

Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, Fassung vom 03.09.2025

Langtitel

Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit
 StF: BGBl. I Nr. 26/2017 (NR: GP XXV RV 1333 AB 1373 S. 157. BR: 9665 AB 9704 S. 863.)

Änderung

BGBl. I Nr. 131/2017 (NR: GP XXV IA 2255/A AB 1714 S. 188. BR: AB 9882 S. 871.)
 BGBl. I Nr. 100/2018 (NR: GP XXVI RV 329 AB 413 S. 57. BR: 10079 AB 10082 S. 888.)
 BGBl. I Nr. 9/2022 (NR: GP XXVII RV 1295 AB 1309 S. 139. BR: 10862 AB 10869 S. 937.)
 BGBl. I Nr. 146/2022 (VfGH)
 BGBl. I Nr. 191/2023 (NR: GP XXVII RV 2310 AB 2362 S. 243. BR: AB 11388 S. 962.)
 BGBl. I Nr. 3/2024 (NR: GP XXVII RV 2207 AB 2225 S. 233. BR: AB 11315 S. 959.)

Sonstige Textteile

Der Nationalrat hat beschlossen:

Präambel/Promulgationsklausel

Inhaltsverzeichnis

Paragraf	Gegenstand / Bezeichnung
1. Abschnitt	
Allgemeine Bestimmungen	
§ 1.	Gegenstand
§ 2.	Geltungsbereich
§ 3.	Begriffsbestimmungen
2. Abschnitt	
Gesundheitspolitische Grundsätze	
§ 4.	Gesundheitsziele Österreich, Gesundheit in allen Politikfeldern und Public Health-Orientierung
§ 5.	Prinzipien der Zielsteuerung-Gesundheit
§ 6.	Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung-Gesundheit
§ 7.	Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen
§ 8.	Patientenorientierung und Transparenzmachung von Qualitätsinformationen
§ 9.	Stärkung zielgerichteter und abgestimmter Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz
§ 9a	Verwendung zusätzlicher Mittel für Digitalisierung/eHealth, Gesundheitsförderung und Impfen
3. Abschnitt	
Aufbau und Ablauf der Zielsteuerung-Gesundheit	
§ 10.	Mehrstufigkeit des Zielsteuerungsprozesses
§ 11.	Plattform zur gemeinsamen Sekundärnutzung von Daten aus dem Gesundheitsbereich
4. Abschnitt	
Konkretisierung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit	
§ 12.	Ausrichtung der Zielsteuerung-Gesundheit
§ 13.	Steuerungsbereich Ergebnisorientierung
§ 14.	Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen

§ 15. Steuerungsbereich Versorgungsprozesse

**5. Abschnitt
Festlegung der Finanzzielsteuerung**

§ 16. Finanzzielsteuerung – allgemeine Bestimmungen

§ 17. Inhalt und Gegenstand der Finanzzielsteuerung

**6. Abschnitt
Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur**

§ 18. Grundsätze der Planung

§ 19. Österreichischer Strukturplan Gesundheit und Regionale Strukturpläne Gesundheit

§ 20. Inhalte des ÖSG

§ 21. Inhalte des RSG

§ 22. Kundmachung des ÖSG und der RSG

§ 23. Verbindlichkeitserklärung von Inhalten des ÖSG und der RSG

§ 24. Landeskrankenanstaltenpläne

§ 24a. Versorgungspläne für den niedergelassenen Bereich

**7. Abschnitt
Entscheidungsstrukturen und -organisation**

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

§ 26. Bundes-Zielsteuerungskommission

§ 27. Ständiger Koordinierungsausschuss

§ 28. Mitwirkung des Bundes in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds

§ 29. Mitwirkung der gesetzlichen Krankenversicherung in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds

§ 30. Bundesgesundheitskommission

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

§ 31. Durchführung eines Monitorings und Berichtswesens

§ 32. Ablauf des Monitorings

§ 33. Detailregelungen zum Monitoring und Berichtswesen

**9. Abschnitt
Regelungen zum Sanktionsmechanismus**

§ 34. Allgemeines

§ 35. Regelungen bei Nicht-Erreichung von festgelegten Zielen

§ 36. Regelungen bei Verstößen gegen die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, den Zielsteuerungsvertrag oder die mehrjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen

§ 37. Regelungen bei Nicht-Zustandekommen des Zielsteuerungsvertrages oder der mehrjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen

§ 38. Schlichtungsverfahren für Streitigkeiten aus dem Zielsteuerungsvertrag oder den mehrjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit

**10. Abschnitt
Schluss- und Übergangsbestimmungen**

§ 39. Zitierung anderer Bundesgesetze

§ 40. Vollzug des Bundesgesetzes

§ 41. Inkrafttreten und Außerkrafttreten

§ 42. Übergangsbestimmungen

Text

1. Abschnitt Allgemeine Bestimmungen

Gegenstand

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

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

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

zu erfolgen. Darauf aufbauend ist als integraler Bestandteil die bereits etablierte

5. Finanzzielsteuerung

fortzuführen und weiterzuentwickeln.

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

Geltungsbereich

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

Begriffsbestimmungen

§ 3. Im Sinne dieses Bundesgesetzes bedeuten die Begriffe:

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

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

19. „**Zielsteuerungsverträge**“: die von Bund, Ländern und gesetzlicher Krankenversicherung abgeschlossenen privatrechtlichen Verträge zur gemeinsamen Umsetzung der Zielsteuerung-Gesundheit, wobei für die Streitigkeiten der Vertragspartner ausschließlich das Regime des 9. Abschnitts zur Verfügung steht.

2. Abschnitt

Gesundheitspolitische Grundsätze

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

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

(2) Der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung haben sich auf Bundes- und Landesebene bei der Durchführung ihrer Maßnahmen im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit an Public Health Grundsätzen der WHO zu orientieren und die Multiprofessionalität in der Versorgung, Prävention, Gesundheitsförderung sowie in der Forschung und Lehre zu stärken.

Prinzipien der Zielsteuerung-Gesundheit

§ 5. (1) Mit der Fortführung der Zielsteuerung-Gesundheit ist eine gemeinsame „Governance“ im Gesundheitsbereich weiterhin sicherzustellen. Dabei ist den Prinzipien Wirkungsorientierung, Verantwortlichkeit, Rechenschaftspflicht, Offenheit und Transparenz von Strukturen bzw. Prozessen und Fairness zu entsprechen und dadurch qualitativ bestmögliche Gesundheitsdienstleistungen und deren nachhaltigen Finanzierung sicherzustellen.

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

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

(3) Sowohl für vertraglich vereinbarte als auch für einseitige, zwischen Land und Sozialversicherung nicht akkordierte Leistungsverchiebungen zwischen dem intra- und dem extramuralen Bereich, welche finanziell belastende Auswirkungen auf den jeweils anderen Partner haben, sind im Zielsteuerungsvertrag finanzielle Folgen zu definieren.

Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung-Gesundheit

§ 6. (1) Zur Verwirklichung der in § 5 genannten Prinzipien werden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit insbesondere folgende Ziele umgesetzt:

1. Zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention, Stärkung von evidenzbasierter Früherkennung und Frühintervention,
2. bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zur Sicherstellung des niederschweligen Zugangs zu und der Verfügbarkeit der erforderlichen Leistungen durch
 - a. Forcierung der Digitalisierung im Gesundheitswesen gemäß dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“,

