BUNDESGESETZBLATT
FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Jahrgang 2004 Ausgegeben am 30. Dezember 2004 Teil I

179. Bundesgesetz: Gesundheitsreformgesetz 2005
(NR: GP XXII RV 693 AB 711 S. 90. BR: AB 7175 S. 717.)

179. Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz, das Ärztegesetz 1998 und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen geändert sowie ein Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen und ein Bundesgesetz über Telematik im Gesundheitswesen erlassen werden (Gesundheitsreformgesetz 2005)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel 1
Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten- und Kuranstalten geändert wird (KAKuG-Novelle 2005)

Das Bundesgesetz über Krankenanstalten- und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 35/2004, wird wie folgt geändert:

1. Titel
(Grundsatzbestimmungen)

1. § 2a Abs. 3 erster Satz lautet:

„Die Landesgesetzgebung kann bestimmen, dass die Voraussetzungen des Abs. 1 lit. b und c auch erfüllt sind, wenn die dort vorgesehenen Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten örtlich getrennt untergebracht sind, sofern diese Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten funktionell-organisatorisch verbunden sind.“

2. Im § 3 Abs. 2 lit. a wird nach der Wortfolge „eines selbstständigen Ambulatoriums auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch“ *die Wortfolge* „Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und“ *eingefügt.*

3. Im § 3 wird nach Abs. 2 folgender Abs. 2a eingefügt:

„(2a) Beabsichtigt der Träger der Krankenanstalt Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (im Folgenden kurz: Träger der Fondskrankenanstalt) in Anspruch zu nehmen, so hat er dies bereits im Antrag auf Erteilung der Errichtungsbewilligung bekannt zu geben. In diesem Fall ist neben den Voraussetzungen des Abs. 2 die Errichtungsbewilligung auch davon abhängig, dass die Errichtung nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan entspricht.“

4. In § 3 Abs. 4 erhalten die lit. c und d die Bezeichnung „d“ *und* „e“*, lit. a bis c lauten:*

„a) die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des Abs. 2 und bei Fondskrankenanstalten überdies eine Bewilligung gemäß Abs. 2a erteilt worden ist;

b) die für den unmittelbaren Betrieb der Krankenanstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Ap-

parate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen sowie überdies die Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes erfüllt sind;

c) die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind;“

5. In § 3 Abs. 5 wird nach dem zweiten Satz folgender Satz angefügt:

„Der erste und zweite Satz gelten auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb eines Ambulatoriums betraut.“

6. § 4 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Fondskrankenanstalten ist die Bewilligung insbesondere nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes und die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.“

7. § 10 Abs. 1 Z 4 lautet:

„4. den Gerichten und Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist, ferner den Sozialversicherungsträgern und Organen von Landesgesundheitsfonds im Sinne der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bzw. von diesen beauftragten Sachverständigen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie einweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten oder Krankenanstalten kostenlos Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Pfleglingen zu übermitteln;“

8. § 10a Abs. 1 lautet:

„(1) Die Landesgesetzgebung hat die Landesregierung zu verpflichten, für Fondskrankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes bzw. des diesen ersetzenden Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (im Folgenden: ÖSG) befindet.“

9. § 11 Abs. 2 lautet:

„(2) Krankenanstalten, die Beiträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungsaufwand (§ 34) oder Zahlungen aus dem Landesgesundheitsfonds (§ 27b) erhalten, unterliegen der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung und der Gebarungskontrolle durch den Rechnungshof. Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass die wirtschaftliche Aufsicht durch den Landesgesundheitsfonds wahrgenommen wird.“

10. Im § 11 Abs. 4 wird das Zitat „§ 148 Z 7 ASVG“ *durch* „§ 148 Z 10 ASVG“ *ersetzt.*

11. § 16 Abs. 1 lit. e lautet:

„e) LKF-Gebühren gemäß § 27 Abs. 1 für gleiche Leistungen der Krankenanstalt oder die Pflegegebühren für alle Pfleglinge derselben Gebührenklasse, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen und sonstige bettenführende Organisationseinheiten oder Pflegegruppen für Akutkranke und für Langzeitbehandlung (§ 6 Abs. 1 lit. a) und auf Tag- oder Nachtbetrieb sowie den halbstationären Bereich (§ 6 Abs. 1 lit. b) in gleicher Höhe (§ 28) festgesetzt sind;“

12. Im § 24 Abs. 2 wird nach dem zweiten Satz folgender Satz eingefügt:

„Erforderlichenfalls ist eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einzuholen.“

13. In § 26 wird nach Abs. 2 folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Die Träger können ihrer Verpflichtung nach Abs. 1 auch durch Vereinbarung mit anderen Rechtsträgern von Krankenanstalten, mit Gruppenpraxen oder anderen ärztlichen Kooperationsformen entsprechen. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass alle einschlägigen Bestimmungen dieses Bundesgesetzes eingehalten werden. Solche Verträge bedürfen der Genehmigung der Landesregierung.“

14. § 27 samt Überschrift lautet:

„LKF-Gebühr; Pflege- und Sondergebühr

§ 27. (1) Mit den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind, unbeschadet Abs. 2 und § 27a, alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten.

(2) Die Kosten der Beförderung des Pfleglings in die Krankenanstalt und aus derselben, die Beistellung eines Zahnersatzes - sofern diese nicht mit der in der Krankenanstalt durchgeführten Behandlung zusammenhängt -, die Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körperersatzstücke) - soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen -, ferner die Kosten der Bestattung eines in der Krankenanstalt Verstorbenen sind in den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren nicht inbegriffen. Gleiches gilt für Zusatzleistungen, die mit den medizinischen Leistungen nicht im Zusammenhang stehen und auf ausdrückliches Verlangen des Pfleglings erbracht werden.

(3) Auslagen, die sich durch die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung der Anstalt ergeben, ferner Abschreibungen vom Wert der Liegenschaften sowie Pensionen und der klinische Mehraufwand (§ 55) dürfen der Berechnung des Eurowertes je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren sowie der Berechnung der Pflegegebühren nicht zu Grunde gelegt werden.

(4) Durch die Landesgesetzgebung ist zu bestimmen:

1. ob und welche weiteren Entgelte in der Sonderklasse neben den LKF-Gebühren oder den Pflegegebühren eingehoben werden können;
2. ob und welches Entgelt für den fallweisen Beistand durch eine nicht in der Krankenanstalt angestellte Hebamme vorgeschrieben werden kann;
3. ob und in welcher Höhe Beiträge für die ambulatorische Behandlung zu leisten sind, sofern diese Leistungen nicht durch den Landesgesundheitsfonds abgegolten werden;
4. in welchem Ausmaß und in welcher Weise die Kosten für die im Abs. 2 genannten Aufwendungen mit Ausnahme der Kosten einer erweiterten Heilfürsorge und der Beerdigung eingehoben werden können.

(5) Ein anderes als das gesetzlich vorgesehene Entgelt (Abs. 1 bis einschließlich 4, §§ 27a und 46) darf von Pfleglingen oder ihren Angehörigen nicht eingehoben werden.

(6) In den Fällen des § 23 Abs. 2 erster Satz werden die LKF-Gebühren oder die Pflegegebühren nur für eine Person in Rechnung gestellt. Im Übrigen dürfen in der allgemeinen Gebührenklasse Begleitpersonen zur Entrichtung eines Entgelts bis zur Höhe der durch ihre Unterbringung in der Krankenanstalt entstehenden Kosten verpflichtet werden.“

15. Nach § 27a wird folgender § 27b samt Überschrift eingefügt:

„Landesgesundheitsfonds

§ 27b. (1) Die an sozialversicherten Pfleglingen in Fondskrankenanstalten erbrachten Leistungen sind mit Ausnahme allfälliger Sondergebühren gemäß § 27 Abs. 4 über Landesgesundheitsfonds abzurechnen. Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass auch Leistungen, die für nicht sozialversicherte Pfleglinge in Fondskrankenanstalten erbracht werden, über den Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden.

(2) Leistungen der Fondskrankenanstalten, die an anstaltsbedürftigen Personen erbracht werden, sind über die Landesgesundheitsfonds leistungsorientiert durch nach den folgenden Grundsätzen zu ermittelnde LKF-Gebührenersätze abzurechnen:

1. Im LKF-Kernbereich werden auf Grundlage des österreichweit einheitlichen Systems der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in der jeweils aktuellen Fassung die LKF-Punkte für den einzelnen Pflegling ermittelt.
2. Im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches kann die leistungsorientierte Mittelzuteilung aus den Landesgesundheitsfonds auf besondere Versorgungsfunktionen bestimmter Krankenanstalten Rücksicht nehmen. Als besondere Versorgungsfunktionen im Rahmen der LKF-Abrechnung gelten:
   a) Zentralversorgung,
   b) Schwerpunktversorgung,
   c) Krankenanstalten mit speziellen fachlichen Versorgungsfunktionen und
   d) Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsfunktionen.

Bei der Zuordnung zu den Versorgungsstufen sind auch die Versorgungsfunktionen einzelner Abteilungen entsprechend ihrer Anzahl und Struktur zu berücksichtigen.

(3) Bis zur Einführung eines bundesweit einheitlichen Abrechnungssystems für den ambulanten Bereich ist durch die Landesgesetzgebung zu bestimmen, in welcher Form ambulante Leistungen an Pfleglingen gemäß Abs. 1 und Leistungen im Nebenkostenstellenbereich durch den Landesgesundheitsfonds abgegolten werden. Dies kann durch die Landesgesetzgebung auch dem Landesgesundheitsfonds übertragen werden.

(4) Weiters können im Rahmen der Landesgesundheitsfonds Mittel für Ausgleichszahlungen vorgesehen werden.

(5) Die Übereinstimmung mit den Zielen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes bzw. des diesen ersetzenden ÖSG und die Übereinstimmung mit dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan und die Erfüllung der Verpflichtung zur Dokumentation auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 144/2003, ist Voraussetzung dafür, dass der Träger der Krankenanstalt Mittel auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens erhält.“

16. § 28 lautet:

„**§ 28.** (1) Der Eurowert je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse unter Bedachtnahme auf § 27 Abs. 3 kostendeckend zu ermitteln. Die LKF-Gebühren ermitteln sich als Produkt der für den einzelnen Pflegling ermittelten LKF-Punkte mit dem von der Landesregierung festgelegten Eurowert je LKF-Punkt. Gelangen LKF-Gebühren zur Verrechnung, ist das österreichweit einheitliche System der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in geeigneter Weise kundzumachen. Der für die LKF-Gebühren zur Verrechnung gelangende Eurowert je LKF-Punkt, die Pflegegebühren und Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch der kostendeckend ermittelte Eurowert, die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.

(2) Die Landesgesetzgebung hat für alle öffentlichen und gemäß § 16 gemeinnützig geführten privaten Krankenanstalten, die nicht Fondskrankenanstalten sind, sowie für jene Patientengruppen in Fondskrankenanstalten, die nicht über den Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, festzulegen, ob die Leistungen der allgemeinen Gebührenklasse durch LKF-Gebühren oder Pflegegebühren abgegolten werden.

(3) Bei mehreren in ihrer Ausstattung, Einrichtung und Funktion gleichartigen öffentlichen Krankenanstalten im Bereich einer Gemeinde sind die LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einheitlich für diese Anstalten festzusetzen.

(4) Die LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren einer öffentlichen Krankenanstalt, die nicht von einer Gebietskörperschaft verwaltet wird, dürfen nicht niedriger sein als die LKF-Gebühren, die Pflege- und allfälligen Sondergebühren der nächstgelegenen von einer Gebietskörperschaft betriebenen öffentlichen Krankenanstalt mit gleichartigen oder annähernd gleichwertigen Einrichtungen, wie sie durch die Funktion dieser Krankenanstalt erforderlich sind. Die Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit obliegt der Landesregierung.

(5) In den Fällen der Befundung oder Begutachtung gemäß § 22 Abs. 3 zweiter Halbsatz sind die LKF-Gebühren oder die Pflegegebühren von den Trägern der Sozialversicherung in voller Höhe zu entrichten.“

17. § 29 lautet:

„**§ 29.** (1) Durch die Landesgesetzgebung kann die Aufnahme von Personen, die über keinen Wohnsitz im Bundesgebiet verfügen und die die voraussichtlichen LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, auf die Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4) beschränkt werden.

(2) Weiters kann die Landesgesetzgebung bestimmen, dass die Landesregierung bei der Aufnahme fremder Staatsangehöriger statt der LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge die Bezahlung der tatsächlich erwachsenden Behandlungskosten vorsehen kann. Dies gilt nicht für

1. Fälle der Unabweisbarkeit (§ 22 Abs. 4), sofern sie im Inland eingetreten sind,

2. Flüchtlinge, denen im Sinne des Asylgesetzes 1997, BGBl. I Nr. 76/1997, zuletzt geändert durch die Kundmachung BGBl. I Nr. 105/2003 Asyl gewährt wurde, und Asylwerbern, denen im Sinne des Asylgesetzes 1997 eine vorläufige Aufenthaltsberechtigung bescheinigt wurde,
3. Personen, die in Österreich in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten,
4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund von zwischenstaatlichem oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind und
5. Personen, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) sind."

18. § 30 samt Überschrift lautet:

„Einbringung der LKF-Gebühren, Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge

§ 30. (1) Vorschriften über die Einbringung von LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträgen (§ 27a), insbesondere über das Verfahren zur Einbringung im Rückstandsfall gegenüber dem Pflegling selbst, über die Geltendmachung gegenüber dritten Personen und die Berechnung von Entgelten für Begleitpersonen von Pfleglingen (§ 27 Abs. 6 zweiter Satz), sind durch die Landesgesetzgebung zu erlassen.

(2) Die Landesgesetzgebung kann festlegen, dass für zahlungsfähige Pfleglinge eine Vorauszahlung auf die zu erwartende LKF-Gebühr oder eine Vorauszahlung der Pflege(Sonder)gebühren für jeweils höchstens 30 Tage und der Kostenbeiträge für jeweils höchstens 28 Tage im Vorhinein zu entrichten ist.

(3) In den nach Abs. 1 von der Landesgesetzgebung zu erlassenden Vorschriften ist jedenfalls festzulegen, dass auf Grund von Rückstandsausweisen öffentlicher Krankenanstalten für LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge gegen Pfleglinge die Vollstreckung im Verwaltungsweg zulässig ist, wenn die Vollstreckbarkeit von der Bezirksverwaltungsbehörde bestätigt wird."

19. § 32 lautet:

„**§ 32.** Die LKF-Gebühren oder Pflege(Sonder)gebühren und Kostenbeiträge sind mit dem Tag der Vorschreibung fällig. Gesetzliche Verzugszinsen können nach Ablauf von sechs Wochen ab dem Fälligkeitstag verrechnet werden."

20. § 34 lautet:

„**§ 34.** (1) Durch die Landesgesetzgebung ist anzuordnen, dass bei der Bildung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln gemäß § 33 der gesamte sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergebende Betriebsabgang in einem bestimmten Verhältnis vom Rechtsträger der Krankenanstalt, vom Beitragsbezirk, vom Krankenanstaltensprengel und vom Bundesland zu decken ist. Hierbei sind die Anteile des Beitragsbezirkes, des Krankenanstaltensprengels und des Bundeslandes so festzusetzen, dass sie zusammen mindestens die Hälfte des Betriebsabganges decken.

(2) Bei Krankenanstalten, die von einem Bundesland betrieben werden, kann im Einvernehmen mit der Gemeinde, in deren Gebiet die Krankenanstalt liegt (Sitzgemeinde), bestimmt werden, dass an Stelle des Rechtsträgers diese Gemeinde tritt.

(3) Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass die Mittel zur Deckung des Betriebsabganges durch den Landesgesundheitsfonds verteilt werden."

21. § 35 Abs. 2 letzter Satz lautet:

„Die Landesregierung hat in dem Falle einer Fondskrankenanstalt das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen von der Sachlage in Kenntnis zu setzen."

22. Dem § 42 wird folgender Satz angefügt:

„Bewilligungen und Genehmigungen sowie deren Zurücknahme sind überdies unverzüglich der Bundesgesundheitsagentur (§§ 56a ff) bekannt zu geben."

2. Titel
(Unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

1. § 48 lautet:

„**§ 48.** Ist die Erkrankung, die zur Anstaltsbehandlung des Pfleglings geführt hat, auf ein Verschulden zurückzuführen, für das zufolge gesetzlicher Vorschriften ein Dritter haftet, geht der Schadenersatzanspruch, der aus dem Grunde des Heilungskostenersatzes entstanden ist, bis zur Höhe der noch unbeglichenen LKF-Gebühren oder Pflegegebühren auf den Rechtsträger der Krankenanstalt über."

2. § 55 Z 3 lautet:

„3. Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse oder die auf Grund der Unterbringung tatsächlich entstandenen Kosten für zu Unterrichtszwecken im Sinne des § 43 herangezogene Personen."

3. Nach § 56 wird folgender § 56a samt Überschrift eingefügt:

„Bundesgesundheitsagentur

§ 56a. Zur Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen ist beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen die Bundesgesundheitsagentur als Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten."

