

Erläuternde Bemerkungen

zum Entwurf eines Gesetzes, mit dem das Tiroler Krankenanstaltengesetz und das Tiroler Gesundheitsfondsgesetz geändert werden

I.

Allgemeines

A.

1. Das Tiroler Krankenanstaltengesetz, LGBl. Nr. 5/1958, sowie das Tiroler Gesundheitsfondsgesetz, LGBl. Nr. 2/2006, wurden zuletzt durch das Landesgesetz LGBl. Nr. 96/2023 geändert. Es wurden unter anderem rechtliche Änderungen zur Abgangsdeckung zwischen dem Land Tirol und bestimmten Bezirkskrankenhäusergemeinerverbänden vorgenommen sowie die Höhe der Beitragszahlungen des Landes Tirol, der Tiroler Gemeinden sowie jener der Träger der Kranken- und Unfallfürsorge zum Tiroler Gesundheitsfonds bis zum Jahr 2028 neu festgelegt.

Im Rahmen der Finanzausgleichsverhandlungen im Jahr 2023 sind der Bund, die Länder und die Sozialversicherung übereingekommen, das eingerichtete partnerschaftliche Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung fortzuführen; die Festlegung der Eckpunkte und Inhalte erfolgte dabei in der zwischen dem Bund und den Ländern abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Seitens des Bundes wurden die für die Umsetzung der genannten staatsrechtlichen Vereinbarungen notwendigen gesetzlichen Anpassungen bereits durch das Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Primärversorgungsgesetz, das Ärztegesetz 1998, das Zahnärztegesetz, das Gesundheitstelematikgesetz 2012, das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, das Apothekengesetz, das Suchtmittelgesetz, das Rezeptpflichtgesetz, das Gesundheitsqualitätsgesetz und das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH geändert werden (Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024), BGBl. I Nr. 191/2023, vorgenommen.

2. Im Tiroler Krankenanstaltengesetz sollen durch das im Entwurf vorliegende Gesetz zunächst die grundsatzgesetzlichen Regelungen des Kranken- und Kuranstaltengesetzes sowie des § 21 Abs. 3 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes ausgeführt werden. Entsprechend den Vorgaben des Grundsatzgesetzgebers werden nachstehende Punkte zur Sicherstellung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit umgesetzt, wobei das Hauptaugenmerk auf der Verbindlichkeit der Gesundheitsplanung liegt:

- Verankerung des Prinzips „digital vor ambulant vor stationär“ als Planungsgrundsatz,
- Erreichung eines so hohen Detailgrades in der ambulanten Kapazitätsplanung des Regionalen Strukturplanes Gesundheit (RSG), dass ambulante Organisationformen ohne individuelle Bedarfsprüfung errichtet werden können und ambulante Organisationseinheiten zumindest auf politischer Bezirksebene geplant werden müssen,
- Übermittlung der RSG-Entwürfe an den Bund mindestens vier Wochen vor Einbringung zur geplanten Beschlussfassung sowie Behandlung in der Gesundheitsplattform vor Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission,
- Anrechnung ambulanter Betreuungsplätze bis maximal zur Hälfte der Mindestbettenzahl in Departments und Fachschwerpunkten,
- Entfall der individuellen Bedarfsprüfung für Organisationseinheiten deren Leistungsumfang und Einzugsgebiet durch die Verordnungen zum Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) bzw. den RSG umfasst sind,
- Ersatz der Parteistellung von Ärzte-, Zahnärzte- und Wirtschaftskammer bei der Bedarfsprüfung durch ein qualifiziertes Stellungnahmerecht.

Darüber hinaus sollen im gegenständlichen Entwurf grundsatzgesetzliche Vorgaben aus dem Zahnärztegesetz näher ausgeführt werden. Letztlich werden notwendige terminologische Anpassungen, notwendige Klarstellungen und Zitatpassungen vorgenommen.

2. Im Tiroler Gesundheitsfondsgesetz sollen im Zusammenhang mit den eingangs genannten staatsrechtlichen Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG neben Änderungen im Bereich der Zielvorgaben für den Tiroler Gesundheitsfonds und im Bereich seiner Aufgaben im Rahmen der Zielsteuerung über die Präzisierung der Inhalte des Landes-Zielsteuerungsübereinkommens hinaus auch organisatorische Anpassungen erfolgen.

Gegenstand des Entwurfes sind daher im Wesentlichen folgende Änderungen:

- Umbenennung des „geschäftsführenden Ausschusses“ in „Präsidium“,
- Erhöhung der Anzahl der Vertreter in der Gesundheitsplattform und in der Landes-Zielsteuerungskommission auf sechs Vertreter des Landes und sechs Vertreter der Sozialversicherungsträger,
- Erweiterung der Mitglieder der Gesundheitsplattform um ein Mitglied, welches die nichtärztlichen Gesundheitsberufe vertreten soll.

Darüber hinaus sollen auch im Tiroler Gesundheitsfondsgesetz grundsatzgesetzliche Vorgaben aus dem Zahnärztegesetz näher ausgeführt werden. Letztlich werden auch notwendige terminologische Anpassungen und Zitatpassungen vorgenommen.

B.

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich der Entwurf auf Art. 12 Abs. 1 Z 1 iVm Art. 15 Abs. 6 und Art. 15 Abs. 1 B-VG.

C.

Zur Abschätzung der mit dem Entwurf des vorliegenden Gesetzes verbundenen wirtschaftlichen Folgen bzw. finanziellen Auswirkungen wird Folgendes ausgeführt:

Als Bestandteil der Zielsteuerung-Gesundheit sind als deren integrierender Bestandteil auch Finanzziele paktiert und definiert (vgl. Art. 15 ff der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit). Die Finanzzielsteuerung ist auf Bundes- und Landesebene im periodenbezogenen Zielsteuerungsvertrag und in den mehrjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu konkretisieren.

