

Bericht
des Ausschusses für Gesundheit und Soziales
betreffend das
Landesgesetz, mit dem das Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013 geändert wird
(Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz-Novelle 2025)

[L-2013-326540/8-XXIX,
miterledigt [Beilage 1029/2025](#)]

A. Allgemeiner Teil

I. Anlass und Inhalt des Gesetzentwurfs

Im Rahmen des Finanzausgleichs für die Jahre 2024 bis 2028 haben der Bund, die Länder und die Sozialversicherung vereinbart, das eingerichtete partnerschaftliche Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheit fortzuführen. Die Festlegung der Eckpunkte und Inhalte der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit erfolgte in der zwischen Bund und Ländern abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, die Umsetzung des Finanzausgleichs für die Jahre 2024 bis 2028 im Gesundheitsbereich erfolgte mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (im Folgenden Vereinbarung).

Mit dem Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024, BGBl. I Nr. 191/2023, wurden diese Bund-Länder-Vereinbarungen auf Bundesebene umgesetzt. Die grundsatzgesetzlichen Bestimmungen des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) werden im Oö. Krankenanstaltengesetz 1997 ausgeführt.

Mit diesem Entwurf sollen die grundsatzgesetzlichen Bestimmungen des Gesundheits-Zielsteuerungs-Gesetzes (G-ZG) sowie die sich aus den beiden Art. 15a B-VG Vereinbarungen ergebenden Änderungen und Anpassungen umgesetzt werden.

Des Weiteren sind grundsatzgesetzliche Bestimmungen des Ärztegesetzes 1998 und des Zahnärztegesetzes zur Ermächtigung des Gesundheitsfonds, auf die von der Ärztekammer bzw. der Zahnärztekammer zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten zugreifen und diese verarbeiten zu können, im Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013 umzusetzen.

Als wesentliche Punkte dieses Gesetzentwurfs sind anzuführen:

- Erhöhung der Anzahl der Mitglieder in der Gesundheitsplattform und in der Landes-Zielsteuerungskommission;
- Erreichung eines so hohen Detailgrads in der ambulanten Kapazitätsplanung des RSG, dass ambulante Organisationsformen ohne individuelle Bedarfsprüfung errichtet werden können und ambulante Organisationsformen zumindest auf politischer Bezirksebene geplant werden müssen;
- Übermittlung der Entwürfe des RSG an den Bund zur Stellungnahme mindestens vier Wochen vor Einbringung zur geplanten Beschlussfassung sowie Behandlung in der Gesundheitsplattform vor Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission;
- Ausführung der Grundsatzbestimmungen im Ärztegesetz 1998 und Zahnärztegesetz hinsichtlich der Ermächtigung des Gesundheitsfonds, auf die von der Ärztekammer bzw. der Zahnärztekammer zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten zugreifen und diese verarbeiten zu können.

II. Kompetenzgrundlagen

Die Kompetenz des Landesgesetzgebers ergibt sich hinsichtlich der organisationsrechtlichen Vorschriften aus Art. 15 Abs. 1 B-VG. Regelungen, die dem Krankenanstaltenrecht zuzuordnen sind, stützen sich auf Art. 12 Abs. 1 Z 1 iVm. Art. 15 Abs. 6 B-VG.

III. Finanzielle Auswirkungen auf die Gebietskörperschaften

Durch diese Gesetzesnovelle werden (voraussichtlich) weder dem Land noch den Gemeinden (oder dem Bund) gegenüber der derzeitigen Rechtslage (nennenswerte) Mehrkosten erwachsen.

IV. Finanzielle Auswirkungen auf Bürgerinnen und Bürger und auf Unternehmen einschließlich der Auswirkungen auf den Wirtschaftsstandort Oberösterreich

Die in diesem Landesgesetz enthaltenen Regelungen bringen keinerlei finanzielle Belastungen für die Bürgerinnen und Bürger im Allgemeinen und für Wirtschaftstreibende im Besonderen mit sich.

V. Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union

Diesem Landesgesetz stehen - soweit ersichtlich - keine zwingenden unionsrechtlichen Vorschriften entgegen.

Eine Datenschutz-Folgenabschätzung gemäß Art. 35 der Datenschutz-Grundverordnung ist nicht erforderlich.

VI. Auswirkungen auf die verschiedenen Gruppen der Gesellschaft, insbesondere auf Frauen und Männer

Die in diesem Landesgesetz enthaltenen Regelungen haben - soweit ersichtlich - weder direkt noch indirekt unterschiedliche Auswirkungen auf die verschiedenen Gruppen der Gesellschaft, insbesondere auf Frauen und Männer.

VII. Auswirkungen in umweltpolitischer Hinsicht, insbesondere Klimaverträglichkeit

Die in diesem Landesgesetz enthaltenen Regelungen weisen keinerlei umweltpolitische Relevanz auf.

VIII. Besonderheiten des Gesetzgebungsverfahrens

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält keine Verfassungsbestimmungen.

Eine Mitwirkung von Bundesorganen im Sinn des Art. 97 Abs. 2 B-VG ist im vorliegenden Gesetzentwurf nicht vorgesehen: Die Verpflichtung zur Entsendung von Vertretern der Sozialversicherung als Mitglieder der Organe des Fonds ist im § 84a ASVG und somit bundesgesetzlich geregelt. Die Aufgaben der Organe wurden mittels Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG festgelegt.

Der Gesetzentwurf hat keine Landes- oder Gemeindeabgabe im Sinn des § 9 Abs. 1 F-VG 1948 zum Gegenstand. Es besteht auch aus sonstigen Gründen keine Verpflichtung, diesen Gesetzesbeschluss vor seiner Kundmachung dem Bundeskanzleramt bekannt zu geben.

B. Besonderer Teil

Zu Art. I Z 2, 7, 10, 11, 12, 13 und 32 (§ 1, § 3a Abs. 2 Z 2 und 3, § 4 Abs. 2, § 5 Abs. 5 und 9, § 17a Abs. 4 und § 20a):

Zur Verbesserung der Lesbarkeit der einzelnen Bestimmungen dieses Gesetzes soll ein eigener Paragraph für die anzuwendenden Fassungen der zitierten Bundesgesetze anstelle der Zitate in den einzelnen Bestimmungen eingeführt werden. Dementsprechend entfallen die einzelnen Zitate der anzuwendenden Fassungen der Bundesgesetze. Gleiches gilt für die Nennung der Art. 15a B-VG Vereinbarungen.

Zu Art. I Z 3, 10 und 18 (§ 2 Abs. 3, § 4 Abs. 1 und § 8 Abs. 2 Z 8):

In diesen Bestimmungen erfolgen lediglich Verweisanpassungen auf Grund der erfolgten Änderungen in der Vereinbarung.

Zu Art. I Z 4 (Entfall der Abs. 4, 6 und 7 im § 2):

Der bisherige Abs. 4 enthielt eine allgemeine Verpflichtung des Fonds, mit Bund und Sozialversicherung digitale Informationssysteme aus dem e-Health-Bereich zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung einzusetzen. Da dieser Themenbereich ohnehin ein Teil der Aufgaben der Gesundheitsplattform ist, soll diese allgemeine Bestimmung entfallen.

Die Regelungen des Abs. 6 und 7 sollen auf Grund des inhaltlichen Zusammenhangs in den neu geschaffenen § 19a verschoben werden.

Zu Art. I Z 5 (§ 3):

Es erfolgen die Anpassungen der Verweise auf die neuen Artikel der Vereinbarung. Weiters ist die anzuwendende Fassung des Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetzes nunmehr aus dem § 20a ersichtlich. In der Z 4 soll ein allgemeiner Verweis auf die Vereinbarung erfolgen, um einerseits die Lesbarkeit zu vereinfachen und andererseits alle Mittel der Vereinbarung (siehe Art. 29 Abs. 1 Z 4 und Art. 31) zu erfassen.

