

LANDESGESETZBLATT FÜR WIEN

Jahrgang 2024

Ausgegeben am xx. xxxx 2024

xx. Gesetz: Wiener Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024; WVUG 2024

Gesetz, mit dem das Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 und das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG geändert werden (Wiener Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 – WVUG 2024)

Der Wiener Landtag hat beschlossen:

Inhaltsverzeichnis

Art. Gegenstand

- I. Änderung des Gesetzes über die Errichtung (Fortführung) eines Wiener Gesundheitsfonds 2017 (Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017)
- II. Änderung des Wiener Krankenanstaltengesetzes 1987 – Wr. KAG

Artikel I

Änderung des Wiener Gesundheitsfonds-Gesetzes 2017

Das Gesetz über die Errichtung (Fortführung) eines Wiener Gesundheitsfonds 2017 (Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017), LGBl. für Wien Nr. 10/2018, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBl. für Wien Nr. 6/2023, wird wie folgt geändert:

1. Im Inhaltsverzeichnis entfällt der Eintrag zu § 17.

2. § 3 Abs. 2 lautet:

„(2) Zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention wird das im Wiener Gesundheitsfonds eingerichtete Sondervermögen mit eigenem Verrechnungskreis als Gesundheitsförderungsfonds ohne Rechtspersönlichkeit fortgeführt. Die Dotierung des Gesundheitsförderungsfonds erfolgt gemäß Art. 12 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. für Wien Nr. XX/2024. Im Geschäftsjahr nicht verwendete Mittel sind im Folgejahr den zur Verfügung stehenden Gesundheitsförderungsmitteln zuzuschlagen. Die Vergabe von 75 % der Mittel des Gesundheitsförderungsfonds hat für bundesweit einheitliche Schwerpunkte gemäß Gesundheitsförderungsstrategie zu erfolgen.“

3. Dem § 4 wird folgender Abs. 4 angefügt:

„(4) Zur Beratung des Wiener Gesundheitsfonds kann eine Gesundheitskonferenz eingerichtet werden, in der die wesentlichen Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens vertreten sind.“

4. In § 5 Abs. 1 wird im Einleitungssatz die Zahl „32“ durch das Wort „folgenden“ ersetzt.

5. In § 5 Abs. 1 Z 1 wird das Wort „fünf“ durch das Wort „sechs“ sowie das Wort „zwei“ durch das Wort „drei“ ersetzt.

6. § 5 Abs. 1 Z 2 lautet:

„2. sechs Mitglieder als Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherungsträger und zwar vier Mitglieder der Österreichischen Gesundheitskasse, wovon drei Vertreterinnen und Vertreter auf Vorschlag des Landesstellenausschusses für Wien der Österreichischen Gesundheitskasse zu entsenden sind, darunter jedenfalls die oder der Vorsitzende des Landesstellenausschusses sowie deren oder dessen Stellvertreterin bzw. Stellvertreter, und jeweils eine Vertreterin bzw. ein Vertreter der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau und der Sozialversicherung der

Selbstständigen in Wien. Bei der Entsendung von Vertreterinnen und Vertretern und der Wahrnehmung der Aufgaben ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten;“

7. In § 5 Abs. 1 erhalten die Z 6 bis 10 die Ziffernbezeichnungen „7.“ bis „11.“ und nach der Z 5 wird folgende Z 6 eingefügt:

„6. ein Mitglied, das von der Zahnärztekammer für Wien entsandt wird;“

8. In § 5 Abs. 2 wird im Einleitungssatz die Zahl „10“ durch die Zahl „11“ ersetzt.

9. § 5 Abs. 8 wird folgender Satz angefügt:

„Die Geschäftsordnung hat zu regeln, dass die Sitzungen gemeinsam von Vertreterinnen und Vertretern des Landes sowie Vertreterinnen und Vertretern der Österreichischen Gesundheitskasse vorzubereiten (Tagesordnung und Unterlagen) sind und zu diesen gemeinsam einzuladen ist.“

10. § 6 Abs. 2 lautet:

„(2) Zur Vorbereitung der Sitzungen der Wiener Gesundheitsplattform ist ein Präsidium, bestehend aus der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadträtin oder dem für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadtrat und der Vorsitzenden oder dem Vorsitzenden des Wiener Landesstellenausschusses der Österreichischen Gesundheitskasse, einzurichten. Dabei ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten.“

11. In § 6 wird nach Abs. 3 folgender Abs. 3a eingefügt:

„(3a) Bei jedem Tagesordnungspunkt ist das erforderliche Beschlussquorum gemäß Abs. 3 auszuweisen.“

12. § 6 Abs. 4 Z 2 lit. d lautet:

„d) Mitwirkung am Auf- und Ausbau der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur,“

13. In § 6 Abs. 6 entfällt im ersten Satz die Wortfolge „in den Jahren 2013 bis 2023“.

14. In § 7 Abs. 1 wird im ersten Satz das Wort „fünf“ jeweils durch das Wort „sechs“ ersetzt.

15. § 7 Abs. 2 lautet:

„(2) Der Kurie des Landes gehören die für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadträtin oder der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadtrat an. Daneben werden vier Vertreterinnen und Vertreter des Landes von der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadträtin oder dem für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadtrat entsandt. Eine Vertreterin oder ein Vertreter wird von der amtsführenden Stadträtin oder dem amtsführenden Stadtrat für die Finanzverwaltung entsandt. Die gesetzlichen Krankenversicherungsträger haben sechs Mitglieder als Vertreterinnen und Vertreter und zwar vier Mitglieder der Österreichischen Gesundheitskasse, wovon drei Vertreterinnen und Vertreter auf Vorschlag des Landesstellenausschusses für Wien der Österreichischen Gesundheitskasse zu entsenden sind, darunter jedenfalls die oder der Vorsitzende des Landesstellenausschusses sowie deren oder dessen Stellvertreterin bzw. Stellvertreter, und jeweils eine Vertreterin bzw. ein Vertreter der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau und der Sozialversicherung der Selbstständigen in Wien. Bei der Entsendung von Vertreterinnen und Vertretern und der Wahrnehmung der Aufgaben ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten.

Der Bund entsendet eine Vertreterin oder einen Vertreter.“

16. § 7 Abs. 8 wird folgender Satz angefügt:

„Dabei ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten.“

17. In § 8 Abs. 1 wird im ersten Satz das Wort „vierjährige“ durch das Wort „mehrjährige“ ersetzt.

18. In § 8 Abs. 2 erhalten die Z 7 bis 11 die Ziffernbezeichnungen „8.“ bis „12.“ und nach der Z 6 wird folgende Z 7 eingefügt:

„7. Stärkung des Sachleistungsprinzips in allen Bereichen,“

19. § 9 Abs. 2 lautet:

„(2) Der RSG hat jedenfalls Folgendes zu beinhalten:

1. Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ als Planungsgrundsatz;
2. Festlegung der Kapazitätsplanungen standortbezogen für den akutstationären Bereich mit Angabe der Kapazitäten (Betten, minimale Anzahl an Tagesklinikplätze und ambulante Behandlungsplätze), Organisationsformen, Versorgungsstufen, Referenz-, Spezial- und Expertisezentren je Fachbereich (im Sinne des ÖSG), wobei die je Fach- und Versorgungsbereich ausgewiesene Gesamtkapazität (Summe von Planbetten und ambulanten Betreuungsplätzen) als Zielwert für die Realisierung zum Planungshorizont zu verstehen ist;
3. Definition von allgemeinen und speziellen Versorgungsaufträgen nach Fachbereichen auf Ebene der Versorgungsregionen auf Basis der Grundlagen im ÖSG;
4. Festlegung der Kapazitätsplanungen für den ambulanten Bereich der Sachleistung im Sinne des § 18 Abs. 1 Z 1 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung BGBl. I Nr. 3/2024, zumindest auf Ebene der Versorgungsregionen mit folgenden Angaben:
 - a) Kapazitäten,
 - b) Zahl und örtliche Verteilung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer,
 - c) bei Spitalsambulanzen auch Betriebsformen gemäß § 10 Abs. 8 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG, LGBl. für Wien Nr. 23/1987, in der Fassung XX/2024,
 - d) Konkretisierung der Versorgungsaufträge nach Fachbereichen gemäß Z 3 sowie
 - e) allenfalls der Versorgungstypen;
5. Die Zahl und örtliche Verteilung hat eine derart hohe Granularität aufzuweisen, dass ambulante Vergemeinschaftungsformen (z. B. Gruppenpraxen, Selbständige Ambulatorien, Primärversorgungseinheiten), die ohne Festlegung in einem RSG grundsätzlich nur aufgrund eines Zulassungs- oder Bedarfsprüfungsverfahrens errichtet werden dürfen, auf Grundlage der zu verbindlich erklärenden Teile der RSG ohne Zulassungs- oder Bedarfsprüfungsverfahren errichtet werden können. Andere ambulante Organisationseinheiten müssen in den verbindlich zu erklärenden Teilen der RSG grundsätzlich zumindest auf Bezirksebene geplant werden, wobei insbesondere für städtische Bereiche geeignete natürliche Einzugsgebiete herangezogen werden können;
6. Stärkung der Primärversorgung durch Ausbau von wohnortnahen, multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten entsprechend Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. für Wien Nr. XX/2024; beim Ausbau der Primärversorgung nach dem Primärversorgungsgesetz - PrimVG, BGBl. I Nr. 131/2017, in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023, ist, um den unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung nachkommen zu können, im Bundesland Wien ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Versorgungsangeboten als Netzwerk oder Zentrum sicherzustellen;
7. Abbildung der überregionalen Versorgungsplanung gemäß § 20 Abs. 1 Z 9 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung BGBl. I Nr. 3/2024, inklusive Definition von Versorgungsgebieten je Standort;
8. Ermöglichung der Anrechnung ambulanter Betreuungsplätze bis maximal zur Hälfte der Mindestbettenzahl in Departments und Fachschwerpunkten;
9. Transparente Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer Gastpatientinnen und Gastpatienten.

Dabei ist auf die Bestimmungen des Primärversorgungsgesetz - PrimVG, BGBl. I Nr. 131/2017, in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023, sowie die § 4 Abs. 2, 2b und 2c und § 5 Abs. 2 und 3 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG, LGBl. für Wien Nr. 23/1987, in der Fassung LGBl. für Wien Nr. XX/2024, Bedacht zu nehmen.“

20. § 9 Abs. 4 lautet:

„(4) Der RSG ist gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. für Wien Nr. XX/2024, auf Landesebene zwischen dem Land und der Sozialversicherung festzulegen. Der Bund ist bereits im Entwurfsstadium des RSG entsprechend zu informieren und es ist mit dem Bund mindestens vier Wochen vor Einbringung zur Beschlussfassung insbesondere das Vorliegen der Rechts- und ÖSG-Konformität abzustimmen.“

21. § 9 Abs. 5 lautet:

„(5) Die Vertreterinnen und Vertreter des Bundes und der Sozialversicherung haben in der Wiener Zielsteuerungskommission sicherzustellen, dass

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

22. In § 10 Abs. 1 wird die Ziffern- und Zeichenfolge „9/2022“ durch die Ziffern- und Zeichenfolge „3/2024“ ersetzt.

23. In § 10 Abs. 4 wird die Ziffern- und Zeichenfolge „6/2023“ durch die Ziffern- und Zeichenfolge „XX/2024“ ersetzt.

24. In § 11 Abs. 1 wird im ersten Satz das Wort „vierjährige“ durch das Wort „mehrjährige“ ersetzt.

25. In § 11 Abs. 2 Z 1 wird im ersten Satz das Wort „vierjährige“ durch das Wort „mehrjährige“ ersetzt.

26. In § 11 Abs. 2 Z 2 wird die Wortfolge „Jahres vor Beginn der jeweiligen Geltungsperiode“ durch die Wortfolge „zweiten Quartals des Jahres 2024“ ersetzt.

27. In § 13 Abs. 1 wird nach der Wortfolge „In den“ das Wort „mehrjährigen“ eingefügt und das Wort „Gesundheitsförderung“ durch das Wort „Gesundheitsförderungsstrategie“ ersetzt.

28. In § 13 Abs. 2 wird das Wort „Gesundheitsförderung“ durch das Wort „Gesundheitsförderungsstrategie“ ersetzt.

29. § 14 samt Überschrift lautet:

„Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen

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

(2) Im Landes-Zielsteuerungsübereinkommen sind Festlegungen über die maßnahmenbezogene Umsetzung sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht zu treffen, wobei insbesondere folgende Maßnahmen hinsichtlich Versorgungsstrukturen, die wesentliche Auswirkungen auf die Leistungserbringung im jeweils anderen Sektor bewirken, zu berücksichtigen sind:

1. Erhöhung der Effektivität und Effizienz bzw. die Überwindung von kleinteiligen Organisationsformen im Sinne des § 18 Abs. 7 Z 3 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung BGBl. I Nr. 3/2024, durch die Bündelung komplexer Leistungen an geeigneten Standorten und die Nutzung der im Wr.KAG und im ÖSG vorgesehenen Möglichkeiten,
2. gemeinsame und gesamthafte Planung der ambulanten Versorgung im RSG (niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, selbstständige Ambulatorien und Spitalsambulanzen) gemäß § 21 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung BGBl. I Nr. 3/2024, bis Ende 2025 unter der Voraussetzung, dass die gesetzlichen Grundlagen auf Bundesebene vorliegen,
3. Festlegen der Aufgabengebiete und Versorgungsaufträge pro ambulanter Versorgungsstufe im Sinne von „Best Points of Service“, verbindliche sektorenübergreifende Angebotsplanung über die Regionalen Strukturpläne Gesundheit sowie deren Umsetzung und
4. Etablierung von Terminservicestellen gemäß Art. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBL. für Wien Nr. XX/2024.“

30. § 15 samt Überschrift lautet:

„Steuerungsbereich Versorgungsprozesse

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

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

1. Festlegung von Roll-out-Plänen zum gezielten Einsatz von IKT zur Systemsteuerung und -innovation gemäß Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. für Wien Nr. XX/2024,
2. Umsetzung der intersektoralen Behandlungsprozesse (BQLL Präoperative Diagnostik, BQLL Aufnahme- und Entlassungsmanagement),
3. Umsetzung von bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards für priorisierte Bereiche, wobei die Sicherstellung einer integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung von chronischen Erkrankungen ein wesentlicher Schwerpunkt ist und
4. Umsetzung der priorisierten Disease Management Programme.

(3) Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist eine sektoren- und bundesländerübergreifend abgestimmte, effektive und effiziente Versorgung mit Medikamenten, Heilbehelfen und Hilfsmitteln unter Berücksichtigung des Art. 14 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, LGBl. für Wien Nr. XX/2024, sicherzustellen.“

31. § 16 samt Überschrift lautet:

„Finanzzielsteuerung

§ 16. (1) In den Landes-Zielsteuerungsübereinkommen sind die im Zielsteuerungsvertrag festgelegten Ausgabenobergrenzen für die von den Vertragspartnern zu verantwortenden Gesundheitsausgaben zu konkretisieren.

(2) Die Finanzzielsteuerung hat für die jeweilige Periode der Zielsteuerung-Gesundheit jedenfalls folgenden Inhalt zu umfassen:

1. Darstellung des Ausgabendämpfungspfades der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben:
 - a) der Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode und
 - b) die jährlichen Ausgabenobergrenzen.
2. Darstellung des Ausgabendämpfungspfades der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben der Sozialversicherung:
 - a) den Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode und
 - b) die jährlichen Ausgabenobergrenzen der Sozialversicherung.
3. Die Darstellung des zusammengeführten Ausgabendämpfungspfades gemäß Z 1 und Z 2.
4. Die auf das Land Wien entfallenden Investitionen getrennt nach Land und Sozialversicherung.
5. Die Darstellung der Ausgaben beider Sektoren erfolgt nach einer funktionalen Gliederung aufgrund einer bundeseinheitlichen Berichtsvorlage: Für den extramuralen Bereich ist eine differenzierte Darstellung der Ausgaben entsprechend der bisherigen funktionalen Gliederung vorzunehmen. Für den intramuralen Bereich ist jedenfalls eine differenzierte Darstellung der wesentlichen Finanzierungspositionen des Wiener Gesundheitsfonds und des Landes vorzunehmen. Darüber hinaus ist für den intramuralen Bereich ausgehend von den Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen der Krankenanstaltenträger und ausgehend von den bundesweit einheitlichen Datengrundlagen zur Krankenanstalten-Kostenrechnung eine nach materiellen und funktionellen Gesichtspunkten differenzierte aus diesen Rechenwerken ableitbare Ausgaben- bzw. Kostendarstellung (Ausgaben/Kosten für Personal, für medizinische und nichtmedizinische Ge- und Verbrauchsgüter einschließlich einer gesonderten Darstellung der Heilmittel, für den Bezug von medizinischen und nichtmedizinischen Fremdleistungen und für Investitionen) zu definieren und zu ergänzen. Eine differenzierte Darstellung nach Funktions- und Fachbereichen ist anzustreben.“

32. § 17 samt Überschrift entfällt.

33. Dem § 21 wird folgender Abs. 4 angefügt:

„(4) Das Inhaltsverzeichnis, § 3 Abs. 2, § 4 Abs. 4, § 5 Abs. 1 Einleitungssatz, Abs. 1 Z 1, 2, 6 bis 11, Abs. 2 und Abs. 8, § 6 Abs. 2, Abs. 3a, Abs. 4 Z 2 lit d und Abs. 6, § 7 Abs. 1, Abs. 2 und Abs. 8, § 8 Abs. 1, Abs. 2 Z 7 bis 12, § 9 Abs. 2, Abs. 4 und Abs. 5, § 10 Abs. 1 und Abs. 4, § 11 Abs. 1, Abs. 2 Z 1 und 2, § 13 Abs. 1 und Abs. 2, § 14 samt Überschrift, § 15 samt Überschrift, § 16 samt Überschrift und § 22 Abs. 5, in der Fassung LGBl. für Wien Nr. XX/2024 treten rückwirkend mit 1. Jänner 2024 in Kraft; gleichzeitig tritt § 17 samt Überschrift außer Kraft.“

34. Dem § 22 wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(5) Beschlüsse der Wiener Gesundheitsplattform und der Wiener Zielsteuerungskommission und daraus abgeleitete Rechte und Verbindlichkeiten nach den bis zur Kundmachung des Wiener Vereinbarungsumsetzungsgesetzes 2024 - WVUG 2024, LGBI. für Wien Nr. XX/2024, geltenden Bestimmungen bleiben aufrecht, sofern die Wiener Gesundheitsplattform oder die Wiener Zielsteuerungskommission nichts Gegenteiliges beschließt.“

Artikel II

Änderung des Wiener Krankenanstaltengesetzes 1987 – Wr. KAG

Das Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG, LGBI. für Wien Nr. 23/1987, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBI. für Wien Nr. 6/2023, wird wie folgt geändert:

1. In § 3a Abs. 2 entfällt im Einleitungssatz das Wort „reduzierte“.

2. In § 3a Abs. 2 Z 1 wird nach dem ersten Satz folgender Satz eingefügt:

„Auf diese Mindestbettenanzahl können ambulante Betreuungsplätze maximal bis zur Hälfte angerechnet werden.“

3. In § 3a Abs. 2 Z 2 wird nach dem ersten Satz folgender Satz eingefügt:

„Auf diese Bettenanzahl können ambulante Betreuungsplätze maximal bis zur Hälfte angerechnet werden.“

4. In § 4 Abs. 1 wird der letzte Satz durch folgenden Satz ersetzt:

„Eine Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 2c sowie zur Frage der Plankonformität gemäß Abs. 2b ist zulässig.“

5. In § 4 Abs. 2 entfällt in lit. a der Ausdruck „2b und“, erhalten die bisherigen lit. b bis lit. d die Bezeichnung „c“ bis „e“ und wird nach lit. a folgende lit. b eingefügt:

„b) im Fall des Abs. 2b der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang mit den Verordnungen gemäß § 23 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) oder § 5a Abs. 1 übereinstimmt;“

6. In § 4 Abs. 2a wird im ersten Satz nach dem Wort „Bedarfs“ und im letzten Satz nach dem Wort „Bedarfes“ die Wortfolge „sowie der Plankonformität“ eingefügt, im zweiten Satz entfällt die Wortfolge „und die Ärztekammer für Wien“.

7. § 4 Abs. 2b lautet:

„(2b) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Abs. 2c abzusehen, wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) oder § 5a Abs. 1 geregelt ist. Die Entscheidung darüber, ob der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang mit diesen Verordnungen übereinstimmt (Plankonformität), hat mittels Feststellungsbescheid zu erfolgen. Die betroffenen Sozialversicherungsträger sind zur Frage der Plankonformität zu hören. Für Krankenanstalten, die über den Wiener Gesundheitsfonds abgerechnet werden (im Folgenden: Fondskrankenanstalten), entfällt die Voraussetzung des Abs. 2 letzter Satz.“

8. Dem § 4 Abs. 2c wird folgender Satz angefügt:

„Die Entscheidung über das Vorliegen des Bedarfs gemäß Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Abs. 2c hat mittels Feststellungsbescheid zu erfolgen.“

9. In § 4 Abs. 4 wird die Wort- und Zeichenfolge „lit. b bis d“ durch die Wort- und Zeichenfolge „lit. c bis e“ sowie die Wortfolge „zur Frage des Bedarfs“ durch die Wort- und Zeichenfolge „zu den Voraussetzungen des Abs. 2c oder zur Frage der Plankonformität gemäß Abs. 2b“ ersetzt.

10. In § 4 Abs. 6 entfällt die Wortfolge „die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und“ und wird am Ende folgender Satz angefügt:

„Die Stellungnahmen der Sozialversicherungsträger zur Frage des Bedarfs haben im Wege des Dachverbandes zu erfolgen. Die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten hat die Möglichkeit, eine Stellungnahme in angemessener Frist abzugeben.“

11. In § 4 Abs. 7 wird nach dem Wort „Bedarfes“ die Wortfolge „sowie der Plankonformität“ eingefügt.

12. In § 5 Abs. 1 wird im letzten Satz nach dem Ausdruck „Abs. 3“ die Wort- und Zeichenfolge „sowie zur Frage der Plankonformität gemäß Abs. 4a“ eingefügt.

13. § 5 Abs. 2 Z 1 lautet:

„1. nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und kasseneigene Einrichtungen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Gruppenpraxen und selbstständige Ambulatorien jeweils mit Kassenverträgen, bei selbstständigen Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Zahnärztinnen, Zahnärzte, Dentistinnen, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen jeweils mit Kassenverträgen,

a) zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und

b) zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann,“

14. In § 5 Abs. 2 erhalten die Z 2 bis 4 die Ziffernbezeichnungen „3.“ bis „5.“ und nach der Z 1 wird folgende Z 2 eingefügt:

„2. im Fall des Abs. 4 Z 1 der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang mit den Verordnungen gemäß § 23 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung- Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) oder § 5a Abs. 1 übereinstimmt,“

15. In § 5 Abs. 3 wird am Ende der Z 4 das Wort „und“ durch einen Beistrich ersetzt, die bisherige Z 5 erhält die Bezeichnung „6.“ und nach Z 4 wird folgende Z 5 eingefügt:

„5. Öffnungszeiten bestehender Leistungsanbieter gemäß Z 3, insbesondere an Tagesrandzeiten und an Wochenenden, und“

16. § 5 Abs. 3a lautet:

„(3a) Die Entscheidung über das Vorliegen des Bedarfs gemäß Abs. 2 Z 1 in Verbindung mit Abs. 3 hat mittels Feststellungsbescheid zu erfolgen.“

17. § 5 Abs. 4 lautet:

„(4) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 2 Z 1 in Verbindung mit Abs. 3 abzusehen, wenn

1. der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang sowie das Einzugsgebiet bzw. die Versorgungsregion in den Verordnungen gemäß § 23 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) oder § 5a Abs. 1 geregelt sind oder

2. nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbstständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen, wobei die betroffenen Sozialversicherungsträger zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören sind, oder

3. bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt.“

18. In § 5 werden nach Abs. 4 folgende Abs. 4a und 4b eingefügt:

„(4a) Die Entscheidung darüber, ob der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang sowie das Einzugsgebiet bzw. die Versorgungsregion mit den Verordnungen gemäß § 23 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) oder § 5a Abs. 1 übereinstimmt (Plankonformität), hat mittels Feststellungsbescheid zu erfolgen. Die betroffenen Sozialversicherungsträger sind zur Frage der Plankonformität zu hören. In den Fällen des Abs. 4 Z 2 und 3 hat keine Prüfung der Plankonformität zu erfolgen.

(4b) Die Landesregierung hat im Rahmen des Bewilligungsverfahrens zur Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums, wenn nach Anhörung der betroffenen Sozialversicherungsträger die Frage, ob nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbstständigen Ambulatorium ausschließlich

sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen, unklar ist, hierüber mittels Feststellungsbescheid abzusprechen.“

19. § 5 Abs. 5 lautet:

„(5) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung ist ausgenommen in den Fällen des Abs. 4 ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstituts sowie eine begründete Stellungnahme des Wiener Gesundheitsfonds hinsichtlich des Bedarfs unter Zugrundelegung der Kriterien gemäß Abs. 3 oder nach Abs. 4 Z 1 in Verbindung mit Abs. 4a einzuholen.“

20. In § 5 Abs. 6 wird der Ausdruck „Abs. 2 Z 2 bis 4“ durch den Ausdruck „Abs. 2 Z 3 bis 5“ ersetzt sowie nach dem Ausdruck „Abs. 3“ die Wort- und Zeichenfolge „oder nach Abs. 4 Z 1 in Verbindung mit Abs. 4a“ eingefügt.

21. In § 5 Abs. 7 wird nach dem Ausdruck „Abs. 4“ der Ausdruck „Z 2 und 3“ eingefügt.

22. § 5 Abs. 8 lautet:

„(8) In Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums – ausgenommen in den Fällen des Abs. 4 – haben betroffene Sozialversicherungsträger hinsichtlich des Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien gemäß Art. 132 Abs. 5 B-VG und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Verwaltungsgerichts Wien das Recht der Revision an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Art. 133 Abs. 1 B-VG. Dies gilt auch für Verfahren zur Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3. Die Stellungnahmen der Sozialversicherungsträger zur Frage des Bedarfs haben im Wege des Dachverbandes zu erfolgen. Die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und die zuständige Landesärztekammer bzw. bei selbstständigen Zahnambulatorien die Österreichische Zahnärztekammer haben die Möglichkeit, eine Stellungnahme in angemessener Frist abzugeben.“

23. § 5 Abs. 9 und 10 entfällt.

24. In § 5a Abs.1 entfällt die Wort-, Ziffern- und Zeichenfolge „BGBI. I Nr. 26/2017 in der Fassung BGBI. I Nr. 131/2017,“.

25. In § 5a Abs. 2 erhält die bisherige Z 7 die Bezeichnung „8.“ und wird folgende Z 7 eingefügt:

„7. die minimale Anzahl an Tagesklinikplätzen und ambulanter Betreuungsplätze je Fachrichtung und Standort,“

26. § 6a Abs. 3 entfällt.

27. § 7 Abs. 4 entfällt.

28. § 8 Abs. 2 entfällt.

29. § 13 Abs. 1a lautet:

„(1a) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien, deren Leistungsangebot, neben nichtinvasiven vorbereitenden oder begleitenden ärztlichen Leistungen lediglich die Erbringung therapeutischer Leistungen durch freiberuflich ausübende nicht-ärztliche Gesundheitsberufe umfasst, und in denen keine Turnusärzte ausgebildet werden, kann an Stelle einer dauernden ärztlichen Anwesenheit der ärztliche Dienst so organisiert sein, dass ärztliche Hilfe jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige Anwesenheit die erforderlichen ärztlichen Anordnungen für das Personal nach dem MTD-Gesetz und für Heilmasseure nach dem MMHmG erfolgen können sowie die erforderliche Aufsicht über medizinische Masseure nach dem MMHmG und Personal nach dem MABG und MTF-SHD-G gewährleistet ist.“

30. In § 19 lit. e wird der Wort- und Zeichenfolge „1997 – VRV 1997“ durch die Wort- und Zeichenfolge „2015 – VRV 2015“ ersetzt.

31. Der Einleitungssatz in § 33a Abs. 4 lautet:

„Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben hat die Arzneimittelkommission unter Anwendung der Empfehlungen des Bewertungsboardes gemäß § 62d des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) insbesondere nachstehende Grundsätze zu berücksichtigen:“

32. § 33a Abs. 5 Z 3 lautet:

„3. bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das im Falle einer entgeltlichen Beschaffung ökonomisch günstigste gewählt und, wenn medizinisch vertretbar, der vom Dachverband der Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex sowie die Richtlinien für die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden. Diese Vorgangsweise ist mit der Vertreterin oder dem Vertreter der Sozialversicherung nach § 33a Abs. 7 Z 4 abzustimmen.“

33. In § 33a Abs. 6 wird nach der Wortfolge „dafür Sorge zu tragen, dass“ das Wort „ausschließlich“ eingefügt.

34. In § 34 Abs.1 wird im ersten Satz das Wort „muß“ durch das Wort „muss“ ersetzt und nach der Wortfolge „erforderlich sind“ die Wortfolge „und der von der Arzneimittelkommission gemäß § 33a erstellten Arzneimittelliste entsprechen“ eingefügt.

35. In § 42 Abs. 1 wird am Ende der lit. f das Wort „oder“ durch einen Beistrich ersetzt und am Ende der lit. g das Wort „oder“ eingefügt und folgende lit. h angefügt:

„h) für die Erfüllung allenfalls darüber hinausgehender in den Verordnungen gemäß § 23 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz - G-ZG) oder § 5a Abs. 1 festgelegter Aufgaben/Leistungen“

36. § 71 samt Überschrift lautet:

„§ 71.