4. Die §§ 57 bis 59a lauten:

„**§ 57.** (1) Der Bund hat der Bundesgesundheitsagentur gemäß § 56a jährlich die folgenden Mittel für die Finanzierung von öffentlichen Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und private Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 bezeichneten Art, die gemäß § 16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, zu gewähren:

1. 1,416 % des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug des im § 8 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2005, BGBl. I Nr. 156/2004, genannten Betrages;
2. 31.426.240,71 Euro;
3. 127.000.000,00 Euro.

(2) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger leistet für Rechnung der in ihm zusammengefassten Sozialversicherungsträger an die Bundesgesundheitsagentur gemäß § 56a jährlich Mittel in der Höhe von 83.573.759,29 Euro.

(3) Die Bundesgesundheitsagentur leistet an die Landesgesundheitsfonds zur Finanzierung der in Abs. 1 genannten Krankenanstalten jährlich folgende Beiträge:

1. 1,416 % des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug des im § 8 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2005, BGBl. I Nr. 156/2004 genannten Betrages;
2. 24.000.000,00 Euro;
3. 91.000.000,00 Euro;
4. 127.000.000,00 Euro nach Maßgabe des § 59d und nach Abzug der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens, der Mittel für die Finanzierung von Projekten und Planungen, Mittel für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung (zB flächendeckendes qualitätsgestütztes und systematisches Mammographie-Screening-Programm, molekulargenetische Analyse zur Identifikation von Familien mit erblichem Brust- und Eierstockkrebs, Identifikation von angeborenen Stoffwechselerkrankungen bei Säuglingen und Maßnahmen betreffend Epidermolysis bullosa) und allfällige Mittel für Anstaltspflege im Ausland.

§ 58. (1) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 1 Z 1 sind mit Wirksamkeit 1. Jänner 2005 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder an der Umsatzsteuer richtet, an die Bundesgesundheitsagentur eine Woche vor den gesetzlichen Terminen der Vorschussleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 12 Abs. 1 FAG 2005, BGBl. I Nr. 156/2004, zu erfolgen. Dabei entstehende Übergenüsse oder Guthaben der Bundesgesundheitsagentur sind auszugleichen.

(2) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 1 Z 2 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils eine Woche vor dem Ende eines jeden Kalenderviertels an die Bundesgesundheitsagentur zu überweisen.

(3) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 1 Z 3 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 15. April, 15. Juli, 15. Oktober und 15. Jänner des Folgejahres an die Bundesgesundheitsagentur zu überweisen.

(4) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 2 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 25. März, 25. Juni, 25. September und 25. Dezember an die Bundesgesundheitsagentur zu überweisen.

§ 59. (1) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 3 Z 1 und 2 sind auf die Landesgesundheitsfonds nach folgendem Hundertsatzverhältnis aufzuteilen:

Burgenland	2,572
Kärnten	6,897
Niederösterreich	14,451
Oberösterreich	13,692
Salzburg	6,429
Steiermark	12,884
Tirol	7,982
Vorarlberg	3,717
Wien	31,376

(2) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 3 Z 1 sind mit Wirksamkeit 1. Jänner 2005 für das jeweilige Budgetjahr in monatlichen Vorschüssen, deren Höhe sich nach den Bestimmungen über die Berechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile der Länder an der Umsatzsteuer richtet, an die Landesgesundheitsfonds zu den gesetzlichen Terminen der Vorschussleistungen auf die Ertragsanteile der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu überweisen. Die Zwischenabrechnung und die endgültige Abrechnung haben im Rahmen der Abrechnung der Vorschüsse auf die Ertragsanteile an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben gemäß § 12 Abs. 1 FAG 2005, BGBl. I Nr. 156/2004, zu erfolgen. Dabei entstehende Übergenüsse oder Guthaben der Landesgesundheitsfonds sind auszugleichen.

(3) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 3 Z 2 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalendervierteljahres an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

(4) Die Mittel gemäß § 57 Abs. 3 Z 3 sind auf die Landesgesundheitsfonds nach folgendem Hundertsatzverhältnis aufzuteilen:

Burgenland	2,559
Kärnten	6,867
Niederösterreich	14,406
Oberösterreich	13,677
Salzburg	6,443
Steiermark	12,869
Tirol	8,006
Vorarlberg	3,708
Wien	31,465

(5) Diese Mittel sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am Ende eines jeden Kalendervierteljahres an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

(6) Die Mittel der Bundesgesundheitsagentur gemäß § 57 Abs. 3 Z 4 sind gemäß der nachfolgenden Bestimmungen aufzuteilen:

1. Zunächst sind von den 127.000.000,00 Euro jährlich Vorweganteile abzuziehen und folgendermaßen zu verteilen:
   a) 3.630.000,00 Euro für den Landesgesundheitsfonds Oberösterreich
   b) 4.360.000,00 Euro für den Landesgesundheitsfonds Steiermark
   c) 3.630.000,00 Euro für den Landesgesundheitsfonds Tirol.
2. Sodann sind von den verbleibenden 115.380.000,00 Euro die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens im Ausmaß von 2,9 Mio. Euro jährlich, die Mittel für die Finanzierung von Projekten und Planungen und Strukturreformen im Ausmaß von 3,5 Mio. Euro jährlich, die Mittel zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen und für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung im Ausmaß von 3,5 Mio. Euro jährlich abzuziehen und von der Bundesgesundheitsagentur einzubehalten und gemäß § 59d und § 59e zu verwenden. Von dem sodann verbleibenden Betrag sind weiters allfällige für Anstaltspflege im Ausland aufzuwendende Mittel jährlich abzuziehen und gemäß Art. 39 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zu verwenden.
3. Die nach dem Abzug gemäß Z 2 verbleibenden Mittel sind entsprechend der Volkszahl, die sich nach dem von der Bundesanstalt Statistik Österreich auf Grund der ordentlichen Volkszählung

2001 festgestellten Ergebnis bestimmt, wobei die entsprechenden Hundertsätze auf drei Kommastellen kaufmännisch gerundet zu errechnen sind, den Landesgesundheitsfonds nach Maßgabe des § 59c zu überweisen.

4. Im Ausmaß der Landesquoten gemäß Z 3 sind die Vermögenserträge der Bundesgesundheitsagentur und allenfalls in einem Rechnungsjahr nicht ausgeschöpfte Mittel zur Förderung des Transplantationswesens, für Projekte und Planungen sowie für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung den einzelnen Landesgesundheitsfonds zuzuteilen.

(7) Die Mittel gemäß Abs. 6 Z 1 und 3 sind in vier gleich hohen Teilbeträgen jeweils am 20. April, 20. Juli, 20. Oktober und 20. Jänner, wobei die erste Rate am 20. April 2005 fällig ist, an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen, sofern die Voraussetzungen des § 59c erfüllt sind.

§ 59a. (1) Die Bundesgesundheitsagentur hat im Rahmen der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens in Österreich folgende Aufgaben unter Berücksichtigung gesamtökonomischer Auswirkungen sowie regionaler und länderspezifischer Erfordernisse wahrzunehmen:

1. Erarbeitung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen,
2. Erstellung von Vorgaben für die transparente Darstellung der vollständigen Budgetierung und der Rechnungsabschlüsse der Krankenanstalten bzw. Krankenanstaltenverbände und von Vorgaben für die transparente Darstellung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherung für den extramuralen Bereich,
3. Leistungsangebotsplanung als Rahmen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens, wobei die Qualitätsvorgaben gemäß Z 1 zu berücksichtigen sind, und Entwicklung geeigneter Formen der Zusammenarbeit von Leistungserbringern,
4. Entwicklung und Weiterentwicklung von leistungsorientierten Vergütungssystemen (ergebnisorientiert, pauschaliert und gedeckelt) unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche,
5. Erarbeitung von Richtlinien für eine bundesweite, alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende Dokumentation, sowie Weiterentwicklung eines Dokumentations- und Informationssystems für Analysen im Gesundheitswesen zur Beobachtung von Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen, wobei insbesondere auch auf die geschlechtsspezifische Differenzierung zu achten ist,
6. Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens,
7. Mitwirkung im Bereich Gesundheitstelematik und der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA),
8. Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung,
9. Erarbeitung von Leitlinien für den Kooperationsbereich (Reformpool) gemäß Art. 26 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens,
10. Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln der Bundesgesundheitsagentur,
11. Erstellung des Voranschlages und des Rechnungsabschlusses und
12. Evaluierung der von der Bundesgesundheitsagentur wahrgenommenen Aufgaben.

(2) Bei der Erfüllung der Aufgaben hat die Bundesgesundheitsagentur insbesondere darauf zu achten, dass eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sichergestellt und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und möglicher Kostendämpfungen abgesichert wird.“

5. Nach dem § 59a sind folgende §§ 59b bis 59i einzufügen:

„**§ 59b.** Organe des Bundes und Beauftragte der Bundesgesundheitsagentur können in die Krankengeschichten und in die die Betriebsführung der Krankenanstalten betreffenden Unterlagen Einsicht nehmen sowie Erhebungen über die Betriebsorganisation und den Betriebsablauf der Krankenanstalten durchführen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist und sofern es sich um Fondskrankenanstalten handelt.

§ 59c. Bei maßgeblichen Verstößen gegen festgelegte Pläne (z.B. Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes bzw. ÖSG) und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität oder der Dokumentation (zB des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 144/2003) hat die Bundesgesundheitsagentur den entsprechenden Länderanteil an den Mitteln gemäß § 57 Abs. 3 Z 4 zurückzuhalten, bis der Landesgesundheitsfonds nachweislich die zur Herstellung des den Vorgaben gemäß dieser Vereinbarung entsprechenden Zustandes erforderlichen Maßnahmen gesetzt hat.

§ 59d. (1) Die Bundesgesundheitsagentur hat die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59 Abs. 6 Z 2) zur Erreichung folgender Ziele einzusetzen:

1. Im Bereich des Organspendewesens ist die Kontinuität im Spenderinnen- und Spenderaufkommen auf hohem Niveau sicherzustellen. Darüber hinaus ist eine Steigerung der Anzahl der Organspender anzustreben (auf ca. 30 Organspenderinnen/Organspender pro Mio. EW).
2. Im Bereich des Stammzelltransplantationswesens ist dafür zu sorgen, dass Spenderinnen/Spender in ausreichender Zahl registriert sind und zur Verfügung stehen. Das Vorgehen sowie die Zusammenarbeit aller daran beteiligten Institutionen für Spenderinnen/Spender und Patientinnen/Patienten hat so sicher und wirksam wie möglich zu erfolgen. Die Feststellung, ob das nationale Spendervolumen als ausreichend zu betrachten ist, obliegt dem beim ÖBIG eingerichteten Transplantationsbeirat (Bereich Stammzellspende).

(2) Die Bundesgesundheitsagentur hat die Mittel zur Förderung des Transplantationswesen (§ 59 Abs. 6 Z 2) an die Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer

1. für den Bereich des Organspendewesens und
2. den Bereich des Stammzellspendewesens

gemäß Abs. 3 bis 5 zu verteilen.

(3) Die Mittel zur Förderung des Transplantationswesens (§ 59 Abs. 6 Z 2) sind zur Erreichung der in Abs. 1 genannten Ziele gemäß der nachfolgenden Bestimmungen zu verwenden:

1. Im Bereich des Organspendewesens sind insbesondere folgende Maßnahmen durchzuführen:
   a) Zweckgewidmete, pauschalierte Förderung an die spenderbetreuenden Krankenanstalten bzw. die betreffende Abteilung;
   b) Einrichtung und Administration „Regionaler Transplantationsreferenten“ bzw. regionaler Förderprogramme, mit der zentralen Aufgabe der direkten Kontaktaufnahme mit den Intensiveinheiten, um die Bereitschaft zur Spendermeldung zu erhöhen;
   c) Zweckgewidmete, pauschalierte Förderung für den Einsatz von Transplantationskoordinatoren in den Transplantationszentren;
   d) Förderung der Einrichtung mobiler Hirntoddiagnostik-Teams sowie geeigneter Maßnahmen im Bereich bundesweiter Vorhaltung der Hirntoddiagnostik, die dem jeweiligen Stand der Wissenschaft entspricht;
   e) Förderung der Transporte, die im Zusammenhang mit der Organgewinnung anfallen;
   f) Mittel für die Abdeckung der Aufwendungen von ÖBIG-Transplant (Bereich Organspende).
2. Im Bereich des Stammzellspendewesens sind insbesondere folgende Maßnahmen durchzuführen:
   a) Förderung der HLA-Typisierung. Die Zahl der jährlich zu fördernden HLA-Typisierungen sowie deren Aufteilung auf die geeigneten Leistungserbringer sind jährlich im Voraus auf Expertenvorschlag vom Transplantationsbeirat des ÖBIG (Bereich Stammzellspende) festzulegen;
   b) Förderung der Suche und Betreuung von Stammzellspendern;
   c) Mittel für die Abdeckung der Aufwendungen von ÖBIG-Transplant (Bereich Stammzellspende).
3. Der Förderungsgeber kann auf Vorschlag des im ÖBIG eingerichteten Transplantationsbeirates (für den jeweiligen Bereich) beschließen, die Mittel auch für andere als die unter Z 1 und 2 genannten Maßnahmen einzusetzen.
4. Die Abrechnung der Beitragsleistungen hat jeweils bis zum 30. Juni des Folgejahres zu erfolgen. Allenfalls nicht ausgeschöpfte Mittel sind entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 2001 an die einzelnen Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

(4) In der Bundesgesundheitskommission werden Richtlinien über die Verwendung der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens erlassen.

(5) Der jährlich erfolgte Mitteleinsatz ist in einer Jahresabrechnung zu dokumentieren und hinsichtlich der Effizienz zu evaluieren.

§ 59e. (1) Zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen sowie für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen mit überregionaler Bedeutung (zB flächendeckendes qualitätsgestütztes und systematisches Mammographie-Screeningprogramm, molekulargenetische Analyse zur Identifikation von Familien mit erblichem Brust- und Eierstockkrebs, Identifikation von angeborenen Stoffwechselerkrankungen bei Säuglingen und Maßnahmen betreffend Epidermolysis bullosa) können von der Bundesgesundheitsagentur höchstens 3,5 Mio. Euro jährlich verwendet werden.

(2) Die Bundesgesundheitskommission hat im Bedarfsfall Richtlinien über die Verwendung dieser Mittel zu erlassen.

(3) Die Verwendung der Mittel gemäß Abs. 1 wird in der Bundesgesundheitskommission im Einvernehmen mit den Ländern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger festgelegt.

(4) Die Abrechnung der Beitragsleistungen hat jeweils bis zum 30. Juni des Folgejahres zu erfolgen. Allenfalls nicht ausgeschöpfte Mittel sind entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 2001 an die einzelnen Landesgesundheitsfonds zu überweisen.

§ 59f. Über den Einsatz der für die Finanzierung von Projekten und Planungen gemäß § 59 Abs. 6 Z 2 einzubehaltenden Mittel (max. 3,5 Mio. Euro) entscheidet die Bundesgesundheitsagentur.

§ 59g. (1) Das Organ der Bundesgesundheitsagentur ist die Bundesgesundheitskommission.

(2) Die Bundesgesundheitskommission besteht aus 27 Mitgliedern, die nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen zu bestellen sind:

1. Sieben Mitglieder bestellt die Bundesregierung;
2. je ein Mitglied bestellt jedes Land;
3. sechs Mitglieder bestellt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
4. je ein Mitglied bestellen die Interessensvertretungen der Städte und der Gemeinden;
5. ein Mitglied bestellt die Österreichische Bischofskonferenz gemeinsam mit dem Evangelischen Oberkirchenrat;
6. ein gemeinsames Mitglied bestellen die Patientenvertretungen;
7. ein Mitglied bestellt die Österreichische Ärztekammer;
8. für jedes der so bestellten Mitglieder der Bundesgesundheitskommission kann ein ständiges, stimmberechtigtes Ersatzmitglied bestellt werden. Darüber hinaus ist im Einzelfall eine Vertretung durch Vollmacht möglich.

(3) Mitglied der Bundesgesundheitskommission kann nur sein, wer zum Nationalrat wählbar ist.

(4) Ist die Bestellung von Mitgliedern der Bundesgesundheitskommission erforderlich, so hat das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen die gemäß Abs. 2 in Betracht kommenden Stellen schriftlich dazu aufzufordern. Machen die zur Bestellung von Mitgliedern der Bundesgesundheitskommission Berechtigten von diesem Recht keinen Gebrauch und bestellen keine Mitglieder, so bleiben die nichtbestellten Mitglieder bei der Feststellung der Beschlussfähigkeit der Bundesgesundheitskommission außer Betracht.

(5) Den Vorsitz in der Bundesgesundheitskommission hat der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister oder die für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin oder, sofern diese Agenden durch den Bundesminister bzw. die Bundesministerin einem Staatssekretär bzw. einer Staatssekretärin zur selbstständigen Besorgung übertragen sind, dieser bzw. diese zu führen. Ist der zuständige Bundesminister bzw. die zuständige Bundesministerin, oder im Falle der Übertragung der bzw. die mit der selbstständigen Besorgung beauftragte Staatssekretär bzw. Staatssekretärin verhindert den Vorsitz zu führen, so hat der zuständige Bundesminister bzw. die zuständige Bundesministerin einen Vertreter bzw. eine Vertreterin aus dem Kreis der leitenden Bediensteten des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen mit dem Vorsitz in der Bundesgesundheitskommission zu betrauen.