Zu Art. I Z 6 (§ 3a Abs. 2 Z 1):

Die Formulierung soll zur leichteren Lesbarkeit verkürzt werden. Die anzuwendende Fassung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes ergibt sich aus § 20a.

Zu Art. I Z 9 (§ 3a Abs. 3):

Im Abs. 3 wird der Verweis auf Art. 7 der Vereinbarung ergänzt, welcher das Thema e-Health umfassend regelt, weshalb der zweite Satz entfallen kann.

Zu Art. I Z 14, 16 und 17 (§ 6 Abs. 1 Z 1 und 2, § 6 Abs. 2 Z 2 und § 6 Abs. 3):

Entsprechend den Vorgaben des Art. 53 Abs. 2 Z 2 in Verbindung mit Art. 26 Abs. 1 Z 1 der Vereinbarung soll die Anzahl der Mitglieder in der Gesundheitsplattform auf sechs Vertreterinnen bzw. Vertreter des Landes und sechs Vertreterinnen bzw. Vertreter der Sozialversicherungsträger

festgelegt werden. Dementsprechend sollen der Gesundheitsplattform dadurch insgesamt 30 anstatt bisher 28 Mitglieder angehören.

Zu Art. I Z 15 (§ 6 Abs. 1 Z 12):

Es soll der Umbenennung des Dachverbands Rechnung getragen werden.

Zu Art. I Z 19 (§ 8 Abs. 3):

Art. 26 Abs. 9 der Vereinbarung sieht nunmehr keine Beschränkung auf bestimmte Jahre vor.

Zu Art. I Z 20 (§ 8 Abs. 7 Z 4):

Die Formulierung dieser Bestimmung wird an die neue Diktion im Art. 26 Abs. 5 Z 2 lit. d der Vereinbarung angepasst.

Zu Art. I Z 21 (§ 9 Abs. 2a):

Diese Regelung erfolgt in Ausführung des Art. 26 Abs. 5 Z 3 der Vereinbarung.

Zu Art. I Z 22 (§ 10 Abs. 1 Z 1 und 2):

In Ausführung des Art. 53 Abs. 2 Z 2 in Verbindung mit Art. 27 Abs. 1 der Vereinbarung soll im § 10 die Mitgliederzahl in der Landes-Zielsteuerungskommission auf je sechs Vertreterinnen bzw. Vertreter des Landes und der Sozialversicherungsträger festgelegt werden. Es werden somit die Kurien um jeweils eine Vertretung verstärkt.

Zu Art. I Z 23, 27 und 28 (§ 11 Abs. 1, § 14 Abs. 1 und 4):

Entsprechend der Diktion im Art. 7 Abs. 3 der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit soll auch hier die Geltungsdauer der Landes-Zielsteuerungsübereinkommen nicht mehr explizit vorgeschrieben werden, sondern nur klargestellt werden, dass es sich um ein Übereinkommen handelt, das über mehrere Jahre für die Partner der Zielsteuerung-Gesundheit verbindlich ist.

Zu Art. I Z 24 bis 28 (§ 11 Abs. 2 Z 1, § 11 Abs. 2 Z 8 und Entfall des § 11 Abs. 2 Z 6a):

Die Zuständigkeiten der Landes-Zielsteuerungskommission sollen an die teilweise geänderten Terminologien im Art. 9 der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit angepasst werden. Da im Art. 9 dieser Vereinbarung die Feststellung des Bedarfs für die Errichtung einer Primärversorgungseinheit nicht mehr enthalten ist, sondern nunmehr gemäß Art. 6 der Vereinbarung zur Organisation und Finanzierung eine Regelung dieser Einrichtungen im Rahmen des RSG erfolgt, soll auch hier die Z 6a entfallen.

Zu Art. I Z 29 und 30 (§ 17a Abs. 1 und § 17b Abs. 1):

Mit § 17a Abs. 1 soll Art. 53 Abs. 2 Z 1 lit. c der Vereinbarung, wonach die Länder zur Übermittlung der RSG-Entwürfe an den Bund mindestens vier Wochen vor der Einbringung zur geplanten Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission sowie Behandlung in der Gesundheitsplattform verpflichtet sind, umgesetzt werden.