Verweisungen

Soweit in diesem Gesetz auf bundesrechtliche Vorschriften verwiesen wird, sind diese in folgender Fassung anzuwenden:

1. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955, in der Fassung BGBl. I Nr. 110/2024;
2. Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – AVG, BGBl. Nr. 51/1991, in der Fassung BGBl. I Nr. 88/2023;
3. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG, BGBl. Nr. 450/1994, in der Fassung BGBl. I Nr. 56/2024;
4. Arbeitskräfteüberlassungsgesetz – AÜG, BGBl. Nr. 196/1988, in der Fassung BGBl. I Nr. 11/2024;
5. Asylgesetz 2005 – AsylG 2005, BGBl. I Nr. 100, in der Fassung BGBl. I Nr. 67/2024;
6. Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169, in der Fassung BGBl. I Nr. 21/2024;
7. Bundes-Bedienstetenschutzgesetz – B-BSG, BGBl. I Nr. 70/1999, in der Fassung BGBl. I Nr. 205/2022;
8. Bundesbehindertengesetz – BBG, BGBl. Nr. 283/1990, in der Fassung BGBl. I Nr. 98/2024;
9. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023;
10. Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G), BGBl. Nr. 102/1961, in der Fassung BGBl. I Nr. 89/2012;
11. Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe, die Operationstechnische Assistenz und die Ausübung der Trainingstherapie (Medizinische Assistenzberufe-Gesetz – MABG), BGBl. I Nr. 89/2012, in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2024;
12. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl. I Nr. 24/2024;
13. Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung BGBl. I Nr. 3/2024;
14. Bundes-Seniorengesetz, BGBl. I Nr. 84/1998, in der Fassung BGBl. I Nr. 94/2012;
15. Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), BGBl. Nr. 1/1930, in der Fassung BGBl. I Nr. 89/2024;
16. Datenschutzgesetz – DSG, BGBl. I Nr. 165/1999, in der Fassung BGBl. I Nr. 70/2024;
17. Einkommensteuergesetz 1988 – EStG 1988, BGBl. Nr. 400, in der Fassung BGBl. I Nr. 113/2024;
18. Familienlastenausgleichsgesetz 1967, BGBl. Nr. 376, in der Fassung BGBl. I Nr. 97/2024;
19. Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG, BGBl. I Nr. 179/2004, in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023;

20. Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz – GESG, BGBl. I Nr. 63/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 53/2024;
21. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997, in der Fassung BGBl. I Nr. 109/2024;
22. Gewebesicherheitsgesetz – GSG, BGBl. I Nr. 49/2008, in der Fassung BGBl. I Nr. 37/2018;
23. Grundversorgungsgesetz - Bund 2005 – GVG-B 2005, BGBl. Nr. 405/1991, in der Fassung BGBl. I Nr. 53/2019;
24. Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz – MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 105/2019;
25. MTD-Gesetz, BGBl. Nr. 460/1992, in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2024;
26. Organtransplantationsgesetz – OTPG, BGBl. I Nr. 108/2012, in der Fassung BGBl. I Nr. 37/2018;
27. Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG, BGBl. I Nr. 55/2006, in der Fassung BGBl. I Nr. 105/2024;
28. Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz – SV-EG, BGBl. Nr. 154/1994, in der Fassung BGBl. I Nr. 106/2024;
29. Strafgesetzbuch – StGB, BGBl. Nr. 60/1974, in der Fassung BGBl. I Nr. 135/2023;
30. Strafprozessordnung 1975 (StPO), BGBl. Nr. 631, in der Fassung BGBl. I Nr. 96/2024;
31. Strafvollzugsgesetz – StVG, BGBl. Nr. 144/1969, in der Fassung BGBl. I Nr. 223/2022;
32. Strahlenschutzgesetz 2020 – StrSchG 2020, BGBl. I Nr. 50/2020;
33. Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO 1960, BGBl. Nr. 159, in der Fassung BGBl. I Nr. 52/2024;
34. Universitätsgesetz 2002 – UG, BGBl. I Nr. 120/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 50/2024;
35. Unterbringungsgesetz – UbG, BGBl. Nr. 155/1990, in der Fassung BGBl. I Nr. 77/2023;
36. Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 2015 – VRV 2015, BGBl. II Nr. 313/2015, in der Fassung BGBl. II Nr. 316/2023;
37. Wehrgesetz 2001 – WG 2001, BGBl. I Nr. 146/2001, in der Fassung BGBl. I Nr. 77/2024;
38. Zahnärztegesetz – ZÄG, BGBl. I Nr. 126/2005, in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023;
39. Zivilprozessordnung – ZPO, RGBl. 113/1895, in der Fassung BGBl. I Nr. 85/2024.“

37. Nach § 79 wird folgender § 80 samt Überschrift angefügt:

„§ 80.

Inkrafttreten der Novelle LGBl. für Wien Nr. XX/2024

(1) § 3a Abs. 2 Einleitungssatz, Abs. 2 Z 1 und 2, § 4 Abs.1, Abs. 2 lit. a bis e, Abs. 2a, 2b, 2c, 4, 6 und 7, § 5 Abs. 1, Abs.2 Z 1 bis 5, Abs. 3 Z 4 bis 6, Abs. 3a, 4, 4a, 4b, 5, 6, 7 und 8, § 5a Abs. 2 Z 7 und 8, § 33a Abs. 4 Einleitungssatz, Abs. 5 Z 3, Abs. 6, § 34 Abs. 1, § 42 Abs.1 lit. f bis h treten rückwirkend mit 1. Jänner 2024 in Kraft; gleichzeitig treten § 5 Abs. 9 und 10, § 6a Abs. 3, § 7 Abs. 4 und § 8 Abs. 2 außer Kraft.

(2) § 5a Abs. 1, § 13 Abs. 1a, § 19 lit. e und § 71 samt Überschrift treten mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.“

Der Landeshauptmann:

Der Landesamtsdirektor:

VORBLATT

Ziele und wesentlicher Inhalt:

Im Interesse der in Österreich lebenden Menschen sind Bund und Länder einerseits sowie die Sozialversicherung andererseits als gleichberechtigte Partner übereingekommen, das eingerichtete partnerschaftliche Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung fortzuführen.

Damit soll sichergestellt werden, dass die nachhaltige Ausrichtung des Gesundheitswesens mittels vereinbarter Ausgabenobergrenzen und begleitender strukturpolitischer Maßnahmen gewährleistet ist. Die Festlegung der Eckpunkte und Inhalte dieser partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit erfolgt in der zwischen dem Bund und den Ländern abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit. Die Umsetzung des Finanzausgleichs für die Jahre 2024 bis 2028 im Gesundheitsbereich erfolgt mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Zur Umsetzung dieser getroffenen Vereinbarungen wurde vom Bundesgesetzgeber das Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024, BGBl. I Nr. 191/2023, erlassen, dessen Art. 2 auch Anpassungen im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) vorsieht.

Nunmehr sind die für die Umsetzung des Vereinbarungsumsetzungsgesetzes 2024, BGBl. I Nr. 191/2023, sowie der genannten Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG erforderlichen landesgesetzlichen Anpassungen vorzunehmen. Dies umfasst Anpassungen im Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 und im Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 - Wr. KAG.

Alternativen:

Keine

Auswirkungen des Regelungsvorhabens:

Finanzielle Auswirkungen:

In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (15a ZG) haben die Vertragsparteien folgende Ausgabenobergrenzen für den Zeitraum 2024 bis 2028 für die Länder festgelegt:

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

Die Landesfinanzreferent*innenkonferenz hat bei ihrer Tagung am 15. März 2024 beschlossen, dass davon 26,50 Prozent auf das Bundesland Wien entfallen.

Die Vertragsparteien der 15a ZG sind übereingekommen die in Art. 12 bis Art. 14 15a ZG konkretisierten Steuerungsgebiete mit einer Finanzzielsteuerung als integralem Bestandteil der Zielsteuerung-Gesundheit zu ergänzen. Die in den einzelnen Steuerungsgebieten anfallenden Aufwendungen sind damit jedenfalls umfasst und es ist keine finanzielle Mehrbelastung zu erwarten.

Auswirkungen auf die Bezirke:

Auswirkungen auf die Bezirke sind durch dieses Gesetz nicht zu erwarten.

Wirtschaftspolitische Auswirkungen:

Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich

Auswirkungen auf den Wirtschaftsstandort Österreich sind durch dieses Gesetz nicht zu erwarten.

Sonstige wirtschaftspolitische Auswirkungen:

Auf dieses Gesetz zurückzuführende wirtschaftspolitische Auswirkungen sind nicht zu erwarten.

Auswirkungen in umweltpolitischer, konsumentenschutzpolitischer sowie sozialer Hinsicht:

Auf dieses Gesetz zurückzuführende umweltpolitische, konsumentenschutzpolitische und soziale Auswirkungen sind nicht zu erwarten.

Geschlechtsspezifische Auswirkungen:

Die Regelungen dieses Gesetzes haben keine geschlechtsspezifischen Auswirkungen.

Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

Diese werden durch dieses Gesetz nicht berührt.

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:

Im Hinblick auf die Mitwirkung von Bundesorganen (so wird in § 9 Abs. 5 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 auf Vertreterinnen und Vertreter des Bundes und der Sozialversicherung verwiesen; vgl. auch § 4 Abs. 6 und § 5 Abs. 8 Wr. KAG) an der Vollziehung bedarf es der Zustimmung der Bundesregierung gemäß Art. 97 Abs. 2 B-VG.

ERLÄUTERUNGEN

Allgemeiner Teil

Im Interesse der in Österreich lebenden Menschen sind Bund und Länder einerseits sowie die Sozialversicherung andererseits als gleichberechtigte Partner übereingekommen, das eingerichtete partnerschaftliche Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung fortzuführen.

Damit soll sichergestellt werden, dass die nachhaltige Ausrichtung des Gesundheitswesens mittels vereinbarter Ausgabenobergrenzen und begleitender strukturpolitischer Maßnahmen gewährleistet ist. Die Festlegung der Eckpunkte und Inhalte dieser partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit erfolgt in der zwischen dem Bund und den Ländern abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit. Die Umsetzung des Finanzausgleichs für die Jahre 2024 bis 2028 im Gesundheitsbereich erfolgt mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Zur Umsetzung dieser getroffenen Vereinbarungen wurde vom Bundesgesetzgeber das Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024, BGBl. I Nr. 191/2023, erlassen, dessen Art. 2 auch Anpassungen im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) vorsieht.

Nunmehr sind die für die Umsetzung des Vereinbarungsumsetzungsgesetzes 2024, BGBl. I Nr. 191/2023, sowie der genannten Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG erforderlichen landesgesetzlichen Anpassungen vorzunehmen. Dies umfasst Anpassungen im Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 und im Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 - Wr. KAG.

Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Wiener Gesundheitsfonds-Gesetzes 2017)

Zu Z 1 (Inhaltsverzeichnis):

Das Inhaltsverzeichnis wird an die Novellierung angepasst.

Zu Z 2 (§ 3 Abs. 2):

Die Dotierung des „Gesundheitsförderungsfonds“ erfolgt nun in Art. 12 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. für Wien Nr. XX/2024. Der Prozentanteil der für die bundesweit einheitlich verwendeten Mittel mit Schwerpunktsetzung gemäß Gesundheitsförderungsstrategie wurde von 66 % auf 75 % erhöht.

Zu Z 3 (§ 4 Abs. 4):

Zur Beratung des Wiener Gesundheitsfonds kann eine Gesundheitskonferenz eingerichtet werden, in der die wesentlichen Akteure:innen des Gesundheitswesens vertreten sind.

Zu Z 4 (§ 5 Abs. 1):

Die Anzahl der Mitglieder der Gesundheitsplattform erhöht sich durch die jeweilige Hinzunahme eines Mitglieds der Vertreter:innen des Landes und der Sozialversicherung in § 5. Auf die Anführung einer konkreten Zahl wird verzichtet und auf die folgende Aufzählung verwiesen.

Zu Z 5 und Z 6 (§ 5 Abs. 1 Z 1 und 2):

Die Kurie des Landes und die Kurie der Sozialversicherung bekommen jeweils ein zusätzliches Mitglied.

Es soll künftig vorgesehen werden, dass sechs statt fünf Vertreterinnen und Vertreter des Landes sowie der gesetzlichen Krankenversicherungsträger in die Wiener Gesundheitsplattform entsendet werden. Die sechs Personen sind neben den in der Bestimmung näher definierten vier Vertretungen der Österreichischen Gesundheitskasse jeweils eine Vertretung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau sowie der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen.

Die österreichische Sozialversicherung wird in der Form der Selbstverwaltung geführt. Sie besteht in der selbständigen Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben, die im ausschließlichen oder überwiegenden Interesse der Versichertengemeinschaft liegen. Innerhalb des eigenen Wirkungsbereiches können Selbstverwaltungskörper ihre Aufgaben frei von Weisungen erledigen. Auf die daraus erfließenden Rechte ist Bedacht zu nehmen.

Zu Z 7 (§ 5 Abs. 1 Z 6):

Künftig soll analog zum Mitglied der Ärztekammer für Wien ein Mitglied, das von der Zahnärztekammer für Wien entsandt wird, ständig in der Wiener Gesundheitsplattform vertreten sein.

Zu Z 8 (§ 5 Abs. 2):

Die Änderung der Ziffernfolge auf 11 soll die Entsendung eines Ersatzmitglieds für das Mitglied der Zahnärztekammer für Wien ermöglichen.

Zu Z 9 (§ 5 Abs. 8):

Die Geschäftsordnung der Wiener Gesundheitsplattform hat künftig zu regeln, dass Vertreter:innen des Landes und der Österreichischen Gesundheitskasse die Sitzungen gemeinsam vorzubereiten (Tagesordnung und Unterlagen) haben und zu diesen gemeinsam einzuladen ist (Art. 25 Abs. 8 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens).

Zu Z 10 (§ 6 Abs. 2):

Zur Vorbereitung der Sitzungen der Wiener Gesundheitsplattform ist künftig analog zur Regelung bei der Landes-Zielsteuerungskommission ein Präsidium zur Vorberatung der Angelegenheiten einzurichten.

Die österreichische Sozialversicherung wird in der Form der Selbstverwaltung geführt. Sie besteht in der selbständigen Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben, die im ausschließlichen oder überwiegenden Interesse der Versichertengemeinschaft liegen. Innerhalb des eigenen Wirkungsbereiches können Selbstverwaltungskörper ihre Aufgaben frei von Weisungen erledigen. Auf die daraus erfließenden Rechte ist Bedacht zu nehmen.

Zu Z 11 (§ 6 Abs. 3a):

Künftig ist bei jedem Tagesordnungspunkt das erforderliche Beschlussquorum auszuweisen.

Zu Z 12 (§ 6 Abs. 4 Z 2 lit. d):

Die Formulierung „Mitwirkung am Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (wie ELGA, eCard, Telehealth, Telecare) auf Landesebene“ wird modernisiert und ausgeweitet und somit geändert auf „Mitwirkung am Auf- und Ausbau der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur“.

Zu Z 13 (§ 6 Abs. 6):

Nach Ablauf der Jahre 2013 bis 2023 kann die Wendung nunmehr entfallen. Eine neuerliche Nennung einer konkreten Jahreszahl kann aufgrund der festgeschriebenen jährlichen gesonderten Ausweisung im Voranschlag unterbleiben.

Zu Z 14 (§ 7 Abs. 1) und Z 15 (§ 7 Abs. 2):

Analog zur Wiener Gesundheitsplattform sollen künftig jeweils sechs Vertreterinnen und Vertreter des Landes und der Sozialversicherung in der Landes-Zielsteuerungskommission vertreten sein.

Die österreichische Sozialversicherung wird in der Form der Selbstverwaltung geführt. Sie besteht in der selbständigen Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben, die im ausschließlichen oder überwiegenden Interesse der Versichertengemeinschaft liegen. Innerhalb des eigenen Wirkungsbereiches können Selbstverwaltungskörper ihre Aufgaben frei von Weisungen erledigen. Auf die daraus erfließenden Rechte ist Bedacht zu nehmen.

Zu Z 16 (§ 7 Abs. 8):

Die österreichische Sozialversicherung wird in der Form der Selbstverwaltung geführt. Sie besteht in der selbständigen Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben, die im ausschließlichen oder überwiegenden Interesse der Versichertengemeinschaft liegen. Innerhalb des eigenen Wirkungsbereiches können Selbstverwaltungskörper ihre Aufgaben frei von Weisungen erledigen. Auf die daraus erfließenden Rechte ist Bedacht zu nehmen.

Zu Z 17 (§ 8 Abs. 1), Z 24, 25 (§ 11 Abs. 1 und 2 Z1):

Da in der letzten Finanzausgleichsperiode die Art. 15a-Vereinbarung ohne den Finanzausgleich neu zu verhandeln, um zwei weitere Jahre verlängert wurde und die Rechtsgrundlagen kurzfristig angepasst werden mussten, soll künftig die allgemeinere Formulierung „mehrjähriges“ Landes-Zielsteuerungsübereinkommen gewählt werden.

Zu Z 18 (§ 8 Abs. 2):

Z 7 regelt eine neue Zuständigkeit der Wiener Zielsteuerungskommission.

Das Sachleistungsprinzip verpflichtet, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung sicherzustellen.

Zu Z 19 (§ 9 Abs. 2):

Zur stärkeren Verbindlichmachung von Planungsvorgaben, insbesondere im niedergelassenen Bereich, ist es erforderlich, dass die Planungen nach dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) im Regionalen Strukturplänen Gesundheit Wien (RSG Wien) ergänzende Angaben enthalten.

Dabei sollen bei der Kapazitätsplanung für den ambulanten Bereich der Sachleistung die in Abs. 2 Z 4 angeführten Angaben „zumindest auf Ebene der Versorgungsregion“ erfolgen (Umsetzung der Art. 53 und Art. 5 Abs. 7 Z 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens). Dies umfasst die Möglichkeit, dass auch, insbesondere in urbanen Bereichen, kleinere geeignete Einheiten herangezogen werden können. Für das Land Wien hingegen, kann der Einzugsbereich auch alle drei Versorgungsregionen (VR 91, 92 oder 93) umfassen. Die Planung ist von Bundesland zu Bundesland anderen Bedarfen unterworfen, weshalb Flexibilität in der Textierung notwendig ist.

Ambulante Vergemeinschaftungsformen (z.B. Gruppenpraxen, Selbständige Ambulatorien, Primärversorgungseinheiten) sind zumindest auf Bezirksebene zu planen. Insbesondere in der Bundeshauptstadt Wien ist es möglich, andere geeignete Planungsebenen heranzuziehen, wobei diese jedenfalls eine kleinere Planungsebene als die Bezirksebene sein kann. Diese kleinere Planungsebene kann – sofern im Hinblick auf das natürliche Einzugsgebiet zweckmäßig – bezirksübergreifend sein.

Unter Versorgungstypen im Sinne des § 9 Abs. 2 Z 3 lit. e werden alle Organisationsformen und zugehörige Betriebsformen in der ambulanten Primär- und Fachversorgung verstanden. Darunter fallen Einzelpraxen, Primärversorgungseinheiten in der Allgemeinmedizin (PVE) bzw. Kinder- und Jugendheilkunde (Kinder-PVE) sowie multiprofessionelle und interdisziplinäre vergemeinschaftete Organisationsformen (Gruppenpraxen, selbständige Ambulatorien) sowie Spitalsambulanzen.

Zu Z 20 (§ 9 Abs. 4):

Der RSG ist auf Landesebene zwischen dem Land und der Sozialversicherung festzulegen. Der Bund ist bereits im Entwurfsstadium des RSG entsprechend zu informieren. Die Frist zur Übermittlung des Entwurfes des RSG an den Bund wird auf mindestens vier Wochen vor Einbringung zur Beschlussfassung in der Landeszielsteuerungskommission festgesetzt, um insbesondere das Vorliegen der Rechts- und ÖSG-Konformität abstimmen zu können.

Zu Z 21 (§ 9 Abs. 5):

Abs. 5 legt analog zu § 21 Abs. 10 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, in der Fassung BGBl. I Nr. 3/2024, die Aufgaben des Bundes und der Sozialversicherung als Mitglieder in der Wiener Zielsteuerungskommission fest, wobei sicherzustellen ist, dass die Wiener Gesundheitsplattform mit einer Beschlussfassung zum RSG befasst war und dass die Ärztekammer für Wien und die betroffenen gesetzlichen Interessenvertretungen mindestens 4 Wochen vor Beschlussfassung einer den RSG betreffenden Angelegenheit die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt wird. Dabei sind die Planungsunterlagen zu übermitteln.

Zu Z 22 und 23 (§10 Abs. 1 und 4):

Es erfolgen Anpassungen der Verweisungen.

Zu Z 24, 25 und 27 (§ 11 Abs. 1 und 2 Z1 sowie § 13 Abs. 1):

Die Formulierung wird allgemeiner gehalten und kein fester Zeitrahmen für das jeweilige Zielsteuerungsübereinkommen festgelegt.

Zu Z 26 (§ 11 Abs. 2 Z2):

Das Wiener Zielsteuerungsübereinkommen ist spätestens im 2. Quartal 2024 durch die Wiener Zielsteuerungskommission zu vereinbaren.

Zu Z 27 und 28 (§ 13 Abs. 1 und 2):

Der Begriff „Gesundheitsförderung“ wird sprachlich im Hinblick auf die Zielerreichung auf „Gesundheitsförderungsstrategie“ angepasst. Die Strategie bildet den Rahmen für breit abgestimmtes, ziel- und wirkungsorientiertes, qualitätsgesichertes sowie partnerschaftliches Handeln im Bereich der Gesundheitsförderung in Österreich. Die inhaltliche Schwerpunktsetzung orientiert sich an den Gesundheitszielen Österreich und an den – im Einklang mit den Gesundheitszielen Österreich stehenden – Landesgesundheitszielen.

Zu Z 29 (§ 14):

§ 14 legt künftige inhaltliche Schwerpunkte im Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen fest, welche im mehrjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen konkretisiert festgeschrieben werden sollen. Das Wort „Sektor“ meint dabei entweder den niedergelassenen Bereich oder den intramuralen Bereich.

Zu Z 30 (§ 15):

§ 15 legt künftige inhaltliche Schwerpunkte im Steuerungsbereich Versorgungsprozesse fest, welche im mehrjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen konkretisiert festgeschrieben werden sollen.

Zu Z 31 (§ 16):

§ 16 legt künftige inhaltliche Schwerpunkte in der Finanzzielsteuerung fest, welche im mehrjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen konkretisiert festgeschrieben werden sollen.

Zu Z 32 (§ 17):

Der Inhalt aus § 17 wurde in § 16 integriert, da die Unterteilung des Themas Finanzzielsteuerung in 2 Paragraphen nicht zweckmäßig erschien.

Zu Z 33 und 34 (§ 21 Abs. 4 und § 22 Abs. 5):

Der neue § 21 Abs. 4 enthält Bestimmungen zum In-Kraft-Treten.

Die Vorgabe aus den Vereinbarungen gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und Zielsteuerung-Gesundheit erfordern eine rückwirkende Inkraftsetzung mit 1. Jänner 2024. Nachdem von den Änderungen auch Bestimmungen über die Zusammensetzung und das Zustandekommen von Beschlüssen in der Wiener Gesundheitsplattform und der Wiener Zielsteuerungskommission berührt sind, ist Vorsorge dafür zu treffen, dass die Beschlüsse beider Gremien, die noch vor Kundmachung dieses Gesetzes gefasst werden, ihre Gültigkeit beibehalten.

Zu Artikel II (Änderung des Wiener Krankenanstaltengesetzes 1987 – Wr. KAG):**Zu Z 1, 2, und 3 (§ 3a Abs. 2):**

Es handelt sich um die Umsetzung der grundsatzgesetzlichen Neuregelung des § 2b Abs. 2 KAKuG aus der Novelle BGBl. I Nr. 191/2023. Im Hinblick auf die Zielsetzung, durch die Stärkung der Digitalisierung im Gesundheitswesen und des ambulanten Bereichs den stationären Bereich zu entlasten, wird die Möglichkeit geschaffen, bei den in Abs. 2 Z 1 und 2 angeführten Organisationsformen ambulante Betreuungsplätze bis zur Hälfte auf die Mindestbettenanzahl anzurechnen.

Zu Z 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 und 11 (§ 4 Abs. 1 Schlusssatz, Abs. 2 lit a und b, Abs. 2a, Abs. 2b, Abs. 2c, Abs. 4, Abs. 6 und Abs. 7):

Es handelt sich vorwiegend um die Umsetzung der grundsatzgesetzlichen Neuregelung des § 3 Abs. 2b und 6 KAKuG aus der Novelle BGBl. I Nr. 191/2023. Im Hinblick auf eine stärkere Verbindlichkeit der Planung sowie im Sinne einer Entbürokratisierung und einer effizienten Gestaltung der Bewilligungsverfahren von bettenführenden Krankenanstalten kann für den Fall, dass der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang per Verordnung gemäß § 23 oder § 24 G-ZG verbindlich erklärt wurde, die Bedarfsprüfung entfallen. Dies insbesondere deshalb, da der Bedarf bereits bei der Planung im Regionalen Strukturplan Gesundheit (§ 18 G-ZG) geprüft wurde. Zur Sicherstellung einer raschen Umsetzung der verbindlichen Planung und Schaffung geeigneter Versorgungsstrukturen werden auch die Partei- und Stellungnahmerechte in Abs. 6 angepasst, zumal die betroffenen gesetzlichen Interessensvertretungen ohnehin zum ÖSG bzw. den RSG Stellungnahmerechte haben (§ 20 Abs. 4, § 21 Abs. 10 G-ZG).

Zur lückenlosen Umsetzung des Entfalles der Bedarfsprüfung bei Regelung des verfahrensgegenständlichen Leistungsumfanges per Verordnung gemäß § 23 oder § 24 G-ZG - somit der grundsätzlichen Erfassung der jeweiligen medizinischen Fachrichtungen des Leistungsumfanges in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 G-ZG - wird explizit vorgesehen, dass die Übereinstimmung eines konkret beantragten Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen ist und diese Übereinstimmung zusätzliche Voraussetzung zur Erteilung einer Errichtungsbewilligung ist. Eine solche Plankonformität des verfahrensgegenständlichen Leistungsumfanges mit den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 G-ZG liegt vor, wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 G-ZG grundsätzlich geregelt ist (z.B. Erfassung der jeweiligen Fachrichtungen) und dieser gleichzeitig konkret in der Planung

vorgesehen ist bzw. in den Planzahlen (z.B. ÄAVE) Deckung findet. Hierdurch wird sicher- und klargestellt, dass nur im Fall eines konkret geplanten und nicht bloß eines grundsätzlich geregelten Leistungsumfanges eine Errichtungsbewilligung erteilt werden kann. Die Entscheidung über die Plankonformität des Vorhabens hat mittels Feststellungsbescheid zu erfolgen. Darüber hinaus wird die Möglichkeit zur Vorabfeststellung der Plankonformität geschaffen.

Nachdem § 4 Abs. 2 letzter Satz für die Überprüfung, ob ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung der Landesregierung über den Bedarf eingeleitet wird, auf die Entscheidung des Bedarfs abstellt, hat dem Rechnung tragend die Entscheidung über den Bedarf verpflichtend mittels Feststellungsbescheid zu erfolgen.

Im Übrigen erfolgen aufgrund des Entfalles der Bedarfsprüfung bei Regelung des verfahrensgegenständlichen Leistungsumfanges per Verordnung gemäß § 23 oder § 24 G-ZG Anpassungen.

Zu Z 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 und 23 (§ 5 Abs. 1 Schlusssatz, Abs. 2 Z 1 bis 5, Abs. 3 Z 4 bis 6, Abs. 3a, Abs. 4, Abs. 4a, Abs. 4b, Abs. 5, Abs. 6, Abs. 7 und Abs. 8, Entfall der § 5 Abs. 9 und Abs. 10):

Es handelt sich vorwiegend um die Umsetzung der grundsatzgesetzlichen Neuregelung des § 3a Abs. 2 Z 1 und Abs. 3 Z 3 und 5, Abs. 4, 5 und 8 KAKuG aus der Novelle BGBl. I Nr. 191/2023.

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung und im Hinblick darauf, dass Gesundheitsdiensteanbieter ohne Vertrag wenn überhaupt nur beschränkt versorgungswirksam sind, ist der Prüfungsmaßstab auf Vertragseinrichtungen einzuschränken. Darüber hinaus erfolgen semantische Klarstellungen.

Bei der Beurteilung, ob eine Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet vorliegt, sind, ergänzend zu den bisherigen Kriterien, nun auch die Öffnungszeiten bestehender Leistungsanbieter, insbesondere an Tagesrandzeiten und an Wochenenden, zu berücksichtigen.

Im Hinblick auf eine stärkere Verbindlichkeit der Planung sowie im Sinne einer Entbürokratisierung und einer effizienten Gestaltung der Bewilligungsverfahren von Krankenanstalten kann für den Fall, dass der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang per Verordnung gemäß § 23 oder § 24 G-ZG verbindlich erklärt wurde, die Bedarfsprüfung entfallen. Dies insbesondere deshalb, da der Bedarf bereits bei der Planung im Regionalen Strukturplan Gesundheit (§ 18 G-ZG) geprüft wurde. Zur Sicherstellung einer raschen Umsetzung der verbindlichen Planung und Schaffung geeigneter Versorgungsstrukturen werden auch die Partei- und Stellungnahmerechte in Abs. 8 angepasst, zumal die betroffenen gesetzlichen Interessensvertretungen ohnehin zum ÖSG bzw. den RSG Stellungnahmerechte haben (§ 20 Abs. 4, § 21 Abs. 10 G-ZG).

Zur lückenlosen Umsetzung des Entfalles der Bedarfsprüfung bei Regelung des verfahrensgegenständlichen Leistungsumfanges per Verordnung gemäß § 23 oder § 24 G-ZG - somit der grundsätzlichen Erfassung der jeweiligen medizinischen Fachrichtungen des Leistungsumfanges in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 G-ZG - wird explizit vorgesehen, dass die Übereinstimmung eines konkret beantragten Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen ist und diese Übereinstimmung zusätzliche Voraussetzung zur Erteilung einer Errichtungsbewilligung ist. Eine solche Plankonformität des verfahrensgegenständlichen Leistungsumfanges mit den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 G-ZG liegt vor, wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 G-ZG grundsätzlich geregelt ist (z.B. Erfassung der jeweiligen Fachrichtungen) und dieser gleichzeitig konkret in der Planung vorgesehen ist bzw. in den Planzahlen (z.B. ÄAVE) Deckung findet. Hierdurch wird sicher- und klargestellt, dass nur im Fall eines konkret geplanten und nicht bloß eines grundsätzlich geregelten Leistungsumfanges eine Errichtungsbewilligung erteilt werden kann. Die Entscheidung über die Plankonformität des Vorhabens hat mittels Feststellungsbescheid zu erfolgen. Darüber hinaus wird die Möglichkeit zur Vorabfeststellung der Plankonformität geschaffen.

Nachdem § 5 Abs. 2 letzter Satz für die Überprüfung, ob ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei

Monaten nach Zustellung der Entscheidung der Landesregierung über den Bedarf eingeleitet wird, auf die Entscheidung des Bedarfs abstellt, hat dem Rechnung tragend die Entscheidung über den Bedarf ebenso mittels Feststellungsbescheid zu erfolgen.

Des Weiteren wird zur lückenlosen Umsetzung des Entfalles der Bedarfsprüfung bei Regelung des verfahrensgegenständlichen Leistungsumfangs per Verordnung gemäß § 23 oder § 24 G-ZG, in Fortführung der bisherigen Rechtslage, explizit vorgesehen, dass in den Fällen der ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähigen Leistungen und der Verlegung innerhalb des Einzugsgebiets (§ 5 Abs. 4 Z 2 und 3) kein Fall der Plankonformitätsprüfung vorliegt.

Die Beantwortung der Frage, ob es sich beim geplanten Leistungsangebot des zu errichtenden Ambulatoriums um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, hat maßgebliche Auswirkung auf das weitere Verfahren zur Errichtung des selbständigen Ambulatoriums, konnte jedoch bisher nur im Rahmen einer Beschwerde gegen die Entscheidung über die Errichtungsbewilligung überprüft werden. Die fehlende Möglichkeit einer separaten Entscheidung über die sozialversicherungsrechtliche Erstattungsfähigkeit der Leistungen hat sich in der Verwaltungspraxis als unbefriedigend dargestellt, weshalb nunmehr vorgesehen wird hierüber mittels Feststellungsbescheid abzusprechen, sofern diese Frage nach Anhörung der Sozialversicherungsträger noch unklar ist (in der Praxis wird dies bspw. der Fall sein wenn ein Sozialversicherungsträger von einer Erstattungsfähigkeit ausgeht, der Antragsteller jedoch nicht).