- b. quantitativer Ausbau der Versorgung im ambulanten und insbesondere niedergelassenen Bereich vorrangig in vergemeinschafteten Formen wie PVE sowie weiterer Angebote,
 - c. qualitative Stärkung der Sachleistungsversorgung im niedergelassenen Bereich durch die Herstellung verbindlicher, moderner und einheitlicher Leistungskataloge je Träger und eines bundesweit einheitlichen Gesamtvertrages der Österreichischen Gesundheitskasse samt harmonisierter Honorierung,
 - d. weitere Forcierung der Ambulantisierung bislang (akut-)stationärer Leistungen und
 - e. weitere Bündelung von selten und/oder spitzenmedizinisch erbrachten Leistungen zur Sicherstellung der Versorgungsqualität,
3. Optimierung der Prozesse und des Ressourceneinsatzes,
 4. hohe Behandlungsqualität sicherstellen und gegenüber der Bevölkerung transparent darstellen und
 5. Stärkung des Sachleistungsprinzips in allen Bereichen.
- (2) Die Zielsteuerung-Gesundheit umfasst insbesondere folgende Handlungsfelder:
1. Sicherstellung von zeitlich, inhaltlich und örtlich koordinierten Behandlungsabläufen im Rahmen der Sachleistungsversorgung sowohl bei chronischen Erkrankungen (integrierte Versorgung sowie Disease-Management-Programme mit Primärversorgung als Koordinationsstelle) als auch in der Akutversorgung (1450 als Koordinator).
 2. Schaffung rechtlicher Voraussetzungen für die Umsetzung der Digitalisierung sowie Ausbau der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur.
 3. Die Leistungserbringung ist insbesondere im ambulanten Bereich bedarfsgerecht weiter zu entwickeln und hinsichtlich der Leistungsangebote (Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien sowie niedergelassener Bereich) aufeinander abzustimmen und festzulegen. Darüber hinaus sind auf der Grundlage von objektiven Bewertungen unter Berücksichtigung bestehender Auslastungen Leistungsverlagerungen in Richtung effizienterer Strukturalternativen vorzunehmen und ineffiziente Strukturen zu reduzieren. Parallelstrukturen – v. a. ambulante Facharztversorgung im niedergelassenen und spitalsambulanten Bereich – sind abzubauen. Der stationäre Bereich in den Akutkrankenanstalten ist durch medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen bzw. ambulanten Bereich zu entlasten.
 4. Umsetzung einer verbindlichen regionalen Strukturplanung und Festlegung von Versorgungsaufträgen in den RSG, einschließlich der dafür notwendigen gesetzlichen Grundlagen.
 5. Schaffung einheitlicher telemedizinischer sowie Terminbuchungs-Systeme zur Patientinnen-/Patientensteuerung hin zum „Best Point of Service“ im Rahmen von 1450 (u.a. zur Reduzierung von Wartezeiten).
 6. Das für die Versorgung der Bevölkerung erforderliche Gesundheitspersonal ist sicherzustellen, bei gleichzeitiger Neuausrichtung der Aufgabenteilung im Hinblick auf die Aufgabenprofile der Gesundheitsberufe und bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung einer hohen Behandlungsqualität.
 7. Weiterentwicklung einer bedarfsorientierten und soweit möglich datengestützten Qualitätssicherung im Gesundheitswesen sowie Veröffentlichung der Ergebnisse.
 8. Finanzierungs- und Honorierungssysteme sind stärker am Versorgungsbedarf auszurichten und so zu gestalten, dass die Ziele der Zielsteuerung-Gesundheit (insbesondere Versorgung am „Best Point of Service“) und die Anforderungen an die Versorgungsformen unterstützt werden.
 9. Optimierung des Ressourceneinsatzes durch Prüfung und Hebung von Effizienzpotentialen beispielsweise im Rahmen von „spending reviews“ im Gesundheitsbereich, insbesondere durch Betrachtung der Kostenwirksamkeit und Nachhaltigkeit bestehender öffentlicher Gesundheitsmaßnahmen im intramuralen und extramuralen Bereich.

Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen

§ 7. (1) Das Gesundheitsqualitätsgesetz, BGBl. I Nr. 179/2004, in der jeweils geltenden Fassung, sowie die zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung vereinbarte Qualitätsstrategie in der jeweils aktuellen Fassung bilden die Grundlagen der Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen. Die Qualitätsarbeit hat die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen, wobei diese Ebenen in einem direkten und ausgewogenen Verhältnis zu einander zu stehen haben. Die Weiterentwicklung, die Sicherung und Evaluierung des flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems haben bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsgruppenübergreifend, insbesondere auch einschließlich des ambulanten Bereichs zu erfolgen. Die Qualitätssicherung und -

Kontrolle im Gesundheitswesen wird unabhängig und sektorenübergreifend umgesetzt und wird im jeweiligen Wirkungsbereich bestmöglich unterstützt. Die Patientensicherheitsstrategie ist ein wesentlicher Teil der Qualitätsarbeit und orientiert sich an den internationalen Patientensicherheitszielen gemäß WHO. Die Verknüpfung dieser Qualitätsarbeiten sowie der Aufbau eines umfassenden Monitorings zur Qualitätsstrategie sind sicherzustellen.

(2) Die Qualitätsarbeit ist umsetzungs- und praxisorientiert zu gestalten. Bei der Qualitätsarbeit und den vereinbarten bzw. zu vereinbarenden Qualitätsanforderungen ist eine Ausgewogenheit zwischen dem stationären und ambulanten Bereich sicherzustellen. Sämtliche Festlegungen zum Qualitätssystem haben jedenfalls auch den Anforderungen der Zielsteuerung-Gesundheit zu entsprechen. Qualitätsarbeit hat auch einen wesentlichen Beitrag zur mittel- bis langfristigen Steigerung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen zu leisten und somit zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und zu deren langfristigen Finanzierbarkeit beizutragen.

(3) Zur Ergebnisqualitätsmessung wird Folgendes festgelegt:

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

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

Patientenorientierung und Transparenzmachung von Qualitätsinformationen

§ 8. Im Sinne der Patientenorientierung ist die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung so zu stärken, dass die aktive Beteiligung der Betroffenen in Entscheidungsprozessen möglich ist. Der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung haben den Einsatz von digitalen Informationssystemen aus dem Bereich eHealth sicherzustellen. Solche umfassen insbesondere transparente Informationen über Angebote, Leistungen und Ergebnisse von Gesundheitsdiensteanbietern.

Stärkung zielgerichteter und abgestimmter Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz

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

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

(2) Auf Landesebene erfolgt die Entscheidung über die Verwendung der Mittel aus dem Gesundheitsförderungsfonds in der Landes-Zielsteuerungskommission im Einvernehmen zwischen Land und gesetzlicher Krankenversicherung.

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

(4) Die Verwendung dieser Gesundheitsförderungsmittel hat den von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossenen Grundsätzen und Zielen zu entsprechen. Es ist insbesondere sicherzustellen, dass Gesundheitsförderungsprojekte den grundsätzlichen Zielsetzungen des Zielsteuerungsvertrages auf Bundesebene und der Landes-Zielsteuerungsübereinkommen nicht widersprechen.

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

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

Verwendung zusätzlicher Mittel für Digitalisierung/eHealth, Gesundheitsförderung und Impfen

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

1. Die Mittel für Digitalisierung/eHealth (insb. Telemedizin) sind insbesondere für folgende Zwecke einzusetzen:
 - a) Stärkung des Prinzips „digital vor ambulant vor stationär“ und dafür maßgeblicher Auf- und Ausbau von telemedizinischen Angeboten,
 - b) Weiterentwicklung und Ausbau der Gesundheitsberatung 1450 (u.a. bessere Einbindung in bestehende Services),
 - c) eHealth-Angebot in Regelversorgung schaffen (z. B. Video-Konsultationen, Cyber Security) einschließlich Weiterentwicklung von ELGA,
 - d) verpflichtende Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich und
 - e) verbesserte Datennutzung und -verknüpfung durch Einrichtung einer gemeinsamen behördlichen Datenauswertungsplattform durch den Bund.
2. Die konkreten Inhalte/Projekte einschließlich der dafür erforderlichen Budgetmittel sind in der Bundes-Zielsteuerungskommission zu beschließen und freizugeben.

(2) Für den Zeitraum 2024 bis 2028 für den Bereich Impfen gemäß Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens leisten

1. der Bund jährlich 30 Millionen Euro,
2. die Träger der Krankenversicherung jährlich 15 Millionen Euro und
3. die Träger der Pensionsversicherung jährlich 15 Millionen Euro.

Diese Mittel sind insbesondere für die schrittweise Umsetzung eines umfassenden öffentlich finanzierten Impfprogramms unter Voraussetzung der partnerschaftlichen Drittelfinanzierung mit Ländern und den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung einzusetzen.

(3) Der Bund hat für den Zeitraum 2024 bis 2028 jährlich

1. 7 Millionen Euro für die Finanzierung der „Frühen Hilfen“ entsprechend der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Finanzierung der flächendeckenden und bedarfsgerechten Bereitstellung von Frühen Hilfen in Österreich und
2. 13 Millionen Euro der Gesundheit Österreich GmbH insbesondere für die Fortführung und Weiterentwicklung der „Agenda Gesundheitsförderung“

zur Verfügung zu stellen.

3. Abschnitt

Aufbau und Ablauf der Zielsteuerung-Gesundheit

Mehrstufigkeit des Zielsteuerungsprozesses

§ 10. (1) Die strategischen und operativen Ziele sowie die auf Bundes- und Landesebene zu setzenden Maßnahmen zur Zielerreichung sind in periodenbezogenen (mehrjährigen) Zielsteuerungsverträgen auf Bundesebene zu vereinbaren und verbindlich festzulegen, wobei gesamtwirtschaftliche Auswirkungen und regionale Erfordernisse zu berücksichtigen sind. Im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene sind ausgehend von den Zielen und Handlungsfeldern der Zielsteuerung-Gesundheit auf Grundlage der in den Abschnitten 4 und 5 festgelegten Inhalte eine Priorisierung und eine Festlegung von Themenschwerpunkten vorzunehmen sowie Maßnahmen zur Umsetzung festzulegen. Die im Zielsteuerungsvertrag festgelegten und auf Bundesebene zu realisierenden Maßnahmen zu den Steuerungsbereichen Ergebnisorientierung, Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozessen und zur Finanzzielsteuerung sind im Hinblick auf ihre termingerechte Umsetzung im Rahmen von Jahresarbeitsprogrammen zu operationalisieren.