Mit § 17b Abs. 1 soll die Grundsatzbestimmung des § 21 Abs. 4 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) ausgeführt und die im § 21 Abs. 3 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz festgelegten Inhalte des RSG übernommen werden. Die Änderungen sind auch hinsichtlich der Vorgaben des Art. 53 der Vereinbarung erforderlich.

Vereinbarungsgemäß ist die Kapazitätsplanung im RSG in einem so hohen Detailgrad vorzunehmen, dass ambulante Organisationsformen ohne individuelle Bedarfsprüfung errichtet werden können und diese zumindest auf Bezirksebene geplant werden müssen.

Die Kapazitätsplanung im ambulanten Bereich der Sachleistung hat zumindest auf Ebene der Versorgungsregion zu erfolgen, sodass auch in urbanen Bereichen kleinere geeignete Einheiten herangezogen werden können. Ambulante Vergemeinschaftungsformen wie Gruppenpraxen, selbständige Ambulatorien, Primärversorgungseinheiten etc. sind zumindest auf Bezirksebene zu planen. Vor allem für den urbanen Bereich ist es möglich, auch andere geeignete Planungsebenen heranzuziehen, wobei diese jedenfalls kleiner als die Bezirksebene sein müssen. Diese kleinere Planungsebene kann, soweit dies zweckmäßig ist, bezirks- und regionenübergreifend sein.

Unter Versorgungstypen gemäß § 17b Abs. 1 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 Anstaltsambulatorien.

Zu Art. I Z 31 (§ 19a):

Im neu geschaffenen § 19a Abs. 3 und 4 soll die Umsetzung der Grundsatzbestimmungen im § 27a Abs. 5 Ärztegesetz und § 11a Abs. 4 Zahnärztegesetz erfolgen. Entsprechend diesen Bestimmungen ist landesgesetzlich sicherzustellen, dass in Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG die Landesgesundheitsfonds ermächtigt werden sollen, die im § 27a Abs. 2 und 3 Ärztegesetz und § 11a Abs. 2 Zahnärztegesetz abschließend aufgezählten Daten aus der Ärzteliste bzw. Zahnärzteliste zu verarbeiten, soweit dies zu den in den Grundsatzgesetzlichen Bestimmungen festgelegten Zwecken erforderlich ist. Die Pflicht zur Löschung dieser Daten ergibt sich ebenfalls aus den jeweiligen Grundsatzgesetzlichen Bestimmungen.

Auf Grund des inhaltlichen Zusammenhangs wurden die bisher im § 2 Abs. 6 und 7 enthaltenen Rechte des Fonds in diese Bestimmung (Abs. 1 und 2) mitaufgenommen und im Abs. 1 um datenschutzrechtliche Vorgaben ergänzt: Der Oö. Gesundheitsfonds benötigt für Datenqualitätsprüfungen, insbesondere der Datenqualität der Diagnose- und Leistungsdokumentation, keine Patientennamen in den Krankengeschichten. Zur Wahrnehmung der Aufgaben muss aber ein Zusammenführen der Dokumente zu einem Fall durch zB die Aufnahmezahl inkl. Aufnahmetag möglich sein. Daher wurde das Wort „personenbezogener“ durch „pseudonymisierter“ ersetzt. Weiters wurden eine Löschungsbestimmung und eine Vorgabe zur weiteren Verarbeitung eingeführt.

Zu Art. II (Inkrafttreten):

Art. 53 der Vereinbarung sieht vor, dass die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen im § 6 Abs. 1 Z 1 und 2, § 6 Abs. 2 Z 2, § 6 Abs. 3, § 10 Abs. 1 Z 1 und 2, § 17a Abs. 1 und § 17b Abs. 1 mit 1. Jänner 2024 in Kraft zu setzen sind.