Im Übrigen erfolgen aufgrund des Entfalles der Bedarfsprüfung bei Regelung des verfahrensgegenständlichen Leistungsumfangs per Verordnung gemäß § 23 oder § 24 G-ZG Anpassungen.

Zu Z 24 und 25 (§ 5a Abs. 1 und 2):

Es handelt sich vorwiegend um die Umsetzung der grundsatzgesetzlichen Neuregelung des § 10a Abs. 2 Z 7 und 8 KAKuG aus der Novelle BGBl. I Nr. 191/2023 sowie einer Anpassung an die aktuelle Fassung.

Zu Z 26, 27 und 28 (Entfall der § 6a Abs. 3, § 7 Abs. 4 und § 8 Abs. 2):

Es handelt sich vorwiegend um die Umsetzung der grundsatzgesetzlichen Neuregelung des § 3b Abs. 2 und dem Entfall von § 3a Abs.9 KAKuG aus der Novelle BGBl. I Nr. 191/2023. Der Entfall des § 3a Abs. 9 KAKuG und damit des § 5 Abs. 9 Wr. KAG bedingt den Entfall von § 8 Abs. 2 Wr. KAG, da dieser nur auf § 5 Abs. 9 Wr.KAG verweist. § 7 Abs. 4 Wr. KAG kann zur Gänze entfallen, da die in § 5 Abs. 9 Wr. KAG geregelte Sonderbestimmung für die Errichtung von Ambulatorien von Krankenversicherungsträgern oder Krankenfürsorgeeinrichtungen durch die Umsetzung der Novelle BGBl. I Nr. 191/2023 entfällt und § 6a Abs. 2 dadurch ohnehin auch auf Ambulatorien von Krankenversicherungsträgern oder Krankenfürsorgeeinrichtungen direkt anwendbar ist, ein Verweis einer sinngemäßen Anwendung ist daher nicht zielführend. § 6a Abs. 3 kann aufgrund des Entfalles von § 5 Abs. 9 und im Hinblick darauf, dass eine Haftpflichtversicherung nach § 6c Wr. KAG bei einem Krankenversicherungsträger oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung als sonstige Körperschaft öffentlichen Rechts ohnehin nicht erforderlich ist, ebenso zur Gänze entfallen.

Zu Z 29 (§ 13 Abs. 1a):

Es handelt sich um die Umsetzung der grundsatzgesetzlichen Neuregelung in § 8 Abs. 1 Z 8 KAKuG aus der Novelle BGBl. I Nr. 24/2024

Zu Z 30 (§ 19 lit. e):

Es handelt sich um die Aktualisierung der Bestimmung durch Berücksichtigung der geltenden Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 2015 – VRV 2015.

Zu Z 31, 32, 33 und 34 (§ 33a Abs. 4, Abs. 5 Z 3, Abs. 6 und § 34 Abs. 1):

Es handelt sich vorwiegend um die Umsetzung der grundsatzgesetzlichen Neuregelung des § 19a Abs. 3, 4 und 5 sowie § 20 Abs. 1 KAKuG aus der Novelle BGBl. I Nr. 191/2023.

Zu Z 35 (§ 42 Abs. 1 lit. f bis h):

Es handelt sich vorwiegend um die Umsetzung der grundsatzgesetzlichen Neuregelung des § 26 Abs. 1 Z 7 und 8 KAKuG aus der Novelle BGBl. I Nr. 191/2023.

Zu Z 36 (§ 71):

Es erfolgt eine Aktualisierung der Fassungen der bundesrechtlichen Vorschriften.

Zu Z 37 (§ 80):

Die genannten Bestimmungen sollen mit 1. Jänner 2024 in Kraft treten, dabei handelt es sich um die Umsetzung der grundsatzgesetzlichen Bestimmung in § 65b Abs. 15 KAKuG aus der Novelle BGBl. I Nr. 191/2023.

Textgegenüberstellung

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

Artikel I.

Änderung des Gesetzes über die Errichtung (Fortführung) eines Wiener Gesundheitsfonds 2017 (Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017)

Gesetz über die Errichtung (Fortführung) eines Wiener Gesundheitsfonds 2017 (Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017)

Gesetz über die Errichtung (Fortführung) eines Wiener Gesundheitsfonds 2017 (Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017)

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Fortführung des Wiener Gesundheitsfonds
§ 2	Aufgaben des Wiener Gesundheitsfonds
§ 3	Mittel des Wiener Gesundheitsfonds
§ 4	Organisation des Wiener Gesundheitsfonds
§ 5	Wiener Gesundheitsplattform
§ 6	Beschlussfassung und Aufgaben der Wiener Gesundheitsplattform
§ 7	Wiener Zielsteuerungskommission
§ 8	Aufgaben der Wiener Zielsteuerungskommission
§ 9	Regionaler Strukturplan Gesundheit Wien (RSG)
§ 10	Verbindlichkeitserklärung von Inhalten des Österreichischen Strukturplans Gesundheit und des Regionalen Strukturplans Gesundheit Wien
§ 11	Landes-Zielsteuerungsübereinkommen
§ 12	Wechselseitige Datenbereitstellung durch die Partner der Zielsteuerung-Gesundheit
§	Datenverarbeitung durch den Wiener Gesundheitsfonds
12a	
§	Erfassung und Weitergabe von Daten
12b	
§	Tätigkeit des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger als
12c	Verbindungsstelle und als Betreiber der Zugangsstelle
§ 13	Steuerungsbereich Ergebnisorientierung

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Fortführung des Wiener Gesundheitsfonds
§ 2	Aufgaben des Wiener Gesundheitsfonds
§ 3	Mittel des Wiener Gesundheitsfonds
§ 4	Organisation des Wiener Gesundheitsfonds
§ 5	Wiener Gesundheitsplattform
§ 6	Beschlussfassung und Aufgaben der Wiener Gesundheitsplattform
§ 7	Wiener Zielsteuerungskommission
§ 8	Aufgaben der Wiener Zielsteuerungskommission
§ 9	Regionaler Strukturplan Gesundheit Wien (RSG)
§ 10	Verbindlichkeitserklärung von Inhalten des Österreichischen Strukturplans Gesundheit und des Regionalen Strukturplans Gesundheit Wien
§ 11	Landes-Zielsteuerungsübereinkommen
§ 12	Wechselseitige Datenbereitstellung durch die Partner der Zielsteuerung-Gesundheit
§	Datenverarbeitung durch den Wiener Gesundheitsfonds
12a	
§	Erfassung und Weitergabe von Daten
12b	
§	Tätigkeit des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger als
12c	Verbindungsstelle und als Betreiber der Zugangsstelle
§ 13	Steuerungsbereich Ergebnisorientierung

Geltende Fassung

- § 14 Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen
- § 15 Steuerungsbereich Versorgungsprozesse
- § 16 Finanzzielsteuerung
- § 17 **Inhalt und Gegenstand der Finanzzielsteuerung**
- § 18 Sanktionsmechanismus Zielsteuerung-Gesundheit
- § 19 Regelungen bei Nicht-Zustandekommen eines Landes-Zielsteuerungsübereinkommens
- § 20 Aufsicht über den Wiener Gesundheitsfonds
- § 21 In- und Außerkrafttreten
- § 22 Übergangsbestimmungen

Mittel des Wiener Gesundheitsfonds

§ 3. Mittel des Wiener Gesundheitsfonds sind:

(1)

1. Beiträge der Bundesgesundheitsagentur, der Länder und der Gemeinden, die dem Land Wien bzw. dem Fonds auf Grund bundesgesetzlicher Vorschriften für Zwecke der Krankenanstaltenfinanzierung zufließen;
2. Mittel der Träger der gesetzlichen Sozialversicherung;
3. Mittel gemäß dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG), BGBl. Nr. 746/1996, in der Fassung BGBl. I Nr. 17/2017;
4. Vermögenserträge;
5. Beiträge aus dem Budget der Gemeinde Wien;
6. sonstige Mittel.

(2) **Zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention wird das im Wiener Gesundheitsfonds eingerichtete Sondervermögen mit eigenem Verrechnungskreis als „Gesundheitsförderungsfonds“ ohne Rechtspersönlichkeit fortgeführt. Die Dotierung des „Gesundheitsförderungsfonds“ erfolgt gemäß Art. 10 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. für Wien Nr. 75/2022. Im Geschäftsjahr nicht verwendete Mittel sind im Folgejahr den zur Verfügung stehenden Gesundheitsförderungsmitteln zuzuschlagen. Die Vergabe von mindestens 66 % der Mittel des Gesundheitsförderungsfonds hat für die priorisierten Schwerpunkte der Gesundheitsförderungsstrategie zu erfolgen.**

Vorgeschlagene Fassung

- § 14 Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen
- § 15 Steuerungsbereich Versorgungsprozesse
- § 16 Finanzzielsteuerung
- § 18 Sanktionsmechanismus Zielsteuerung-Gesundheit
- § 19 Regelungen bei Nicht-Zustandekommen eines Landes-Zielsteuerungsübereinkommens
- § 20 Aufsicht über den Wiener Gesundheitsfonds
- § 21 In- und Außerkrafttreten
- § 22 Übergangsbestimmungen

Mittel des Wiener Gesundheitsfonds

§ 3. Mittel des Wiener Gesundheitsfonds sind:

(1)

1. Beiträge der Bundesgesundheitsagentur, der Länder und der Gemeinden, die dem Land Wien bzw. dem Fonds auf Grund bundesgesetzlicher Vorschriften für Zwecke der Krankenanstaltenfinanzierung zufließen;
2. Mittel der Träger der gesetzlichen Sozialversicherung;
3. Mittel gemäß dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG), BGBl. Nr. 746/1996, in der Fassung BGBl. I Nr. 17/2017;
4. Vermögenserträge;
5. Beiträge aus dem Budget der Gemeinde Wien;
6. sonstige Mittel.

(2) **Zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention wird das im Wiener Gesundheitsfonds eingerichtete Sondervermögen mit eigenem Verrechnungskreis als Gesundheitsförderungsfonds ohne Rechtspersönlichkeit fortgeführt. Die Dotierung des Gesundheitsförderungsfonds erfolgt gemäß Art. 12 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. für Wien Nr. XX/2024. Im Geschäftsjahr nicht verwendete Mittel sind im Folgejahr den zur Verfügung stehenden Gesundheitsförderungsmitteln zuzuschlagen. Die Vergabe von 75 % der Mittel des Gesundheitsförderungsfonds hat für bundesweit einheitliche Schwerpunkte gemäß Gesundheitsförderungsstrategie zu erfolgen.**

Geltende Fassung

Organisation des Wiener Gesundheitsfonds

§ 4. (1) Organe des Wiener Gesundheitsfonds sind die Wiener Gesundheitsplattform und die Wiener Zielsteuerungskommission.

(2) Auf Vorschlag der Vorsitzenden oder des Vorsitzenden der Wiener Gesundheitsplattform wird von der Landesregierung eine Geschäftsführerin oder ein Geschäftsführer bestellt. Nähere Regelungen über die Aufgaben der Geschäftsführung sind in der von der Wiener Gesundheitsplattform zu beschließenden Geschäftsordnung zu treffen.

(3) Zur Unterstützung der Geschäftsführerin oder des Geschäftsführers ist beim Amt der Landesregierung eine Geschäftsstelle einzurichten. Die Beistellung der sachlichen und personellen Erfordernisse für die Geschäftsstelle obliegt dem Amt der Landesregierung. Der Fonds hat dem Land Wien die für die Beistellung der sachlichen und personellen Erfordernisse anfallenden Kosten zu ersetzen.

Wiener Gesundheitsplattform

§ 5. (1) Die Wiener Gesundheitsplattform besteht aus **32** Mitgliedern:

1. **fünf** Mitglieder als Vertreterinnen und Vertreter des Landes, nämlich die für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadträtin oder der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadtrat, die amtsführende Stadträtin oder der amtsführende Stadtrat für die Finanzverwaltung, die für Personalangelegenheiten in Wien zuständige amtsführende Stadträtin oder der für Personalangelegenheiten in Wien zuständige amtsführende Stadtrat und **zwei** Mitglieder, die von der Landesamtsdirektorin oder vom Landesamtsdirektor aus dem Kreise der Bediensteten des Aktivstandes der Stadt Wien entsandt werden;
2. **fünf Mitglieder als Vertreterinnen und Vertreter der Sozialversicherung, wovon vier Mitglieder von der Österreichischen Gesundheitskasse, Landesstelle Wien entsandt werden und das fünfte Mitglied einvernehmlich von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, der Pensionsversicherungsanstalt und der Sozialversicherungsanstalt der**

Vorgeschlagene Fassung

Organisation des Wiener Gesundheitsfonds

§ 4. (1) Organe des Wiener Gesundheitsfonds sind die Wiener Gesundheitsplattform und die Wiener Zielsteuerungskommission.

(2) Auf Vorschlag der Vorsitzenden oder des Vorsitzenden der Wiener Gesundheitsplattform wird von der Landesregierung eine Geschäftsführerin oder ein Geschäftsführer bestellt. Nähere Regelungen über die Aufgaben der Geschäftsführung sind in der von der Wiener Gesundheitsplattform zu beschließenden Geschäftsordnung zu treffen.

(3) Zur Unterstützung der Geschäftsführerin oder des Geschäftsführers ist beim Amt der Landesregierung eine Geschäftsstelle einzurichten. Die Beistellung der sachlichen und personellen Erfordernisse für die Geschäftsstelle obliegt dem Amt der Landesregierung. Der Fonds hat dem Land Wien die für die Beistellung der sachlichen und personellen Erfordernisse anfallenden Kosten zu ersetzen.

(4) Zur Beratung des Wiener Gesundheitsfonds kann eine Gesundheitskonferenz eingerichtet werden, in der die wesentlichen Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens vertreten sind.

Wiener Gesundheitsplattform

§ 5. (1) Die Wiener Gesundheitsplattform besteht aus **folgenden** Mitgliedern:

1. **sechs** Mitglieder als Vertreterinnen und Vertreter des Landes, nämlich die für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadträtin oder der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadtrat, die amtsführende Stadträtin oder der amtsführende Stadtrat für die Finanzverwaltung, die für Personalangelegenheiten in Wien zuständige amtsführende Stadträtin oder der für Personalangelegenheiten in Wien zuständige amtsführende Stadtrat und **drei** Mitglieder, die von der Landesamtsdirektorin oder vom Landesamtsdirektor aus dem Kreise der Bediensteten des Aktivstandes der Stadt Wien entsandt werden;
2. **sechs Mitglieder als Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherungsträger und zwar vier Mitglieder der Österreichischen Gesundheitskasse, wovon drei Vertreterinnen und Vertreter auf Vorschlag des Landesstellenausschusses für Wien der Österreichischen Gesundheitskasse zu entsenden sind, darunter jedenfalls die oder der Vorsitzende des Landesstellenausschusses sowie**

Geltende Fassung

Selbständigen entsandt wird;

3. 15 Mitglieder, die nach Maßgabe ihrer Mandatsstärke von den wahlwerbenden Parteien aus dem Kreis der Abgeordneten zum Wiener Landtag entsandt werden;
4. ein Mitglied, das vom Bund entsandt wird;
5. ein Mitglied, das von der Ärztekammer für Wien entsandt wird;
6. ein Mitglied, das einvernehmlich von der Österreichischen Bischofskonferenz und dem Evangelischen Oberkirchenrat entsandt wird;
7. ein Mitglied, das von der Landesamtsdirektorin oder vom Landesamtsdirektor aus dem Kreise der Bediensteten des Aktivstandes der Stadt Wien als Vertreterin oder Vertreter der Krankenanstalten, deren Rechtsträger die Stadt Wien ist, entsandt wird;
8. ein Mitglied, das von der Österreichischen Gesundheitskasse, Landesstelle Wien als Rechtsträger des Hanusch-Krankenhauses entsandt wird;
9. die gemäß § 4 des Gesetzes über die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanzwaltschaft, LGBl. für Wien Nr. 59/2006 in der Fassung LGBl. für Wien Nr. 18/2011, bestellte Person;
10. ein Mitglied ohne Stimmrecht, das vom Dachverband der Sozialversicherungsträger entsandt wird.

(2) Die gemäß Abs. 1 Z 1, 2, 3 und 5 bis 10 entsendungsberechtigten Personen oder Einrichtungen haben pro Mitglied ein Ersatzmitglied namhaft zu machen. Für das vom Bund entsandte Mitglied (Abs. 1 Z 4) sind drei Ersatzmitglieder namhaft zu machen. Ersatzmitglieder sind zur Vertretung der von der jeweiligen entsendungsberechtigten Person oder Einrichtung entsandten Mitglieder berechtigt. Ist ein Mitglied an der Teilnahme an einer Sitzung verhindert, ist dies der Geschäftsstelle unter Bekanntgabe der Person des Ersatzmitgliedes vor Beginn der Sitzung mitzuteilen. Gibt das Mitglied kein

Vorgeschlagene Fassung

deren oder dessen Stellvertreterin bzw. Stellvertreter, und jeweils eine Vertreterin bzw. ein Vertreter der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau und der Sozialversicherung der Selbständigen in Wien. Bei der Entsendung von Vertreterinnen und Vertretern und der Wahrnehmung der Aufgaben ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten;

3. 15 Mitglieder, die nach Maßgabe ihrer Mandatsstärke von den wahlwerbenden Parteien aus dem Kreis der Abgeordneten zum Wiener Landtag entsandt werden;
4. ein Mitglied, das vom Bund entsandt wird;
5. ein Mitglied, das von der Ärztekammer für Wien entsandt wird;
6. ein Mitglied, das von der Zahnärztekammer für Wien entsandt wird;
7. ein Mitglied, das einvernehmlich von der Österreichischen Bischofskonferenz und dem Evangelischen Oberkirchenrat entsandt wird;
8. ein Mitglied, das von der Landesamtsdirektorin oder vom Landesamtsdirektor aus dem Kreise der Bediensteten des Aktivstandes der Stadt Wien als Vertreterin oder Vertreter der Krankenanstalten, deren Rechtsträger die Stadt Wien ist, entsandt wird;
9. ein Mitglied, das von der Österreichischen Gesundheitskasse, Landesstelle Wien als Rechtsträger des Hanusch-Krankenhauses entsandt wird;
10. die gemäß § 4 des Gesetzes über die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanzwaltschaft, LGBl. für Wien Nr. 59/2006 in der Fassung LGBl. für Wien Nr. 18/2011, bestellte Person;
11. ein Mitglied ohne Stimmrecht, das vom Dachverband der Sozialversicherungsträger entsandt wird.

(2) Die gemäß Abs. 1 Z 1, 2, 3 und 5 bis 11 entsendungsberechtigten Personen oder Einrichtungen haben pro Mitglied ein Ersatzmitglied namhaft zu machen. Für das vom Bund entsandte Mitglied (Abs. 1 Z 4) sind drei Ersatzmitglieder namhaft zu machen. Ersatzmitglieder sind zur Vertretung der von der jeweiligen entsendungsberechtigten Person oder Einrichtung entsandten Mitglieder berechtigt. Ist ein Mitglied an der Teilnahme an einer Sitzung verhindert, ist dies der Geschäftsstelle unter Bekanntgabe der Person des Ersatzmitgliedes vor Beginn der Sitzung mitzuteilen. Gibt das Mitglied kein

Geltende Fassung

Ersatzmitglied bekannt, kann die jeweilige entsendungsberechtigte Person oder Einrichtung ein Ersatzmitglied bekannt geben.

(3) Mitglied (Ersatzmitglied) der Wiener Gesundheitsplattform kann nur sein, wer – abgesehen vom Erfordernis des Hauptwohnsitzes in Wien – zum Wiener Landtag wählbar ist.

(4) Das Amt als Mitglied (Ersatzmitglied) ist ein unbesoldetes Ehrenamt.

(5) Ist die Entsendung von Mitgliedern der Wiener Gesundheitsplattform erforderlich, so hat das Amt der Landesregierung die entsendungsberechtigten Institutionen schriftlich dazu aufzufordern. Machen die Entsendungsberechtigten von ihrem Entsendungsrecht keinen Gebrauch und sind auch keine Ersatzmitglieder namhaft gemacht, so bleibt das unbesetzte Mandat bei der Feststellung der Beschlussfähigkeit der Wiener Gesundheitsplattform außer Betracht.

(6) Die Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Wiener Gesundheitsplattform werden auf die Dauer der Gesetzgebungsperiode des Wiener Landtages entsandt; nach dem Zusammentritt des neu gewählten Landtages ist eine neue Entsendung vorzunehmen. Bis dahin bleiben die bisherigen Mitglieder (Ersatzmitglieder) im Amt. Ihre neuerliche Entsendung ist zulässig.

(7) Den Vorsitz der Wiener Gesundheitsplattform führt die für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadträtin oder der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadtrat; erste Stellvertreterin oder erster Stellvertreter der Vorsitzenden oder des Vorsitzenden ist ein von der Österreichischen Gesundheitskasse, Landesstelle Wien entsandtes Mitglied (Abs.1 Z.2), das von der Österreichischen Gesundheitskasse, Landesstelle Wien als erste Stellvertreterin oder erster Stellvertreter der Vorsitzenden oder des Vorsitzenden namhaft gemacht wird; zweite Stellvertreterin oder zweiter Stellvertreter der Vorsitzenden oder des Vorsitzenden ist die amtsführende Stadträtin oder der amtsführende Stadtrat für die Finanzverwaltung.

(8) Die Wiener Gesundheitsplattform hat sich ihre Geschäftsordnung selbst zu geben.

Vorgeschlagene Fassung

Ersatzmitglied bekannt, kann die jeweilige entsendungsberechtigte Person oder Einrichtung ein Ersatzmitglied bekannt geben.

(3) Mitglied (Ersatzmitglied) der Wiener Gesundheitsplattform kann nur sein, wer – abgesehen vom Erfordernis des Hauptwohnsitzes in Wien – zum Wiener Landtag wählbar ist.

(4) Das Amt als Mitglied (Ersatzmitglied) ist ein unbesoldetes Ehrenamt.

(5) Ist die Entsendung von Mitgliedern der Wiener Gesundheitsplattform erforderlich, so hat das Amt der Landesregierung die entsendungsberechtigten Institutionen schriftlich dazu aufzufordern. Machen die Entsendungsberechtigten von ihrem Entsendungsrecht keinen Gebrauch und sind auch keine Ersatzmitglieder namhaft gemacht, so bleibt das unbesetzte Mandat bei der Feststellung der Beschlussfähigkeit der Wiener Gesundheitsplattform außer Betracht.

(6) Die Mitglieder (Ersatzmitglieder) der Wiener Gesundheitsplattform werden auf die Dauer der Gesetzgebungsperiode des Wiener Landtages entsandt; nach dem Zusammentritt des neu gewählten Landtages ist eine neue Entsendung vorzunehmen. Bis dahin bleiben die bisherigen Mitglieder (Ersatzmitglieder) im Amt. Ihre neuerliche Entsendung ist zulässig.

(7) Den Vorsitz der Wiener Gesundheitsplattform führt die für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadträtin oder der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadtrat; erste Stellvertreterin oder erster Stellvertreter der Vorsitzenden oder des Vorsitzenden ist ein von der Österreichischen Gesundheitskasse, Landesstelle Wien entsandtes Mitglied (Abs.1 Z.2), das von der Österreichischen Gesundheitskasse, Landesstelle Wien als erste Stellvertreterin oder erster Stellvertreter der Vorsitzenden oder des Vorsitzenden namhaft gemacht wird; zweite Stellvertreterin oder zweiter Stellvertreter der Vorsitzenden oder des Vorsitzenden ist die amtsführende Stadträtin oder der amtsführende Stadtrat für die Finanzverwaltung.

(8) Die Wiener Gesundheitsplattform hat sich ihre Geschäftsordnung selbst zu geben. **Die Geschäftsordnung hat zu regeln, dass die Sitzungen gemeinsam von Vertreterinnen und Vertretern des Landes sowie Vertreterinnen und Vertretern der Österreichischen Gesundheitskasse vorzubereiten (Tagesordnung und Unterlagen) sind und zu diesen gemeinsam einzuladen ist.**

Geltende Fassung

(9) Das Amt als Mitglied (Ersatzmitglied) endet durch Tod, Ablauf der Amtsdauer, den Wegfall von für die Entsendung erforderlichen Voraussetzungen oder die rechtskräftige Verhängung einer Disziplinarstrafe nach einem gesetzlich geregelten Disziplinarrecht.

(10) Ein Mitglied (Ersatzmitglied) ist des Amtes zu entheben, wenn ein neuer Entsendungsvorschlag von den nach Abs. 1 hierzu Berechtigten erstattet worden ist.

(11) Scheidet ein Mitglied (Ersatzmitglied) vor dem Ablauf der Amtsdauer aus, so ist für den Rest dieser Amtsdauer ein neues Mitglied (Ersatzmitglied) zu entsenden.

(12) Die Wiener Gesundheitsplattform kann zur Beratung einzelner Angelegenheiten oder zur Erfüllung der ihr gesetzlich übertragenen Aufgaben Ausschüsse einrichten. Nähere Bestimmungen über die Einrichtung und Organisation der Ausschüsse sind von der Wiener Gesundheitsplattform durch Geschäftsordnung zu regeln.

Beschlussfassung und Aufgaben der Wiener Gesundheitsplattform

§ 6. (1) Die Wiener Gesundheitsplattform ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der stimmberechtigten Mitglieder (Ersatzmitglieder), darunter die Vorsitzende oder der Vorsitzende oder eine ihrer oder seiner Stellvertreterinnen oder einer ihrer oder seiner Stellvertreter, anwesend ist.

(2) Die Wiener Gesundheitsplattform kann zur Vorbereitung ihrer Sitzungen ein Präsidium, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des Landes und der Sozialversicherung, einrichten.

(3) Die Wiener Gesundheitsplattform fasst ihre Beschlüsse mit einfacher Mehrheit. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Vorsitzende oder der Vorsitzende. Abweichendes gilt in folgenden Angelegenheiten:

- a) In Angelegenheiten gemäß Abs. 4 Z 1 – vorbehaltlich des Abs. 6 – hat jede Vertreterin und jeder Vertreter des Landes (§ 5 Abs. 1 Z 1) neun Stimmen.
- b) In Angelegenheiten gemäß Abs. 4 Z 2 ist eine Stimmenmehrheit und

Vorgeschlagene Fassung

(9) Das Amt als Mitglied (Ersatzmitglied) endet durch Tod, Ablauf der Amtsdauer, den Wegfall von für die Entsendung erforderlichen Voraussetzungen oder die rechtskräftige Verhängung einer Disziplinarstrafe nach einem gesetzlich geregelten Disziplinarrecht.

(10) Ein Mitglied (Ersatzmitglied) ist des Amtes zu entheben, wenn ein neuer Entsendungsvorschlag von den nach Abs. 1 hierzu Berechtigten erstattet worden ist.

(11) Scheidet ein Mitglied (Ersatzmitglied) vor dem Ablauf der Amtsdauer aus, so ist für den Rest dieser Amtsdauer ein neues Mitglied (Ersatzmitglied) zu entsenden.

(12) Die Wiener Gesundheitsplattform kann zur Beratung einzelner Angelegenheiten oder zur Erfüllung der ihr gesetzlich übertragenen Aufgaben Ausschüsse einrichten. Nähere Bestimmungen über die Einrichtung und Organisation der Ausschüsse sind von der Wiener Gesundheitsplattform durch Geschäftsordnung zu regeln.

Beschlussfassung und Aufgaben der Wiener Gesundheitsplattform

§ 6. (1) Die Wiener Gesundheitsplattform ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der stimmberechtigten Mitglieder (Ersatzmitglieder), darunter die Vorsitzende oder der Vorsitzende oder eine ihrer oder seiner Stellvertreterinnen oder einer ihrer oder seiner Stellvertreter, anwesend ist.

(2) Zur Vorbereitung der Sitzungen der Wiener Gesundheitsplattform ist ein Präsidium, bestehend aus der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadträtin oder dem für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadtrat und der Vorsitzenden oder dem Vorsitzenden des Wiener Landesstellenausschusses der Österreichischen Gesundheitskasse, einzurichten. Dabei ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten.

(3) Die Wiener Gesundheitsplattform fasst ihre Beschlüsse mit einfacher Mehrheit. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Vorsitzende oder der Vorsitzende. Abweichendes gilt in folgenden Angelegenheiten:

- a) In Angelegenheiten gemäß Abs. 4 Z 1 – vorbehaltlich des Abs. 6 – hat jede Vertreterin und jeder Vertreter des Landes (§ 5 Abs. 1 Z 1) neun Stimmen.
- b) In Angelegenheiten gemäß Abs. 4 Z 2 ist eine Stimmenmehrheit und

Geltende Fassung

die Zustimmung von mindestens drei Viertel der Vertreterinnen und Vertreter gemäß § 5 Abs. 1 Z 1, 2 und 4 erforderlich.

- c) Der Bund verfügt über ein Vetorecht gegen Beschlüsse, die gegen geltendes Recht, die geltenden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG, den Zielsteuerungsvertrag oder gegen Beschlüsse der Organe der Bundesgesundheitsagentur verstoßen.

(4) In der Wiener Gesundheitsplattform erfolgen zu nachstehenden Punkten Festlegungen (Beschlüsse):

1. Zu Angelegenheiten des Wiener Gesundheitsfonds als Fonds:

- a) Landesspezifische Ausformung des in Wien geltenden leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems; Abgeltung von Leistungen der Fondskrankenanstalten; Umsetzung von leistungsorientierten Vergütungssystemen; Gewährung von Zuschüssen für Projekte, Planungen und krankenhausentlastende Maßnahmen,
- b) Voranschlag und Rechnungsabschluss des Wiener Gesundheitsfonds,
- c) Richtlinien für die Zuerkennung von Leistungen aus Fondsmitteln,
- d) Gewährung allfälliger Investitionszuschüsse an die Träger der im § 1 Abs. 2 genannten Krankenanstalten,
- e) Handhabung des Sanktionsmechanismus gemäß § 2 Abs. 2 bis 5,
- f) Aufgaben, die dem Wiener Gesundheitsfonds durch das Land Wien übertragen werden.

2. Zu allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen:

- a) (Weiter-)Entwicklung der Gesundheitsziele (inklusive Strategien zur Umsetzung) auf Landesebene,
- b) Grundsätze der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen,
- c) Grundsätze der Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement,

d) Mitwirkung am Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (wie ELGA, eCard, Telehealth, Telecare) auf Landesebene,

Vorgeschlagene Fassung

die Zustimmung von mindestens drei Viertel der Vertreterinnen und Vertreter gemäß § 5 Abs. 1 Z 1, 2 und 4 erforderlich.

- c) Der Bund verfügt über ein Vetorecht gegen Beschlüsse, die gegen geltendes Recht, die geltenden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG, den Zielsteuerungsvertrag oder gegen Beschlüsse der Organe der Bundesgesundheitsagentur verstoßen.

(3a) Bei jedem Tagesordnungspunkt ist das erforderliche Beschlussquorum gemäß Abs. 3 auszuweisen.

