Bundes-Zielsteuerungsvertrag

Zielsteuerung-Gesundheit

abgeschlossen zwischen dem

Bund,
vertreten durch den Bundesminister für Gesundheit,
Radetzkystraße 2, 1030 Wien,

dem

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung,
vertreten durch den Vorsitzenden des Verbandsvorstandes und die Vorsitzende der Trägerkonferenz,
im Folgenden kurz Hauptverband genannt,
Kundmanngasse 21, 1031 Wien

dem

Land Burgenland, Land Kärnten, Land Niederösterreich, Land Oberösterreich,
Land Salzburg, Land Steiermark, das Land Tirol, Land Vorarlberg, Land Wien,
jeweils vertreten durch den Landeshauptmann

Inhaltsverzeichnis

Teil A – Allgemeines
Artikel 1 Allgemeine Bestimmungen
Artikel 2 Gemeinsames Zukunftsbild
Artikel 3 Gemeinsame handlungsleitende Prinzipien (Werte)
Teil B – Steuerungsbereiche
Artikel 4 Allgemeine Bestimmungen zu den Steuerungsbereichen
Artikel 5 Strategische Ziele
Artikel 6 Ziele- und Maßnahmenkatalog: Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen
Artikel 7 Ziele- und Maßnahmenkatalog: Steuerungsbereich Versorgungsprozesse
Artikel 8 Ziele- und Maßnahmenkatalog: Steuerungsbereich Ergebnisorientierung
Artikel 9 Festlegung zur Finanzzielsteuerung (Finanzrahmenvertrag)
Artikel 10 Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen
Artikel 11 Finanzielle Bewertung der Ziele und Maßnahmen(pakete)
Teil C – Querschnittmaterien
Artikel 12 Stärkung der Gesundheitsförderung
Artikel 13 Inhalte und Prozesse zur Weiterentwicklung des ÖSG
Artikel 14 Monitoring und Berichtswesen
Artikel 15 Gesondert darzustellende Ausgaben gemäß Art. 24 Abs. 2 Z 4 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit
Artikel 16 Medikamentenkommission
Teil D – Schlussbestimmungen
Artikel 17 Streitigkeiten aus diesem Vertrag
Artikel 18 Vertragsänderungen und Salvatorische Klausel
Artikel 19 Geltungsdauer
Artikel 20 Sonstiges
Teil E – Anlagen
Anlage 1 – Tableaus zur Finanzzielsteuerung (Finanzrahmenvertrag)
Anlage 2 – Messgrößenbeschreibung zum Ziele- und Maßnahmenkatalog (Teil B)
Anlage 3 – Glossar

Teil A – Allgemeines

Artikel 1
Allgemeine Bestimmungen

1.1. Gegenstand/Zielsetzung

(1) Dieser Vertrag beruht auf der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, sowie dem Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I Nr. 81/2013, unter Berücksichtigung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, mit der die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens geändert wird.

(2) Dieser Vertrag wird vom Bund und den Ländern im Rahmen ihrer gesetzlichen Zuständigkeiten zur Vollziehung von Bundes- und Landesgesetzen sowie vom Hauptverband für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen ihrer Kompetenzen als Selbstverwaltungskörper nach Art. 120a ff. B-VG abgeschlossen.

(3) Die in diesem Vertrag verwendeten Begriffe sind im Sinn der in Abs. 1 genannten Rechtsgrundlagen auszulegen (vgl. auch Glossar in Anlage 3 im Teil E).

1.2. Regelungsebenen

(1) Die Vertragsparteien vereinbaren ausgehend von einer gemeinsamen Mission eine Vision über die zukünftige Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und dazu handlungsleitende Prinzipien. Darauf beruhend werden strategische Ziele festgelegt, die wiederum durch operative Ziele konkretisiert werden. Zu jedem operativen Ziel werden Messgrößen, Zielwerte und Maßnahmen definiert. Die Jahresarbeitsprogramme sind die aus den operativen Zielen abgeleiteten Maßnahmen, die für das jeweilige Kalenderjahr vereinbart werden.

(2) Strategische Ziele sind langfristig ausgerichtet und haben Programmcharakter.

(3) Operative Ziele sind kurz- oder mittelfristig und sind nach Möglichkeit in der jeweiligen Vertragsperiode, allenfalls in Phasen, umzusetzen.

Artikel 2
Gemeinsames Zukunftsbild

(1) Die Vertragsparteien setzen sich für ein längeres, selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit für alle Menschen in Österreich ein.

(2) Sie arbeiten gemeinsam für eine qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle Menschen, die durch ein solidarisches Gesundheitssystem nachhaltig sichergestellt wird.

(3) Das solidarische Gesundheitssystem des 21. Jahrhunderts in Österreich wird den sozialen Grundprinzipien ebenso gerecht wie allen Anforderungen an eine

bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte und wirkungsorientierte Gesundheitsversorgung. Diesem Gesundheitssystem liegt ein zeitgemäßes Versorgungsstufenkonzept und Rollenverständnis für die Akteure zugrunde.

(4) In einem modernen Gesundheitssystem hat die Erhaltung der Gesundheit einen hohen Stellenwert. Die Gesundheitsförderung und Prävention wird daher forciert.

(5) Die kurative Versorgung erfolgt am gemeinsam festgelegten „Best Point of Service“. Damit ist sichergestellt, dass die jeweils richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit der optimalen medizinischen und pflegerischen Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erbracht wird. Die Primärversorgung („Primary Health Care“) ist flächendeckend umgesetzt.

(6) Mehr Transparenz sowie die gestärkte Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ermöglichen die aktive Beteiligung der Menschen an den ihren Gesundheitszustand betreffenden Entscheidungsprozessen.

Artikel 3
Gemeinsame handlungsleitende Prinzipien (Werte)

Die Vertragsparteien legen ihrem Handeln bei der partnerschaftlichen Umsetzung der gemeinsamen Ziele der Zielsteuerung-Gesundheit die folgenden Prinzipien und Werte zugrunde:

3.1. Menschlichkeit und vertrauensvolle Zusammenarbeit

Menschlichkeit steht im Mittelpunkt unserer Arbeit. Wir begegnen einander mit Wertschätzung, Fairness und Respekt und stellen die Würde des Menschen in den Mittelpunkt unseres Versorgungsauftrages. Vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen allen Partnern und Akteuren im Gesundheitssystem ist dabei die Grundlage zur gemeinsamen Erreichung der vereinbarten Ziele. Verantwortungsvolles Handeln und offene Kommunikation in der Zusammenarbeit erzeugen das dafür notwendige gegenseitige Verständnis und Vertrauen.

3.2. Nachhaltiges, bedarfsgerechtes und gesamtwirtschaftlich sinnvolles Planen und Handeln

Zielorientiertes und vorausschauendes Planen und Handeln trägt zur hohen Qualität der Gesundheitsversorgung bei. Ressourcen werden am Bedarf der Bevölkerung ausgerichtet und dabei gesamtwirtschaftlich verantwortungsvoll eingesetzt. Gesundheits- und zukunftsorientiertes Handeln und kontinuierliches Optimieren des Gesundheitssystems stellen eine regional ausgewogene Versorgung auf hohem Niveau unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts und der zu erwartenden demographischen Entwicklung auch für die kommenden Generationen sicher.

3.3. Orientierung an den Rahmen-Gesundheitszielen

Handlungsleitend für die Zielsteuerung-Gesundheit sind die von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen Rahmen-Gesundheitsziele und daraus abzuleitende wirkungsorientierte Gesundheitsziele. Diese orientieren sich, unter Berücksichtigung des Beitrags aller relevanten Politikfelder (Health in All Policies) sowie von Empowerment und Partizipation, an den maßgeblichen Einflussfaktoren für Gesundheit (Determinanten). Die Gesundheitsziele berücksichtigen Gesundheit als Leitbegriff und richten sich auf die kollektive Gesundheit der Bevölkerung oder von Bevölkerungsgruppen. Die Umsetzung der Maßnahmen erfolgt im Rahmen einer zwischen den Vertragsparteien abgestimmten Gesundheitsförderungsstrategie, die sich vorrangig auf strukturelle Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung fokussiert und sich aus den Ergebnissen des politikfelderübergreifenden Umsetzungsprozesses der (Rahmen-)Gesundheitsziele ableitet. Die Erreichung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit und die Gesundheit der Bevölkerung schon positiv ab der frühen Kindheit zu beeinflussen stehen im Mittelpunkt unserer Arbeit.

3.4. Bekenntnis zu Qualität

Die Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität hat oberste Priorität und erfolgt flächendeckend, bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend. Die Qualitätsarbeit fördert die Patientensicherheit und den Behandlungserfolg nachhaltig. Die Versorgungsqualität wird als Orientierungshilfe für die Bevölkerung transparent gemacht und stellt eine wesentliche Grundlage für Weiterentwicklungen im Gesundheitswesen dar.

3.5. Selbstbestimmung, Bürger- und Patientenorientierung

Die Menschen stehen im Mittelpunkt aller Entscheidungen und Aktivitäten zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung und werden mit allen zur Verfügung stehenden Instrumenten und Maßnahmen dabei unterstützt, ihre Gesundheit und Lebensqualität selbst mitzugestalten und zu verbessern. Insbesondere werden die gesundheitsbezogenen Kompetenzen der Bürgerinnen und Bürger gestärkt, um eine aktive Beteiligung der/des Einzelnen an gesundheitsrelevanten Entscheidungen ihren Gesundheitszustand betreffend zu ermöglichen.

3.6. Orientierung an Beschäftigten und freiberuflich Tätigen im Gesundheitswesen

Die hoch motivierten und gut ausgebildeten Beschäftigten in Gesundheitseinrichtungen und freiberuflich tätigen Gesundheitsdiensteanbieter sind die wichtigste Ressource für die Gesundheitsversorgung. Sie gewährleisten eine hohe Versorgungsqualität.

3.7. Solidarität und Gerechtigkeit

Die Umsetzung der gemeinsamen Ziele festigt das Grundprinzip der Solidarität im Gesundheitssystem. Die unterschiedlich verteilten Ressourcen und Belastungen der

einzelnen Menschen werden mit Fairness und Respekt gemeinschaftlich ausgeglichen.

3.8. Transparenz und Wirkungsorientierung

Die Funktionsweise und die Qualität des Gesundheitssystems sowie gesundheits- und systemrelevante Entscheidungen, Handlungen und Leistungen werden mit höchstmöglicher Transparenz und für die Bevölkerung verständlich und nachvollziehbar dargestellt. Handlungen und Entscheidungen orientieren sich an den angestrebten Wirkungen und den dafür erforderlichen Leistungen in optimaler Qualität. Dabei stehen der kollektive Gesundheitsnutzen und die Effektivität der Versorgung im Mittelpunkt.

Teil B – Steuerungsbereiche

Artikel 4
Allgemeine Bestimmungen zu den Steuerungsbereichen

(1) Die Partner der Zielsteuerung verpflichten sich, die im Folgenden angeführten, den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung zugeordneten, strategischen und operativen Ziele und daraus abgeleiteten Maßnahmen im Rahmen ihrer jeweiligen verfassungsrechtlichen Zuständigkeit zu verfolgen. Ebenso finden sich die Festlegungen für den Steuerungsbereich Finanzziele in diesem Teil des Bundes-Zielsteuerungsvertrags.

(2) Eine maßgebliche Orientierung für diese Ziele und Maßnahmen ergibt sich aus den Rahmen-Gesundheitszielen. Die Verfolgung der Ziele und die Umsetzung der Maßnahmen leisten im Zusammenhang mit der Zielsteuerung-Gesundheit einen relevanten Beitrag zur Erreichung der Rahmen-Gesundheitsziele. Die operativen Ziele und Maßnahmen zur Qualität orientieren sich an der von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen Qualitätsstrategie.