(2) Auf der Landesebene hat die gesetzliche Krankenversicherung aufbauend auf den Festlegungen im Zielsteuerungsvertrag mit dem jeweiligen Land mehrjährige Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu vereinbaren und verbindlich festzulegen. Diese Landes-Zielsteuerungsübereinkommen können weitere über den Zielsteuerungsvertrag hinausgehende strategische und operative Ziele sowie die für deren Erreichung zu setzenden Maßnahmen beinhalten. Die im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene festgelegten und auf Landesebene zu realisierenden Maßnahmen zu den Steuerungsbereichen Ergebnisorientierung, Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozessen und zur Finanzzielsteuerung sind im Hinblick auf ihre termingerechte Umsetzung in diesen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu operationalisieren.

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

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

(4) Die gesetzliche Krankenversicherung ist auf Landesebene im Sinne einer strategischen Kooperation und Koordination gemeinsam mit den Ländern für die Erreichung und Umsetzung der in der Zielsteuerung-Gesundheit festgelegten Ziele und Kooperationen verantwortlich. Dazu sind insbesondere folgende Prozessschritte vorzunehmen:

1. In der Landes-Zielsteuerungskommission sind mehrjährige Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu beschließen, die von den Co-Vorsitzenden für den jeweils eigenen Wirkungsbereich zu unterfertigen sind. Wenn diese Landes-Zielsteuerungsübereinkommen dem Zielsteuerungsvertrag bzw. sonstigen bundesrechtlichen Vorschriften widersprechen, hat der Bund ein Vetorecht. Die mehrjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen sind binnen eines Monats der Bundesgesundheitsagentur zur Kenntnis zu bringen.
2. Die mehrjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen bzw. deren Adaptierungen sind spätestens Ende des zweiten Quartals des Jahres 2024 durch die Landes-Zielsteuerungskommission zu vereinbaren.

Plattform zur gemeinsamen Sekundärnutzung von Daten aus dem Gesundheitsbereich

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

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

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

1. zur Steuerung von Struktur, Organisation, Qualität und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung durch
 - a) langfristige Beobachtung von gesundheitspolitisch relevanten epidemiologischen Entwicklungen (Erkrankungen, Morbidität und Mortalität) und von krankheitsfallbezogenen Versorgungsabläufen zur Steigerung der Prozess- und Ergebnisqualität,
 - b) Durchführung einer am Patientenbedarf ausgerichteten integrierten Gesundheitsstrukturplanung, die alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und angrenzender Bereiche umfasst,
 - c) Weiterentwicklung von Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen insbesondere für sektorenübergreifende Leistungsverchiebungen,
2. für die Evaluierung von gesundheitspolitischen und Public Health Aktivitäten,
3. für die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden, sektorenübergreifenden österreichischen Qualitätssystems insbesondere im Bereich der Ergebnisqualität, insbesondere zur Umsetzung von § 7 Abs. 2,
4. für die Implementierung, Durchführung und Beobachtung (Monitoring) der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit sowie
5. für das Management von außergewöhnlichen Ereignissen wie beispielsweise Pandemien und Epidemien.

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

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

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

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

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

1. die Erstellung von Richtlinien und Standards für den Austausch, die Qualität, die Interoperabilität und den Schutz der Primärdaten,
2. die Ermittlung der technischen Voraussetzungen und Standards, die benötigt werden, um die IT-Systeme der Zielsteuerungspartner koordiniert ansprechen und nutzen zu können,
3. die Ermittlung der vorhandenen Verarbeitungstätigkeiten, insbesondere auf Basis der bei den Zielsteuerungspartnern vorhandenen Verzeichnisse gemäß Art. 30 DSGVO,
4. die Erörterung von wechselseitigen Nutzungen, die aufgrund einer gesetzlichen Verpflichtung in Übereinstimmung mit Art. 6 oder 9 DSGVO vorgesehen sind und Diskussion über verpflichtend vorzulegende Berichte (Initialbericht und Zwischen- bzw. Endbericht) über Datenverarbeitungsvorhaben von einem oder mehreren Verantwortlichen,
5. die Genehmigung von wechselseitigen Nutzungen, die nicht aufgrund einer gesetzlichen Verpflichtung in Übereinstimmung mit Art. 6 oder 9 DSGVO vorgesehen sind,
6. die Beschlussfassung und Koordinierung in Angelegenheiten der gemeinsamen Verarbeitung gemäß Art. 26 DSGVO,
7. Erarbeitung von Beschlussvorlagen für die Bundes-Zielsteuerungskommission bzgl. eines Jahresarbeitsprogramms und eines allfälligen Budgetierungsbedarfs/Aufteilungsschlüssel der gemeinsamen Projekte,
8. die Durchführung eines Qualitätsmanagements, um sicherstellen zu können, dass der Austausch, die Qualität, die Interoperabilität und der Schutz der Primärdaten dem Stand der Technik sowie den jeweils aktuellen rechtlichen Anforderungen entspricht,
9. das Knowledge-Management, um den Austausch von Fachwissen und Best Practices zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung zu fördern, sowie
10. die Ausarbeitung von Vorschlägen an Bund, Länder und Sozialversicherung zur Weiterentwicklung der gemeinsamen Sekundärnutzung.

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

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

erlassen.

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

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

4. Abschnitt

Konkretisierung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit

Ausrichtung der Zielsteuerung-Gesundheit

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

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

zu konkretisieren.

(2) Für die im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit durch die Steuerungsbereiche erfassten Zielvereinbarungen sind Messgrößen und Zielwerte zu definieren. Die Messgrößen sollen auch für internationale Vergleiche und Leistungsmessungen verwendbar sein.

Steuerungsbereich Ergebnisorientierung

§ 13. (1) Der Steuerungsbereich Ergebnisorientierung umfasst insbesondere folgende Inhalte:

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

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

Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen

§ 14. (1) Der Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen umfasst insbesondere folgende Inhalte:

1. Entlastung des vollstationären Bereichs in den Akut-Krankenanstalten durch medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen/tagesambulantem oder in den ambulanten Bereich (Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien sowie niedergelassener Bereich) inklusive Vereinbarung entsprechender Zielvorgaben,
2. vorrangige Umsetzung neuer multiprofessioneller und interdisziplinärer Primärversorgungseinheiten sowie multiprofessioneller und interdisziplinärer Versorgungsformen in der ambulanten Fachversorgung im Bereich der Sachleistung unter anderem mit der Zielsetzung der Erhöhung des Anteils ambulanter Versorgungsstrukturen mit Öffnungszeiten zu Tagesrand- und Wochenendzeiten,
3. Optimierung der Patientinnen-/Patientenströme und -wege nach dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ gemäß Art. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens insbesondere durch Ausbau der Gesundheitsberatung 1450 und Stärkung der Primärversorgung, sowie durch den Ausbau von integrierten Versorgungsmodellen,
4. Aufbau eines Termin-Managementsystems sowie Etablierung eines Systems zur Erfassung von Öffnungszeiten und des Leistungsangebots für alle im Rahmen der Sachleistungsversorgung tätigen Gesundheitsdienstleisterinnen/Gesundheitsdienstleister mit Fokus auf den extramuralen Bereich im extramuralen Bereich durch die SV, für relevante Einrichtungen im intramuralen Bereich durch die Länder und rechtliche Verankerung der obligatorischen Teilnahme der Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter gemäß Art. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens,
5. Stärkung der niederschweligen psychosozialen Versorgung auch durch flächendeckende Netze von psychosozialen Zentren in Form von psychosozialer und psychiatrischer Beratung/Begleitung und Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörigen im multidisziplinären Setting unter Berücksichtigung bestehender Versorgungsangebote und

6. Weiterentwicklung der Honorierungssysteme insbesondere im extramuralen Bereich mit dem Ziel einer stärkeren Ausrichtung am Versorgungsbedarf sowie zur Sicherstellung eines möglichst effektiven und effizienten Einsatzes der zur Verfügung stehenden Finanzmittel. Zur besseren Abstimmung der Honorierungssysteme sind diese grundsätzlich in pauschalierter, leistungsorientierter und transparenter Form zu gestalten und die dafür erforderlichen rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen zu schaffen.

