Mitglieder für das Land) als auch gemäß § 10 Abs. 2 lit. b (Mitglieder für die Träger der Sozialversicherung);
- c) in allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen (§ 5): Zustimmung
  1. der Mehrheit aller anwesenden stimmberechtigten Mitglieder und
  2. einer Dreiviertelmehrheit der anwesenden Mitglieder gemäß § 10 Abs. 2 lit. a bis c (Mitglieder für das Land und für die Träger der Sozialversicherung sowie das vom Bund entsandte Mitglied);
- d) bei Erlassung oder Änderung der Geschäftsordnung (§ 18) ~~sowie bei der Aufnahme weiterer Mitglieder oder deren Abberufung (§ 10 Abs. 6)~~: Zustimmung von Dreiviertel der anwesenden stimmberechtigten Mitgliedern;
- e) bei der Übertragung einzelner Aufgaben an die Landes-Zielsteuerungskommission (§ 14 Abs. 4): Zustimmung der Mehrheit der anwesenden Mitglieder sowohl gemäß § 10 Abs. 2 lit. a (Mitglieder für das Land) als auch gemäß § 10 Abs. 2 lit. b (Mitglieder für die Träger der Sozialversicherung);
- f) in sonstigen Angelegenheiten: Zustimmung der einfachen Mehrheit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder.

## § 17

### **Vorsitz der Gesundheitsplattform**

(1) Den Vorsitz in der Gesundheitsplattform führt das für das Krankenanstaltenrecht zuständige Mitglied der Landesregierung.

(2) Der vorsitzenden Person obliegt:

- a) die Einberufung zu und die Leitung von Sitzungen der Gesundheitsplattform;
- b) die Vertretung des Landesgesundheitsfonds nach außen;
- c) die Wahrnehmung der Aufgaben, die mit der Geschäftsordnung übertragen wurden;

d) die sonstigen Aufgaben des Landesgesundheitsfonds, die nicht anderen Organen zugewiesen sind.

(3) Die vorsitzende Person hat die Gesundheitsplattform nach Bedarf, mindestens jedoch einmal jährlich, zu Sitzungen einzuberufen. Eine Einberufung hat auch binnen vier Wochen zu erfolgen, wenn dies mindestens vier Mitglieder der Gesundheitsplattform unter gleichzeitiger Angabe des Grundes verlangen.

(4) Kann in den Angelegenheiten als Fonds (§ 4) in dringenden Fällen ein notwendiger Beschluss der Gesundheitsplattform nicht ohne Nachteil für die Sache oder ohne Gefahr eines Schadens für den Landesgesundheitsfonds abgewartet werden, so ist die vorsitzende Person berechtigt, namens des Landesgesundheitsfonds tätig zu werden. Solche Verfügungen sind unter ausdrücklicher Berufung auf diese Bestimmung zu treffen und in der nächstfolgenden Sitzung der Gesundheitsplattform unter einem eigenen Tagesordnungspunkt zur Kenntnis zu bringen.

(5) Die vorsitzende Person des Landesstellenausschusses der Österreichischen Gesundheitskasse vertritt die vorsitzende Person der Gesundheitsplattform im Falle der Verhinderung oder Befangenheit bei der Leitung der Sitzungen der Gesundheitsplattform.

~~(6) Die Vorsitzenden der Gesundheitsplattform und des Landesstellenausschusses der Österreichischen Gesundheitskasse müssen gemeinsam die Tagesordnung für die Sitzungen der Gesundheitsplattform erstellen; dabei sind die Angelegenheiten einem Bereich gemäß § 16 (Beschlussfassung in der Gesundheitsplattform) zuzuordnen. Wenn über die Aufnahme eines Tagesordnungspunktes keine Einigung zustande kommt, dann entscheidet darüber die Gesundheitsplattform.~~

## § 18

### Geschäftsordnung der Gesundheitsplattform

(1) Die Gesundheitsplattform hat sich eine Geschäftsordnung zu geben. Die Geschäftsordnung hat insbesondere nähere Bestimmungen zu enthalten über: die Einberufung der Sitzungen, das Antragsrecht, die Abstimmung sowie die Geschäftsbehandlung. Die Geschäftsordnung ist im Amtsblatt für das Land Vorarlberg kundzumachen.

(2) In der Geschäftsordnung ist vorzusehen,

- a) dass die Einberufung der Mitglieder zu einer Sitzung der Gesundheitsplattform unter Anschluss der Tagesordnung und der erforderlichen Unterlagen innerhalb angemessener Frist vor der Sitzung nachweislich zu erfolgen hat;
- b) dass jedes Mitglied ein Antragsrecht hat und Anträge auf Aufnahme eines Tagesordnungspunktes für Sitzungen der Gesundheitsplattform unter Anschluss geeigneter schriftlicher Unterlagen beim Präsidium bei der vorsitzenden Person einzubringen sind;
- c) dass Protokolleinwände binnen vier Wochen ab Eingang bei den Mitgliedern und den bei der betreffenden Sitzung anwesenden Ersatzmitgliedern abgegeben werden können;
- d) wie die Aufgaben nach § 29 lit. b (Durchführung der Beschlüsse der Gesundheitsplattform in den Angelegenheiten des Landesgesundheitsfonds als Fonds) auf die Geschäftsführung aufzuteilen ist, wenn diese durch mehr als eine Person erfolgt;
- e) dass ein Ausschuss zur Wahrnehmung der Aufgabe nach § 52b Abs. 2 des Ärztegesetzes 1998 (ÄrzteG 1998) eingerichtet wird.

(3) In der Geschäftsordnung können weiters

- a) näher bestimmte laufende Aufgaben/Geschäfte der Gesundheitsplattform aus dem Bereich der Angelegenheiten des Landesgesundheitsfonds als Fonds (§ 4) oder aus dem Bereich der Aufgaben in den allgemeinen gesundheitspolitischen Angelegenheiten (§ 5) der Geschäftsführung oder jener Person übertragen werden, die den Vorsitz in der Gesundheitsplattform führt, wobei im Fall der Geschäftsführung durch mehr als eine Person auch festzulegen ist, wie die übertragenen Aufgaben auf diese aufgeteilt werden, ~~sowie~~
- b) die Zulässigkeit der Abhaltung von Sitzungen in Form einer Videokonferenz und der Beschlussfassung im Umlaufweg sowie die nähere Vorgangsweise dazu festgelegt werden;
- c) die Zulässigkeit einer Ergänzung der Tagesordnung auch in anderen Fällen als jenen des § 9b Abs. 3 festgelegt werden.

### **43. Unterabschnitt Landes-Zielsteuerungskommission**

#### **§ 19**

#### **Mitglieder der Landes-Zielsteuerungskommission**

- (1) Die Landes-Zielsteuerungskommission besteht aus 13 Mitgliedern.
- (2) Der Landes-Zielsteuerungskommission gehören an:
  - a) die Mitglieder der Kurie des Landes;
  - b) die Mitglieder der Kurie der Sozialversicherung;
  - c) ein vom Bund entsandtes Mitglied.
- (3) Der Kurie des Landes gehören an:
  - a) das für das Krankenanstaltenrecht zuständige Mitglied der Landesregierung;
  - b) das für Soziales und Integration zuständige Mitglied der Landesregierung;
  - c) ein von der Landesregierung nach Einholung eines Vorschlages des Gemeindeverbandes bestelltes Mitglied;
  - d) der Landessanitätsdirektor oder die Landessanitätsdirektorin;  
sowie  
e) zwei Experten oder Expertinnen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, die von der Landesregierung entsendet werden.  
~~e) ein Experte oder eine Expertin auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, der oder die von der Landesregierung entsendet wird.~~
- (4) Der Kurie der Sozialversicherung gehören an:
  - a) vier von der Österreichischen Gesundheitskasse entsandte Mitglieder, wovon drei vom Landesstellenausschuss zu nominieren sind, sowie
  - b) jeweils ein Mitglied, das von der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau ~~gemeinsam~~ entsendet wird.
- (5) Die Mitgliedschaft endet durch Verzicht, Tod oder durch Abberufung durch den zur Entsendung berechtigten Rechtsträger.