(4) In der Wiener Gesundheitsplattform erfolgen zu nachstehenden Punkten Festlegungen (Beschlüsse):

1. Zu Angelegenheiten des Wiener Gesundheitsfonds als Fonds:

- a) Landesspezifische Ausformung des in Wien geltenden leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems; Abgeltung von Leistungen der Fondskrankenanstalten; Umsetzung von leistungsorientierten Vergütungssystemen; Gewährung von Zuschüssen für Projekte, Planungen und krankenhausentlastende Maßnahmen,
- b) Voranschlag und Rechnungsabschluss des Wiener Gesundheitsfonds,
- c) Richtlinien für die Zuerkennung von Leistungen aus Fondsmitteln,
- d) Gewährung allfälliger Investitionszuschüsse an die Träger der im § 1 Abs. 2 genannten Krankenanstalten,
- e) Handhabung des Sanktionsmechanismus gemäß § 2 Abs. 2 bis 5,
- f) Aufgaben, die dem Wiener Gesundheitsfonds durch das Land Wien übertragen werden.

2. Zu allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen:

- a) (Weiter-)Entwicklung der Gesundheitsziele (inklusive Strategien zur Umsetzung) auf Landesebene,
- b) Grundsätze der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen,
- c) Grundsätze der Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement,

d) Mitwirkung am Auf- und Ausbau der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur,

Geltende Fassung

- e) Umsetzung von Projekten zur Gesundheitsförderung,
- f) Evaluierung der von der Gesundheitsplattform auf Landesebene wahrgenommenen Aufgaben.

(5) In der Wiener Gesundheitsplattform erfolgen zu nachstehenden Punkten Informationen und Konsultationen:

1. Ressourcenplanung im Pflegebereich und
2. Bericht über Festlegungen der Wiener Zielsteuerungskommission.

(6) Ein der Volkszahl von Wien entsprechender Anteil an 15 Millionen Euro von den Zuschüssen für krankenhausentlastende Maßnahmen gemäß Abs. 4 Z 1 lit. a ist jährlich **in den Jahren 2013 bis 2023** im Voranschlag gesondert auszuweisen. Über die Vergabe dieser Mittel wird im Einvernehmen zwischen Land und Sozialversicherung in der Wiener Gesundheitsplattform entschieden.

(7) Die Voranschläge und Rechnungsabschlüsse (Abs. 4 Z 1 lit. b) sind der Bundesgesundheitsagentur unmittelbar nach Beschlussfassung zu übermitteln.

(8) Bei Einschränkungen des Leistungsangebotes ist einvernehmlich vorzugehen. Die bislang maßgebliche Vertragslage ist dabei zu berücksichtigen. Die finanziellen Folgen von plan- und vertragswidrigen Leistungseinschränkungen im stationären, ambulanten und im Pflegebereich hat jene Institution zu tragen, die sie verursacht hat.

Wiener Zielsteuerungskommission

§ 7. (1) Der Wiener Zielsteuerungskommission gehören die Kurie des Landes mit **fünf** Vertreterinnen und Vertretern, die Kurie der Träger der Sozialversicherung mit **fünf** Vertreterinnen und Vertretern sowie eine Vertreterin oder ein Vertreter des Bundes an. Bei der Vertretung der Sozialversicherung ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten.

Vorgeschlagene Fassung

- e) Umsetzung von Projekten zur Gesundheitsförderung,
- f) Evaluierung der von der Gesundheitsplattform auf Landesebene wahrgenommenen Aufgaben.

(5) In der Wiener Gesundheitsplattform erfolgen zu nachstehenden Punkten Informationen und Konsultationen:

1. Ressourcenplanung im Pflegebereich und
2. Bericht über Festlegungen der Wiener Zielsteuerungskommission.

(6) Ein der Volkszahl von Wien entsprechender Anteil an 15 Millionen Euro von den Zuschüssen für krankenhausentlastende Maßnahmen gemäß Abs. 4 Z 1 lit. a ist jährlich im Voranschlag gesondert auszuweisen. Über die Vergabe dieser Mittel wird im Einvernehmen zwischen Land und Sozialversicherung in der Wiener Gesundheitsplattform entschieden.

(7) Die Voranschläge und Rechnungsabschlüsse (Abs. 4 Z 1 lit. b) sind der Bundesgesundheitsagentur unmittelbar nach Beschlussfassung zu übermitteln.

(8) Bei Einschränkungen des Leistungsangebotes ist einvernehmlich vorzugehen. Die bislang maßgebliche Vertragslage ist dabei zu berücksichtigen. Die finanziellen Folgen von plan- und vertragswidrigen Leistungseinschränkungen im stationären, ambulanten und im Pflegebereich hat jene Institution zu tragen, die sie verursacht hat.

Wiener Zielsteuerungskommission

§ 7. (1) Der Wiener Zielsteuerungskommission gehören die Kurie des Landes mit **sechs** Vertreterinnen und Vertretern, die Kurie der Träger der Sozialversicherung mit **sechs** Vertreterinnen und Vertretern sowie eine Vertreterin oder ein Vertreter des Bundes an. Bei der Vertretung der Sozialversicherung ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten.

Geltende Fassung

(2) Der Kurie des Landes gehören die für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadträtin oder der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadtrat an. Daneben werden drei Vertreterinnen und Vertreter des Landes von der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadträtin oder dem für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadtrat entsandt. Eine Vertreterin oder ein Vertreter wird von der amtsführenden Stadträtin oder dem amtsführenden Stadtrat für die Finanzverwaltung entsandt. Die Vertreterinnen und Vertreter der Sozialversicherung werden von der Sozialversicherung entsandt. Der Bund entsendet eine Vertreterin oder einen Vertreter.

(3) Die Funktion als Vertreterin oder Vertreter in der Wiener Zielsteuerungskommission ist ein unbesoldetes Ehrenamt.

(4) Ist die Entsendung von Vertreterinnen und Vertretern erforderlich, so hat das Amt der Landesregierung die nach Abs. 2 hierzu Berechtigten schriftlich dazu aufzufordern.

(5) Die Vertreterinnen und Vertreter werden auf die Dauer der Gesetzgebungsperiode des Wiener Landtages entsandt; nach dem Zusammentritt des neu gewählten Landtages ist eine neue Entsendung vorzunehmen. Bis dahin bleiben die bisherigen Vertreterinnen und Vertreter im Amt. Ihre neuerliche Entsendung ist zulässig.

(6) Die Abberufung aus der Funktion als Vertreterin oder Vertreter in der Wiener Zielsteuerungskommission erfolgt, wenn ein neuer Entsendungsvorschlag von den nach Abs. 2 hierzu Berechtigten erstattet worden ist.

(7) Den Vorsitz in der Wiener Zielsteuerungskommission führt die für das

Vorgeschlagene Fassung

(2) Der Kurie des Landes gehören die für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadträtin oder der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadtrat an. Daneben werden vier Vertreterinnen und Vertreter des Landes von der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadträtin oder dem für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadtrat entsandt. Eine Vertreterin oder ein Vertreter wird von der amtsführenden Stadträtin oder dem amtsführenden Stadtrat für die Finanzverwaltung entsandt. Die gesetzlichen Krankenversicherungsträger haben sechs Mitglieder als Vertreterinnen und Vertreter und zwar vier Mitglieder der Österreichischen Gesundheitskasse, wovon drei Vertreterinnen und Vertreter auf Vorschlag des Landesstellenausschusses für Wien der Österreichischen Gesundheitskasse zu entsenden sind, darunter jedenfalls die oder der Vorsitzende des Landesstellenausschusses sowie deren oder dessen Stellvertreterin bzw. Stellvertreter, und jeweils eine Vertreterin bzw. ein Vertreter der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau und der Sozialversicherung der Selbstständigen in Wien. Bei der Entsendung von Vertreterinnen und Vertretern und der Wahrnehmung der Aufgaben ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten.

Der Bund entsendet eine Vertreterin oder einen Vertreter.

(3) Die Funktion als Vertreterin oder Vertreter in der Wiener Zielsteuerungskommission ist ein unbesoldetes Ehrenamt.

(4) Ist die Entsendung von Vertreterinnen und Vertretern erforderlich, so hat das Amt der Landesregierung die nach Abs. 2 hierzu Berechtigten schriftlich dazu aufzufordern.

(5) Die Vertreterinnen und Vertreter werden auf die Dauer der Gesetzgebungsperiode des Wiener Landtages entsandt; nach dem Zusammentritt des neu gewählten Landtages ist eine neue Entsendung vorzunehmen. Bis dahin bleiben die bisherigen Vertreterinnen und Vertreter im Amt. Ihre neuerliche Entsendung ist zulässig.

(6) Die Abberufung aus der Funktion als Vertreterin oder Vertreter in der Wiener Zielsteuerungskommission erfolgt, wenn ein neuer Entsendungsvorschlag von den nach Abs. 2 hierzu Berechtigten erstattet worden ist.

(7) Den Vorsitz in der Wiener Zielsteuerungskommission führt die für das

Geltende Fassung

Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadträtin oder der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadtrat gleichberechtigt mit der Vorsitzenden oder dem Vorsitzenden des Wiener Landesstellenausschusses der Österreichischen Gesundheitskasse (Co-Vorsitz).

(8) Zur Vorbereitung der Sitzungen der Wiener Zielsteuerungskommission ist ein Präsidium, bestehend aus der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadträtin oder dem für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadtrat und der Vorsitzenden oder dem Vorsitzenden des Wiener Landesstellenausschusses der Österreichischen Gesundheitskasse, einzurichten.

(9) Zur Wahrnehmung der Aufgaben der Wiener Zielsteuerungskommission ist je eine gleichberechtigte Koordinatorin oder ein gleichberechtigter Koordinator vom Land und von der Sozialversicherung namhaft zu machen. Die Landes-Koordinatorin oder der Landes-Koordinator wird von der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadträtin oder dem für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadtrat namhaft gemacht. Die Landes-Koordinatorin oder der Landes-Koordinator ist gleichberechtigt mit der von der Sozialversicherung namhaft gemachten Koordinatorin oder dem von der Sozialversicherung namhaft gemachten Koordinator für alle Angelegenheiten der Wiener Zielsteuerungskommission zuständig. Die Landes-Koordinatorin oder der Landes-Koordinator ist in dieser Funktion ausschließlich der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadträtin oder dem für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadtrat in der Funktion als Co-Vorsitz verantwortlich.

(10) Hinsichtlich der Beschlussfassung in der Wiener Zielsteuerungskommission gilt Folgendes:

1. Jede Kurie hat eine Stimme.
2. Die gemeinsamen Positionen zu den Themen der Wiener Zielsteuerungskommission sind innerhalb der Kurie des Landes zu akkordieren.
3. Die für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadträtin oder der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadtrat hat die Stimmabgabe für die Kurie des Landes

Vorgeschlagene Fassung

Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadträtin oder der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadtrat gleichberechtigt mit der Vorsitzenden oder dem Vorsitzenden des Wiener Landesstellenausschusses der Österreichischen Gesundheitskasse (Co-Vorsitz).

(8) Zur Vorbereitung der Sitzungen der Wiener Zielsteuerungskommission ist ein Präsidium, bestehend aus der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadträtin oder dem für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadtrat und der Vorsitzenden oder dem Vorsitzenden des Wiener Landesstellenausschusses der Österreichischen Gesundheitskasse, einzurichten. ***Dabei ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten.***

(9) Zur Wahrnehmung der Aufgaben der Wiener Zielsteuerungskommission ist je eine gleichberechtigte Koordinatorin oder ein gleichberechtigter Koordinator vom Land und von der Sozialversicherung namhaft zu machen. Die Landes-Koordinatorin oder der Landes-Koordinator wird von der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadträtin oder dem für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadtrat namhaft gemacht. Die Landes-Koordinatorin oder der Landes-Koordinator ist gleichberechtigt mit der von der Sozialversicherung namhaft gemachten Koordinatorin oder dem von der Sozialversicherung namhaft gemachten Koordinator für alle Angelegenheiten der Wiener Zielsteuerungskommission zuständig. Die Landes-Koordinatorin oder der Landes-Koordinator ist in dieser Funktion ausschließlich der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadträtin oder dem für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadtrat in der Funktion als Co-Vorsitz verantwortlich.

(10) Hinsichtlich der Beschlussfassung in der Wiener Zielsteuerungskommission gilt Folgendes:

1. Jede Kurie hat eine Stimme.
2. Die gemeinsamen Positionen zu den Themen der Wiener Zielsteuerungskommission sind innerhalb der Kurie des Landes zu akkordieren.
3. Die für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadträtin oder der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadtrat hat die Stimmabgabe für die Kurie des Landes

Geltende Fassung

gemäß Z 1 wahrzunehmen.

4. Für Beschlussfassungen ist Einvernehmen zwischen der Kurie des Landes und der Kurie der Träger der Sozialversicherung erforderlich.
5. Die Vertreterin oder der Vertreter des Bundes verfügt über ein Vetorecht gegen Beschlüsse, die gegen geltendes Recht, die geltenden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG, den Zielsteuerungsvertrag oder gegen Beschlüsse der Organe der Bundesgesundheitsagentur verstoßen. Im Falle der Verhinderung der Vertreterin oder des Vertreters des Bundes an der Sitzungsteilnahme kann der Bund binnen einer Woche schriftlich und begründet sein Vetorecht einbringen.

(11) Die Wiener Zielsteuerungskommission hat sich ihre Geschäftsordnung selbst zu geben.

(12) Die Geschäftsordnung hat zu regeln, dass die Sitzungen gemeinsam vorzubereiten (Tagesordnung und Unterlagen) sind und zu diesen gemeinsam einzuladen ist.

Aufgaben der Wiener Zielsteuerungskommission

§ 8. (1) In der Wiener Zielsteuerungskommission sind **vierjährige** Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu beschließen. Diese bilden die Grundlage und den Rahmen für die Aufgaben gemäß Abs. 2.

(2) In der Wiener Zielsteuerungskommission erfolgen zu nachstehenden Punkten Festlegungen (Beschlüsse):

1. Koordination, Abstimmungen und Festlegungen aller aus dem Zielsteuerungsvertrag und den Landes-Zielsteuerungsübereinkommen inklusive Finanzzielsteuerung resultierenden Aufgaben,
2. Mitwirkung am bundesweiten Monitoring und Behandlung des Monitoringberichts,
3. Wahrnehmung von Agenden zum Sanktionsmechanismus gemäß § 18 und Regelungen bei Nicht-Zustandekommen eines Landes-Zielsteuerungsübereinkommens gemäß § 19,
4. Umsetzung der Regelungen für vertragliche und gemeinsam von Sozialversicherung und Ländern zu verantwortende sektorenübergreifende Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen auf Landesebene (zB Spitalsambulanzen, Gruppenpraxen und niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte, tagesklinische

Vorgeschlagene Fassung

gemäß Z 1 wahrzunehmen.

4. Für Beschlussfassungen ist Einvernehmen zwischen der Kurie des Landes und der Kurie der Träger der Sozialversicherung erforderlich.
5. Die Vertreterin oder der Vertreter des Bundes verfügt über ein Vetorecht gegen Beschlüsse, die gegen geltendes Recht, die geltenden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG, den Zielsteuerungsvertrag oder gegen Beschlüsse der Organe der Bundesgesundheitsagentur verstoßen. Im Falle der Verhinderung der Vertreterin oder des Vertreters des Bundes an der Sitzungsteilnahme kann der Bund binnen einer Woche schriftlich und begründet sein Vetorecht einbringen.

(11) Die Wiener Zielsteuerungskommission hat sich ihre Geschäftsordnung selbst zu geben.

(12) Die Geschäftsordnung hat zu regeln, dass die Sitzungen gemeinsam vorzubereiten (Tagesordnung und Unterlagen) sind und zu diesen gemeinsam einzuladen ist.

Aufgaben der Wiener Zielsteuerungskommission

§ 8. (1) In der Wiener Zielsteuerungskommission sind **mehrfährige** Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu beschließen. Diese bilden die Grundlage und den Rahmen für die Aufgaben gemäß Abs. 2.

(2) In der Wiener Zielsteuerungskommission erfolgen zu nachstehenden Punkten Festlegungen (Beschlüsse):

1. Koordination, Abstimmungen und Festlegungen aller aus dem Zielsteuerungsvertrag und den Landes-Zielsteuerungsübereinkommen inklusive Finanzzielsteuerung resultierenden Aufgaben,
2. Mitwirkung am bundesweiten Monitoring und Behandlung des Monitoringberichts,
3. Wahrnehmung von Agenden zum Sanktionsmechanismus gemäß § 18 und Regelungen bei Nicht-Zustandekommen eines Landes-Zielsteuerungsübereinkommens gemäß § 19,
4. Umsetzung der Regelungen für vertragliche und gemeinsam von Sozialversicherung und Ländern zu verantwortende sektorenübergreifende Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen auf Landesebene (zB Spitalsambulanzen, Gruppenpraxen und niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte, tagesklinische

Geltende Fassung

Versorgung, innovative Versorgungsformen usw.); Umsetzung von vereinbarten innovativen Modellen zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs,

5. Angelegenheiten des Regionalen Strukturplanes Gesundheit Wien,
6. Angelegenheiten der Großgeräte intra- und extramural,

7. Strategie zur Gesundheitsförderung,

8. Entscheidung über die Verwendung der Mittel aus dem Gesundheitsförderungsfonds gemäß § 3 Abs. 2,

9. Mitwirkung bei der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen,

10. Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement,

11. Evaluierung der von der Wiener Zielsteuerungskommission wahrgenommenen Aufgaben.

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

Regionaler Strukturplan Gesundheit Wien (RSG)

§ 9. (1) Der Regionale Strukturplan Gesundheit Wien (RSG) ist in der Wiener Zielsteuerungskommission entsprechend den Vorgaben des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) bezüglich Inhalten, Planungshorizonten und Planungsrichtwerten kontinuierlich weiterzuentwickeln und regelmäßig zu revidieren.

(2) Der RSG hat jedenfalls Folgendes zu beinhalten:

1. Festlegung der Kapazitätsplanungen standortbezogen für den akutstationären Bereich mit Angabe der Kapazitäten, Organisationsformen, Versorgungsstufen, Referenz-, Spezial- und Expertisezentren je Fachbereich (im Sinne des ÖSG);

2. Festlegung der Kapazitätsplanungen für die ambulante Versorgung für die Leistungserbringer (ambulanter Bereich der Sachleistung, d.h. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte mit Kassenverträgen, Gruppenpraxen mit Kassenverträgen und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen mit

Vorgeschlagene Fassung

Versorgung, innovative Versorgungsformen usw.); Umsetzung von vereinbarten innovativen Modellen zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs,

5. Angelegenheiten des Regionalen Strukturplanes Gesundheit Wien,
6. Angelegenheiten der Großgeräte intra- und extramural,

7. **Stärkung des Sachleistungsprinzips in allen Bereichen,**

8. Strategie zur Gesundheitsförderung,

9. Entscheidung über die Verwendung der Mittel aus dem Gesundheitsförderungsfonds gemäß § 3 Abs. 2,

10. Mitwirkung bei der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen,

11. Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement,

12. Evaluierung der von der Wiener Zielsteuerungskommission wahrgenommenen Aufgaben.

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

Regionaler Strukturplan Gesundheit Wien (RSG)

§ 9. (1) Der Regionale Strukturplan Gesundheit Wien (RSG) ist in der Wiener Zielsteuerungskommission entsprechend den Vorgaben des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) bezüglich Inhalten, Planungshorizonten und Planungsrichtwerten kontinuierlich weiterzuentwickeln und regelmäßig zu revidieren.

(2) Der RSG hat jedenfalls Folgendes zu beinhalten:

1. Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ als Planungsgrundsatz;

2. Festlegung der Kapazitätsplanungen standortbezogen für den akutstationären Bereich mit Angabe der Kapazitäten (Betten, minimale Anzahl an Tagesklinikplätze und ambulante Behandlungsplätze), Organisationsformen, Versorgungsstufen, Referenz-, Spezial- und Expertisezentren je Fachbereich (im Sinne des ÖSG), wobei die je Fach-

Geltende Fassung

Kassenverträgen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, Spitalsambulanzen) – soweit noch nicht vorliegend – gesamthaft mit Angabe der Kapazitäten und Betriebsformen von Spitalsambulanzen sowie Versorgungstypen im ambulanten Bereich sowie Versorgungsaufträgen nach Fachbereichen auf Ebene der Versorgungsregionen (im Sinne des ÖSG);

3. Stärkung der Primärversorgung durch Ausbau von wohnortnahen multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten entsprechend Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. für Wien Nr. 75/2022, sowie insbesondere durch rasche flächendeckende Entwicklung von Primärversorgungsstrukturen und ambulanten Fachversorgungsstrukturen, wobei in der Umsetzung vor allem bestehende Vertragspartner berücksichtigt werden, und Bereinigung von Parallelstrukturen; beim Ausbau der Primärversorgung nach dem Primärversorgungsgesetz, BGBl. I Nr. 131/2017 (PrimVG) ist, um den unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung nachkommen zu können, im Hinblick auf das im Art. 31 Abs. 1 letzter Satz der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens genannte Planungsziel ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Versorgungsangeboten als Netzwerk oder Zentrum sicherzustellen;

Vorgeschlagene Fassung

und Versorgungsbereich ausgewiesene Gesamtkapazität (Summe von Planbetten und ambulanten Betreuungsplätzen) als Zielwert für die Realisierung zum Planungshorizont zu verstehen ist;

3. Definition von allgemeinen und speziellen Versorgungsaufträgen nach Fachbereichen auf Ebene der Versorgungsregionen auf Basis der Grundlagen im ÖSG;

4. Festlegung der Kapazitätsplanungen für den ambulanten Bereich der Sachleistung im Sinne des § 18 Abs. 1 Z 1 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung BGBl. I Nr. 3/2024, zumindest auf Ebene der Versorgungsregionen mit folgenden Angaben:

a) Kapazitäten,

b) Zahl und örtliche Verteilung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer,

c) bei Spitalsambulanzen auch Betriebsformen gemäß § 10 Abs. 8 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG, LGBl. für Wien Nr. 23/1987, in der Fassung XX/2024,

d) Konkretisierung der Versorgungsaufträge nach Fachbereichen gemäß Z 3 sowie

e) allenfalls der Versorgungstypen;

5. Die Zahl und örtliche Verteilung hat eine derart hohe Granularität aufzuweisen, dass ambulante Vergemeinschaftungsformen (z. B. Gruppenpraxen, Selbstständige Ambulatorien, Primärversorgungseinheiten), die ohne Festlegung in einem RSG grundsätzlich nur aufgrund eines Zulassungs- oder Bedarfsprüfungsverfahrens errichtet werden dürfen, auf Grundlage der zu verbindlich erklärenden Teile der RSG ohne Zulassungs- oder Bedarfsprüfungsverfahren errichtet werden können. Andere ambulante Organisationseinheiten müssen in den verbindlich zu erklärenden Teilen der RSG grundsätzlich zumindest auf Bezirksebene geplant werden,

Geltende Fassung

4. Abbildung der überregionalen Versorgungsplanung für hochspezialisierte komplexe Leistungen von überregionaler Bedeutung in Form von Bedarfszahlen zu Kapazitäten sowie der Festlegung von Leistungsstandorten und deren jeweiliger Zuständigkeit für zugeordnete Versorgungsregionen, inklusive Definition von Versorgungsgebieten je Standort;

5. Transparente Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer Gastpatientinnen und -patienten.

Dabei ist auf die Bestimmungen in Abs. 3 (Planung von Primärversorgungseinheiten) und Abs. 5 (Bedarfsfeststellung und regionale Planung von Kapazitäten für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung auf Basis von im ÖSG festgelegten Kriterien) des Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBL für Wien Nr. 75/2022, sowie in § 4 Abs. 2, 2b und 2c und § 5 Abs. 2 und 3 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG, LGBL für Wien Nr. 23 in der Fassung LGBL für Wien Nr. 6/2023, Bedacht zu nehmen.

(3) Bei der Kapazitätsplanung im RSG für den gesamten ambulanten Bereich ist darauf zu achten, dass diese insbesondere auf die Stärkung der ambulanten Versorgung durch Ausbau von wohnortnahen multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten und die Bereinigung von Parallelstrukturen abzielt.

Vorgeschlagene Fassung

wobei insbesondere für städtische Bereiche geeignete natürliche Einzugsgebiete herangezogen werden können;

6. Stärkung der Primärversorgung durch Ausbau von wohnortnahen, multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten entsprechend Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBL für Wien Nr. XX/2024; beim Ausbau der Primärversorgung nach dem Primärversorgungsgesetz - PrimVG, BGBl. I Nr. 131/2017, in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023, ist, um den unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung nachkommen zu können, im Bundesland Wien ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Versorgungsangeboten als Netzwerk oder Zentrum sicherzustellen;

7. Abbildung der überregionalen Versorgungsplanung gemäß § 20 Abs. 1 Z 9 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung BGBl. I Nr. 3/2024, inklusive Definition von Versorgungsgebieten je Standort;

8. Ermöglichung der Anrechnung ambulanter Betreuungsplätze bis maximal zur Hälfte der Mindestbettenzahl in Departments und Fachschwerpunkten;

9. Transparente Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer Gastpatientinnen und Gastpatienten.

Dabei ist auf die Bestimmungen des Primärversorgungsgesetzes - PrimVG BGBl. I Nr. 131/2017, in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023, sowie die § 4 Abs. 2, 2b und 2c und § 5 Abs. 2 und 3 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG, LGBL für Wien Nr. 23/1987, in der Fassung LGBL für Wien Nr. XX/2024, Bedacht zu nehmen.

(3) Bei der Kapazitätsplanung im RSG für den gesamten ambulanten Bereich ist darauf zu achten, dass diese insbesondere auf die Stärkung der ambulanten Versorgung durch Ausbau von wohnortnahen multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten und die Bereinigung von Parallelstrukturen abzielt.

Geltende Fassung

(4) Der RSG ist gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. für Wien Nr. 75/2022, auf Landesebene zwischen dem Land und der Sozialversicherung festzulegen. Der Bund ist bereits im Entwurfsstadium des RSG entsprechend zu informieren und es ist mit dem Bund vor Einbringung zur Beschlussfassung insbesondere das Vorliegen der Rechts- und ÖSG-Konformität abzustimmen.

(5) Der Ärztekammer für Wien und den betroffenen gesetzlichen Interessensvertretungen ist frühzeitig und strukturiert mindestens aber vier Wochen vor Beschlussfassung des RSG in der Wiener Zielsteuerungskommission die Möglichkeit zur Stellungnahme einzuräumen, der Ärztekammer für Wien insbesondere hinsichtlich der Umsetzbarkeit im Stellenplan (§ 342 Abs. 1 Z 1 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 131/2017). Dazu sind die für die Beschlussfassung vorgesehenen Planungsunterlagen zu übermitteln.

(6) Die Wiener Zielsteuerungskommission hat die Planungsvorgaben des RSG, die Angelegenheiten des Art. 12 B-VG betreffen und rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen, dazu zählen insbesondere Festlegungen zur Kapazitätsplanung sowie die überregionale Versorgungsplanung, als solche auszuweisen. Die Planungsvorgaben sind jedenfalls so konkret festzulegen, dass sie für die Bedarfsprüfung in Bewilligungsverfahren nach dem Wr. KAG herangezogen werden können.

Verbindlichkeitserklärung von Inhalten des Österreichischen Strukturplans Gesundheit und des Regionalen Strukturplans Gesundheit Wien

§ 10. (1) Die Gesundheitsplanungs GmbH gemäß § 23 Abs. 3 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz-G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017 in der Fassung BGBl. I Nr. 9/2022, wird ermächtigt, die von der Bundes-Zielsteuerungskommission nach § 23 Abs. 1 G-ZG ausgewiesenen Teile des ÖSG, soweit diese das Land Wien betreffen, und die nach § 9 Abs. 6 ausgewiesenen Teile des RSG – jeweils insoweit dies Angelegenheiten gemäß Art. 12 B-VG betrifft – durch Verordnung als verbindlich zu erklären.

Vorgeschlagene Fassung

(4) Der RSG ist gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. für Wien Nr. XX/2024, auf Landesebene zwischen dem Land und der Sozialversicherung festzulegen. Der Bund ist bereits im Entwurfsstadium des RSG entsprechend zu informieren und es ist mit dem Bund mindestens vier Wochen vor Einbringung zur Beschlussfassung insbesondere das Vorliegen der Rechts- und ÖSG-Konformität abzustimmen.

(5) Die Vertreterinnen und Vertreter des Bundes und der Sozialversicherung haben in der Wiener Zielsteuerungskommission sicherzustellen, dass

1. einer den RSG betreffenden Beschlussfassung eine Behandlung in der Gesundheitsplattform auf Landesebene vorangegangen ist,

2. der Ärztekammer für Wien und den betroffenen gesetzlichen Interessensvertretungen frühzeitig und strukturiert – mindestens aber vier Wochen vor Beschlussfassung einer den RSG betreffenden Angelegenheit in der Wiener Zielsteuerungskommission – die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt wird. Dazu sind die für die Beschlussfassung vorgesehenen Planungsunterlagen zu übermitteln.

(6) Die Wiener Zielsteuerungskommission hat die Planungsvorgaben des RSG, die Angelegenheiten des Art. 12 B-VG betreffen und rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen, dazu zählen insbesondere Festlegungen zur Kapazitätsplanung sowie die überregionale Versorgungsplanung, als solche auszuweisen. Die Planungsvorgaben sind jedenfalls so konkret festzulegen, dass sie für die Bedarfsprüfung in Bewilligungsverfahren nach dem Wr. KAG herangezogen werden können.

Verbindlichkeitserklärung von Inhalten des Österreichischen Strukturplans Gesundheit und des Regionalen Strukturplans Gesundheit Wien

§ 10. (1) Die Gesundheitsplanungs GmbH gemäß § 23 Abs. 3 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz-G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017 in der Fassung BGBl. I Nr. 3/2024, wird ermächtigt, die von der Bundes-Zielsteuerungskommission nach § 23 Abs. 1 G-ZG ausgewiesenen Teile des ÖSG, soweit diese das Land Wien betreffen, und die nach § 9 Abs. 6 ausgewiesenen Teile des RSG – jeweils insoweit dies Angelegenheiten gemäß Art. 12 B-VG betrifft – durch Verordnung als verbindlich zu erklären.

Geltende Fassung

(2) Jene Teile des RSG, die nach § 9 Abs. 6 rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen, sind von der Gesundheitsplanungs GmbH vorab einem allgemeinen, als solches ausgewiesenen, Begutachtungsverfahren zu unterziehen. Ergeben sich nach der Begutachtung Änderungen, ist über die geänderten Teile des RSG eine nochmalige Beschlussfassung in der Wiener Zielsteuerungskommission herbeizuführen.

(3) Die Tätigkeit der Gesundheitsplanungs GmbH unterliegt – insoweit Angelegenheiten des Art. 12 B-VG berührt sind – der Aufsicht und den Weisungen der Landesregierung. Die Gesundheitsplanungs GmbH ist auf Verlangen der Landesregierung zur jederzeitigen Information verpflichtet.