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

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

Steuerungsbereich Versorgungsprozesse

§ 15. (1) Der Steuerungsbereich Versorgungsprozesse umfasst insbesondere folgende Inhalte:

1. Umsetzung des Maßnahmenpakets zur nachhaltigen Sicherstellung und Attraktivierung der Gesundheitsberufe gemäß Art. 8 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens,
2. Festlegungen zum umfassenden Einsatz von IKT zur Systemsteuerung und -innovation gemäß Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens,
3. Optimierung der intersektoralen Behandlungsprozesse (BQLL Präoperative Diagnostik, BQLL Aufnahme- und Entlassungsmanagement) unter Nutzung der Instrumente des Gesundheitsqualitätsgesetzes,
4. Entwicklung und Festlegung von bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards für priorisierte Bereiche einschließlich Patientinnen-/Patienteninformation, wobei die Sicherstellung einer integrierten Versorgung von chronischen Erkrankungen ein wesentlicher Schwerpunkt ist,
5. Maßnahmen zum effektiven und effizienten Einsatz von Medikamenten,
6. Forcierung der ärztlichen bzw. der Gesundheitsversorgung von Menschen in Pflegeeinrichtungen und in häuslicher Pflege vor Ort in Abstimmung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich,
7. Maßnahmen zur Erhöhung der Patientinnen-/Patientensicherheit durch verbindliche Umsetzung von internationalen Patientinnen-/Patientensicherheitszielen und Stärkung der Patientinnen-/Patientenbeteiligung bzw. Gesundheitskompetenz,
8. Maßnahmen zur Optimierung der integrierten Versorgung chronisch kranker Menschen durch bundesweit einheitliche Versorgungsprozesse und Umsetzung digitaler Technologien zur Unterstützung der Behandlungs- und Versorgungsprozesse sowie Festlegung der Vorgehensweise zur Priorisierung, Entwicklung und Umsetzung von Disease Management Programmen nach internationalem Vorbild. Die Schaffung von gesetzlichen Rahmenvorgaben sowohl in Sozialversicherungs- als auch in den Berufsgesetzen ist Voraussetzung zur Optimierung der strukturierten Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen,
9. Formulierung von Qualitätskriterien zu sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen für eine integrierte Versorgung insbesondere von chronisch kranken Menschen im ÖSG,
10. Maßnahmen zur Optimierung der inklusiven Versorgung von Menschen mit Behinderung,

11. Ausbau der Transparenz von qualitätsrelevanten Versorgungsinformationen und Qualitätsarbeiten (Qualitätsportal), insbesondere müssen alle vorliegenden Ergebnisse einer datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung veröffentlicht werden und
12. die unabhängige sektoren- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle im Gesundheitswesen.

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

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

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

5. Abschnitt

Festlegung der Finanzzielsteuerung

Finanzzielsteuerung – allgemeine Bestimmungen

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

(2) Grundlage der Finanzzielsteuerung sind sektorenübergreifend vereinbarte nominelle Ausgabenobergrenzen. Diese Ausgabenobergrenzen sind für den Bereich der Sozialversicherung und für den Bereich der Länder sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene darzustellen und auf Landesebene zu sektorenübergreifenden Ausgabenobergrenzen zusammenzuführen. Gesundheitsausgaben aus dem Bereich der Pensionsversicherung, Unfallversicherung, Krankenfürsorgeanstalten und des Bundes sowie Investitionen sind gesondert darzustellen.

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

(4) Die Einhaltung der Ausgabenobergrenzen auf Bundes- und Landesebene ist durch partnerschaftlich vereinbarte Maßnahmenpakete im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit sicherzustellen. Dazu haben der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung gemeinsam mit den Ländern solche Maßnahmen zu vereinbaren, die in Summe geeignet sind, die vereinbarten Ausgabenobergrenzen einzuhalten.

(5) Die Ermittlung der für die Finanzzielsteuerung als zielsteuerungsrelevant definierten Gesundheitsausgaben im Bereich von Bund, Ländern und Sozialversicherung hat transparent und umfassend zu erfolgen. Die Methodik der österreichweiten Darstellung und die Ausgangszahlen für die Zielsteuerung-Gesundheit werden entsprechend den Festlegungen im Abschnitt 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit in den periodenbezogenen Zielsteuerungsverträgen auf

Bundesebene festgelegt. Die für die Ermittlung der öffentlichen Gesundheitsausgaben und für das nachfolgende Monitoring erforderlichen Rechenwerke sind gegenseitig offen zu legen und die entsprechenden Datenherkünfte sind auszuweisen.

(6) Die Verteilung der Ausgabenobergrenzen innerhalb der Sozialversicherungsträger sowie die länderweise Zuordnung der Ausgabenobergrenzen sind durch die Sozialversicherung vorzunehmen und im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene und in den jeweiligen mehrjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu dokumentieren.

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

Inhalt und Gegenstand der Finanzzielsteuerung

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

1. Für den bundesweiten sektorenübergreifenden Ausgabendämpfungspfad der öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege:
 - a) den Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode und
 - b) die jährlichen Ausgabenobergrenzen.
2. Für die bundesweiten sektoralen Ausgabendämpfungspfade der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben:
 - a) die Ausgangswerte für das erste Jahr der jeweiligen Periode und
 - b) die jährlichen Ausgabenobergrenzen.
3. Die Aufteilung der in Z 2 lit. b dargestellten Ausgabenobergrenzen
 - a) auf die neun Bundesländer,
 - b) auf alle Träger der sozialen Krankenversicherung sowie die
 - c) bundesländerweise Zusammenführung von lit. b.
4. Gesondert darzustellen sind:
 - a) Investitionen,
 - b) Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung (insbesondere Rehabilitation),
 - c) Gesundheitsausgaben der Unfallversicherung,
 - d) Gesundheitsausgaben der Krankenfürsorgeanstalten,
 - e) Gesundheitsausgaben des Bundes,
 - f) Ausgaben der Krankenversicherungsträger zur Erbringung der Leistungen von Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche nach § 153a ASVG, § 94a GSVG, § 95a BSVG und § 69a B-KUVG und
 - g) private Gesundheitsausgaben einschließlich Selbstbehalte.

(2) Auf Landesebene hat die Finanzzielsteuerung für die jeweilige Periode der Zielsteuerung-Gesundheit für alle neun Bundesländer jedenfalls folgende Inhalte zu umfassen:

1. Darstellung des Ausgabendämpfungspfades der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben des jeweiligen Landes:
 - a) der Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode und
 - b) die jährlichen Ausgabenobergrenzen.
2. Darstellung des Ausgabendämpfungspfades der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben der Sozialversicherung im jeweiligen Land:
 - a) den Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode und
 - b) die jährlichen Ausgabenobergrenzen der Sozialversicherung.
3. Die Darstellung des zusammengeführten Ausgabendämpfungspfades gemäß Z 1 und Z 2 für das jeweilige Bundesland.
4. Die auf das jeweilige Bundesland entfallenden Investitionen getrennt nach Land und Sozialversicherung.
5. Die Darstellung der Ausgaben beider Sektoren erfolgt 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 und der Länder/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.

(3) Die für die Finanzzielsteuerung einschließlich des Monitorings gemäß des 8. Abschnitts notwendigen Daten sind vom Bund, dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und von den Ländern zur Verfügung zu stellen.

6. Abschnitt

Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur

Grundsätze der Planung

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

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

(2) Als Rahmenbedingungen bei der integrativen Versorgungsplanung sind mit zu berücksichtigen:

1. Die Versorgungswirksamkeit von Wahlärztinnen/Wahlärzten, Wahltherapeutinnen/Wahltherapeuten, Sanatorien und sonstigen Wahleinrichtungen, sofern von diesen sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbracht werden;
2. der Sozialbereich, soweit dieser im Rahmen des Nahtstellenmanagements und hinsichtlich komplementärer Versorgungsstrukturen (im Sinne „kommunizierender Gefäße“) für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist (z. B. psychosozialer Bereich, Pflegebereich);
3. das Rettungs- und Krankentransportwesen (inklusive präklinischer Notfallversorgung) im Sinne bodengebundener Rettungsmittel und Luftrettungsmittel (sowohl inklusive als auch exklusive der notärztlichen Komponente) sowie der Krankentransportdienst.

(3) Die integrative Versorgungsplanung hat die Beziehungen zwischen allen in Abs. 1 und 2 genannten Versorgungsbereichen zu berücksichtigen. Im Sinne von gesamtwirtschaftlicher Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung haben Teilbereichsplanungen die Wechselwirkung zwischen den Teilbereichen dahingehend zu berücksichtigen, dass die gesamtwirtschaftlichen Aspekte vor den ökonomischen Aspekten des Teilbereiches ausschlaggebend sind.

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

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

(6) Eine möglichst rasche und lückenlose Behandlungskette ist durch verbessertes Nahtstellenmanagement und den nahtlosen Übergang zwischen den Einrichtungen bzw. den Bereichen, u.a. durch gesicherten Informationstransfer mittels effektiven und effizienten Einsatzes von Informations- und Kommunikationstechnologien, sicherzustellen.

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

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

Österreichischer Strukturplan Gesundheit und Regionale Strukturpläne Gesundheit

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

(2) Der ÖSG hat verbindliche Vorgaben für RSG im Hinblick auf die in § 18 Abs. 1 angeführten Bereiche zu umfassen, die Zielsetzungen gemäß § 18 Abs. 3 bis 7 zu verfolgen, die Kriterien für die Gewährleistung der bundesweit einheitlichen Versorgungsqualität festzulegen.