#### **§ 20**

#### **Ersatzmitglieder der Landes-Zielsteuerungskommission**

- (1) Für jedes Mitglied, mit Ausnahme der Mitglieder der Landesregierung, ist für den Fall der Befangenheit oder Verhinderung ein Ersatzmitglied namhaft zu machen. Für das vom Bund entsandte Mitglied können insgesamt drei Ersatzmitglieder namhaft gemacht werden.
- (2) Die Vertretung der Mitglieder der Landesregierung richtet sich nach der Geschäftsverteilung der Landesregierung.
- (3) Für Ersatzmitglieder gelten die Bestimmungen für Mitglieder sinngemäß.

#### **§ 21**

#### **Beschlussfähigkeit der Landes-Zielsteuerungskommission**

Die Landes-Zielsteuerungskommission ist beschlussfähig, wenn die Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen wurden und zumindest drei Mitglieder der Kurie des Landes und drei Mitglieder der Kurie der Sozialversicherung anwesend sind; darunter müssen sich auch jene Mitglieder befinden, die für die jeweilige Kurie die Stimme abgeben können.

#### **§ 22**

#### **Stimmrechte und Beschlüsse in der Landes-Zielsteuerungskommission**

- (1) Jede Kurie hat eine Stimme.
- (2) Für die Kurie des Landes gibt das für das Krankenanstaltenrecht zuständige Mitglied der Landesregierung die Stimme ab.
- (3) Für die Kurie der Sozialversicherung gibt jenes Mitglied die Stimme ab, das nach den bundesgesetzlichen Vorschriften dafür zuständig ist.
- (4) Beschlüsse bedürfen der Zustimmung der Kurie des Landes und der Kurie der Sozialversicherung.

## § 23

### **Willensbildung in den Kurien**

(1) Die Stimme der Kurie des Landes bestimmt sich nach der Mehrheit der Stimmen der anwesenden Kurienmitglieder.

(2) Die Willensbildung in der Kurie der Sozialversicherung richtet sich nach den bundesgesetzlichen Vorschriften.

(3) Die Abstimmungen in den Kurien haben getrennt voneinander zu erfolgen.

## § 24

### **Vorsitz der Landes-Zielsteuerungskommission**

(1) Den Vorsitz in der Landes-Zielsteuerungskommission führen das für das Krankenanstaltenrecht zuständige Mitglied der Landesregierung und die vorsitzende Person des Landesstellenausschusses der Österreichischen Gesundheitskasse gemeinsam.

(2) Den vorsitzenden Personen obliegt es gemeinsam, mindestens zweimal jährlich zu den Sitzungen einzuladen, ~~die Tagesordnung festzulegen und die Sitzungen vorzubereiten.~~

## § 25

### **Geschäftsordnung der Landes-Zielsteuerungskommission**

Die Landes-Zielsteuerungskommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben. Dabei ist der § 18 (Geschäftsordnung der Gesundheitsplattform) sinngemäß anzuwenden, wobei es möglich ist, bestimmte laufende Aufgaben der Geschäftsführung zuzuweisen. Im Fall der Geschäftsführung durch mehr als eine Person ist auch festzulegen, wie die übertragenen Aufgaben auf diese aufgeteilt werden.

## § 26

### **Koordinatoren**

(1) Die Landes-Zielsteuerungskommission hat zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben zwei gleichberechtigte Koordinatoren.

(2) Die Landesregierung muss einen Koordinator oder eine Koordinatorin namhaft machen. Der andere Koordinator oder die andere Koordinatorin wird von der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend den bundesrechtlichen Vorschriften namhaft gemacht.

(3) Der von der Landesregierung namhaft gemachte Koordinator oder die Koordinatorin ist dem für das Krankenanstaltenrecht zuständigen Mitglied der Landesregierung verantwortlich. Der andere Koordinator oder die andere Koordinatorin ist entsprechend den bundesrechtlichen Vorschriften der vorsitzenden Person des Landesstellenausschusses der Österreichischen Gesundheitskasse verantwortlich.

## § 27

### **Aufgaben der Landes-Zielsteuerungskommission**

(1) Der Landes-Zielsteuerungskommission obliegt die Beschlussfassung in den Angelegenheiten, die im § 6 (Aufgaben in den Angelegenheiten der Zielsteuerung) angeführt sind.

(2) In der Landes-Zielsteuerungskommission erfolgt eine wechselseitige und rechtzeitige Information und Konsultation über Festlegungen zu wesentlichen operativen und finanziellen Angelegenheiten der Leistungserbringung im Gesundheitswesen von Land und Sozialversicherung.

## **54. Unterabschnitt**

### **Geschäftsführung**

## § 28

### **Geschäftsführer oder Geschäftsführerin**

(1) Die Landesregierung bestellt einen Geschäftsführer oder eine Geschäftsführerin. Eingeschränkt auf die Geschäfte des Gesundheitsförderungsfonds (§ 6 lit. i iVm § 43 Abs. 2) kann sie einen weiteren Geschäftsführer oder eine weitere Geschäftsführerin bestellen. Sie müssen dem Amt der Landesregierung angehören.

(2) Die Landesregierung kann überdies einen Geschäftsführer oder eine Geschäftsführerin bestellen, der oder die nicht dem Amt der Landesregierung angehört. Vor der Bestellung ist die Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse anzuhören.

(3) Zur Unterstützung der Geschäftsführung (Abs. 1 und 2) wird beim Amt der Landesregierung eine Geschäftsstelle, im Falle einer eigenen Geschäftsführung des Gesundheitsförderungsfonds eine weitere Geschäftsstelle des Landesgesundheitsfonds eingerichtet.

(4) Der Landesgesundheitsfonds hat dem Land die Kosten zu ersetzen, die bei sparsamer, wirtschaftlicher und zweckmäßiger Erfüllung der Aufgaben der Geschäftsführung und der Geschäftsstellen erwachsen.

(5) Die Landesregierung kann einen Geschäftsführer oder eine Geschäftsführerin jederzeit abberufen.

## § 29

### **Aufgaben**

Der Geschäftsführung obliegt

- a) die Wahrnehmung der in den Geschäftsordnungen zugewiesenen laufenden Geschäfte des Landesgesundheitsfonds sowie
- b) die Durchführung der Beschlüsse der Gesundheitsplattform in den Angelegenheiten des Landesgesundheitsfonds als Fonds (§ 4);
- c) die Durchführung der Beschlüsse der Gesundheitsplattform im Bereich der Aufgaben in den allgemeinen gesundheitspolitischen Angelegenheiten (§ 5);
- d) die Durchführung der Beschlüsse der Landes-Zielsteuerungskommission in den Angelegenheiten der Zielsteuerung, sofern es sich um Verpflichtungen des Landes handelt (§ 6).

## **3. Abschnitt**

### **Zielsteuerung-Gesundheit**

#### **1. Unterabschnitt**

#### **Landes-Zielsteuerungsübereinkommen**

## § 30

### **Abschluss und Dauer eines Landes-Zielsteuerungsübereinkommens**

(1) Das Landes-Zielsteuerungsübereinkommen wird jeweils für mehrere Jahre abgeschlossen. Es muss von den Vorsitzenden (§ 24) für den jeweils eigenen Wirkungsbereich unterfertigt werden.

(2) Das Landes-Zielsteuerungsübereinkommen bzw. deren Adaptierungen sind spätestens Ende des Jahres vor Beginn der jeweiligen Geltungsperiode durch die Landes-Zielsteuerungskommission zu vereinbaren.

