

Regierungsvorlage

**Gesetz
über eine Änderung des Landesgesundheitsfondsgesetzes**

Der Landtag hat beschlossen:

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

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

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

„e) ambulanter Bereich der Sachleistung: umfasst die niedergelassenen Ärzte bzw. Ärztinnen und Zahnärzte bzw. Zahnärztinnen mit Kassenverträgen, Gruppenpraxen mit Kassenverträgen, Primärversorgungseinheiten und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger und Spitalsambulanzen;“

3. *Im § 2 werden die bisherigen lit. e und f als lit. f und g bezeichnet.*

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

„h) Gesundheitsförderung: gestaltet über das Gesundheitswesen hinaus Rahmenbedingungen und Verhältnisse, die die Menschen dabei unterstützen, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit zu verbessern (allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt, Klima, Landwirtschaft und Lebensmittelproduktion, Bildung, Arbeitsumfeld, Lebens- und Arbeitsbedingungen, Arbeitslosigkeit, Wasser und sanitäre Anlagen, Gesundheitsversorgung, Wohnverhältnisse, soziale und kommunale Netzwerke, Faktoren individueller Lebensweisen, Alter, Geschlecht und Erbanlagen, etc.); kann den Behandlungs- und Pflegebedarf verzögern und ist Teil eines umfassenden Gesundheitssystems;

i) Gesundheitskompetenz: verknüpft mit allgemeiner Bildung umfasst sie das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen Gesundheitsförderung (zur Erhaltung und Stärkung der Gesundheit), Prävention (zur Vorbeugung von Beschwerden oder Erkrankungen) und Krankenversorgung (bei bestehenden Beschwerden oder Erkrankungen) Entscheidungen treffen zu können, die zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit während des gesamten Lebensverlaufs beitragen; sie ist einerseits eine Frage der persönlichen Fähigkeiten, hängt aber andererseits von den Anforderungen der Umgebung an diese Fähigkeiten ab;

j) Gesundheitstelematik-Infrastruktur: Gesamtheit der Komponenten der Informatik und Telekommunikation, die zur Verarbeitung von genetischen Daten gem. Art. 4 Z 13 DSGVO, biometrischen Daten gemäß Art 4 Z 14 DSGVO und Gesundheitsdaten gem. Art. 4 Z 15 DSGVO in digitaler Form genutzt werden;

k) Health Technology Assessment: Prozess zur systematischen Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren und Hilfsmittel, aber auch Organisationsstrukturen, in denen medizinische Leistungen erbracht werden; dabei werden Kriterien wie Wirksamkeit, Sicherheit

und Kosten, jeweils unter Berücksichtigung sozialer, rechtlicher und ethischer Aspekte, untersucht;“

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

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

„m) Primärversorgung: die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung; sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung; sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen;“

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

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

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

10. Der § 7 Abs. 3 bis 5 lautet:

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

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

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

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

- c) Optimierung der Prozesse und des Ressourceneinsatzes;
 - d) hohe Behandlungsqualität sicherstellen und gegenüber der Bevölkerung transparent darstellen;
 - e) Stärkung des Sachleistungsprinzips in allen Bereichen.
- (5) Die Zielsteuerung-Gesundheit umfasst insbesondere folgende Handlungsfelder:
- a) die Sicherstellung von zeitlich, inhaltlich und örtlich koordinierten Behandlungsabläufen im Rahmen der Sachleistungsversorgung sowohl bei chronischen Erkrankungen (integrierte Versorgung sowie Disease-Management-Programme mit Primärversorgung als Koordinationsstelle) als auch in der Akutversorgung (1450 als Koordinator);
 - b) die Schaffung rechtlicher Voraussetzungen für die Umsetzung der Digitalisierung sowie den Ausbau der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur;
 - c) der stationäre Bereich in den Akutkrankenanstalten ist durch medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen oder ambulanten Bereich zu entlasten; die Leistungserbringung ist insbesondere im ambulanten Bereich bedarfsgerecht weiter zu entwickeln und hinsichtlich der Leistungsangebote (Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien sowie niedergelassener Bereich) aufeinander abzustimmen und festzulegen; darüber hinaus sind auf der Grundlage von objektiven Bewertungen unter Berücksichtigung bestehender Auslastungen Leistungsverlagerungen in Richtung effizienterer Strukturalternativen vorzunehmen und ineffiziente Strukturen zu reduzieren; Parallelstrukturen – vor allem eine ambulante Facharztversorgung im niedergelassenen und spitalsambulanten Bereich – sind abzubauen;
 - d) die Umsetzung einer verbindlichen regionalen Strukturplanung und Festlegung von Versorgungsaufträgen in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit;
 - e) die Schaffung einheitlicher telemedizinischer sowie Terminbuchungs-Systeme zur Patientinnen-/Patientensteuerung hin zum „Best Point of Service“ im Rahmen von 1450 (u.a. zur Reduzierung von Wartezeiten);
 - f) das für die Versorgung der Bevölkerung erforderliche Gesundheitspersonal ist sicherzustellen, bei gleichzeitiger Neuausrichtung der Aufgabenteilung im Hinblick auf die Aufgabenprofile der Gesundheitsberufe und bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung einer hohen Behandlungsqualität;
 - g) die Weiterentwicklung einer bedarfsorientierten und soweit möglich datengestützten Qualitätssicherung im Gesundheitswesen sowie Veröffentlichung der Ergebnisse;
 - h) Finanzierungs- und Honorierungssysteme sind stärker am Versorgungsbedarf auszurichten und so zu gestalten, dass die Ziele der Zielsteuerung-Gesundheit (insbesondere Versorgung am „best point of service“) und die Anforderungen an die Versorgungsformen unterstützt werden;
 - i) die Optimierung des Ressourceneinsatzes durch Prüfung und Hebung von Effizienzpotentialen beispielsweise im Rahmen von „spending reviews“ im Gesundheitsbereich, insbesondere durch Betrachtung der Kostenwirksamkeit und Nachhaltigkeit bestehender öffentlicher Gesundheitsmaßnahmen im intramuralen und extramuralen Bereich."