Grundlage der Finanzzielsteuerung sind sektorenübergreifend vereinbarte nominelle Ausgabenobergrenzen. Diese Ausgabenobergrenzen sind für den Bereich der Länder sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene darzustellen und auf Landesebene zu sektorenübergreifenden Ausgabenobergrenzen zusammenzuführen.

Gemäß Art. 15 Abs. 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit wurde auf Bundesebene für die Festlegung der jährlichen Ausgabenobergrenzen für die öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) für die Jahre 2024 bis 2028 die zu erwartende Entwicklung des nominellen Bruttoinlandsproduktes (gemäß Mittelfristprognose des WIFO) zuzüglich eines Aufschlages insbesondere für die demographische Entwicklung und für die zusätzliche Inflation im Gesundheitswesen, der gegen Ende der Laufzeit abnimmt, vereinbart. Insgesamt soll sichergestellt werden, dass sich mittels vereinbarter Ausgabenobergrenzen die öffentlichen Gesundheitsausgaben gleichlaufend zum nominellen Wirtschaftswachstum entwickeln. Es wird damit auch ein wesentlicher Beitrag zur Erfüllung des Österreichischen Stabilitätspakts geleistet.

Auf dieser Grundlage ergeben sich für die Jahre 2024 bis 2028 folgende Ausgabenobergrenzen für die Länder im Allgemeinen und für das Bundesland Tirol im Besonderen:

	Startwert	Ausgabenobergrenze				
		2023	2024	2025	2026	2027
Länder gesamt 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 %
Tirol (Anteil 7,60%)* in Mio. Euro	1.332	1.421	1.503	1.581	1.652	1.725
* Lt. Beschluss der Landesfinanzreferentenkonferenz vom 15.03.2024. Die Verteilung steht unter dem Vorbehalt, dass durch allfällige Systemumstellungen erforderliche Anpassungen bei der Erfassung von						

zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben mit dem Ziel einer größtmöglichen Zeitreihenkontinuität einvernehmlich in der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen werden.

Grundsätzlich sind mit der gegenständlichen Novelle selbst jedoch keine finanziellen Auswirkungen für das Land und die anderen Gebietskörperschaften verbunden.

II.

Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen

Zu Artikel I (Änderung des Tiroler Krankenanstaltengesetzes):

Zu Z 1 (§ 2 lit. a):

Die gegenständliche Ausnahme soll an den Wortlaut des § 21 StGB in der Fassung des Maßnahmenvollzugsanpassungsgesetzes 2022, BGBl. I Nr. 223/2022, angepasst werden. Anstelle der „Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher“ erfolgt nunmehr eine „strafrechtliche Unterbringung in einem forensisch-therapeutischem Zentrum“; klargestellt wird jedoch, dass von dieser Ausnahme nur jene Zentren bzw. Anstalten erfasst sind, die als Teil des Justizwesens anzusehen sind, nicht jedoch jene (forensischen) Abteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie bzw. in einer öffentlichen Krankenanstalt mit einer Abteilung für Psychiatrie, in welcher eine Unterbringung und Behandlung ebenfalls erfolgen kann bzw. muss (vgl. dazu RV 1789 BlgNR 27. GP 1).

Zu Z 2 (§ 2 lit. g):

Aufgrund des Endes der COVID-19-Pandemie soll der spezifische Hinweis auf COVID-19 entfallen. Künftig sollen daher die im Rahmen einer Epidemie oder Pandemie eingerichteten medizinischen Versorgungseinrichtungen für Krankheitsverdächtige und Erkrankte nicht als Krankenanstalten gelten und daher auch nicht dem Anwendungsbereich des Tiroler Krankenanstaltengesetzes unterliegen.

Zu den Z 3 und 4 (§ 2a Abs. 5 Einleitungssatz und zweiter Satz):

Es sollen terminologische Anpassung an das Kranken- und Kuranstaltengesetz erfolgen.

Zu den Z 5, 6 und 7 (§ 2b Abs. 2 Einleitungssatz, Z 1 und 2):

Im Einleitungssatz erfolgt eine terminologische Anpassung an das Kranken- und Kuranstaltengesetz (Z 5).

In Ausführung der grundsatzgesetzlichen Bestimmungen im § 2b Abs. 2 Z 1 und 2 des Kranken- und Kuranstaltengesetzes soll vorgesehen werden, dass sowohl bei der Organisationsform eines Departments als bettenführende Einrichtung für Remobilisation und Nachsorge, für Akutgeriatrie/Remobilisation bzw. für Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychosomatik (§ 2b Abs. 2 Z 1; Z 6), als auch bei jener eines Fachschwerpunktes als bettenführende Einrichtung (§ 2b Abs. 2 Z 2; Z 7), die Möglichkeit besteht, ambulante Betreuungsplätze bis zur Hälfte auf die Mindestbettenanzahl anzurechnen.

Zu Z 8 (§ 3 Abs. 8):

In Ausführung der grundsatzgesetzlichen Bestimmungen des § 3 Abs. 6 des Kranken- und Kuranstaltengesetzes soll vorgesehen werden, dass ausschließlich den betroffenen Sozialversicherungsträgern Parteistellung im Errichtungsbewilligungsverfahren bzw. im Verfahren zur Vorabfeststellung eines Bedarfs eingeräumt wird. Der gesetzlichen Interessenvertretung privater Krankenanstalten soll zur Frage des Bedarfs allerdings ein Stellungnahmerecht zukommen. Dies soll der rascheren Umsetzung der verbindlichen Planung und Schaffung geeigneter Versorgungsstrukturen dienen. Überdies haben die betroffenen gesetzlichen Interessenvertretungen ohnehin bei der Umsetzung bzw. der Beschlussfassung des ÖSG bzw. des RSG entsprechende Stellungnahmerechte (vgl. § 20 Abs. 4 und § 21 Abs. 10 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes).