(3) Die Priorisierung der operativen Ziele erfolgte grundsätzlich über die Terminisierung der Maßnahmen. Dabei waren insbesondere maßgeblich: der Patientennutzen, der potentielle Ausgabendämpfungseffekt, die Logik der zeitlichen Abfolge zusammenhängender Ziele und die rasche Umsetzbarkeit von Maßnahmen.

(4) Die konkrete Umsetzung der Maßnahmen erfolgt auf Basis der jeweiligen Jahresarbeitsprogramme.

(5) Die potenzielle Auswirkung auf den Ausgabendämpfungspfad ist bei allen Maßnahmen zu beachten.

(6) Für die Umsetzung der vereinbarten Ziele und Maßnahmen sind die notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen (z.B. Bundes- und Landesgesetze) zu schaffen.

(7) Ein zentrales Element des Ziele- und Maßnahmenkatalogs ist die Erbringung von Leistungen am „Best Point of Service“. Dieser kann auf allen Versorgungsstufen im Gesundheitssystem verortet sein.

(8) Alle Zielwerte, bei denen weder in der entsprechenden Maßnahme noch in der Messgröße eine Jahreszahl zugeordnet ist, beziehen sich, soweit die Bundes-Zielsteuerungskommission nichts anderes bestimmt, auf die Geltungsdauer des Vertrags (Ende 2016).

Artikel 5
Strategische Ziele

In nachfolgender Tabelle werden die zu den 4 Steuerungsbereichen vereinbarten strategischen Ziele dargestellt.

Steuerungsbereich	Strategische Ziele
Versorgungsstrukturen	1. Versorgungsaufträge und Rollenverteilung für alle Versorgungsstufen (Primärversorgung, ambulante spezialisierte Versorgung und stationäre Versorgung) mit Blick auf „Best Point of Service“ definieren und erste Umsetzungsschritte setzen 2. Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und dem Abbau bzw. der Verhinderung von Parallelstrukturen 3. Aus- und Fortbildung aller relevanten Berufsgruppen systematisch über das gesamte Berufsleben an den Versorgungserfordernissen orientieren
Versorgungsprozesse	1. Behandlungs- und Versorgungsprozesse inklusive der Versorgung mit Medikamenten sektorenübergreifend am Patientenbedarf und am „Best Point of Service“ orientieren 2. Organisationsentwicklung, Kooperation und Kommunikation durch den Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologie unterstützen
Ergebnisorientierung	1. Zahl der gesunden Lebensjahre erhöhen und Lebensqualität von erkrankten Personen verbessern 2. Behandlungsqualität in allen Versorgungsstufen sicherstellen, routinemäßig messen und transparent machen 3. Patientensicherheit und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung insbesondere in Bezug auf Information und Kommunikation stärken und routinemäßig messen 4. Hohe Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung sicherstellen und routinemäßig messen
Finanzziele	1. Finanzierbarkeit der öffentlichen Gesundheitsausgaben durch Einhaltung des vereinbarten Ausgabendämpfungspfads gewährleisten (siehe Art. 9) 2. Sektorenübergreifende Finanzierung ermöglichen; und geänderte Finanzbelastungen, die durch im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit vereinbarte Maßnahmen oder durch einseitig im Sinne des Art. 10 Abs. 4 gesetzte Handlungen für einen der Partner der Zielsteuerung entstehen, ausgleichen (siehe Art. 10) 3. Finanzierungs- und Honorierungssysteme am „Best Point of Service“ ausrichten (ist bei den operativen Zielen und Maßnahmen zu den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung mit umfasst)

Artikel 6
Ziele- und Maßnahmenkatalog: Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen

6	**Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen**		
6.1.	**Strategisches Ziel**	Versorgungsaufträge und Rollenverteilung für alle Versorgungsstufen (Primärversorgung, ambulante spezialisierte Versorgung und stationäre Versorgung) mit Blick auf „Best Point of Service“ definieren und erste Umsetzungsschritte setzen	
6.1.1.	**Operatives Ziel**	Abgegrenzte, klare Versorgungsaufträge (inhaltlich und zeitlich, insbesondere auch für Tagesrand- und Wochenendzeiten) und Rollenverteilungen für alle Versorgungsstufen und für die wesentlichen Anbieter innerhalb der Versorgungsstufen bis Mitte 2015 mit Blick auf „Best Point of Service“ definieren und bis Ende 2016 erste Umsetzungsschritte auf Landesebene setzen	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	Bundesländerübergreifende, systematische, differenzierte Erhebung und Analyse der Patientenströme unter Berücksichtigung des Zuweisungsverhaltens der Anbieter (einschließlich Sicherstellung der Datengrundlagen und Methoden) bis Ende 2013
		Maßnahme 2	Grundkonzeptionierung für Versorgungsaufträge und Rollenverteilungen bis Mitte 2014 entwickeln und zwischen den Vertragsparteien abstimmen
		Maßnahme 3	Detailkonzepterstellung inkl. Entwicklung von quantitativen Indikatoren zur Feststellung der Versorgungswirksamkeit bis Mitte 2015
		Maßnahme 4	Schaffen rechtlicher und organisatorischer Voraussetzungen auf Bundesebene, inklusive ÖSG bis Ende 2015
		Maßnahme 5	Unterstützung durch die Bundesebene bei Umsetzungsschritten auf Landesebene
		Maßnahme 6	Erstellen eines Konzepts zur Sicherstellung der öffentlichen Gesundheitsaufgaben auf kommunaler Ebene (insbesondere Totenbeschauen, Fahrtauglichkeitsüberprüfungen (§ 5 StVO), UbG-Untersuchungen, schulärztliche Versorgung) bis Mitte 2014
	Messgröße(n)	1) Abgestimmtes und in der B-ZK beschlossenes Konzept liegt vor 2) Rechtliche und organisatorische Voraussetzungen auf Bundesebene liegen vor 3) Anzahl der definierten und umgesetzten Versorgungsaufträge – differenziert nach Versorgungsstufen 4) Quantitative Indikatoren zur Feststellung der Versorgungswirksamkeit liegen Ende 2015 vor 5) Anteil der Bevölkerung, der nach den im Konzept vorgesehenen Öffnungszeiten am Tagesrand und Wochenende ambulant versorgt werden kann – differenziert nach Versorgungsstufen 6) Konzept zur Sicherstellung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf kommunaler Ebene liegt vor	
	Zielwert(e)	1) 1 2) 1 3) Ist im Zusammenhang mit dem Detailkonzept bis Mitte 2015 festzulegen 4) 1 5) Ist im Zusammenhang mit dem Detailkonzept bis Mitte 2015 festzulegen 6) 1	

6	**Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen**		
6.1.	**Strategisches Ziel**	Versorgungsaufträge und Rollenverteilung für alle Versorgungsstufen (Primärversorgung, ambulante spezialisierte Versorgung und stationäre Versorgung) mit Blick auf „Best Point of Service“ definieren und erste Umsetzungsschritte setzen	
6.1.2.	**Operatives Ziel**	Multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung („Primary Health Care“) bis Mitte 2014 konzipieren und in der Folge Primärversorgungsmodelle auf Landesebene bis 2016 umsetzen	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	Erstellung eines multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgungskonzepts und Vorlage an die B-ZK bis Mitte 2014 zur Beschlussfassung
		Maßnahme 2	Schaffung der für die Umsetzung des multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgungsmodells erforderlichen Voraussetzungen (inkl. rechtliche Voraussetzungen, Kompetenzprofile und Rahmenbedingungen) auf Bundesebene bis Ende 2014
		Maßnahme 3	Unterstützung durch die Bundesebene bei der Umsetzung des multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgungskonzepts auf Landesebene
	Messgröße(n)	1) Abgestimmtes multiprofessionelles und interdisziplinäres Primärversorgungkonzept liegt vor 2) Rechtliche Regelungen sind vorhanden 3) Anteil der Bevölkerung, der in multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgungsmodellen versorgt werden kann	
	Zielwert(e)	1) 1 2) 1 3) Vorerst bis Ende 2016 mindestens 1 % der Bevölkerung pro Bundesland (das entspricht österreichweit mindestens 80.000 Personen)	

6	**Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen**		
6.2.	**Strategisches Ziel**	Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und dem Abbau bzw. der Verhinderung von Parallelstrukturen	
6.2.1.	**Operatives Ziel**	Bestehende ambulante Strukturen bedarfsorientiert anpassen und in neue bzw. strukturell und organisatorisch angepasste Angebote an multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsformen im ambulanten Bereich partiell überführen	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	Entwicklung von pauschalen Honorierungsmodellen für interdisziplinäre Gruppenpraxen bis Ende 2013 (gemäß ASVG §§ 342a, 652)
		Maßnahme 2	Schaffung von konzeptiven und operativen Grundlagen und allfälliger erforderlicher Rahmenregelungen für die Etablierung von multiprofessionell und/oder interdisziplinär organisierten Versorgungsformen im ambulanten Bereich inklusive neuer Abrechnungsmodelle bis Ende 2014
		Maßnahme 3	Anpassung rechtlicher Voraussetzungen bis Ende 2014
		Maßnahme 4	Unterstützung durch die Bundesebene bei der Etablierung von multiprofessionell und/oder interdisziplinär organisierten ambulanten Versorgungsformen (z.B. Anreize festlegen, Vorbereitung für eine mögliche Evaluierung)
	Messgröße(n)	1) Anzahl der auf Landesebene umgesetzten multiprofessionellen und/oder interdisziplinären ambulanten Versorgungsformen 2) Anteil der in diesen Versorgungsformen versorgten Patienten an allen Patienten im ambulanten Bereich 3) Rechtliche Anpassungen sind erfolgt	
	Zielwert(e)	1) mindestens 2 pro Bundesland 2) Ist im Zusammenhang mit dem Konzept bis Ende 2014 festzulegen 3) 1	

6	**Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen**		
6.2.	**Strategisches Ziel**	Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und dem Abbau bzw. der Verhinderung von Parallelstrukturen	
6.2.2.	**Operatives Ziel**	Leistungserbringung für ausgewählte tagesklinisch erbringbare Leistungen entsprechend „Best Point of Service“ in adäquaten nicht-stationären Versorgungsformen (spezialisierte krankenanstaltenrechtliche ambulante Versorgungsstufe) forcieren	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	Anpassung des Krankenanstaltenrechts dahingehend, dass die „Tagesklinik“ dem ambulanten Bereich zuzuordnen ist
		Maßnahme 2	Schaffen von Anreizsystemen zur Forcierung der Verlagerung bis Mitte 2014 (z. B. LKF 2015 und PKV)
		Maßnahme 3	Definition weiterer tagesklinisch erbringbarer Leistungsbündel bis Ende 2014
		Maßnahme 4	Unterstützung durch die Bundesebene bei der Einrichtung bzw. Umwidmung adäquater Strukturen auf Landesebene
	Messgröße(n)	1) Anpassung des Krankenanstaltenrechts ist erfolgt 2) Ausgehend von der Liste der tagesklinisch erbringbaren Leistungsbündel im Teil E sind weitere tagesklinisch erbringbare Leistungsbündel definiert 3) Anteil der in nicht-stationären Versorgungsformen erbrachten tagesklinisch erbringbaren Leistungen gemessen an der Gesamtzahl dieser Leistungen im Jahr 2016	
	Zielwert(e)	1) 1 2) 1 3) Der untere Wert der Zielwerte in Anlage 2.1 des Teil E ist auf Landesebene mindestens zu erreichen; der obere Wert ist anzustreben.	