(6) Die Bundesgesundheitskommission hat sich ihre Geschäftsordnung selbst zu geben.

(7) Die Geschäfte der Bundesgesundheitsagentur führt das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

(8) Die Beschlüsse der Bundesgesundheitskommission werden mit einfacher Mehrheit der Stimmen gefasst, wobei die von der Bundesregierung bestellten Mitglieder je drei Stimmen haben. Für Beschlussfassungen ist – ausgenommen in den Angelegenheiten gemäß § 59a Abs. 1 Z 10, sofern es sich um Mittel für die Finanzierung von Projekten und Planungen gemäß § 59f handelt, und § 59a Abs. 1 Z 11 – ein Einvernehmen mit den Ländern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erforderlich.

§ 59h. Die Gebarung der Bundesgesundheitsagentur unterliegt der Kontrolle durch den Rechnungshof.

§ 59i. (1) Die Bundesgesundheitsagentur ist mit Ausnahme der Gerichts- und Justizverwaltungsgebühren von allen Abgaben befreit.

(2) Die von der Bundesgesundheitsagentur in unmittelbarer Erfüllung ihrer Aufgaben ausgestellten Schriften und die von ihr abgeschlossenen Rechtsgeschäfte sind von den Stempel- und Rechtsgebühren befreit.

(3) Die finanziellen Leistungen der Bundesgesundheitsagentur an die Landesgesundheitsfonds und die Mittel gemäß §§ 59d und 59e unterliegen weder der Umsatzsteuer noch den Steuern vom Einkommen und Vermögen."

6. § 64 lautet:

„**§ 64.** Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten sind hinsichtlich aller im Rahmen dieses Bundesgesetzes vorkommenden Eingaben, Beilagen, schriftlichen Ausfertigungen und Rechtsurkunden von den Stempel- und Rechtsgebühren befreit. Die von den Pfleglingen zu entrichtenden Kostenbeiträge (§ 27a) sind kein Entgelt im Sinne des Umsatzsteuergesetzes. Die Landesgesundheitsfonds sind von allen bundesgesetzlich geregelten Abgaben mit Ausnahme der Gerichts- und Justizverwaltungsgebühren befreit."

7. § 67 Abs. 2 lautet:

„(2) Mit der Vollziehung

1. der §§ 43 und 44 ist der Bundesminister für Bildung, Wissenschaft und Kultur,
2. des § 46 ist der Bundesminister für Bildung, Wissenschaft und Kultur im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,
3. der §§ 48 und 50 ist der Bundesminister für Justiz,
4. der §§ 55 bis 59h ist der Bundesminister für Gesundheit und Frauen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen,
5. der §§ 59i und 64 ist der Bundesminister für Finanzen und
6. ist im übrigen hinsichtlich des zweiten Teiles der Bundesminister für Gesundheit und Frauen

betraut."

3. Titel

(1) Das Vermögen des mit der KAG-Novelle 2000, BGBl. I Nr. 5/2001, eingerichteten Strukturfonds geht mit allen Rechten und Verbindlichkeiten auf die mit §§ 56a ff dieses Bundesgesetzes eingerichtete Bundesgesundheitsagentur über. Beschlüsse der mit der KAG-Novelle 2000, BGBl. I Nr. 5/2001, eingerichteten Strukturkommission (§ 59f) und daraus abgeleitete Rechte und Verbindlichkeiten bleiben aufrecht, soferne die gemäß § 59g Abs. 1 dieses Bundesgesetzes einzurichtende Bundesgesundheitskommission nichts Gegenteiliges beschließt. Bis zur Einrichtung der Bundesgesundheitskommission gemäß § 59g Abs. 1 nimmt deren Aufgaben die mit der KAG-Novelle 2000, BGBl. I Nr. 5/2001, eingerichtete Strukturkommission wahr.

(2) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zum 1. Titel nach Maßgabe des Abs. 2 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und mit 1. Jänner 2005 in Kraft zu setzen.

(3) Bis zum Ablauf des 31. Dezember 2005 gilt hinsichtlich des LKF- Steuerungsbereiches § 27b Abs. 2 Z 2 und 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001 weiter. Bis zur Einrichtung von Landesgesundheitsfonds durch die Länder nehmen die Landesfonds die Aufgaben und Funktionen der Landesgesundheitsfonds wahr.

(4) Die Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 B-VG hinsichtlich des 1. Titels steht dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen zu.

(5) Der 2. Titel tritt mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

(6) Mit der Vollziehung des 2. Titels ist der Bundesminister für Gesundheit und Frauen betraut.

Artikel 2

Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert wird

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 171/2004, wird wie folgt geändert:

1. Im Ersten Teil, Abschnitt V wird nach § 84 ein siebenter Unterabschnitt samt Überschrift eingefügt:

„7. UNTERABSCHNITT

Mitwirkung der Sozialversicherung an der Planung und Steuerung des Gesundheitswesens

Grundsätze

§ 84a. (1) Zur nachhaltigen Sicherstellung der Versorgung der Versicherten haben sich der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger unter Einbeziehung von wissenschaftlichen (insbesondere gesundheitsökonomischen) Erkenntnissen an einer regionen- und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens zu beteiligen. Der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger haben die dabei abgestimmten Ergebnisse (zB Österreichischer Strukturplan Gesundheit) in ihrem Verwaltungshandeln und bei der Planung und Umsetzung der Versorgung der Versicherten mit dem Ziel eines optimierten Mitteleinsatzes durch koordiniertes Vorgehen zu beachten.

(2) Der Hauptverband hat Vertreter/Vertreterinnen in die Bundesgesundheitskommission der Bundesgesundheitsagentur zu entsenden.

(3) Die jeweils örtlich zuständige Gebietskrankenkasse hat Vertreter/Vertreterinnen in die Gesundheitsplattform des jeweiligen Landesgesundheitsfonds zu entsenden; hiebei hat sie auch auf die Interessen der Betriebskrankenkassen Bedacht zu nehmen. Die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, die Pensionsversicherungsanstalt, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, die Sozialversicherungsanstalt der Bauern und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter haben Vertreter/Vertreterinnen in die Gesundheitsplattformen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden. Unter Bedachtnahme auf die Anzahl der Vertreter/Vertreterinnen des Landes in der jeweiligen Gesundheitsplattform haben die genannten Sozialversicherungsträger ihre Vertreter/Vertreterinnen gemeinsam zu entsenden, wobei auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten ist.

(4) Die Sozialversicherungsträger haben als Beitrag zum Reformpool (§ 59a Abs. 1 Z 9 KAKuG) für Maßnahmen zu Leistungsverschiebungen durch gemeinsame Strukturveränderungen oder diesbezügliche Projekte im intra- und extramuralen Bereich im Rahmen der Landesgesundheitsfonds im Bedarfsfall (Artikel 26 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) die erforderlichen Mittel zu überweisen.

(5) Die Sozialversicherungsträger sind verpflichtet, der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds pseudonymisierte Diagnose- und Leistungsdaten aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung in einer standardisierten und verschlüsselten Form zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus sind der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger verpflichtet, der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds auf deren Anforderung die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Daten in anonymisierter Form zur Verfügung zu stellen. Zur Sicherstellung der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen haben alle Daten vor der Übermittlung an die Bundesgesundheitsagentur und die Landesgesundheitsfonds über eine beim Hauptverband eingerichtete Datenpseudonymisierungsstelle zu fließen.

Nahtstellenmanagement

§ 84b. Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen kann zur Sicherstellung eines dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Behandlungsprozesses eines Krankheitsbildes für den Übergang zwischen einer Anstaltspflege und einer Krankenbehandlung Kriterien festlegen, die unter Beachtung von ökonomischen Grundsätzen und den Erfordernissen einer einheitlichen Qualitätssicherung insbesondere beinhalten:

1. den Informationsaustausch über die medizinischen Behandlungsdaten,
2. die verantwortlichen Leistungserbringer/innen sowie
3. die Bestimmung über geeignete Koordinationsformen für den gesamten Behandlungsprozess eines Krankheitsbildes.

2. In der Überschrift des § 144 wird der Ausdruck „Landesfonds“ *durch den Ausdruck* „Landesgesundheitsfonds“ *ersetzt.*

3. Im § 144 Abs. 1 wird der Ausdruck „Landesfonds“ *durch den Ausdruck* „Landesgesundheitsfonds“ *und* „landesfondsfinanzierte Krankenanstalt“ *durch den Ausdruck* „landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt“ *ersetzt.*

4. In der Überschrift zu § 145 wird der Ausdruck „Landesfonds“ *durch den Ausdruck* „Landesgesundheitsfonds“ *ersetzt.*

5. Im § 145 Abs. 1 und 2 wird jeweils der Ausdruck „landesfondsfinanzierte Krankenanstalt“ *durch den Ausdruck* „landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt“ *ersetzt.*

6. (Grundsatzbestimmung) § 148 samt Überschrift lautet:

„Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden

§ 148. (Grundsatzbestimmung) Die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Rechtsträgern von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds nach Art. 14 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens finanziert werden, sind nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG nach folgenden Grundsätzen zu regeln:

1. Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die nach § 145 eingewiesenen Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.
2. Die den Krankenanstalten nach § 27b des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) gebührenden Zahlungen sind zur Gänze von den Landesgesundheitsfonds zu entrichten.
3. Alle Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, sind mit den folgenden Zahlungen abgegolten:
   a) LKF-Gebührenersätze der Landesgesundheitsfonds nach § 27b Abs. 2 KAKuG,
   b) Zahlungen der Landesgesundheitsfonds nach § 27b Abs. 3 KAKuG,
   c) Kostenbeiträge nach § 27a KAKuG,
   d) Ausgleichszahlungen nach § 27b Abs. 4 KAKuG.

   Ausgenommen davon sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, im Einvernehmen zwischen dem Hauptverband und den betroffenen Ländern ausgenommene Leistungen (Art. 20 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) und die im § 27 Abs. 2 KAKuG angeführten Leistungen.
4. Der Kostenbeitrag nach § 447f Abs. 7 ist von der Krankenanstalt für Rechnung des Landesgesundheitsfonds einzuheben.
5. Die Versicherungsträger haben ohne Einschaltung des Landesgesundheitsfonds folgende Rechte gegenüber dem Rechtsträger der Krankenanstalt:
   a) das Recht auf Einsichtnahme in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Krankenanstalt (zB Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Befunde);
   b) das Recht, Kopien dieser Unterlagen zu erhalten (§ 10 Abs. 1 Z 4 KAKuG);
   c) das Recht, den Patienten/die Patientin durch eine/n beauftragte/n Fachärztin/Facharzt in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen;
   d) das Recht, Ausfertigungen aller Unterlagen auf elektronischem Weg zu erhalten, auf Grund derer Zahlungen eines Landesgesundheitsfonds oder einer anderen Stelle für Leistungen einer Krankenanstalt abgerechnet werden (insbesondere Aufnahmeanzeige und Entlassungsanzeige samt Diagnosen, Versichertenzuständigkeitserklärung, Verrechnungsdaten); dieses Recht umfasst auch die entsprechenden Statistiken; ferner das Recht auf Übermittlung von Daten der Leistungserbringung an den Patienten auf der Basis des LKF/LDF-Systems; diese Rechte können jedoch nur dann gegenüber einer Krankenanstalt geltend gemacht werden, wenn diese Unterlagen bzw. Daten nicht in angemessener Frist vom Landesgesundheitsfonds zur Verfügung gestellt werden.
6. Der gesamte Datenaustausch zwischen Krankenanstalten und Versicherungsträgern für den stationären und ambulanten Bereich ist elektronisch vorzunehmen, wobei die Datensatzaufbauten und Codeverzeichnisse bundesweit einheitlich zu gestalten sind.
7. Die Versicherungsträger haben das Recht auf laufende Information über die festgelegten vorläufigen und endgültigen Punktewerte durch den Landesgesundheitsfonds.

8. Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten und in Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden, welche die Verrechnung von Zahlungen gemäß § 27b KAKuG gegenüber den Rechtsträgern der Krankenanstalten betreffen, gilt der jeweilige Landesgesundheitsfonds als Versicherungsträger. Der Landesgesundheitsfonds kann jedoch Handlungen, welche den Aufwand der Versicherungsträger erhöhen würden, rechtsgültig nur im Einvernehmen mit dem Hauptverband vornehmen. Dieses Einvernehmen kann rechtsgültig nur schriftlich hergestellt werden.
9. Wenn Leistungen gemäß Z 3 gewährt werden, hat der Rechtsträger der Krankenanstalt oder der Landesgesundheitsfonds gegenüber dem/der Versicherten, dem Patienten, der Patientin oder den für ihn/sie unterhaltspflichtigen Personen hieraus keinen Anspruch auf Gegenleistungen; ausgenommen hievon sind nur der Kostenbeitrag gemäß § 27a KAKuG und der Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 7.
10. Die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Krankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt. Ansprüche auf Zahlungen können durch diese Verträge nicht rechtsgültig begründet werden, sofern es sich nicht um Leistungen nach Z 3 zweiter Satz handelt. Die Verträge sind zwischen dem Hauptverband im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Versicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits im Einvernehmen mit dem zuständigen Landesgesundheitsfonds abzuschließen. Diese Verträge sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen wurden."

7. § 149 Abs. 3 zweiter bis vierter Satz lautet:

„Dieser Betrag ist an den nach dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz eingerichteten Fonds zu überweisen. Der Fonds hat die von den Krankenanstalten erbrachten Leistungen nach den Grundsätzen des § 27b KAKuG abzurechnen. Auf den Fonds ist § 148 Z 8 sinngemäß anzuwenden."

8. Im § 150 Abs. 1 Z 1 wird der Ausdruck „landesfondsfinanzierte" *durch den Ausdruck* „landesgesundheitsfondsfinanzierte" *ersetzt.*

9. (Grundsatzbestimmung) § 189 Abs. 3 lautet:

„(3) **(Grundsatzbestimmung)** Nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG gilt als Grundsatz, dass die Unfallversicherungsträger im Rahmen der im § 148 geregelten Beziehungen zu den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten den Krankenversicherungsträgern gleichgestellt sind."

10. (Grundsatzbestimmung) § 302 Abs. 3 lautet:

„(3) **(Grundsatzbestimmung)** Nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG gilt als Grundsatz, dass die Unfallversicherungsträger im Rahmen der im § 148 geregelten Beziehungen zu den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten den Krankenversicherungsträgern gleichgestellt sind."

11. Im § 322a Abs. 1 wird der Ausdruck „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung" *durch den Ausdruck* „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens" *ersetzt.*

12. Im § 322a Abs. 2 fünfter Satz wird der Ausdruck „2004" *durch den Ausdruck* „2008" *ersetzt.*

13. Im § 322a Abs. 4 zweiter Satz wird der Ausdruck „2004" *durch den Ausdruck* „2008" *ersetzt.*

14. Im § 332 Abs. 1 zweiter und dritter Satz wird jeweils der Ausdruck „Landesfonds" *durch den Ausdruck* „Landesgesundheitsfonds" *ersetzt.*

15. § 590 Abs. 5 wird aufgehoben.

16. Im § 609 Abs. 7 wird der Punkt am Ende der Z 9 durch einen Beistrich ersetzt; folgende Z 10 wird angefügt:

„10. die Aufwendungen im Zusammenhang mit der Errichtung und Führung einer Datenpseudonymisierungsstelle nach § 84a Abs. 5."

17. Dem § 620 wird folgender § 621 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 2 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 179/2004

§ 621. (1) Der siebente Unterabschnitt samt Überschrift im Abschnitt V des Ersten Teiles, die Überschrift zu § 144, der § 144 Abs. 1, die Überschrift zu § 145, §§ 145 Abs. 1 und 2, 148 samt Überschrift,

149 Abs. 3, 150 Abs. 1 Z 1, 189 Abs. 3, 302 Abs. 3, 322a Abs. 1, 2 und 4, 332 Abs. 1 sowie 609 Abs. 7 Z 9 und 10 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 179/2004 treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

(2) § 590 Abs. 5 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2004 außer Kraft.

(3) Mit Ablauf des 31. Dezember 2008 treten die im § 567 Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2008 geltenden Fassung außer Kraft und in der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Fassung - mit Ausnahme der lit. d des § 148 Z 3 sowie der § 322a - wieder in Kraft.