Der Ausschuss für Gesundheit und Soziales beantragt, der Oö. Landtag möge das Landesgesetz, mit dem das Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013 geändert wird (Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz-Novelle 2025), beschließen.

Linz, am 27. Februar 2025

Mag. Dr. Elisabeth Manhal

Obfrau

Berichterstatlerin

**Landesgesetz,
mit dem das Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013 geändert wird
(Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz-Novelle 2025)**

Der Oö. Landtag hat beschlossen:

Artikel I

Das Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz, LGBl. Nr. 83/2013, in der Fassung des Landesgesetzes LGBl. Nr. 125/2019, wird wie folgt geändert:

1. Im Inhaltsverzeichnis wird im 4. Abschnitt nach dem Eintrag „§ 19 Abgabenbefreiung des Fonds“ der Eintrag „§ 19a Überprüfung, Datenverarbeitung“ und nach dem Eintrag „§ 20 Übergangsbestimmungen“ der Eintrag „§ 20a Verweisungen“ eingefügt.

2. Im § 1 Abs. 1 entfällt nach der Wortfolge „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ die Wortfolge „, LGBl. Nr. 65/2017,“ und nach der Wortfolge „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit“ die Wortfolge „, LGBl. Nr. 66/2017,“.

3. Im § 2 Abs. 3 wird die Wortfolge „Art. 13 Abs. 7 der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit“ durch die Wortfolge „Art. 25 Abs. 7 der Vereinbarung“ ersetzt.

4. Im § 2 entfallen die Abs. 4, 6 und 7.

5. § 3 lautet:

„§ 3

Mittel des Fonds

Mittel des Fonds sind:

1. Beiträge der Bundesgesundheitsagentur gemäß Art. 29 Abs. 1 Z 1 der Vereinbarung;
2. Beiträge der Länder (Umsatzsteueranteile) gemäß Art. 29 Abs. 1 Z 2 der Vereinbarung;
3. Beiträge der Sozialversicherung gemäß Art. 29 Abs. 1 Z 3 der Vereinbarung;
4. zusätzliche Mittel, die auf Grund der Vereinbarung zur Verfügung gestellt werden;
5. Mittel gemäß dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz;
6. Beiträge der Gemeinden (Umsatzsteueranteile) nach Maßgabe einer gesonderten bundesgesetzlichen Regelung gemäß Art. 29 Abs. 1 Z 6 der Vereinbarung;
7. Vermögenserträge;
8. sonstige Einnahmen.“

6. § 3a Abs. 2 Z 1 lautet:

„1. die krankenanstaltenrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden und die Leistungserbringung mit den Verordnungen gemäß § 23 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz bzw. § 39 Abs. 4 Oö. KAG 1997 übereinstimmt,“

7. Im § 3a Abs. 2 Z 2 entfällt die Wortfolge „, BGBl. Nr. 745/1996, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 26/2017,“.

8. Im § 3a Abs. 2 Z 3 entfällt die Wortfolge „, BGBl. I Nr. 179/2004, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 81/2013“.

9. § 3a Abs. 3 lautet:

„(3) Der Fonds kann gemeinsam mit den Trägern der Sozialversicherung Projekte, die der nachhaltigen Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung dienen, den Grundsätzen der Planung im Sinn des Art. 4 der Vereinbarung entsprechen und mit den Zielsetzungen des eHealth im Sinn des Art. 7 der Vereinbarung übereinstimmen, finanzieren.“

10. Im § 4 Abs. 1 zweiter Satz wird die Wortfolge „Art. 10 Abs. 2“ durch die Wortfolge „Art. 12 Abs. 2“ ersetzt.

11. Im § 4 Abs. 2 und § 17a Abs. 4 entfällt jeweils nach der Wortfolge „des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes“ die Wortfolge „, BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 131/2017,“.

12. Im § 5 Abs. 5 entfällt nach der Wortfolge „Ärztegesetz 1998“ die Wortfolge „, BGBl. I Nr. 169/1998, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 26/2017,“ und nach dem Wort „Zahnärztegesetz“ die Wortfolge „, BGBl. I Nr. 126/2005, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 8/2016,“.