Inhalte des ÖSG

§ 20. (1) Der ÖSG hat insbesondere folgende Inhalte zu umfassen:

1. Informationen zur aktuellen regionalen Versorgungssituation;
2. Grundsätze und Ziele der integrativen Versorgungsplanung;
3. Quantitative und qualitative Planungsvorgaben und -grundlagen für die bedarfsgerechte Dimensionierung der Versorgungskapazitäten bzw. der Leistungsvolumina;
4. Versorgungsmodelle für die abgestufte bzw. modulare Versorgung in ausgewählten bzw. speziellen Versorgungsbereichen (z. B. Palliativ- und Hospizbereich für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche, Akutgeriatrie/Remobilisation) einschließlich Nahtstellen sowie inhaltliche Vorgaben für Organisationsformen und Betriebsformen;
5. Vorgaben von verbindlichen Mindestfallzahlen für ausgewählte medizinische Leistungen zur Sicherung der Behandlungsqualität sowie Mindestfallzahlen als Orientierungswerte für die Leistungsangebotsplanung;
6. Kriterien zur Strukturqualität und Prozessqualität sowie zum sektorenübergreifenden Prozessmanagement als integrale Bestandteile der Planungsaussagen;

7. Grundlagen für die Festlegung von Versorgungsaufträgen (Aufgabenprofile, Leistungsmatrizen, Strukturqualitätskriterien) auf regionaler Ebene (RSG) für die ambulante und stationäre Akutversorgung unabhängig von einer Zuordnung auf konkrete Anbieterstrukturen: Leistungsmatrizen, Aufgabenprofile und Qualitätskriterien;
 8. Kriterien für die Bedarfsfeststellung und die Planung von Angeboten für multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung sowie für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung gemäß Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens;
 9. Verbindliche überregionale Versorgungsplanung für hochspezialisierte komplexe Leistungen bzw. Therapien von überregionaler Bedeutung in Form von Bedarfszahlen zu Kapazitäten sowie der Festlegung von Leistungsstandorten und deren jeweiliger Zuständigkeit für zugeordnete Versorgungsregionen;
 10. Festlegung der von der Planung zu erfassenden, der öffentlichen Versorgung dienenden medizinisch-technischen Großgeräte inklusive österreichweiter Planungsgrundlagen, Planungsrichtwerte (insbesondere auch hinsichtlich der von diesen Großgeräten zu erbringenden Leistungen bzw. deren Leistungsspektrum sowie deren Verfügbarkeit) und Qualitätskriterien; Festlegung der bundesweit sowie je Bundesland jeweils erforderlichen Anzahl der Großgeräte (Bandbreiten);
 11. Standort- und Kapazitätsplanung von Großgeräten mit überregionaler Bedeutung (insbesondere Strahlentherapiegeräte, Coronarangiographie-Anlagen und Positronen-Emissions-Tomographiegeräte) ist auf Bundesebene zu vereinbaren; weiters die standortbezogene und mit den Versorgungsaufträgen auf regionaler Ebene abgestimmte Planung der übrigen medizinisch-technischen Großgeräte; im Sinne einer gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstigen Leistungserbringung bei gleichzeitiger Nutzung von Synergien sind Kooperationsvereinbarungen zur gemeinsamen Nutzung von Geräten intra- und extramural verstärkt zu berücksichtigen;
 12. Vorgaben für Aufbau, Inhalte, Struktur, Planungsmethoden, Darstellungsform und Planungshorizont der RSG in bundesweit einheitlicher Form;
 13. Verbindliche integrierte Rehabilitationsplanung.
- (2) Die Qualitätskriterien des ÖSG gelten gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bundesweit einheitlich.
- (3) Der ÖSG ist auf Bundesebene zwischen dem Bund, den Ländern und der Sozialversicherung einvernehmlich abzustimmen.
- (4) In der Bundes-Zielsteuerungskommission ist sicherzustellen, dass der Österreichischen Ärztekammer und den betroffenen gesetzlichen Interessensvertretungen frühzeitig und strukturiert, mindestens aber vier Wochen vor Beschlussfassung des ÖSG in der Bundes-Zielsteuerungskommission die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt wird. Dazu sind die für die Beschlussfassung vorgesehenen Planungsunterlagen zu übermitteln.

Inhalte des RSG

- § 21.** (1) Die Sozialversicherungsträger haben sicherzustellen, dass die RSG gemeinsam mit den Ländern entsprechend den Vorgaben des ÖSG bezüglich Inhalten, Planungshorizonten und Planungsrichtwerten kontinuierlich weiterentwickelt und regelmäßig revidiert werden.
- (2) (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat in Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG sicherzustellen, dass die RSG in der Landes-Zielsteuerungskommission entsprechend den Vorgaben des ÖSG bezüglich Inhalten, Planungshorizonten und Planungsrichtwerten kontinuierlich weiterentwickelt und regelmäßig revidiert werden.
- (3) Die Sozialversicherungsträger haben sicherzustellen, dass der RSG jedenfalls Folgendes beinhaltet:
1. Festlegung der Kapazitätsplanungen standortbezogen für den akutstationären Bereich mit Angabe der Kapazitäten (Betten, minimale Anzahl an Tagesklinikplätze und ambulante Behandlungsplätze), Organisationsformen, Versorgungsstufen, Referenz-, Spezial- und Expertisezentren je Fachbereich (im Sinne des ÖSG), wobei die je Fach- und Versorgungsbereich ausgewiesene Gesamtkapazität (Summe von Planbetten und ambulanten Betreuungsplätzen) als Zielwert für die Realisierung zum Planungshorizont zu verstehen ist;
 - 1a. Definition von allgemeinen und speziellen Versorgungsaufträgen nach Fachbereichen auf Ebene der Versorgungsregionen auf Basis der Grundlagen im ÖSG;

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

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

(4) (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat in Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG sicherzustellen, dass der RSG jedenfalls die in Abs. 3 genannten Inhalte umfasst.

(5) Die Sozialversicherungsträger haben darauf zu achten, dass in Umsetzung des Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens die Kapazitätsplanung für den gesamten ambulanten Bereich in den RSG insbesondere auf die Stärkung der ambulanten Versorgung durch Ausbau von wohnortnahen multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten und die Bereinigung von Parallelstrukturen abzielt.

(6) (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat in Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG sicherzustellen, dass bei der Kapazitätsplanung für den gesamten ambulanten Bereich die Vorgaben des Abs. 5 eingehalten werden.

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

(8) Eine Primärversorgungseinheit im Sinne des § 2 Abs. 4 des Primärversorgungsgesetzes gilt auch dann als im RSG abgebildet, wenn der Bedarf nach § 20 Abs. 1 Z 8 für die Errichtung einer solchen durch Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission festgestellt wurde.

(9) Ergänzend zu Abs. 3 und 4 obliegt es bei Bedarf auch den gesetzlichen Berufsvertretungen der Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbieter einen Vorschlag an das Land oder die Sozialversicherung auf Planung der Primärversorgung in einem bestimmten Einzugsgebiet und auf Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission zu richten. Sofern nicht das jeweilige Land die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission zeitnah mit einem solchen Vorschlag befasst, hat dies durch die jeweilige Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse zu erfolgen.

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

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

Kundmachung des ÖSG und der RSG

§ 22. (1) Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat die jeweils aktuelle Fassung des ÖSG jedenfalls im RIS (www.ris.bka.gv.at) zu veröffentlichen.

(2) Der Landeshauptmann hat die jeweils aktuelle Fassung des RSG im RIS (www.ris.bka.gv.at) zu veröffentlichen.

Verbindlichkeitserklärung von Inhalten des ÖSG und der RSG

§ 23. (1) Die Bundes-Zielsteuerungskommission hat im Sinne des öffentlichen Interesses jene für die nachhaltige Versorgung der Bevölkerung unerlässlichen Teile des ÖSG, dazu zählen insbesondere definierte Planungsrichtwerte und -kriterien sowie die überregionale Versorgungsplanung, die eine rechtlich verbindliche Grundlage für Planungsentscheidungen des RSG bilden sollen, als solche auszuweisen. Die Verbindlichkeit wird durch eine Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH gemäß Abs. 3 hergestellt. Jene Teile, die Verbindlichkeit erlangen sollen, sind vorab von der Gesundheitsplanungs GmbH einem allgemeinen, als solches ausgewiesenen, Begutachtungsverfahren zu unterziehen. Ergeben sich nach der Begutachtung Änderungen ist eine nochmalige Beschlussfassung in der Bundes-Zielsteuerungskommission herbeizuführen.

(2) Die Vertreterinnen und Vertreter des Bundes und der Sozialversicherung haben in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission sicherzustellen, dass jene Planungsvorgaben des RSG, die rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen, dazu zählen insbesondere Festlegungen zur Kapazitätsplanung im Sinne des § 21 Abs. 3 sowie die überregionale Versorgungsplanung, als solche ausgewiesen werden. Die rechtliche Verbindlichkeit wird durch eine Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH gemäß Abs. 3 hergestellt. Die Planungsvorgaben sind jedenfalls so konkret festzulegen, dass sie für die Bedarfsprüfung herangezogen werden können. Jene Teile, die rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen, sind von der Gesundheitsplanungs GmbH vorab einem allgemeinen, als solches ausgewiesenen, Begutachtungsverfahren zu unterziehen. Ergeben sich nach der Begutachtung Änderungen ist eine nochmalige Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission herbeizuführen.