(4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu den §§ 148, 189 Abs. 3 und 302 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 179/2004 sind innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und rückwirkend mit 1. Jänner 2005 in Kraft zu setzen.“

Artikel 3

Bundesgesetz, mit dem das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz geändert wird

Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 171/2004, wird wie folgt geändert:

1. Im § 86 Abs. 1 wird der Ausdruck „Landesfonds“ *durch den Ausdruck* „Landesgesundheitsfonds“ *ersetzt.*

2. Im § 91 Abs. 2 wird der Ausdruck „Landesfonds“ *durch den Ausdruck* „Landesgesundheitsfonds“ *und* „landesfondsfinanzierte Krankenanstalten“ *durch den Ausdruck* „landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten“ *ersetzt.*

3. (Grundsatzbestimmung) § 97 samt Überschrift lautet:

„Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden

§ 97. (Grundsatzbestimmung) Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten ist § 148 ASVG anzuwenden.“

4. (Grundsatzbestimmung) § 160 Abs. 3 lautet:

„(3) **(Grundsatzbestimmung)** Nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG gilt als Grundsatz, dass der Versicherungsträger im Rahmen der im § 148 ASVG geregelten Beziehungen zu den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten den Krankenversicherungsträgern nach dem ASVG gleichgestellt ist.“

5. Im § 182a wird der Ausdruck „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung“ *durch den Ausdruck* „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ *ersetzt.*

6. Im § 190 Abs. 1 wird der Ausdruck „Landesfonds“ *durch den Ausdruck* „Landesgesundheitsfonds“ *ersetzt.*

7. § 288 Abs. 3 wird aufgehoben.

8. Nach § 308 wird folgender § 309 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 179/2004

§ 309. (1) Die §§ 86 Abs. 1, 91 Abs. 2, 97 samt Überschrift, 160 Abs. 3, 182a und 190 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 179/2004 treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

(2) § 288 Abs. 3 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2004 außer Kraft.

(3) Mit Ablauf des 31. Dezember 2008 treten § 182a und die in § 269 Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2008 geltenden Fassung außer Kraft und in der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Fassung - mit Ausnahme des § 182a - wieder in Kraft.

(4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu den §§ 97 und 160 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 179/2004 sind innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und rückwirkend mit 1. Jänner 2005 in Kraft zu setzen.“

Artikel 4

Bundesgesetz, mit dem das Bauern-Sozialversicherungsgesetz geändert wird

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 171/2004, wird wie folgt geändert:

1. Im § 80 Abs. 2 wird der Ausdruck „Landesfonds“ *durch den Ausdruck* „Landesgesundheitsfonds“ *ersetzt.*

2. In der Überschrift zu § 89 und im Abs. 1 wird jeweils der Ausdruck „Landesfonds“ *durch den Ausdruck* „Landesgesundheitsfonds“ *ersetzt und im Abs. 1 wird der Ausdruck* „landesfondsfinanzierte“ *durch den Ausdruck* „landesgesundheitsfondsfinanzierte“ *ersetzt.*

3. In der Überschrift zu § 90 wird der Ausdruck „Landesfonds“ *durch den Ausdruck* „Landesgesundheitsfonds“ *sowie im Abs. 1 und 2 wird jeweils der Ausdruck* „landesfondsfinanzierte“ *durch den Ausdruck* „landesgesundheitsfondsfinanzierte“ *ersetzt.*

4. (Grundsatzbestimmung) § 91 samt Überschrift lautet:

„Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden

§ 91. (Grundsatzbestimmung) Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten ist § 148 ASVG anzuwenden.“

5. (Grundsatzbestimmung) § 152 Abs. 3 lautet:

„(3) **(Grundsatzbestimmung)** Nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG gilt als Grundsatz, dass der Versicherungsträger im Rahmen der im § 148 ASVG geregelten Beziehungen zu den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten den Krankenversicherungsträgern nach dem ASVG gleichgestellt ist.“

6. Im § 170a wird der Ausdruck „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung“ *durch den Ausdruck* „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ *ersetzt.*

7. Im § 178 Abs. 1 wird der Ausdruck „Landesfonds“ *durch den Ausdruck* „Landesgesundheitsfonds“ *ersetzt.*

8. § 277 Abs. 3 wird aufgehoben.

9. Nach § 297 wird folgender § 298 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 179/2004

§ 298. (1) Die §§ 80 Abs. 2, Überschrift zu 89, 89 Abs. 1, Überschrift zu 90, 90 Abs. 1 und 2, 91 samt Überschrift, 152 Abs. 3, 170a und 178 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 179/2004 treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

(2) § 277 Abs. 3 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2004 außer Kraft.

(3) Mit Ablauf des 31. Dezember 2008 treten § 170a und die in § 258 Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2008 geltenden Fassung außer Kraft und in der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Fassung - mit Ausnahme des § 170a - wieder in Kraft.

(4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu den §§ 91 und 152 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 179/2004 sind innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und rückwirkend mit 1. Jänner 2004 in Kraft zu setzen.“

Artikel 5

Bundesgesetz, mit dem das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz geändert wird

Das Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 200/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 171/2004, wird wie folgt geändert:

1. Im § 63 Abs. 4 wird der Ausdruck „Landesfonds“ *durch den Ausdruck* „Landesgesundheitsfonds“ *ersetzt.*

2. Im § 68 Abs. 1 wird der Ausdruck „landesfondsfinanzierten“ *durch den Ausdruck* „landesgesundheitsfondsfinanzierten“ *ersetzt.*

3. (Grundsatzbestimmung) § 96 Abs. 4 lautet:

„(4) **(Grundsatzbestimmung)** Für die Regelung der Beziehungen der Versicherungsanstalt als Träger der Unfallversicherung zu den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten gelten nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG die in § 68 Abs. 1 aufgestellten Grundsätze.“

4. Im § 118a wird der Ausdruck „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung“ *durch den Ausdruck* „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ *ersetzt.*

5. Im § 125 Abs. 1 wird der Ausdruck „Landesfonds“ *durch den Ausdruck* „Landesgesundheitsfonds“ *ersetzt.*

6. § 198 Abs. 4 wird aufgehoben.

7. Nach § 211 wird folgender § 212 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 5 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 179/2004

§ 212. (1) Die §§ 63 Abs. 4, 68 Abs. 1, 96 Abs. 4 und 118a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001 treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

(2) § 198 Abs. 4 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2004 außer Kraft.

(3) Mit Ablauf des 31. Dezember 2008 treten § 118a und die in § 184 Abs. 2 genannten Bestimmungen in der am 31. Dezember 2008 geltenden Fassung außer Kraft und in der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Fassung - mit Ausnahme der lit. c des § 68 Z 3 und des § 118a - wieder in Kraft.

(4) Die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu § 96 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 179/2004 sind innerhalb von sechs Monaten zu erlassen und rückwirkend mit 1. Jänner 2004 in Kraft zu setzen.“

Artikel 6

Bundesgesetz, mit dem das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz geändert wird

Das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz, BGBl. Nr. 154/1994, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 67/2001, wird wie folgt geändert:

1. In der Überschrift zu § 7a wird der Ausdruck „Landesfonds“ *durch den Ausdruck* „Landesgesundheitsfonds“ *ersetzt.*

2. § 7a Abs. 1 und 2 lauten:

„(1) Die den Landesgesundheitsfonds auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2005 bis 2008 als Träger des Aufenthalts- oder Wohnortes entstehenden Kosten für eine Behandlung von Personen, die Leistungsansprüche nach der Verordnung oder einem Abkommen haben, werden gegenüber den zuständigen ausländischen Trägern im Wege der örtlich jeweils in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse geltend gemacht. Die Gebietskrankenkassen reichen diese Forderungen wie entsprechende eigene zwischenstaatliche Forderungen weiter und überweisen den Landesgesundheitsfonds die von den zuständigen ausländischen Trägern erstatteten Kosten, soweit Abs. 2 nichts anderes bestimmt, sobald diese bei ihnen eingelangt sind.

(2) In Fällen einer pauschalen Kostenerstattung oder eines Kostenerstattungsverzichtes überweisen die Gebietskrankenkassen den Landesgesundheitsfonds die diesen als Träger des Aufenthalts- oder Wohnortes erwachsenden Kosten mit Ende des Jahres der Geltendmachung, wobei eine generelle Kürzung des Pauschbetrages entsprechend zu berücksichtigen ist.“

3. § 7a Abs. 4 lautet:

„(4) Die Kosten einer Anstaltspflege im Ausland, die die österreichischen Träger der Sozialversicherung auf Grund des innerstaatlichen Rechts oder auf Grund der Verordnung oder eines Abkommens aufzuwenden oder zu erstatten haben, weil die betreffende Person

1. aus medizinischen Gründen aus einer inländischen in eine ausländische Krankenanstalt verlegt wurde oder
2. die ihrem Zustand angemessene Behandlung im Inland nicht oder nicht in einem Zeitraum erhalten konnte, der für diese Behandlung normalerweise erforderlich ist,

sind den Trägern der Sozialversicherung von der Bundesgesundheitsagentur gemäß Art. 39 Abs. 2 Z 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in dem Ausmaß zu ersetzen, als diese Kosten einen bestimmten Betrag übersteigen. Dieser Betrag ist für 2005 auf Basis des Betrages 2003 (Art. 32 Abs. 3 der Vereinbarung BGBl. I Nr. 60/2002) zuzüglich den Erhöhungen gemäß den vorläufigen Hundertsätzen 2004 und 2005 zu berechnen, wobei die Mehreinnahmen aus dem Budgetbegleitgesetz 2003 in die Hundertsätze einzurechnen sind. Die vorläufigen und endgültigen Beträge ergeben sich in analoger Anwendung der Valorisierungsbestimmungen gemäß Art. 17 Abs. 6 Z 2 und 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Die Träger der Sozialversicherung haben die Aufwendungen in diesen Fällen jeweils unverzüglich an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu melden. Der Hauptverband hat laufend die Entwicklung der Aufwendungen zu überwachen und halbjährlich aktuell über Art und Umfang der gemäß Abs. 2 für Anstaltspflege im Ausland erbrachten Leistungen der Bundesgesundheitskommission zu berichten. Er hat gegebenenfalls die Erstattung aus den Mitteln der Bundesgesundheitsagentur im Namen der betroffenen Träger geltend zu machen. Die Erstattungen aus den Mitteln der Bundesgesundheitsagentur sind am Ende des Jahres der Geltendmachung an die betroffenen Träger im Verhältnis der insgesamt in diesen Fällen aufgewendeten Beträge zu überweisen.“

5. Nach § 9f wird folgender § 9g eingefügt:

„**§ 9g.** Die Überschrift zu § 7a sowie § 7a Abs. 1, 2 und 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 179/2004 treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft.“

Artikel 7
Bundesgesetz, mit dem das Ärztegesetz 1998 geändert wird (6. Ärztegesetz-Novelle)

Das Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 140/2003, wird wie folgt geändert:

1. Im Inhaltsverzeichnis wird nach dem Inhaltseintrag „§ 128 ... Präsidialausschuss“ *der Inhaltseintrag* „§ 128a ... Ausbildungskommission“ *eingefügt.*

2. In § 5 Abs. 1 Z 3 wird die Wortfolge „nach Artikel 9 Abs. 1, 3 oder 5“ *durch die Wortfolge* „nach Artikel 9 Abs. 1, 3 oder 5 oder Artikel 9a“ *sowie in § 5 Abs. 2 Z 4 die Wortfolge* „nach Artikel 9 Abs. 2, 2a, 4 oder 5“ *durch die Wortfolge* „nach Artikel 9 Abs. 2, 2a, 4 oder 5 oder Artikel 9a“ *ersetzt.*

3. § 19 Z 3 und 4 lautet:

„3. im Besitz eines Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises des Zahnarztes einschließlich einer Bescheinigung gemäß Artikel 7 Abs. 1 oder 3, Artikel 7a Abs. 1 oder Artikel 7b Abs. 1, 2, 3 oder 4 der Richtlinie 78/686/EWG oder
4. im Besitz eines Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises des Arztes einschließlich einer Bescheinigung gemäß Artikel 19, 19a, 19c oder 19d der Richtlinie 78/686/EWG oder“

4. § 27 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

„Die Liste ist hinsichtlich Namen, Berufsbezeichnungen samt allfälligen amtlich verliehenen Titeln und Zusätzen gemäß § 43 Abs. 4, Diplomen der Ärztekammern in den Bundesländern, Verträgen mit Sozialversicherungsträgern und Krankenfürsorgeanstalten sowie Eintragungsnummer, Berufssitz, Dienstort, Zustelladresse oder – bei Ärzten gemäß § 47 – Wohnadresse öffentlich.“

5. Nach § 27 Abs. 2 wird folgender Abs. 2a eingefügt:

„(2a) Staatsangehörige der Republik Estland, der Republik Lettland, der Republik Litauen, der Republik Polen, der Slowakischen Republik, der Republik Slowenien, der Tschechischen Republik und der Republik Ungarn, die eine Ausübung des ärztlichen Berufes als Arzt für Allgemeinmedizin, approbierter Arzt, Facharzt, Zahnarzt oder Turnusarzt im Rahmen eines Dienstverhältnisses anstreben, haben bei der Anmeldung zur Eintragung in die Ärzteliste die Erfüllung der Voraussetzungen für eine Beschäftigung gemäß § 3 in Verbindung mit § 32a des Ausländerbeschäftigungsgesetzes (AuslBG), BGBl.

Nr. 218/1975, nachzuweisen. Dieser Nachweis gilt als ein Erfordernis gemäß §§ 4 Abs. 2 oder 18 Abs. 2 für die Ausübung des ärztlichen Berufes.“

6. § 27 Abs. 7 lautet:

„(7) Erfüllt die betreffende Person die für die Art der Berufsausübung vorgeschriebenen Erfordernisse, so hat sie die Österreichische Ärztekammer in die Ärzteliste einzutragen und ihr einen mit ihrem Lichtbild versehenen Ausweis (Ärzteausweis) auszustellen. Wenn die Erfüllung der Voraussetzungen für eine Beschäftigung gemäß § 3 in Verbindung mit § 32a AuslBG zeitlich befristet ist, hat auch die Eintragung in die Ärzteliste entsprechend zeitlich befristet zu erfolgen. Dies ist der Person anlässlich der Eintragung in die Ärzteliste unter dem Hinweis, dass ihre ärztliche Berufsberechtigung nach Fristablauf von Gesetzes wegen erlischt, schriftlich mitzuteilen. In diesem Fall kann von der Erlassung eines Feststellungsbescheides gemäß § 59 Abs. 3 abgesehen werden. Die ärztliche Tätigkeit darf erst nach Erhalt der Bestätigung über die Eintragung in die Ärzteliste (Ärzteausweis) aufgenommen werden. Ab dem Zeitpunkt der Eintragung haben Personen, die Staatsangehörige einer der übrigen Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind, dieselben Rechte und Pflichten wie die in die Ärzteliste eingetragenen österreichischen Ärzte.“

7. § 32 Abs. 1 lautet:

„(1) Die Österreichische Ärztekammer hat Personen, die

1. im Ausland eine Berechtigung zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes erworben haben,
2. nicht gemäß den §§ 4, 5, 5a, 18, 19 oder 19a zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind,
3. die allgemeinen Erfordernisse des § 4 Abs. 2 Z 2 bis 5 oder des § 18 Abs. 2 Z 2 bis 5 erfüllen und
4. einen Qualifikationsnachweis gemäß § 4 Abs. 3 in Verbindung mit § 4 Abs. 4 Z 2 oder § 4 Abs. 5 Z 2 oder gemäß den §§ 5, 5a, 18 Abs. 3 oder 4, 19 oder 19a erbringen,

eine auf höchstens drei Jahre befristete Bewilligung zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes im Rahmen eines Dienstverhältnisses als Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt oder Zahnarzt in Krankenanstalten oder Justizanstalten zu erteilen.“

8. § 32 Abs. 5 Z 2 lautet:

„2. ein Erfordernis gemäß Abs. 1 Z 1, 3 oder 4 weggefallen ist.“

9. § 33 Abs. 1 lautet:

„(1) Die Österreichische Ärztekammer hat Personen, die

1. im Ausland eine Berechtigung zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes erworben haben,
2. nicht gemäß den §§ 4, 5, 5a, 18, 19 oder 19a zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt sind,
3. die allgemeinen Erfordernisse des § 4 Abs. 2 Z 2 bis 5 oder des § 18 Abs. 2 Z 2 bis 5 erfüllen und
4. einen Qualifikationsnachweis gemäß § 4 Abs. 3 in Verbindung mit § 4 Abs. 4 Z 2 oder § 4 Abs. 5 Z 2 oder gemäß den §§ 5, 5a, 18 Abs. 3 oder 4, 19 oder 19a erbringen,

eine auf höchstens drei Jahre befristete Bewilligung zur freiberuflichen Ausübung des ärztlichen Berufes als Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt oder Zahnarzt zu erteilen.“

10. § 33 Abs. 5 Z 2 lautet:

„2. ein Erfordernis gemäß Abs. 1 Z 1, 3 oder 4 weggefallen ist.“

11. § 35 Abs. 1 Z 2 lautet:

„2. Ärzte, die österreichische Staatsbürger oder Staatsangehörige einer der übrigen Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, jedoch nicht gemäß den §§ 4, 5, 5a, 18, 19 oder 19a zur ärztlichen Berufsausübung berechtigt sind oder deren medizinische oder zahnmedizinische Doktorate nicht den Erfordernissen des § 4 Abs. 3 Z 1 oder Abs. 3 Z 1 und 2 oder des § 18 Abs. 3 oder 4 Z 1 entsprechen.“

12. Nach § 66 Abs. 2 Z 11 wird folgende Z 11a eingefügt:

„11a. zur Erstattung von Stellungnahmen gemäß § 20 Abs. 2 des AuslBG;“

13. § 68 Abs. 4 wird folgender Satz angefügt:

„Eine Verlegung des Dienstortes gemäß Z 1 liegt nicht vor, wenn der Arzt auf Grund dienstrechtlicher Vorschriften, insbesondere auf Grund von Karenzierung und Dienstzuteilung, vorübergehend im Bereich einer anderen Ärztekammer oder im Ausland ärztlich tätig wird.“

14. § 91 Abs. 4 wird folgender Satz angefügt:

„Für diesen Fall kann die Umlagenordnung die Zahlung eines einmaligen Säumniszuschlages, der 10 vH der festzusetzenden Kammerumlage nicht übersteigen darf und bei dessen Festsetzung alle bedeutsamen Umstände, insbesondere die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Kammerangehörigen, zu berücksichtigen sind, vorsehen.“

15. Am Ende des § 97 Z 3 wird der Punkt durch das Wort „sowie“ ersetzt und folgende Z 4 angefügt:

„4. an ehemalige Kammerangehörige und Hinterbliebene von Kammerangehörigen, soweit deren Beiträge weder an eine andere Ärztekammer überwiesen noch dem Kammerangehörigen rückerstattet worden sind (§ 115).“

16. § 98 Abs. 1 lautet:

„(1) Aus den Mitteln des Wohlfahrtsfonds sind im einzelnen folgende Versorgungsleistungen zu gewähren:

1. Altersversorgung,
2. Invaliditätsversorgung,
3. Kinderunterstützung,
4. Hinterbliebenenversorgung:
   a) Witwen- und Witwerversorgung,
   b) Waisenversorgung,
   c) Hinterbliebenenunterstützung,
5. Bestattungsbeihilfe.“

17. In § 98 Abs. 2 wird die Ziffernfolge „Z 3 bis 6“ *durch die Ziffernfolge* „Z 3, 4 lit. a und b“ *ersetzt, in § 98 Abs. 3 wird die Ziffernfolge* „Z 1 bis 5“ *durch die Ziffernfolge* „Z 1 bis 3, 4 lit. a und b“ *ersetzt und in § 98 Abs. 5 wird folgender Satz angefügt:*

„Erreichen die Leistungen gemäß Abs. 1 Z 1 bis 3, 4 lit. a und b weniger als ein Zehntel der in Abs. 3 angeführten Grundleistung, so kann die Satzung eine einmalige, nach versicherungsmathematischen Grundsätzen errechnete, Kapitalabfindung vorsehen.“

18. Nach § 98 Abs. 6 wird folgender Abs. 6a eingefügt:

„(6a) Die Satzung kann unter Berücksichtigung des Beitragsaufkommens zusätzliche einmalige Leistungen vorsehen.“

19. § 104 lautet:

„**§ 104.** (1) Beim Tod eines Kammerangehörigen oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung ist

1. die Bestattungsbeihilfe und
2. die Hinterbliebenenunterstützung

zu gewähren. Die Bestattungsbeihilfe dient der Abdeckung der mit der Bestattung verbundenen Kosten. Die Hinterbliebenenunterstützung ist Teil der Hinterbliebenenversorgung und dient den Hinterbliebenen als einmalige finanzielle Sofortversorgung.

(2) Das Ausmaß der Bestattungsbeihilfe und der Hinterbliebenenunterstützung ist unter Bedachtnahme auf § 92 Abs. 1 in der Satzung festzulegen.

(3) Auf die Bestattungsbeihilfe und die Hinterbliebenenunterstützung haben, sofern der verstorbene Kammerangehörige oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung nicht einen anderen Zahlungsempfänger namhaft gemacht und hierüber eine schriftliche, eigenhändig unterschriebene Erklärung beim Wohlfahrtsfonds hinterlegt hat, nacheinander Anspruch:

1. die Witwe (der Witwer),
2. die Waisen und
3. sonstige gesetzliche Erben.

(4) Sind mehrere Anspruchsberechtigte gemäß Abs. 3 Z 2 oder 3 vorhanden, ist diesen die Leistung zur ungeteilten Hand auszubezahlen.

(5) Ist eine anspruchsberechtigte Person im Sinne des Abs. 3 nicht vorhanden und werden die Kosten der Bestattung von einer anderen Person getragen, so gebührt dieser auf Antrag der Ersatz der nachgewiesenen Kosten bis zur Höhe der vorgesehenen Bestattungsbeihilfe."

20. § 109 Abs. 1 dritter Satz lautet:

„Eine Unterbrechung dieser Tätigkeit für weniger als sechs Monate sowie eine ärztliche Tätigkeit im Bereich einer anderen Ärztekammer oder im Ausland auf Grund dienstrechtlicher Vorschriften (§ 68 Abs. 4 letzter Satz) gilt diesbezüglich als ununterbrochene Berufsausübung."

20a. § 109 Abs. 5 wird folgender Satz angefügt:

„Für diesen Fall kann die Beitragsordnung die Zahlung eines einmaligen Säumniszuschlages, der 10 vH des festzusetzenden Wohlfahrtsfondsbeitrages nicht übersteigen darf und bei dessen Festsetzung alle bedeutsamen Umstände, insbesondere die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Kammerangehörigen, zu berücksichtigen sind, vorsehen."

21. § 109 Abs. 8 lautet:

„(8) Für den Fall, dass die versicherungsmathematische Deckung einzelner Gruppen von Versorgungsleistungen, berechnet nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik, nicht gegeben ist, kann die Satzung Empfängern von Versorgungsleistungen der jeweils betroffenen Gruppe einen Pensionssicherungsbeitrag so lange vorschreiben, bis die versicherungsmathematische erforderliche Deckung erreicht ist. Der Pensionssicherungsbeitrag darf jenen Prozentsatz nicht übersteigen, den die Kammerangehörigen zur Anhebung der versicherungsmathematischen Deckung des Fonds nicht pensionswirksam leisten, und darf höchstens 20 vH der Pensionsleistung der jeweils betroffenen Gruppe betragen. Die Unterdeckung ist durch das Vorliegen von zwei voneinander unabhängigen Gutachten von versicherungsmathematischen Sachverständigen (Aktuare) festzustellen. Trotz Vorliegens dieser Voraussetzungen darf ein Pensionssicherungsbeitrag nicht eingehoben werden, wenn der in der Beitragsordnung vorgesehene Beitrag, der von den Kammerangehörigen für die Leistungen der jeweils betroffenen Gruppe der Versorgungsleistungen jährlich zu bezahlen ist, in den letzten fünf Jahren vor Beschlussfassung über den Pensionssicherungsbeitrag abgesenkt wurde."

22. § 112 lautet:

„**§ 112.** (1) Erbringt ein ordentlicher Kammerangehöriger den Nachweis darüber, dass ihm und seinen Hinterbliebenen ein gleichwertiger Anspruch auf Ruhe(Versorgungs)genuss auf Grund eines unkündbaren Dienstverhältnisses zu einer Gebietskörperschaft oder einer sonstigen öffentlich-rechtlichen Körperschaft nach einem Gesetz oder den Pensionsvorschriften einer Dienstordnung gegenüber einer solchen Körperschaft zusteht, wie dieser gegenüber dem Wohlfahrtsfonds besteht, ist er auf Antrag nach Maßgabe des Antragsbegehrens und der folgenden Bestimmungen von der Verpflichtung nach § 109 zu befreien. Übt der Antragsteller keine ärztliche Tätigkeit im Sinne des § 45 Abs. 2 aus, kann die Satzung vorsehen, dass die Beitragspflicht zur Todesfallbeihilfe und zu den Unterstützungsleistungen bestehen bleibt. Übt der Antragsteller eine ärztliche Tätigkeit im Sinne des § 45 Abs. 2 aus, bleibt jedenfalls die Beitragspflicht zur Grundleistung bestehen. Die Satzung kann vorsehen, dass die Beitragspflicht darüber hinaus auch für die Ergänzungsleistungen, die Todesfallbeihilfe und die Unterstützungsleistungen bestehen bleibt.

(2) Erbringt ein ordentlicher Kammerangehöriger den Nachweis darüber, dass ihm und seinen Hinterbliebenen ein gleichartiger Anspruch auf Ruhe(Versorgungs)genuss auf Grund der Zugehörigkeit zum Wohlfahrtsfonds einer anderen Ärztekammer zusteht, wie dieser gegenüber dem Wohlfahrtsfonds besteht, wird er auf Antrag zur Gänze von der Beitragspflicht nach § 109 befreit.

(3) Kammerangehörige, die erst nach Vollendung des 35. Lebensjahres beitragspflichtig werden, sind, sofern dies die Satzung vorsieht, ab Vollendung des 35. Lebensjahres zu einer Nachzahlung im Sinne des Abs. 4 verpflichtet. Diese Nachzahlungsverpflichtung entfällt für jene Zeiträume, in denen der Kammerangehörige in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweizerischen Eidgenossenschaft in einem gesetzlich vorgesehenen System der sozialen Sicherheit in einem Zweig versichert war, der Leistungen für den Fall der Invalidität, des Alters oder an Hinterbliebene vorsieht.

(4) Für die Berechnung des Nachzahlungsbetrages ist der auf einen Kammerangehörigen entfallende Durchschnittsbeitrag der einzelnen Kalenderjahre heranzuziehen. Weiters hat die Satzung zu bestimmen, ob bei der Berechnung des Nachzahlungsbetrages auf das Beitragsniveau des laufenden Kalenderjahres

aufzuwerten ist, oder ob mit dem Prozentsatz der durchschnittlichen Rendite des Fondsvermögens während des Nachzahlungszeitraumes nach den Grundsätzen einer Zinseszinsrechnung zu verzinsen ist. Außer Ansatz bleiben jedoch die während des Nachzahlungszeitraumes eingehobenen Beitragsanteile für die Bestattungsbeihilfe und die Unterstützungsleistungen.

(5) Für den Fall der Befreiung von der Beitragspflicht ist die Gewährung von Leistungen entsprechend dem Ausmaß der Befreiung ganz oder teilweise ausgeschlossen.

(6) Die Beitragsordnung hat zu regeln, wie die nach Maßgabe der Bestimmungen des § 115 nicht rückerstatteten Beiträge verwendet werden, wenn die Kammerangehörigkeit oder Beitragspflicht wieder entsteht. Bei Zuständigkeit und Leistungsverpflichtung einer anderen Ärztekammer gelten die Überweisungsbestimmungen des § 115 sinngemäß."

23. § 115 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

„Die für bestimmte Zwecke, insbesondere Bestattungsbeihilfe, Hinterbliebenenunterstützung und Krankenunterstützung, satzungsgemäß vorgesehenen Beitragsteile bleiben bei der Berechnung des Überweisungsbetrages außer Betracht."

24. § 115 Abs. 2 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Ein Rückersatz von Beiträgen nach Abs. 1 oder 2 ist nur dann möglich, wenn der Kammerangehörige schriftlich bestätigt, dass er nicht in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweizerischen Eidgenossenschaft von einem Zweig eines gesetzlich vorgesehenen Systems der sozialen Sicherheit für Arbeitnehmer oder Selbständige erfasst wird, der Leistungen für den Fall der Invalidität, des Alters oder an Hinterbliebene vorsieht."

24a. § 118c samt Überschrift lautet:

„Verordnung zur Qualitätssicherung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung

§ 118c. (1) Die Österreichische Ärztekammer hat nach Befassung des wissenschaftlichen Beirats für Qualitätssicherung, der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte sowie der Bundeskurie der Zahnärzte die zu evaluierenden Kriterien (§ 118a Abs. 2 Z 1), die Kontrolle der Evaluierungsergebnisse, die Kriterien für die diesbezügliche elektronische Datenübermittlung sowie das von der Gesellschaft zu führende Qualitätsregister durch Verordnung jeweils für eine Geltungsdauer von fünf Jahren zu regeln. Diese Verordnung ist im Sinne des § 49 laufend weiter zu entwickeln. Die Verordnung ist bis spätestens 1. Jänner 2005 erstmals zur Genehmigung vorzulegen und in der Folge regelmäßig, erforderlichenfalls auch vor Ablauf der fünfjährigen Geltungsdauer, an die genannten Erfordernisse anzupassen.

(2) Die Verordnung ist dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen spätestens drei Monate vor Ablauf der fünfjährigen Geltungsdauer (Abs. 1) zur aufsichtsbehördlichen Genehmigung vorzulegen."

25. Nach § 120 Z 6 wird folgende Ziffer 6a eingefügt:

„6a. die Ausbildungskommission (§ 128a),"

26. Nach § 128 wird folgender § 128a samt Überschrift eingefügt:

„Ausbildungskommission

§ 128a. (1) Die Ausbildungskommission besteht aus je einem Vertreter der in den Ärztekammern in den Bundesländern eingerichteten Ausbildungskommissionen (§ 82 Abs. 2) sowie aus zwei vom Vorstand der Österreichischen Ärztekammer aus seiner Mitte nominierten Mitgliedern. Der Vorsitzende der Ausbildungskommission und dessen Stellvertreter werden vom Vorstand nominiert. Für jedes weitere Mitglied ist ein entsprechendes Ersatzmitglied zu bestellen.

(2) Der Vorsitzende beruft die Sitzungen der Ausbildungskommission ein, setzt die Tagesordnung fest und leitet die Sitzungen. Im Falle der Verhinderung des Vorsitzenden und des Stellvertreters tritt für die Dauer der Verhinderung das an Jahren älteste Mitglied der Ausbildungskommission in die Funktion des Vorsitzenden ein.

(3) Der Präsident der Österreichischen Ärztekammer und der Vorsitzende des Bildungsausschusses sind berechtigt, an den Sitzungen der Ausbildungskommission teilzunehmen und Anträge zu stellen.

(4) Der Ausbildungskommission obliegt

1. die Entscheidung in Verfahren gemäß §§ 9 bis 13, 14, 14a, 15, 32, 33 und 35,
2. die Feststellung der Gleichwertigkeit gemäß §§ 5a Z 3, 19a Z 3 und 39 Abs. 2,
3. die Beantwortung von individuellen an die Ausbildungskommission herangetragenen Anfragen, sofern sie über den Einzelfall hinausgehende Bedeutung haben, sowie

4. die Erstattung von Berichten und Vorschlägen an andere Organe der Österreichischen Ärztekammer.

(5) Die Ausbildungskommission ist beschlussfähig, wenn zumindest sieben Mitglieder anwesend sind. Jedes Mitglied hat eine Stimme.

(6) Für die Beschlüsse der Ausbildungskommission ist die Zweidrittelmehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen erforderlich. Über jeden Antrag ist gesondert abzustimmen.

(7) Nähere Vorschriften über die Struktur und Aufgaben der Ausbildungskommission sind von der Österreichischen Ärztekammer durch Geschäftsordnung festzulegen."

26a. § 195 Abs. 6f lautet:

„(6f) Die Erlassung einer Verordnung gemäß § 118c bedarf der Genehmigung des Bundesministers für Gesundheit und Frauen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die zu genehmigende Verordnung diesem Bundesgesetz, insbesondere den in § 49 festgelegten Pflichten des Arztes oder Zahnarztes, entspricht. Der Hinweis auf die Beschlussfassung der Verordnung gemäß § 118c ist in der Österreichischen Ärztezeitung kundzumachen. Gleichzeitig mit der Kundmachung in der Österreichischen Ärztezeitung ist die Verordnung durch die Österreichische Ärztekammer im Volltext im Internet allgemein zugänglich kundzumachen. Soweit die Verordnung keinen späteren In-Kraft-Tretens-Zeitpunkt vorsieht, tritt die Verordnung nach Ablauf des Tages der Kundmachung im Internet in Kraft."

27. In § 208 Abs. 2 wird die Wortfolge „in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 110/2001 (2. Ärztegesetz-Novelle)" *durch die Wortfolge* „in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 140/2003 (5. Ärztegesetz-Novelle)" *ersetzt.*

28. § 210 Abs. 6 werden folgende Abs. 7 und 8 angefügt:

„(7) Am 1. Mai 2004 in Kraft stehende Bewilligungen gemäß §§ 32, 33 und 35 für Staatsangehörige der Republik Estland, der Republik Lettland, der Republik Litauen, der Republik Malta, der Republik Polen, der Slowakischen Republik, der Republik Slowenien, der Tschechischen Republik, der Republik Ungarn und der Republik Zypern, bleiben ungeachtet einer möglichen Berechtigung zur Berufsausübung gemäß §§ 4, 5, 5a, 18, 19 oder 19a unberührt.

(8) Staatsangehörige der Republik Estland, der Republik Lettland, der Republik Litauen, der Republik Malta, der Republik Polen, der Slowakischen Republik, der Republik Slowenien, der Tschechischen Republik, der Republik Ungarn und der Republik Zypern, die am 1. Mai 2004 gemäß §§ 7 Abs. 6 und 8 Abs. 4 und 5 in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin, zum Facharzt, im Hauptfach eines Sonderfaches oder in einem Additivfach stehen, sind berechtigt, ihre Ausbildung nach der vor diesem Zeitpunkt geltenden Rechtslage abzuschließen."