6	**Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen**		
6.2.	**Strategisches Ziel**	Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und dem Abbau bzw. der Verhinderung von Parallelstrukturen	
6.2.3.	**Operatives Ziel**	Die Anzahl der durch Fehlanreize bewirkten, medizinisch nicht indizierten Null-Tages-Aufenthalte/Ein-Tages-Aufenthalte reduzieren	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	Identifikation und Analyse der relevanten Krankheitsgruppen bis Ende 2013
		Maßnahme 2	Reduktion durch Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen Dokumentation und eines bundesweit einheitlichen Abrechnungsmodells des Bereichs Ein-Tages-Aufenthalte/Null-Tages-Aufenthalte/Spitalsambulant bis Mitte 2015
	Messgröße(n)	1) Analyse liegt vor 2) Ein bundesweit einheitliches Dokumentations- und Abrechnungsmodell für den Bereich Ein-Tages-Aufenthalte/Null-Tages-Aufenthalte/Spitalsambulant ist in allen Bundesländern eingeführt	
	Zielwert(e)	1) 1 2) 9	

6	**Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen**		
6.2.	**Strategisches Ziel**	Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und durch den Abbau bzw. die Verhinderung von Parallelstrukturen	
6.2.4.	**Operatives Ziel**	Präoperative Verweildauern durch Optimierungsmaßnahmen in den Krankenanstalten auf das medizinisch notwendige Maß anpassen	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	Unterstützung der Umsetzung der BQLL Präoperative Diagnostik durch die Bundesebene auf Landesebene (z. B. durch Anreize im Bereich der Finanzierung)
	Messgröße(n)	1) Präoperative Verweildauer (Belagstage pro stationärem Aufenthalt mit ausgewählten elektiven operativen MEL, Differenz Aufnahmedatum/OP-Datum), (vgl. Anlage 2.2 in Teil E)	
	Zielwert(e)	1) Maximal 1 Belagstag	

6	**Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen**		
6.2.	**Strategisches Ziel**	Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und durch den Abbau bzw. die Verhinderung von Parallelstrukturen	
6.2.5.	**Operatives Ziel**	Auf Basis der für alle Versorgungsstufen definierten Versorgungsaufträge und Rollen Überkapazitäten und nicht erforderliche Parallelstrukturen identifizieren und im Rahmen einer abgestimmten bedarfsorientierten Angebotsplanung abbauen	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	Anpassung der Planungsempfehlungen und Planungsrichtwerte im ÖSG sowie allfällige rechtliche Änderungen bis Ende 2015
		Maßnahme 2	Laufende Identifikation von Überkapazitäten und nicht erforderlichen Parallelstrukturen auf Basis der definierten Versorgungsaufträge und Rollen sowie unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Indikatoren und einer morbiditätsbasierten Versorgungsforschung
	Messgröße(n)	1) Planungsempfehlungen und Planungswerte sind im ÖSG festgelegt 2) Überkapazitäten und nicht erforderliche Parallelstrukturen sind identifiziert	
	Zielwert(e)	1) 1 2) 1	

6	**Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen**		
6.2.	**Strategisches Ziel**	Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und dem Abbau bzw. der Verhinderung von Parallelstrukturen	
6.2.6.	**Operatives Ziel**	Akutstationären Bereich entlasten durch Sicherstellung entsprechender Versorgung in Bezug auf ausgewählte medizinisch begründete vermeidbare Aufenthalte	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	Definition von medizinisch begründet vermeidbaren Aufenthalten an internationalen Vorbildern orientiert und im österreichischen Kontext angepasst bis Ende 2013
		Maßnahme 2	Systematische Analyse der Entwicklung von medizinisch begründet vermeidbaren Aufenthalten bis Mitte 2014 und Ausarbeiten von differenzierten Empfehlungen zur Reduktion bis Mitte 2015
	Messgröße(n)	1) Definition der medizinisch begründet vermeidbaren Aufenthalte liegt vor 2) Analyse liegt vor 3) Empfehlungen liegen vor 4) Entwicklung ausgewählter medizinisch begründeter vermeidbarer Aufenthalte im Zeitverlauf	
	Zielwert(e)	1) 1 2) 1 3) 1 4) Festlegung der Zielwerte erfolgt in Zusammenhang mit den Empfehlungen bis Mitte 2015	

6	**Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen**		
6.2.	**Strategisches Ziel**	Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und dem Abbau bzw. der Verhinderung von Parallelstrukturen	
6.2.7.	**Operatives Ziel**	Unterschiedliche Versorgungs- und Leistungsdichten im akutstationären und ambulanten Bereich vor dem Hintergrund vorhandener nationaler und internationaler Indikatoren mit Bandbreiten analysieren und evidente Über-, Unter- und Fehlversorgung auf Landesebene beseitigen	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	Detaillierte Analyse unterschiedlicher Versorgungs- und Leistungsdichten mit regionaler und sektoraler Differenzierung bis Ende 2013 durchführen und sich daraus ergebende Verbesserungspotentiale unter Berücksichtigung der Versorgungsforschung aufzeigen
		Maßnahme 2	Entwicklung von weiteren Indikatoren zur Messung der Versorgungs- und Leistungsdichte bis Ende 2014
	Messgröße(n)	1) Analyse mit Verbesserungspotentialen liegt vor 2) Dokumentation der Entwicklung aller Indikatoren (gemäß Messgrößen 3) a) bis e)) wird laufend durchgeführt 3) Entwicklung der Versorgungs- und Leistungsdichte im Gesundheitswesen im Zeitverlauf, insbesondere anhand folgender Indikatoren: a) Belagstage je 1.000 Einwohner in Fondskrankenanstalten b) Krankenhaushäufigkeit je 1.000 Einwohner in Fondskrankenanstalten c) Durchschnittliche Verweildauer in Belagstagen in Fondskrankenanstalten d) Inanspruchnahme im ambulanten Bereich (e-Card Kontakte, Frequenzen in Spitalsambulanzen; ab 2014: Leistungshäufigkeiten) e) Davon abgeleitet die Kapazitäten: - Akutbettendichte - Versorgungswirksame Kapazitäten für den ambulanten Bereich (vgl. Anlage 2.3. - 2.5. in Teil E zur Berechnung von Indikatoren) 4) Weitere Indikatoren bzgl. Versorgungs- und Leistungsdichte liegen vor	
	Zielwert(e)	1) 1 2) 1 3) Fortschreibung des rückläufigen Trends auf Bundesebene, das heißt in Bezug auf * a) Belagstage je 1.000 Einwohner: Reduktion österreichweit um mindestens 1,8%, optimal um 2,2% jährlich b) Krankenhaushäufigkeit je 1.000 Einwohner: Reduktion österreichweit um mindestens 1,1%, optimal um 4% jährlich c) Durchschnittliche Verweildauer in Belagstagen: Reduktion österreichweit um mindestens 0,8%, optimal um 1,2% jährlich Nach Vorliegen des Versorgungsstufenkonzepts und des Primärversorgungskonzepts sind die Zielwerte a) bis c) zu adaptieren sowie Zielwerte für d) und allenfalls – wenn die Zielwerte a) bis d) nicht ausreichen sollten – für e) zu definieren 4) 1 * Bei einer allfälligen Änderung der demographischen Entwicklung wäre eine entsprechende Anpassung der Zielwerte vorzunehmen	

6	**Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen**		
6.3.	**Strategisches Ziel**	Aus- und Fortbildung aller relevanten Berufsgruppen systematisch über das gesamte Berufsleben an den Versorgungserfordernissen orientieren	
6.3.1.	**Operatives Ziel**	Auf Basis der definierten Versorgungsaufträge die Kompetenzprofile und die Rahmenbedingungen für die relevanten Berufsgruppen weiterentwickeln und in der Folge die Angebote der Aus- und laufenden Fortbildung daran orientieren	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	Festlegung der vorrangig zu behandelnden Berufsgruppen auf Basis der definierten Versorgungsaufträge und Rollen (vgl. op. Ziele 6.1.1. und 6.1.2.) bis Mitte 2014
		Maßnahme 2	Entwicklung von Kompetenzprofilen und Rahmenbedingungen für die vorrangig zu behandelnden Berufsgruppen bis Ende 2015
		Maßnahme 3	Anpassung von bestehenden Curricula an die entwickelten Kompetenzprofile bis Mitte 2016
		Maßnahme 4	Anpassung der rechtlichen Grundlagen bis Ende 2016
	Messgröße(n)	1) Vorrangig zu behandelnde Berufsgruppen sind festgelegt 2) Kompetenzprofile für vorrangig zu behandelnde Berufsgruppen liegen vor 3) Curricula wurden an die entwickelten Kompetenzprofile angepasst 4) Rechtsgrundlagen wurden angepasst	
	Zielwert(e)	1) 1 2) 1 3) 1 4) 1	

Artikel 7
Ziele- und Maßnahmenkatalog: Steuerungsbereich Versorgungsprozesse

7	**Steuerungsbereich Versorgungsprozesse**		
7.1.	**Strategisches Ziel**	Behandlungs- und Versorgungsprozesse inklusive der Versorgung mit Medikamenten sektorenübergreifend am Patientenbedarf und am „Best Point of Service“ orientieren	
7.1.1.	**Operatives Ziel**	Bundeseinheitliche Qualitätsstandards für ausgewählte Themenbereiche festlegen und in der Folge auf Landesebene umsetzen	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	Analyse des bundeseinheitlichen Qualitätsstandards Aufnahme- und Entlassungsmanagement (AUFEM) im Hinblick auf den Umsetzungsgrad und Ursachen für die bisherige Nicht-Umsetzung bis Ende 2013 sowie anschließend Überprüfung hinsichtlich Patientenbedarf und „Best Point of Service (BPoS)“
		Maßnahme 2	Entwicklung von auf Bundesebene allenfalls zu setzenden Maßnahmen zur Unterstützung bei der Umsetzung des bundeseinheitlichen Qualitätsstandards Aufnahme- und Entlassungsmanagement (AUFEM) bis Ende 2014 und in der Folge deren Umsetzung
		Maßnahme 3	Vereinbarung (insbesondere Themenauswahl), Erstellung und Veröffentlichung von Themenqualitätsberichten (einschließlich Handlungsempfehlungen)
		Maßnahme 4	Definition und erste Priorisierung von weiteren Themenbereichen für bundeseinheitliche Qualitätsstandards und Abstimmung mit den Vertragsparteien bis Mitte 2014
		Maßnahme 5	Beginnend mit Mitte 2014 Entwicklung und Abstimmung der als vordringlich erkannten weiteren Qualitätsstandards
	Messgröße(n)	1) Analyse des bundeseinheitlichen Qualitätsstandards Aufnahme- und Entlassungsmanagement (AUFEM) liegt vor 2) Umsetzungsgrad der Bundesqualitätsleitlinie AUFEM auf Landesebene 3) Maßnahmen zur Unterstützung bei der Umsetzung sind entwickelt und umgesetzt 4) Weitere Themenbereiche für bundeseinheitliche Qualitätsstandards sind abgestimmt 5) Umsetzungsreife bundeseinheitliche Qualitätsstandards sind entwickelt	
	Zielwert(e)	1) 1 2) 100 % 3) 1 4) 1 5) 1	