(3) Die für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin bzw. der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister hat eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung zur Verbindlichkeitserklärung von in der Bundes-Zielsteuerungskommission oder den Landes-Zielsteuerungskommissionen beschlossenen Planungen im Gesundheitsbereich zu gründen. Die Gesellschaft führt die Firma „Gesundheitsplanungs GmbH“. Gesellschafterinnen bzw. Gesellschafter der Gesundheitsplanungs GmbH sind der Bund, die Länder und der Dachverband der Sozialversicherungsträger, die jeweils eine Vertreterin bzw. einen Vertreter in die Generalversammlung entsenden. Die Beschlussfassung in der Generalversammlung erfolgt einstimmig. Der Sitz der Gesellschaft ist Wien. Die Gesellschaft ist nicht gewinnorientiert. Die Geschäftsführung wird durch die Gesellschafterinnen bzw. Gesellschafter bestellt, wobei die Geschäftsführung aus einer Geschäftsführerin bzw. einem Geschäftsführer und zwei Stellvertreterinnen bzw. Stellvertretern besteht. Die Tätigkeit der Geschäftsführerin bzw. des Geschäftsführers und deren bzw. dessen Stellvertreterinnen bzw. Stellvertretern ist unentgeltlich. Die Stammeinlage wird vom Bund für die Gesellschafterinnen bzw. Gesellschafter entrichtet. Die Gesundheitsplanungs GmbH ist von allen Gebühren und Abgaben, mit Ausnahme der Umsatzsteuer, befreit. Voraussetzung für die Gründung der Gesellschaft ist, dass sich die künftigen Gesellschafterinnen bzw. Gesellschafter vertraglich dazu verpflichten, als Gesellschafterinnen bzw. Gesellschafter der Gesundheitsplanungs GmbH für die Dauer der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens anzugehören. Ein vorzeitiger Austritt oder eine Auflösung der GmbH ist ausgeschlossen.

(4) Die Gesundheitsplanungs GmbH erklärt die von der Bundes-Zielsteuerungskommission nach Abs. 1 und den jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommissionen nach Abs. 2 ausgewiesenen Teile des ÖSG und der jeweiligen RSG – insoweit dies Angelegenheiten des Art. 10 B-VG betrifft – durch Verordnung für verbindlich.

(5) Die Gesundheitsplanungs GmbH hat die für verbindlich zu erklärenden Teile im Wege einer Verordnung zu erlassen und im RIS (www.ris.bka.gv.at) kundzumachen.

(6) Die Tätigkeit der Gesellschaft unterliegt – insoweit Angelegenheiten des Art. 10 B-VG berührt sind – der Aufsicht der für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin bzw. des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministers. Die Gesellschaft ist bei der Besorgung der ihr diesbezüglich zukommenden Aufgaben an die Weisungen der für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin bzw. des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministers gebunden und auf deren bzw. dessen Verlangen zur jederzeitigen Information verpflichtet.

Landeskrankenanstaltenpläne

§ 24. (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, dass in Fällen, in denen kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des RSG bzw. deren Änderungen entsprechend den Bestimmungen im § 23 Abs. 2 in der Landes-Zielsteuerungskommission zustande kommt, hinsichtlich der Erlassung eines Landeskrankenanstaltenplanes § 10a KAKuG anzuwenden ist.

Versorgungspläne für den niedergelassenen Bereich

§ 24a. (1) In Fällen, in denen kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des RSG bzw. deren Änderungen entsprechend den Bestimmungen im § 23 Abs. 2 in der Landeszielsteuerungskommission zustande kommt, sind die Planungsvorgaben für den niedergelassenen Bereich, die rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen, von der Sozialversicherung auf Basis eines Gutachtens der Gesundheit Österreich GmbH oder eines vergleichbaren Planungsinstituts, das durch die Bundesgesundheitsagentur einzuholen ist, festzulegen und durch eine Verordnung des Dachverbandes gemäß § 30b Abs. 1 Z 11 ASVG im übertragenen Wirkungsbereich für verbindlich zu erklären. Dazu zählen insbesondere Festlegungen zur Kapazitätsplanung im Sinne des § 21 Abs. 3, soweit er sich auf den niedergelassenen Bereich bezieht.

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

7. Abschnitt

Entscheidungsstrukturen und -organisation

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

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

1. Bundes-Zielsteuerungskommission
2. Ständiger Koordinierungsausschuss.

(2) Die Führung der Geschäfte der Bundesgesundheitsagentur obliegt dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium.

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

Bundes-Zielsteuerungskommission

§ 26. (1) Der Bundes-Zielsteuerungskommission gehören vier Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, vier Vertreterinnen/Vertreter der Sozialversicherung sowie neun Vertreterinnen/Vertreter der Länder an.

(2) Den Vorsitz in der Bundes-Zielsteuerungskommission führt die/der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister, die erste Vorsitzenden-Stellvertreterin/der erste Vorsitzenden-Stellvertreter wird von der Sozialversicherung und die zweite Vorsitzenden-Stellvertreterin/der zweite Vorsitzenden-Stellvertreter wird von den Ländern bestellt.

(3) Hinsichtlich der Beschlussfassung in der Bundes-Zielsteuerungskommission gilt Folgendes:

1. Für die Beschlussfassungen in allen Angelegenheiten ausgenommen Z 2 ist ein Einvernehmen zwischen der Kurie des Bundes, der Kurie der Länder und der Kurie der Sozialversicherung erforderlich, wobei die Kurien jeweils eine Stimme haben.
2. Beschlussfassungen in den Angelegenheiten gemäß Abs. 4 Z 2 lit. a sowie Abs. 4 Z 2 lit. b, sofern es sich um Mittel gemäß §§ 59d und 59f KAKuG handelt, erfolgen mit Bundesmehrheit; in diesen Fällen verfügt die Kurie des Bundes über vier Stimmen.

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

1. In den Angelegenheiten der Zielsteuerung-Gesundheit
 - a) Beratung über den Entwurf für den Zielsteuerungsvertrag gemäß § 10,
 - b) Koordination, Abstimmungen und Festlegungen aller aus dem Zielsteuerungsvertrag inklusive Finanzzielsteuerung resultierenden Aufgaben,
 - c) Jahresarbeitsprogramme für Maßnahmen auf Bundesebene zur konkreten Umsetzung des Zielsteuerungsvertrags,
 - d) Monitoring und Berichtswesen gemäß dem achten Abschnitt einschließlich des Finanzzielsteuerungsmonitorings,
 - e) Wahrnehmung von Agenden zum Sanktionsmechanismus gemäß dem neunten Abschnitt,
 - f) Rahmenregelungen für vertragliche und gemeinsam von Sozialversicherung und Ländern zu verantwortende sektorenübergreifende Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen auf Landesebene; Erarbeitung, Erprobung von Abrechnungsmodellen für eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs,
 - g) (Weiter-)Entwicklung von Vergütungssystemen,
 - h) Qualität einschließlich der Einrichtung eines Qualitätsrats zur Steuerung und Koordinierung der Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen,
 - i) Grundsätze, Ziele und Methoden für die Planungen einschließlich Planung Großgeräte intra- und extramural im Österreichischen Strukturplan Gesundheit und in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit,
 - j) Angelegenheiten des Österreichischen Strukturplans Gesundheit einschließlich Planung Großgeräte (intra- und extramural) sowie einschließlich der abschließenden Festlegung der verbindlich zu machenden Teile gemäß § 23 Abs. 1,
 - k) Angelegenheiten der transparenten Darstellung, der vollständigen Budgetierung und der Rechnungsabschlüsse der Krankenanstalten bzw. Krankenanstaltenverbände sowie der transparenten Darstellung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherung für den extramuralen Bereich,
 - l) Grundsätze und Ziele für die Verwendung der Mittel zur Stärkung der Gesundheitsförderung
 - m) Kriterienkatalog, Umsetzungspläne und Mittelfreigabe gemäß Abs. 8 des Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens,
 - n) Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung und
 - o) Evaluierung der von der Bundes-Zielsteuerungskommission wahrgenommenen Aufgaben.
2. Zu Angelegenheiten der Bundesgesundheitsagentur als Fonds:
 - a) Voranschlag und Rechnungsabschluss der Bundesgesundheitsagentur,
 - b) Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln der Bundesgesundheitsagentur nach Maßgabe der Bestimmungen in §§ 59d, 59e und 59f Abs. 1 KAKuG,
 - c) Vorgaben für die Verwendung von Finanzmitteln zur Optimierung der Versorgung nach Maßgabe der Bestimmungen im § 59g KAKuG und
 - d) laufende Wartung und Aktualisierung sowie Weiterentwicklung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungsmodells (LKF) für den stationären und spitalsambulanten Bereich inklusive seiner Grundlagen.
3. Zu allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen:
 - a) Stärkung der nachhaltigen Umsetzung der Gesundheitsziele Österreich samt Festlegung der Indikatoren und Monitoring gemäß Art. 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (inklusive Strategien zur Umsetzung),
 - b) Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens,
 - c) Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien gemäß Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und
 - d) Richtlinien für eine bundesweite, alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende Dokumentation, sowie Weiterentwicklung des Dokumentations- und Informationssystems für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG).