(4) In Fällen, in denen kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des RSG gemäß § 9 Abs. 6 bzw. deren Änderung gemäß Abs. 2 in der Wiener Zielsteuerungskommission zustande kommt, ist hinsichtlich der Erlassung eines Wiener Krankenanstaltenplans § 5a Abs. 1 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987, LGBl. für Wien Nr. 23/1987 in der Fassung LGBl. für Wien Nr. **6/2023**, anzuwenden.

Landes-Zielsteuerungsübereinkommen

§ 11. (1) Aufbauend auf den Festlegungen im Zielsteuerungsvertrag werden auf Landesebene **vierjährige** Zielsteuerungsübereinkommen vereinbart und verbindlich festgelegt. Diese Landes-Zielsteuerungsübereinkommen können weitere über den Zielsteuerungsvertrag hinausgehende strategische und operative Ziele sowie die für deren Erreichung zu setzenden Maßnahmen beinhalten. Die im Zielsteuerungsvertrag festgelegten und auf Landesebene zu realisierenden Maßnahmen zu den Steuerungsbereichen „Ergebnisorientierung“, „Versorgungsstrukturen“ und „Versorgungsprozesse“ und zur Finanzzielsteuerung sind im Hinblick auf ihre termingerechte Umsetzung in diesen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu operationalisieren.

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

1. In der Wiener Zielsteuerungskommission sind **vierjährige** Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu beschließen, die von den Co-

Vorgeschlagene Fassung

(2) Jene Teile des RSG, die nach § 9 Abs. 6 rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen, sind von der Gesundheitsplanungs GmbH vorab einem allgemeinen, als solches ausgewiesenen, Begutachtungsverfahren zu unterziehen. Ergeben sich nach der Begutachtung Änderungen, ist über die geänderten Teile des RSG eine nochmalige Beschlussfassung in der Wiener Zielsteuerungskommission herbeizuführen.

(3) Die Tätigkeit der Gesundheitsplanungs GmbH unterliegt – insoweit Angelegenheiten des Art. 12 B-VG berührt sind – der Aufsicht und den Weisungen der Landesregierung. Die Gesundheitsplanungs GmbH ist auf Verlangen der Landesregierung zur jederzeitigen Information verpflichtet.

(4) In Fällen, in denen kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des RSG gemäß § 9 Abs. 6 bzw. deren Änderung gemäß Abs. 2 in der Wiener Zielsteuerungskommission zustande kommt, ist hinsichtlich der Erlassung eines Wiener Krankenanstaltenplans § 5a Abs. 1 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987, LGBl. für Wien Nr. 23/1987 in der Fassung LGBl. für Wien Nr. **XX/2024**, anzuwenden.

Landes-Zielsteuerungsübereinkommen

§ 11. (1) Aufbauend auf den Festlegungen im Zielsteuerungsvertrag werden auf Landesebene **mehnjährige** Zielsteuerungsübereinkommen vereinbart und verbindlich festgelegt. Diese Landes-Zielsteuerungsübereinkommen können weitere über den Zielsteuerungsvertrag hinausgehende strategische und operative Ziele sowie die für deren Erreichung zu setzenden Maßnahmen beinhalten. Die im Zielsteuerungsvertrag festgelegten und auf Landesebene zu realisierenden Maßnahmen zu den Steuerungsbereichen „Ergebnisorientierung“, „Versorgungsstrukturen“ und „Versorgungsprozesse“ und zur Finanzzielsteuerung sind im Hinblick auf ihre termingerechte Umsetzung in diesen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu operationalisieren.

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

1. In der Wiener Zielsteuerungskommission sind **mehnjährige** Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu beschließen, die von den Co-

Geltende Fassung

Vorsitzenden für den jeweils eigenen Wirkungsbereich zu unterfertigen sind. Wenn diese Landes-Zielsteuerungsübereinkommen dem Zielsteuerungsvertrag bzw. sonstigen bundesrechtlichen Vorschriften widersprechen, hat der Bund ein Vetorecht. Die Landes-Zielsteuerungsübereinkommen sind binnen eines Monats der Bundesgesundheitsagentur zur Kenntnis zu bringen.

2. Die Landes-Zielsteuerungsübereinkommen bzw. deren Adaptierungen sind spätestens Ende des **Jahres vor Beginn der jeweiligen Geltungsperiode** durch die Wiener Zielsteuerungskommission zu vereinbaren.

(3) Die Landes-Zielsteuerungsübereinkommen sind der Wiener Gesundheitsplattform zur Kenntnis zu bringen.

Steuerungsbereich Ergebnisorientierung

§ 13. (1) In den Landes-Zielsteuerungsübereinkommen sind regionale Gesundheits- und Versorgungsziele sowie Schwerpunkte aus der **Gesundheitsförderung** festzulegen.

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

Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen

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

- 1. Entlastung des vollstationären Bereichs in den Akut-Krankenanstalten durch medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen oder in den ambulanten Bereich (Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien sowie niedergelassener Bereich) inklusive Vereinbarung entsprechender Zielvorgaben und**
- 2. Umsetzung neuer multiprofessioneller und interdisziplinärer Primärversorgungseinheiten sowie multiprofessioneller und interdisziplinärer Versorgungsformen in der ambulanten Fachversorgung im Bereich der Sachleistung unter anderem mit der Zielsetzung der Erhöhung des Anteils ambulanter Versorgungsstrukturen**

Vorgeschlagene Fassung

Vorsitzenden für den jeweils eigenen Wirkungsbereich zu unterfertigen sind. Wenn diese Landes-Zielsteuerungsübereinkommen dem Zielsteuerungsvertrag bzw. sonstigen bundesrechtlichen Vorschriften widersprechen, hat der Bund ein Vetorecht. Die Landes-Zielsteuerungsübereinkommen sind binnen eines Monats der Bundesgesundheitsagentur zur Kenntnis zu bringen.

2. Die Landes-Zielsteuerungsübereinkommen bzw. deren Adaptierungen sind spätestens Ende des **zweiten Quartals des Jahres 2024** durch die Wiener Zielsteuerungskommission zu vereinbaren.

(3) Die Landes-Zielsteuerungsübereinkommen sind der Wiener Gesundheitsplattform zur Kenntnis zu bringen.

Steuerungsbereich Ergebnisorientierung

§ 13. (1) In den **mehrwährigen** Landes-Zielsteuerungsübereinkommen sind regionale Gesundheits- und Versorgungsziele sowie Schwerpunkte aus der **Gesundheitsförderungsstrategie** festzulegen.

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

Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen

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

Geltende Fassung

mit Öffnungszeiten zu Tagesrand- und Wochenendzeiten.

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

1. Erhöhung der Effektivität und Effizienz bzw. die Überwindung von kleinteiligen Organisationsformen (Weiterentwicklung des akutstationären und tagesklinischen Bereichs, insbesondere durch Bündelung komplexer Leistungen an geeigneten Standorten) und die Nutzung der im Wr. KAG und im ÖSG vorgesehenen Möglichkeiten.

2. Gemeinsame Planung der ambulanten fachärztlichen Versorgung im RSG (niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte, selbstständige Ambulatorien und Spitalsambulanzen) – soweit noch nicht vorliegend – gesamthaft bis Ende 2018 unter der Voraussetzung, dass die Grundlagen auf Bundesebene vorliegen.

3. Ergänzung einer konkretisierten Planung zur Einrichtung von Primärversorgungseinheiten im RSG bis spätestens Ende 2018 unter der Voraussetzung, dass die Grundlagen auf Bundesebene vorliegen.

4. Festlegen der Aufgabengebiete und Versorgungsaufträge pro ambulanter Versorgungsstufe im Sinne von „Best Points of Service“ und verbindliche sektorenübergreifende Angebotsplanung über die Regionalen Strukturpläne Gesundheit Wien.

Steuerungsbereich Versorgungsprozesse

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

1. Gemeinsame Beobachtung, Planung und Steuerung der erforderlichen Personalressourcen für das gesamte Gesundheitssystem und Weiterentwicklung der Kompetenzprofile in Hinblick auf die

Vorgeschlagene Fassung

(2) Im Landes-Zielsteuerungsübereinkommen sind Festlegungen über die maßnahmenbezogene Umsetzung sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht zu treffen, wobei insbesondere folgende Maßnahmen hinsichtlich Versorgungsstrukturen, die wesentliche Auswirkungen auf die Leistungserbringung im jeweils anderen Sektor bewirken, zu berücksichtigen sind:

1. Erhöhung der Effektivität und Effizienz bzw. die Überwindung von kleinteiligen Organisationsformen im Sinne des § 18 Abs. 7 Z 3 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung BGBl. I Nr. 3/2024, durch die Bündelung komplexer Leistungen an geeigneten Standorten und die Nutzung der im Wr.KAG und im ÖSG vorgesehenen Möglichkeiten,

2. gemeinsame und gesamthafte Planung der ambulanten Versorgung im RSG (niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, selbstständige Ambulatorien und Spitalsambulanzen) gemäß § 21 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung BGBl. I Nr. 3/2024, bis Ende 2025 unter der Voraussetzung, dass die gesetzlichen Grundlagen auf Bundesebene vorliegen,

3. Festlegen der Aufgabengebiete und Versorgungsaufträge pro ambulanter Versorgungsstufe im Sinne von „Best Points of Service“, verbindliche sektorenübergreifende Angebotsplanung über die Regionalen Strukturpläne Gesundheit sowie deren Umsetzung und

4. Etablierung von Terminservicestellen gemäß Art. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. für Wien Nr. XX/2024

Steuerungsbereich Versorgungsprozesse

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

Geltende Fassung

Aufgabenteilung,

2. Festlegungen zum gezielten Einsatz von IKT zur Systemsteuerung und -innovation gemäß Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. für Wien Nr. 75/2022,
3. Optimierung der intersektoralen Behandlungsprozesse (BOLL Präoperative Diagnostik, BOLL Aufnahme- und Entlassungsmanagement) unter Nutzung der Instrumente des Gesundheitsqualitätsgesetzes, BGBl. I Nr. 179/2004 in der Fassung BGBl. I Nr. 81/2013,
4. Entwicklung und Festlegung von bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards für priorisierte Bereiche, wobei die Sicherstellung einer integrierten Versorgung von chronischen Erkrankungen ein wesentlicher Schwerpunkt ist,
5. Maßnahmen zum effektiven und effizienten Einsatz von Medikamenten und
6. Forcierung der ärztlichen bzw. der Gesundheitsversorgung von Menschen in Pflegeeinrichtungen und in häuslicher Pflege vor Ort in Abstimmung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich.

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

1. Festlegung von Roll-out-Plänen zum gezielten Einsatz von IKT zur Systemsteuerung und -innovation gemäß Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. für Wien Nr. 75/2022,
2. Umsetzung der intersektoralen Behandlungsprozesse (BOLL Präoperative Diagnostik, BOLL Aufnahme- und Entlassungsmanagement) und
3. Umsetzung von bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards für priorisierte Bereiche, wobei die Sicherstellung einer integrierten und

Vorgeschlagene Fassung

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

1. Festlegung von Roll-out-Plänen zum gezielten Einsatz von IKT zur Systemsteuerung und -innovation gemäß Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. für Wien Nr. XX/2024,
2. Umsetzung der intersektoralen Behandlungsprozesse (BOLL Präoperative Diagnostik, BOLL Aufnahme- und Entlassungsmanagement),
3. Umsetzung von bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards für priorisierte Bereiche, wobei die Sicherstellung einer integrierten und

Geltende Fassung

sektorenübergreifenden Versorgung von chronischen Erkrankungen ein wesentlicher Schwerpunkt ist.

(3) Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist eine sektoren- und bundesländerübergreifend abgestimmte, effektive und effiziente Versorgung mit Medikamenten unter Berücksichtigung des Art. 14 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, LGBl. für Wien Nr. 75/2022, sicherzustellen.

Finanzzielsteuerung

§ 16. In den Landes-Zielsteuerungsübereinkommen sind die im Zielsteuerungsvertrag festgelegten Ausgabenobergrenzen für die von den Vertragspartnern zu verantwortenden Gesundheitsausgaben zu konkretisieren.

Vorgeschlagene Fassung

sektorenübergreifenden Versorgung von chronischen Erkrankungen ein wesentlicher Schwerpunkt ist und

4. Umsetzung der priorisierten Disease Management Programme.

(3) Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist eine sektoren- und bundesländerübergreifend abgestimmte, effektive und effiziente Versorgung mit Medikamenten, Heilbehelfen und Hilfsmitteln unter Berücksichtigung des Art. 14 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, LGBl. für Wien Nr. XX/2024, sicherzustellen.

Finanzzielsteuerung

§ 16. (1) In den Landes-Zielsteuerungsübereinkommen sind die im Zielsteuerungsvertrag festgelegten Ausgabenobergrenzen für die von den Vertragspartnern zu verantwortenden Gesundheitsausgaben zu konkretisieren.

(2) Die Finanzzielsteuerung hat für die jeweilige Periode der Zielsteuerung-Gesundheit jedenfalls folgenden Inhalt zu umfassen:

1. Darstellung des Ausgabendämpfungspfades der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben:

- a) der Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode und
- b) die jährlichen Ausgabenobergrenzen.

2. Darstellung des Ausgabendämpfungspfades der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben der Sozialversicherung:

- a) den Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode und
- b) die jährlichen Ausgabenobergrenzen der Sozialversicherung.

3. Die Darstellung des zusammengeführten Ausgabendämpfungspfades gemäß Z 1 und Z 2.

4. Die auf das Land Wien entfallenden Investitionen getrennt nach Land und Sozialversicherung.

5. Die Darstellung der Ausgaben beider Sektoren erfolgt nach einer funktionalen Gliederung aufgrund einer bundeseinheitlichen Berichtsvorlage: Für den extramuralen Bereich ist eine differenzierte Darstellung der Ausgaben entsprechend der bisherigen funktionalen Gliederung vorzunehmen. Für den intramuralen Bereich ist jedenfalls

Geltende Fassung

Inhalt und Gegenstand der Finanzzielsteuerung

§ 17. Die Finanzzielsteuerung hat für die jeweilige Periode der Zielsteuerung-Gesundheit jedenfalls folgenden Inhalt zu umfassen:

1. Darstellung des Ausgabendämpfungspfades der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben:

a) der Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode und

b) die jährlichen Ausgabenobergrenzen.

2. Darstellung des Ausgabendämpfungspfades der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben der Sozialversicherung:

a) den Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode und

b) die jährlichen Ausgabenobergrenzen der Sozialversicherung.

3. Die Darstellung des zusammengeführten Ausgabendämpfungspfades gemäß Z 1 und Z 2.

4. Die auf das Land Wien entfallenden Investitionen getrennt nach Land und Sozialversicherung.

5. Die Darstellung der Ausgaben beider Sektoren erfolgt nach einer funktionalen Gliederung aufgrund einer bundeseinheitlichen Berichtsvorlage: Für den extramuralen Bereich ist eine differenzierte

Vorgeschlagene Fassung

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

Geltende Fassung

Darstellung der Ausgaben entsprechend der bisherigen funktionalen Gliederung vorzunehmen. Für den intramuralen Bereich ist jedenfalls eine differenzierte Darstellung der wesentlichen Finanzierungspositionen des Wiener Gesundheitsfonds und des Landes vorzunehmen. Darüber hinaus ist für den intramuralen Bereich ausgehend von den Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen der Krankenanstaltenträger und ausgehend von den bundesweit einheitlichen Datengrundlagen zur Krankenanstalten-Kostenrechnung eine nach materiellen und funktionellen Gesichtspunkten differenzierte aus diesen Rechenwerken ableitbare Ausgaben- bzw. Kostendarstellung (Ausgaben/Kosten für Personal, für medizinische und nichtmedizinische Ge- und Verbrauchsgüter einschließlich einer gesonderten Darstellung der Heilmittel, für den Bezug von medizinischen und nichtmedizinischen Fremdleistungen und für Investitionen) zu definieren und zu ergänzen. Eine differenzierte Darstellung nach Funktions- und Fachbereichen ist anzustreben.

In- und Außerkrafttreten

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

(2) Mit Inkrafttreten dieses Gesetzes tritt das Gesetz über die Errichtung eines Wiener Gesundheitsfonds (Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2013), LGBl. für Wien Nr. 42/2013, außer Kraft.

(3) Das Inhaltsverzeichnis und § 3 Abs. 2, § 5 Abs. 1 Z 2, 8 und 10, § 5 Abs. 2, 3, 6 und 7, § 6 Abs. 6, § 7 Abs. 7 und 8, § 9 Abs. 2 Z 3, § 9 Abs. 2 Schlussteil, § 9 Abs. 4, § 10 Abs. 1 und 4, § 12a, § 12b, § 12c, § 15 Abs. 1 Z 2, § 15 Abs. 2 Z 1, § 15 Abs. 3 sowie § 18 Abs. 1 und 3 in der Fassung LGBl. für Wien Nr. 6/2023 treten mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

Vorgeschlagene Fassung

In- und Außerkrafttreten

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

(2) Mit Inkrafttreten dieses Gesetzes tritt das Gesetz über die Errichtung eines Wiener Gesundheitsfonds (Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2013), LGBl. für Wien Nr. 42/2013, außer Kraft.

(3) Das Inhaltsverzeichnis und § 3 Abs. 2, § 5 Abs. 1 Z 2, 8 und 10, § 5 Abs. 2, 3, 6 und 7, § 6 Abs. 6, § 7 Abs. 7 und 8, § 9 Abs. 2 Z 3, § 9 Abs. 2 Schlussteil, § 9 Abs. 4, § 10 Abs. 1 und 4, § 12a, § 12b, § 12c, § 15 Abs. 1 Z 2, § 15 Abs. 2 Z 1, § 15 Abs. 3 sowie § 18 Abs. 1 und 3 in der Fassung LGBl. für Wien Nr. 6/2023 treten mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(4) Das Inhaltsverzeichnis, § 3 Abs. 2, § 4 Abs. 4, § 5 Abs. 1 Einleitungssatz, Abs. 1 Z 1, 2, 6 bis 11, Abs. 2 und Abs. 8, § 6 Abs. 2, Abs. 3a, Abs. 4 Z 2 lit d und Abs. 6, § 7 Abs. 1, Abs. 2 und Abs. 8, § 8 Abs. 1, Abs. 2 Z 7 bis 12, § 9 Abs. 2, Abs. 4 und Abs. 5, § 10 Abs. 1 und Abs. 4, § 11 Abs. 1, Abs. 2 Z 1 und 2, § 13 Abs. 1 und Abs. 2, § 14 samt Überschrift, § 15 samt Überschrift, § 16 samt Überschrift und § 22 Abs. 5, in der Fassung LGBl. für Wien Nr. XX/2024 treten rückwirkend mit 1. Jänner 2024 in Kraft; gleichzeitig tritt § 17 samt Überschrift außer Kraft.

Geltende Fassung
Übergangsbestimmungen

§ 22. (1) Beschlüsse der mit Landesgesetz LGBl. für Wien Nr. 42/2013 eingerichteten Wiener Gesundheitsplattform und Wiener Zielsteuerungskommission sowie daraus abgeleitete Rechte und Verbindlichkeiten bleiben aufrecht.

(2) Ein bestelltes Mitglied der mit Landesgesetz LGBl. für Wien Nr. 42/2013 eingerichteten Wiener Gesundheitsplattform und Wiener Zielsteuerungskommission ist so lange Mitglied der auf Grund dieses Gesetzes einzurichtenden Wiener Gesundheitsplattform und Wiener Zielsteuerungskommission, bis für dieses ein anderes Mitglied bestellt wird.

(3) Die Geschäftsführerin oder der Geschäftsführer, die oder der von der Landesregierung auf Grund des Landesgesetzes LGBl. für Wien Nr. 42/2013 bestellt wurde, bleibt bis zu einer Neubestellung in der Funktion.

(4) Die Verbindlichmachung von Teilen des RSG durch Verordnungen der Gesundheitsplanungs GmbH kann jedenfalls für den ambulanten Bereich erst nach Vorliegen des neu beschlossenen RSG erfolgen.

Vorgeschlagene Fassung
Übergangsbestimmungen

§ 22. (1) Beschlüsse der mit Landesgesetz LGBl. für Wien Nr. 42/2013 eingerichteten Wiener Gesundheitsplattform und Wiener Zielsteuerungskommission sowie daraus abgeleitete Rechte und Verbindlichkeiten bleiben aufrecht.

(2) Ein bestelltes Mitglied der mit Landesgesetz LGBl. für Wien Nr. 42/2013 eingerichteten Wiener Gesundheitsplattform und Wiener Zielsteuerungskommission ist so lange Mitglied der auf Grund dieses Gesetzes einzurichtenden Wiener Gesundheitsplattform und Wiener Zielsteuerungskommission, bis für dieses ein anderes Mitglied bestellt wird.

(3) Die Geschäftsführerin oder der Geschäftsführer, die oder der von der Landesregierung auf Grund des Landesgesetzes LGBl. für Wien Nr. 42/2013 bestellt wurde, bleibt bis zu einer Neubestellung in der Funktion.

(4) Die Verbindlichmachung von Teilen des RSG durch Verordnungen der Gesundheitsplanungs GmbH kann jedenfalls für den ambulanten Bereich erst nach Vorliegen des neu beschlossenen RSG erfolgen.

(5) Beschlüsse der Wiener Gesundheitsplattform und der Wiener Zielsteuerungskommission und daraus abgeleitete Rechte und Verbindlichkeiten nach den bis zur Kundmachung des Wiener Vereinbarungsumsetzungsgesetzes 2024 - WVUG 2024, LGBl. für Wien Nr. XX/2024, geltenden Bestimmungen bleiben aufrecht, sofern die Wiener Gesundheitsplattform oder die Wiener Zielsteuerungskommission nichts Gegenteiliges beschließt.

Artikel II.

Änderung des Wiener Krankenanstaltengesetzes 1987 – Wr. KAG

Wiener Krankenanstaltengesetz 1987

Wiener Krankenanstaltengesetz 1987

Geltende Fassung

§ 3a

Fachrichtungsbezogene Organisationsformen

(1) Abteilungen sind bettenführende Einrichtungen, die zeitlich uneingeschränkt zu betreiben sind und die im Rahmen der Abdeckung des fachrichtungsbezogenen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung in ihrem Einzugsbereich nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 die jederzeitige Verfügbarkeit fachärztlicher Akutversorgung anstaltsbedürftiger Personen im jeweiligen Sonderfach sicherzustellen haben.

(2) Neben Abteilungen bzw. an Stelle von Abteilungen können nach Maßgabe des § 3 Abs. 4 folgende fachrichtungsbezogene **reduzierte** Organisationsformen als Organisationseinheiten vorgehalten werden:

1. Departments als bettenführende Einrichtungen für Remobilisation und Nachsorge sowie für Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 15 Betten sowie für Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens 12 Betten. Departments müssen nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei Fachärzte oder Ärzte für Allgemeinmedizin mit entsprechender Qualifikation verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 3 Abs. 4 Z 1 eingerichtet werden.
2. Fachschwerpunkte als bettenführende Einrichtungen mit acht bis vierzehn Betten und eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG einschließlich Akutfallversorgung während der Öffnungszeiten für die medizinischen Sonderfächer gemäß § 3 Abs. 4 Z 2. Fachschwerpunkte können eingeschränkte Öffnungs- und Betriebszeiten aufweisen. Außerhalb der Öffnungszeiten aber während der Betriebszeiten ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Außerhalb der Betriebszeit des Fachschwerpunktes ist die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten durch die Partner- oder Mutterabteilung sicherzustellen. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen. Die Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a in Ergänzung zu den

Vorgeschlagene Fassung

§ 3a

Fachrichtungsbezogene Organisationsformen

(1) Abteilungen sind bettenführende Einrichtungen, die zeitlich uneingeschränkt zu betreiben sind und die im Rahmen der Abdeckung des fachrichtungsbezogenen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung in ihrem Einzugsbereich nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 die jederzeitige Verfügbarkeit fachärztlicher Akutversorgung anstaltsbedürftiger Personen im jeweiligen Sonderfach sicherzustellen haben.

(2) Neben Abteilungen bzw. an Stelle von Abteilungen können nach Maßgabe des § 3 Abs. 4 folgende fachrichtungsbezogene Organisationsformen als Organisationseinheiten vorgehalten werden:

1. Departments als bettenführende Einrichtungen für Remobilisation und Nachsorge sowie für Akutgeriatrie/Remobilisation mit mindestens 15 Betten sowie für Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik mit mindestens 12 Betten. **Auf diese Mindestbettenanzahl können ambulante Betreuungsplätze maximal bis zur Hälfte angerechnet werden.** Departments müssen nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 zeitlich uneingeschränkt betrieben werden, über mindestens drei Fachärzte oder Ärzte für Allgemeinmedizin mit entsprechender Qualifikation verfügen und im Rahmen einer Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt nach Maßgabe des § 3 Abs. 4 Z 1 eingerichtet werden.
2. Fachschwerpunkte als bettenführende Einrichtungen mit acht bis vierzehn Betten und eingeschränktem Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG einschließlich Akutfallversorgung während der Öffnungszeiten für die medizinischen Sonderfächer gemäß § 3 Abs. 4 Z 2. **Auf diese Bettenanzahl können ambulante Betreuungsplätze maximal bis zur Hälfte angerechnet werden.** Fachschwerpunkte können eingeschränkte Öffnungs- und Betriebszeiten aufweisen. Außerhalb der Öffnungszeiten aber während der Betriebszeiten ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Außerhalb der Betriebszeit des Fachschwerpunktes ist die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten durch die Partner- oder Mutterabteilung sicherzustellen. Fachschwerpunkte müssen über mindestens zwei Fachärzte der vorgehaltenen Fachrichtung sowie erforderlichenfalls über weitere Fachärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft verfügen. Die

Geltende Fassung

vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. b auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen.

3. Dislozierte Wochenkliniken als bettenführende Einrichtungen. Sie dienen zur Durchführung von Behandlungen mit kurzer Verweildauer, wobei das Leistungsangebot auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG eingeschränkt ist. Die Einrichtung dislozierter Wochenkliniken ist nur in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten zulässig. Betriebszeiten dislozierter Wochenkliniken sind auf Wochenbetrieb und Öffnungszeiten tageszeitlich einschränkbar. Außerhalb der Öffnungszeiten aber während der Betriebszeiten ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Die Anstaltsordnung kann abweichende Regelungen für Feiertage vorsehen. Im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.
4. Dislozierte Tageskliniken als bettenführende Einrichtungen an Standorten von Krankenanstalten ohne vollstationäre bettenführende Einrichtung (Abteilung, Department oder Fachschwerpunkt) desselben Sonderfaches mit einem auf tagesklinisch elektiv erbringbare Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG. Sie weisen eingeschränkte Öffnungs- und Betriebszeiten auf. Außerhalb der Öffnungszeit aber während der Betriebszeit ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen. Dislozierte Tageskliniken können in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen eingerichtet werden.

(3) Fachschwerpunkte sowie dislozierte Wochen- und Tageskliniken können in der betreffenden Krankenanstalt entweder

1. eigenständig geführt werden und hinsichtlich Qualitätssicherung, Komplikationsmanagement, Sicherung der Nachsorge sowie ärztlicher

Vorgeschlagene Fassung

Einrichtung von Fachschwerpunkten kann in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen sowie in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. b auch als Ersatz von vorzuhaltenden Abteilungen erfolgen.

3. Dislozierte Wochenkliniken als bettenführende Einrichtungen. Sie dienen zur Durchführung von Behandlungen mit kurzer Verweildauer, wobei das Leistungsangebot auf Basisversorgungsleistungen im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG eingeschränkt ist. Die Einrichtung dislozierter Wochenkliniken ist nur in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen der Krankenanstalten zulässig. Betriebszeiten dislozierter Wochenkliniken sind auf Wochenbetrieb und Öffnungszeiten tageszeitlich einschränkbar. Außerhalb der Öffnungszeiten aber während der Betriebszeiten ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Die Anstaltsordnung kann abweichende Regelungen für Feiertage vorsehen. Im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.
4. Dislozierte Tageskliniken als bettenführende Einrichtungen an Standorten von Krankenanstalten ohne vollstationäre bettenführende Einrichtung (Abteilung, Department oder Fachschwerpunkt) desselben Sonderfaches mit einem auf tagesklinisch elektiv erbringbare Leistungen eingeschränkten Leistungsangebot im Sinne der Leistungsmatrix des ÖSG. Sie weisen eingeschränkte Öffnungs- und Betriebszeiten auf. Außerhalb der Öffnungszeit aber während der Betriebszeit ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen. Im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen. Dislozierte Tageskliniken können in Standardkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. a und in Schwerpunktkrankenanstalten gemäß § 3 Abs. 1 lit. b in Ergänzung zu den vorzuhaltenden Abteilungen eingerichtet werden.

(3) Fachschwerpunkte sowie dislozierte Wochen- und Tageskliniken können in der betreffenden Krankenanstalt entweder

1. eigenständig geführt werden und hinsichtlich Qualitätssicherung, Komplikationsmanagement, Sicherung der Nachsorge sowie ärztlicher

Geltende Fassung

Ausbildung an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden sein (Partnerabteilung) oder

2. nicht eigenständig als Satellit eingerichtet werden. Die ärztliche Versorgung von als Satelliten eingerichteten Fachschwerpunkten sowie dislozierten Wochen- und Tageskliniken hat durch eine Abteilung derselben Fachrichtung zu erfolgen, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung) oder
3. im Rahmen von standortübergreifenden Abteilungen gemäß Abs. 4 geführt werden.

(4) Abteilungen gemäß Abs. 1 können unter gemeinsamer Leitung unter folgenden Voraussetzungen standortübergreifend geführt werden:

1. Am Krankenanstalten-Standort der höchsten Versorgungsstufe ist die Organisationseinheit jedenfalls nach den Kriterien gemäß Abs. 1 eingerichtet. An anderen Standorten können die Organisationseinheiten die Kriterien gemäß Abs. 1 oder 2 erfüllen.
2. Im Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien (RSG) sind die standortübergreifenden Abteilungen an den entsprechenden Standorten mit ihren Organisationseinheiten nach den Kriterien gemäß Abs. 1 bis 3 explizit ausgewiesen.
3. Die Leistungsspektren der Organisationseinheiten an den jeweiligen Standorten sind analog zu jenen in der Leistungsmatrix des ÖSG für Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten vorgesehenen Leistungsspektren zu definieren.
4. Für die jeweilige Versorgungsstufe des Krankenanstalten-Standorts und die nach Abs. 1 oder 2 eingerichteten Organisationseinheiten sind die einzuhaltenden Kriterien hinsichtlich Vorhaltung und Betrieb an allen Standorten zu erfüllen.
5. § 4 Abs. 4a ist analog anzuwenden.
6. Es muss sichergestellt sein, dass höheren Versorgungsstufen vorbehalten Leistungsspektren ausnahmslos auch den Standorten mit der höheren Versorgungsstufe und der entsprechenden Infrastruktur vorbehalten bleiben..

Vorgeschlagene Fassung

Ausbildung an eine Abteilung derselben Fachrichtung einer anderen Krankenanstalt angebunden sein (Partnerabteilung) oder

2. nicht eigenständig als Satellit eingerichtet werden. Die ärztliche Versorgung von als Satelliten eingerichteten Fachschwerpunkten sowie dislozierten Wochen- und Tageskliniken hat durch eine Abteilung derselben Fachrichtung zu erfolgen, die in einer anderen Krankenanstalt bzw. an einem anderen Krankenanstaltenstandort eingerichtet ist (Mutterabteilung) oder
3. im Rahmen von standortübergreifenden Abteilungen gemäß Abs. 4 geführt werden.