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

„§ 7a

Beteiligung an Unternehmungen

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

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

„a) das Präsidium;“

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

14. Der § 8 Abs. 2 lautet:

„(2) Eine ausgewogene Repräsentanz der Geschlechter ist anzustreben.“

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

„§ 9a

Gesundheitskonferenz

(1) Die Gesundheitsplattform kann beschließen, dass zur Beratung des Landesgesundheitsfonds bzw. einzelner seiner Organe bei Bedarf eine Gesundheitskonferenz stattfindet. Der Vorsitz obliegt dem für das

Krankenanstaltenrecht zuständigen Mitglied der Landesregierung, welches abhängig vom Beratungsgegenstand einschlägige Akteure des Gesundheitswesens einzuladen hat.

(2) Der § 8 Abs. 3 gilt sinngemäß.“

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

„2. Unterabschnitt Präsidium

§ 9b

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

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

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

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

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

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

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

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

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

23. Der § 10 Abs. 6 entfällt.

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

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

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

27. Der § 17 Abs. 6 entfällt.

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

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

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

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

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

32. Dem § 19 Abs. 3 lit. b wird nach dem Strichpunkt folgender Satz angefügt:

„ist dieses mit jenem nach lit. a ident, dann das für die Vermögensverwaltung zuständige Mitglied der Landesregierung;“

33. Der § 19 Abs. 3 lit. e lautet:

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

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

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

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

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

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

38. Der § 33 Abs. 2 lautet:

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

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

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

„d) Umsetzung der priorisierten Disease Management Programme.“

40. Der § 34 Abs. 3 lautet:

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

- a) für die bundesweit einheitliche Bewertung von ausgewählten Arzneispezialitäten sind ein strukturierter Prozess sowie ein Bewertungsboard zu etablieren, wobei der EKO-Prozess unberührt bleibt; wesentliche Elemente sind ein Horizon Scanning, der systematische Einsatz von Health Technology Assessment, gemeinsame Preisverhandlungen und eine bundesweit einheitliche Bewertung des Assessments;
- b) Etablierung eines Bewertungsboards für ausgewählte hochpreisige und spezialisierte Arzneispezialitäten und sonstige hochspezialisierte Therapieformen (im intramuralen Bereich bzw. an der Nahtstelle zwischen intra- und extramuralen Bereich) zur Aufbereitung von bundesweit einheitlichen Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung, Rahmenbedingungen und für die Unterstützung von Preisverhandlungen; der EKO-Prozess und die Prüfung der Erstattungsfähigkeit im niedergelassenen Bereich bleiben davon unberührt;

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

41. Der § 41 Abs. 1 lautet:

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

- a) Festlegung der Kapazitätsplanungen standortbezogen für den akutstationären Bereich mit Angabe der Kapazitäten (Betten, minimale Anzahl an Tagesklinikplätzen und ambulante Behandlungsplätze), Organisationsformen, Versorgungsstufen, Referenz-, Spezial- und Expertisezentren je Fachbereich, wobei die je Fach- und Versorgungsbereich ausgewiesene Gesamtkapazität (Summe von Planbetten und ambulanten Betreuungsplätzen) als Zielwert für die Realisierung zum Planungshorizont zu verstehen ist;
- b) Festlegung der Kapazitätsplanungen für den ambulanten Bereich der Sachleistung zumindest auf Ebene der Versorgungsregionen mit folgenden Angaben:
 1. Kapazitäten,
 2. Zahl und örtliche Verteilung der Leistungserbringer,
 3. bei Spitalsambulanzen auch Betriebsformen gemäß § 9a und § 9b des Spitalgesetzes,
 4. Konkretisierung der Versorgungsaufträge nach Fachbereichen sowie
 5. allenfalls der Versorgungstypen;
- c) Definition von allgemeinen und speziellen Versorgungsaufträgen nach Fachbereichen auf Ebene der Versorgungsregionen auf Basis der Grundlagen im Österreichischen Strukturplan Gesundheit;
- d) die Zahl und örtliche Verteilung hat eine derart hohe Granularität aufzuweisen, dass ambulante Vergemeinschaftungsformen (z. B. Gruppenpraxen, Selbständige Ambulatorien, Primärversorgungseinheiten), die ohne Festlegung im Regionalen Strukturplan Gesundheit grundsätzlich nur aufgrund eines Zulassungs- oder Bedarfsprüfungsverfahrens errichtet werden dürfen, auf Grundlage der zu verbindlich erklärenden Teile des Regionalen Strukturplans Gesundheit ohne Zulassungs- oder Bedarfsprüfungsverfahren errichtet werden können; andere ambulante Organisationseinheiten müssen in den verbindlich zu erklärenden Teilen des Regionalen Strukturplans Gesundheit grundsätzlich zumindest auf Bezirksebene geplant werden, wobei insbesondere für städtische Bereiche geeignete natürliche Einzugsgebiete herangezogen werden können;
- e) Stärkung der Primärversorgung durch Ausbau von wohnortnahen multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten entsprechend Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und Bereinigung von Parallelstrukturen; beim Ausbau der Primärversorgung nach dem Primärversorgungsgesetz ist, um den unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung nachkommen zu können, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Versorgungsangeboten als Netzwerk oder Zentrum sicherzustellen;
- f) Abbildung der überregionalen Versorgungsplanung für hochspezialisierte komplexe Leistungen bzw. Therapien von überregionaler Bedeutung in Form von Bedarfswerten zu Kapazitäten sowie der Festlegung von Leistungsstandorten und deren jeweiliger Zuständigkeit für zugeordnete Versorgungsregionen, inklusive Definition von Versorgungsgebieten je Standort;
- g) transparente Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer Gastpatientinnen und -patienten.

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

42. Der § 41 Abs. 3 lautet:

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

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

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

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

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

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

47. Im § 46 Abs. 1 wird das Wort „oder“ durch einen Beistrich ersetzt und nach dem Wort „Großgeräten“ die Wortfolge „oder Informationstechnologie (IT)“ eingefügt.