(5) Die Bundes-Zielsteuerungskommission kann die Besorgung der Aufgaben gemäß Abs. 4 Z 1 lit. b, d, h und k, Z 2 lit. a und d sowie Z 3 lit. a und c an den Ständigen Koordinierungsausschuss übertragen.

Ständiger Koordinierungsausschuss

§ 27. (1) Zur Vorbereitung und Koordination der Agenden der Bundes-Zielsteuerungskommission sowie zur Unterstützung der Umsetzung von Beschlüssen der Bundes-Zielsteuerungskommission ist ein Ständiger Koordinierungsausschuss einzurichten. Im Ständigen Koordinierungsausschuss hat eine laufende wechselseitige Information und Konsultation der Mitglieder zu erfolgen.

(2) Dem Ständigen Koordinierungsausschuss gehören je neun Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung an. Den Vorsitz führt eine Vertreterin/ein Vertreter des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums. Der Ständige Koordinierungsausschuss tritt regelmäßig, mindestens jedoch alle zwei Monate zusammen.

(3) Für Beschlussfassungen im Ständigen Koordinierungsausschuss sind die Bestimmungen des § 26 Abs. 3 analog anzuwenden.

(4) Der Ständige Koordinierungsausschuss hat folgende Aufgaben:

1. Beschlussfassung in den von der Bundes-Zielsteuerungskommission übertragenen Aufgaben,
2. Entscheidung über die geplante Einführung und inhaltliche Umsetzung von neuen oder inhaltlich erweiterten Monitoring-Systemen im Gesundheitswesen, sofern diese nicht aufgrund rechtlicher Vorgaben oder aufgrund international bestehender Verpflichtungen durchzuführen sind,
3. Akkordierung gemeinsamer Standpunkte von Bund, Ländern und der Sozialversicherung,
4. Abstimmung konkreter Arbeitsaufträge einschließlich Verantwortlichkeit und Zeitplan,
5. Klärung von Fragen, die von anderen Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit an ihn herangetragen werden,
6. Abstimmung der eHealth-Entwicklung im Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung insbesondere zur Umsetzung des Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens; gemeinsame Festlegung von eHealth Anwendungen der Zielsteuerungspartner, um Parallelstrukturen und -entwicklungen zu vermeiden und
7. Abstimmung der strategischen Ausrichtung der gemeinsamen Gesundheitsdatenbewirtschaftung insbesondere hinsichtlich Aufbau und Weiterentwicklung der Datenhaltung, -auswertung und -interpretation gemäß Art. 15 Abs. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Mitwirkung des Bundes in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds

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

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

Mitwirkung der gesetzlichen Krankenversicherung in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds

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

(2) Die gesetzlichen Krankenversicherungsträger haben insgesamt sechs Vertreterinnen/Vertreter in die Gesundheitsplattformen und die Landes-Zielsteuerungskommissionen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden und zwar vier Vertreterinnen/Vertreter der Österreichischen Gesundheitskasse, wovon drei Vertreterinnen/Vertreter auf Vorschlag des jeweiligen Landesstellenausschusses der Österreichischen Gesundheitskasse zu entsenden sind, darunter jedenfalls die Vorsitzende/der Vorsitzende des Landesstellenausschusses sowie dessen/deren Stellvertreter/in, und jeweils eine Vertreterin/ein Vertreter der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau und der Sozialversicherung der Selbstständigen je Bundesland. Bei der Entsendung von Vertreterinnen/Vertretern und der Wahrnehmung der Aufgaben ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten.

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

Themen der Landes-Zielsteuerungskommission sind innerhalb der Kurie der gesetzlichen Krankenversicherung zu akkordieren.

(4) Die Vorsitzende/Der Vorsitzende des Landesstellenausschusses der Österreichischen Gesundheitskasse hat

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

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

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

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

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

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

Bundesgesundheitskommission

§ 30. (1) Zur Beratung der Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Städte und Gemeinden) sowie der Sozialversicherung in gesundheitspolitischen Themen ist eine Bundesgesundheitskommission einzurichten.

(2) Der Bundesgesundheitskommission gehören an:

1. vier Vertreterinnen/Vertreter des Bundes,
2. neun Vertreterinnen/Vertreter der Länder,
3. je eine Vertreterin/ein Vertreter der Interessenvertretung der Städte und Gemeinden,
4. neun Vertreterinnen/Vertreter der Sozialversicherung,
5. eine Vertreterin/ein Vertreter der Träger der öffentlichen und eine Vertreterin/ein Vertreter der konfessionellen Krankenanstalten,
6. drei Vertreterinnen/Vertreter der Österreichischen Ärztekammer, je zwei Vertreterinnen/Vertreter der Österreichischen Zahnärztekammer, der Österreichischen Apothekerkammer und jeweils eine Vertreterin/ein Vertreter der bundesweiten Berufsvertretungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe,
7. eine Vertreterin/ein Vertreter der Österreichischen Patientenanwaltschaft,

8. je eine Vertreterin/ein Vertreter der Dachverbände der österreichischen Selbsthilfeorganisationen,
9. je eine Vertreterin/ein Vertreter der Bundesarbeitskammer und der Wirtschaftskammer Österreich (Fachverband der Gesundheitsbetriebe),
10. eine Vertreterin/ein Vertreter des Österreichischen Gewerkschaftsbundes,
11. eine Vertreterin/ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt,
12. zwei Vertreterinnen/Vertreter des Österreichischen Seniorenrates,
13. eine Vertreterin/ein Vertreter einschlägiger außeruniversitären Forschungseinrichtungen auf Vorschlag der/des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesministers,
14. eine Vertreterin/ein Vertreter der Medizinischen Universitäten/Fakultäten,
15. eine Vertreterin/ein Vertreter der pharmazeutischen Industrie und
16. je eine Vertreterin/ein Vertreter der Parlamentsklubs.

(3) Den Vorsitz in der Bundesgesundheitskommission führt die/der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister.

(4) Das für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerium hat

1. die Sitzungen der Bundesgesundheitskommission vorzubereiten,
2. die Ergebnisse der Sitzungen der Bundesgesundheitskommission festzuhalten und
3. der Bundesgesundheitskommission über die Aktivitäten der Bundesgesundheitsagentur zu berichten.

8. Abschnitt

Festlegungen zum Monitoring und Berichtswesen

Durchführung eines Monitorings und Berichtswesens

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

(2) Die Ergebnisse des Monitorings der Zielsteuerung-Gesundheit sind in Form von strukturierten Berichten aufzubereiten und zusammenzuführen. Diese Monitoringberichte zur Zielerreichung gliedern sich in Bezug auf Inhalte und Periodizität wie folgt:

1. halbjährlich: Ergebnisse des Monitorings zur Finanzzielsteuerung als Kurzbericht
2. jährlich: Ergebnisse des Monitorings zur Finanzzielsteuerung und Darstellung der Entwicklungen der definierten und steuerungsrelevanten Messgrößen und Gegenüberstellung mit vereinbarten Zielwerten aus der Zielsteuerung-Gesundheit (Monitoring der Steuerungsbereiche)

(3) Es hat jedenfalls jährliche eine Information über den Stand der Umsetzung der im Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene zu erfolgen, um eine koordinierte Vorgehensweise bei der Bearbeitung der im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit vereinbarten Ziele sicherzustellen. Dieses Berichtswesen hat jedenfalls auch eine Einschätzung zur Maßnahmenumsetzung zu umfassen.

(4) Durch das Monitoring ist Transparenz, Vergleichbarkeit und Aktualität zu schaffen und dabei ist jedenfalls darauf zu achten, dass

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

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

Ablauf des Monitorings

§ 32. (1) Das Monitoring hat in folgenden klar voneinander getrennten Prozessschritten zu erfolgen:

1. Das Monitoring (Datensammlung, Aufbereitung und Auswertung) erfolgt durch die Gesundheit Österreich GmbH auf Basis einer einheitlichen und standardisierten Erhebung unter Berücksichtigung bereits bestehender Routinedokumentationen und Datenmeldeschienen.

2. Die organisatorische Ausgestaltung und die Inhalte zu dem Berichtswesen gemäß § 31 sind im Zielsteuerungsvertrag zu vereinbaren.
3. Die auf Basis der von der GÖG erhobenen Daten erstellten halbjährlichen und jährlichen Monitoringberichte zur Zielerreichung sind den Landes-Zielsteuerungskommissionen sowie der Bundes-Zielsteuerungskommission binnen einer von der Bundes-Zielsteuerungskommission festzulegenden Frist zur Stellungnahme zu übermitteln.