## § 31

### **Inhalt des Landes-Zielsteuerungsübereinkommens**

(1) Aufbauend auf den Festlegungen im Zielsteuerungsvertrag wird das Landes-Zielsteuerungsübereinkommen vereinbart und verbindlich festgelegt. Es kann weitere, über den Zielsteuerungsvertrag hinausgehende strategische und operative Ziele sowie die für deren Erreichung zu setzenden Maßnahmen beinhalten. Die im Zielsteuerungsvertrag festgelegten und auf Landesebene zu realisierenden Maßnahmen zu den Steuerungsbereichen „Ergebnisorientierung“, „Versorgungsstrukturen“, „Versorgungsprozesse“ und zur Finanzzielsteuerung sind im Hinblick auf ihre termingerechte Umsetzung im Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu operationalisieren.

(2) Die Festlegung von Zielen hat so zu erfolgen, dass ein laufendes Monitoring klar festgelegter Messgrößen und Zielwerte möglich ist. Dabei ist die Anwendung eines einheitlichen Bewertungsschemas zur Beurteilung des Zielerreichungsgrades sicherzustellen. Die Messgrößen sollen auch für internationale Vergleiche und Leistungsmessungen verwendbar sein.

## § 32

### **Steuerungsbereich Ergebnisorientierung**

(1) Im Landes-Zielsteuerungsübereinkommen müssen regionale Gesundheits- und Versorgungsziele festgelegt werden.

(2) Wenn und soweit es im Zielsteuerungsvertrag Vorgaben für wirkungsorientierte Gesundheitsziele und ergebnisorientierte Versorgungsziele sowie Schwerpunkte aus der Gesundheitsförderungsstrategie gibt, dann müssen die regionalen Gesundheits- und Versorgungsziele so festgelegt werden, dass diese Vorgaben erreicht werden können.

## § 33

### **Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen**

(1) Das Landes-Zielsteuerungsübereinkommen hat die Inhalte aus dem Zielsteuerungsvertrag im Steuerungsbereich „Versorgungsstrukturen“ ausgehend vom regionalen Bedarf zu konkretisieren und Zielwerte für die jeweilige Betrachtungsperiode festzulegen.

(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.
- ~~(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 hinsichtlich Versorgungsstrukturen, die wesentliche Auswirkungen auf die Leistungserbringung im jeweils anderen Sektor bewirken, 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 Planung der ambulanten fachärztlichen Versorgung im Regionalen Strukturplan Gesundheit (niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte, selbstständige Ambulatorien und Spitalsambulanzen) soweit noch nicht vorliegend gesamthaft bis Ende 2018 unter der Voraussetzung, dass die Grundlagen auf Bundesebene vorliegen;~~
  - ~~c) Ergänzung einer konkretisierten Planung zur Einrichtung von Primärversorgungseinheiten im Regionalen Strukturplan Gesundheit bis spätestens Ende 2018 unter der Voraussetzung, dass die Grundlagen auf Bundesebene vorliegen;~~
  - ~~d) Festlegung der Aufgabengebiete und Versorgungsaufträge pro ambulanter Versorgungsstufe im Sinne von „best points of service“ und verbindliche sektorenübergreifende Angebotsplanung über die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (inkl. Rücknahmemöglichkeit von aufrechten Bewilligungen bei Rückbau von parallelen Strukturen).~~

#### § 34

#### **Steuerungsbereich Versorgungsprozesse**

(1) Das Landes-Zielsteuerungsübereinkommen hat die Inhalte aus dem Zielsteuerungsvertrag im Steuerungsbereich „Versorgungsprozesse“ ausgehend vom regionalen Bedarf zu konkretisieren und für die jeweilige Betrachtungsperiode festzulegen.

(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 hinsichtlich der Versorgungsprozesse zu berücksichtigen sind:

- a) Festlegung von Roll-out-Plänen zum gezielten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Systemsteuerung und -innovation gemäß Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens;
- b) Umsetzung der intersektoralen Behandlungsprozesse (BQLL Präoperative Diagnostik, BQLL Aufnahme- und Entlassungsmanagement);
- c) Umsetzung von bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards für priorisierte Bereiche, wobei die Sicherstellung einer integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung von chronischen Erkrankungen ein wesentlicher Schwerpunkt ist;
- d) Umsetzung der priorisierten Disease Management Programme.

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

~~a) Entwicklung und Umsetzung eines gemeinsamen sektoren- und bundesländer- und EU-mitgliedstaatenübergreifenden Einkaufs und einer Bewirtschaftung von Medikamenten einschließlich von Finanzierungslösungen; dazu sind die notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Bestimmungen insbesondere das Vergabewesen und das Sozialversicherungsrecht betreffend zu schaffen;~~

~~b) 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;~~

~~c) dazu 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.~~

## § 35

### Finanzzielsteuerung

Das Landes-Zielsteuerungsübereinkommen hat die Finanzzielsteuerung des Zielsteuerungsvertrages zu konkretisieren. Die Finanzzielsteuerung legt die Ausgabenobergrenze für die von den Vertragspartnern zu verantwortenden Gesundheitsausgaben fest und hat für die jeweilige Periode der Zielsteuerung-Gesundheit jedenfalls folgenden Inhalt zu umfassen:

a) Darstellung des Ausgabendämpfungspfades der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben des Landes:

1. der Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode;
2. die jährlichen Ausgabenobergrenzen.

b) Darstellung des Ausgabendämpfungspfades der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben der Sozialversicherung im Land:

1. den Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode;
2. die jährlichen Ausgabenobergrenzen der Sozialversicherung.

c) Darstellung des zusammengeführten Ausgabendämpfungspfades gemäß lit. a und b für die Landesebene;

d) Investitionen getrennt nach Land und Sozialversicherung;

e) Darstellung der Ausgaben beider Sektoren nach einer funktionalen Gliederung aufgrund einer bundeseinheitlichen Berichtsvorlage:

Für den extramuralen Bereich ist eine differenzierte Darstellung der Ausgaben entsprechend der bisherigen funktionalen Gliederung vorzunehmen; für den intramuralen Bereich ist jedenfalls

eine differenzierte Darstellung der wesentlichen Finanzierungspositionen der Landesgesundheitsfonds sowie der Länder und Gemeinden vorzunehmen; darüber hinaus ist für den intramuralen Bereich ausgehend von den Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen der Krankenanstaltenträger und ausgehend von den bundesweit einheitlichen Datengrundlagen zur Krankenanstalten-Kostenrechnung eine nach materiellen und funktionellen Gesichtspunkten differenzierte, aus diesen Rechenwerken ableitbare Ausgaben- bzw. Kostendarstellung (Ausgaben/Kosten für Personal, für medizinische und nichtmedizinische Ge- und Verbrauchsgüter einschließlich einer gesonderten Darstellung der Heilmittel, für den Bezug von medizinischen und nichtmedizinischen Fremdleistungen und für Investitionen) zu definieren und zu ergänzen; eine differenzierte Darstellung nach Funktions- und Fachbereichen ist anzustreben.

## **2. Unterabschnitt**

### **Sanktionsmechanismus für die Zielsteuerung-Gesundheit**

#### **§ 36**

##### **Verstöße**

(1) Folgende Verstöße unterliegen einer Sanktion:

- a) Nicht-Erreichen von Zielen, die im Zielsteuerungsvertrag oder im Landes-Zielsteuerungsübereinkommen festgelegt worden sind;
- b) Verstöße gegen die Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit, den Zielsteuerungsvertrag oder das Landes-Zielsteuerungsübereinkommen;
- c) Nicht-Zustandekommen des Landes-Zielsteuerungsübereinkommens.

(2) Die finanziellen Sanktionen für das Nichterreichen von Finanzzielen richten sich ausschließlich nach dem Österreichischen Stabilitätspakt 2012.

#### **§ 37**

##### **Nicht-Erreichung von Zielen aus dem Zielsteuerungsvertrag und dem Landes-Zielsteuerungsübereinkommen**

(1) Wenn die Ziele, die im Zielsteuerungsvertrag oder im Landes-Zielsteuerungsübereinkommen festgelegt worden sind, nicht erreicht werden, dann muss die Landes-Zielsteuerungskommission der Bundes-Zielsteuerungskommission einen schriftlichen Bericht zur Genehmigung vorlegen.