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

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

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

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

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

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

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

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

54. Der § 48 lautet:

„§ 48

Mittel für Zielsteuerungsprojekte und -maßnahmen

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

- a) Projekte der integrierten Versorgung, wie insbesondere die Versorgung von Diabetes- und Schlaganfallpatienten und -patientinnen, von Patienten und Patientinnen mit koronaren Herzerkrankungen oder mit nephrologischen Erkrankungen und die Verbesserung des Entlassungsmanagements;
- b) Projekte, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich zur Folge haben;
- c) Projekte zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs; und
- d) Projekte und Maßnahmen zur Sicherstellung von ausreichend und entsprechend qualifiziertem Gesundheitspersonal durch anerkannte postsekundäre Bildungseinrichtungen, insbesondere zur Stärkung und Aufwertung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe.

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

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

„§ 63

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

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

(2) Das bei Inkrafttreten der Novelle LGBl.Nr. xx/2024 bestehende Landes-Zielsteuerungsübereinkommen ist bis spätestens 30. Juni 2025 an die neue Rechtslage anzupassen und kann rückwirkend, frühestens aber mit Wirkung ab 1. Juli 2024 in Kraft gesetzt werden.

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

Bericht zur Regierungsvorlage

I. Allgemeines:

1. Ziel und wesentlicher Inhalt:

1.1 Änderungen zur Umsetzung der im Rahmen des Finanzausgleichs für die Jahre 2024 bis 2028 im Gesundheitsbereich getroffenen Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG

Im Rahmen des Finanzausgleichs für die Jahre 2024 bis 2028 sind der Bund, die Länder und die Sozialversicherung als gleichberechtigte Partner übereingekommen, das eingerichtete partnerschaftliche Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung fortzuführen. Damit soll sichergestellt werden, dass die nachhaltige Ausrichtung des Gesundheitswesens mittels vereinbarter Ausgabenobergrenzen und begleitender strukturpolitischer Maßnahmen gewährleistet ist.

Die Festlegung der Eckpunkte und Inhalte dieser partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit erfolgte in der zwischen dem Bund und den Ländern im Jahr 2024 abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, die Umsetzung des Finanzausgleichs für die Jahre 2024 bis 2028 im Gesundheitsbereich erfolgte mit der ebenfalls im Jahr 2024 abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Der XXXI. Vorarlberger Landtag hat die gegenständlichen Vereinbarungen in seiner 4. Sitzung am 8. Mai 2024 genehmigt (Beilagen 34/2024 und 35/2024). Der Bund hat mit dem Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 (VUG 2024), BGBl. I Nr. 191/2023, die bundesgesetzlichen Anpassungen vorgenommen, die zur Umsetzung der genannten staatsrechtlichen Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG erforderlich sind. Die grundsatzgesetzlichen Bestimmungen des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), welche im Rahmen des VUG 2024 erlassen wurden, sind mit dem Gesetz über eine Änderung des Spitalgesetzes, LGBl.Nr. 60/2024, bereits ausgeführt worden. Mit der gegenständlichen Novelle des Landesgesundheitsfondsgesetzes sollen nunmehr die im Zusammenhang mit den genannten staatsrechtlichen Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG erforderlichen Änderungen der Prinzipien, Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung-Gesundheit und der Inhalte des Landes-Zielsteuerungsübereinkommens sowie des Regionalen Strukturplans Gesundheit vorgenommen werden. Zudem sind auch bestimmte organisatorische Änderungen und Anpassungen erforderlich (Einrichtung eines Präsidiums zur Vorbereitung der Sitzungen der Gesundheitsplattform und der Landes-Zielsteuerungskommission; Erhöhung der Anzahl der Mitglieder in der Gesundheitsplattform und in der Landes-Zielsteuerungskommission auf jeweils sechs Mitglieder des Landes und der Sozialversicherung).

1.2 Weiters sieht die vorliegende Novelle folgende Änderungen vor:

- Aufgrund der erforderlichen Erhöhung der Anzahl an Mitgliedern in der Gesundheitsplattform soll von der Aufnahme weiterer, nicht zwingend vorgesehener Mitglieder abgegangen werden; im Gegenzug soll einer allfälligen Gesundheitskonferenz zur Beratung des Landesgesundheitsfonds bzw. einzelner seiner Organe stärkere Bedeutung zukommen.
- Die Regelungen über die Festsetzung und Gewährung der Mittel für Planungen und Strukturreformen sowie der Mittel für Zielsteuerungsprojekte und -maßnahmen sollen überarbeitet werden.

1.3 Sunset Clause:

Die Änderungen dienen größtenteils der Umsetzung der Inhalte der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit. Diese Vereinbarungen wurden auf unbestimmte Zeit abgeschlossen, sodass auch eine Befristung der ihrer Umsetzung dienenden Vorschriften nicht sinnvoll wäre.

2. Kompetenzen:

Die vorliegende Novelle stützt sich auf Art. 12 Abs. 1 Z. 1 B-VG („Heil- und Pflegeanstalten“) und die Organisationskompetenz des Landes (Art. 15 Abs. 1 B-VG).

3. Finanzielle Auswirkungen / Bürokratie:

Als integralem Bestandteil der Zielsteuerung-Gesundheit sind im Rahmen der Finanzzielsteuerung konkrete Finanzziele paktiert und definiert. Die Finanzzielsteuerung ist auf Landesebene in den mehrjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu konkretisieren.

Grundlage für die Finanzzielsteuerung sind sektorenübergreifend vereinbarte nominelle Ausgabenobergrenzen, die für den Bereich der Länder sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene darzustellen und zu sektorenübergreifenden Ausgabenobergrenzen zusammenzuführen sind (vgl. Art. 15 Abs. 1 und 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit).