29. § 214 Abs. 13 wird folgender Abs. 14 angefügt:

„(14) Die §§ 5 Abs. 1 Z 3 und Abs. 2 Z 4, 19 Z 3 und 4, 27 Abs. 2a und 7, § 32 Abs. 1, § 32 Abs. 5 Z 2, § 33 Abs. 1, § 33 Abs. 5 Z 2, § 35 Abs. 1 Z 2, § 66 Abs. 2 Z 11a und § 210 Abs. 7 und 8 treten mit 1. Mai 2004 in Kraft. § 208 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 179/2004 tritt mit 31. Dezember 2003 in Kraft."

Artikel 8

Novelle zum Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen

Das Gesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 144/2003, wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Abs. 1 und 2, § 3 Abs. 1 und 2, § 4 sowie in § 7 Abs. 1, 2 und 3 wird das Wort „Landesfonds" *jeweils durch das Wort* „Landesgesundheitsfonds" *ersetzt.*

2. § 5 Abs. 2 lautet:

„(2) Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat die vorgelegten Berichte der Bundesgesundheitsagentur, den Landesgesundheitsfonds, den Ländern, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Trägern der Sozialversicherung insoweit zu übermitteln, als dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist."

3. § 8a lautet:

„**§ 8a.** Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat die vorgelegten Berichte gemäß §§ 7 und 8 der Bundesgesundheitsagentur, den Landesgesundheitsfonds, den Ländern, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Trägern der Sozialversicherung insoweit zu übermitteln, als dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist."

4. § 10 lautet:

„**§ 10.** Die Träger von nicht über Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten, die den gemäß §§ 1, 2 oder 8 auferlegten Verpflichtungen oder den Verpflichtungen gemäß §§ 4 oder 6 des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetzes, BGBl. I Nr. 165/2004, nicht nachkommen, begehen, sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet, eine Verwaltungsübertretung und sind mit einer Geldstrafe bis zu 5 000 Euro zu bestrafen."

5. In § 12 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Die §§ 2, 3, 5, 7, 8a und 10 in der Fassung dieses Bundesgesetzes treten mit 1. Jänner 2005 in Kraft. Bis zur Einrichtung von Landesgesundheitsfonds durch die Länder nehmen die Landesfonds die Aufgaben und Funktionen der Landesgesundheitsfonds wahr."

Artikel 9

Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen

(Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG)

Zielsetzung und Grundsätze

§ 1. (1) Zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen ist systematische Qualitätsarbeit zu implementieren und zu intensivieren. Dazu ist ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem basierend auf den Prinzipien Patientinnen- und Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz nachhaltig zu entwickeln, umzusetzen und regelmäßig zu evaluieren. Dabei ist insbesondere die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der Patientinnen- und Patientensicherheit zu gewährleisten.

(2) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat sicherzustellen, dass die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, zur Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend erfolgen. Dabei sind im Sinne des Qualitätssystems die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu berücksichtigen.

(3) Zum Zweck der Sicherstellung der in Abs. 1 und 2 festgeschriebenen Grundsätze hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen für eine entsprechende Abstimmung der am gesamtösterreichischen Qualitätssystem beteiligten Akteurinnen und Akteure Sorge zu tragen. Darüber hinaus hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen die bundesweite Koordinierung von Qualitätsmaßnahmen zum Zweck der nationalen und internationalen Vergleichbarkeit von Gesundheitsleistungen zu gewährleisten.

(4) Die für die kontinuierliche Qualitätsarbeit erforderlichen Daten müssen, sofern sie nicht für konkrete Ziele und Zwecke personenbezogen benötigt werden, im Wege einer Vertrauensstelle zumindest pseudonymisiert werden.

Begriffsbestimmungen

§ 2. Im Sinne dieses Bundesgesetzes bedeuten die Begriffe:

1. „Qualitätssystem": Darunter wird ein Koordinierungs-, Förderungs-, Unterstützungs- und Überwachungssystem des Bundes verstanden, mit dem Ziel, die Qualität der Gesundheitsleistungen kontinuierlich zu verbessern.
2. „Qualität": Grad der Erfüllung der Merkmale von patientinnen- und patientenorientierter, transparenter, effektiver und effizienter Erbringung der Gesundheitsleistung. Die zentralen Anliegen in diesem Zusammenhang sind die Optimierung von Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.
3. „Patientinnen- und Patientenorientierung": Im Sinne der Verbesserung der Lebensqualität sollen die jeweils betroffenen Menschen im Mittelpunkt der Entscheidungen und Handlungen stehen und befähigt werden, als Koproduzentinnen und Koproduzenten an diesem Prozess der Verbesserung der Lebensqualität teilzunehmen.

4. „Patientinnen- und Patientensicherheit“: Umfasst Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse, die zum Schaden der Patientin / des Patienten führen können.
5. „Transparenz“: Nachvollziehbarkeit durch Dokumentation und Analyse der Leistungen und Ergebnisse und deren systematische Überprüfung; Basis für kontinuierliche und systematische Vergleiche zur Qualitätsverbesserung.
6. „Effektivität“: Zielerreichungsgrad zwischen einem gesetzten Ziel und dessen Realisierung, wobei das in der Gesundheitsversorgung gesetzte Ziel idealerweise die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten ist.
7. „Effizienz“: Verhältnis zwischen dem Einsatz und dem Ergebnis einer Leistung nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip unter Berücksichtigung der Kostendämpfung.
8. „Strukturqualität“: Summe sachlicher und personeller Ausstattung in quantitativer und qualitativer Hinsicht.
9. „Prozessqualität“: Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, die nach nachvollziehbaren und nachprüfbaren Regeln systematisiert erfolgen und dem Stand des professionellen Wissens entsprechen, regelmäßig evaluiert und kontinuierlich verbessert werden.
10. „Ergebnisqualität“: Messbare Veränderungen des professionell eingeschätzten Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Zufriedenheit einer Patientin / eines Patienten bzw. einer Bevölkerungsgruppe als Ergebnis bestimmter Rahmenbedingungen und Maßnahmen.
11. „Gesundheitsleistung“: Jede durch eine Angehörige oder einen Angehörigen eines gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufes am oder für den Menschen erbrachte Handlung, die der Förderung, Bewahrung, Wiederherstellung oder Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes dient.
12. „Qualitätsstandards“: Beschreibbare Regelmäßigkeiten bzw. Vorgaben hinsichtlich Ausstattung, Verfahren oder Verhalten.
13. „Bundesqualitätsrichtlinien“: Von der Bundesministerin / Vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen durch Verordnung erlassene und damit verbindlich gemachte Standards.
14. „Bundesqualitätsleitlinien“: Von der Bundesministerin / Vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen als Orientierungshilfe empfohlene Standards.
15. „Qualitätsindikator“: Messbare Größe, welche dazu geeignet ist, die Qualität der Gesundheitsleistung zu beobachten, zu vergleichen und zu evaluieren.
16. „Referenzwert, Referenzbereich“: Ein Referenzbereich ist jenes Intervall, innerhalb dessen die Ausprägung eines Qualitätsindikators als gut oder als unauffällig definiert wird. Ein Referenzwert ist ein Referenzbereich, dessen Ober- und Untergrenze zusammenfallen.
17. „Grundprinzipien der Gesundheitsförderung“ im Rahmen der Erbringung von Gesundheitsleistungen: Gesundheitsförderung zielt auf den Prozess ab, den Menschen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Anwendungsbereich

§ 3. (1) Die Bestimmungen dieses Gesetzes sind bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen, unabhängig von der Organisationsform der Leistungserbringerin / des Leistungserbringers einzuhalten. Die Gesundheitsleistungen müssen den auf Grund dieses Gesetzes geltenden Vorgaben und dem jeweiligen anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen entsprechen sowie in der fachlich gebotenen Qualität und in einem gesundheitsförderlichen Umfeld erbracht werden.

(2) Bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen ist die Transparenz betreffend Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gegenüber den Patientinnen und Patienten auf deren Nachfrage zu gewährleisten.

Qualitätsstandards

§ 4. (1) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann die Entwicklung von Qualitätsstandards für die Erbringung bestimmter Gesundheitsleistungen unter Einbeziehung der jeweils Betroffenen, insbesondere der relevanten Gesundheitsberufe sowie der Patientinnen und Patienten, unterstützen.

(2) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann im Zusammenhang mit der Erbringung von Gesundheitsleistungen Qualitätsstandards als Bundesqualitätsleitlinien empfehlen oder als Bundesqualitätsrichtlinien durch Verordnung erlassen, wobei insbesondere auf Folgendes zu achten ist:

1. Bundeseinheitlichkeit,
2. Bedachtnahme auf sektoren- und berufsübergreifende Vorgehensweise,

3. Patientinnen- und Patientenorientierung,
4. Grundprinzipien der Gesundheitsförderung,
5. Transparenz,
6. gegenwärtiger Stand des Wissens und der Erfahrung bezüglich der Effektivität und der Effizienz.

Die Bundesqualitätsstandards enthalten Vorgaben für eine oder mehrere der in § 5 genannten Dimensionen der Qualitätsarbeit (Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität). Zur Umsetzung der Bundesqualitätsrichtlinien kann der Bund neben verbindlichen Instrumenten auch unverbindliche Instrumente, die durch gleichwertige Maßnahmen – bei Nachweis der Erfüllung der Anforderungen – ersetzt werden können, vorsehen.

(3) An Bundesqualitätsleitlinien oder Bundesqualitätsrichtlinien können Qualitätsindikatoren gekoppelt werden, deren Inhalte auch Elemente der österreichischen Qualitätsberichterstattung darstellen. Bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren ist auf internationale Vergleichbarkeit zu achten.

Dimensionen der Qualitätsarbeit

§ 5. (1) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat dafür Sorge zu tragen, dass die Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen im Sinne einer systematischen Qualitätsarbeit Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigen. Dabei ist auf die Weiterentwicklung entsprechender Methodenarbeit sowie auf Melde- und Dokumentationserfordernisse Bedacht zu nehmen. Diese Vorgaben haben mit Bedacht auf internationale Entwicklungen zu erfolgen.

(2) Im Bereich der Strukturqualität hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen verbindliche Strukturqualitätskriterien für die Erbringung von Gesundheitsleistungen zu entwickeln. Diese Strukturqualitätskriterien sind bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen einzuhalten, unabhängig davon, in welcher Organisationsform diese erbracht werden. Entsprechende Meldepflichten sind hierzu von der Bundesministerin / vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen festzulegen.

(3) Im Bereich der Prozessqualität hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen verbindliche Anforderungen zu entwickeln sowie Unterstützung durch die Zurverfügungstellung geeigneter Instrumente zu gewährleisten. Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat dafür Sorge zu tragen, dass Indikatoren zur Prozessqualität und Meldepflichten zu diesen Prozessqualitätsindikatoren festgelegt werden, unter anderem im Rahmen der österreichischen Qualitätsberichterstattung.

(4) Im Bereich der Ergebnisqualität hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen dafür Sorge zu tragen, dass Indikatoren und Referenzgrößen zur Ergebnisqualität und entsprechende Meldepflichten hierzu festgelegt werden, unter anderem im Rahmen der österreichischen Qualitätsberichterstattung.

Qualitätsberichterstattung

§ 6. (1) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat im Hinblick auf den Aufbau, die Weiterentwicklung, die Sicherung und die Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems Vorgaben für den Aufbau einer bundeseinheitlichen, bundesländer-, berufs- und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung zu machen. Für die diesbezüglich erforderliche Dokumentation und Datenmeldung sind folgende Grundsätze einzuhalten:

1. Festlegung und Erfassung jener Daten, die für die Überprüfung der Erfüllung der Vorgaben dieses Bundesgesetzes notwendig sind;
2. die Sicherstellung der österreichweiten Erfassung der für die Beobachtung der Qualität des österreichischen Gesundheitswesens relevanten Daten;
3. die Geringhaltung des administrativen Aufwandes bei der Dokumentation und Qualitätsberichterstattung und die weitestgehende Einbeziehung bestehender Dokumentationen.

(2) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann durch Verordnung nähere Bestimmungen hinsichtlich der Dokumentation bzw. der Qualitätsberichterstattung festlegen. Dazu zählen insbesondere:

1. Datenumfang, Datenqualität, Datenfluss,
2. Berichtszeitpunkt,
3. Berichtszeitraum und
4. Festlegung der zur Dokumentation, Datenmeldung und Qualitätsberichterstattung Verpflichteten.

Dabei ist insbesondere auf die in Abs. 1 genannten Vorgaben Bedacht zu nehmen.

(3) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat im Sinne der verstärkten Transparenz die Intensität der Mitwirkung der Akteurinnen und Akteure am österreichischen

Qualitätssystem für die interessierte Öffentlichkeit in geeigneter Form bekannt zu machen. Sie / Er hat darüber hinaus dafür Sorge zu tragen, dass entsprechende Rückmeldesysteme an die zur Qualitätsberichterstattung Verpflichteten eingerichtet werden.

Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen

§ 7. Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann die Entwicklung von Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen im Bereich der Qualitätsarbeit unterstützen. Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann auch selbst Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen zur nachhaltigen Verbesserung bzw. Sicherstellung der Qualität von Gesundheitsleistungen setzen.

Kontrolle

§ 8. (1) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat im Zusammenhang mit der Sicherung und Verbesserung der Qualität von Gesundheitsleistungen eine bundesweite Beobachtung und Kontrolle sicherzustellen. Diese umfasst jedenfalls

1. die Überprüfung der Mitwirkung an der österreichischen Qualitätsberichterstattung,
2. die Überprüfung der Umsetzung von Bundesqualitätsrichtlinien und
3. die Evaluierung der Umsetzung bzw. Anwendung von Bundesqualitätsleitlinien bzw. des Einsatzes gleichwertiger Instrumente.

(2) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat sicherzustellen, dass begleitende externe Kontrollen zur Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen erfolgen. Zu diesem Zweck haben die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen sowie die von ihr / ihm beauftragten Personen, Einrichtungen und Behörden das Recht, Auskünfte und Meldungen zu verlangen, in alle für die Qualitätsarbeit relevanten Unterlagen Einsicht zu nehmen, einschließlich der Datenqualität, und bei Bedarf Erhebungen vor Ort durchzuführen, soweit dies zur Wahrnehmung der ihr / ihm obliegenden Aufgaben erforderlich ist. Den Einsicht nehmenden Personen, Einrichtungen und Behörden sind Kopien der eingesehenen Unterlagen kostenlos zur Verfügung zu stellen. Sonstige Beobachtungs- und Kontrollpflichten bzw. –rechte auf Grund anderer Rechtsvorschriften bleiben davon unberührt.

Unterstützung durch das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen

§ 9. (1) Ein „Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen“ ist einzurichten. Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann sich bei der Wahrnehmung ihrer / seiner Aufgaben auf Grund dieses Gesetzes dieses „Bundesinstitutes für Qualität im Gesundheitswesen“ bedienen.

(2) Dieses Institut hat unter Bedachtnahme auf die Bundeseinheitlichkeit, die bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifende Vorgehensweise, die Patientinnen- und Patientenorientierung, die Transparenz, Effektivität, Effizienz und gemäß internationaler Standards insbesondere folgende Aufgaben wahrzunehmen:

1. Mitwirkung bei der Erstellung von allgemeinen Vorgaben und Grundsätzen
   a) für die Standardentwicklung im Bereich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität,
   b) für die Dokumentation zur Qualitätsberichterstattung und für die Qualitätsberichterstattung,
   c) für Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen,
   d) für die Kontrolle gemäß § 8 Abs. 1;
2. Überprüfung, Empfehlung sowie Erarbeitung von Qualitätsstandards, die von der Bundesministerin / vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen erlassen (Bundesqualitätsrichtlinien) oder als Orientierungshilfe (Bundesqualitätsleitlinie) empfohlen werden können;
3. Erstellung des jährlichen Qualitätsberichtes;
4. Durchführung von bzw. Mitwirkung bei der Setzung von Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen;
5. Durchführung der bzw. Mitwirkung an der Kontrolle der Einhaltung der Bestimmungen dieses Gesetzes und der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Verordnungen oder sonstiger Vorgaben;
6. Unterstützung der Bundesministerin / des Bundesministers für Gesundheit und Frauen bei der bundesweiten Koordinierung von Qualitätsmaßnahmen zum Zweck der nationalen und internationalen Vergleichbarkeit von Gesundheitsleistungen.

Strafbestimmungen

§ 10. (1) Wer bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen einer auf Grund dieses Gesetzes verbindlich gemachten Bundesqualitätsrichtlinie zuwiderhandelt, begeht, sofern nicht eine gerichtlich strafbare Tat vorliegt, eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Verwaltungsstrafe bis Euro 10.000,-- zu bestrafen, im Wiederholungsfall bis Euro 20.000,--.

(2) Wer den Vorschriften über die Qualitätsberichterstattung oder der Dokumentation nicht entspricht, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Verwaltungsstrafe bis Euro 3.000,-- zu bestrafen, im Wiederholungsfall bis Euro 5.000,--.

(3) Wer die Kontrollrechte der Bundesministerin / des Bundesministers für Gesundheit und Frauen nach § 8 Abs. 2, zweiter und dritter Satz, oder der von ihr / ihm beauftragten Personen, Einrichtungen oder Behörden behindert, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Verwaltungsstrafe bis Euro 5.000,-- zu bestrafen, im Wiederholungsfall bis Euro 7.000,--.