Zum Zwecke der Entbürokratisierung haben die Träger der Sozialversicherung ihre Stellungnahmen künftig über den Dachverband der Sozialversicherungen zu erstatten.

Zu den Z 9, 10 und 11 (§ 3a Abs. 2a, Abs. 2c und 2d):

Hier soll eine Anpassung an die grundsatzgesetzlichen Vorgaben des § 3a Abs. 4 des Kranken- und Kuranstaltengesetzes erfolgen. Die Prüfung des Bedarfs (wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet) bei bettenführenden Krankenanstalten soll künftig in den folgenden Fällen entfallen:

- Das verfahrensgegenständliche Leistungsangebot (im Sinne des § 3 Abs. 2) ist in den von der Gesundheitsplanung GmbH als verbindlich erklärten Teilen des ÖSG, des RSG oder im Tiroler

Krankenanstaltenplan vorgesehen (Abs. 2a; Z 9). Eine Unterscheidung zwischen Fondskrankenanstalten und sonstigen bettenführenden Krankenanstalten findet somit nicht mehr statt, weshalb Abs. 2d entfallen kann (Z 11).

- In der bettenführenden Krankenanstalt werden keine sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähigen Leistungen erbracht. In diesem Fall ist von einer mangelnden Bedarfsrelevanz bzw. sozialversicherungsrechtlichen Versorgungsrelevanz auszugehen.
- Es wurde bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt. Die nicht existente, weil noch nicht in Betrieb genommene Krankenanstalt soll nach erteilter Errichtungsbewilligung an einem anderen Standort innerhalb desselben Einzugsgebiets gemäß den planungsfachlichen Vorgaben realisiert werden. In diesem Fall ist um eine neue Errichtungsbewilligung anzusuchen, was als Verzicht auf die Verwirklichung der bereits erteilten Errichtungsbewilligung anzusehen ist. Die Prüfung des Bedarfs entfällt jedoch. Diese Bestimmung ist jedenfalls von jener des § 5 Abs. 2 lit. a zu unterscheiden (Abs. 2c; Z 10).

Zu Z 12 (§ 3a Abs. 3):

Hier sollen sprachliche Anpassungen und Klarstellungen erfolgen. Ein Antrag auf Fristverlängerung kann auch mehrmals eingebracht werden, wobei jeweils das Vorliegen der Voraussetzungen für die Fristverlängerung glaubhaft gemacht werden muss und über die Fristverlängerung mit Bescheid zu entscheiden ist.

Zu Z 13 (§ 3a Abs. 6):

Da in der Literatur die Auffassung vertreten wird, dass die derzeit vorgesehene Glaubhaftmachung des Antragstellers, dass die Vorlage bestimmter Unterlagen mit einem erheblichen wirtschaftlichen Aufwand verbunden wäre, keine Deckung in den Vorgaben des Kranken- und Kuranstaltengesetzes finde (vgl. z. B. *Schneider*, Krankenanstaltenrecht, in *Bergthaler/Grabenwarter* [Hrsg.], *Musterhandbuch Öffentliches Recht* [Stand 1.7.25019, rdb.at] Rz 59), soll von diesem Erfordernis abgesehen werden. Die Behörde hat sich bei der Beurteilung, ob sie eine Vorabfeststellung des Bedarfs im Rahmen des Errichtungsbewilligungsverfahrens durchführt, insbesondere von verfahrensökonomischen Gesichtspunkten leiten zu lassen, wobei auch die Interessen des Antragsstellers angemessen zu berücksichtigen sind. Die Entscheidungsfrist für die Erteilung der Errichtungsbewilligung nach § 73 AVG beginnt im Falle einer Vorabfeststellung des Bedarfs ab der vollständigen Vorlage der Unterlagen im Sinne des § 3 Abs. 2 lit. a bis d.

Zu Z 14 (§ 4a Abs. 2):

Im Ansuchen um die Erteilung der Errichtungsbewilligung muss künftig auch angegeben werden, ob ein Kassenvertrag angestrebt wird. Diese Ergänzung ist aufgrund der geänderten Vorgaben im § 4b Abs. 3b (vgl. unten Z 20) notwendig geworden.

Zu Z 15 (§ 4a Abs. 3):

Es soll eine terminologische Anpassung an das Kranken- und Kuranstaltengesetz vorgenommen werden (vgl. dort die §§ 3 Abs. 2d und 3a Abs. 5) und in Zukunft nicht mehr von einer „Stellungnahme“, sondern von einem „Gutachten“ gesprochen werden. Dadurch soll auch klargestellt werden, dass die Stellungnahme (nunmehr Gutachten) nicht nur in einer Befundaufnahme, sondern auch in Schlussfolgerungen über das Vorliegen oder Nichtvorliegen entscheidungsrelevanter Umstände (wesentliche Verbesserung der Versorgungssituation im Einzugsgebiet) zu bestehen hat (vgl. die Nachweise bei *Hengstschläger/Leeb*, AVG § 52 Rz 59 [Stand 1.7.2005, rdb.at]). In diesem Zusammenhang wird auch auf die rezente Rechtsprechung des VwGH zu den Anforderungen an ein krankenanstaltenrechtliches Bedarfsprüfungsgutachten verwiesen (z. B. VwGH 18.09.2023, Ra 2022/11/0085; 29.06.2023, Ra 2020/11/0040).