Gemäß Art. 17 Abs. 2 Z. 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit ergeben sich für die Jahre 2024 bis 2028 folgende Ausgabenobergrenzen für die Länder:

	Startwert	Ausgabenobergrenze				
		2024	2025	2026	2027	2028
	2023					
in Mio. Euro	17.518	18.692	19.776	20.804	21.740	22.701
Jährlicher Ausgabenzuwachs		6,70 %	5,80 %	5,20 %	4,50 %	4,42 %

Gemäß der Anlage 1.3 des Zielsteuerungsvertrages für die Jahre 2024 bis 2028 ergeben sich für das Land Vorarlberg folgende Ausgabenobergrenzen:

		Ausgabenobergrenze				
		2024	2025	2026	2027	2028
in Mio. Euro		761,42	805,58	847,45	885,58	924,73

Zum Bürokratieaufwand ist festzuhalten, dass für den Landesgesundheitsfonds und die Rechtsunterworfenen kein Mehraufwand entsteht, zumal insbesondere Investitionsvorhaben im Bereich der Informationstechnologie (IT) in der Praxis bereits nach den derzeitigen Richtlinien über die Gewährung finanzieller Zuwendungen bezuschusst werden und somit einer Genehmigung bedürfen. Auch die Einrichtung eines zusätzlichen Gremiums im LGF, nämlich das Präsidium, führt zu keinem Mehraufwand, weil die Aufgaben dieses Organs schon bisher in der Verwaltungspraxis durchgeführt wurden. Die Etablierung eines Bewertungsboards für hochpreisige und spezialisierte Arzneispezialitäten führt zwar zu einem geringfügigen verwaltungsmäßigen Mehraufwand, ist jedoch zu einer bundeseinheitlichen Anwendung dieser Arzneispezialitäten unentbehrlich und ist aufgrund der Verpflichtungen aus der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens notwendig. Dem verwaltungsmäßig zu erwartenden geringfügigen Mehraufwand bei Einrichtung einer Gesundheitskonferenz stehen verwaltungsmäßig Einsparungen bei der effizienteren Abwicklung der Sitzungen und der Durchführung der Umlaufbeschlüsse der Gesundheitsplattform gegenüber.

4. EU-Recht:

Das Recht der Europäischen Union steht dem vorliegenden Entwurf nicht entgegen.

5. Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche:

Der Gesetzesentwurf hat keine besonderen Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche.

II. Zu den einzelnen Bestimmungen:

Zu Z. 1 (§ 1 Abs. 3):

In dieser Bestimmung erfolgt eine Anpassung an die Änderung gemäß Art. 4 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, wonach die Vertragsparteien übereinkommen, sich bei der Durchführung ihrer Maßnahmen an dem vom Ministerrat und der Bundesgesundheitsagentur beschlossenen Gesundheitszielen Österreich zu orientieren.

Die Gesundheitsziele Österreich dienen als gemeinsamer Handlungsrahmen und sollen einen Beitrag zur Erhöhung der gesunden Lebensjahre der Bevölkerung leisten. Mit der Orientierung an den Gesundheitszielen Österreich sollen die Voraussetzungen geschaffen werden, welche die Gesundheit der Bevölkerung durch Maßnahmen in allen Politikfeldern erhalten, fördern und wiederherstellen.

Zu Z. 2 bis 7 und 44 (§§ 2 lit. e bis n und 42 Abs. 1):

Die in § 2 lit. e bis n neu eingefügten Begriffsbestimmungen entsprechen den Begriffsbestimmungen gemäß Art. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit bzw. Art. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Diese Änderungen erfordern in § 42 Abs. 1 eine Verweiskorrektur.

Zu Z. 8 (§ 5 lit. d):

Die Änderung betreffend die Aufgaben des Landesgesundheitsfonds in den allgemeinen gesundheitspolitischen Angelegenheiten gehen auf Art. 26 Abs. 5 Z. 2 lit. d der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zurück. Der Ausbau der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur als solides konvergentes Fundament für eine weitreichende Digitalisierung im Gesundheitswesen und an der Nahtstelle zum Pflegebereich ist sowohl im intra- als auch im extramuralen Bereich zu intensivieren (vgl. dazu die gesundheitspolitischen Zielsetzungen gemäß Art. 1 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens).

Zu Z. 9 und 46 (§§ 6 lit. i und 43 Abs. 2):

Die Stärkung zielgerichteter und abgestimmter Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz ist nunmehr in Art. 12 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens geregelt, weshalb der Verweis entsprechend anzupassen ist.

Zu Z. 10 (§ 7 Abs. 3 bis 5):

Zu § 7 Abs. 3 lit. a bis j:

In dieser Bestimmung werden entsprechend Art. 5 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit jene Prinzipien genannt, die im Bereich der Zielsteuerung-Gesundheit zur Steigerung der Effektivität und Effizienz sowie der Patientenorientierung zu beachten sind. Dabei kommt der Patientenversorgung mit präventiven, gesundheitsförderlichen und kurativen Leistungen entsprechend dem Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär“ zur Versorgung der Bevölkerung am „best point of service“ besondere Bedeutung zu (vgl. Art. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens).

Zu § 7 Abs. 4 lit b und e:

Zur Verwirklichung der Prinzipien der Zielsteuerung-Gesundheit werden die umzusetzenden Ziele dem Art. 6 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit entsprechend angepasst.

Zu § 7 Abs. 5 lit. a bis i:

Die Handlungsfelder der Zielsteuerung-Gesundheit werden dem Art. 6 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit entsprechend angepasst.

Zu Z. 11 (§ 7a):

Zur Unterstützung der Aufgabenwahrnehmung soll sich der Landesgesundheitsfonds an Unternehmungen beteiligen können.

Der Begriff der „Unternehmung“ orientiert sich an Art. 126b Abs. 2 B-VG. Entsprechend der Rechtsprechung des VfGH ist unter einer Unternehmung im Sinne des Art. 126b Abs. 2 B-VG eine in einer bestimmten Organisationsform in Erscheinung tretende wirtschaftliche Tätigkeit zu verstehen, die sich auf Vermögenswerte stützt und mit Einnahmen und Ausgaben verbunden ist. Für den Begriff der Unternehmung ist es nicht maßgeblich, in welcher Organisationsform sie auftritt, ob sie Rechtspersönlichkeit besitzt oder nicht, ob zur Entfaltung der wirtschaftlichen Tätigkeit eine besondere Berechtigung notwendig ist oder ob die Tätigkeit auf Gewinn ausgerichtet ist (vgl. VfSlg 3296/1957, 3552/1959);

Die Entscheidung, ob sich der Landesgesundheitsfonds an einer Unternehmung beteiligt, obliegt jenem Organ, dem die Wahrnehmung der jeweiligen Aufgabe zukommt. Wird beispielsweise eine Beteiligung an einer Unternehmung angestrebt, welche die Umsetzung von Projekten der Gesundheitsförderung (also einer Aufgabe gemäß § 5 lit. e) unterstützt, so handelt es sich gemäß § 14 Abs. 1 um eine Aufgabe, die der Gesundheitsplattform in allgemeinen gesundheitspolitischen Angelegenheiten zukommt, weshalb

dieses Organ dafür zuständig ist, über eine Beteiligung zu entscheiden. Dabei sind die Beschlusserfordernisse des § 16 lit. c zu beachten. Für den Fall, dass gemäß § 14 Abs. 4 eine Aufgabenübertragung von der Gesundheitsplattform auf die Landes-Zielsteuerungskommission erfolgt ist, wäre der entsprechende Beschluss betreffend eine Unternehmungsbeteiligung von der Landes-Zielsteuerungskommission zu fassen.