(2) Der Bericht muss spätestens acht Wochen nach dem Zeitpunkt vorgelegt werden, an dem feststeht, dass die Ziele nicht erreicht werden.

(3) Der Bericht muss beinhalten: die Gründe, warum die Ziele nicht erreicht wurden, und die Maßnahmen, mit denen die Ziele zum ehestmöglichen Zeitpunkt erreicht werden können.

(4) Wenn die Bundes-Zielsteuerungskommission den Bericht nicht genehmigt, dann muss ein überarbeiteter Bericht vorgelegt werden.

(5) Die Landesregierung hat den Bericht nach Genehmigung durch die Bundes-Zielsteuerungskommission mindestens zwei Monate auf dem Veröffentlichungsportal im Internet zu veröffentlichen (§ 4 ALReg-G). Wenn der Bericht nicht genehmigt worden ist, dann muss er mit dem Kommentar der Bundes-Zielsteuerungskommission und den Stellungnahmen der jeweils Betroffenen veröffentlicht werden.

#### **§ 38**

##### **Verstöße gegen das Landes-Zielsteuerungsübereinkommen**

(1) Jede in der Landes-Zielsteuerungskommission vertretene Kurie kann jederzeit Verstöße gegen das Landes-Zielsteuerungsübereinkommen bei der Landes-Zielsteuerungskommission schriftlich anzeigen. Die Anzeige muss begründet werden.

(2) Wenn die Landes-Zielsteuerungskommission feststellt, dass gegen das Landes-Zielsteuerungsübereinkommen verstoßen wurde, dann hat sie unverzüglich Maßnahmen zur Wiederherstellung des vertragskonformen Zustandes aufzutragen.

(3) Die Kurie, die einen Verstoß angezeigt hat, kann das Schlichtungsverfahren einleiten, wenn die Landes-Zielsteuerungskommission nicht binnen zwei Monaten nach der Anzeige das Einvernehmen darüber herstellen kann, ob ein Verstoß vorliegt oder welche Maßnahmen zur Wiederherstellung des vertragskonformen Zustandes aufgetragen werden sollen.

(4) Über das Schlichtungsverfahren entscheidet die beim Bundesministerium für Gesundheit eingerichtete Schlichtungsstelle.



(5) Sofern aus einem im Schlichtungsverfahren festgestellten Verstoß gegen das Landes-Zielsteuerungsübereinkommen Mehrausgaben resultieren, sind diese vom dafür Verantwortlichen zu tragen. Die daraus resultierenden Mehrausgaben sind den finanzzielsteuerungsrelevanten Ausgaben des für den Verstoß Verantwortlichen zuzuschlagen.

#### § 39

#### **Nicht-Zustandekommen des Landes-Zielsteuerungsübereinkommens**

(1) Die Landes-Zielsteuerungskommission kann beim Bund beantragen, die Frist für die Beschlussfassung des Landes-Zielsteuerungsübereinkommens (§ 30) zu verlängern; der Antrag muss begründet sein.

(2) Wenn ein Landes-Zielsteuerungsübereinkommen nicht in der eingeräumten Frist abgeschlossen wird, dann muss die Landes-Zielsteuerungskommission der Bundes-Zielsteuerungskommission einen Bericht vorlegen.

(3) Aus dem Bericht muss hervorgehen, worauf sich die Verhandlungspartner bereits geeinigt haben und über welche Punkte keine Einigung erzielt werden konnte.

#### § 40

#### **Schlichtungsentscheidungen**

Entscheidungen der beim Bundesministerium für Gesundheit eingerichteten Schlichtungsstelle darüber, ob gegen den Zielsteuerungsvertrag oder gegen das Landes-Zielsteuerungsübereinkommen verstoßen wurde, müssen vom Land anerkannt werden.

### **4. Abschnitt**

#### **Planung der Gesundheitsversorgungsstruktur**

#### § 41

#### **Regionaler Strukturplan Gesundheit**

(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.~~(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, Organisationsformen, Versorgungsstufen, Referenz-, Spezial- und Expertisezentren je Fachbereich;~~

~~— b) Festlegung der Kapazitätsplanungen für die ambulante Versorgung für die Leistungserbringer (ambulanter Bereich der Sachleistung, d.h. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte 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) — soweit noch nicht vorliegend — gesamthaft mit Angabe der Kapazitäten und Betriebsformen von Spitalsambulanzen sowie Versorgungstypen im ambulanten Bereich sowie Versorgungsaufträgen nach Fachbereichen auf Ebene der Versorgungsregionen;~~

~~— c) 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 sowie insbesondere durch rasche flächendeckende Entwicklung von Primärversorgungsstrukturen und ambulanten Fachversorgungsstrukturen, wobei in der Umsetzung vor allem bestehende Vertragspartner berücksichtigt werden, — und Bereinigung von Parallelstrukturen; beim Ausbau der Primärversorgung nach dem Primärversorgungsgesetz ist, um den unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung nachkommen zu können, im Hinblick auf das im Art. 31 Abs. 1 letzter Satz der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens genannte Planungsziel ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Versorgungsangeboten als Netzwerk oder Zentrum sicherzustellen;~~

~~— d) Abbildung der überregionalen Versorgungsplanung für hochspezialisierte komplexe Leistungen 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;~~

~~— e) transparente Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer Gastpatientinnen und -patienten.~~

~~Dabei ist auf die Bestimmungen in Art. 6 Abs. 3 und 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie in § 18 Abs. 2 und § 18a Abs. 2 und 3 des Spitalgesetzes Bedacht zu nehmen.~~

(2) Bei der Umsetzung der Vorgaben des Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung im Gesundheitswesen ist bei der Kapazitätsplanung für den gesamten ambulanten Bereich im Regionalen Strukturplan Gesundheit insbesondere auf die Stärkung der ambulanten Versorgung durch Ausbau von wohnortnahen multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten und die Bereinigung von Parallelstrukturen zu achten.

(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).

~~(3) Der Bund ist bereits im Entwurfsstadium des Regionalen Strukturplans Gesundheit entsprechend zu informieren und es ist mit dem Bund vor Einbringung zur Beschlussfassung insbesondere das Vorliegen der Rechtskonformität und der Konformität mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit abzustimmen.~~

~~(4) Die Landes-Zielsteuerungskommission hat den betroffenen gesetzlichen Interessenvertretungen mindestens vier Wochen vor der Beschlussfassung des Regionalen Strukturplans Gesundheit die Möglichkeit zur Stellungnahme einzuräumen, der Ärztekammer für Vorarlberg insbesondere hinsichtlich der Umsetzbarkeit im Stellenplan (§ 342 Abs. 1 Z. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes).~~

~~(4)~~<sup>(5)</sup> Die Festlegungen im Regionalen Strukturplan Gesundheit sind hinsichtlich ihrer Umsetzung laufend zu überprüfen (RSG Monitoring). Dieses Monitoring ist inhaltlich so zu gestalten, dass es eine entsprechende Grundlage für das Monitoring im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit bereitstellen kann.

## § 42

### Verordnungen der Gesundheitsplanungs GmbH

(1) Die Gesundheitsplanungs GmbH hat jene Teile des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (§ 2 ~~lit. n~~<sup>lit. h</sup>) sowie des Regionalen Strukturplans Gesundheit (§ 41 Abs. 1), die von der Bundes-Zielsteuerungskommission bzw. der Landes-Zielsteuerungskommission als Teile ausgewiesen wurden, die rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen, durch Verordnung für verbindlich zu erklären, soweit diese Angelegenheiten des Art. 12 B-VG betreffen. Die Verordnung ist nach Information der Landesregierung durch die Gesundheitsplanungs GmbH im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS - www.ris.bka.gv.at) kundzumachen.