Zu Z 16 (§ 4a Abs. 5):

Es wird auf die obigen Ausführungen zu § 3 Abs. 8 (Z 8) verwiesen. Im Verfahren zur Erteilung einer Errichtungsbewilligung für selbstständige Ambulatorien soll die jeweilige Landesärztekammer bzw. die Österreichische Zahnärztekammer lediglich ein Recht auf Stellungnahme zur Frage des Bedarfs haben. Selbiges gilt für die sonstigen gesetzlichen Interessenvertretungen privater Krankenanstalten. Eine Parteistellung (§ 8 AVG) und das Recht, gegen die bedarfsrechtliche Beurteilung Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht zu erheben, kommt den genannten Interessenvertretungen hingegen nicht mehr zu.

Zu Z 17 (§ 4b Abs. 2 und lit. a):

Hier soll eine Ausführung der grundsatzgesetzlichen Regelung des § 3a Abs. 2 des Kranken- und Kuranstaltengesetzes erfolgen. Bei der Beurteilung der Bedarfslage sollen künftig nur noch bestehende Einrichtungen zu berücksichtigen sein, welche mit einem Kassenvertrag ausgestattet sind (Vertragseinrichtungen). Die Vergleichsmenge an bestehenden Leistungsanbietern reduziert sich bei der Bedarfsprüfung somit um jene, welche zwar sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, jedoch keinen Vertrag (im Sinn des § 342 Abs. 1 Z 2 ASVG) mit dem Träger einer Krankenversicherung abgeschlossen haben. Vor diesem Hintergrund sind bestehende Wahlarztseinrichtungen künftig bei der Bedarfsprüfung nicht mehr zu berücksichtigen.

Zu Z 18 (§ 4b Abs. 3):

Hier soll eine Ausführung der grundsatzgesetzlichen Regelungen des § 3a Abs. 3 Z 5 des Kranken- und Kuranstaltengesetzes erfolgen. Es soll klargestellt werden, dass neben den Voraussetzungen der lit. a bis d und f als weiteres Kriterium für die Beurteilung einer wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet auch die Öffnungszeiten bestehender Leistungsanbieter, insbesondere an Tagesrandzeiten und an Wochenenden, heranzuziehen bzw. zu berücksichtigen sind.

Zu Z 19 (§ 4b Abs. 3a):

Hier soll eine Ausführung der grundsatzgesetzlichen Regelungen des § 3a Abs. 4 des Kranken- und Kuranstaltengesetzes erfolgen. Im Übrigen wird auf die Ausführungen zu den Z 9, 10 und 11 verwiesen.

Zu Z 20 (§ 4b Abs. 3b):

In Zukunft soll die gesamte Planung der Kapazitäten und Verortung von Gesundheitseinrichtungen im Sachleistungsbereich durch den ÖSG bzw. RSG rechtsverbindlich abgebildet werden (vgl. auch unten Z 42 bis 45). Dabei muss unter anderem auch die Zahl der ärztlich ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE) auf der Ebene der Versorgungsregion bzw. auf der Bezirksebene festgelegt werden. Durch die Sozialversicherung und die Ärztekammer wird auf dieser Basis im Detail die örtliche Verteilung der ÄAVE detailliert geplant und vorgegeben. Vor diesem Hintergrund soll im krankenanstaltenrechtlichen Verfahren die Bedarfsprüfung dann entfallen, wenn das Vorhaben die rechtlich verbindlichen Planvorgaben des ÖSG und RSG erfüllt. Damit die Behörde beurteilen kann, ob das Errichtungsbewilligungsverfahren mit oder ohne Bedarfsprüfung durchgeführt werden kann, ist es notwendig, dass der Dachverband der Sozialversicherungsträger die Landesregierung entsprechend über die sozialversicherungsrechtlichen Planungsabsichten bezogen auf Vertragsabschlüsse informiert.

Zu den Z 21, 22 und 23 (§ 4b Abs. 3b zweiter Satz, 4 und 7):

Im Abs. 3b zweiter Satz soll eine notwendige Zitanpassung und eine semantische Anpassung erfolgen (Z 21).

Aufgrund der Neufassung des Abs. 3a (Z 19) ist der Abs. 4 obsolet geworden und soll daher aufgehoben werden (Z 22).

Aufgrund der Aufhebung der grundsatzgesetzlichen Regelung des § 3a Abs. 9 des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes soll auch der bisherige Abs. 7 dieses Gesetzes aufgehoben werden. Im Übrigen sollen hier nur notwendige Anpassungen der Absatzbezeichnungen erfolgen (Z 22).

Im nunmehrigen Abs. 4 soll eine grammatikalische Richtigstellung erfolgen (Z 23).

Zu Z 24 (§ 4b Abs. 5 zweiter, dritter und vierter Satz):

Es soll klargestellt werden, dass eine bescheidmäßige Verlängerung der Befristung der Errichtungsbewilligung grundsätzlich auch mehrmals möglich ist, sofern berücksichtigungswürdige Umstände auf Seiten der antragstellenden Partei hierfür vorliegen bzw. von dieser glaubhaft gemacht werden können. Als „berücksichtigungswürdig“ sind insbesondere Umstände anzusehen, welche außerhalb der Ingerenz der antragstellenden Partei liegen (z. B. Bau- oder Lieferverzögerungen).

Zu Z 25 (§ 4b Abs. 7):

Es wird auf die obigen Ausführungen zu § 3a Abs. 6 (Z 13) verwiesen.

Zu Z 26 (§ 4c Abs. 4 und):

Hier soll eine notwendige Zitanpassung erfolgen.