(4) Von geahndeten Verwaltungsübertretungen ist die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen in Kenntnis zu setzen.

Schluss- und In-Kraft-Tretensbestimmungen

§ 11. (1) Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen betraut.

(2) Dieses Bundesgesetz tritt mit Ausnahme des § 10 am 1.Jänner 2005 in Kraft. § 10 tritt am 1. Jänner 2006 in Kraft.

Artikel 10

Bundesgesetz betreffend Datensicherheitsmaßnahmen beim elektronischen Verkehr mit Gesundheitsdaten und Einrichtung eines Informationsmanagement (Gesundheitstelematikgesetz - GTelG)

Inhaltsverzeichnis

1. Abschnitt: Gegenstand und Begriffsbestimmungen

§ 1 Gegenstand
§ 2 Begriffsbestimmungen

2. Abschnitt: Datensicherheit beim elektronischen Gesundheitsdatenaustausch

§ 3 Nachweis von Identität und Rolle
§ 4 Identität
§ 5 Rolle
§ 6 Vertraulichkeit
§ 7 Integrität
§ 8 Dokumentation

3. Abschnitt: Informationsmanagement

§ 9 eHealth-Verzeichnisdienst
§ 10 Inhalte
§ 11 Aufnahme
§ 12 Registrierungsverfahren
§ 13 Registrierungsstellen
§ 14 Monitoring
§ 15 Qualitätssicherung gesundheitsbezogener Web-Informationen
§ 16 Informationsdienst

4. Abschnitt: Schlussbestimmungen

§ 17 Verwaltungsstrafbestimmungen
§ 18 In-Kraft-Treten
§ 19 Übergangsbestimmungen
§ 20 Erlassung und In-Kraft-Treten von Verordnungen
§ 21 Verweisungen
§ 22 Vollziehung

1. Abschnitt

Gegenstand und Begriffsbestimmungen

Gegenstand

§ 1. (1) Mit diesem Bundesgesetz werden ergänzende Datensicherheitsbestimmungen für den elektronischen Verkehr mit Gesundheitsdaten festgelegt sowie ein Informationsmanagement für Angelegenheiten der Gesundheitstelematik eingerichtet.

(2) Ziele dieses Bundesgesetzes sind, durch bundeseinheitliche Mindeststandards die Datensicherheit beim elektronischen Verkehr mit Gesundheitsdaten anzuheben sowie die für die Entwicklung und Steuerung der Gesundheitstelematik im internationalen Kontext notwendigen Informationsgrundlagen zu schaffen bzw. zu verbreitern.

(3) Die gesetzlichen Regelungen über die Zulässigkeit von Datenverwendungen, über die Rechte der Betroffenen sowie über den Rechtsschutz bleiben durch dieses Bundesgesetz unberührt.

Begriffsbestimmungen

§ 2. Im Sinne dieses Bundesgesetzes bedeuten

1. Gesundheitsdaten: direkt personenbezogene Daten gemäß § 4 Z 1 DSG 2000 über die physische oder psychische Befindlichkeit eines Menschen, einschließlich der im Zusammenhang mit der Erhebung der Ursachen für diese Befindlichkeit sowie der medizinischen Vorsorge oder Versorgung, der Pflege, der Verrechnung von Gesundheitsdienstleistungen oder der Versicherung von Gesundheitsrisken erhobenen Daten. Dazu gehören insbesondere Daten die
   a) die geistige Verfassung,
   b) die Struktur, die Funktion oder den Zustand des Körpers oder Teile des Körpers,
   c) die gesundheitsrelevanten Lebensgewohnheiten oder Umwelteinflüsse,
   d) die verordneten oder bezogenen Arzneimittel, Heilbehelfe oder Hilfsmittel,
   e) die Diagnose-, Therapie- oder Pflegemethoden oder
   f) die Art, die Anzahl, die Dauer oder die Kosten von Gesundheitsdienstleistungen oder gesundheitsbezogene Versicherungsdienstleistungen betreffen.
2. Gesundheitsdiensteanbieterin/Gesundheitsdiensteanbieter: Auftraggeberinnen/Auftraggeber und Dienstleisterinnen/Dienstleister gemäß DSG 2000, deren regelmäßige Verwendung von Gesundheitsdaten Bestandteil ihrer Erwerbstätigkeit, ihres Betriebszwecks oder ihres Dienstleistungsangebotes ist.
3. Elektronischer Gesundheitsdatenaustausch: die Weitergabe von oder die Einräumung von Zugriffsrechten auf im Rahmen automationsunterstützter Datenanwendungen verwendeter Gesundheitsdaten mittels kommunikationstechnologischer Einrichtungen durch eine Gesundheitsdiensteanbieterin/einen Gesundheitsdiensteanbieter und zwar sowohl an Auftraggeberinnen/Auftraggeber (§ 4 Z 4 DSG 2000) als auch an Dienstleisterinnen/Dienstleister (§ 4 Z 5 DSG 2000).
4. Rolle: Klassifizierung von Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbietern nach der Art ihrer Erwerbstätigkeit, ihres Betriebszwecks oder ihres Dienstleistungsangebotes.

2. Abschnitt

Datensicherheit beim elektronischen Gesundheitsdatenaustausch

Nachweis von Identität und Rolle

§ 3. Werden im elektronischen Verkehr zwischen Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbietern Gesundheitsdaten weitergegeben oder Zugriffsrechte darauf eingeräumt, so darf dies nur geschehen, wenn Identität und Rolle der Empfängerin/des Empfängers oder jener Gesundheitsdiensteanbieterin/jenes Gesundheitsdiensteanbieters, die/der ein eingeräumtes Zugriffsrecht auf Gesundheitsdaten in Anspruch nehmen will, nachgewiesen sind. Die Nachweise sind nach Maßgabe der §§ 4 und 5 in elektronischer Form zu erbringen und zu prüfen.

Identität

§ 4. (1) Der Nachweis der Identität ist durch Vorlage einer elektronischen Bescheinigung (Zertifikat), mit der die in Übereinstimmung mit den §§ 3 bis 6 E-Government-Gesetz festgestellte Identität der

Gesundheitsdiensteanbieterin/des Gesundheitsdiensteanbieters bestätigt wird, zu erbringen und zu prüfen. Das Zertifikat muss den gemäß § 7 Abs. 5 festgelegten Mindestanforderungen entsprechen.

(2) Der Nachweis gemäß Abs. 1 kann unterbleiben, wenn die Gesundheitsdiensteanbieterin/der Gesundheitsdiensteanbieter in den eHealth-Verzeichnisdienst eingetragen ist und dies von der/vom die Gesundheitsdaten weitergebenden oder den Zugriff darauf einräumenden Gesundheitsdiensteanbieterin/Gesundheitsdiensteanbieter durch Einsichtnahme in den eHealth-Verzeichnisdienst überprüft wird.

(3) Wird der elektronische Gesundheitsdatenaustausch ausschließlich programmgesteuert abgewickelt, ist – abweichend von Abs. 1 und 2 – der Nachweis der Identität mittels Serverzertifikaten zu erbringen und programmgesteuert zu prüfen. Serverzertifikate müssen den gemäß § 7 Abs. 5 festgelegten Mindestanforderungen entsprechen.

(4) Wird im Rahmen des elektronischen Gesundheitsdatenaustausches eine Datenanwendung direkt aus der Entfernung bedient und ist der Nachweis bzw. die Prüfung der Identität gemäß Abs. 1 oder 2 im Einzelfall aus technischen oder wirtschaftlichen Gründen unzweckmäßig, ist die Identität im Zuge der Implementierung der Zugangsberechtigung nachzuweisen und zu prüfen. Während des Bestehens der Zugangsberechtigung ist die Identität in periodischen Abständen zu prüfen.

(5) Für die Prüfung der Identität im Rahmen des elektronischen Gesundheitsdatenaustausches während einer bestehenden Zugangsberechtigung gemäß Abs. 4 haben Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter den Grund, die Periodizität, die einen Monat nicht übersteigen darf, die bei der Prüfung einzuhaltende Vorgangsweise sowie die Mechanismen zur Sicherstellung und Kontrolle ihrer Durchführung zu dokumentieren.

Rolle

§ 5. (1) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat die für den elektronischen Gesundheitsdatenaustausch in Betracht kommenden Rollen sowie jene Stellen, die die Zuordnung von Rollen zu einer Gesundheitsdiensteanbieterin/einem Gesundheitsdiensteanbieter authentisch bestätigen, mit Verordnung festzulegen.

(2) Der Nachweis der Rolle ist durch Vorlage einer elektronischen Bescheinigung (Zertifikat) einer gemäß Abs. 1 festgelegten Stelle zu erbringen und zu prüfen. Das Zertifikat muss den gemäß § 7 Abs. 5 festgelegten Mindestanforderungen entsprechen.

(3) Der Nachweis gemäß Abs. 2 kann unterbleiben, wenn die Gesundheitsdiensteanbieterin/der Gesundheitsdiensteanbieter in den eHealth-Verzeichnisdienst eingetragen ist und die Rolle von der/vom die Gesundheitsdaten weitergebenden oder den Zugriff darauf einräumenden Gesundheitsdiensteanbieterin/Gesundheitsdiensteanbieter durch Einsichtnahme in den eHealth-Verzeichnisdienst überprüft wird.

(4) Wird der elektronische Gesundheitsdatenaustausch ausschließlich programmgesteuert abgewickelt und ist der Nachweis und die Prüfung der Rolle im Einzelfall aus technischen oder wirtschaftlichen Gründen unzweckmäßig, hat der Nachweis bzw. die Prüfung der Rolle der Empfängerin/des Empfängers der Gesundheitsdaten vor der erstmaligen Durchführung des Gesundheitsdatenaustausches zu erfolgen. Im laufenden Betrieb ist die Rolle in periodischen Abständen zu prüfen.

(5) Wird im Rahmen des elektronischen Gesundheitsdatenaustausches eine Datenanwendung direkt aus der Entfernung bedient und ist der Nachweis und die Prüfung der Rolle im Einzelfall aus technischen oder wirtschaftlichen Gründen unzweckmäßig, hat der Nachweis und die Prüfung der Rolle vor der Implementierung der Zugangsberechtigung zur Datenanwendung zu erfolgen. Während des Bestehens der Zugangsberechtigung ist die Rolle in periodischen Abständen zu prüfen.

(6) Für die Prüfung der Rolle im Rahmen des elektronischen Gesundheitsdatenaustausches im laufenden Betrieb gemäß Abs. 4 oder während einer bestehenden Zugangsberechtigung gemäß Abs. 5 haben Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter den Grund, die Periodizität, die einen Monat nicht übersteigen darf, die bei der Prüfung einzuhaltende Vorgangsweise sowie die Mechanismen zur Sicherstellung und Kontrolle ihrer Durchführung zu dokumentieren.

Vertraulichkeit

§ 6. (1) Unbeschadet der für die Verwendung personenbezogener Daten nach dem DSG 2000 bestehenden Datensicherheitsvorschriften haben Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter beim elektronischen Gesundheitsdatenaustausch über ein Medium, das nicht ihrem ausschließlichen Zugriff unterliegt, von ihnen verschiedene Dritte von der Kenntnisnahme von Gesundheitsdaten durch inhaltliche Verschlüsselung der Daten auszuschließen. Zur inhaltlichen Verschlüsselung sind kryptographische Verfahren einzusetzen, die nach dem jeweiligen Stand der Technik mit wirtschaftlich vernünftigem Aufwand nicht kompromittiert werden können.

(2) Die Verschlüsselung hat auf den Anlagen der Absenderin/des Absenders zu erfolgen, die Entschlüsselung auf den Anlagen der Empfängerin/des Empfängers der Gesundheitsdaten.

Integrität

§ 7. (1) Die Integrität (Unverfälschtheit) von weiterzugebenden Gesundheitsdaten ist durch Verwendung elektronischer Signaturen, die den gemäß Abs. 5 festgelegten Mindestanforderungen entsprechen müssen, nachzuweisen bzw. zu prüfen.

(2) Die Verwendung elektronischer Signaturen gemäß Abs. 1 kann unterbleiben, wenn der elektronische Gesundheitsdatenaustausch ausschließlich programmgesteuert oder durch direkte Bedienung einer Datenanwendung aus der Entfernung erfolgt. Gegebenenfalls haben Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter, die den programmgesteuerten Gesundheitsdatenaustausch durchführen sowie Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter, die Rechte zur Bedienung ihrer Datenanwendung aus der Entfernung einräumen, die Gründe und die von ihnen getroffenen Maßnahmen, die ein vergleichbares Datensicherheitsniveau gewährleisten müssen sowie die Mechanismen zur Sicherstellung und Kontrolle ihrer Einhaltung zu dokumentieren.

(3) Das Anbringen elektronischer Signaturen kann automationsunterstützt erfolgen.

(4) Im Fall einer fehlgeschlagenen Signaturprüfung dürfen die empfangenen Gesundheitsdaten nicht verwendet werden.

(5) Die qualitativen Mindestanforderungen für Zertifikate gemäß den §§ 4 und 5, für die Verschlüsselung gemäß § 5 sowie für elektronische Signaturen sind von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen/vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen mit Verordnung festzulegen.

Dokumentation

§ 8. (1) Die von Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbietern für den elektronischen Gesundheitsdatenaustausch in ihrem internen Bereich getroffenen Datensicherheitsmaßnahmen einschließlich wirksamer Mechanismen zur Kontrolle und Sicherstellung ihrer Einhaltung sind in den innerorganisatorischen Datenschutz- bzw. Datensicherheitsvorschriften gemäß den geltenden Vorschriften, insbesondere gemäß § 14 DSG 2000, zu dokumentieren.

(2) Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter, die den Dokumentationspflichten gemäß § 4 Abs. 4, § 5 Abs. 4 oder Abs. 5 oder § 7 Abs. 2 unterliegen, haben der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen/dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen oder einer/einem von ihr/ihm beauftragten Dritten über die gemäß § 4 Abs. 5, § 5 Abs. 6 oder § 7 Abs. 2 zu dokumentierenden Regelungen sowie über die Art, den Umfang und die Ergebnisse der in diesem Zusammenhang durchgeführten Kontrollen auf Verlangen Auskunft zu geben.

3. Abschnitt

Informationsmanagement

eHealth-Verzeichnisdienst

§ 9. (1) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann zur Förderung des elektronischen Gesundheitsdatenaustausches, zur Verbesserung des Zugangs zu Informationen über gesundheitsbezogene Dienste sowie zu Planungs- und Berichtszwecken einen eHealth-Verzeichnisdienst einrichten.

(2) Der eHealth-Verzeichnisdienst hat insbesondere für die in § 10 bezeichneten Daten eine nach unterschiedlichen Kriterien gestaltete Suchfunktion, die die Auffindbarkeit von Informationen über Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbietern gewährleistet, zu enthalten.

(3) Der Zugriff auf die im eHealth-Verzeichnisdienst enthaltenen Daten ist auf die in den eHealth-Verzeichnisdienst aufgenommenen Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter, die Registrierungsstellen sowie mit der Gesundheitsverwaltung betrauten Einrichtungen des öffentlichen Rechts einzuschränken. Bei der technischen Ausgestaltung der Suchfunktion sind darüber hinaus wirksame Mechanismen zur Verhinderung des Missbrauchs von Daten zu implementieren.

(4) Der eHealth-Verzeichnisdienst nimmt am Replikationsmechanismus mit anderen Verzeichnisdiensten nicht teil. Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann jedoch mit Verordnung, die insbesondere den Zeitpunkt für den Beginn der Replikation sowie die dafür erforderlichen technischen Umstände zu enthalten hat, eine solche Teilnahme vorsehen.

(5) Im eHealth-Verzeichnisdienst eingetragene Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter sowie Registrierungsstellen sind berechtigt, die im eHealth-Verzeichnisdienst gespeicherten Daten auf ihren Anlagen zu speichern (Spiegelung bzw. Replikation). Diese Daten dürfen ausschließlich zum Zweck des elektronischen Gesundheitsdatenaustausches und zur Sicherstellung der Aktualität und Richtigkeit des eHealth-Verzeichnisdienstes verwendet werden und sind regelmäßig, längstens jedoch innerhalb von zwei Wochen, zu aktualisieren.

(6) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann mit Verordnung nähere Bestimmungen über die in den eHealth-Verzeichnisdienst aufzunehmenden Daten, das Registrierungsverfahren sowie über die Führung des eHealth-Verzeichnisdienstes erlassen.

Inhalte

§ 10. (1) In den eHealth-Verzeichnisdienst sind insbesondere folgende Daten aufzunehmen:

1. Name oder Bezeichnung sowie eindeutige elektronische Identifikation (§ 8 E-GovG) der Gesundheitsdiensteanbieterin/des Gesundheitsdiensteanbieters,
2. Angaben zur postalischen und elektronischen Erreichbarkeit,
3. die eindeutige Kennung (OID) und den symbolischen Bezeichner,
4. die Rolle(n) der Gesundheitsdiensteanbieterin/des Gesundheitsdiensteanbieters,
5. Angaben zur geografischen Lokalisierung der Gesundheitsdiensteanbieterin/des Gesundheitsdiensteanbieters,
6. die elektronische Adresse, an der die zur Verschlüsselung von Gesundheitsdaten erforderlichen Angaben aufgefunden werden können,
7. die Bezeichnung jener Stelle(n), die die Zuordnung der Rolle(n) zum Gesundheitsdiensteanbieter bestätigt hat (haben),
8. das Datum der Registrierung und der letzten Berichtigung sowie die Bezeichnung der Registrierungsstelle, die diese Verzeichniseintragungen durchgeführt hat.