7	**Steuerungsbereich Versorgungsprozesse**		
7.1.	**Strategisches Ziel**	Behandlungs- und Versorgungsprozesse inklusive der Versorgung mit Medikamenten sektorenübergreifend am Patientenbedarf und am „Best Point of Service“ orientieren	
7.1.2.	**Operatives Ziel**	Integrierte Versorgungsprogramme für ausgewählte häufige und/ oder chronische Erkrankungen entwickeln und festlegen und in der Folge auf Landesebene umsetzen	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	Evaluierung und ggf. Adaptierung der bestehenden Integrierte Versorgungsprogramme bis Ende 2015
		Maßnahme 2	Abstimmung zwischen den Vertragsparteien, welche weiteren integrierten Versorgungsprogramme unter Berücksichtigung der Evaluierungsergebnisse bereits bestehender Integrierte Versorgungsprogramme entwickelt und gemeinsam umgesetzt werden sollen; bis Ende 2015
		Maßnahme 3	Schrittweise Erarbeitung der vereinbarten integrierten Versorgungsprogramme für ausgewählte Krankheitsbilder und Vorlage an die B-ZK sowie allfällige rechtliche Anpassung bis Ende 2016
	Messgröße(n)	1) Evaluierungsergebnisse und Adaptierungsbedarf liegen vor 2) Abstimmungsergebnis über weitere gemeinsam umzusetzende integrierte Versorgungsprogramme liegt vor 3) Integrierte Versorgungsprogramme für ausgewählte Krankheitsbilder liegen vor 4) Anteil der in den integrierten Versorgungsprogrammen jeweils versorgten Patientinnen und Patienten 5) Entwicklung der Krankenhausaufenthalte in Bezug auf die von den Versorgungsprogrammen erfassten Krankheitsbilder	
	Zielwert(e)	1) 1 2) 1 3) 1 4) Ist für das jeweilige integrierte Versorgungsprogramm im zeitlichen Zusammenhang mit den Maßnahmen 1 bis 3 festzulegen 5) Ist für das jeweilige integrierte Versorgungsprogramm im zeitlichen Zusammenhang mit den Maßnahmen 1 bis 3 festzulegen	

7	**Steuerungsbereich Versorgungsprozesse**		
7.1.	**Strategisches Ziel**	Behandlungs- und Versorgungsprozesse inklusive der Versorgung mit Medikamenten sektorenübergreifend am Patientenbedarf und am „Best Point of Service“ orientieren	
7.1.3.	**Operatives Ziel**	Ausgewählte sektorenübergreifenden Probleme iZm der Medikamentenversorgung mit Blick auf den BPoS sowie Effektivität und Effizienz lösen	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	Tätigkeit der gemeinsamen Medikamentenkommission für den intra- und extramuralen Bereich, insbesondere für hochpreisige und spezialisierte Medikamente, bis Ende 2013 aufnehmen
		Maßnahme 2	Konzept (inkl. Grundsätze) für den sektorenübergreifend abgestimmten effektiven und effizienten Einsatz sowie die Verschreibung und Empfehlung von Medikamenten erstellen (z. B. § 24 Abs. 2, 3. und 4. Satz KAKuG; Reduktion von Polypharmazie, Evidenzbasierung) bis Ende 2014 und in der Folge umsetzen
	Messgröße(n)	1) Gemeinsame Medikamentenkommission ist eingerichtet und hat die Tätigkeit aufgenommen 2) Anteil der von der Medikamentenkommission ausgesprochenen Empfehlungen in Bezug auf die eingereichten Fälle 3) Anteil der von der B-ZK angenommenen Empfehlungen der Medikamentenkommission 4) Konzept liegt vor	
	Zielwert(e)	1) 1 2) 100 % 3) 100 % 4) 1	

7	**Steuerungsbereich Versorgungsprozesse**		
7.1.	**Strategisches Ziel**	Behandlungs- und Versorgungsprozesse inklusive der Versorgung mit Medikamenten sektorenübergreifend am Patientenbedarf und am „Best Point of Service“ orientieren	
7.1.4.	**Operatives Ziel**	Für definierte hochpreisige und spezialisierte Medikamente sind auf Bundes- und/oder Landesebene gemeinsame Versorgungsmodelle sowie sektorenübergreifende Finanzierungskonzepte mit gemeinsamer Finanzverantwortung zu entwickeln und in der Folge umzusetzen	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	Festlegung bis Ende 2013, für welche Medikamente gemeinsame Versorgungsmodelle und Finanzierungskonzepte mit einer gemeinsamen Finanzverantwortung entwickelt werden
		Maßnahme 2	Entwicklung von gemeinsamen Versorgungsmodellen sowie sektorenübergreifenden Finanzierungskonzepten für die definierten Medikamente bis Ende 2014
	Messgröße(n)	1) Definition der Medikamente ist erfolgt 2) Gemeinsame Versorgungsmodelle und sektorenübergreifende Finanzierungskonzepte sind entwickelt	
	Zielwert(e)	1) 1 2) 1	

7	**Steuerungsbereich Versorgungsprozesse**		
7.2.	**Strategisches Ziel**	Organisationsentwicklung, Kooperation und Kommunikation durch den Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologie unterstützen	
7.2.1.	**Operatives Ziel**	Sektorenübergreifende einheitliche Diagnosen- und Leistungsdokumentation (standardisiert und codiert) sicherstellen und schrittweise umsetzen	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	Sicherstellung von validen Datengrundlagen über die ambulante Leistungserbringung auf Basis der mit 1.1.2014 bundesweit und flächendeckend einzuführenden „ambulanten Leistungsdokumentation“ bis Ende 2015
		Maßnahme 2	Erstellung eines Konzepts inkl. Vorschläge für Pilotprojekte für die verbindliche Einführung einer standardisierten und codierten Diagnosedokumentation im ambulanten Bereich und Vorlage an die BGK bis Ende 2013
		Maßnahme 3	Schaffung der für die flächendeckende verbindliche Umsetzung dieses Konzeptes erforderlichen Voraussetzungen (inklusive rechtlicher Voraussetzungen) auf Bundesebene bis Ende 2015
		Maßnahme 4	Unterstützung bei der Einführung der ambulanten Dokumentation auf Landesebene
		Maßnahme 5	Unterstützung durch die Bundesebene bei der kontinuierlichen Verbesserung der Datenqualität auf Landesebene und bei datenschutzrechtlichen Fragestellungen
	Messgröße(n)	1) Valide Datengrundlagen über die Leistungen im ambulanten Bereich liegen vor 2) Ein von der BGK abgenommenes Konzept liegt vor 3) Anzahl der Pilotprojekte, in denen Diagnosedokumentation (standardisiert und codiert) im ambulanten Bereich eingeführt ist 4) Umsetzungsgrad der sektorenübergreifenden Diagnosen- und Leistungsdokumentation auf Landesebene bis Ende 2016	
	Zielwert(e)	1) 1 2) 1 3) Mindestens 3 in Österreich 4) 100 %	

7	**Steuerungsbereich Versorgungsprozesse**		
7.2.	**Strategisches Ziel**	Organisationsentwicklung, Kooperation und Kommunikation durch den Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologie unterstützen	
7.2.2.	**Operatives Ziel**	BQLL präoperative Diagnostik umsetzen	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	Unterstützung durch die Bundesebene bei der Implementierung der EDV-Lösung PROP auf Landesebene
		Maßnahme 2	Analyse des bundeseinheitlichen Qualitätsstandards Präoperative Diagnostik in Hinblick auf den Umsetzungsgrad und Ursachen für die bisherige Nicht-Umsetzung bis Ende 2014 sowie anschließend Überprüfung hinsichtlich Patientenbedarf und BPoS
		Maßnahme 3	Entwicklung einer Messmethode zur Evaluation der Auswirkungen der BQLL PRÄOP bis Ende 2016
	Messgröße(n)	1) Umsetzungsgrad einer geeigneten EDV-Lösung (z.B. PROP) für die BQLL Präoperative Diagnostik auf Landesebene 2) Analyse des bundeseinheitlichen Qualitätsstandards liegt vor 3) Messmethode liegt vor 4) Umsetzungsgrad der Bundesqualitätsleitlinie Präoperative Diagnostik	
	Zielwert(e)	1) 100 % in allen Bundesländern bis Ende 2014 2) 1 3) 1 4) 100 % in allen Bundesländern	

7	**Steuerungsbereich Versorgungsprozesse**		
7.2.	**Strategisches Ziel**	Organisationsentwicklung, Kooperation und Kommunikation durch den Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologie unterstützen	
7.2.3.	**Operatives Ziel**	e-Health Projekte (insb. e-Medikation, ELGA-Anwendungen, Telegesundheitsdienste und weitere e-Health-Anwendungen), die zur Zielerreichung im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit beitragen, flächendeckend im ambulanten und stationären Bereich umsetzen	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	e-Medikation und sonstige ELGA-Anwendungen im Rahmen der ELGA-GmbH entsprechend den gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen fristgerecht umsetzen
		Maßnahme 2	Erforderlichenfalls Unterstützung durch die Bundesebene bei der Umsetzung von e-Health Projekten auf Landesebene, die zur Zielerreichung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit beitragen
		Maßnahme 3	Konzipierung eines bundesweit einheitlichen Rahmens für ein telefon- und webbasierten Erstkontakt- und Beratungsservice bis Ende 2014 und Implementierung (einschließlich Schaffung entsprechender rechtlicher Voraussetzungen) bis Ende 2015; Einrichtung von Pilotprojekten auf Landesebene
		Maßnahme 4	Analyse der Potentiale von Telegesundheitsdiensten, welche die Effizienz von Versorgungsprozessen verbessern, und Abstimmung zwischen den Vertragsparteien, welche weiteren Telegesundheitsdienste entwickelt werden sollen bis Ende 2014
		Maßnahme 5	Schaffung der rechtlichen Grundlagen für Telegesundheitsdienste-Projekte bis Mitte 2015 und anschließende Umsetzung der vereinbarten Projekte auf Bundes- und/oder Landesebene
	Messgröße(n)	1) ELGA-Zentralkomponenten (GDA-Index, zentraler Patientenindex, Berechtigungs- und Protokollierungssystem, Zugangsportal, etc.) sowie EDV-Anwendung e-Medikation laut ELGA-Gesetz und Masterplan ELGA sind fertiggestellt 2) Beschlüsse der B-ZK zur Unterstützung von e-Health Projekten liegen vor 3) Konzept liegt vor 4) Telefon- und webbasiertes Erstkontakt- und Beratungsservice ist bundesweit implementiert 5) Analyse der Potentiale liegt vor 6) Abstimmung zwischen den Vertragsparteien ist erfolgt 7) Rechtliche Grundlagen für Telegesundheitsdienste-Projekte sind geschaffen 8) Vereinbarte Telegesundheitsdienste-Projekte sind eingerichtet	
	Zielwert(e)	1) 1 2) 1 3) 1 4) 1 5) 1 6) 1 7) 1 8) 1	

Artikel 8
Ziele- und Maßnahmenkatalog: Steuerungsbereich Ergebnisorientierung

8	**Steuerungsbereich Ergebnisorientierung**		
8.1.	**Strategisches Ziel**	Zahl der gesunden Lebensjahre erhöhen und Lebensqualität von erkrankten Personen verbessern	
8.1.1.	**Operatives Ziel**	Eine österreichweit abgestimmte, an den Rahmengesundheitszielen orientierte Gesundheitsförderungsstrategie (vgl. Art. 12, Stärkung der Gesundheitsförderung) liegt vor und wird schrittweise umgesetzt	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	Konzipierung einer abgestimmten Gesundheitsförderungsstrategie und Vorlage an die B-ZK bis Ende 2013
		Maßnahme 2	Entwicklung und Festlegung einer Methodik zur laufenden Begleitung, Dokumentation und Berichterstattung im Sinne eines Umsetzungsmonitoring bis Ende 2014
		Maßnahme 3	Unterstützung durch die Bundesebene bei der schrittweisen Umsetzung auf Landesebene
	Messgröße(n)	1) Konzept für eine Gesundheitsförderungsstrategie liegt vor 2) Methode für das Umsetzungsmonitoring ist festgelegt	
	Zielwert(e)	1) 1 2) 1	