Zu Z 27 (§ 5 Abs. 5):

Eine der Intentionen der Gesundheitsreform ist es, dass der vollstationäre Spitalsbereich durch den Ausbau der ambulanten Versorgung entlastet wird. So soll nach den Vorgaben des § 2b Abs. 2 etwa bei Departments sowie bei Fachschwerpunkten eine bestimmte Anzahl an ambulanten Betreuungsplätzen auf

die vorgegebene (systemisierte) Bettenanzahl angerechnet werden können. Selbiges sieht der ÖSG 2023 auch im Rahmen der Organisationsform einer Abteilung vor. Dadurch soll es den bettenführenden Krankenanstalten ermöglicht werden relativ flexibel im Rahmen der gesetzlichen bzw. planungsfachlichen Vorgaben solche Organisationseinheiten einzurichten bzw. zu gestalten. Ein solches Vorgehen ist der Landesregierung schriftlich anzuzeigen.

Zu Z 28 (§ 9a Abs. 1 Z 3 und Z 8):

Es soll lediglich jeweils ein Rechtschreibversehen behoben werden.

Zu Z 29 (§ 11 Abs. 5):

Es soll vorgesehen werden, dass nicht nur die Neu- bzw. Wiederbestellung des ärztlichen Leiters einer Abteilung, sondern auch die Neu- bzw. Wiederbestellung des ärztlichen Leiters einer sonstigen Organisationsform (Department, Fachschwerpunkt, dislozierte Tages- und Wochenklinik) der Landesregierung anzuzeigen ist.

Zu Z 30 (§ 12 Abs. 2):

Hier soll eine Ausführung der grundsatzgesetzlichen Regelungen des § 8 des Kranken- und Kuranstaltengesetzes erfolgen. In der derzeit in Geltung stehenden Regelung ist vorgesehen, dass in selbstständigen Ambulatorien mit dem Leistungsangebot physikalische Therapie („physikalische Institute“) eine reduzierte ärztliche Anwesenheit möglich ist.

Mit der vorliegenden Novelle soll diese Möglichkeit (regelmäßige statt dauernde ärztliche Anwesenheit) erweitert werden. Damit soll der auch im Bereich der ambulanten medizinisch-therapeutischen Betreuung in der Praxis zu beachtenden ärztlichen Unterversorgung begegnet werden. Die Möglichkeit der Abweichung ist dabei auf jene Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien, deren Leistungsangebot lediglich in der Erbringung therapeutischer Leistungen durch freiberuflich ausübende nicht-ärztliche Gesundheitsberufe besteht (z.B. im Bereich der Logopädie, Ergotherapie, physikalischen Therapie oder Psychotherapie), beschränkt. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass im Falle der sonstigen freiberuflichen Berufsausübung auch keine Verpflichtung zur Sicherstellung einer jederzeitigen ärztlichen Erreichbarkeit vorgesehen ist. Die Ergänzung durch nichtinvasive ärztliche Leistungen dient der Ermöglichung lediglich vorbereitender oder begleitender ärztlichen Leistungen (z.B. Anamnese oder Diagnostik).

Zu Z 31 (§ 12b Abs. 1 und Abs. 4):

Es soll klargestellt werden, dass die betreffenden Bestimmungen auf allgemeine Krankenanstalten im Sinn des § 1 Abs. 3 lit. a - unabhängig von der Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes - anzuwenden sind.

Zu Z 32 (§ 13a Abs. 1):

Es erfolgt eine systematische Anpassung an die Bestimmung des § 13c.

Zu Z 33 (§ 31 Abs. 1):

Es erfolgt eine Angleichung an den nunmehrigen § 11 Abs. 5 letzter Satz.

Zu Z 34 (§ 31 Abs. 2):

Es soll den Trägern öffentlicher Krankenanstalten ein Spielraum für personalrechtliche Maßnahmen in Bezug auf unvorhergesehene bzw. unvorhersehbare Ereignisse eingeräumt werden, weshalb vorgesehen wird, dass auch Interimsbesetzungen nicht öffentlich auszuschreiben sind. Korrespondierend dazu bedarf es in diesen Fällen auch keines Gutachtens über die fachliche Befähigung durch den Landessanitätsrat (Abs. 4). Auch die Vorlage von Unterlagen nach den Abs. 3 und 5 ist diesfalls nicht erforderlich. Unbeschens dessen haben die Träger öffentlicher Krankenanstalten umgehend die Neuausschreibung der betreffenden Planstellen nach § 31 Abs. 1 zu veranlassen und den vorübergehenden Stelleninhaber unverzüglich der Landesregierung anzuzeigen

Zu den Z 35 bis 38 (§ 31b Abs. 3, 4 lit. c, 5, 6 zweiter Satz und 10):

Hier soll eine Ausführung der grundsatzgesetzlichen Regelungen des § 19a Abs. 3 des Kranken- und Kuranstaltengesetzes erfolgen. Die Träger von Krankenanstalten sollen verpflichtet werden, sicherzustellen, dass die Arzneimittelkommission bei der Erfüllung ihrer Aufgabe auch die Empfehlungen des Bewertungsboards zu einem bundesweit einheitlichen, systematischen Bewertungsprozess für ausgewählte (hochpreisige und spezialisierte) Arzneimittelspezialitäten gemäß § 62d KAKuG anwendet (Abs. 3; Z 35).

Im Übrigen sollen hier nur sprachliche Anpassungen erfolgen (Z 36 bis 38).

Zu Z 39 (§ 32 Abs. 1):

Es soll vorgesehen werden, dass der Arzneimittelvorrat auch entsprechend der von der Arzneimittelkommission (§ 31b) erstellten Arzneimittelliste angelegt sein muss.