(2) Die eindeutige Kennung (Abs. 1 Z 3) ist anhand der ÖNORM A 2642, „Kommunikation offener Systeme, Verfahren zur Registrierung von Informationsobjekten in Österreich“ vom 1. März 1997, aus der Kennung (OID) des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen abzuleiten.

(3) Ergänzend zu den gemäß Abs. 1 bereits aufgenommenen Daten können organisatorischen Untergliederungen einer Gesundheitsdiensteanbieterin/eines Gesundheitsdiensteanbieters in den eHealth-Verzeichnisdienst aufgenommen werden, wenn diese am elektronischen Gesundheitsdatenaustausch teilnehmen und die/der organisatorisch übergeordnete Gesundheitsdiensteanbieterin/Gesundheitsdiensteanbieter zustimmt. Diesbezüglich sind in den eHealth-Verzeichnisdienst die Angaben gemäß Abs. 1 und 2 mit der Maßgabe aufzunehmen, dass die eindeutige Kennung der organisatorischen Untergliederung aus der Kennung der/des organisatorisch übergeordneten Gesundheitsdiensteanbieterin/Gesundheitsdiensteanbieters abzuleiten ist.

(4) In den Verzeichnisdienst können darüber hinaus zusätzliche Daten über die betreffende Gesundheitsdiensteanbieterin/den betreffenden Gesundheitsdiensteanbieter oder die von ihr/ihm angebotenen gesundheitsbezogenen elektronischen Dienste aufgenommen werden. Diese Zusatzinformationen müssen sich auf die nähere Beschreibung ihres/seines rollenspezifischen Dienstleistungsangebots beziehen oder Informationen darstellen, die für das Auffinden oder die Inanspruchnahme eines elektronischen Dienstes erforderlich sind.

Aufnahme

§ 11. (1) Die Aufnahme in den eHealth-Verzeichnisdienst erfolgt ausschließlich auf Antrag einer Gesundheitsdiensteanbieterin/eines Gesundheitsdiensteanbieters und ist kostenlos. Sofern der Gesundheitsdiensteanbieterin/dem Gesundheitsdiensteanbieter Kosten für die Erbringung allenfalls geforderter Nachweise erwachsen, hat sie/er diese selbst zu tragen.

(2) Die Angaben der Gesundheitsdiensteanbieterin/des Gesundheitsdiensteanbieters unterliegen der Wahrheitspflicht. Diese gilt auch für Umstände, die eine spätere Berichtigung des eHealth-Verzeichnisdienstes erfordern.

(3) Der Antrag der Gesundheitsdiensteanbieterin/des Gesundheitsdiensteanbieters hat die in § 10 Abs. 1 Z 1, Z 2, Z 4 und Z 6 bezeichneten Daten zu enthalten. Ferner hat die Gesundheitsdiensteanbieterin/der Gesundheitsdiensteanbieter den gemäß § 10 Abs. 2 vorgesehenen symbolischen Bezeichner anzugeben, wenn dieser von der Bezeichnung gemäß § 10 Abs. 1 Z 1 abweicht. Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter, die ihre rollenspezifischen Gesundheitsdienstleistungen nicht im In-

land erbringen, haben darüber hinaus jene Stelle anzugeben, die nach den für sie geltenden Rechtsvorschriften zur Bestätigung der Rolle autorisiert ist.

(4) Kann die Gesundheitsdiensteanbieterin/der Gesundheitsdiensteanbieter ihre/seine Rolle anhand der Verordnung gemäß § 5 Abs. 1 nicht bestimmen, hat sie/er die für die Ermittlung der Registrierungsstelle zweckdienlichen Umstände (Berufsbezeichnung, rechtliche Stellung, Beschreibung der von ihr/ihm erbrachten gesundheitsbezogenen Dienstleistungen) zu erläutern.

(5) Berichtigungs- oder Ergänzungsanträge haben, sofern sie nicht auf Veranlassung durch die Registrierungsstelle durchgeführt werden, neben den zu berichtigenden Daten die zugewiesene Kennung (OID) zu enthalten.

Registrierungsverfahren

§ 12. (1) Die Registrierungsstelle hat die Angaben der Gesundheitsdiensteanbieterin/des Gesundheitsdiensteanbieters auf Vollständigkeit und Plausibilität in geeigneter Weise zu überprüfen und sich von ihrer/seiner Identität zu überzeugen. Sofern sie nicht zur authentischen Zuordnung der angegebenen Rolle befugt ist, hat sie die Bestätigung der befugten Stelle anzufordern oder deren Vorlage von der Gesundheitsdiensteanbieterin/vom Gesundheitsdiensteanbieter zu verlangen. Sind die Angaben unvollständig oder fehlerhaft, ist die Gesundheitsdiensteanbieterin/der Gesundheitsdiensteanbieter unter Angabe der Gründe zur Verbesserung aufzufordern. Ist der Verbesserungsversuch erfolglos, ist die Aufnahme in den eHealth-Verzeichnisdienst (Registrierung) formlos abzulehnen.

(2) Bei der Registrierung von Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbietern, die ihre gesundheitsbezogenen Dienstleistungen nicht im Inland erbringen, hat die Registrierungsstelle die Gleichwertigung der angegebenen Rolle mit einer in der Verordnung gemäß § 5 Abs. 1 festgelegten Rolle zu prüfen und die gegebenenfalls erforderlichen Erhebungen durchzuführen.

(3) Gelangt die Registrierungsstelle trotz ergänzender Erhebungen gemäß Abs. 2 zur Auffassung, dass die Voraussetzungen für die Registrierung nicht zweifelsfrei gegeben sind, hat sie die Registrierung an die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen/den Bundesminister für Gesundheit und Frauen abzutreten. Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat nach Prüfung der Unterlagen und allfälligen weiteren Erhebungen die Registrierung durchzuführen oder mangels Vorliegens der Voraussetzungen formlos abzulehnen.

(4) Die Registrierung ist nach Ablauf von drei Jahren ab Registrierung oder ab der letzten Berichtigung einer Registrierung zu sperren, wenn nicht innerhalb dieses Zeitraums entweder von der Gesundheitsdiensteanbieterin/vom Gesundheitsdiensteanbieter oder von der Registrierungsstelle aufgrund eigener Wahrnehmungen eine Aktualisierung des Datenbestandes erfolgt ist. Nach Ablauf von weiteren zwei Jahren ist die Registrierung zu löschen, wenn auch innerhalb dieses Zeitraums keine Aktualisierung erfolgt ist. Die Registrierungsstelle hat ferner aufgrund eines entsprechenden Antrages einer Gesundheitsdiensteanbieterin/eines Gesundheitsdiensteanbieters die Registrierung unverzüglich zu löschen.

(5) Die Gesundheitsdiensteanbieterin/Der Gesundheitsdiensteanbieter ist von der Registrierungsstelle über die erfolgte Registrierung oder über die Sperre unter Angabe der für sie/ihn vergebenen Kennung (OID) sowie unter Anschluss einer Information über die Verpflichtung zur Aktualisierung des Datenbestandes bzw. die mit der Unterlassung verbundenen Folgen formlos zu verständigen. Ferner ist die Gesundheitsdiensteanbieterin/der Gesundheitsdiensteanbieter von der Registrierungsstelle über eine antragsgemäße Löschung formlos zu informieren.

Registrierungsstellen

§ 13. (1) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann auf Antrag natürliche oder juristische Personen vertraglich ermächtigen, Registrierungen im eHealth-Verzeichnisdienst durchzuführen. Der Antrag kann auf einen regionalen oder rollenspezifischen Tätigkeitsbereich als Registrierungsstelle eingeschränkt werden. Eine Ermächtigung ist nur zulässig, wenn die Antragstellerin/der Antragsteller ihre/seine personelle und technische Leistungsfähigkeit zur Durchführung der Registrierungen und Berichtigungen glaubhaft macht und sich verpflichtet

1. eine allfällige Beendigung der Registrierungstätigkeit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen/dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen drei Monate im Vorhinein anzuzeigen und
2. die ihr/ihm als Registrierungsstelle obliegenden Aufgaben kostenlos zu erbringen.

(2) In der Ermächtigung hat die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen den Umfang der Berechtigungen der Antragstellerin/des Antragstellers für die Tätigkeit als Registrierungsstelle zu bezeichnen.

(3) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat die Registrierungsstellen sowie den Umfang ihrer Ermächtigung auf geeignete Weise zu veröffentlichen.

Monitoring

§ 14. (1) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien unter Bedachtnahme auf die Anforderungen des europäischen Umfelds zu beobachten und ihre Auswirkungen im österreichischen Gesundheitswesen zu analysieren. Hiezu ist ein bundesweites und Sektoren übergreifendes Berichtswesen einzurichten, das auf der Basis standardisierter Vorgaben insbesondere Auskünfte über

1. die Verfügbarkeit von technischer Infrastruktur einschließlich der Kommunikationsinfrastruktur,
2. die Art und den Umfang der eingesetzten gesundheitstelematischen Anwendungen und Verfahren,
3. die Art und das Volumen des elektronischen Gesundheitsdatenaustausches und
4. die ökonomischen Rahmenbedingungen der Gesundheitstelematik ermöglicht.

Die Art und der Umfang der damit verbundenen Erhebungen können auf Grund rollenspezifischer Besonderheiten mit unterschiedlichem Detaillierungsgrad festgelegt werden.

(2) Zur Gewährleistung eines zweckmäßigen Berichtswesens ist die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen berechtigt, die im eHealth-Verzeichnisdienst gespeicherten Daten auszuwerten und zu verwenden.

(3) Die gemäß Abs. 1 und 2 erhobenen Daten sind in einem Bericht über den Status der Gesundheitstelematik in Österreich zusammenzufassen. Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen ist berechtigt, die Ergebnisse dieses Berichts auch für die Berichterstattung an Einrichtungen der Europäischen Union oder an andere internationale Organisationen zu verwenden.

(4) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann ferner den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen, insbesondere hinsichtlich der damit verbundenen gesellschaftspolitischen Implikationen, ihres Einflusses auf die Versorgungsqualität der Bevölkerung und hinsichtlich ihrer volkswirtschaftlichen Auswirkungen (Einfluss auf Effektivität und Effizienz des Gesundheitswesens), evaluieren. Die Evaluierungsmaßnahmen können auf im Einzelfall festzulegende Fragestellungen eingeschränkt werden.

(5) Die Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter sowie die Einrichtungen der Gesundheitsverwaltung sind verpflichtet, den Berichtspflichten gemäß Abs. 1 im festgelegten Umfang bzw. in der festgelegten Periodizität zu entsprechen und die im Rahmen von Evaluierungsmaßnahmen gemäß Abs. 4 erforderlichen Auskünfte zu erteilen oder die verlangten Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

Qualitätssicherung gesundheitsbezogener Web-Informationen

§ 15. (1) Erachtet die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen einen diesbezüglichen Bedarf als gegeben, kann sie/er als Orientierungshilfe für Informationssuchende Leitlinien für die Beurteilung der Qualität von im Internet angebotenen gesundheitsbezogenen Informationen veröffentlichen.

(2) Diese Leitlinien haben neben der Darstellung der Qualitätskriterien die Einrichtung eines Beschwerdemanagement vorzusehen. Die Leitlinien sowie allfällige Ergebnisse im Rahmen des Beschwerdemanagement sind im Informationsdienst zu veröffentlichen.

(3) Vom Anwendungsbereich der Leitlinien auszunehmen sind gesundheitsbezogene Informationsangebote, die anhand vergleichbarer Qualitätskriterien zertifiziert (qualitätsgeprüft) sind. Die in Betracht kommenden Qualitätskriterien sowie die diesbezüglichen Dienstleisterinnen/Dienstleister sind auf geeignete Weise zu veröffentlichen.

Informationsdienst

§ 16. (1) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen/Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann zur Verbesserung der Informationsgrundlagen über die Gesundheitstelematik einen öffentlich zugänglichen, internetgestützten Informationsdienst einrichten.

(2) In den Informationsdienst können insbesondere Darstellungen über gesundheitstelematische Verfahren oder Methoden (beste Praktiken) sowie weiterführende Hinweise dazu aufgenommen werden, wenn diese Informationen geeignet erscheinen, den Informations- oder Wissensstand über die Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen zu verbessern.

(3) In den Informationsdienst können ferner Informationen über die von Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbietern entwickelten oder von anerkannten Standardisierungseinrichtungen zur Verwendung empfohlene Informationsobjekte (zB Kodierungsschemata bzw. Code-Listen), Beschreibungen standardisierter technischer Verfahren oder Kommunikationsdienste aufgenommen werden.

(4) Wird ein Informationsdienst eingerichtet, sind in ihm die Ergebnisse des Berichtswesens und der Evaluierungen gemäß § 14 sowie die Berichte an Einrichtungen der Europäischen Union oder internationale Organisationen aufzunehmen. Andernfalls sind diese Unterlagen in anderer geeigneter elektronischer Form zu veröffentlichen.

(5) Enthalten Veröffentlichungen im Informationsdienst personenbezogene Daten oder werden dadurch sonstige Rechte, wie etwa Urheberrechte, berührt, bedarf die Veröffentlichung der Zustimmung der/des Betroffenen oder der Inhaberin/des Inhabers dieser Rechte.

4. Abschnitt

Schlussbestimmungen

Verwaltungsstrafbestimmungen

§ 17. (1) Sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet oder nach anderen Verwaltungsstrafbestimmungen mit strengerer Strafe bedroht ist, begeht eine Verwaltungsübertretung, die mit Geldstrafe bis zu 5.000 Euro zu ahnden ist, wer beim elektronischen Gesundheitsdatenaustausch nach dem 31.12.2007

1. es entgegen der Bestimmungen der §§ 3 bis 5 unterlässt, die Nachweise der Identität und der Rolle zu erbringen oder diese Nachweise zu prüfen oder
2. entgegen der Bestimmungen des § 6 die Verschlüsselung von Gesundheitsdaten unterlässt oder hiezu Methoden und Verfahren verwendet, die den qualitativen Anforderungen gemäß § 7 Abs. 5 nicht entsprechen oder
3. entgegen der Bestimmungen des § 7 keine elektronische Signatur verwendet oder eine elektronische Signatur verwendet, die den qualitativen Anforderungen nicht entspricht oder Gesundheitsdaten trotz fehlgeschlagener Signaturprüfung weitergibt oder verwendet.

(2) Eine Verwaltungsübertretung gemäß Abs. 1 ist nicht strafbar, wenn die Tat zur Abwendung einer gegenwärtigen oder unmittelbar drohenden Gefahr für das Leben einer/eines Dritten oder zur Abwendung einer gegenwärtigen oder unmittelbar drohenden Gefahr einer erheblichen Beeinträchtigung der physischen oder psychischen Integrität einer/eines Dritten begangen wurde.

(3) Sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet oder nach anderen Verwaltungsstrafbestimmungen mit strengerer Strafe bedroht ist, begeht eine Verwaltungsübertretung, die mit Geldstrafe bis zu 50.000 Euro zu ahnden ist, wer entgegen der Bestimmung des § 9 Abs. 5 Daten oder Teile dieser Daten für andere Zwecke verwendet.

(4) Zuständig für Entscheidungen nach Abs. 1 bis 3 ist jene Behörde, in deren Sprengel die Verwaltungsübertretung begangen wurde.

In-Kraft-Treten

§ 18. Dieses Bundesgesetz tritt mit 1. Jänner 2005 in Kraft.

Übergangsbestimmungen

§ 19. (1) Die Betriebsbereitschaft des eHealth-Verzeichnisdienstes (§§ 9 bis 13) muss bis spätestens 1. Juli 2006 gegeben sein. Registrierungen oder die Freigabe des Zugriffs auf den eHealth-Verzeichnisdienst können jedoch nach Maßgabe einer früheren Betriebsbereitschaft, deren Zeitpunkt von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen/vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen im Informationsdienst oder auf andere geeignete Weise zu veröffentlichen ist, erfolgen.

(2) Der elektronische Gesundheitsdatenaustausch darf auch dann bis zum 31.12.2007 durchgeführt werden, wenn er den Bestimmungen des 2. Abschnitts dieses Bundesgesetzes nicht entspricht.

Erlassung und In-Kraft-Treten von Verordnungen

§ 20. Verordnungen auf Grund dieses Bundesgesetzes in seiner jeweiligen Fassung dürfen bereits von dem Tag an erlassen werden, der der Kundmachung der durchzuführenden Gesetzesbestimmungen folgt; sie dürfen jedoch nicht vor den durchzuführenden Gesetzesbestimmungen in Kraft treten.

Verweisungen

§ 21. Soweit in diesem Bundesgesetz auf Bestimmungen anderer Bundesgesetze verwiesen wird, sind diese in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

Vollziehung

§ 22. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen/der Bundesminister für Gesundheit und Frauen betraut.

Fischer

Schüssel