8	**Steuerungsbereich Ergebnisorientierung**		
8.1.	**Strategisches Ziel**	Zahl der gesunden Lebensjahre erhöhen und Lebensqualität von erkrankten Personen verbessern	
8.1.2.	**Operatives Ziel**	Regelmäßige, systematische, international vergleichbare und soweit erforderlich regionalisierte Messung der Outcomes im Gesundheitssystem (insb. der Wirkungen von Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration) etablieren	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	Entwicklung, Abstimmung und Implementierung eines Mess- und Vergleichskonzeptes inklusive Auswahl geeigneter europäischer Vergleichsländer, Definition, Abgrenzung und Priorisierung der Messgrößen sowie Aussagen zur Machbarkeit, Bestimmung von Zielwerten und geeigneten Zeithorizonten für diese bis Mitte 2014
		Maßnahme 2	Voraussetzungen für die Verfügbarkeit der laut Mess- und Vergleichskonzept erforderlichen Daten sicher stellen bis Mitte 2015
		Maßnahme 3	Laufende Abstimmung der regelmäßigen Gesundheitsbefragungen (vgl. op. Ziel 8.4.1.) auf die sich aus diesem Mess- und Vergleichskonzept ergebenden Erfordernisse
		Maßnahme 4	Analyse von Abweichungen der österreichischen Outcomes von den Outcomes der geeigneten europäischen Vergleichsländer inkl. Aufzeigen von Verbesserungsmöglichkeiten erstmalig bis Ende 2015
		Maßnahme 5	Sicherstellung, dass signifikante Abweichungen bei den analysierten Outcomes zu einer systematischen, zielorientierten Bearbeitung auf Bundes- und Landesebene führen
	Messgröße(n)	1) Mess- und Vergleichskonzept liegt vor 2) Erforderliche Daten liegen valide und vollständig vor 3) Entwicklung der im Mess- und Vergleichskonzept definierten Parameter, insbesondere Lebenserwartung, Gesunde Lebensjahre, Säuglingssterblichkeit und Mortalität im Zeitverlauf 4) Analysen liegen vor	
	Zielwert(e)	1) 1 2) 1 3) Festlegung der Zielwerte erfolgt im Zusammenhang mit der Erstellung des Mess- und Vergleichskonzeptes bis Mitte 2014, wobei der Querbezug zu den Rahmen-Gesundheitszielen sicherzustellen ist. 4) 1	

8	**Steuerungsbereich Ergebnisorientierung**		
8.1.	**Strategisches Ziel**	Zahl der gesunden Lebensjahre erhöhen und Lebensqualität von erkrankten Personen verbessern	
8.1.3.	**Operatives Ziel**	Evidenzbasierung (HTA, EBM) von Diagnose- und Behandlungsmethoden und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sektorenübergreifend und anwendungsorientiert schrittweise etablieren.	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	Evaluierung der Nationalen HTA-Strategie bis Ende 2015 und Weiterentwicklung, insbesondere in Bezug auf Kosten-Nutzen-Bewertung und Umsetzungsbeschluss in der B-ZK in Bezug auf relevante Themen der Zielsteuerung-Gesundheit bis Mitte 2016
		Maßnahme 2	Laufende Bereitstellung und „Wartung“ einer Übersicht von Evidenzberichten wie HTA-Berichten, Kosten-Nutzen-Bewertungen und system. Übersichtsarbeiten für zielsteuerungsrelevante Themen
		Maßnahme 3	Bei Bedarf Beauftragung von anbieterunabhängigen Evidenzanalysen (z. B. HTA-Berichte, systematische Übersichtsarbeiten, ökonomische Evaluationen) durch die B-ZK, insbesondere für neue und überprüfungswürdige Diagnose- und Behandlungsmethoden und Gesundheitsförderungsmaßnahmen
		Maßnahme 4	Schaffen organisatorischer und bei Bedarf rechtlicher Voraussetzungen auf Bundesebene zur Anwendung evidenzbasierter Entscheidungsprozesse auch auf Leistungserbringerseite bis Ende 2015
	Messgröße(n)	1) Beschluss der B-ZK liegt vor 2) Regelmäßig gewartete Übersicht liegt vor 3) Beauftragte Evidenzanalysen liegen termingerecht vor 4) Voraussetzungen sind geschaffen	
	Zielwert(e)	1) 1 2) 1 3) 1 4) 1	

8	**Steuerungsbereich Ergebnisorientierung**		
8.2.	**Strategisches Ziel**	Behandlungsqualität in allen Versorgungsstufen sicherstellen, routinemäßig messen und transparent machen	
8.2.1.	**Operatives Ziel**	Abgestimmte Ergebnisqualitätsmessung in allen Sektoren und sektorenübergreifend aufbauen bzw. weiterentwickeln und durchführen	
	Maßnahmen	Maßnahme 1	Die Ergebnisqualitätsmessung im intramuralen Bereich durch Austrian - Inpatient Quality Indicators (A-IQI) kontinuierlich weiterentwickeln, regelmäßig auswerten und Peer Reviews vornehmen
		Maßnahme 2	Ziel, Zweck und Umfang von verbindlichen, subsidiären, bundesweiten Qualitätsregistern festlegen, deren Aussagekraft über bereits bestehende bundesweite Routinedokumentationen hinausgeht
		Maßnahme 3	Eine mit A-IQI vergleichbare Ergebnisqualitätsmessung für den ambulanten Bereich primär aus vorhandenen Routinedaten bis Ende 2014 entwickeln und in der Folge pilotieren und umsetzen
		Maßnahme 4	Indikatoren in den jeweiligen Ergebnisqualitäts-Messsystemen festlegen, die geeignet sind, sektorenübergreifend die Ergebnisqualität abzubilden
		Maßnahme 5	Regelmäßige, sektorenübergreifende Berichterstattung zur Ergebnisqualität sicherstellen
	Messgrößen	1) Weitere Indikatoren für A-IQI sind bei Bedarf definiert 2) Aufgrund von A-IQI Auswertungen und Peer Reviews wurden Veranlassungen getroffen 3) Ziel, Zweck und Umfang von verbindlichen, subsidiären, bundesweiten Qualitätsregistern ist festgelegt 4) Ein Konzept zur Ergebnisqualitätsmessung für den ambulanten Bereich liegt vor 5) Pilotprojekte zur ambulanten Ergebnisqualitätsmessung sind eingerichtet 6) Indikatoren, die geeignet sind, sektorenübergreifend die Ergebnisqualität abzubilden, liegen vor 7) Regelmäßige, sektorenübergreifende Berichte zur Ergebnisqualität liegen vor	
	Zielwerte	1) 1 2) 1 3) 1 4) 1 5) 1 6) 1 7) 1	

8	**Steuerungsbereich Ergebnisorientierung**		
8.2.	**Strategisches Ziel**	Behandlungsqualität in allen Versorgungsstufen sicherstellen, routinemäßig messen und transparent machen	
8.2.2.	**Operatives Ziel**	Bundeseinheitliche Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens definieren und in der Folge schrittweise einführen und evaluieren	
	Maßnahmen	Maßnahme 1	Verbindliche Festlegung von Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme für den stationären und ambulanten Bereich bis Mitte 2014 und Schaffen organisatorischer und rechtlicher Voraussetzungen auf Bundesebene für die Umsetzung
		Maßnahme 2	Etablierung einer periodischen (alle drei Jahre) Berichterstattung unter Einbeziehung des Bereichs der ÖQMed zur Umsetzung der Qualitätsmanagementsystemen im ambulanten und stationären Bereich erstmals für 2012 bis Ende 2013 für den stationären Bereich, in weiterer Folge einschließlich des ambulanten Bereichs für das Jahr 2015 bis Ende 2016
	Messgrößen	1) Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme sind definiert 2) Organisatorische und rechtliche Voraussetzungen für die Umsetzung auf Bundesebene liegen vor 3) Bericht zur Umsetzung der Qualitätsmanagementsysteme für 2012 für den stationären Bereich liegt vor 4) Berichte zur Umsetzung der Qualitätsmanagementsysteme für 2015 für den stationären und ambulanten Bereich liegen vor 5) Umsetzungsgrad der Qualitätsmanagementsysteme, welche die Mindestanforderungen erfüllen	
	Zielwerte	1) 1 2) 1 3) 1 4) 1 5) 100 % der festgelegten Mindestanforderungen im stationären und ambulanten Bereich	

8	**Steuerungsbereich Ergebnisorientierung**		
8.2.	**Strategisches Ziel**	Behandlungsqualität in allen Versorgungsstufen sicherstellen, routinemäßig messen und transparent machen	
8.2.3.	**Operatives Ziel**	Zielsetzungen, Inhalte, Verantwortlichkeiten und Zeitplan für die kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im österreichischen Gesundheitswesen im Rahmen der Qualitätsstrategie einvernehmlich konkretisieren, in einer Übersicht darstellen und regelmäßig aktualisieren	
	Maßnahmen	Maßnahme 1	Bestandsaufnahme der gemeinsamen Qualitätsaktivitäten im österreichischen Gesundheitswesen bis Mitte 2014
		Maßnahme 2	Auf Basis der Bestandsaufnahme abgestimmte, gemeinsame Weiterentwicklung der Qualitätsstrategie und regelmäßige übersichtliche Darstellung der Zielsetzungen, Inhalte, Verantwortlichkeiten und des Zeitplanes erstmalig ab 2014
	Messgrößen	1) Bestandsaufnahme der gemeinsamen Qualitätsaktivitäten liegt vor 2) Weiterentwickelte Qualitätsstrategie mit übersichtlicher Darstellung der Zielsetzungen, Inhalte, Verantwortlichkeiten und des Zeitplanes liegt vor	
	Zielwerte	1) 1 2) 1	

8	**Steuerungsbereich Ergebnisorientierung**		
8.3.	**Strategisches Ziel**	Patientensicherheit und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung insbesondere in Bezug auf Information und Kommunikation stärken und routinemäßig messen	
8.3.1.	**Operatives Ziel**	Die in der BGK beschlossene Patientensicherheitsstrategie schrittweise umsetzen	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	Einrichtung eines Patientensicherheitsbeirates bis Ende 2013
		Maßnahme 2	Prioritäre Maßnahmen unter Berücksichtigung bereits bestehender Aktivitäten entsprechend der Patientensicherheitsstrategie bis Mitte 2014 festlegen und schrittweise auf der Bundes- und auf der Landesebene umsetzen
		Maßnahme 3	Unterstützung durch die Bundesebene bei Umsetzbarkeitsschritten auf Landesebene
		Maßnahme 4	Finalisierung einer Strategie zur Vermeidung und Reduktion von nosokomialen Infektionen und antimikrobiellen Resistenzen (AMR) bis Ende 2013 und Umsetzung bis Ende 2016
		Maßnahme 5	Festlegung einer bundesweit einheitlichen Erfassung von nosokomialen Infektionen und antimikrobiellen Resistenzen (AMR) bis Ende 2014
	Messgröße(n)	1) Patientensicherheitsbeirat ist eingerichtet 2) Priorisierung der Maßnahmen entsprechend der Patientensicherheitsstrategie liegt vor 3) Grad der Umsetzung der priorisierten Maßnahmen 4) Strategie liegt vor 5) System zur bundesweit einheitlichen Erfassung von nosokomialen Infektionen und AMR ist eingerichtet 6) Entwicklung der nosokomialen Infektionen und AMR im Zeitverlauf	
	Zielwert(e)	1) 1 2) 1 3) 50 % 4) 1 5) 1 6) Festlegung der Zielwerte erfolgt im Zusammenhang mit der Erstellung der Strategie bis Ende 2013	