Zu Z 40 (§ 38 Abs. 1):

Es soll eine Klarstellung erfolgen, dass das Aufgabenspektrum von Spitalsambulanzen öffentlicher Krankenanstalten auch jene Aufgaben umfasst, die einer konkreten Einrichtung im Rahmen der regionalen Planung des ambulanten Bereichs durch Verordnungen nach § 62a Abs. 2 oder 4 zugewiesen werden.

Zu Z 41 (§ 41 Abs. 5 lit. b):

Es soll lediglich ein Rechtschreibversehen behoben werden.

Zu den Z 42 bis 45 (§ 62a Abs. 1, 1a und 5):

Diese Bestimmungen sollen im Zuge der Umsetzung des bzw. der Anpassung von grundsatzgesetzlichen Bestimmungen im § 21 Abs. 3 iVm Abs. 4 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes als auch im Hinblick auf die Vorgaben des Art. 53 Abs. 2 Z 1 der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie die grundsatzgesetzliche Bestimmung des § 10a Abs. 2 des Kranken- und Kuranstaltengesetzes geändert werden.

Die Normung von Planunterlagen erfordert klare und detaillierte Planungsvorgaben. Der Detaillierungsgrad der Planung soll erhöht werden, weshalb im RSG ergänzende Inhalte vorzusehen sind. Dabei soll die Kapazitätsplanung für den ambulanten Bereich der Sachleistung (selbständige Ambulatorien mit Kassenverträgen, einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger und Spitalsambulanzen) die im § 62a Abs. 1 lit. c angeführten Angaben „zumindest auf Ebene der Versorgungsregion“ enthalten. Dies umfasst die Möglichkeit, dass – insbesondere in urbanen Bereichen – auch kleinere geeignete Einheiten herangezogen werden können.

Ambulante Vergemeinschaftungsformen (selbständige Ambulatorien, Primärversorgungseinheiten in Form selbständiger Ambulatorien) im Bereich der Sachleistung sind zumindest auf der Ebene der Versorgungsregion detailgenau zu planen. Andere Organisationsformen (z. B. Spitalsambulanzen) sind zumindest auf Bezirksebene zu planen. Insbesondere im städtischen Bereich ist es möglich, auch andere geeignete Planungsebenen heranzuziehen, wobei diese jedenfalls kleinere Planungsebenen als die Bezirksebene darstellen müssen (z. B. Stadtteile oder -viertel). Diese kleinere Planungsebene kann – sofern im Hinblick auf das natürliche Einzugsgebiet zweckmäßig – auch bezirks- und regionenübergreifend sein. Auf Art. 5 der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wird hingewiesen.

Unter Versorgungstypen nach Abs. 1 lit. c werden Primärversorgungseinheiten in der Allgemeinmedizin (PVE) bzw. Kinder- und Jugendheilkunde (Kinder-PVE) sowie multiprofessionelle und interdisziplinäre vergemeinschaftete Organisationsformen als selbständige Ambulatorien sowie Spitalsambulanzen verstanden.

Die Begriffe „ambulanter Bereich“, „ambulante Fachversorgung“ und „Primärversorgung“ verstehen sich im Sinne des § 3 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, jedoch im Gegenstand eingeschränkt auf Krankenanstalten (Abs. 1; Z 42).

Im Abs. 1a soll vorgesehen werden, dass dem Bund die RSG-Entwürfe rechtzeitig zu übermitteln sind (Z 43).

Im Abs. 5 lit. g soll die Grundsatzbestimmung des § 10a Abs. 2 Z 7 des Kranken- und Kuranstaltengesetzes ausgeführt werden. In diesem Zusammenhang soll der Hinweis auf die Gesamtkapazitäten als relevanter Planungszielwert (maximale Größe) mögliche Fehlinterpretationen hinsichtlich der Begriffe „minimale Tagesklinikplätze“ und „minimale ambulante Betreuungsplätze“ ausräumen, zumal dies für die öffentlichen Krankenanstalten budgetrelevant ist (Z 45).

Zu den Z 46 und 47 (§ 63a Abs. 5 und 6):

Hier sollen jeweils die Grundsatzbestimmung des § 11a Abs. 4 des Zahnärztegesetzes ausgeführt werden. Diese sieht vor, dass die Landesgesetzgebung in Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG sicherzustellen hat, dass die Landesregierung ermächtigt ist, die im § 11a Abs. 2 Zahnärztegesetz abschließend aufgezählten Daten aus der Ärzteliste zu verarbeiten, soweit dies zu Zwecken der Erstellung der regionalen Strukturpläne Gesundheit und der Qualitätssicherung, einschließlich der Sicherstellung der Angelegenheiten der Zielsteuerung-Gesundheit auf Landesebene gemäß Art. 9 der Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit nach Maßgabe bundes- oder landesrechtlicher

Vorgaben, erforderlich ist. Die Pflicht zur Löschung wird grundsatzgesetzlich ebenfalls dezidiert vorgegeben und in das Landesrecht übernommen.

Zu den Z 48, 49 und 50 (§ 63a Abs. 9, 12 und 14):

Hier sollen notwendige Verweisanpassungen erfolgen.

Zu Z 51 (§ 64b Abs. 2):

Hier erfolgen notwendige Zitat Anpassungen. Darüber hinaus ist ein Verweis auf das Zahnärztegesetz aufzunehmen.

Zu Artikel II (Änderung des Tiroler Gesundheitsfondsgesetzes):

Zu Z 1 (§ 1 Abs. 1):

Der Tiroler Gesundheitsfonds wird ausschließlich im Rahmen der Privatwirtschaftsverwaltung tätig; es soll daher ein redaktionelles Versehen behoben werden.