13. Im § 5 Abs. 9 entfällt nach dem Wort „Dienstnehmerhaftpflichtgesetz“ die Wortfolge „, BGBl. Nr. 80/1965, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 169/1983,“.

14. Im § 6 Abs. 1 Z 1 und 2 wird jeweils das Wort „fünf“ durch das Wort „sechs“ ersetzt.

15. § 6 Abs. 1 Z 12 lautet:

„12. ein Mitglied, das vom Dachverband der gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe Österreichs bestellt wird.“

16. Im § 6 Abs. 2 Z 2 wird das Wort „vier“ durch das Wort „fünf“ ersetzt.

17. Im § 6 Abs. 3 wird im ersten und im zweiten Satz jeweils das Wort „fünf“ durch das Wort „sechs“ ersetzt.

18. Im § 8 Abs. 2 Z 8 wird die Wortfolge „Art. 45“ durch die Wortfolge „Art. 47“ ersetzt.

19. Im § 8 Abs. 3 entfällt die Wortfolge „in den Jahren 2013 bis 2022“.

20. § 8 Abs. 7 Z 4 lautet:

„4. Mitwirkung am Aus- und Aufbau der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur;“

21. Im § 9 wird nach dem Abs. 2 folgender Abs. 2a eingefügt:

„(2a) Bei jedem Tagesordnungspunkt ist das erforderliche Beschlussquorum gemäß Abs. 2 auszuweisen.“

22. Im § 10 Abs. 1 Z 1 und 2 wird das Wort „fünf“ jeweils durch das Wort „sechs“ ersetzt.

23. Im § 11 Abs. 1 erster Satz wird das Wort „vierjährige“ durch das Wort „mehrjährige“ ersetzt.

24. § 11 Abs. 2 Z 1 lautet:

„1. Koordination, Abstimmung und Festlegung, Konkretisierung und Terminisierung aller aus dem Zielsteuerungsvertrag und dem mehrjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen resultierenden Aufgaben und Maßnahmen zur Umsetzung;“

25. § 11 Abs. 2 Z 6a entfällt.

26. § 11 Abs. 2 Z 8 lautet:

„8. Umsetzung der bundesweiten Gesundheitsförderungsstrategie;“

27. Im § 14 Abs. 1 wird das Wort „vierjährige“ durch das Wort „mehrjährige“ ersetzt.

28. Im § 14 Abs. 4 wird die Wortfolge „für die Dauer von vier Jahren“ durch die Wortfolge „für eine mehrjährige Dauer“ ersetzt.

29. § 17a Abs. 1 lautet:

„(1) Das Land hat gemeinsam mit der Sozialversicherung einen Regionalen Strukturplan Gesundheit entsprechend den Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) bezüglich Inhalte, Planungshorizonte und Planungsrichtwerte festzulegen, in der Gesundheitsplattform zu behandeln und der Landes-Zielsteuerungskommission zur Beschlussfassung vorzulegen. Der Bund ist bereits im Entwurfsstadium des RSG entsprechend zu informieren und dem Bund ist der Entwurf mindestens vier Wochen vor Einbringung zur geplanten Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission zur Stellungnahme zu übermitteln. Vor Einbringung zur Beschlussfassung ist mit dem Bund insbesondere das Vorliegen der Rechts- und ÖSG-Konformität abzustimmen.“

30. § 17b Abs. 1 lautet:

„(1) Das Land hat in Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG sicherzustellen, dass der Regionale Strukturplan Gesundheit jedenfalls folgende Inhalte umfasst:

1. Festlegungen der Kapazitätsplanungen standortbezogen für den akutstationären Bereich mit Angabe der Kapazitäten (Betten, minimale Anzahl an Tagesklinikplätzen und ambulanten Behandlungsplätzen), Organisationsformen, Versorgungsstufen, Referenz-, Spezial- und Expertisezentren je Fachbereich (im Sinn 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;
2. Definition von allgemeinen und speziellen Versorgungsaufträgen nach Fachbereichen auf Ebene der Versorgungsregionen auf Basis der Grundlagen im ÖSG;
3. Festlegung der Kapazitätsplanungen für den ambulanten Bereich der Sachleistung im Sinn des § 18 Abs. 1 Z 1 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz zumindest auf Ebene der Versorgungsregionen mit folgenden Angaben:
 - a) Kapazitäten,
 - b) Zahl und örtliche Verteilung der Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer,
 - c) bei Spitalsambulanzen auch Betriebsformen gemäß § 10 Abs. 9 Z 5 und 6 Oö. KAG 1997,
 - d) Konkretisierung der Versorgungsaufträge nach Fachbereichen gemäß Z 2 sowie
 - e) allenfalls der Versorgungstypen;
4. Die Zahl und örtliche Verteilung hat eine derart hohe Granularität aufzuweisen, dass ambulante Vergemeinschaftungsformen (zB Gruppenpraxen, Selbständige Ambulatorien, Primärversorgungseinheiten), die ohne Festlegung in einem RSG grundsätzlich nur auf

Grund 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;

5. Stärkung der Primärversorgung durch Ausbau von wohnortnahen, multiprofessionellen bzw. interdisziplinären Versorgungsangeboten entsprechend Art. 6 der Vereinbarung und Bereinigung von Parallelstrukturen; beim Ausbau der Primärversorgung nach dem Primärversorgungsgesetz ist, um den unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung nachkommen zu können, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Versorgungsangeboten als Netzwerk oder Zentrum sicherzustellen;
6. Abbildung der überregionalen Versorgungsplanung gemäß § 20 Abs. 1 Z 9 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz inklusive Definition von Versorgungsgebieten je Standort;
7. Transparente Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer Gastpatientinnen und -patienten.

Dabei ist auf die Bestimmungen des Primärversorgungsgesetzes und des § 5 Abs. 2, 4 und 5 des Oö. KAG 1997 sowie des § 6a Abs. 5 und 6 des Oö. KAG 1997 Bedacht zu nehmen.“

31. Nach § 19 wird folgender § 19a samt Überschrift eingefügt:

„§ 19a

Überprüfung, Datenverarbeitung

(1) Der Fonds ist zur Erfüllung seiner Aufgaben berechtigt, durch eigene oder von ihm beauftragte Sachverständige in alle für die Abrechnung maßgebenden Bücher und Aufzeichnungen der Empfänger von Zuwendungen Einsicht zu nehmen, andere finanzierungsrelevante Voraussetzungen zu überprüfen und Überprüfungen hinsichtlich der ordnungsgemäßen Diagnose- und Leistungscodierung vorzunehmen. Die Einsicht in Krankengeschichten darf in pseudonymisierter Form insoweit erfolgen, als dies der Zweck der im Einzelfall vorgenommenen Überprüfung erfordert; die weitere Verarbeitung dieser Daten durch den Fonds darf nur in anonymisierter Form erfolgen. Ein Jahr nach Abschluss der Prüfung sind die pseudonymisierten Daten zu löschen bzw. zu vernichten.

(2) Der Fonds hat die ihm zur Verfügung stehenden Daten in anonymisierter Form dem Amt der Landesregierung, dem Landesrechnungshof, den Sozialversicherungsträgern, der Statistik Austria und dem Bundesministerium für Gesundheit zu übermitteln, soweit dies zur Qualitätssicherung, zur wirtschaftlichen Prüfung der Krankenanstalten, für Planungszwecke, zu statistischen Zwecken oder zur Wahrnehmung von Aufgaben nach dem Oö. KAG 1997 erforderlich ist.