8	**Steuerungsbereich Ergebnisorientierung**		
8.3.	**Strategisches Ziel**	Patientensicherheit und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung insbesondere in Bezug auf Information und Kommunikation stärken und routinemäßig messen	
8.3.2.	**Operatives Ziel**	Die zum Rahmen-Gesundheitsziel 3 (R-GZ 3) "Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken" erarbeiteten operativen Teilziele umsetzen.	
	Maßnahme(n)	Maßnahme 1	Laufender Ausbau des Gesundheitsportals www.gesundheit.gv.at
		Maßnahme 2	Prioritäre Maßnahmen entsprechend dem im Rahmen des R-GZ 3 zu erarbeitenden Umsetzungsprogramm bis Ende 2013 festlegen und schrittweise umsetzen
		Maßnahme 3	Health Literacy Kriterien bei der Ausgestaltung von ELGA sicherstellen
		Maßnahme 4	Teilnahme an allfälligen EU Health Literacy Surveys, Abweichungen analysieren, Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen und sicherstellen, dass wesentliche Abweichungen zu einer zielorientierten Bearbeitung auf Bundes- und Landesebene führen
	Messgröße(n)	1) Anzahl der Zugriffe auf das Gesundheitsportal 2) Die Summe der Anteile der Ausprägungen „ausreichende“ und „exzellente“ Gesundheitskompetenz im Gesamtindex des EU-Health Literacy Surveys 3) Umsetzungsprogramm zum R-GZ 3 liegt vor 4) ELGA-Zugangsportal entspricht Health Literacy Kriterien (“Usability-Prüfung”)	
	Zielwert(e)	1) Steigerung der Zugriffe um 50 % gegenüber dem Wert 2012 2) 55 % (siehe Teil E - Anlage 2.6.) 3) 1 4) 1	

8	**Steuerungsbereich Ergebnisorientierung**		
8.4.	**Strategisches Ziel**	Hohe Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung sicherstellen und routinemäßig messen	
8.4.1.	**Operatives Ziel**	Regelmäßig die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem erheben und den subjektiven Gesundheitszustand der Bevölkerung messen	
	Maßnahmen	Maßnahme 1	Adaption des Fragebogens zur österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) bis Ende 2013
		Maßnahme 2	Regelmäßig ATHIS-Erhebungen durchführen, Abweichungen analysieren, Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen und sicherstellen, dass wesentliche Abweichungen zu einer zielorientierten Bearbeitung auf Bundes- und Landesebene führen
		Maßnahme 3	Konsensuale Festlegung der Methode für die sektorenübergreifende Patientenbefragung bis Mitte 2014
		Maßnahme 4	Regelmäßig eine sektorenübergreifende Patientenbefragung durchführen, Abweichungen analysieren, Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen und sicherstellen, dass wesentliche Abweichungen zu einer zielorientierten Bearbeitung auf Bundes- und Landesebene führen
	Messgröße(n)	1) ATHIS-Fragebogen (österreichische Gesundheitsbefragung) ist adaptiert 2) ATHIS-Befragungsergebnisse und Analysen zur Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem und zum subjektiven Gesundheitszustand liegen vor 3) Methode für die sektorenübergreifende Patientenbefragung ist festgelegt 4) Ergebnisse der Patientenbefragung und Analysen liegen vor	
	Zielwert(e)	1) 1 2) 1 3) 1 4) 1	

Artikel 9
Festlegung zur Finanzzielsteuerung (Finanzrahmenvertrag)

(1) Ausgehend von den Festlegungen in Art. 24 Abs. 2 Z 1 bis 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit werden in den Anlagen 1.2. bis 1.7. im Teil E dieses Bundes-Zielsteuerungsvertrages die für die Periode 2012 bis 2016 maßgeblichen zielsteuerungsrelevanten Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte dargestellt. Die Ermittlung der Ausgabenwerte für die Periode 2012 bis 2016 erfolgt auf Grundlage der in Art. 26 und 27 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit festgeschriebenen Methodik und auf Grundlage der im Anhang dieser Vereinbarung enthaltenen Tabellen, wobei im Hinblick auf Transparenz und Kontinuität die Bestimmungen des Art. 22 Abs. 7 sowie Art. 26 Abs. 5 und Art. 27 Abs. 4 maßgeblich sind.

(2) Die Darstellung der Verteilung der Ausgabenobergrenzen einschließlich der zu erzielenden Ausgabendämpfungseffekte innerhalb der Länder erfolgt hierbei in Anlage 1.3., die Darstellung der Verteilung der Ausgabenobergrenzen einschließlich der zu erzielenden Ausgabendämpfungseffekte innerhalb der Sozialversicherungsträger sowie die länderweise Zuordnung der Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte erfolgt in den Anlagen 1.4. und 1.5.

(3) Für eine effektive Finanzzielsteuerung ist die Kontinuität der Methodik der Ermittlung der Ausgabenpositionen sicherzustellen (Ceteris-paribus Bestimmung). Diese Kontinuität bezieht sich einerseits auf die Identifikation und die sachliche Abgrenzung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben (Positionen gemäß Anhang sowie Art. 26 und 27 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit). Andererseits ist diese Kontinuität auch in Hinblick auf die bundesländerweise Verteilung der Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte der überregionalen Krankenversicherungsträger und auf die zwischen den Bundesländern vereinbarte Aufteilung der Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte der Länder (vgl. Anlagen 1.3. bis 1.5.) sicherzustellen.

Artikel 10
Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, dass die auf Landesebene vertraglich definierten finanziellen Folgen von vertraglich vereinbarten Leistungsverschiebungen grundsätzlich innerhalb der Vertragslaufzeit finanziell auszugleichen sind.

(2) Vertraglich vereinbarte Leistungsverschiebungen und neu zu etablierende Versorgungsformen sind transparent und nachvollziehbar zu messen und zu dokumentieren sowie deren finanzielle Folgen zu bewerten. Dabei sind zumindest folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. Leistungsverschiebungen sind aus den vertraglich vereinbarten Zielen abzuleiten
2. Beschreibung des Gegenstandes der sektorenübergreifenden Leistungsverschiebung (des Leistungsbündels) getrennt nach entfallender Leistung in einem Sektor und zusätzlicher Leistung im anderen Sektor unter Berücksichtigung von Qualitätsaspekten.
3. Angabe der von der Leistungsverschiebung betroffenen Strukturen und allfälligen Veränderungen in den Strukturen in beiden Sektoren.
4. Leistungsverschiebungen sind anhand von Inanspruchnahmehäufigkeiten (Fälle, Frequenzen, e-Card-Kontakte, etc.) und/oder Leistungshäufigkeiten nach Leistungsarten oder Leistungsbündel zu messen. Messgröße können auch Einheiten von Leistungserbringungsstrukturen sein. Dabei soll bundeseinheitlich vorgegangen werden. Sowohl für den niedergelassenen Bereich als auch für die Spitäler sind hierbei gemeinsame Datenstrukturen der Leistungsmessung (vgl. operatives Ziel 7.2.1) heranzuziehen.
5. Ausgangspunkt, von dem die Leistungsverschiebung aus gemessen wird, ist das Leistungsvolumen (IST-Stand) in Kalenderjahr 2010. Für einzelne Projekte können auf Landesebene einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien abweichende, zeitnahe Messzeiträume festgelegt werden.
6. Die Beschreibung des Status-quo des Leistungsgeschehens zu diesem Zeitpunkt ist keine Aussage über die kompetenzrechtliche Zuständigkeit und über die finanzielle Abgeltung.
7. Für die finanzielle Bewertung der Leistungsverschiebungen sind zwischen den Vertragsparteien auf Landesebene Verrechnungsbeträge (Menge und Wert) auf rationaler Grundlage zu vereinbaren und eine allfällige Valorisierung von Beträgen festzulegen.

   Hinsichtlich der Verrechnungsbeträge ist soweit möglich für Leistungsarten oder Leistungsbündel ein bundeseinheitliches Regelwerk (z.B. in Form eines Musterkataloges) von der B-ZK bis Ende 2013 festzulegen.

8. Dauerhafte Leistungsverschiebungen und deren Finanzierung sind am Ende einer Vertragsperiode im nächsten Landes- bzw. Bundes-Zielsteuerungsvertrag zu verankern, es sei denn es besteht ein gegenteiliger Konsens.

(3) Ist für bestimmte Themenbereiche zwischen den Partnern des Landes-Zielsteuerungsvertrages nichts vereinbart, können im jeweils eigenen Kompetenzbereich Veränderungen durchgeführt werden. Erfolgen dabei Einsparungen im eigenen Bereich, die keine Leistungsverschiebungen zur Folge haben, erwachsen daraus keine finanziellen Ausgleichsfolgen.

(4) In Bezug auf einseitige, nicht zwischen Land und Sozialversicherung akkordierte Leistungsverschiebungen, die finanziell belastende Auswirkungen auf den jeweils anderen haben, gilt Folgendes:

1. Hat das einseitige Verhalten eines Vertragspartners finanziell belastende Auswirkungen auf den anderen, kann der belastete Partner durch Glaubhaftmachung der Belastung in der jeweiligen Zielsteuerungskommission einen finanziellen Ausgleich verlangen. Der einseitig Handelnde kann dem dadurch entgegentreten, dass er in gleicher Weise dartut, dass die andere Seite in diesem Bereich ihre gesetzlichen Pflichten bislang vernachlässigt hat.
2. Für daraus resultierende Streitigkeiten ist ein Schlichtungsverfahren analog den Bestimmungen des Art. 37 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit durchzuführen.

Artikel 11
Finanzielle Bewertung der Ziele und Maßnahmen(pakete)

Die verbindlich vereinbarte Einhaltung der Ausgabenobergrenzen (vgl. Art. 9) bewirkt im Zeitraum bis Ende 2016 kumuliert Ausgabendämpfungseffekte in der Höhe von 3,4 Mrd. Euro (Dieser Betrag ergibt sich aus der Differenz der Ausgaben ohne Intervention und der Ausgabenobergrenze).