Zu Z 2 (§ 1 Abs. 4 lit. b):

Als Teil der Gesundheitsreform wurden unter anderem auch die Ziele der Zielsteuerung Gesundheit teilweise neu definiert (vgl. Art. 6 Abs. 1 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit). Sichergestellt werden soll in Zukunft unter anderem eine umfassende Digitalisierung des Gesundheitswesens sowie der Ausbau von ambulanter Fach- und Spezialversorgung. Dadurch soll einerseits der stationäre Spitalsbereich entlastet werden und andererseits den Patienten – dem Prinzip „Best Point of service“ folgend – eine bedarfsgerechte und qualitätsvolle Gesundheitsversorgung zur Verfügung gestellt werden.

Der Tiroler Gesundheitsfonds hat im Rahmen seiner Zuständigkeit an der Umsetzung und Sicherstellung dieser Zielvorgaben mitzuwirken.

Zu den Z 3 und 4 (§ 2 Abs. 3 Einleitungssatz und lit. a):

Es sollen terminologische Anpassungen bzw. Klarstellungen erfolgen (§ 2 Abs. 3 Einleitungssatz und lit a; Z 3)

Im § 2 Abs. 3 lit. b soll angesichts der Adaptierung des „LKF-Modells 2025“ (vgl. Art. 15 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) die diesbezüglich notwendige gesetzliche Anpassung bereits im Rahmen dieser Novelle erfolgen (Z 4).

Zu Z 5 (§ 2 Abs. 6):

Der ÖSG löste den Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) ab. Die Bestimmung soll daher entsprechen angepasst werden.

Zu Z 6 (§ 2a lit. d):

Es soll eine Anpassung an die Vorgaben des Art. 26 Abs. 5 Z 2 lit. d der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgen.

Zu den Z 7 und 8 (§ 2b lit. b und h):

Neben der Erfüllung fondseigener Aufgaben (vgl. § 2) hat der Tiroler Gesundheitsfonds auch Aufgaben im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit wahrzunehmen. Im Zuge der Gesundheitsreform wurden die Aufgaben der Zielsteuerung-Gesundheit teilweise neu definiert bzw. entsprechend den Zielvorgaben adaptiert. Nunmehr soll vor dem Hintergrund der Vorgaben der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (vgl. Art. 9 Abs. 2 Z 1 und Z 7) eine Anpassung der Aufgabenwahrnehmung des Tiroler Gesundheitsfonds im Rahmen der Zielsteuerung erfolgen.

Zu den Z 9 und Z 10 (§ 7 Abs. 1 und Abs. 2):

Im Abs. 1 soll klargestellt werden, dass die Dotierungen zudem durch die Bundesgesundheitsagentur erfolgen können (Z 9).

Im Abs. 2 soll die Umsetzung des Art. 10 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 200/2013, erfolgen. Neben den Mitteln der Sozialversicherung hatten die Länder insgesamt bislang jährlich zwei Millionen Euro für die Gesundheitsförderung zur Verfügung zu stellen. Im Zuge der Gesundheitsreform wurde vereinbart, die Dotierung des Gesundheitsförderungsfonds seitens der Länder um jährlich 13 Millionen Euro zu erhöhen (vgl. Art. 31 Abs. 5 Z 2 lit. a der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zur Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens), sodass die Länder jährlich insgesamt 15 Millionen Euro an Finanzmittel für die

Gesundheitsförderung zur Verfügung stellen müssen (vgl. Art. 12 Abs. 2 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens).

Während es sich bei den 13 Millionen Euro um Vorwegabzüge der Länder handelt, welche seitens der Bundesgesundheitsagentur direkt an die Gesundheitsfonds angewiesen werden, haben die Länder den jeweiligen Anteil am „Grundbetrag“ in Höhe von insgesamt zwei Millionen Euro direkt an den jeweiligen Gesundheitsfonds anzuweisen (Z 10).

Zu Z 11 (§ 9 Abs. 1 lit. c):

Aufgrund der Vorgabe des Art. 53 Abs. 2 Z 2 lit. a der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wird der „geschäftsführende Ausschuss“ in „Präsidium“ umbenannt.

Zu den Z 12 bis 16 (§ 10 Abs. 1 erster Satz und lit. a, b, i, j und k):

Die Gesamtzahl der Angehörigen der Gesundheitsplattform soll von bisher 18 Mitglieder auf nunmehr 21 Mitglieder erhöht werden (Abs. 1; Z 12). Somit können sowohl auf Seiten des Landes als auch auf Seiten der Sozialversicherung jeweils sechs Vertreter mit Stimmrecht (bisher waren es jeweils fünf) an den Sitzungen teilnehmen (Z 14; Abs. 1 lit. b). Darüber hinaus soll in der nunmehrigen lit. j vorgesehen werden, dass auch ein Vertreter der nichtärztlichen Gesundheitsberufe stimmberechtigt sein soll, sofern durch die jeweiligen beruflichen Interessensvertretungen ein Vertreter gemeinsam vorgeschlagen wird (vgl. auch die Entschließung des Tiroler Landtags vom 06. Juli 2023, GZ 24/23; Z 16).

Zu den Z 17 bis 21 (§ 10 Abs. 2 und 3, § 11 Abs. 1, § 12 Abs. 1, § 14 Abs. 1 bis 3):

Es sollen notwendige Zitat Anpassungen und terminologische Änderungen erfolgen.

Zu den Z 22 und 23 (§ 15 Abs. 5 und 6):

Aufgrund der Erhöhung der Anzahl der Mitglieder der Gesundheitsplattform müssen auch die Stimmanteile im Hinblick auf die Beschlussfähigkeit angepasst werden. Darüber hinaus sollen notwendige Zitat Anpassungen erfolgen.