(2) Bei festgestellten Zielverfehlungen sind Begründungen und handlungsleitende Empfehlungen seitens der verantwortlichen Stellen im Rahmen der Stellungnahmen innerhalb einer von der Bundes-Zielsteuerungskommission festzulegenden Frist einzubringen.

(3) Die Abnahme der Monitoringberichte zur Zielerreichung erfolgt unter Berücksichtigung der Stellungnahmen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission. Anschließend sind diese Monitoringberichte zu veröffentlichen.

Detailregelungen zum Monitoring und Berichtswesen

§ 33. Die detaillierten Regelungen zum Monitoring und zur darauf basierenden Evaluierung, insbesondere hinsichtlich der erforderlichen Daten, deren Form und Datenquellen, sind weiterhin im Zielsteuerungsvertrag zu vereinbaren. Diese Regelungen sind regelmäßig den Erfordernissen, die sich aus der Zielsteuerung-Gesundheit ergeben, insbesondere in Hinblick auf die Sicherstellung der Datenverfügbarkeit anzupassen.

9. Abschnitt

Regelungen zum Sanktionsmechanismus

Allgemeines

§ 34. Für folgende Fälle wird ein Sanktionsmechanismus festgelegt:

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

Regelungen bei Nicht-Erreichung von festgelegten Zielen

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

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

mit Stellungnahme der jeweils Betroffenen vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zu veröffentlichen.

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

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

(2) Liegt aus Sicht einer Kurie der Landes-Zielsteuerungskommission ein Verstoß gegen das mehrjährige Landes-Zielsteuerungsübereinkommen vor, so kann zur Umsetzung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit nach Maßgabe des § 1 Abs. 1 dieser Verstoß von dieser Kurie in der Landes-Zielsteuerungskommission schriftlich und begründet aufgezeigt werden, damit die aufgezeigten Verstöße in der Landes-Zielsteuerungskommission behandelt und bei festgestellten Verstößen durch die Landes-Zielsteuerungskommission umgehend handlungsleitende Maßnahmen zur Wiederherstellung des übereinkommenskonformen Zustandes in die Wege geleitet werden.

(3) Lässt sich innerhalb von zwei Monaten in der Bundes-Zielsteuerungskommission bzw. in der Landes-Zielsteuerungskommission kein Einvernehmen darüber herstellen, ob ein Verstoß vorliegt bzw. über die zu ergreifenden Maßnahmen, kann der den Verstoß Aufzeigende das Schlichtungsverfahren gemäß § 38 einleiten.

(4) Sofern aus einem im Schlichtungsverfahren festgestellten Verstoß gegen den Zielsteuerungsvertrag oder die mehrjährigen 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.

Regelungen bei Nicht-Zustandekommen des Zielsteuerungsvertrages oder der mehrjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen

§ 37. (1) Liegt bis zum im § 10 Abs. 4 Z 2 festgelegten Zeitpunkt kein mehrjähriges Landes-Zielsteuerungsübereinkommen vor, kann auf begründeten Antrag der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission eine angemessene Nachfrist für die Beschlussfassung des mehrjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen durch den Bund eingeräumt werden. Darüber ist die Bundes-Zielsteuerungskommission zu informieren.

(2) Wird innerhalb der eingeräumten Frist weiterhin kein mehrjähriges Landes-Zielsteuerungsübereinkommen beschlossen, gilt Folgendes:

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

(3) Liegt bis zum im § 10 Abs. 3 Z 2 festgelegten Zeitpunkt kein unterfertigter Zielsteuerungsvertrag vor, gilt nach erfolgloser Verstreichung einer Nachfrist von zwei Monaten Folgendes:

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

wesentlichen Ziele zu erreichen, auszugehen. Diese handlungsleitenden Vorgaben sind durch Veröffentlichung transparent zu machen.

Schlichtungsverfahren für Streitigkeiten aus dem Zielsteuerungsvertrag oder den mehrjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit

§ 38. (1) Der Schlichtungsstelle gehören folgende auf vier Jahre bestellte Mitglieder an:

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

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

(2) Wird die Schlichtungsstelle angerufen, hat sie unter Anhörung der Betroffenen in der Sache zu entscheiden und diese Entscheidung durch Veröffentlichung transparent zu machen. Diese Entscheidung ist von den Betroffenen anzuerkennen. Die Schlichtungsstelle hat diese Entscheidung

1. den Betroffenen und
2. der Bundes-Zielsteuerungskommission sowie
3. der jeweils betroffenen Landes-Zielsteuerungskommission bei Streitigkeiten aus dem mehrjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen

zur Kenntnis zu bringen.

10. Abschnitt

Schluss- und Übergangsbestimmungen

Zitierung anderer Bundesgesetze

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

Vollzug des Bundesgesetzes

§ 40. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist betraut:

1. hinsichtlich § 23 Abs. 3 zehnter Satz die Bundesministerin bzw. der Bundesminister für Finanzen;
2. im Übrigen die für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin bzw. der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister.

Inkrafttreten und Außerkrafttreten

§ 41. (1) Dieses Gesetz tritt mit 1. Jänner 2017 in Kraft.

(2) Das Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 81/2013, tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2016 außer Kraft.

(3) § 21 Abs. 3 Z 3 sowie Abs. 8 bis 10 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 131/2017 treten mit dem auf den Tag der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(4) Werden bis zum 31. Dezember 2021 mehr als 75 Primärversorgungseinheiten errichtet, so bedarf dies eines Einvernehmens zwischen der Landeszielsteuerungs-Kommission und der jeweiligen Landesärztekammer. Für den Zeitraum von 1. Jänner 2022 bis 31. Dezember 2025 ist nach Maßgabe einer abzuschließenden Vereinbarung nach Art. 15a B-VG und den darin enthaltenen Planungsvorgaben ein neuer Zielwert sowie die Möglichkeit bei Einvernehmen zwischen der Landeszielsteuerungs-Kommission und der jeweiligen Landesärztekammer diesen Zielwert zu überschreiten, gesetzlich vorzusehen.

(5) Die §§ 10 Abs. 3 Z 1, 17 Abs. 3, § 21 Abs. 9, 23 Abs. 3, 29 Abs. 1, 2, 4, und 6 sowie § 38 Abs. 2 Z 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 100/2018 treten mit 1. Jänner 2020 in Kraft.

(6) Die §§ 9 Abs. 1, § 10 Abs. 1, 2 und 4 Z 1 und 2, § 11, § 13 Abs. 2, § 14 Abs. 2, § 15 Abs. 2, § 16 Abs. 1, 6 und 7, § 34, § 35, die Paragrafenüberschriften zu §§ 36, 37 und 38, § 36 Abs. 2 und 4, § 37

Abs. 1 und 2 sowie § 38 Abs. 1, 2 und 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 9/2022 treten mit 1. Jänner 2022 in Kraft.

(7) Das Inhaltsverzeichnis, § 2, § 3, Überschrift zu § 4, § 4 Abs. 1, § 5 Abs. 2, § 6 Abs. 1 Z 2 und 5, Abs. 2, § 7 Abs. 1, 3 und 4; Überschrift zu § 9, § 9 Abs. 1, 5 und 6, § 9a samt Überschrift, § 10 Abs. 3 Z 1 und 2, Abs. 4 Z 2, § 11 samt Überschrift, § 13 Abs. 1 Z 1 bis 7, Abs. 2, § 14, § 15, § 16 Abs. 1, 3, 6 und 7, § 17 Abs. 1 Z 4 lit. e bis g, § 18 Abs. 1, Abs. 2 Z 1, Abs. 4, 5 und 7, § 19 Abs. 1, § 20 Abs. 1 Z 4, 7, 9, 11 bis 13, § 20 Abs. 3, § 21 Abs. 3, 5, 7 und 10, § 24a samt Überschrift, § 26 Abs. 4 Z 1 lit. h und m, Z 2 lit. b und c sowie Z 3 lit. a, § 29 Abs. 2 und 5, § 31 Abs. 1, § 38 und § 42 Abs. 3 bis 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 191/2023 treten mit 1. Jänner 2024 in Kraft.

(7) § 23 und § 40 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 3/2024 treten an dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

Übergangsbestimmungen

§ 42. (1) Beschlüsse der mit Bundesgesetz BGBl. I Nr. 81/2013 eingerichteten Bundesgesundheitskommission und Bundes-Zielsteuerungskommission sowie daraus abgeleitete Rechte und Verbindlichkeiten bleiben aufrecht, sofern die auf Grund dieses Gesetzes einzurichtende Bundes-Zielsteuerungskommission nichts Gegenteiliges beschließt.

(2) Ein bestelltes Mitglied der mit Bundesgesetz BGBl. I Nr. 81/2013 eingerichteten Bundes-Zielsteuerungskommission ist so lange Mitglied der auf Grund dieses Gesetzes einzurichtenden Bundes-Zielsteuerungskommission, bis für dieses ein anderes Mitglied bestellt wird.

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

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

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