(2) Die Tätigkeiten der Gesundheitsplanungs GmbH nach Abs. 1 unterliegen der Aufsicht und den Weisungen der Landesregierung. Der Landesregierung sind auf Verlangen unverzüglich, längstens aber binnen zwei Wochen, alle Auskünfte zu erteilen und die entsprechenden Unterlagen zu übermitteln.

## 5. Abschnitt

### Mittel des Landesgesundheitsfonds

## § 43

### Mittel

(1) Der Landesgesundheitsfonds erhält seine Mittel aus

- a) Beiträgen der Bundesgesundheitsagentur;
- b) Beiträgen der Länder (Umsatzsteueranteile);
- c) Beiträgen aller österreichischen Gemeinden nach Maßgabe einer besonderen bundesgesetzlichen Regelung (Umsatzsteueranteile);
- d) Beiträgen des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger für Rechnung der ihm angeschlossenen Träger der Sozialversicherung;
- e) Beiträgen des Landes, der Gemeinden und der Rechtsträger der Fondskrankenanstalten (§ 44);
- f) zusätzlichen Mitteln, die für die Gesundheitsreform aufgrund der Vereinbarung über den Finanzausgleich ~~2024 bis 2028~~<sup>2005 bis 2008</sup> zur Verfügung gestellt wurden;
- g) Beihilfen nach dem Gesundheits- und Sozialbereichs-Beihilfengesetz;
- h) Kostenbeiträgen und Finanzierungsbeiträgen der Patienten und Patientinnen nach dem Spitalgesetz und nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen;
- i) Erträgen aus dem Fondsvermögen;
- j) sonstigen Einnahmen.

(2) Der Landesgesundheitsfonds muss zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention ein Sondervermögen ohne Rechtspersönlichkeit mit eigenem Verrechnungskreis einrichten. Das Sondervermögen trägt die Bezeichnung „Gesundheitsförderungsfonds“. Die Dotierung des Fonds erfolgt durch das Land und die Träger der Sozialversicherung entsprechend dem ~~Art. 10~~<sup>Art. 12</sup> Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Im Geschäftsjahr nicht verwendete Mittel sind im Folgejahr den zur Verfügung stehenden Gesundheitsförderungsmitteln zuzuschlagen.

#### § 44

##### **Beiträge des Landes, der Gemeinden und der Rechtsträger**

(1) Der Landesgesundheitsfonds hat die gemäß § 3 Abs. 2 des Spitalbeitragsgesetzes zu entrichtenden Beiträge des Landes, der Gemeinden und der Rechtsträger der Fondskrankenanstalten nach dem im Land anzuwendenden leistungsorientierten Finanzierungssystem auf die einzelnen Krankenanstalten zu verteilen.

(2) In den Richtlinien über das in Vorarlberg anzuwendende leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem sowie die Abgeltung ambulanter Leistungen in Fondskrankenanstalten kann eine Aufrechnung der vierteljährlichen Vorschüsse des Landes und der Gemeinden an die Rechtsträger der Krankenanstalten in der Höhe je eines Sechstels des zu erwartenden Beitrages gemäß § 3 Abs. 1 des Spitalbeitragsgesetzes mit den Teilzahlungen des Landesgesundheitsfonds an die Krankenanstalten vorgesehen werden. Die Aufrechnung der Vorschüsse ist anlässlich der Endabrechnung zu berücksichtigen.

#### § 45

##### **Grundsätze über die Mittelverwendung**

(1) Finanzielle Zuwendungen werden nur nach Maßgabe der Richtlinien gemäß § 4 lit. a und b oder der Entscheidung der zuständigen Organe sowie der dem Landesgesundheitsfonds zur Verfügung stehenden Mittel gewährt.

(2) Die Gewährung finanzieller Zuwendungen darf nur nach Maßgabe des § 94 Abs. 7 des Spitalgesetzes erfolgen. Die Gewährung kann von der Einhaltung näher bestimmter Auflagen und Bedingungen abhängig gemacht werden.

(3) Der Landesgesundheitsfonds ist berechtigt, durch eigene oder beauftragte Organe in alle für die Abrechnung maßgebenden Bücher und Aufzeichnungen (einschließlich der Krankengeschichten) der Empfänger von Zuwendungen Einsicht zu nehmen.

#### § 46

##### **Zustimmung zu Investitionsvorhaben und Investitionszuschüsse**

(1) Investitionsvorhaben betreffend bauliche Maßnahmen oder die Aufstellung von Großgeräten in Fondskrankenanstalten bedürfen der vorherigen Zustimmung des Landesgesundheitsfonds. Die Zustimmung ist zu erteilen, wenn das Investitionsvorhaben mit dem Regionalen Strukturplan Gesundheit für Krankenanstalten, den Strukturqualitätskriterien und den Grundsätzen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit, insbesondere unter Berücksichtigung der Folgekosten, vereinbar ist.

(2) Werden die Investitionsvorhaben ohne Zustimmung des Landesgesundheitsfonds durchgeführt, so dürfen Zuschüsse für Investitionen nicht gewährt werden und sind die leistungsorientierten Zahlungen bezüglich der jeweiligen Fondskrankenanstalt entsprechend zu kürzen.

(3) In den Richtlinien über die Gewährung finanzieller Zuwendungen aus Fondsmitteln kann dazu Näheres bestimmt werden. Dabei kann auch festgelegt werden, für welche Investitionsvorhaben und bis zu welcher Höhe Investitionen keiner Zustimmung bedürfen.

#### § 47

##### **Festsetzung und Gewährung der Mittel für Planungen und Strukturreformen**

(1) Der Landesgesundheitsfonds hat jährlich jeweils einen Gesamtbetrag für die Finanzierung von Planungen im intramuralen Bereich und für Strukturreformen zur Entlastung der Fondskrankenanstalten festzusetzen. Die beiden Beträge dürfen zusammen höchstens ~~15 %~~ ~~7 %~~ der nach § 43 Abs. 1 lit. a bis d zur Verfügung stehenden Mittel betragen.

(2) Der Landesgesundheitsfonds hat die Mittel für Strukturreformen ausschließlich für Maßnahmen zu verwenden, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

a) Die Maßnahmen müssen folgenden Zielen dienen:

1. Abbau von Kapazitäten ~~im stationären und spitalsambulanten Bereich in den Bereichen der Akutversorgung oder der Pflegeausbildung von Fondskrankenanstalten;~~
2. ~~Stärkung des spitalsambulanten Bereichs zur Entlastung des stationären Bereichs;~~
2. ~~Schaffung und Ausbau alternativer Versorgungseinrichtungen, insbesondere Pflegebetten, Hauskrankenpflege und mobile Dienste sowie sozialmedizinische und psychosoziale Betreuungseinrichtungen;~~

3. Optimierung der Patientenströme und Patientenwege zur Umsetzung des Grundsatzes „digital vor ambulant vor stationär“; oder  
~~3. Ausbau integrierter Versorgungssysteme, insbesondere Sozial- und Gesundheitssprengel; oder~~  
 4. Ausbau der Digitalisierung im Gesundheitswesen und der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur zur Entlastung der Fondskrankenanstellen von Kapazitäten im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation.
- b) Die Maßnahmen müssen von Personen oder Einrichtungen durchgeführt werden, deren Tätigkeit nicht auf Gewinnerzielung ausgerichtet ist, wovon nur in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen abgesehen werden kann~~davon ausgenommen sind befristete Schnittstellenprojekte zwischen den verschiedenen leistungs anbietenden Einrichtungen des Gesundheitswesens.~~
- c) Die Maßnahmen müssen außerhalb von Fondskrankenanstellen gesetzt werden oder mit Maßnahmen außerhalb von Fondskrankenanstellen zwangsläufig zusammenhängen.