Zu den Z 25 und 26 (§ 15 Abs. 6 lit. a und b):

In Angelegenheiten des Fonds (§ 2) soll ein Beschluss nur dann zustande kommen können, wenn die anwesenden Mitglieder der Landesregierung bzw. die von der Landesregierung bestellten weiteren Mitglieder zustimmen (lit. a; Z 25).

Die lit b soll aufgehoben werden, da es sich hier um eine Angelegenheit handelt, deren Besorgung die Landes- Zielsteuerungskommission wahrzunehmen hat.

Zu Z 27 (§ 15 Abs. 6a):

Es sollen Anpassungen an die Vorgaben des Art. 26 Abs. 5 Z 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens vorgenommen werden.

Zu Z 28 (§ 16 Abs. 3):

Hier soll klargestellt werden, dass der Tiroler Gesundheitsfonds auch andere Verträge als Werk- oder Dienstverträge abschließen kann. In diesem Zusammenhang sind etwa „Kooperationsverträge“ zu nennen (z. B. Vertrag zwischen dem Tiroler Gesundheitsfonds und der Tirol Klinik GmbH über die Einrichtung und Ausstattung eines Landesinstituts für Integrierte Versorgung [LIV]).

Zu Z 29 (§ 16a Abs. 1):

Entsprechend der Vorgabe des Art. 27 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens soll die Anzahl der Mitglieder der Kurie des Landes sowie der Kurie der Sozialversicherung auf insgesamt jeweils sechs erhöht werden.

Zu Z 30 (§ 16b Abs. 1):

Es sollen sprachliche Anpassungen bzw. Klarstellungen erfolgen.

Zu Z 31 (§ 18 Abs. 7):

Die Bestimmung soll in Hinkunft nicht mehr ausschließlich auf COVID-19 abstellen, sondern allgemein gefasst werden.

Zu den Z 32, 33 und 34 (§ 18a Abs. 2 bis 4):

Es soll eine Anpassung an § 1 Abs. 1 (Abs. 2 erster Satz; Z 32) und die Umsetzung der Grundsatzbestimmung des § 11a Abs. 4 des Zahnärztegesetzes erfolgen (Abs. 3 und 4; Z 33 und 34). Diese sieht vor, dass die Landesgesetzgebung sicherzustellen hat, dass der Tiroler Gesundheitsfonds ermächtigt ist, die im § 11a Abs. 2 Zahnärztegesetz abschließend aufgezählten Daten aus der

Zahnärzteliste zu verarbeiten, soweit dies zu Zwecken der Erstellung der regionalen Strukturpläne Gesundheit und der Qualitätssicherung, einschließlich der Sicherstellung der Angelegenheiten der Zielsteuerung-Gesundheit auf Landesebene gemäß Art. 9 der Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit nach Maßgabe bundes- oder landesrechtlicher Vorgaben, erforderlich ist. Die Pflicht zur Löschung wird grundsätzlich ebenfalls dezidiert vorgegeben und in das Landesrecht übernommen.

Zu Z 35 (§ 22a):

Im Abs. 1 sollen lediglich sprachliche Anpassungen erfolgen. Im Abs. 2 soll für die Geltungsdauer des Landes-Zielsteuerungsübereinkommens keine starre zeitliche Grenze mehr eingezogen, sondern an den Zeitraum der Vereinbarungsperiode angeknüpft werden.

Zu Z 36 (§ 22b):

Zur besseren Lesbarkeit des Gesetzes soll auf die Bestimmungen des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes verwiesen werden, welches für die Landesebene die Inhalte der Landes-Zielsteuerungsübereinkommen definiert. Darüber hinaus soll gesetzlich festgelegt werden, dass die Zielsteuerungs-Partner (gesetzliche Krankenversicherung, Land Tirol) die vereinbarten Ziele im Rahmen ihrer Kompetenzen und Gestaltungsmöglichkeiten umzusetzen bzw. zu verwirklichen haben.

Zu Z 37 (§ 22c Abs. 3):

Es soll eine notwendige Zitat Anpassung erfolgen.

Zu Artikel III:

Die Abs. 1 bis 4 regeln das Inkrafttreten.

Zu Abs. 4 ist festzuhalten, dass § 339 ASVG am 1. Jänner 2024 außer Kraft gesetzt wurde. Diese Bestimmung betraf selbstständige Ambulatorien von Sozialversicherungsträgern. Die Sozialversicherungsträger wurden durch diese Bestimmung verpflichtet, sich ins Einvernehmen mit der örtlich zuständigen Landesärztekammer zu setzen, bevor ein Antrag auf Erteilung der Errichtungsbewilligung nach § 4a des Tiroler Krankenanstaltsgesetzes – bei gleichzeitigem Entfall der Bedarfsprüfung – bei der Landesregierung gestellt werden konnte. Diese Verpflichtung ist nunmehr entfallen. Gleichwohl ist es möglich, dass bereits vor dem Außerkrafttreten des § 339 ASVG ein Einvernehmen zwischen dem Sozialversicherungsträger und der örtlich zuständigen Ärztekammer erzielt wurde oder dass dies nach dem Außerkrafttreten dieser Bestimmung der Fall ist bzw. war. Für diese Fälle wird die Fortgeltung des § 4b Abs. 7 in der Fassung des Gesetzes LGBl. Nr. 96/2023 angeordnet, soweit ein Antrag auf Errichtungsbewilligung bis zum Inkrafttreten des im Entwurf vorliegenden Gesetzes bei der Landesregierung einbracht wurde.