(4) Abteilungen gemäß Abs. 1 können unter gemeinsamer Leitung unter folgenden Voraussetzungen standortübergreifend geführt werden:

1. Am Krankenanstalten-Standort der höchsten Versorgungsstufe ist die Organisationseinheit jedenfalls nach den Kriterien gemäß Abs. 1 eingerichtet. An anderen Standorten können die Organisationseinheiten die Kriterien gemäß Abs. 1 oder 2 erfüllen.
2. Im Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien (RSG) sind die standortübergreifenden Abteilungen an den entsprechenden Standorten mit ihren Organisationseinheiten nach den Kriterien gemäß Abs. 1 bis 3 explizit ausgewiesen.
3. Die Leistungsspektren der Organisationseinheiten an den jeweiligen Standorten sind analog zu jenen in der Leistungsmatrix des ÖSG für Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten vorgesehenen Leistungsspektren zu definieren.
4. Für die jeweilige Versorgungsstufe des Krankenanstalten-Standorts und die nach Abs. 1 oder 2 eingerichteten Organisationseinheiten sind die einzuhaltenden Kriterien hinsichtlich Vorhaltung und Betrieb an allen Standorten zu erfüllen.
5. § 4 Abs. 4a ist analog anzuwenden.
6. Es muss sichergestellt sein, dass höheren Versorgungsstufen vorbehalten Leistungsspektren ausnahmslos auch den Standorten mit der höheren Versorgungsstufe und der entsprechenden Infrastruktur vorbehalten bleiben..

Geltende Fassung

B. Errichtung von bettenführenden Krankenanstalten

§ 4.

(1) Bettenführende Krankenanstalten bedürfen, sofern § 64i nicht anderes bestimmt, sowohl zu ihrer Errichtung als auch zu ihrem Betrieb einer Bewilligung der Landesregierung. Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung haben den Anstaltszweck (§ 1 Abs. 3) und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung) genau zu bezeichnen. *Eine Vorabfeststellung zur Frage des Bedarfs ist zulässig.*

(2) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 1 darf unbeschadet der nach sonstigen Rechtsvorschriften geltenden Erfordernisse nur unter den nach den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft und nach den Erfordernissen für einen einwandfreien Krankenanstaltsbetrieb notwendigen Bedingungen und Auflagen und nur dann erteilt werden, wenn

a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger bettenführender Krankenanstalten mit Kassenverträgen zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit ein Bedarf gemäß Abs. *2b und* 2c gegeben ist;

b) das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachgewiesen sind;

c) das für die Unterbringung der Anstalt geplante oder bereits vorhandene Gebäude den hinsichtlich der Aufführung oder Verwendung solcher Gebäude vorgesehenen bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht;

Vorgeschlagene Fassung

B. Errichtung von bettenführenden Krankenanstalten

§ 4.

(1) Bettenführende Krankenanstalten bedürfen, sofern § 64i nicht anderes bestimmt, sowohl zu ihrer Errichtung als auch zu ihrem Betrieb einer Bewilligung der Landesregierung. Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung haben den Anstaltszweck (§ 1 Abs. 3) und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung) genau zu bezeichnen. *Eine Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 2c sowie zur Frage der Plankonformität gemäß Abs. 2b ist zulässig.*

(2) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 1 darf unbeschadet der nach sonstigen Rechtsvorschriften geltenden Erfordernisse nur unter den nach den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft und nach den Erfordernissen für einen einwandfreien Krankenanstaltsbetrieb notwendigen Bedingungen und Auflagen und nur dann erteilt werden, wenn

a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger bettenführender Krankenanstalten mit Kassenverträgen zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit ein Bedarf gemäß Abs. 2c gegeben ist;

b) im Fall des Abs. 2b der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang mit den Verordnungen gemäß § 23 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) oder § 5a Abs. 1 übereinstimmt;

c) das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachgewiesen sind;

d) das für die Unterbringung der Anstalt geplante oder bereits vorhandene Gebäude den hinsichtlich der Aufführung oder Verwendung solcher Gebäude vorgesehenen bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht;

Geltende Fassung

d) gegen den Bewerber keine Bedenken bestehen.

Sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung über den Bedarf eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens.

(2a) Die Landesregierung hat von einer Prüfung des Bedarfs abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot in der Krankenanstalt ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die betroffenen Sozialversicherungsträger **und die Ärztekammer für Wien** sind zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören. Darüber hinaus ist von der Prüfung des Bedarfs abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt.

(2b) Wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuergesetz – G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017 in der Fassung BGBl. I Nr. 131/2017, oder § 5a Abs. 1 geregelt ist, ist hinsichtlich des Bedarfs die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Die Entscheidung über die Plankonformität des Vorhabens hat mittels Feststellungsbescheid zu erfolgen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist Abs. 2c sinngemäß anzuwenden. Für Krankenanstalten, die über den Wiener Gesundheitsfonds abgerechnet werden (im Folgenden: Fondskrankenanstalten), entfällt die Voraussetzung des Abs. 2 letzter Satz.

(2c) Für sonstige bettenführende Krankenanstalten ist ein Bedarf gegeben, wenn unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG hinsichtlich

1. der örtlichen Verhältnisse (regionale, rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur, Besiedlungsdichte),
2. der für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,
3. der Auslastung bestehender stationärer Einrichtungen sowie

Vorgeschlagene Fassung

e) gegen den Bewerber keine Bedenken bestehen.

Sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung über den Bedarf eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens.

(2a) Die Landesregierung hat von einer Prüfung des Bedarfs **sowie der Plankonformität** abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot in der Krankenanstalt ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die betroffenen Sozialversicherungsträger sind zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören. Darüber hinaus ist von der Prüfung des Bedarfs **sowie der Plankonformität** abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt.

(2b) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Abs. 2c abzusehen, wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuergesetz – G-ZG) oder § 5a Abs. 1 geregelt ist. Die Entscheidung darüber, ob der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang mit diesen Verordnungen übereinstimmt (Plankonformität), hat mittels Feststellungsbescheid zu erfolgen. Die betroffenen Sozialversicherungsträger sind zur Frage der Plankonformität zu hören. Für Krankenanstalten, die über den Wiener Gesundheitsfonds abgerechnet werden (im Folgenden: Fondskrankenanstalten), entfällt die Voraussetzung des Abs. 2 letzter Satz.

(2c) Für sonstige bettenführende Krankenanstalten ist ein Bedarf gegeben, wenn unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG hinsichtlich

1. der örtlichen Verhältnisse (regionale, rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur, Besiedlungsdichte),
2. der für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,
3. der Auslastung bestehender stationärer Einrichtungen sowie

Geltende Fassung

4. der Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots nachgewiesen werden kann.

(2d) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung kann ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstituts zum Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 2c eingeholt werden.

(3) Der Bewerber hat dem Ansuchen maßgerechte Baupläne eines Bausachverständigen und Bau- und Betriebsbeschreibungen in der erforderlichen Anzahl anzuschließen. Aus den Bauplänen muß insbesondere der beabsichtigte Verwendungszweck der Anstaltsräume und bei den für die Behandlung, Unterbringung und sonstige Benützung der Patienten sowie für die Unterbringung und den Aufenthalt des Anstaltspersonals bestimmten Räume auch die Größe der Bodenfläche und des Luftraumes zu ersehen sein. Für die Schlafräume der Patienten und des Anstaltspersonals ist ein Verzeichnis über die Anzahl der Betten anzuschließen.

(4) Die Vorlage von Unterlagen zum Nachweis der Voraussetzungen nach Abs. 2 *lit. b bis d* ist nicht erforderlich, wenn eine Vorabfeststellung *zur Frage des Bedarfs* beantragt wird.

(4a) Weist eine Krankenanstalt mehrere Standorte auf (Mehrstandortkrankenanstalt), ist im Bescheid, mit dem die Errichtungsbewilligung erteilt wird, für jeden Standort gemäß dem zugeordneten Leistungsspektrum die Versorgungsstufe gemäß § 3 Abs. 1 festzulegen. Am jeweiligen Standort sind die für die festgelegte Versorgungsstufe je Leistungsbereich geltenden Vorgaben einzuhalten.

(5) Ist der Rechtsträger der Krankenanstalt ein Krankenversicherungsträger oder eine Krankenfürsorgeeinrichtung, so bedarf es zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt keiner Bewilligung. Die beabsichtigte Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger oder eine Krankenfürsorgeeinrichtung ist der Landesregierung anzuzeigen. Die Bewilligung zum Betrieb der bettenführenden Krankenanstalt eines Sozialversicherungsträgers oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 lit. b bis d gegeben sind.

Vorgeschlagene Fassung

4. der Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots nachgewiesen werden kann. *Die Entscheidung über das Vorliegen des Bedarfs gemäß Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Abs. 2c hat mittels Feststellungsbescheid zu erfolgen.*

(2d) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung kann ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstituts zum Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 2c eingeholt werden.

(3) Der Bewerber hat dem Ansuchen maßgerechte Baupläne eines Bausachverständigen und Bau- und Betriebsbeschreibungen in der erforderlichen Anzahl anzuschließen. Aus den Bauplänen muß insbesondere der beabsichtigte Verwendungszweck der Anstaltsräume und bei den für die Behandlung, Unterbringung und sonstige Benützung der Patienten sowie für die Unterbringung und den Aufenthalt des Anstaltspersonals bestimmten Räume auch die Größe der Bodenfläche und des Luftraumes zu ersehen sein. Für die Schlafräume der Patienten und des Anstaltspersonals ist ein Verzeichnis über die Anzahl der Betten anzuschließen.

(4) Die Vorlage von Unterlagen zum Nachweis der Voraussetzungen nach Abs. 2 *lit. c bis e* ist nicht erforderlich, wenn eine Vorabfeststellung *zu den Voraussetzungen des Abs. 2c oder zur Frage der Plankonformität gemäß Abs. 2b* beantragt wird.

(4a) Weist eine Krankenanstalt mehrere Standorte auf (Mehrstandortkrankenanstalt), ist im Bescheid, mit dem die Errichtungsbewilligung erteilt wird, für jeden Standort gemäß dem zugeordneten Leistungsspektrum die Versorgungsstufe gemäß § 3 Abs. 1 festzulegen. Am jeweiligen Standort sind die für die festgelegte Versorgungsstufe je Leistungsbereich geltenden Vorgaben einzuhalten.

(5) Ist der Rechtsträger der Krankenanstalt ein Krankenversicherungsträger oder eine Krankenfürsorgeeinrichtung, so bedarf es zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt keiner Bewilligung. Die beabsichtigte Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger oder eine Krankenfürsorgeeinrichtung ist der Landesregierung anzuzeigen. Die Bewilligung zum Betrieb der bettenführenden Krankenanstalt eines Sozialversicherungsträgers oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 lit. b bis d gegeben sind.

Geltende Fassung

(6) In Bewilligungsverfahren nach Abs. 2 und in Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfs haben **die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und** betroffene Sozialversicherungsträger hinsichtlich des nach Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Abs. 2c zu prüfenden Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien gemäß Art. 132 Abs. 5 B-VG und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Verwaltungsgerichts Wien das Recht der Revision an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Art. 133 Abs. 1 B-VG.

(7) Der Wiener Gesundheitsfonds oder eine an seine Stelle tretende Einrichtung ist bei bettenführenden Krankenanstalten zur Frage des Bedarfes zu hören.

Errichtung von selbständigen Ambulatorien

§ 5.

(1) Selbständige Ambulatorien bedürfen, sofern § 64i nicht anderes bestimmt, sowohl zu ihrer Errichtung als auch zu ihrem Betrieb einer Bewilligung der Landesregierung. Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung haben den Anstaltszweck und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung, insbesondere vorgesehener Anzahl und vorgesehenes Beschäftigungsausmaß von Ärztinnen und Ärzten bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzten unter Angabe der Berufsberechtigung und vorgesehener Anzahl von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe) genau zu bezeichnen. Eine Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3 ist zulässig.

(2) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 1 darf unbeschadet der nach sonstigen Rechtsvorschriften geltenden Erfordernisse nur unter den nach den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft und nach den Erfordernissen für einen einwandfreien Krankenanstaltsbetrieb notwendigen Bedingungen und Auflagen und nur dann erteilt werden, wenn insbesondere

Vorgeschlagene Fassung

(6) In Bewilligungsverfahren nach Abs. 2 und in Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfs haben betroffene Sozialversicherungsträger hinsichtlich des nach Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Abs. 2c zu prüfenden Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien gemäß Art. 132 Abs. 5 B-VG und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Verwaltungsgerichts Wien das Recht der Revision an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Art. 133 Abs. 1 B-VG. **Die Stellungnahmen der Sozialversicherungsträger zur Frage des Bedarfs haben im Wege des Dachverbandes zu erfolgen. Die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten hat die Möglichkeit, eine Stellungnahme in angemessener Frist abzugeben.**

(7) Der Wiener Gesundheitsfonds oder eine an seine Stelle tretende Einrichtung ist bei bettenführenden Krankenanstalten zur Frage des Bedarfes **sowie der Plankonformität** zu hören.

Errichtung von selbständigen Ambulatorien

§ 5.

(1) Selbständige Ambulatorien bedürfen, sofern § 64i nicht anderes bestimmt, sowohl zu ihrer Errichtung als auch zu ihrem Betrieb einer Bewilligung der Landesregierung. Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung haben den Anstaltszweck und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung, insbesondere vorgesehener Anzahl und vorgesehenes Beschäftigungsausmaß von Ärztinnen und Ärzten bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzten unter Angabe der Berufsberechtigung und vorgesehener Anzahl von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe) genau zu bezeichnen. Eine Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3 **sowie zur Frage der Plankonformität gemäß Abs. 4a** ist zulässig.

(2) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 1 darf unbeschadet der nach sonstigen Rechtsvorschriften geltenden Erfordernisse nur unter den nach den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft und nach den Erfordernissen für einen einwandfreien Krankenanstaltsbetrieb notwendigen Bedingungen und Auflagen und nur dann erteilt werden, wenn insbesondere

Geltende Fassung

1. nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und kasseneigene Einrichtungen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Gruppenpraxen und selbständige Ambulatorien, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, bei selbständigen Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Zahnärztinnen, Zahnärzte, Dentistinnen, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,

- a) zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und
- b) zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann,

2. das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachgewiesen sind,
3. das für die Unterbringung der Anstalt geplante oder bereits vorhandene Gebäude den hinsichtlich der Aufführung oder Verwendung solcher Gebäude vorgesehenen bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht und
4. gegen die Bewerberin oder den Bewerber keine Bedenken bestehen.

Sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung der Landesregierung über den Bedarf eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens.

Vorgeschlagene Fassung

1. nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und kasseneigene Einrichtungen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Gruppenpraxen und selbständige Ambulatorien jeweils mit Kassenverträgen, bei selbständigen Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Zahnärztinnen, Zahnärzte, Dentistinnen, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen jeweils mit Kassenverträgen,

- a) zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und
- b) zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann,

2. im Fall des Abs. 4 Z 1 der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang mit den Verordnungen gemäß § 23 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung- Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) oder § 5a Abs. 1 übereinstimmt,

3. das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachgewiesen sind,
4. das für die Unterbringung der Anstalt geplante oder bereits vorhandene Gebäude den hinsichtlich der Aufführung oder Verwendung solcher Gebäude vorgesehenen bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht und
5. gegen die Bewerberin oder den Bewerber keine Bedenken bestehen.

Sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung der Landesregierung über den Bedarf eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens.

Geltende Fassung

(3) Bei der Beurteilung, ob eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann, sind ausgehend von den Ergebnissen der Planungen des jeweiligen RSG folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. örtliche Verhältnisse (regionale, rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur, Besiedlungsdichte),
2. die für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,
3. das Inanspruchnahmeverhalten und die Auslastung von bestehenden Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbietern, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, durch Patientinnen und Patienten,
4. die durchschnittliche Belastung bestehender Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter gemäß Z 3 **und**

5. die Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin.

(3a) Wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017 in der Fassung BGBl. I Nr. 131/2017, oder § 5a Abs. 1 geregelt ist, ist hinsichtlich des Bedarfs die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Die Entscheidung über die Plankonformität des Vorhabens hat mittels Feststellungsbescheid zu erfolgen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist Abs. 3 sinngemäß anzuwenden.

(4) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 2 Z 1 in Verbindung mit Abs. 3 abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die betroffenen Sozialversicherungsträger und die Ärztekammer für Wien sind zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören. Darüber hinaus ist von der Prüfung des Bedarfes abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt.

Vorgeschlagene Fassung

(3) Bei der Beurteilung, ob eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann, sind ausgehend von den Ergebnissen der Planungen des jeweiligen RSG folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. örtliche Verhältnisse (regionale, rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur, Besiedlungsdichte),
2. die für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,
3. das Inanspruchnahmeverhalten und die Auslastung von bestehenden Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbietern, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, durch Patientinnen und Patienten,
4. die durchschnittliche Belastung bestehender Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter gemäß Z 3,

5. Öffnungszeiten bestehender Leistungsanbieter gemäß Z 3, insbesondere an Tagesrandzeiten und an Wochenenden, und

6. die Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin.

(3a) Die Entscheidung über das Vorliegen des Bedarfs gemäß Abs. 2 Z 1 in Verbindung mit Abs. 3 hat mittels Feststellungsbescheid zu erfolgen.

(4) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 2 Z 1 in Verbindung mit Abs. 3 abzusehen, wenn

1. der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang sowie das Einzugsgebiet bzw. die Versorgungsregion in den Verordnungen gemäß § 23 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) oder § 5a Abs. 1 geregelt sind oder

2. nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen, wobei die

Geltende Fassung

(5) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung ist ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstituts sowie eine begründete Stellungnahme des Wiener Gesundheitsfonds zum Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 3 einzuholen.

(6) Die Vorlage von Unterlagen zum Nachweis der Voraussetzungen nach Abs. 2 Z 2 bis 4 ist nicht erforderlich, wenn eine gesonderte Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen nach Abs. 3 beantragt wird.

(7) In der Errichtungsbewilligung sind – ausgenommen im Fall des Abs. 4 – im Rahmen des Antrags jedenfalls das Leistungsvolumen, das Leistungsspektrum und bedarfsgerechte Öffnungszeiten (Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten und von Sams-, Sonn- und Feiertagen) sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten und – soweit sinnvoll – die Verpflichtung zur Durchführung von Hausbesuchen durch Auflagen festzulegen.

Vorgeschlagene Fassung

betroffenen Sozialversicherungsträger zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören sind, oder

3. bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt.

(4a) Die Entscheidung darüber, ob der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang sowie das Einzugsgebiet bzw. die Versorgungsregion mit den Verordnungen gemäß § 23 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) oder § 5a Abs. 1 übereinstimmt (Plankonformität), hat mittels Feststellungsbescheid zu erfolgen. Die betroffenen Sozialversicherungsträger sind zur Frage der Plankonformität zu hören. In den Fällen des Abs. 4 Z 2 und 3 hat keine Prüfung der Plankonformität zu erfolgen.

(4b) Die Landesregierung hat im Rahmen des Bewilligungsverfahrens zur Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums, wenn nach Anhörung der betroffenen Sozialversicherungsträger die Frage, ob nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen, unklar ist, hierüber mittels Feststellungsbescheid abzusprechen.“

(5) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung ist ausgenommen in den Fällen des Abs. 4 ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstituts sowie eine begründete Stellungnahme des Wiener Gesundheitsfonds hinsichtlich des Bedarfs unter Zugrundelegung der Kriterien gemäß Abs. 3 oder nach Abs. 4 Z 1 in Verbindung mit Abs. 4a einzuholen.

(6) Die Vorlage von Unterlagen zum Nachweis der Voraussetzungen nach Abs. 2 Z 3 bis 5 ist nicht erforderlich, wenn eine gesonderte Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen nach Abs. 3 oder nach Abs. 4 Z 1 in Verbindung mit Abs. 4a beantragt wird.

(7) In der Errichtungsbewilligung sind – ausgenommen im Fall des Abs. 4 Z 2 und 3 – im Rahmen des Antrags jedenfalls das Leistungsvolumen, das Leistungsspektrum und bedarfsgerechte Öffnungszeiten (Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten und von Sams-, Sonn- und Feiertagen) sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten und – soweit sinnvoll – die Verpflichtung zur Durchführung von Hausbesuchen durch Auflagen festzulegen.

Geltende Fassung

(8) In Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums – ausgenommen im Fall des Abs. 4 – haben betroffene Sozialversicherungsträger, die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und die Ärztekammer für Wien bzw. bei selbständigen Zahnambulatorien die Österreichische Zahnärztekammer hinsichtlich des Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien gemäß Art. 132 Abs. 5 B-VG und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Verwaltungsgerichts Wien das Recht der Revision an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Art. 133 Abs. 1 B-VG. Dies gilt auch für Verfahren zur Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3.

(9) Die Errichtungsbewilligung für ein selbständiges Ambulatorium, dessen Rechtsträger ein Krankenversicherungsträger oder eine Krankenfürsorgeeinrichtung ist, ist zu erteilen, wenn ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger oder der Krankenfürsorgeeinrichtung und der Ärztekammer für Wien bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer oder zwischen dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer vorliegt (§ 339 ASVG). Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung zu erteilen, wenn durch die Landesregierung festgestellt wurde, dass eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann. Dies ist jedenfalls dann der Fall, wenn ein Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes – PrimVG, BGBl. I Nr. 131/2017, zu keinem positiven Abschluss geführt hat. Der erste und zweite Satz gelten auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger oder die Krankenfürsorgeeinrichtung Dritte mit dem Betrieb eines selbständigen Ambulatoriums betraut.

(10) Einer Beschwerde der Ärztekammer für Wien an das Verwaltungsgericht Wien und einer Revision der Ärztekammer für Wien an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Abs. 8 in Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung für eine eigene Einrichtung für Zwecke der Primärversorgung eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers gemäß § 339 ASVG kommt keine aufschiebende Wirkung zu.

Vorgeschlagene Fassung

(8) In Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums – ausgenommen in den Fällen des Abs. 4 – haben betroffene Sozialversicherungsträger hinsichtlich des Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien gemäß Art. 132 Abs. 5 B-VG und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Verwaltungsgerichts Wien das Recht der Revision an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Art. 133 Abs. 1 B-VG. Dies gilt auch für Verfahren zur Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3. Die Stellungnahmen der Sozialversicherungsträger zur Frage des Bedarfs haben im Wege des Dachverbandes zu erfolgen. Die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und die zuständige Landesärztekammer bzw. bei selbständigen Zahnambulatorien die Österreichische Zahnärztekammer haben die Möglichkeit, eine Stellungnahme in angemessener Frist abzugeben.

Geltende Fassung

§ 5a.

(1) Die Landesregierung hat in Fällen, in denen kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des RSG bzw. deren Änderungen entsprechend den Bestimmungen im § 9 Abs. 6 und § 10 Abs. 2 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017, LGBl. für Wien Nr. 10/2018, in der Wiener Zielsteuerungskommission zustande kommt, auf Basis der gemeinsamen Festlegungen in der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit im Rahmen eines RSG für Fondskrankenanstalten einen Wiener Krankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen. Der Wiener Krankenanstaltenplan hat sich im Rahmen des Zielsteuerungsvertrages gemäß § 10 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), **BGBl. I Nr. 26/2017 in der Fassung BGBl. I Nr. 131/2017**, und des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) zu befinden. Dabei sind, um eine verbindliche österreichweit auf einheitlichen Grundsätzen basierende Krankenanstaltenplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die im ÖSG vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und -methoden zu berücksichtigen.

(2) Im Wiener Krankenanstaltenplan sind jedenfalls festzulegen:

1. die Standorte der Fondskrankenanstalten,
2. die maximalen Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege und Intensivbereich) je Standort,
3. die medizinischen Fachbereiche je Standort,
4. die für die Fachbereiche jeweils vorgesehenen fachrichtungsbezogenen Organisationsformen je Standort,
5. Art und Anzahl der medizinischtechnischen Großgeräte je Standort,
6. die maximale Bettenzahl je Fachbereich bezogen auf das Land und die Versorgungsregionen oder bezogen auf die Standorte,

7. die Referenzzentren und speziellen Versorgungsbereiche je Standort.

(3) Erfolgen die Festlegungen gemäß Abs. 2 Z 6 nicht bezogen auf die Standorte, sind in Zusammenhang mit § 4 Abs. 2b und 2c die zur Realisierung beabsichtigten Bettenkapazitäten je Fachbereich und Standort im Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien zumindest unverbindlich mit

Vorgeschlagene Fassung

§ 5a.

(1) Die Landesregierung hat in Fällen, in denen kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des RSG bzw. deren Änderungen entsprechend den Bestimmungen im § 9 Abs. 6 und § 10 Abs. 2 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017, LGBl. für Wien Nr. 10/2018, in der Wiener Zielsteuerungskommission zustande kommt, auf Basis der gemeinsamen Festlegungen in der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit im Rahmen eines RSG für Fondskrankenanstalten einen Wiener Krankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen. Der Wiener Krankenanstaltenplan hat sich im Rahmen des Zielsteuerungsvertrages gemäß § 10 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) und des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) zu befinden. Dabei sind, um eine verbindliche österreichweit auf einheitlichen Grundsätzen basierende Krankenanstaltenplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die im ÖSG vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und -methoden zu berücksichtigen.

(2) Im Wiener Krankenanstaltenplan sind jedenfalls festzulegen:

1. die Standorte der Fondskrankenanstalten,
2. die maximalen Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege und Intensivbereich) je Standort,
3. die medizinischen Fachbereiche je Standort,
4. die für die Fachbereiche jeweils vorgesehenen fachrichtungsbezogenen Organisationsformen je Standort,
5. Art und Anzahl der medizinischtechnischen Großgeräte je Standort,
6. die maximale Bettenzahl je Fachbereich bezogen auf das Land und die Versorgungsregionen oder bezogen auf die Standorte,

7. die minimale Anzahl an Tagesklinikplätzen und ambulanter Betreuungsplätze je Fachrichtung und Standort,

8. die Referenzzentren und speziellen Versorgungsbereiche je Standort.

(3) Erfolgen die Festlegungen gemäß Abs. 2 Z 6 nicht bezogen auf die Standorte, sind in Zusammenhang mit § 4 Abs. 2b und 2c die zur Realisierung beabsichtigten Bettenkapazitäten je Fachbereich und Standort im Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien zumindest unverbindlich mit

Geltende Fassung

Informationscharakter auszuweisen.

(4) Das Amt der Wiener Landesregierung hat den zwischen dem Land Wien und der Sozialversicherung im Wiener Gesundheitsfonds abgestimmten Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien auf der Homepage www.wien.gv.at in der jeweils aktuellen Fassung zu veröffentlichen.

Betrieb von selbständigen Ambulatorien

§ 6a.

(1) Eine Bewilligung zum Betrieb eines selbständigen Ambulatoriums darf unbeschadet der nach sonstigen Rechtsvorschriften geltenden Erfordernisse nur unter den nach den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft und nach den Erfordernissen für einen einwandfreien Ambulatoriumsbetrieb notwendigen Bedingungen und Auflagen und nur dann erteilt werden, wenn insbesondere

1. die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des § 5 Abs. 2 erteilt worden ist;
2. die für den unmittelbaren Betrieb der Anstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen;
3. gegen die für den inneren Betrieb der Anstalt vorgesehene Anstaltsordnung (§ 10) keine Bedenken bestehen;
4. eine geeignete Ärztin oder ein geeigneter Arzt als verantwortliche Leiterin bzw. als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes oder eine geeignete Zahnärztin oder ein geeigneter Zahnarzt als verantwortliche Leiterin bzw. als verantwortlicher Leiter des zahnärztlichen Dienstes (§§ 12 Abs. 2 und 12a Abs. 1) namhaft gemacht wurde sowie glaubhaft gemacht wird, dass auch im Übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird;
5. der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 6c erforderlich ist.

(2) Wurde das selbständige Ambulatorium nicht der Errichtungsbewilligung entsprechend errichtet, so hat die Landesregierung zugleich mit der Betriebsbewilligung die Änderungen zu bewilligen, wenn trotz der

Vorgeschlagene Fassung

Informationscharakter auszuweisen.

(4) Das Amt der Wiener Landesregierung hat den zwischen dem Land Wien und der Sozialversicherung im Wiener Gesundheitsfonds abgestimmten Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien auf der Homepage www.wien.gv.at in der jeweils aktuellen Fassung zu veröffentlichen.

Betrieb von selbständigen Ambulatorien

§ 6a.

(1) Eine Bewilligung zum Betrieb eines selbständigen Ambulatoriums darf unbeschadet der nach sonstigen Rechtsvorschriften geltenden Erfordernisse nur unter den nach den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft und nach den Erfordernissen für einen einwandfreien Ambulatoriumsbetrieb notwendigen Bedingungen und Auflagen und nur dann erteilt werden, wenn insbesondere

1. die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des § 5 Abs. 2 erteilt worden ist;
2. die für den unmittelbaren Betrieb der Anstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen;
3. gegen die für den inneren Betrieb der Anstalt vorgesehene Anstaltsordnung (§ 10) keine Bedenken bestehen;
4. eine geeignete Ärztin oder ein geeigneter Arzt als verantwortliche Leiterin bzw. als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes oder eine geeignete Zahnärztin oder ein geeigneter Zahnarzt als verantwortliche Leiterin bzw. als verantwortlicher Leiter des zahnärztlichen Dienstes (§§ 12 Abs. 2 und 12a Abs. 1) namhaft gemacht wurde sowie glaubhaft gemacht wird, dass auch im Übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird;
5. der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 6c erforderlich ist.

(2) Wurde das selbständige Ambulatorium nicht der Errichtungsbewilligung entsprechend errichtet, so hat die Landesregierung zugleich mit der Betriebsbewilligung die Änderungen zu bewilligen, wenn trotz der

Geltende Fassung

Abweichungen den Voraussetzungen nach Abs. 1 und § 5 Abs. 2 entsprechen wird.

(3) Die Bewilligung zum Betrieb des selbständigen Ambulatoriums eines Krankenversicherungsträgers oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung ist zu erteilen, wenn eine Einigung gemäß § 339 ASVG oder eine Errichtungsbewilligung gemäß § 5 Abs. 9 zweiter Satz vorliegt und die Voraussetzungen des Abs. 1 Z 2 bis 4 gegeben sind.

Änderung von Krankenanstalten

§ 7

(1) Jede geplante räumliche Veränderung einer Krankenanstalt ist der Landesregierung anzuzeigen.

(2) Wesentliche Veränderungen, auch der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes, bedürfen der Bewilligung der Landesregierung. Im Verfahren darüber sind die §§ 4 und 5 sinngemäß anzuwenden. Die dem Bewilligungsbescheid entsprechend geänderte Anlage der Krankenanstalt darf in Betrieb genommen werden, doch ist darüber spätestens gleichzeitig mit der Inbetriebnahme vom Rechtsträger der Krankenanstalt bei der Landesregierung unter Angabe des Zeitpunktes der Inbetriebnahme die Anzeige zu erstatten. Dies gilt auch für selbständige Ambulatorien (§ 1 Abs. 3 Z 5) der Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeeinrichtungen. Bei wesentlichen Veränderungen von Krankenanstalten der Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeeinrichtungen ist § 6 sinngemäß anzuwenden.