#### § 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. § ~~48~~ 48

#### Mittel für Zielsteuerungsprojekte

~~(1) Der Landesgesundheitsfonds kann gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern Projekte finanzieren, die im Landes-Zielsteuerungsübereinkommen vereinbart 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; und~~
- ~~c) Pilotprojekte zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs.~~

~~(2) Aus den zur Verfügung stehenden Mitteln können auch laufende Reformpoolvorhaben verlängert werden.~~

### **6. Abschnitt Schlussbestimmungen**

#### § 49

#### **Handlungsform und Bindungswirkung**

(1) Der Landesgesundheitsfonds wird als Träger von Privatrechten tätig, soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist.

(2) Durch die Beschlüsse des Landesgesundheitsfonds werden – vorbehaltlich des § 42 – die gesetzlichen Zuständigkeiten des Bundes, des Landes, der Gemeinden (Gemeindeverbände), der Sozialversicherungsträger sowie der weiteren in der Gesundheitsplattform vertretenen Rechtsträger nicht berührt. Das Land, die Gemeinden (Gemeindeverbände) sowie – nach Maßgabe bundesrechtlicher Vorschriften – die Sozialversicherungsträger haben die im Landesgesundheitsfonds abgestimmten Ergebnisse in ihrem Verwaltungshandeln und bei der Planung und Sicherstellung der Gesundheitsversorgung zu beachten.

## § 50

### **Informationspflichten**

- (1) Der Landesgesundheitsfonds hat der Bundesgesundheitsagentur zu übermitteln:
- a) das Landes-Zielsteuerungsübereinkommen innerhalb eines Monats nach Unterfertigung;
  - b) den Voranschlag und den Rechnungsabschluss des Landesgesundheitsfonds für das jeweilige Geschäftsjahr unmittelbar nach Beschlussfassung in der Gesundheitsplattform;
  - c) standardisierte Berichte über die Gebarung des Landesgesundheitsfonds auf Basis eines bundesweit einheitlich strukturierten Voranschlags und Rechnungsabschlusses und weitere wesentliche Eckdaten in periodischen Abständen nach Maßgabe der strukturellen und inhaltlichen Festlegungen durch die Bundesgesundheitsagentur;
  - d) Diagnosen- und Leistungsberichte der Fondskrankenanstalten;
  - e) Berichte über den Stand der Entwicklung im Zusammenhang mit der Umsetzung und Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitsakte und den Rahmenbedingungen für den Einsatz von Kommunikations- und Informationstechnologien;
  - f) Berichte über die Erfüllung der Rahmenvorgaben im Zusammenhang mit dem Nahtstellenmanagement.

(2) Im Rahmen des Landes-Zielsteuerungsübereinkommens hat das Land alle Vertragspartner über alle Maßnahmen zu informieren, die es in seinem Wirkungsbereich trifft oder zu treffen beabsichtigt, und die Auswirkungen auf die Vertragspartner haben könnten.

(3) Die Landesregierung hat den von der Landes-Zielsteuerungskommission beschlossenen Regionalen Strukturplan Gesundheit in der jeweils aktuellen Fassung für die Dauer seiner Geltung auf der Homepage des Landes im Internet zu veröffentlichen.

## § 51

### **Datenverarbeitung**

(1) Die für die gemeinsam im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene und im Landes-Zielsteuerungsübereinkommen vereinbarten Ziele, Maßnahmen bzw. Projekte erforderlichen Daten sind einvernehmlich durch die Zielsteuerungspartner zu definieren. Auf dieser Basis sind die erforderlichen projektspezifischen Rohdaten wechselseitig den Zielsteuerungspartnern in ausreichender Qualität zur Verfügung zu stellen, gemeinsam zu analysieren und zu interpretieren.

(2) Die Landes-Zielsteuerungskommission (§ 6 lit. a, b und f iVm § 27 Abs. 1) und die Geschäftsführung (§ 29 lit. a) sind zur Erstellung des Regionalen Strukturplanes Gesundheit und zur Qualitätssicherung einschließlich der Sicherstellung der Angelegenheiten der Zielsteuerung-Gesundheit ermächtigt, Daten nach Abs. 3 betreffend Ärzte, Ärztinnen sowie Angehörige des zahnärztlichen Berufs oder des Dentistenberufs über standardisierte elektronische Schnittstellen zu verarbeiten, sofern die betroffene Person einen Berufssitz oder Dienort im Landesgebiet hat.

(3) Daten nach Abs. 2 sind:

- a) Daten aus der Ärzteliste (§ 27 Abs. 1 ÄrzteG 1998) gemäß § 27a Abs. 2 ÄrzteG 1998,
- b) Daten aus der Ausbildungsstellenverwaltung (§ 13a Abs. 1 und 2 ÄrzteG 1998) gemäß § 27a Abs. 3 ÄrzteG 1998 und
- c) Daten aus der Zahnärzteliste (§ 11 Abs. 1 Zahnärztegesetz – ZÄG) gemäß § 11a Abs. 2 ZÄG.

(4) Die Landes-Zielsteuerungskommission und die Geschäftsführung sind für die gemäß Abs. 2 und 3 verarbeiteten Daten Verantwortliche gemäß Art. 4 Z. 7 Datenschutz-Grundverordnung.

(5) Daten gemäß Abs. 1 bis 3 dürfen nach Beendigung der Vorhaben bzw. Projekte nicht mehr verarbeitet werden und sind zu löschen, sobald sie für die verfolgten Zwecke nicht mehr erforderlich sind, die Daten gemäß Abs. 2 und 3 jedoch spätestens nach der Streichung der betroffenen Person aus der Ärzteliste gemäß § 59 Abs. 3 ÄrzteG 1998 bzw. aus der Zahnärzteliste gemäß §§ 43 Abs. 2 und 45 Abs. 2 ZÄG.

## § 52

### **Aufsicht über den Landesgesundheitsfonds**

(1) Der Landesgesundheitsfonds steht unter der Aufsicht der Landesregierung.

(2) Die Landesregierung hat durch Verordnung nähere Bestimmungen festzulegen über Art, Form und Inhalt der Berichtspflichten der vorsitzenden Person der Gesundheitsplattform und der Landes-Zielsteuerungskommission und des Geschäftsführers oder der Geschäftsführerin gegenüber der Gesundheitsplattform und der Landes-Zielsteuerungskommission, sowie über Form und Inhalt der

Fondsstrategie, des Voranschlages, des Rechnungsabschlusses und des Tätigkeitsberichtes sowie allenfalls weiterer, zur Wahrnehmung des Aufsichtsrechtes erforderlicher Unterlagen.

(3) Die Landesregierung hat das Recht, die Gebarung des Landesgesundheitsfonds auf ihre Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit sowie auf die ziffernmäßige Richtigkeit und die Übereinstimmung mit den bestehenden Vorschriften sowie der Fondsstrategie zu überprüfen.

(4) Beschlüsse der Gesundheitsplattform über die Verwendung von Mitteln für Planungen und Strukturreformen (§ 47) und Beschlüsse der Landes-Zielsteuerungskommission über die Verwendung von Mitteln für Zielsteuerungsprojekte (§ 48) bedürfen der aufsichtsbehördlichen Genehmigung der Landesregierung, soweit eine solche Genehmigung in der Geschäftsordnung der Landesregierung der kollegialen Beschlussfassung der Landesregierung vorbehalten ist. Die Landesregierung hat die Genehmigung zu erteilen, wenn die Beschlüsse den im Abs. 3 genannten Kriterien entsprechen.

(5) Der Landesgesundheitsfonds hat der Landesregierung auf Verlangen alle zur Ausübung der Gebarungskontrolle erforderlichen Auskünfte zu erteilen, Bücher, Belege und sonstige Behelfe vorzulegen und Einschauhandlungen zu ermöglichen.

(6) Die Fondsstrategie und deren Änderungen sind der Landesregierung ohne unnötigen Aufschub vorzulegen. Unmittelbar nach Beschlussfassung in der Gesundheitsplattform hat der Landesgesundheitsfonds der Landesregierung den Rechnungsabschluss und einen Tätigkeitsbericht vorzulegen.