Zu Z. 12, 13, 14, 16, 27 bis 30 und 35 bis 37 (§§ 8 Abs. 1 und 2, 9b, 17 Abs. 6, 18 Abs. 2 lit. b und Abs. 3 lit. a und c, 24 Abs. 2 und 29 lit. c und d):

Zu § 8 Abs. 1:

Gemäß Art. 25 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens muss zur Vorbereitung der Sitzungen der Gesundheitsplattform und der Landes-Zielsteuerungskommission ein Präsidium bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des Landes und der Sozialversicherung vorgesehen werden.

Zur Umsetzung dieser Bestimmung wird das Präsidium als weiteres Organ des Landesgesundheitsfonds vorgesehen.

Zu § 8 Abs. 2:

Mit der Zielbestimmung soll eine geschlechterparitätische Repräsentanz in den Organen des Landesgesundheitsfonds (d.h. insbesondere in der Gesundheitsplattform und der Landes-Zielsteuerungskommission) angestrebt werden. Dies soll insbesondere für jene zur Entsendung berechtigten Rechtsträger gelten, die mehr als ein Mitglied entsenden können.

Zu § 9b:

Das Präsidium soll gemäß § 9b Abs. 1 von den Koordinatoren der Landes-Zielsteuerungskommission gebildet werden. Somit besteht das Präsidium aus einer Vertreterin bzw. einem Vertreter, die oder der von der Landesregierung namhaft gemacht wird und einer Vertreterin bzw. einem Vertreter, die oder der von der gesetzlichen Krankenversicherung namhaft gemacht wird (vgl. § 26 Abs. 2).

Zur Vorbereitung der Sitzungen der Gesundheitsplattform und der Landes-Zielsteuerungskommission kommt dem Präsidium gemäß § 9b Abs. 2 die Aufgabe der Erstellung der Tagesordnung zu. In Übereinstimmung mit Art. 26 Abs. 5 Z. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ist bei Sitzungen der Gesundheitsplattform jeder Tagesordnungspunkt einem Bereich gemäß § 16 zuzuordnen und sind die jeweiligen Zustimmungserfordernisse anzugeben.

Aufgrund der unveränderten Zuständigkeit zur Einberufung der Sitzungen hat das Präsidium dafür zu sorgen, dass die Tagesordnung rechtzeitig an die vorsitzende Person der Gesundheitsplattform (§ 17 Abs. 2 lit. a) bzw. an die vorsitzenden Personen der Landes-Zielsteuerungskommission (§ 24 Abs. 2) übermittelt wird. Was als rechtzeitige Übermittlung der Tagesordnung an die vorsitzende Person bzw. an die vorsitzenden Personen anzusehen ist, ergibt sich aus der Regelung über die Einberufung in der Geschäftsordnung des jeweiligen Fondsanschusses (§ 18 Abs. 2 lit. a betreffend die Geschäftsordnung der Gesundheitsplattform bzw. § 25 betreffend die Geschäftsordnung der Landes-Zielsteuerungskommission); die Übermittlung muss so erfolgen, dass die Einberufung rechtzeitig erfolgen kann.

Kommt keine Einigung über die Aufnahme eines Tagesordnungspunktes bzw. über die Zuordnung eines Tagesordnungspunktes zustande, so hat über eine diesbezügliche Ergänzung der Tagesordnung gemäß § 9b Abs. 3 die Gesundheitsplattform bzw. die Landes-Zielsteuerungskommission vor Eingang in die Tagesordnung – also nach der Eröffnung aber bevor der erste Tagesordnungspunkt behandelt wird – zu entscheiden.

Zu den §§ 17 Abs. 6 und 24 Abs. 2:

Die Erstellung der Tagesordnung ist für Sitzungen der Gesundheitsplattform bislang den vorsitzenden Personen der Gesundheitsplattform und des Landesstellenausschusses der Österreichischen Gesundheitskasse (§ 17 Abs. 6) bzw. für Sitzungen der Landes-Zielsteuerungskommission den vorsitzenden Personen gemeinsam zugekommen (§ 24 Abs. 2). Aufgrund der Übertragung dieser Aufgabe auf das Präsidium haben die genannten Bestimmungen zu entfallen.

Zu § 18 Abs. 2 lit. b und Abs. 3 lit. c:

Die Bestimmungen betreffend die Inhalte der Geschäftsordnung der Gesundheitsplattform (bzw. aufgrund des in § 25 enthaltenen Verweises auf § 18 auch betreffend die Geschäftsordnung der Landes-Zielsteuerungskommission) sind an die geänderte Aufgabenverteilung anzupassen. Da es nunmehr dem Präsidium obliegt, die Tagesordnung zu erstellen, sind entsprechende Anträge auf Aufnahme eines Tagesordnungspunktes nicht mehr bei der vorsitzenden Person bzw. bei den vorsitzenden Personen einzubringen.

Zudem sollen in den jeweiligen Geschäftsordnungen auch Bestimmungen dahingehend aufgenommen werden können, ob die Ergänzung der Tagesordnung auch in anderen Fällen als jenen des § 9b Abs. 3 – also wenn es keine Einigung über die Aufnahme eines Tagesordnungspunktes bzw. über die Zuordnung eines Tagesordnungspunktes gibt – zulässig ist.