(3) Die Verlegung einer Krankenanstalt an einen anderen Betriebsort bedarf einer Bewilligung der Landesregierung. Im Verfahren darüber sind die §§ 4, 5, 6 und 6a sinngemäß anzuwenden.

(3a) entfällt; LGBL für Wien Nr. 1/2018 vom 26.1.2018

(3b) entfällt; LGBL für Wien Nr. 1/2018 vom 26.1.2018

(4) Für die Erweiterung von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung sind die §§ 5 Abs. 9 und 6a Abs. 2 sinngemäß anzuwenden.

(5) Bei Fondskrankenanstalten (§ 64a Abs. 1) ist die Bewilligung nach Abs. 2 und 3 insbesondere nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes bzw. einer Verordnung gemäß § 23 oder § 24 des

Vorgeschlagene Fassung

Abweichungen den Voraussetzungen nach Abs. 1 und § 5 Abs. 2 entsprechen wird.

Änderung von Krankenanstalten

§ 7

(1) Jede geplante räumliche Veränderung einer Krankenanstalt ist der Landesregierung anzuzeigen.

(2) Wesentliche Veränderungen, auch der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes, bedürfen der Bewilligung der Landesregierung. Im Verfahren darüber sind die §§ 4 und 5 sinngemäß anzuwenden. Die dem Bewilligungsbescheid entsprechend geänderte Anlage der Krankenanstalt darf in Betrieb genommen werden, doch ist darüber spätestens gleichzeitig mit der Inbetriebnahme vom Rechtsträger der Krankenanstalt bei der Landesregierung unter Angabe des Zeitpunktes der Inbetriebnahme die Anzeige zu erstatten. Dies gilt auch für selbständige Ambulatorien (§ 1 Abs. 3 Z 5) der Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeeinrichtungen. Bei wesentlichen Veränderungen von Krankenanstalten der Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeeinrichtungen ist § 6 sinngemäß anzuwenden.

(3) Die Verlegung einer Krankenanstalt an einen anderen Betriebsort bedarf einer Bewilligung der Landesregierung. Im Verfahren darüber sind die §§ 4, 5, 6 und 6a sinngemäß anzuwenden.

(3a) entfällt; LGBL für Wien Nr. 1/2018 vom 26.1.2018

(3b) entfällt; LGBL für Wien Nr. 1/2018 vom 26.1.2018

(5) Bei Fondskrankenanstalten (§ 64a Abs. 1) ist die Bewilligung nach Abs. 2 und 3 insbesondere nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes bzw. einer Verordnung gemäß § 23 oder § 24 des

Geltende Fassung

Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes und die darin vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.

Verpachtung, Übertragung, Bezeichnungsänderung

§ 8

(1) Der Bewilligung der Landesregierung bedürfen ferner die Verpachtung einer Krankenanstalt, ihre Übertragung – auch eines Teils – auf einen anderen Rechtsträger und jede Änderung ihrer Bezeichnung (§ 4 Abs. 2 lit. d bzw. § 5 Abs. 2 Z 4). Die Bewilligung kann nur erteilt werden, wenn dagegen keine gewichtigen Bedenken bestehen.

(2) Für den Erwerb von Ambulatorien durch einen Krankenversicherungsträger ist § 5 Abs. 9 sinngemäß anzuwenden.

§ 9

Die Sperre einer Krankenanstalt oder eines Teilbereiches derselben ist von der Landesregierung anzuordnen, wenn die Krankenanstalt entweder

- a) ohne Bewilligung gemäß § 4 Abs. 2, § 5 Abs. 2, § 6 Abs. 1, § 6a Abs. 1, § 7 Abs. 2 oder § 7 Abs. 3 betrieben wird oder wenn
- b) Bedingungen oder Auflagen eines Bescheides gemäß § 4 Abs. 2, § 5 Abs. 2, § 6 Abs. 1, § 6a Abs. 1, § 7 Abs. 2 oder § 7 Abs. 3 nicht erfüllt sind und dadurch der gesicherte Betrieb der Krankenanstalt nicht mehr gewährleistet ist.

§ 13

- (1) Der ärztliche bzw. zahnärztliche Dienst muss so eingerichtet sein, dass
1. ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar ist;
 2. in Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet ist;
 3. in Zentralkrankenanstalten uneingeschränkt eine Anwesenheit von Fachärzten aller in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben ist; in Betracht kommende Sonderfächer sind über die in Z 4 genannten hinaus jene, in denen in Hinblick auf ein akutes Komplikationsmanagement eine fachärztliche Anwesenheit erforderlich ist. Dabei ist die gebotene Anzahl anwesender Fachärzte sicherzustellen. Im Übrigen kann auch in Zentralkrankenanstalten im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend-

Vorgeschlagene Fassung

Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes und die darin vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.

Verpachtung, Übertragung, Bezeichnungsänderung

§ 8

(1) Der Bewilligung der Landesregierung bedürfen ferner die Verpachtung einer Krankenanstalt, ihre Übertragung – auch eines Teils – auf einen anderen Rechtsträger und jede Änderung ihrer Bezeichnung (§ 4 Abs. 2 lit. d bzw. § 5 Abs. 2 Z 4). Die Bewilligung kann nur erteilt werden, wenn dagegen keine gewichtigen Bedenken bestehen.

§ 9

Die Sperre einer Krankenanstalt oder eines Teilbereiches derselben ist von der Landesregierung anzuordnen, wenn die Krankenanstalt entweder

- a) ohne Bewilligung gemäß § 4 Abs. 2, § 5 Abs. 2, § 6 Abs. 1, § 6a Abs. 1, § 7 Abs. 2 oder § 7 Abs. 3 betrieben wird oder wenn
- b) Bedingungen oder Auflagen eines Bescheides gemäß § 4 Abs. 2, § 5 Abs. 2, § 6 Abs. 1, § 6a Abs. 1, § 7 Abs. 2 oder § 7 Abs. 3 nicht erfüllt sind und dadurch der gesicherte Betrieb der Krankenanstalt nicht mehr gewährleistet ist.

§ 13

- (1) Der ärztliche bzw. zahnärztliche Dienst muss so eingerichtet sein, dass
1. ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar ist;
 2. in Krankenanstalten bzw. Organisationseinheiten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet ist;
 3. in Zentralkrankenanstalten uneingeschränkt eine Anwesenheit von Fachärzten aller in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben ist; in Betracht kommende Sonderfächer sind über die in Z 4 genannten hinaus jene, in denen in Hinblick auf ein akutes Komplikationsmanagement eine fachärztliche Anwesenheit erforderlich ist. Dabei ist die gebotene Anzahl anwesender Fachärzte sicherzustellen. Im Übrigen kann auch in Zentralkrankenanstalten im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend-

Geltende Fassung

und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist;

4. in Schwerpunktkrankenanstalten jedenfalls in Abteilungen und Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie, Psychiatrie, Neurologie und Unfallchirurgie bzw. Orthopädie und Traumatologie ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in der Anstalt dauernd anwesend ist; im Übrigen kann im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist;
5. in Standardkrankenanstalten im Nacht- und Wochenend- und Feiertagsdienst jederzeit eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen in der Krankenanstalt anwesenden Facharzt aus den Sonderfächern Anästhesiologie und Intensivmedizin oder Chirurgie oder Innere Medizin oder Unfallchirurgie gewährleistet ist sowie eine Rufbereitschaft von Fachärzten der jeweiligen sonst in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben ist; im Übrigen müssen auch in Standardkrankenanstalten Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer in der Anstalt dauernd anwesend sein;
6. in Sonderkrankenanstalten im Nacht- und Wochenend- und Feiertagsdienst jederzeit eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen in der Krankenanstalt anwesenden Arzt gewährleistet ist sowie eine nach dem Anstaltszweck und Leistungsspektrum in Betracht kommende fachärztliche Rufbereitschaft eingerichtet ist. Wenn es zur Sicherstellung der Behandlungsqualität auf Grund des Leistungsspektrums unbedingt erforderlich ist, muss auch im Nacht- und Wochenend- und Feiertagsdienst eine ausreichende fachärztliche Anwesenheit gewährleistet sein. Im Übrigen müssen auch in Sonderkrankenanstalten Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer in der Anstalt dauernd anwesend sein;
7. in Pflegeanstalten für chronisch Kranke im Nacht- und Wochenend- und Feiertagsdienst jederzeit eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen in der Krankenanstalt anwesenden Arzt sowie eine nach dem

Vorgeschlagene Fassung

und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist;

4. in Schwerpunktkrankenanstalten jedenfalls in Abteilungen und Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie, Psychiatrie, Neurologie und Unfallchirurgie bzw. Orthopädie und Traumatologie ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in der Anstalt dauernd anwesend ist; im Übrigen kann im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist;
5. in Standardkrankenanstalten im Nacht- und Wochenend- und Feiertagsdienst jederzeit eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen in der Krankenanstalt anwesenden Facharzt aus den Sonderfächern Anästhesiologie und Intensivmedizin oder Chirurgie oder Innere Medizin oder Unfallchirurgie gewährleistet ist sowie eine Rufbereitschaft von Fachärzten der jeweiligen sonst in Betracht kommenden Sonderfächer gegeben ist; im Übrigen müssen auch in Standardkrankenanstalten Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer in der Anstalt dauernd anwesend sein;
6. in Sonderkrankenanstalten im Nacht- und Wochenend- und Feiertagsdienst jederzeit eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen in der Krankenanstalt anwesenden Arzt gewährleistet ist sowie eine nach dem Anstaltszweck und Leistungsspektrum in Betracht kommende fachärztliche Rufbereitschaft eingerichtet ist. Wenn es zur Sicherstellung der Behandlungsqualität auf Grund des Leistungsspektrums unbedingt erforderlich ist, muss auch im Nacht- und Wochenend- und Feiertagsdienst eine ausreichende fachärztliche Anwesenheit gewährleistet sein. Im Übrigen müssen auch in Sonderkrankenanstalten Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer in der Anstalt dauernd anwesend sein;
7. in Pflegeanstalten für chronisch Kranke im Nacht- und Wochenend- und Feiertagsdienst jederzeit eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen in der Krankenanstalt anwesenden Arzt sowie eine nach dem

Geltende Fassung

Anstaltszweck und Leistungsspektrum in Betracht kommende fachärztliche Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Übrigen müssen auch in Pflegeanstalten für chronisch Kranke Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer in der Anstalt dauernd anwesend sein;

8. in Fachschwerpunkten kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen;
9. in dislozierten Wochenkliniken gelten die Bestimmungen zur Rufbereitschaft gemäß Z 4 und 5 sinngemäß und kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen;
10. in dislozierten Tageskliniken kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.

(1a) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien für physikalische Therapie, in denen keine Turnusärzte ausgebildet werden, kann an Stelle einer dauernden ärztlichen Anwesenheit der ärztliche Dienst so organisiert sein, dass ärztliche Hilfe jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige tägliche Anwesenheit die erforderlichen ärztlichen Anordnungen für das Personal nach dem Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) und für Heilmasseure nach dem Bundesgesetz über die Berufe und die Ausbildungen zum medizinischen Masseur und zum Heilmasseur (Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz – MMHmG) sowie, neben ärztlichen Anordnungen, auch die erforderliche Aufsicht

Vorgeschlagene Fassung

Anstaltszweck und Leistungsspektrum in Betracht kommende fachärztliche Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Übrigen müssen auch in Pflegeanstalten für chronisch Kranke Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer in der Anstalt dauernd anwesend sein;

8. in Fachschwerpunkten kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen;
9. in dislozierten Wochenkliniken gelten die Bestimmungen zur Rufbereitschaft gemäß Z 4 und 5 sinngemäß und kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen;
10. in dislozierten Tageskliniken kann außerhalb der Öffnungszeiten während der Betriebszeiten von einer dauernden ärztlichen Anwesenheit von Fachärzten der in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist; im Bedarfsfall ist durch die Partner- oder Mutterabteilung die erforderliche Weiterbetreuung nicht entlassener Patienten außerhalb der Betriebszeit sicherzustellen.

(1a) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien, deren Leistungsangebot, neben nichtinvasiven vorbereitenden oder begleitenden ärztlichen Leistungen lediglich die Erbringung therapeutischer Leistungen durch freiberuflich ausübende nicht-ärztliche Gesundheitsberufe umfasst, und in denen keine Turnusärzte ausgebildet werden, kann an Stelle einer dauernden ärztlichen Anwesenheit der ärztliche Dienst so organisiert sein, dass ärztliche Hilfe jederzeit erreichbar ist und durch regelmäßige Anwesenheit die erforderlichen ärztlichen Anordnungen für das Personal nach dem MTD-Gesetz und für Heilmasseure nach dem MMHmG erfolgen können sowie die erforderliche Aufsicht über medizinische Masseure nach dem MMHmG und Personal nach dem

Geltende Fassung

*über medizinische Masseur*innen nach dem MMHmG und Personal nach dem Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe und die Ausübung der Trainingstherapie (Medizinische Assistenzberufe-Gesetz – MABG) und Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G) gewährleistet ist.*

(1b) Während der Zeiten der Einrichtung einer Rufbereitschaft in bettenführenden Krankenanstalten dürfen in den betreffenden Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten Ärzte in Basisausbildung und Ärzte in Ausbildung für Allgemeinmedizin sowie Ärzte in Sonderfachausbildung vor Absolvierung der Facharztprüfung nicht zur Dienstleistung vor Ort herangezogen werden. Dies gilt nicht, sofern in der betreffenden Abteilung oder sonstigen Organisationseinheit gleichzeitig auch ein zur selbstständigen Berufsausübung berechtigter Arzt oder ein Arzt in Sonderfachausbildung mit absolvierter Facharztprüfung zur Dienstleistung vor Ort eingeteilt ist.

(2) Die Patientinnen und Patienten dürfen nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen bzw. zahnmedizinischen Wissenschaft ärztlich bzw. zahnärztlich behandelt werden.

(3) Die Träger der Krankenanstalten haben die Einholung der Einwilligung des Patienten in die medizinische Behandlung sicherzustellen und dafür zu sorgen, dass die Aufklärung im gebotenen Maß erfolgen kann.

(4) Den Mitgliedern der Ausbildungskommission der Ärztekammer für Wien ist zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben der Zutritt zu Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, zu gestatten und in alle Unterlagen Einsicht zu gewähren, die die Ausbildung der Turnusärzte betreffen. Weiters sind ihnen alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Eine Einsichtnahme in Krankengeschichten ist nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig, wenn dies im Zusammenhang mit der Überprüfung der Ausbildung unbedingt erforderlich ist. Eine weitere Verarbeitung personenbezogener Patientendaten darf nicht erfolgen.

§ 19.

Voranschlag

Die Rechtsträger von Krankenanstalten, die unter die Bestimmungen des §

Vorgeschlagene Fassung

MABG und MTF-SHD-G gewährleistet ist.

(1b) Während der Zeiten der Einrichtung einer Rufbereitschaft in bettenführenden Krankenanstalten dürfen in den betreffenden Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten Ärzte in Basisausbildung und Ärzte in Ausbildung für Allgemeinmedizin sowie Ärzte in Sonderfachausbildung vor Absolvierung der Facharztprüfung nicht zur Dienstleistung vor Ort herangezogen werden. Dies gilt nicht, sofern in der betreffenden Abteilung oder sonstigen Organisationseinheit gleichzeitig auch ein zur selbstständigen Berufsausübung berechtigter Arzt oder ein Arzt in Sonderfachausbildung mit absolvierter Facharztprüfung zur Dienstleistung vor Ort eingeteilt ist.

(2) Die Patientinnen und Patienten dürfen nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen bzw. zahnmedizinischen Wissenschaft ärztlich bzw. zahnärztlich behandelt werden.

(3) Die Träger der Krankenanstalten haben die Einholung der Einwilligung des Patienten in die medizinische Behandlung sicherzustellen und dafür zu sorgen, dass die Aufklärung im gebotenen Maß erfolgen kann.

(4) Den Mitgliedern der Ausbildungskommission der Ärztekammer für Wien ist zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben der Zutritt zu Krankenanstalten, die als Ausbildungsstätten oder Lehrambulatorien anerkannt sind, zu gestatten und in alle Unterlagen Einsicht zu gewähren, die die Ausbildung der Turnusärzte betreffen. Weiters sind ihnen alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Eine Einsichtnahme in Krankengeschichten ist nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig, wenn dies im Zusammenhang mit der Überprüfung der Ausbildung unbedingt erforderlich ist. Eine weitere Verarbeitung personenbezogener Patientendaten darf nicht erfolgen.

§ 19.

Voranschlag

Die Rechtsträger von Krankenanstalten, die unter die Bestimmungen des §

Geltende Fassung

18 Abs. 5 fallen, haben für jede Krankenanstalt einen Voranschlag nach folgenden Grundsätzen zu erstellen:

- a) Der Voranschlag hat sämtliche Aufwendungen bzw. Ausgaben zu enthalten, die für den laufenden Betrieb und die Erhaltung der Krankenanstalt erforderlich sind.
- b) Den Aufwendungen bzw. Ausgaben haben sämtliche Erträge bzw. Einnahmen gegenübergestellt zu werden, die sich aus dem laufenden Betrieb ergeben. Für Leistungen der Krankenanstalt, für die dem Rechtsträger weder gegenüber dem Patienten noch gegenüber einer anderen physischen oder juristischen Person ein Anspruch auf Gebühren (Pfleger- und Sondergebühren, Pflegegebührenersätze und sonstige Entgelte) zusteht, sind äquivalente Beträge (Äquivalenzbeträge) als Erträge bzw. Einnahmen zu veranschlagen.
 1. Die Äquivalenzbeträge sind hinsichtlich der stationär erbrachten Leistungen (Pflegetage) unter Bedachtnahme auf die Bestimmungen des § 46 Abs. 3, die Ausstattung und die Einrichtungen der betreffenden Krankenanstalt so zu bestimmen, daß sie innerhalb von 60 vH und 80 vH der jeweils geltenden nach § 46 Abs. 1 festgesetzten Pflegegebühren für die allgemeine Gebührenklasse liegen. Die Äquivalenzbeträge sind hinsichtlich der an ambulanten Patienten erbrachten Leistungen so zu bestimmen, daß sie innerhalb von 60 vH und 80 vH jener Erträge bzw. Einnahmen liegen, die sich bei Anwendung der von der Landesregierung festgesetzten Ambulatoriumsbeiträge (allgemeiner Tarif und Sondertarif) ergeben. Die Äquivalenzbeträge sind durch Verordnung der Landesregierung festzusetzen. Wenn die Äquivalenzbeträge für das Voranschlagsjahr noch nicht festgesetzt sind, sind die zuletzt festgesetzten Äquivalenzbeträge anzuwenden.
 2. Als Äquivalenzbeträge für Probanden der Gesundenuntersuchung sind die zwischen dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer hiefür vereinbarten Entgelte heranzuziehen.
- c) Die Voranschlagsansätze sind unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Rechnungsabschlusses des Vorjahres, der Voranschlagsansätze des laufenden Haushaltsjahres und der für das folgende Jahr zu erwartenden Tendenz sowie unter Bedachtnahme auf die Grundsätze der

Vorgeschlagene Fassung

18 Abs. 5 fallen, haben für jede Krankenanstalt einen Voranschlag nach folgenden Grundsätzen zu erstellen:

- a) Der Voranschlag hat sämtliche Aufwendungen bzw. Ausgaben zu enthalten, die für den laufenden Betrieb und die Erhaltung der Krankenanstalt erforderlich sind.
- b) Den Aufwendungen bzw. Ausgaben haben sämtliche Erträge bzw. Einnahmen gegenübergestellt zu werden, die sich aus dem laufenden Betrieb ergeben. Für Leistungen der Krankenanstalt, für die dem Rechtsträger weder gegenüber dem Patienten noch gegenüber einer anderen physischen oder juristischen Person ein Anspruch auf Gebühren (Pfleger- und Sondergebühren, Pflegegebührenersätze und sonstige Entgelte) zusteht, sind äquivalente Beträge (Äquivalenzbeträge) als Erträge bzw. Einnahmen zu veranschlagen.
 1. Die Äquivalenzbeträge sind hinsichtlich der stationär erbrachten Leistungen (Pflegetage) unter Bedachtnahme auf die Bestimmungen des § 46 Abs. 3, die Ausstattung und die Einrichtungen der betreffenden Krankenanstalt so zu bestimmen, daß sie innerhalb von 60 vH und 80 vH der jeweils geltenden nach § 46 Abs. 1 festgesetzten Pflegegebühren für die allgemeine Gebührenklasse liegen. Die Äquivalenzbeträge sind hinsichtlich der an ambulanten Patienten erbrachten Leistungen so zu bestimmen, daß sie innerhalb von 60 vH und 80 vH jener Erträge bzw. Einnahmen liegen, die sich bei Anwendung der von der Landesregierung festgesetzten Ambulatoriumsbeiträge (allgemeiner Tarif und Sondertarif) ergeben. Die Äquivalenzbeträge sind durch Verordnung der Landesregierung festzusetzen. Wenn die Äquivalenzbeträge für das Voranschlagsjahr noch nicht festgesetzt sind, sind die zuletzt festgesetzten Äquivalenzbeträge anzuwenden.
 2. Als Äquivalenzbeträge für Probanden der Gesundenuntersuchung sind die zwischen dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer hiefür vereinbarten Entgelte heranzuziehen.
- c) Die Voranschlagsansätze sind unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Rechnungsabschlusses des Vorjahres, der Voranschlagsansätze des laufenden Haushaltsjahres und der für das folgende Jahr zu erwartenden Tendenz sowie unter Bedachtnahme auf die Grundsätze der

Geltende Fassung

Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit zu erstellen.

- d) Aufwendungen bzw. Ausgaben für die Errichtung oder Erweiterung der Krankenanstalt dürfen, ebenso wie Ausgaben für Instandsetzung von Baulichkeiten, die nicht der Erhaltung oder zeitgemäßen Adaptierung der vorhandenen Substanz dienen, nicht aufgenommen werden. Auch Abschreibungen vom Wert der Liegenschaft sowie Kosten für Neuanschaffung von Einrichtungsgegenständen, Instrumenten, Apparaten und technischen Einrichtungen dürfen, sofern diese keine Ersatzanschaffungen darstellen, nicht aufgenommen werden. Als Ausgaben für Ersatzanschaffungen im Betriebsaufwand sind Ausgaben für Anschaffungen von beweglichen Gütern des Anlagevermögens zu verstehen, die der Erhaltung und der Einrichtung der Krankenanstalt dienen. Sie dienen dann der Erhaltung, wenn sie zwar eine Verbesserung infolge des technischen Fortschrittes oder eine Verbesserung der Versorgung mit sich bringen, aber nicht der Kapazitätsausweitung oder der Schaffung neu errichteter Abteilungen oder Institute dienen, sondern bereits vorhandene Einrichtungen ersetzen.
- e) Der vorzulegende Voranschlag ist nach den Voranschlagsposten der Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 1997 – VRV 1997, zu gliedern.

§ 33a.

Arzneimittelkommission

(1) Die Träger von bettenführenden Krankenanstalten haben hinsichtlich der Auswahl und des Einsatzes von Arzneimitteln Arzneimittelkommissionen einzurichten. Eine Arzneimittelkommission kann auch für mehrere Krankenanstalten eingerichtet werden. Träger mehrerer Krankenanstalten können auch eine trägerweite Arzneimittelkommission einrichten, die zur Gänze oder mit Teilbereichen von Aufgaben der Arzneimittelkommission betraut werden kann.

(2) Die Arzneimittelkommission hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Erstellen einer Liste der Arzneimittel, die in der Krankenanstalt Anwendung finden (Arzneimittelliste);
2. Adaptierung der Arzneimittelliste;

Vorgeschlagene Fassung

Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit zu erstellen.

- d) Aufwendungen bzw. Ausgaben für die Errichtung oder Erweiterung der Krankenanstalt dürfen, ebenso wie Ausgaben für Instandsetzung von Baulichkeiten, die nicht der Erhaltung oder zeitgemäßen Adaptierung der vorhandenen Substanz dienen, nicht aufgenommen werden. Auch Abschreibungen vom Wert der Liegenschaft sowie Kosten für Neuanschaffung von Einrichtungsgegenständen, Instrumenten, Apparaten und technischen Einrichtungen dürfen, sofern diese keine Ersatzanschaffungen darstellen, nicht aufgenommen werden. Als Ausgaben für Ersatzanschaffungen im Betriebsaufwand sind Ausgaben für Anschaffungen von beweglichen Gütern des Anlagevermögens zu verstehen, die der Erhaltung und der Einrichtung der Krankenanstalt dienen. Sie dienen dann der Erhaltung, wenn sie zwar eine Verbesserung infolge des technischen Fortschrittes oder eine Verbesserung der Versorgung mit sich bringen, aber nicht der Kapazitätsausweitung oder der Schaffung neu errichteter Abteilungen oder Institute dienen, sondern bereits vorhandene Einrichtungen ersetzen.
- e) Der vorzulegende Voranschlag ist nach den Voranschlagsposten der Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung **2015 – VRV 2015**, zu gliedern.

§ 33a.

Arzneimittelkommission

(1) Die Träger von bettenführenden Krankenanstalten haben hinsichtlich der Auswahl und des Einsatzes von Arzneimitteln Arzneimittelkommissionen einzurichten. Eine Arzneimittelkommission kann auch für mehrere Krankenanstalten eingerichtet werden. Träger mehrerer Krankenanstalten können auch eine trägerweite Arzneimittelkommission einrichten, die zur Gänze oder mit Teilbereichen von Aufgaben der Arzneimittelkommission betraut werden kann.

(2) Die Arzneimittelkommission hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Erstellen einer Liste der Arzneimittel, die in der Krankenanstalt Anwendung finden (Arzneimittelliste);
2. Adaptierung der Arzneimittelliste;

Geltende Fassung

3. Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung von und den Umgang mit Arzneimitteln; Träger mehrerer Krankenanstalten haben hiezu detaillierte grundsätzliche Richtlinien zu erlassen.

(3) Darüber hinaus kann der Träger der Krankenanstalt die Arzneimittelkommission mit weiteren Aufgaben betrauen, wie insbesondere:

1. Befassung mit allen beabsichtigten Nichtinterventionellen Studien von zugelassenen Arzneyspezialitäten;
2. regelmäßiges Arzneimittel-Controlling;
3. Erstellen einer Notfall-Arzneimittelliste.

(4) Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben hat die Arzneimittelkommission insbesondere nachstehende Grundsätze zu berücksichtigen:

1. für die Anwendung der Arzneimittel ist ausschließlich der Gesundheitszustand der Patienten maßgeblich;
2. die Auswahl und Anwendung der Arzneimittel darf nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft erfolgen;
3. die Erstellung der Arzneimittelliste hat unter Bedachtnahme auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot so zu erfolgen, dass die gebotene Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln sicher gestellt ist;
4. bei Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität bzw. einer Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, dienen, ist darüber hinaus zu gewährleisten, dass diese ihre Aufgaben auf dem Gebiet der universitären Forschung und Lehre uneingeschränkt erfüllen können.

(5) Bei der Erarbeitung von Richtlinien gemäß Abs. 2 Z 3 über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln ist neben den Grundsätzen gemäß Abs. 4 auch auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht zu nehmen, insbesondere, dass

1. von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das ökonomisch günstigste gewählt wird;
2. gegebenenfalls statt der Verordnung von Arzneimitteln überhaupt andere Maßnahmen ergriffen werden, z. B. therapeutisch gleichwertige

Vorgeschlagene Fassung

3. Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung von und den Umgang mit Arzneimitteln; Träger mehrerer Krankenanstalten haben hiezu detaillierte grundsätzliche Richtlinien zu erlassen.

(3) Darüber hinaus kann der Träger der Krankenanstalt die Arzneimittelkommission mit weiteren Aufgaben betrauen, wie insbesondere:

1. Befassung mit allen beabsichtigten Nichtinterventionellen Studien von zugelassenen Arzneyspezialitäten;
2. regelmäßiges Arzneimittel-Controlling;
3. Erstellen einer Notfall-Arzneimittelliste.

(4) Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben hat die Arzneimittelkommission unter Anwendung der Empfehlungen des Bewertungsboardes gemäß § 62d des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) insbesondere nachstehende Grundsätze zu berücksichtigen:

1. für die Anwendung der Arzneimittel ist ausschließlich der Gesundheitszustand der Patienten maßgeblich;
2. die Auswahl und Anwendung der Arzneimittel darf nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft erfolgen;
3. die Erstellung der Arzneimittelliste hat unter Bedachtnahme auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot so zu erfolgen, dass die gebotene Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln sicher gestellt ist;
4. bei Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität bzw. einer Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, dienen, ist darüber hinaus zu gewährleisten, dass diese ihre Aufgaben auf dem Gebiet der universitären Forschung und Lehre uneingeschränkt erfüllen können.

(5) Bei der Erarbeitung von Richtlinien gemäß Abs. 2 Z 3 über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln ist neben den Grundsätzen gemäß Abs. 4 auch auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht zu nehmen, insbesondere, dass

1. von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das ökonomisch günstigste gewählt wird;
2. gegebenenfalls statt der Verordnung von Arzneimitteln überhaupt andere Maßnahmen ergriffen werden, z. B. therapeutisch gleichwertige

Geltende Fassung

Maßnahmen, die zweckmäßiger und wirtschaftlicher sind;

3. bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das im Falle einer entgeltlichen Beschaffung ökonomisch günstigste gewählt und, wenn medizinisch vertretbar, das vom Dachverband der Sozialversicherungsträger herausgegebene Heilmittelverzeichnis sowie die darin enthaltenen Richtlinien für die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden. Diese Vorgangsweise ist mit der Vertreterin oder dem Vertreter der Sozialversicherung nach § 33a Abs. 7 Z 4 abzustimmen. Soweit das Heilmittelverzeichnis durch den Erstattungskodex ersetzt wurde, ist dieser anzuwenden.

(6) Die Träger von Krankenanstalten sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass die in der Arzneimittelliste enthaltenen Arzneimittel in der Krankenanstalt Anwendung finden und dass bei einer Abweichung von der Arzneimittelliste im Einzelfall die medizinische Notwendigkeit dieser Abweichung der Arzneimittelkommission nachträglich zur Kenntnis zu bringen und zu begründen ist.

(7) Die nicht trägerweite Arzneimittelkommission hat mindestens zu bestehen aus:

1. der Leiterin oder dem Leiter des ärztlichen Dienstes (einer der Leiterinnen oder einem der Leiter des ärztlichen Dienstes);
2. der Leiterin oder dem Leiter der Anstaltsapotheke (einer der Leiterinnen oder einem der Leiter der Anstaltsapotheke) oder einer Konsiliarapothekerin oder einem Konsiliarapotheker mit klinischer Erfahrung;
3. einer weiteren ärztlichen Vertreterin oder einem weiteren ärztlichen Vertreter, die oder der von der ärztlichen Leiterin oder vom ärztlichen Leiter (den ärztlichen Leiterinnen oder Leitern) zu nominieren ist;
4. einer Vertreterin oder einem Vertreter der Sozialversicherung.