Diese Ausgabendämpfung wird bei gleichzeitiger Verbesserung der Outcomes, der Versorgungsqualität und der Patientenorientierung gemäß den Festlegungen in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse sowie Ergebnisorientierung durch folgende Maßnahmenbündel erreicht:

11.1. Ausgabendämpfung im Bereich der Sozialversicherung

Ausgabendämpfung im Bereich der Sozialversicherung durch Steigerung der Effektivität und Effizienz in folgenden Bereichen, die wie folgt quantifiziert werden kann:

Sozialversicherung	Kumulierte Ausgaben-dämpfung bis 2016
a) Vertragsärztliche Hilfe worauf sich aus dem Ziele- und Maßnahmenkatalog insbesondere folgende operativen Ziele und zugehörige Maßnahmen potentiell ausgabendämpfend auswirken: - Klare Versorgungsaufträge und Rollenverteilungen mit Blick auf „Best Point of Service“ - Bestehende ambulante Strukturen bedarfsorientiert anpassen und in multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre Versorgungsformen (wie z.B. Ambulanzen) überführen - Überkapazitäten und nicht erforderliche Parallelstrukturen abbauen - Evidente Über- und Fehlversorgungen beseitigen - Bundeseinheitliche Qualitätsstandards für ausgewählte Themenbereiche umsetzen - Integrierte Versorgungsprogramme für ausgewählte häufige und/oder chronische Erkrankungen umsetzen - Diagnosencodierung im ambulanten Bereich einführen - BQLL präoperative Diagnostik umsetzen - ELGA und sonstige e-Health-Anwendungen umsetzen - Gesundheitsförderungsstrategie umsetzen - Evidenzbasierung von Diagnose- und Behandlungsmethoden und Gesundheitsförderungsmaßnahmen anwendungsorientiert etablieren - Ergebnisqualitätsmessung aufbauen bzw. weiterentwickeln und durchführen - Qualitätsmanagementsysteme verbessern (bundeseinheitliche Mindestanforderungen und Weiterentwicklung der Qualitätsstrategie)	**130**
b) Institute worauf sich aus dem Ziele- und Maßnahmenkatalog insbesondere folgende operativen Ziele und zugehörige Maßnahmen potentiell ausgabendämpfend auswirken: - Klare Versorgungsaufträge und Rollenverteilungen mit Blick auf „Best Point of Service“ - Bestehende ambulante Strukturen bedarfsorientiert anpassen und in	**49**

multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre Versorgungsformen (wie z.B. Ambulanzen) überführen - Überkapazitäten und nicht erforderliche Parallelstrukturen abbauen - Evidente Über- und Fehlversorgungen beseitigen - Bundeseinheitliche Qualitätsstandards für ausgewählte Themenbereiche umsetzen - Integrierte Versorgungsprogramme für ausgewählte häufige und/oder chronische Erkrankungen umsetzen - Diagnosencodierung im ambulanten Bereich einführen - BQLL präoperative Diagnostik umsetzen - ELGA und sonstige e-Health-Anwendungen umsetzen - Gesundheitsförderungsstrategie umsetzen - Evidenzbasierung von Diagnose- und Behandlungsmethoden und Gesundheitsförderungsmaßnahmen anwendungsorientiert etablieren - Ergebnisqualitätsmessung aufbauen bzw. weiterentwickeln und durchführen - Qualitätsmanagementsysteme verbessern (bundeseinheitliche Mindestanforderungen und Weiterentwicklung der Qualitätsstrategie)	
c) Physiotherapie worauf sich aus dem Ziele- und Maßnahmenkatalog insbesondere folgende operativen Ziele und zugehörige Maßnahmen potentiell ausgabendämpfend auswirken: - Klare Versorgungsaufträge und Rollenverteilungen mit Blick auf „Best Point of Service“ - Bestehende ambulante Strukturen bedarfsorientiert anpassen und in multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre Versorgungsformen (wie z.B. Ambulanzen) überführen - Überkapazitäten und nicht erforderliche Parallelstrukturen abbauen - Evidente Über- und Fehlversorgungen beseitigen - Bundeseinheitliche Qualitätsstandards für ausgewählte Themenbereiche umsetzen - Integrierte Versorgungsprogramme für ausgewählte häufige und/oder chronische Erkrankungen umsetzen - Diagnosencodierung im ambulanten Bereich einführen - BQLL präoperative Diagnostik umsetzen - ELGA und sonstige e-Health-Anwendungen umsetzen - Gesundheitsförderungsstrategie umsetzen - Evidenzbasierung von Diagnose- und Behandlungsmethoden und Gesundheitsförderungsmaßnahmen anwendungsorientiert etablieren - Ergebnisqualitätsmessung aufbauen bzw. weiterentwickeln und durchführen - Qualitätsmanagementsysteme verbessern (bundeseinheitliche Mindestanforderungen und Weiterentwicklung der Qualitätsstrategie)	**36**
d) Heilmittel worauf sich aus dem Ziele und Maßnahmenkatalog insbesondere folgende operativen Ziele und zugehörige Maßnahmen potentiell ausgabendämpfend auswirken: - Ausgewählte sektorenübergreifende Probleme iZm der Medikamentenversorgung mit Blick auf den BPoS sowie Effektivität und Effizienz lösen - Für definierte Medikamente gemeinsame Versorgungsmodelle sowie sektorenübergreifende Finanzierungskonzepte mit gemeinsamer Finanzverantwortung umsetzen - e-Medikation intra- und extramural umsetzen - Gesundheitsförderungsstrategie umsetzen - Evidenzbasierung von Diagnose- und Behandlungsmethoden und Gesundheitsförderungsmaßnahmen anwendungsorientiert etablieren	**943**
e) Heilbehelfe und Hilfsmittel worauf sich aus dem Ziele- und Maßnahmenkatalog insbesondere folgende operativen Ziele und zugehörige Maßnahmen potentiell ausgabendämpfend auswirken:	**91**

- Gesundheitsförderungsstrategie umsetzen - Evidenzbasierung von Diagnose- und Behandlungsmethoden und Gesundheitsförderungsmaßnahmen anwendungsorientiert etablieren. - Evidente Über- und Fehlversorgungen beseitigen - Bundeseinheitliche Qualitätsstandards für ausgewählte Themenbereiche festlegen und in der Folge auf Landesebene umsetzen - Integrierte Versorgungsprogramme für ausgewählte häufige und/ oder chronische Erkrankungen entwickeln und festlegen und in der Folge auf Landesebene umsetzen	
f) Transportkosten worauf sich aus dem Ziele- und Maßnahmenkatalog insbesondere folgende operativen Ziele und zugehörige Maßnahmen potentiell ausgabendämpfend auswirken: - Bundeseinheitliche Qualitätsstandards für ausgewählte Themenbereiche festlegen und in der Folge auf Landesebene umsetzen - Integrierte Versorgungsprogramme für ausgewählte häufige und/ oder chronische Erkrankungen entwickeln und festlegen und in der Folge auf Landesebene umsetzen	**36**
g) Sonstiges	**87**
GESAMT*	**1.372**
* Eine sachlich gerechtfertigte andere Verteilung der Ausgabendämpfung innerhalb der Kategorien a) – g) auf die einzelnen Ausgabenbeträge ist möglich, soweit sich am Gesamtbetrag von € 1.372 Mio. nichts ändert.	

Diese Ausgabendämpfung von 1.372 Mio. Euro ergibt sich abgesehen von den aus dem Ziele- und Maßnahmenkatalog angeführten Maßnahmen insbesondere aus den Folgewirkungen des seit 2010 laufenden Kassensanierungspakets und aus den im Wirkungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherungsträger auch zukünftig zu setzenden Maßnahmen zur Verbesserung der Effizienz und Effektivität des Versorgungssystems.

11.2. Ausgabendämpfung im Bereich der Länder

Ausgabendämpfung im Bereich der Länder durch Steigerung der Effektivität und Effizienz in folgenden Bereichen (Kostenstellengruppen bzw. für der medizinische Ge- und Verbrauchsgüter Kostenartengruppen über alle Bereich hinweg), die wie folgt quantifiziert werden kann:

Länder	Kumulierte Ausgaben-dämpfung bis 2016
a) Nicht-bettenführender Bereich der medizinischen Versorgung* worauf sich aus dem Ziele- und Maßnahmenkatalog folgende operativen Ziele und zugehörige Maßnahmen ausgabendämpfend auswirken: - Versorgungsstufenkonzept - Versorgungsauträge u. Rollenverteilung - Multiprofessionelle u. interdisziplinäre Primärversorgung - Amb. Strukturen in multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre Versorgungsformen überführen - Ausgewählte tagesklinische Leistungen in nicht stationären Versorgungsformen forcieren - Überkapazitäten und nicht erforderliche Parallelstrukturen identifizieren u. ggf. abbauen - Bundeseinheitliche Qualitätsstandards festlegen und umsetzen	**555**

- Integrierte Versorgungsprogramme für häufige und/oder chronische Erkrankungen	
b) Bettenführender Bereich der medizinischen Versorgung* worauf sich aus dem Ziele- und Maßnahmenkatalog folgende operativen Ziele und zugehörige Maßnahmen ausgabendämpfend auswirken: - Überkapazitäten und nicht erforderliche Parallelstrukturen identifizieren u. ggf. abbauen - Versorgungsstufenkonzept - Versorgungsaufträge u. Rollenverteilung - Bundeseinheitliche Qualitätsstandards festlegen und umsetzen - Ausgewählte tagesklinische Leistungen in nicht stationären Versorgungsformen forcieren - Medizinisch nicht indizierte NTA/ETA reduzieren - Präoperative Verweildauern senken - Akutstationären Bereich durch medizinisch nicht begründete vermeidbare Aufenthalte entlasten - Integrierte Versorgungsprogramme für häufige u/o chron. Erkrankungen - Fehlversorgung beseitigen	**695**
c) Medizinische Ge- und Verbrauchsgüter worauf sich aus dem Ziele und Maßnahmenkatalog folgende operativen Ziele und zugehörige Maßnahmen ausgabendämpfend auswirken: - Sektorenübergreifende Probleme im Zusammenhang mit der Medikamentenversorgung lösen - Gemeinsame Versorgungs- und Finanzierungsmodelle für Medikamente	**355**
d) Medizinisch bedingte Hilfskostenstellen (z.B. Zentralsterilisation, Zentraldesinfektion, Küche, etc.)*	**88**
e) Vorwiegend nicht-medizinisch bedingte Hilfskostenstellen (zB Energiezentrale, Hausaufsicht, Werkstätten)*	**190**
f) Hilfskostenstellen der Verwaltung*	**175**
GESAMT**	**2.058**
* exklusive medizinische Ge- und Verbrauchsgüter ** Eine sachlich gerechtfertigte andere Verteilung der Ausgabendämpfung innerhalb der Kategorien a) – g) auf die einzelnen Ausgabenbeträge ist möglich, soweit sich am Gesamtbetrag von € 2.058 Mio. nichts ändert.	

Diese Ausgabendämpfung von 2.058 Mio. Euro ergibt sich abgesehen von den aus dem Ziele- und Maßnahmenkatalog angeführten Maßnahmen insbesondere aus den Folgewirkungen der bereits eingeleiteten Struktur- und Reformmaßnahmen und aus den im Wirkungsbereich der Länder auch zukünftig zu setzenden Maßnahmen zur Verbesserung der Effizienz und Effektivität des Versorgungssystems.

Teil C – Querschnittmaterien

Artikel 12
Stärkung der Gesundheitsförderung

(1) Um eine Stärkung der Gesundheitsförderung in Österreich als wesentliches Element der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit zu gewährleisten, ist eine inhaltlich abgestimmte Vorgehensweise zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung sicherzustellen. Die Abstimmung umfasst die Mittel gemäß Art. 23 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit sowie die Mittel gemäß Art. 33 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

(2) Als Grundlage für die abgestimmte Vorgehensweise ist auf Basis der Rahmen-Gesundheitsziele, den aus den Rahmen-Gesundheitszielen abgeleiteten Gesundheitszielen (Art. 17 Abs. 1 Z 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit) und auf Basis von Landesgesundheitszielen sowie unter Berücksichtigung der im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit insbesondere für den Steuerungsbereich Ergebnisorientierung vereinbarten Vorgaben (Koppelung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung an Gesundheitsziele einschließlich Evaluation- Art. 17 Abs. 1 Z 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit) eine Gesundheitsförderungsstrategie mit einer mittel- und langfristigen Perspektive bis Ende 2013 gemeinsam festzulegen. Die Gesundheitsförderungsstrategie hat bestehende Kapazitäten, Projekte und Programme zur Gesundheitsförderung auf Ebene des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung zu berücksichtigen. Die Umsetzung der Gesundheitsförderungsstrategie hat sich an wissenschaftlicher Erkenntnis und „Best-Practice“ zu orientieren.