Zu den §§ 18 Abs. 3 lit. a und 29 lit. c und d:

Aufgrund der zunehmenden Bedeutung von Projekten zur Gesundheitsförderung (einer Aufgabe gemäß § 5 lit. e) können in der Geschäftsordnung der Gesundheitsplattform zukünftig Regelungen vorgesehen werden, dass auch bestimmte laufende Geschäfte nach § 5 (Aufgaben in den allgemeinen gesundheitspolitischen Angelegenheiten) dem Geschäftsführer oder der Geschäftsführerin oder der vorsitzenden Person der Gesundheitsplattform übertragen werden.

Gemäß § 29 lit. a obliegen dem Geschäftsführer oder der Geschäftsführerin die Wahrnehmung der in den Geschäftsordnungen zugewiesenen laufenden Geschäfte des Landesgesundheitsfonds. Diese Bestimmung bezieht sich sowohl auf laufende Geschäfte aus dem Bereich der Angelegenheiten des Landesgesundheitsfonds als Fonds (§ 4), als auch aus dem Bereich der allgemeinen gesundheitspolitischen Angelegenheiten (§ 5). Darüber hinaus obliegt der Geschäftsführung gemäß der neuen lit. c die Durchführung der Beschlüsse der Gesundheitsplattform in den allgemeinen gesundheitspolitischen Angelegenheiten.

Die bisherige lit. c wird als lit. d bezeichnet.

Zu Z. 15 (§ 9a):

Zur Beratung des Landesgesundheitsfonds bzw. einzelner seiner Organe soll gemäß § 9a Abs. 1 bei Bedarf eine Gesundheitskonferenz stattfinden, zu welcher von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Mitglied der Landesregierung – abhängig vom Beratungsgegenstand – einschlägige Akteure des Gesundheitswesens (z. B. Vertreter aus dem Pflegebereich oder auch Vertreter des Rettungsfonds, wenn der Beratungsgegenstand Schnittstellen zum Rettungswesen aufweist) einzuladen sind.

Bei der Gesundheitskonferenz handelt es um kein selbständiges Organ des Landesgesundheitsfonds, sondern um ein Dialogforum mit beratender Funktion.

Durch die sinngemäße Anwendbarkeit von § 8 Abs. 3 wird klargestellt, dass jenen Akteuren des Gesundheitswesens, die an einer Gesundheitskonferenz teilnehmen, keine Vergütung durch den Landesgesundheitsfonds gebührt (§ 9a Abs. 2).

Zu Z. 17 bis 26 (§§ 10 Abs. 1 bis 4 und Abs. 6, 12 Abs. 2, 13 und 16 lit. d):

Gemäß Art. 26 Abs. 1 Z. 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens haben der Gesundheitsplattform nunmehr sechs (anstelle von bisher fünf) Vertreterinnen bzw. Vertreter des Landes und sechs (anstelle von bisher fünf) Vertreterinnen bzw. Vertreter der Sozialversicherung sowie – unverändert – eine Vertreterin bzw. ein Vertreter des Bundes anzugehören. Aufgrund dieser Vorgaben sind ein weiteres Mitglied des Landes und weiteres Mitglied der Sozialversicherung in die Gesundheitsplattform aufzunehmen und dementsprechend § 10 Abs. 2 lit. a und b, Abs. 3 lit. b sowie Abs. 4 lit. b anzupassen.

Um die Handlungsfähigkeit der Gesundheitsplattform aufgrund der zusätzlichen, zwingend vorzusehenden Mitglieder dennoch gewährleisten zu können, soll von der Aufnahme weiterer, in Art. 26 Abs. 1 Z. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens nicht zwingend vorgesehener Mitglieder abgegangen werden. Dazu ist der Entfall des Mitgliedes aus dem Pflegebereich (bisheriger § 10 Abs. 2 lit. g) sowie die Streichung von § 10 Abs. 6 erforderlich. Um die Anliegen dieser Akteure des Gesundheitswesens dennoch berücksichtigen zu können, soll der nunmehr in § 9a vorgesehenen Möglichkeit zur Abhaltung einer Gesundheitskonferenz verstärkte Bedeutung zukommen.

Insgesamt besteht die Gesundheitsplattform gemäß § 10 Abs. 1 nunmehr aus 18 Mitgliedern.

Die Streichung von § 10 Abs. 6 erfordert entsprechende Änderungen in den §§ 12 Abs. 2, 13 und 16 lit. d.

Zu Z. 31 bis 34 (§ 19 Abs. 1, Abs. 3 lit. b und lit. e und Abs. 4 lit. b):

Entsprechend Art. 27 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens gehören der Landes-Zielsteuerungskommission neben einer Vertreterin bzw. einem Vertreter des Bundes die Kurie des Landes und die Kurie der Sozialversicherung an (§ 19 Abs. 2). Die beiden Kurien bestehen nunmehr aus jeweils sechs (anstelle von bisher jeweils fünf) Mitgliedern (§ 19 Abs. 3 lit. e und Abs. 4 lit. b). Insgesamt besteht die Landes-Zielsteuerungskommission gemäß § 19 Abs. 1 nunmehr aus 13 Mitgliedern.

Der Kurie des Landes gehören sechs verschiedene Mitglieder an, darunter u.a. das für das Krankenanstaltenrecht zuständige Mitglied der Landesregierung und das für Soziales und Integration zuständige Mitglied der Landesregierung (§ 19 Abs. 3 lit. a und b). Für den Fall, dass eine Person beide Funktionen gleichzeitig ausübt (also in Personalunion, wie es derzeit der Fall ist), soll Mitglied der Kurie auch jenes Mitglied der Landesregierung sein, das für die Vermögensverwaltung zuständig ist (zumal das Land alleiniger Gesellschafter der KHBG ist).

Bei den nunmehr zwei Experten oder Expertinnen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, die von der Landesregierung entsendet werden (§ 19 Abs. 3 lit. e), sollte es sich vorzugsweise um interessenvertretungsunabhängige Experten oder Expertinnen mit einschlägigen gesundheitsökonomischen bzw. gesundheitsplanerischen Kompetenzen handeln.

Zu Z. 38 (§ 33 Abs. 2):

Die Maßnahmen, die im Landes-Zielsteuerungsübereinkommen hinsichtlich des Steuerungsbereiches „Versorgungsstrukturen“ zu berücksichtigen sind, werden an die geänderten Vorgaben gemäß Art. 13 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit angepasst.