(7) Die Fondsstrategie und deren Änderungen, der Voranschlag, der Rechnungsabschluss und der Tätigkeitsbericht des Landesgesundheitsfonds bedürfen der Genehmigung der Landesregierung.

(8) Die Landesregierung hat dem Landtag jährlich den Rechnungsabschluss und den Tätigkeitsbericht des Landesgesundheitsfonds zur Kenntnis zu bringen. Eine Ausfertigung des Rechnungsabschlusses und des Tätigkeitsberichtes ist dem Vorarlberger Gemeindeverband zu übermitteln.

## § 53

### **Schiedskommission**

(1) Beim Amt der Landesregierung wird eine Schiedskommission zur Entscheidung in folgenden Angelegenheiten eingerichtet:

- a) die Entscheidung über den Abschluss von Verträgen zwischen den Trägern öffentlicher Krankenanstalten, die am 31. Dezember 1996 bestanden haben und nicht zu den Fondskrankenanstalten gehören, und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger;
- b) die Entscheidung über Streitigkeiten aus zwischen den Rechtsträgern der Fondskrankenanstalten und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger (oder einem Sozialversicherungsträger) abgeschlossenen Verträgen einschließlich der Entscheidung über die aus diesen Verträgen erwachsenden Ansprüche gegenüber einem Sozialversicherungsträger oder gegenüber dem Landesgesundheitsfonds; weiters die Entscheidung über Streitigkeiten über die aus diesem Gesetz erwachsenden Ansprüche eines Rechtsträgers einer Fondskrankenanstalt gegenüber dem Landesgesundheitsfonds;
- c) die Entscheidung über Streitigkeiten zwischen dem Dachverband der Sozialversicherungsträger oder einem Sozialversicherungsträger und dem Landesgesundheitsfonds über die wechselseitigen Verpflichtungen und Ansprüche aus der Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bzw. den dazu ergangenen Umsetzungsvorschriften sowie
- d) die Entscheidung über Ansprüche, die sich auf den Sanktionsmechanismus (§ 4 lit. g) gründen.

(2) Die Schiedskommission besteht aus:

- a) einem Richter oder einer Richterin des Aktivstandes der zum Sprengel des Oberlandesgerichtes Innsbruck gehörenden Gerichte;  
diese Person wird vom Präsidenten oder von der Präsidentin des Oberlandesgerichtes Innsbruck bestellt und führt den Vorsitz;
- b) einem Beisitzer oder einer Beisitzerin, entsendet vom Dachverband der Sozialversicherungsträger;
- c) einem Beisitzer oder einer Beisitzerin aus dem Kreis der Landesbediensteten, entsendet von der Landesregierung;
- d) zwei Beisitzer oder Beisitzerinnen aus dem Kreis der Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstreuhandler, je einer oder eine entsendet von der Landesregierung und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger.

(3) Wenn in einem Verfahren ein Rechtsträger einer Fondskrankenanstalt Streitpartei ist, hat nicht die Landesregierung, sondern der betroffene Rechtsträger den Beisitzer oder die Beisitzerin gemäß Abs. 2 lit. d aus dem Kreis der Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstreuhänder zu entsenden.

(4) Für jedes Mitglied nach Abs. 2 und 3 ist in gleicher Weise ein Ersatzmitglied zu bestellen bzw. zu entsenden, welches das Mitglied im Falle der Verhinderung oder Befangenheit vertritt.

(5) Die Mitglieder nach Abs. 2 sind für die Dauer von vier Jahren zu bestellen bzw. zu entsenden. Scheidet ein Mitglied vorzeitig aus, so ist für den Rest der Amtsdauer ein neues Mitglied zu bestellen bzw. zu entsenden.

(6) Die Mitglieder der Schiedskommission sind in Ausübung ihres Amtes an keine Weisungen gebunden. Die Schiedskommission muss die Landesregierung auf ihr Verlangen über alle Gegenstände der Geschäftsführung informieren. Die Landesregierung hat das Recht, die Mitglieder aus einem wichtigen Grund abzurufen, z.B. wenn Umstände eintreten oder nachträglich bekannt werden, die eine Bestellung ausgeschlossen hätten.

(7) Ein Antrag auf Entscheidung kann von jeder der nach Abs. 1 in Betracht kommenden Streitparteien gestellt werden. Die Schiedskommission entscheidet mit Bescheid.

(8) Von der Schiedskommission durchgeführte mündliche Verhandlungen sind öffentlich. Die Beratungen und Abstimmungen der Schiedskommission sind nicht öffentlich. Die Schiedskommission ist beschlussfähig, wenn die den Vorsitz führende Person und zwei Beisitzer oder Beisitzerinnen anwesend sind.

(9) Die Beratung hat mit dem Vortrag der den Vorsitz führenden Person zu beginnen. Nach einer allfälligen Erörterung des Vortrages hat sie die erforderlichen Anträge zu stellen. Die Beisitzer oder Beisitzerinnen können Gegen- und Abänderungsanträge stellen. Alle Anträge sind zu begründen. Die Anträge sind in jener Reihenfolge, die von der den Vorsitz führenden Person bestimmt wird, zur Abstimmung zu bringen. Kein Mitglied der Schiedskommission darf sich der Stimme enthalten. Die Beisitzer oder Beisitzerinnen haben ihre Stimme in alphabetischer Reihenfolge, die den Vorsitz führende Person hat ihre Stimme zuletzt abzugeben. Ein Antrag gilt als angenommen, wenn die Mehrheit der abgegebenen Stimmen auf ihn fällt.

(10) Über die Beratung und Abstimmung ist ein Beratungsprotokoll zu führen. Es hat die Namen der Anwesenden, alle Anträge, die gestellt wurden, und die Beratungs- und Abstimmungsergebnisse zu enthalten. Wenn dem Standpunkt einer Partei nicht vollinhaltlich Rechnung getragen oder über Einwendungen oder Anträge von Beteiligten abgesprochen wird, hat das Beratungsprotokoll außerdem die wesentlichen Punkte der Begründung der von der Schiedskommission angenommenen Anträge zu enthalten. Das Beratungsprotokoll ist von der den Vorsitz führenden Person zu fertigen.

(11) Bescheide der Schiedskommission sind schriftlich zu erlassen. Sie haben die Namen der Mitglieder, welche an der Abstimmung teilgenommen haben, anzuführen und sind von der den Vorsitz führenden Person zu fertigen.

(12) Über Beschwerden gegen Bescheide der Schiedskommission entscheidet das Landesverwaltungsgericht mit Senat.

(13) Den Mitgliedern der Schiedskommission – soweit es nicht Landesbedienstete sind – gebührt der Ersatz der notwendigen Fahrtauslagen und eine Entschädigung für Zeitversäumnis, deren Höhe von der Landesregierung tarifmäßig festzusetzen ist.