(3) Der Fonds darf als datenschutzrechtlich Verantwortlicher gemäß Art. 4 Z 7 der Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) zum Zweck der Erstellung der regionalen Strukturpläne Gesundheit einschließlich der Sicherstellung der Angelegenheiten der Zielsteuerung-Gesundheit auf Landesebene folgende personenbezogene Daten verarbeiten:

1. von Ärztinnen und Ärzten, die in Oberösterreich ihren Berufssitz oder Dienstort haben, aus der Ärzteliste und der Ausbildungsstellenverwaltung, welche von der Österreichischen Ärztekammer über standardisierte elektronische Schnittstellen zur Verfügung gestellt werden (§ 27a Abs. 2 und 3 Ärztegesetz 1998);
2. von Angehörigen des zahnärztlichen Berufs bzw. Dentistenberufs, die in Oberösterreich ihren Berufssitz oder Dienstort haben, aus der Zahnärzteliste, welche von der Österreichischen Zahnärztekammer über standardisierte elektronische Schnittstellen zur Verfügung gestellt werden (§ 11a Abs. 2 Zahnärztegesetz).

(4) Angehörige des ärztlichen oder zahnärztlichen Berufs oder Dentistenberufs betreffende Daten gemäß Abs. 3 sind zu löschen, sofern diese für die Zwecke gemäß Abs. 1 nicht mehr erforderlich sind, spätestens jedoch nach der Streichung aus der Ärzte- bzw. Zahnärzteliste.“

32. Nach § 20 wird ein neuer § 20a samt Überschrift eingefügt:

„§ 20a

Verweisungen

(1) Soweit in diesem Landesgesetz auf Bundesgesetze verwiesen wird, sind diese, wenn nicht eine bestimmte Fassung angeführt ist, in folgender Fassung anzuwenden:

- Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169/1998, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 21/2024;
- Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 145/2024;
- Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 191/2023;
- Dienstnehmerhaftpflichtgesetz, BGBl. Nr. 80/1965, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 110/2024;
- Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz, BGBl. Nr. 746/1996, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 110/2023;
- Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 3/2024;
- Gesundheitsqualitätsgesetz, BGBl. I Nr. 179/2004, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 191/2023;
- Primärversorgungsgesetz, BGBl. I Nr. 131/2017, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 191/2023;
- Zahnärztegesetz, BGBl. I Nr. 126/2005, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 191/2023.

(2) Soweit in diesem Landesgesetz auf Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG verwiesen wird, sind diese, wenn nicht eine bestimmte Fassung angeführt ist, in folgender Fassung anzuwenden:

- Art. 15a Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, in der Fassung LGBl. Nr. 6/2025;
- Art. 15a Vereinbarung über die Zielsteuerung-Gesundheit, in der Fassung LGBl. Nr. 7/2025.“

Artikel II

(1) Dieses Landesgesetz tritt mit Ablauf des Tages seiner Kundmachung im Landesgesetzblatt für Oberösterreich in Kraft, sofern Abs. 2 nichts anderes bestimmt.

(2) Die Bestimmungen des Art. I Z 14 (§ 6 Abs. 1 Z 1 und 2), Art. I Z 16 (§ 6 Abs. 2 Z 2), Art. I Z 17 (§ 6 Abs. 3), Art. I Z 22 (§ 10 Abs. 1 Z 1 und 2), Art. I Z 29 (§ 17a Abs. 1) und Art. I Z 30 (§ 17b Abs. 1) treten rückwirkend mit 1. Jänner 2024 in Kraft.

(3) Beschlüsse, die unter Beachtung der Zusammensetzung der Organe und der Beschlusserfordernisse nach dem Oö. Gesundheitsfondsgesetz, LGBl. Nr. 83/2013, in der Fassung des Landesgesetzes LGBl. Nr. 125/2019, nach dem 1. Jänner 2024 bis zum Ablauf des Tages der Kundmachung dieses Landesgesetzes gefasst worden sind, gelten hinsichtlich der Zusammensetzung der Organe und der Beschlusserfordernisse als Beschlüsse gemäß der neuen Rechtslage.

(4) Personen, die als Mitglieder bzw. Ersatzmitglieder der Gesundheitsplattform vom Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs bestellt wurden, gelten als vom Dachverband der gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe Österreichs bestellt.