Zu Z. 39 und 40 (§ 34 Abs. 2 lit. c und lit. d und Abs. 3):

Die Maßnahmen, die im Landes-Zielsteuerungsübereinkommen hinsichtlich des Steuerungsbereiches „Versorgungsprozesse“ zu berücksichtigen sind, werden an die geänderten Vorgaben gemäß Art. 14 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit angepasst.

Jene Themen, die zur Sicherstellung einer sektoren- und bundesländerübergreifend abgestimmten, effektiven und effizienten Versorgung mit Medikamenten, Heilbehelfen und Hilfsmitteln im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit zu bearbeiten sind, werden an die geänderten Vorgaben gemäß Art. 14 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit angepasst.

Zu Z. 41 bis 43 (§ 41 Abs. 1 und Abs. 3 bis 5):

In § 41 Abs. 1 lit. a bis g werden die Inhalte des Regionalen Strukturplans Gesundheit an die geänderten Vorgaben gemäß Art. 5 Abs. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens angepasst.

Auf Basis der Planungsvorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit auf Bundesebene legt der Regionale Strukturplan Gesundheit auf Landesebene die Kapazitäten und regionale Verortung von Gesundheitseinrichtungen im Sachleistungsbereich sowie deren konkrete und verbindliche Versorgungsaufträge sowohl im intra- als auch im extramuralen Bereich verbindlich fest. Bei der Erstellung des Regionalen Strukturplans Gesundheit ist zudem auf die Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission und die Inhalte des Zielsteuerungsvertrages Bedacht zu nehmen.

Das Verfahren vor Beschlussfassung des Regionalen Strukturplans Gesundheit wird in § 41 Abs. 3 an die geänderten Vorgaben gemäß Art. 5 Abs. 8 und Abs. 10 Z. 1 und Z. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens angepasst und neu strukturiert. Aufgrund dieser Änderungen ist der bisherige Abs. 5 als Abs. 4 zu bezeichnen.

Zu Z. 45 (§ 43 Abs. 1 lit. f):

In dieser Bestimmung erfolgt eine Anpassung an den Finanzausgleich für die Jahre 2024 bis 2028.

Zu Z. 47 (§ 46 Abs. 1):

Neben Investitionsvorhaben betreffend bauliche Maßnahmen oder die Aufstellung von Großgeräten ist auch für Investitionen im Bereich der Informationstechnologie (IT) in Fonds-Krankenanstalten eine

vorherige Zustimmung des Landesgesundheitsfonds einzuholen, da für derartige Investitionen ebenfalls Zuschüsse gemäß den derzeitigen Richtlinien über die Gewährung finanzieller Zuwendungen aus Fondsmitteln gewährt werden. In den Richtlinien kann davon abweichend festgelegt werden, dass bis zu einer bestimmten Betragsgrenze keine Zustimmung erforderlich ist (vgl. Abs. 3).

Zu Z. 48 bis 53 (§ 47):

Gemäß Art. 35 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens kann der Landesgesundheitsfonds jährlich Mittel bis zum Höchstausmaß von nunmehr 15 % der nach § 43 Abs. 1 lit a bis d zur Verfügung stehenden Mittel für die Finanzierung von Projekten, Planungen und krankenhausentlastenden Maßnahmen verwenden; § 47 Abs. 1 ist entsprechend anzupassen.

In § 47 Abs. 2 lit. a werden die Ziele, welchen Strukturreformmaßnahmen zu dienen haben, um entsprechende Mittel des Landesgesundheitsfonds erhalten zu können, neu formuliert bzw. an die geänderten gesundheitspolitischen Schwerpunkte angepasst. Auch weiterhin soll die Verwendung von Strukturreformmitteln (§ 47) – im Unterschied zur Verwendung von Mitteln für Zielsteuerungsprojekte und -maßnahmen (§ 48) – klar an die Entlastung der Fondskrankenanstalten (Abs. 1) gebunden sein.

Dementsprechend können Strukturreformmaßnahmen dem Abbau von Kapazitäten im stationären und spitalsambulanten Bereich dienen (§ 47 Abs. 2 lit. a Z. 1). Ziel dieses Abbaus von Kapazitäten im intramuralen Bereich ist somit eine Verlagerung der entsprechenden Leistungserbringung vom intra- in den extramuralen Bereich. Von diesem Ziel sind auch die bisherigen Z. 2 bis 4 (nämlich die Schaffung und Ausbau alternativer Versorgungseinrichtungen, der Ausbau integrierter Versorgungssysteme und der Ausbau im Bereich Kinder- und Jugendrehabilitation) umfasst.

Die Strukturreformmittel können aber auch für Maßnahmen gewährt werden, welche – entsprechend der gesundheitspolitischen Zielsetzung der Entlastung des akutstationären Bereichs gemäß Art. 1 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens – der Stärkung des spitalsambulanten Bereichs zur Entlastung des stationären Bereichs dienen (§ 47 Abs. 2 lit. a Z. 2). Nicht von diesem Ziel erfasst sind jene Maßnahmen, welche den spitalsambulanten Bereich zur Entlastung des extramuralen Bereichs stärken.

Weiters können Strukturreformmittel für Maßnahmen gewährt werden, welche der Optimierung von Patientenströmen und Patientenzugängen und damit der in Art. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens vorgesehenen Patientenversorgung „digital vor ambulant vor stationär“ dienen (§ 47 Abs. 2 lit. a Z. 3).

Zudem sollen für die Forcierung der Digitalisierung im Gesundheitswesen sowie für den Ausbau der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur Mittel für Strukturreformen gewährt werden können, wenn diese der Entlastung von Fondskrankenanstalten dienen (§ 47 Abs. 2 lit. a Z. 4; vgl. Art. 1 Abs. 3 Z. 1 und 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens).