#### § 53a

#### **Videokonferenzen, Umlaufbeschlüsse**

(1) Auf Anordnung der den Vorsitz führenden Person kann die Beratung und Abstimmung der Schiedskommission auch in Form einer Videokonferenz bzw. die Abstimmung auch in Form eines Umlaufbeschlusses erfolgen, sofern die Beratung bzw. Abstimmung nicht im Anschluss an die mündliche Verhandlung stattfindet. Die den Vorsitz führende Person hat bei ihrer Entscheidung die technischen, organisatorischen und datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

(2) Im Falle der Beratung und Abstimmung im Rahmen einer Videokonferenz

- a) gelten die an der Videokonferenz teilnehmenden Mitglieder der Schiedskommission als anwesend und nehmen an der Abstimmung in der Weise teil, dass sie ihre Stimme nach persönlichem Aufruf durch die den Vorsitz führende Person mündlich abgeben; besteht die Möglichkeit einer authentifizierten elektronischen Stimmabgabe, kann die Stimmabgabe auch in elektronischer Form erfolgen;



- b) ist durch die einzelnen Mitglieder sicherzustellen, dass die Nichtöffentlichkeit der Beratung und Abstimmung gewahrt bleibt;
- c) hat ein Mitglied, welches aufgrund eines technischen Gebrechens der Beratung akustisch nicht mehr folgen kann oder an der Stimmabgabe gehindert ist, die den Vorsitz führende Person unverzüglich von diesem Umstand zu verständigen; die den Vorsitz führende Person hat daraufhin die Beratung und Abstimmung für die notwendige Dauer der Behebung des technischen Gebrechens zu unterbrechen; kann eine Behebung des technischen Gebrechens innerhalb eines vertretbaren Zeitraumes nicht bewirkt werden, dann kann die Beratung und Abstimmung in Abwesenheit dieses Mitgliedes fortgesetzt werden, soweit das erforderliche Anwesenheitsquorum nach wie vor gegeben ist; ansonsten ist die Beratung und Abstimmung zu vertagen; Beschlüsse, welche vor einer solchen Verständigung, unter der Berücksichtigung der Anwesenheit des verhinderten Mitgliedes mit der erforderlichen Mehrheit gefasst wurden, behalten ihre Gültigkeit.

(3) Die Abstimmung im Umlaufweg hat in der Weise zu erfolgen, dass ein Beschlussentwurf von der den Vorsitz führenden Person allen Mitgliedern der Schiedskommission unter Setzung einer angemessenen Frist zu übermitteln ist; die Übermittlung kann auch per E-Mail oder in einer anderen technisch möglichen Form erfolgen, wenn das jeweilige Mitglied entsprechende Kontaktdaten bekanntgegeben hat. Die Mitglieder können innerhalb der gesetzten Frist schriftlich ihre Zustimmung oder Ablehnung zum übermittelten Beschlussentwurf erklären oder sich gegen die Abstimmung im Umlaufweg aussprechen. Diese Erklärungen sind an eine der von der den Vorsitz führenden Person hierfür bekanntgegebenen Adressen zu übermitteln; sie müssen im Falle der physischen Übermittlung mit der eigenhändigen Unterschrift versehen sein; im Falle der elektronischen Übermittlung müssen sie mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehen sein oder sonst im Rahmen einer allenfalls zur Verfügung stehenden Möglichkeit zur authentifizierten elektronischen Stimmabgabe erfolgen. Der Zeitpunkt, zu dem die gesetzte Frist abläuft, ist ausschlaggebend für die Beurteilung, ob ein Beschluss zustande gekommen ist. Der Beschluss kommt zustande, wenn sich die sonst für die Anwesenheit erforderliche Anzahl von Mitgliedern an der Abstimmung im Umlaufweg beteiligt, die erforderliche Mehrheit dem Beschlussentwurf zugestimmt und sich kein Mitglied gegen die Abstimmung im Umlaufweg ausgesprochen hat. Der Verlauf und das Ergebnis der Abstimmung im Umlaufweg sind zu dokumentieren und das Ergebnis der Abstimmung ist allen Mitgliedern mitzuteilen.

#### § 54

##### **Übergangsbestimmungen**

(1) Der Landesgesundheitsfonds ist Gesamtrechtsnachfolger des nach § 1 des Landesgesundheitsfondsgesetzes, LGBl. Nr. 7/2006 in der Fassung LGBl. Nr. 68/2008, eingerichteten Landesgesundheitsfonds. Beschlüsse dieses bisherigen Landesgesundheitsfonds bleiben solange anwendbar, bis die zuständigen Gremien des Landesgesundheitsfonds etwas anderes beschließen.

(2) Die nach den bisherigen Vorschriften erfolgte Bestellung der Mitglieder der Gesundheitsplattform – mit Ausnahme des Mitgliedes, das von der Pensionsversicherungsanstalt und der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt gemeinsam entsendet wurde – bleibt solange gültig, bis die Stelle, die das Mitglied entsandt hat, ein anderes Mitglied entsendet. Die den Vorsitz führende Person erstellt die Tagesordnung der ersten Sitzung der Gesundheitsplattform und hat diese einzuberufen. Erster Tagesordnungspunkt dieser Sitzung ist die Beschlussfassung der Geschäftsordnung.

(3) Die erste Sitzung der Landes-Zielsteuerungskommission wird von den vorsitzenden Personen einberufen; sie haben auch die Tagesordnung zu erstellen. Erster Tagesordnungspunkt dieser Sitzung ist die Beschlussfassung der Geschäftsordnung.

#### § 55

##### **Inkrafttretensbestimmung zur Novelle LGBl.Nr. 11/2018**

Das Gesetz über eine Änderung des Landesgesundheitsfondsgesetzes, LGBl.Nr. 11/2018, tritt rückwirkend am 1. Jänner 2017 in Kraft.

#### § 56

##### **Inkrafttretensbestimmungen zur Novelle LGBl.Nr. 39/2018**

(1) Artikel III des Gesetzes über Landesfonds – Sammelnovelle, LGBl.Nr. 39/2018, tritt am 1. Jänner 2019 in Kraft.

(2) Die Verordnung aufgrund des § 52 Abs. 2 in der Fassung LGBl.Nr. 39/2018 kann von dem der Kundmachung dieses Gesetzes folgenden Tag an erlassen werden. Sie darf jedoch frühestens am 1. Jänner 2019 in Kraft treten.

§ 57

**Inkrafttretensbestimmung zur Novelle LGBl.Nr. 24/2020**

Artikel XI des Gesetzes über Anpassungen aufgrund von Neuerungen im Krankenanstalten-, Sozialversicherungs- und Erwachsenenschutzrecht – Sammelnovelle, LGBl.Nr. 24/2020, tritt rückwirkend am 1. Jänner 2020 in Kraft.

§ 59

**Inkrafttretensbestimmung zur Novelle LGBl.Nr. 2/2021**

Das Gesetz über eine Änderung des Landesgesundheitsfondsgesetzes, LGBl.Nr. 2/2021 tritt am 1. Jänner 2021 in Kraft.

§ 60

**Inkrafttretensbestimmungen zur Novelle LGBl.Nr. 4/2022**

(1) Art. XXXVIII des Gesetzes über Neuerungen im Zusammenhang mit Digitalisierung – Sammelnovelle, LGBl.Nr. 4/2022, ausgenommen die Änderungen betreffend die §§ 37 Abs. 5 und 50 Abs. 3, tritt am 1. Jänner 2022 in Kraft.

(2) Die Änderungen betreffend die §§ 37 Abs. 5 und 50 Abs. 3 durch LGBl.Nr. 4/2022 treten am 1. Juli 2022 in Kraft.

§ 61

**Inkrafttretensbestimmung zur Novelle LGBl.Nr. 26/2022**

(1) Die Änderungen der §§ 18 Abs. 2 und Abs. 3, 25, 28 Abs. 1 bis 4, 29 und 43 durch das Gesetz über eine Änderung des Landesgesundheitsfondsgesetzes, LGBl.Nr. 26/2022, einschließlich der Inkrafttretensbestimmung des § 61, treten rückwirkend am 1. Jänner 2022 in Kraft.

(2) Beschlüsse der Landesregierung über die Bestellung eines Geschäftsführers oder einer Geschäftsführerin für den Gesundheitsförderungsfonds gemäß § 28 Abs. 1 in der Fassung LGBl.Nr. 26/2022 können bereits vor in Kraft treten dieses Gesetzes gefasst werden, sie dürfen jedoch frühestens mit Inkrafttreten dieses Gesetzes Wirksamkeit erlangen.

§ 62

**Inkrafttretensbestimmung zur Novelle LGBl.Nr. 32/2023**

(1) § 14 Abs. 2 in der Fassung LGBl.Nr. 32/2023 tritt rückwirkend am 1. Jänner 2021 in Kraft.

(2) § 30 Abs. 1 in der Fassung LGBl.Nr. 32/2023 tritt rückwirkend am 1. Jänner 2022 in Kraft.

§ 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.