(7a) Die trägerweite Arzneimittelkommission hat mindestens zu bestehen aus:

1. einer oder einem oder mehreren medizinischen Verantwortlichen des Trägers;
2. einer oder einem oder mehreren pharmazeutischen Verantwortlichen des

Vorgeschlagene Fassung

Maßnahmen, die zweckmäßiger und wirtschaftlicher sind;

3. bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das im Falle einer entgeltlichen Beschaffung ökonomisch günstigste gewählt und, wenn medizinisch vertretbar, der vom Dachverband der Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex sowie die Richtlinien für die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden. Diese Vorgangsweise ist mit der Vertreterin oder dem Vertreter der Sozialversicherung nach § 33a Abs. 7 Z 4 abzustimmen.

(6) Die Träger von Krankenanstalten sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass **ausschließlich** die in der Arzneimittelliste enthaltenen Arzneimittel in der Krankenanstalt Anwendung finden und dass bei einer Abweichung von der Arzneimittelliste im Einzelfall die medizinische Notwendigkeit dieser Abweichung der Arzneimittelkommission nachträglich zur Kenntnis zu bringen und zu begründen ist.

(7) Die nicht trägerweite Arzneimittelkommission hat mindestens zu bestehen aus:

1. der Leiterin oder dem Leiter des ärztlichen Dienstes (einer der Leiterinnen oder einem der Leiter des ärztlichen Dienstes);
2. der Leiterin oder dem Leiter der Anstaltsapotheke (einer der Leiterinnen oder einem der Leiter der Anstaltsapotheke) oder einer Konsiliarapothekerin oder einem Konsiliarapotheker mit klinischer Erfahrung;
3. einer weiteren ärztlichen Vertreterin oder einem weiteren ärztlichen Vertreter, die oder der von der ärztlichen Leiterin oder vom ärztlichen Leiter (den ärztlichen Leiterinnen oder Leitern) zu nominieren ist;
4. einer Vertreterin oder einem Vertreter der Sozialversicherung.

(7a) Die trägerweite Arzneimittelkommission hat mindestens zu bestehen aus:

1. einer oder einem oder mehreren medizinischen Verantwortlichen des Trägers;
2. einer oder einem oder mehreren pharmazeutischen Verantwortlichen des

Geltende Fassung

Trägers, soweit solche nicht bestellt sind, einer Leiterin oder einem Leiter oder mehreren Leiterinnen oder Leitern einer Anstaltsapotheke;

3. weiteren ärztlichen Vertreterinnen oder Vertretern, die von der oder dem medizinischen Verantwortlichen des Trägers zu nominieren sind;
4. einer Vertreterin oder einem Vertreter der Sozialversicherung;
5. einer oder einem Qualitätsbeauftragten des Trägers.

(8) Für jedes Mitglied ist ein Ersatzmitglied zu bestellen. Als beratende Mitglieder ohne Stimmrecht können im Anlassfall weitere Personen beigezogen werden. Für die nicht trägerweite Arzneimittelkommission kann der Träger der Krankenanstalt (können die Träger der Krankenanstalten) eine Vertreterin oder einen Vertreter entsenden.

(9) Der Träger der Krankenanstalt kann (die Träger der Krankenanstalten können) die Funktion einer oder eines oder mehrerer Vorsitzenden und einer Geschäftsführerin oder eines Geschäftsführers festlegen. Werden keine derartigen Festlegungen getroffen, wählen die Mitglieder der Arzneimittelkommission aus ihrem Kreis mit einfacher Stimmenmehrheit die Vorsitzende oder den Vorsitzenden und deren oder dessen Stellvertreterin bzw. Stellvertreter in gesonderten Wahlgängen. Bei Verhinderung der oder des Vorsitzenden übernimmt deren oder dessen Stellvertreterin bzw. Stellvertreter den Vorsitz. Bei Abwesenheit der oder des Vorsitzenden und deren oder dessen Stellvertreterin bzw. Stellvertreters übernimmt das an Lebensjahren älteste anwesende Mitglied den Vorsitz.

(10) Die oder der Vorsitzende hat die Arzneimittelkommission nach Bedarf, mindestens jedoch zweimal jährlich, in Krankenanstalten mit mehr als 400 systemisierten Betten sowie bei trägerweiter Zuständigkeit mindestens viermal jährlich einzuberufen. Die Mitglieder sind verpflichtet, über Einladung der oder des Vorsitzenden an den Sitzungen teilzunehmen. Ist ein Mitglied verhindert, hat es die Vorsitzende oder den Vorsitzenden ehestmöglich davon zu benachrichtigen.

(11) Die Arzneimittelkommission ist beschlussfähig, wenn die oder der Vorsitzende sowie mindestens die Hälfte der Mitglieder, darunter jedenfalls eine ärztliche Vertreterin oder ein ärztlicher Vertreter und eine Apothekerin oder ein Apotheker, anwesend sind. Zu einem gültigen Beschluss ist die einfache Stimmenmehrheit der anwesenden Mitglieder erforderlich. Stimmenthaltungen sind unzulässig. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme der oder des

Vorgeschlagene Fassung

Trägers, soweit solche nicht bestellt sind, einer Leiterin oder einem Leiter oder mehreren Leiterinnen oder Leitern einer Anstaltsapotheke;

3. weiteren ärztlichen Vertreterinnen oder Vertretern, die von der oder dem medizinischen Verantwortlichen des Trägers zu nominieren sind;
4. einer Vertreterin oder einem Vertreter der Sozialversicherung;
5. einer oder einem Qualitätsbeauftragten des Trägers.

(8) Für jedes Mitglied ist ein Ersatzmitglied zu bestellen. Als beratende Mitglieder ohne Stimmrecht können im Anlassfall weitere Personen beigezogen werden. Für die nicht trägerweite Arzneimittelkommission kann der Träger der Krankenanstalt (können die Träger der Krankenanstalten) eine Vertreterin oder einen Vertreter entsenden.

(9) Der Träger der Krankenanstalt kann (die Träger der Krankenanstalten können) die Funktion einer oder eines oder mehrerer Vorsitzenden und einer Geschäftsführerin oder eines Geschäftsführers festlegen. Werden keine derartigen Festlegungen getroffen, wählen die Mitglieder der Arzneimittelkommission aus ihrem Kreis mit einfacher Stimmenmehrheit die Vorsitzende oder den Vorsitzenden und deren oder dessen Stellvertreterin bzw. Stellvertreter in gesonderten Wahlgängen. Bei Verhinderung der oder des Vorsitzenden übernimmt deren oder dessen Stellvertreterin bzw. Stellvertreter den Vorsitz. Bei Abwesenheit der oder des Vorsitzenden und deren oder dessen Stellvertreterin bzw. Stellvertreters übernimmt das an Lebensjahren älteste anwesende Mitglied den Vorsitz.

(10) Die oder der Vorsitzende hat die Arzneimittelkommission nach Bedarf, mindestens jedoch zweimal jährlich, in Krankenanstalten mit mehr als 400 systemisierten Betten sowie bei trägerweiter Zuständigkeit mindestens viermal jährlich einzuberufen. Die Mitglieder sind verpflichtet, über Einladung der oder des Vorsitzenden an den Sitzungen teilzunehmen. Ist ein Mitglied verhindert, hat es die Vorsitzende oder den Vorsitzenden ehestmöglich davon zu benachrichtigen.

(11) Die Arzneimittelkommission ist beschlussfähig, wenn die oder der Vorsitzende sowie mindestens die Hälfte der Mitglieder, darunter jedenfalls eine ärztliche Vertreterin oder ein ärztlicher Vertreter und eine Apothekerin oder ein Apotheker, anwesend sind. Zu einem gültigen Beschluss ist die einfache Stimmenmehrheit der anwesenden Mitglieder erforderlich. Stimmenthaltungen sind unzulässig. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme der oder des

Geltende Fassung

Vorsitzenden den Ausschlag.

(12) Über jede Sitzung der Arzneimittelkommission ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind dem Rechtsträger der Krankenanstalt (den Rechtsträgern der Krankenanstalten) zur Kenntnis zu bringen.

(13) Die Arzneimittelkommission hat sich unter Beachtung der Bestimmungen der Abs. 8 bis 12 eine Geschäftsordnung zu geben. In dieser sind insbesondere folgende Angelegenheiten näher zu regeln:

1. kanzeimäßiger interner Geschäftsgang (insbesondere Protokollierung eingehender Geschäftsstücke, Führung der Bürogeschäfte, Aufbewahrung von Unterlagen);
2. Einberufung der Sitzungen;
3. Erstellung der Tagesordnung;
4. Gang der Verhandlungen und Verhandlungsleitung;
5. Rechte und Pflichten der Mitglieder.

Die Geschäftsordnung ist dem Träger der Krankenanstalt (den Trägern der Krankenanstalten) anzuzeigen.

(13a) Die Mitglieder der Arzneimittelkommission sowie deren Vertretungen haben allfällige Beziehungen zu pharmazeutischen Unternehmen oder Marketingunternehmen, die Arzneimittel bewerben oder vermarkten, gegenüber dem Träger der Krankenanstalt vollständig offenzulegen. Sie haben sich ihrer Tätigkeit in der Arzneimittelkommission in allen Angelegenheiten zu enthalten, in denen eine Beziehung zu pharmazeutischen Unternehmen oder Marketingunternehmen, die Arzneimittel bewerben oder vermarkten, geeignet ist, ihre volle Unbefangenheit in Zweifel zu ziehen.

(14) (Verfassungsbestimmung) Die Mitglieder der Arzneimittelkommissionen sind in Ausübung ihrer Tätigkeit weisungsfrei.

(15) Die Landesregierung ist berechtigt, sich über sämtliche Gegenstände der Geschäftsführung der Arzneimittelkommission zu unterrichten. Diese ist verpflichtet, die von der Landesregierung im Einzelfall verlangten Auskünfte zu erteilen. Personenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten sind nicht Gegenstand der Auskunftspflichtung.

(17) Die Abs. 15 und 16 gelten nur für Arzneimittelkommissionen von Krankenanstalten, deren Rechtsträger die Stadt Wien ist.

Vorgeschlagene Fassung

Vorsitzenden den Ausschlag.

(12) Über jede Sitzung der Arzneimittelkommission ist ein Protokoll aufzunehmen. Die Protokolle sind dem Rechtsträger der Krankenanstalt (den Rechtsträgern der Krankenanstalten) zur Kenntnis zu bringen.

(13) Die Arzneimittelkommission hat sich unter Beachtung der Bestimmungen der Abs. 8 bis 12 eine Geschäftsordnung zu geben. In dieser sind insbesondere folgende Angelegenheiten näher zu regeln:

1. kanzeimäßiger interner Geschäftsgang (insbesondere Protokollierung eingehender Geschäftsstücke, Führung der Bürogeschäfte, Aufbewahrung von Unterlagen);
2. Einberufung der Sitzungen;
3. Erstellung der Tagesordnung;
4. Gang der Verhandlungen und Verhandlungsleitung;
5. Rechte und Pflichten der Mitglieder.

Die Geschäftsordnung ist dem Träger der Krankenanstalt (den Trägern der Krankenanstalten) anzuzeigen.

(13a) Die Mitglieder der Arzneimittelkommission sowie deren Vertretungen haben allfällige Beziehungen zu pharmazeutischen Unternehmen oder Marketingunternehmen, die Arzneimittel bewerben oder vermarkten, gegenüber dem Träger der Krankenanstalt vollständig offenzulegen. Sie haben sich ihrer Tätigkeit in der Arzneimittelkommission in allen Angelegenheiten zu enthalten, in denen eine Beziehung zu pharmazeutischen Unternehmen oder Marketingunternehmen, die Arzneimittel bewerben oder vermarkten, geeignet ist, ihre volle Unbefangenheit in Zweifel zu ziehen.

(14) (Verfassungsbestimmung) Die Mitglieder der Arzneimittelkommissionen sind in Ausübung ihrer Tätigkeit weisungsfrei.

(15) Die Landesregierung ist berechtigt, sich über sämtliche Gegenstände der Geschäftsführung der Arzneimittelkommission zu unterrichten. Diese ist verpflichtet, die von der Landesregierung im Einzelfall verlangten Auskünfte zu erteilen. Personenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten sind nicht Gegenstand der Auskunftspflichtung.

(17) Die Abs. 15 und 16 gelten nur für Arzneimittelkommissionen von Krankenanstalten, deren Rechtsträger die Stadt Wien ist.

Geltende Fassung

§ 34

Arzneimittelvorrat

(1) In öffentlichen Krankenanstalten, in denen Anstaltsapotheken nicht bestehen, **muß** ein ausreichender Vorrat an Arzneimitteln, die nach der Eigenart der Krankenanstalt gewöhnlich erforderlich sind, angelegt sein. Für die Bezeichnung und Verwahrung sind die für die ärztlichen Hausapotheken geltenden Vorschriften sinngemäß anzuwenden. Eine Anfertigung oder sonstige Zubereitung von Arzneien ist nicht zulässig. Arzneien dürfen an die Patienten nur unter der Verantwortung eines Arztes verabreicht werden.

(2) Der Arzneimittelvorrat ist hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit der einzelnen Arzneimittel vom Amtsarzt des Magistrats, allenfalls, soweit nicht die Stadt Wien als Anstaltsträger über eigene Fachkräfte verfügt, unter Beiziehung eines Bediensteten des Bundesinstituts für Arzneimittel in Wien, mindestens einmal in zwei Jahren zu überprüfen.

(3) Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten haben, wenn sie keine Anstaltsapotheke betreiben, die Arzneimittel aus einer Apotheke im Europäischen Wirtschaftsraum zu beziehen.

(4) Öffentliche Krankenanstalten, die keine Anstaltsapotheke betreiben, haben Konsiliarapotheker zu bestellen, wenn durch die beliefernde Apotheke die Erfüllung der im Abs. 5 genannten Aufgaben nicht gewährleistet ist. Zum Konsiliarapotheker darf nur ein Magister der Pharmazie bestellt werden, der die Berechtigung zur Ausübung der fachlichen Tätigkeit im Apothekenbetrieb nach erfolgter praktischer Ausbildung erlangt hat und zumindest im überwiegenden Ausmaß in einer inländischen Apotheke tätig und in der Lage ist, die im Abs. 5 genannten Aufgaben zu erfüllen. Die Bestellung bedarf der Genehmigung der Landesregierung.

(5) Der Konsiliarapotheker hat den Arzneimittelvorrat der Krankenanstalt hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit der Arzneimittel mindestens einmal vierteljährlich zu überprüfen und allfällige Mängel dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt zu melden; diesen hat er ferner in allen Arzneimittelangelegenheiten fachlich zu beraten und zu unterstützen.

Vorgeschlagene Fassung

§ 34

Arzneimittelvorrat

(1) In öffentlichen Krankenanstalten, in denen Anstaltsapotheken nicht bestehen, **muss** ein ausreichender Vorrat an Arzneimitteln, die nach der Eigenart der Krankenanstalt gewöhnlich erforderlich sind **und der von der Arzneimittelkommission gemäß § 33a erstellten Arzneimittelliste entsprechen**, angelegt sein. Für die Bezeichnung und Verwahrung sind die für die ärztlichen Hausapotheken geltenden Vorschriften sinngemäß anzuwenden. Eine Anfertigung oder sonstige Zubereitung von Arzneien ist nicht zulässig. Arzneien dürfen an die Patienten nur unter der Verantwortung eines Arztes verabreicht werden.

(2) Der Arzneimittelvorrat ist hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit der einzelnen Arzneimittel vom Amtsarzt des Magistrats, allenfalls, soweit nicht die Stadt Wien als Anstaltsträger über eigene Fachkräfte verfügt, unter Beiziehung eines Bediensteten des Bundesinstituts für Arzneimittel in Wien, mindestens einmal in zwei Jahren zu überprüfen.

(3) Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten haben, wenn sie keine Anstaltsapotheke betreiben, die Arzneimittel aus einer Apotheke im Europäischen Wirtschaftsraum zu beziehen.

(4) Öffentliche Krankenanstalten, die keine Anstaltsapotheke betreiben, haben Konsiliarapotheker zu bestellen, wenn durch die beliefernde Apotheke die Erfüllung der im Abs. 5 genannten Aufgaben nicht gewährleistet ist. Zum Konsiliarapotheker darf nur ein Magister der Pharmazie bestellt werden, der die Berechtigung zur Ausübung der fachlichen Tätigkeit im Apothekenbetrieb nach erfolgter praktischer Ausbildung erlangt hat und zumindest im überwiegenden Ausmaß in einer inländischen Apotheke tätig und in der Lage ist, die im Abs. 5 genannten Aufgaben zu erfüllen. Die Bestellung bedarf der Genehmigung der Landesregierung.

(5) Der Konsiliarapotheker hat den Arzneimittelvorrat der Krankenanstalt hinsichtlich der vorschriftsmäßigen Aufbewahrung und Beschaffenheit der Arzneimittel mindestens einmal vierteljährlich zu überprüfen und allfällige Mängel dem ärztlichen Leiter der Krankenanstalt zu melden; diesen hat er ferner in allen Arzneimittelangelegenheiten fachlich zu beraten und zu unterstützen.

Geltende Fassung

§ 42

Anstaltsambulatorien

(1) In öffentlichen Krankenanstalten der im § 1 Abs. 3 Z 1 und 2 angeführten Arten sind Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen, ambulant zu untersuchen oder zu behandeln, wenn es

- a) zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe,
- b) zur Behandlung nach Erster ärztlicher Hilfe oder in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege, die im Interesse der oder des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muss,
- c) zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort der Patientin oder des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen,
- d) über ärztliche oder zahnärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege,
- e) im Zusammenhang mit Organ-, Gewebe- und Blutspenden,
- f) zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten **oder**
- g) für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin

notwendig ist.

(2) Ferner steht den im Abs. 1 genannten Krankenanstalten das Recht zu, Vorsorgeuntersuchungen ambulant durchzuführen. Die Aufnahme dieser Tätigkeit ist der Landesregierung anzuzeigen.

(3) Für die Untersuchung und Behandlung, insbesondere nach Abs. 1 lit. c und d sowie Abs. 2, gelten die §§ 36, 51 und 51 a sinngemäß.

(4) Über die nach Abs. 1 untersuchten oder behandelten Personen sind Aufzeichnungen zu führen, in denen insbesondere die Vorgeschichte der

Vorgeschlagene Fassung

§ 42

Anstaltsambulatorien

(1) In öffentlichen Krankenanstalten der im § 1 Abs. 3 Z 1 und 2 angeführten Arten sind Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen, ambulant zu untersuchen oder zu behandeln, wenn es

- a) zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe,
- b) zur Behandlung nach Erster ärztlicher Hilfe oder in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege, die im Interesse der oder des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muss,
- c) zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort der Patientin oder des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen,
- d) über ärztliche oder zahnärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege,
- e) im Zusammenhang mit Organ-, Gewebe- und Blutspenden,
- f) zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten,
- g) für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin **oder**

h) für die Erfüllung allenfalls darüber hinausgehender in den Verordnungen gemäß § 23 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz - G-ZG) oder § 5a Abs. 1 festgelegter Aufgaben/Leistungen

notwendig ist.

(2) Ferner steht den im Abs. 1 genannten Krankenanstalten das Recht zu, Vorsorgeuntersuchungen ambulant durchzuführen. Die Aufnahme dieser Tätigkeit ist der Landesregierung anzuzeigen.

(3) Für die Untersuchung und Behandlung, insbesondere nach Abs. 1 lit. c und d sowie Abs. 2, gelten die §§ 36, 51 und 51 a sinngemäß.

(4) Über die nach Abs. 1 untersuchten oder behandelten Personen sind Aufzeichnungen zu führen, in denen insbesondere die Vorgeschichte der

Geltende Fassung

Erkrankung (Anamnese), die Diagnose und Therapie sowie der Kostenträger und die Höhe des Ambulatoriumsbeitrages einzutragen sind.

- (5) Auf die Behandlungszeiten ist im Anstaltsambulatorium durch Anschlag an geeigneter Stelle hinzuweisen.
- 6) Die Träger der öffentlichen Krankenanstalten 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 Gesetzes eingehalten werden. Solche Verträge bedürfen der Genehmigung der Landesregierung.

§ 71.

Verweisungen

Soweit in diesem Gesetz auf bundesrechtliche Vorschriften verwiesen wird, sind diese in folgender Fassung anzuwenden:

1. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955, in der Fassung BGBl. I Nr. 23/2019;
2. Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – AVG, BGBl. Nr. 51/1991 in der Fassung BGBl. I Nr. 58/2018;
3. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG, BGBl. Nr. 450/1994, in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2018;
4. Arbeitskräfteüberlassungsgesetz – AÜG, BGBl. Nr. 196/1988, in der Fassung BGBl. I Nr. 21/2019;
5. Asylgesetz 2005 – AsylG 2005, BGBl. I Nr. 100, in der Fassung BGBl. I Nr. 56/2018;
6. Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169, in der Fassung BGBl. I Nr. 65/2022;
7. Bundes-Bedienstetenschutzgesetz – B-BSG, BGBl. I Nr. 70/1999, in der Fassung BGBl. I Nr. 60/2018;
8. Bundesbehindertengesetz – BBG, BGBl. Nr. 283/1990, in der Fassung BGBl. I Nr. 59/2018;
9. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2018;

Vorgeschlagene Fassung

Erkrankung (Anamnese), die Diagnose und Therapie sowie der Kostenträger und die Höhe des Ambulatoriumsbeitrages einzutragen sind.

- (5) Auf die Behandlungszeiten ist im Anstaltsambulatorium durch Anschlag an geeigneter Stelle hinzuweisen.
- 6) Die Träger der öffentlichen Krankenanstalten 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 Gesetzes eingehalten werden. Solche Verträge bedürfen der Genehmigung der Landesregierung.

§ 71.

Verweisungen

Soweit in diesem Gesetz auf bundesrechtliche Vorschriften verwiesen wird, sind diese in folgender Fassung anzuwenden:

1. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955, in der Fassung BGBl. I Nr. 110/2024;
2. Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 – AVG, BGBl. Nr. 51/1991, in der Fassung BGBl. I Nr. 88/2023;
3. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG, BGBl. Nr. 450/1994, in der Fassung BGBl. I Nr. 56/2024;
4. Arbeitskräfteüberlassungsgesetz – AÜG, BGBl. Nr. 196/1988, in der Fassung BGBl. I Nr. 11/2024;
5. Asylgesetz 2005 – AsylG 2005, BGBl. I Nr. 100, in der Fassung BGBl. I Nr. 67/2024;
6. Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169, in der Fassung BGBl. I Nr. 21/2024;
7. Bundes-Bedienstetenschutzgesetz – B-BSG, BGBl. I Nr. 70/1999, in der Fassung BGBl. I Nr. 205/2022;
8. Bundesbehindertengesetz – BBG, BGBl. Nr. 283/1990, in der Fassung BGBl. I Nr. 98/2024;
9. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023;

Geltende Fassung

10. Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G), BGBl. Nr. 102/1961, in der Fassung BGBl. I Nr. 89/2012;
11. Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe und die Ausübung der Trainingstherapie (Medizinisches Assistenzberufe - Gesetz – MABG), BGBl. I Nr. 89/2012, in der Fassung BGBl. I Nr. 59/2018;
12. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl. I Nr. 13/2019;
13. Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2018;
14. Bundes-Seniorengesetz, BGBl. I Nr. 84/1998, in der Fassung BGBl. I Nr. 94/2012;
15. Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), BGBl. Nr. 1/1930, in der Fassung BGBl. I Nr. 14/2019;
16. Datenschutzgesetz – DSG, BGBl. I Nr. 165/1999, in der Fassung BGBl. I Nr. 14/2019;
17. Einkommensteuergesetz 1988 – EStG 1988, BGBl. Nr. 400, in der Fassung BGBl. I Nr. 98/2018;
18. Familienlastenausgleichsgesetz 1967, BGBl. Nr. 376, in der Fassung BGBl. I Nr. 24/2019;
19. Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG, BGBl. I Nr. 179/2004, in der Fassung BGBl. I Nr. 81/2013;
20. Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz – GESG, BGBl. I Nr. 63/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 37/2018;
21. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997, in der Fassung BGBl. I Nr. 59/2018;
22. Gewebesicherheitsgesetz – GSG, BGBl. I Nr. 49/2008, in der Fassung BGBl. I Nr. 37/2018;
23. Grundversorgungsgesetz - Bund 2005 – GVG-B 2005, BGBl. Nr. 405/1991, in der Fassung BGBl. I Nr. 56/2018;
24. Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz – MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 59/2018;

Vorgeschlagene Fassung

10. Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G), BGBl. Nr. 102/1961, in der Fassung BGBl. I Nr. 89/2012;
11. Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe, die Operationstechnische Assistenz und die Ausübung der Trainingstherapie (Medizinische Assistenzberufe-Gesetz – MABG), BGBl. I Nr. 89/2012, in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2024;
12. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung BGBl. I Nr. 24/2024;
13. Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung BGBl. I Nr. 3/2024;
14. Bundes-Seniorengesetz, BGBl. I Nr. 84/1998, in der Fassung BGBl. I Nr. 94/2012;
15. Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), BGBl. Nr. 1/1930, in der Fassung BGBl. I Nr. 89/2024;
16. Datenschutzgesetz – DSG, BGBl. I Nr. 165/1999, in der Fassung BGBl. I Nr. 70/2024;
17. Einkommensteuergesetz 1988 – EStG 1988, BGBl. Nr. 400, in der Fassung BGBl. I Nr. 113/2024;
18. Familienlastenausgleichsgesetz 1967, BGBl. Nr. 376, in der Fassung BGBl. I Nr. 97/2024;
19. Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG, BGBl. I Nr. 179/2004, in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023;
20. Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz – GESG, BGBl. I Nr. 63/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 53/2024;
21. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997, in der Fassung BGBl. I Nr. 109/2024;
22. Gewebesicherheitsgesetz – GSG, BGBl. I Nr. 49/2008, in der Fassung BGBl. I Nr. 37/2018;
23. Grundversorgungsgesetz - Bund 2005 – GVG-B 2005, BGBl. Nr. 405/1991, in der Fassung BGBl. I Nr. 53/2019;
24. Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz – MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 105/2019;

Geltende Fassung

25. MTD-Gesetz, BGBl. Nr. 460/1992, in der Fassung BGBl. I Nr. 59/2018;
26. Organtransplantationsgesetz – OTPG, BGBl. I Nr. 108/2012; in der Fassung BGBl. I Nr. 37/2018;
27. Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG, BGBl. I Nr. 55/2006; in der Fassung BGBl. I Nr. 12/2019;
28. Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz – SV-EG, BGBl. Nr. 154/1994, in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2018;
29. Strafgesetzbuch – StGB, BGBl. Nr. 60/1974, in der Fassung BGBl. I Nr. 70/2018;
30. Strafprozessordnung 1975 (StPO), BGBl. Nr. 631, in der Fassung BGBl. I Nr. 70/2018;
31. Strafvollzugsgesetz – StVG, BGBl. Nr. 144/1969, in der Fassung BGBl. I Nr. 32/2018;
32. Strahlenschutzgesetz – StrSchG, BGBl. Nr. 227/1969, in der Fassung BGBl. I Nr. 133/2015;
33. Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO 1960, BGBl. Nr. 159, in der Fassung BGBl. I Nr. 18/2019;
34. Universitätsgesetz 2002 – UG, BGBl. I Nr. 120/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 3/2019;
35. Unterbringungsgesetz – UbG, BGBl. Nr. 155/1990, in der Fassung BGBl. I Nr. 131/2017;
36. Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 1997 – VRV 1997, BGBl. Nr. 787/1996, in der Fassung BGBl. II Nr. 313/2015;
37. Wehrgesetz 2001 – WG 2001, BGBl. I Nr. 146/2001, in der Fassung BGBl. I Nr. 61/2018;
38. Zahnärztegesetz – ZÄG, BGBl. I Nr. 126/2005, in der Fassung BGBl. I Nr. 59/2018;
39. Zivilprozessordnung – ZPO, RGBl. 113/1895, in der Fassung BGBl. I Nr. 109/2018.

Vorgeschlagene Fassung

25. MTD-Gesetz, BGBl. Nr. 460/1992, in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2024;
26. Organtransplantationsgesetz – OTPG, BGBl. I Nr. 108/2012, in der Fassung BGBl. I Nr. 37/2018;
27. Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG, BGBl. I Nr. 55/2006, in der Fassung BGBl. I Nr. 105/2024;
28. Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz – SV-EG, BGBl. Nr. 154/1994, in der Fassung BGBl. I Nr. 106/2024;
29. Strafgesetzbuch – StGB, BGBl. Nr. 60/1974, in der Fassung BGBl. I Nr. 135/2023;
30. Strafprozessordnung 1975 (StPO), BGBl. Nr. 631, in der Fassung BGBl. I Nr. 96/2024;
31. Strafvollzugsgesetz – StVG, BGBl. Nr. 144/1969, in der Fassung BGBl. I Nr. 223/2022;
32. Strahlenschutzgesetz 2020 – StrSchG 2020, BGBl. Nr. 50/2020;
33. Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO 1960, BGBl. Nr. 159, in der Fassung BGBl. I Nr. 52/2024;
34. Universitätsgesetz 2002 – UG, BGBl. I Nr. 120/2002, in der Fassung BGBl. I Nr. 50/2024;
35. Unterbringungsgesetz – UbG, BGBl. Nr. 155/1990, in der Fassung BGBl. I Nr. 77/2023;
36. Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 2015 – VRV 2015, BGBl. II Nr. 313/2015, in der Fassung BGBl. II Nr. 316/2023;
37. Wehrgesetz 2001 – WG 2001, BGBl. I Nr. 146/2001, in der Fassung BGBl. I Nr. 77/2024;
38. Zahnärztegesetz – ZÄG, BGBl. I Nr. 126/2005, in der Fassung BGBl. I Nr. 191/2023;
39. Zivilprozessordnung – ZPO, RGBl. 113/1895, in der Fassung BGBl. I Nr. 85/2024.

§ 80.

Inkrafttreten der Novelle LGBL für Wien Nr. XX/2024

(1) § 3a Abs. 2 Einleitungssatz, Abs. 2 Z 1 und 2, § 4 Abs.1, Abs. 2 lit. a bis e, Abs. 2a, 2b, 2c, 4, 6 und 7, § 5 Abs. 1, Abs.2 Z 1 bis 5, Abs. 3 Z 4 bis 6, Abs. 3a,

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

4, 4a, 4b, 5, 6, 7 und 8, § 5a Abs. 2 Z 7 und 8, § 33a Abs. 4 Einleitungssatz, Abs. 5 Z 3, Abs. 6, § 34 Abs. 1, § 42 Abs.1 lit. f bis h treten rückwirkend mit 1. Jänner 2024 in Kraft; gleichzeitig treten § 5 Abs. 9 und 10, § 6a Abs. 3, § 7 Abs. 4 und § 8 Abs. 2 außer Kraft.

(2) § 5a Abs. 1, § 13 Abs. 1a, § 19 lit. e und § 71 samt Überschrift treten mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.