§ 47 Abs. 2 lit. b normiert, dass Strukturreformmaßnahmen von Personen oder Einrichtungen durchgeführt werden müssen, deren Tätigkeit nicht auf Gewinnerzielung ausgerichtet ist. In diesem Zusammenhang ist klarzustellen, dass ein erforderliches Projektmanagement, das von einer auf Gewinnerzielung ausgerichteten Person oder Einrichtung projektbegleitend durchgeführt wird, der Gewährung von entsprechenden Mitteln nicht entgegensteht. Vom Erfordernis, dass die Tätigkeit nicht auf Gewinnerzielung ausgerichtet sein darf, darf nur unter besonders berücksichtigungswürdigen Umständen abgegangen werden; solche Umstände können insbesondere dann vorliegen, wenn nachgewiesen wird, dass eine Maßnahme durch eine auf Gewinn gerichtete Person oder Einrichtung – im Vergleich zu einer nicht auf Gewinn gerichteten Person oder Einrichtung – keine höheren Aufwände verursacht. Die Ausnahme betreffend Schnittstellenprojekte kann entfallen, da diese von § 48 erfasst sind.

Zu Z. 54 (§ 48):

Das Landes-Zielsteuerungsübereinkommen wird gemäß § 30 Abs. 1 für mehrere Jahre abgeschlossen. Aufgrund der Änderungen im Einleitungssatz von § 48 Abs. 1 soll es möglich sein, dass nach entsprechender Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission auch solche Zielsteuerungsprojekte und -maßnahmen finanziert werden können, die nicht im mehrjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen vereinbart wurden.

Die Mittel für Zielsteuerungsprojekte und -maßnahmen sind für innovative Vorhaben zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung an der Schnittstelle zwischen dem intra- und extramuralen Bereich vorgesehen und werden regelmäßig von der Sozialversicherung mitfinanziert.

Durch den neu eingefügten § 48 Abs. 1 lit. d soll die Finanzierung von Zielsteuerungsprojekten und -maßnahmen normiert werden, welche dem gesundheitspolitischen Schwerpunkt der Sicherstellung von ausreichend und entsprechend qualifiziertem Gesundheitspersonal dienen, auch unter Stärkung und Aufwertung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe (vgl. Art. 1 Abs. 5 und Art. 8 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bzw. Art. 2 des Zielsteuerungsvertrags, wonach es für eine bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte und wirkungsorientierte Gesundheitsversorgung wesentlich ist, dass dafür qualifiziertes Personal in angemessenen Umfang zur Verfügung steht und eine gemeinsame Beobachtung, Planung und Steuerung der erforderlichen Personalressourcen für das gesamte Gesundheitssystem erfolgt; zur Erreichung dieses Ziels sind auf Landesebene unter anderem die Ausbildungskapazitäten für ausgewählte Gesundheitsberufe zu analysieren und anzupassen sowie allfällige Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Berufsfeldes umzusetzen). Da die gegenständlichen Zielsteuerungsprojekte und -maßnahmen der Sicherstellung von entsprechend qualifiziertem Gesundheitspersonal dienen sollen, sind diese von anerkannten postsekundären Bildungseinrichtungen durchzuführen (vgl. dazu die Begriffsbestimmung gemäß § 51 Abs. 2 Z. 1 des Universitätsgesetzes 2002). Jedenfalls von dieser Bestimmung erfasst ist die Sicherstellung eines in Vorarlberg etablierten Fachhochschullehrganges betreffend die Ausbildung für den gehobenen Dienst in der Gesundheits- und Krankenpflege. Vom Wortlaut des § 48 Abs. 1 lit. d nicht umfasst ist die Finanzierung von Stipendien; dies kommt zum Ausdruck durch die Formulierung, dass die „Projekte und Maßnahmen [...] durch anerkannte postsekundäre Bildungseinrichtungen“ sicherzustellen sind, was eine Finanzierung von Einzelpersonen ausschließt.

Bereits in der zur Umsetzung des Finanzausgleichs für die Jahre 2017 bis 2021 abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl.Nr. 49/2017, finden sich keine weiteren Bestimmungen betreffend die Finanzierung von Reformpoolvorhaben. Mit der Änderung von § 48 Abs. 2 soll klargestellt werden, dass es sich bei den Zielsteuerungsprojekten und -maßnahmen um die Nachfolgeprojekte der Reformpoolvorhaben handelt.

Zu Z. 55 (§ 63):

Diese Bestimmung regelt das Inkrafttreten sowie die erforderlichen Übergangsbestimmungen.

Entsprechend Art. 30 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Art. 56 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens werden mit § 63 Abs. 1 die zur Durchführung dieser Vereinbarungen notwendigen landesgesetzlichen Bestimmungen rückwirkend mit 1. Jänner 2024 in Kraft gesetzt. Diese Rückwirkung betrifft insbesondere die Änderungen betreffend die Prinzipien, Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung-Gesundheit sowie betreffend die Inhalte des Landes-Zielsteuerungsübereinkommens und des Regionalen Strukturplans Gesundheit.

Von der Rückwirkung nicht erfasst sind die Bestimmungen betreffend die Organisation des Landesgesundheitsfonds (2. Abschnitt); diese Bestimmungen sollen mit dem auf die Kundmachung folgenden Tag in Kraft treten. Es ist darauf hinzuweisen, dass die jeweiligen Rechtsträger auf eine rechtzeitige Entsendung ihrer Mitglieder in die Gesundheitsplattform bzw. Landes-Zielsteuerungskommission zu achten haben. Macht ein Rechtsträger von seinem Recht auf Entsendung keinen Gebrauch, so ist auf § 15 Abs. 2 (betreffend die Gesundheitsplattform) bzw. auf die §§ 21 und 22 (betreffend die Landes-Zielsteuerungskommission) hinzuweisen.

Auch die §§ 7a, 47 und 48 treten mit dem auf die Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

In § 63 Abs. 2 wird entsprechend § 10 Abs. 4 Z. 2 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz die Möglichkeit des rückwirkenden Inkrafttretens des Landes-Zielsteuerungsübereinkommens normiert.

In § 63 Abs. 3 wird normiert, dass der Regionale Strukturplan Gesundheit entsprechend Art. 5 Abs. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bis Ende 2025 entsprechend den Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit anzupassen ist.

Der XXXII. Vorarlberger Landtag hat in seiner 3. Sitzung im Jahr 2024, am 19. Dezember, das in der Regierungsvorlage, Beilage 10/2024/XXXII. GP, enthaltene Gesetz einstimmig beschlossen.