(3) Im Rahmen der abgestimmten Vorgangsweise ist eine Methodik zur laufenden Begleitung, Dokumentation und Berichterstattung im Sinne eines Umsetzungsmonitorings zu entwickeln und vorzusehen. Sie orientiert sich an dem für Gesundheitsförderung wesentlichen Grundsatz „Health in all policies“ und hat prioritär Maßnahmen, Projekte und Strategien zur Erreichung benachteiligter Bevölkerungsgruppen vorzusehen. Die Gesundheitsförderungsstrategie ist entsprechend den Ergebnissen des Umsetzungsmonitorings weiterzuentwickeln.

(4) Die Gesundheitsförderungsstrategie wird von der Unterarbeitsgruppe Public Health (UAG PH) erarbeitet und ist der Bundes-Zielsteuerungskommission zur Beschlussfassung vorzulegen. Die UAG PH berichtet sowohl an die Bundesgesundheitskommission als auch an die Bundes-Zielsteuerungskommission. Die Gesundheitsförderungsstrategie ist sowohl Grundlage für die von der Bundes-Zielsteuerungskommission zu beschließenden Grundsätze und Ziele für die Verwendung der Gesundheitsförderungsmittel (vgl. Art. 23 Abs. 5 der Vereinbarung

gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit) als auch für die Beschlussfassungen der Bundesgesundheitskommission über die Verwendung der Mittel zur Finanzierung überregional bedeutsamer Gesundheitsförderungs- und Vorsorgeprogramme sowie Behandlungsmaßnahmen (vgl. Art. 33 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens). Für die Verwendung der Mittel der Gesundheitsförderungsfonds für das Jahr 2013 werden in der zweiten Sitzung der Bundes-Zielsteuerungskommission im Jahr 2013 Festlegungen getroffen. Darüber hinaus vereinbaren die Vertragsparteien weitere in ihren Wirkungsbereich fallende Agenden der Gesundheitsförderung an der abgestimmten Vorgehensweise (Gesundheitsförderungsstrategie) zu orientieren.

Artikel 13
Inhalte und Prozesse zur Weiterentwicklung des ÖSG

Die Vertragsparteien verständigen sich auf folgende Regelungen bezüglich der Inhalte und Prozesse zur Weiterentwicklung des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG):

13.1. Inhalte des ÖSG

(1) Der ÖSG legt hin künftig allgemeine Planungsgrundsätze im Sinne der „integrierten Gesundheitsstrukturplanung“ für die Primärversorgung, die ambulante spezialisierte Versorgung, die stationäre Versorgung, den gesamten Rehabilitationsbereich sowie für die Nahtstellen zum Pflegebereich symmetrisch fest.

(2) Der ÖSG ist klar und systematisch strukturiert, enthält rechtskonforme Termini, Begriffsdefinitionen, Festlegungen zu Zähleinheiten und Messgrößen und beschreibt Planungsmethoden (insbesondere auch Grundlagen für die Bedarfsabschätzung und für die Angebotsplanung).

(3) Der ÖSG definiert die jeweils wesentlichen Eckpunkte von Versorgungsstrukturen (z.B. Organisation, Leistungsumfang).

(4) Der ÖSG enthält essentielle Qualitätskriterien (QK) zu allen Versorgungsstufen, wobei Struktur- und Prozessqualitätskriterien ausgewogen und aufeinander abgestimmt sind. Die Anzahl der Qualitätskriterien wird so gering wie möglich gehalten (3 bis 5), sofern ein spezifischer Fachbereich nicht ausdrücklich mehr erfordert. Die QK können qualitative Personalkriterien enthalten, sollen jedoch grundsätzlich keine quantitativen Personalkriterien enthalten.

(5) Der ÖSG enthält eine Leistungsmatrix mit den Qualitätskriterien für die Leistungserbringung, die im Zusammenhang mit dem LKF-Modell jährlich aktualisiert und weiterentwickelt wird. Von der Leistungsmatrix kann nur in begründeten Ausnahmefällen mit Beschluss des zuständigen Gremiums des Landes-Gesundheitsfonds unter Zustimmung des Bundesvertreters abgewichen werden, wenn trotz dieser Abweichung sowohl die Versorgung der Bevölkerung als auch die Qualität der Leistungserbringung schlüssig begründet gleichermaßen gewährleistet ist.

(6) Der ÖSG enthält Festlegungen/Rahmenvorgaben zur überregionalen (Bundesländergrenzen übergreifenden) Versorgungsplanung.

(7) Zusätzlich zum ÖSG werden für Planungsarbeiten (z.B. RSG) folgende weitere Instrumente zur Verfügung gestellt („Werkzeugkiste“): Erweiterte Versorgungs- und Planungsmatrix; regionale, nationale und internationale Planungskennzahlen; Literaturhinweise.

(8) Der ÖSG enthält Querverweise auf ausgewählte Dokumente und Qualitätsstandards (z.B. Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen, BQLL Aufnahme- und Entlassungsmanagement, etc.).

13.2. Prozesse

(1) Der ÖSG wird laufend weiterentwickelt (i.d.R. alle zwei Jahre), wobei die Erfahrungen bei der Umsetzung des ÖSG eine wesentliche Grundlage für die Adaptierung und Weiterentwicklung des ÖSG bilden („Lernen aus den Erfahrungen“).

(2) Der ÖSG 2012 wird bis Herbst 2014 gemeinsam partnerschaftlich überarbeitet und an die oben genannten inhaltlichen Vorgaben angepasst (redimensioniert), wobei insbesondere auch derzeit noch bestehende Unklarheiten (z.B. abgestufte Versorgung) bereinigt werden.

(3) Ergänzungen des ÖSG erfolgen nach gemeinsam und partnerschaftlich festgelegten Prioritäten. Der Schwerpunkt der Ergänzungen liegt entsprechend der Zielsteuerung-Gesundheit im ambulanten Bereich, im nicht-akuten stationären Bereich der Krankenanstalten, im Rehabilitationsbereich und an den Nahtstellen zum Pflegebereich (vgl. Art. 4 Abs. 3 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens).

(4) Bei der Ausarbeitung neuer Kapitel bzw. maßgeblicher Änderungen wird – ausgehend von der Ist-Situation – nach dem Prinzip des „Public Health Action Cycle“ vorgegangen.

(5) Die bei der GÖG eingerichteten ärztlichen Expertengremien werden mit konkreten Fragestellungen konfrontiert. Diese Expertengremien sind hinsichtlich ihrer Besetzung, Arbeitsweise und hinsichtlich der Offenlegung von Interessenskonflikten transparent zu halten.

(6) Bei komplexen Problemstellungen besteht die Möglichkeit, ein „ÖSG-Clearinggremium“ einzusetzen.

(7) Bei der Ausarbeitung von Qualitätskriterien ist der umfangreiche Geltungsbereich des ÖSG zu beachten (Fonds-KA, UKH, Sanatorien, niedergelassener Bereich, Rehabilitationsbereich).

(8) Neue Inhalte des ÖSG werden bei entsprechender Dimension gemeinsam und partnerschaftlich gesundheitsökonomisch (Kosten-Nutzen-Bewertung) und bezüglich ihrer Evidenz bewertet und auf ihre Umsetzbarkeit gemeinsam mit potenziellen Anwendern geprüft.

(9) Neue Textentwürfe für den ÖSG werden gemeinsam und partnerschaftlich hinsichtlich korrekter Bezeichnungen (z.B. Berufsbezeichnungen, Sonderfächer) sowie hinsichtlich ihrer rechtlichen Umsetzbarkeit bzw. rechtlicher Konsequenzen geprüft.

(10) Bund, Länder und Sozialversicherung werden bis Ende 2014 gemeinsam eine verbindliche bundeseinheitliche Vorgangsweise für die rechtliche Umsetzung des ÖSG festlegen und in weiterer Folge die dafür notwendigen rechtlichen Voraussetzungen im jeweiligen Wirkungsbereich schaffen.

Artikel 14
Monitoring und Berichtswesen

14.1. Ziele und Aufbau des Monitoring

(1) Das Monitoring und Berichtswesen auf Bundesebene verfolgt das Ziel, die Erreichung und den Fortschritt der im Bundes-Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Ziele und der zur Zielerreichung vereinbarten Maßnahmen transparent darzustellen.

(2) Das Monitoring und Berichtswesen ist auf Bundesebene einzurichten, wobei eine sektorale und regionale Differenzierung sicherzustellen ist, die geeignet ist, das Ziel gemäß Abs. 1 abzubilden.

(3) Das Monitoring gliedert sich in das Finanzzielmonitoring der Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte, das unterjährige Finanzmonitoring zur zeitnahen Abschätzung der Zielerreichung sowie das Monitoring der Steuerungsbereiche (Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung) zur Feststellung der Umsetzung der operationalisierten Ziele an Hand der vereinbarten Messgrößen und Zielwerte.

14.2. Allgemeine Bestimmungen zum Monitoring

(1) Ausgehend von den in Art. 30 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit festgelegten Prozessschritten vereinbaren die Vertragsparteien folgenden zeitlichen Ablauf:

1. Die Meldezeitpunkte für die jeweiligen Monitoringbereiche gemäß Punkt 14.1. Abs. 3 sind in den Detailregelungen (Punkte 14.3. bis 14.5.) festgelegt.
2. Die Meldungen werden von der gemäß § 5 Abs. 1a GÖGG eingerichteten Tochtergesellschaft (GÖG-Tochter) zu Monitoringberichten zusammengeführt und zu den definierten Stichtagen an die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission sowie die Bundes-Zielsteuerungskommission übermittelt.
3. Die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission nimmt die Einschätzung der Zielerreichung bei Zielen und Messgrößen vor, die in ihrer Zuständigkeit liegen. Diese ist ausreichend zu begründen (Stellungnahme). Bei zu erwartenden bzw. festgestellten Zielverfehlungen sind handlungsleitende Empfehlungen zu entwickeln. Die Berichte samt Einschätzung,

Stellungnahmen und allfälligen handlungsanleitenden Maßnahmen sind binnen einer Frist von sechs Wochen an die Bundes-Zielsteuerungskommission zu übermitteln.

4. Die Abnahme der Monitoringberichte einschließlich der allfälligen handlungsleitenden Empfehlungen erfolgt unter Berücksichtigung der Stellungnahmen binnen einer Frist von sechs Wochen nach Einlangen der letzten Meldung gemäß Z 3 durch die Bundes-Zielsteuerungskommission. Dabei ist auch die Einschätzung von Messgrößen vorzunehmen, die die Bundesebene betreffen, wobei bei zu erwartenden bzw. festgestellten Zielverfehlungen handlungsleitende Maßnahmen zu entwickeln sind.

5. Anschließend sind diese Monitoringberichte einschließlich der Stellungnahmen und der allfälligen handlungsleitenden Empfehlungen an alle Landes-Zielsteuerungskommissionen zu übermitteln.

(2) Das Monitoring der im gegenständlichen Bundes-Zielsteuerungsvertrag vereinbarten sowie in weiterer Folge in den Landes-Zielsteuerungsverträgen zu vereinbarenden Zielwerte erfolgt auf Grundlage der nachfolgenden, einheitlichen Darstellungsform:

1. Für das (vorläufige) Finanzzielmonitoring anhand der prozentuellen Abweichung der tatsächlichen Jahreswerte von den vereinbarten Ausgabenobergrenzen gemäß Anlagen 1.2. bis 1.7.

2. Für das unterjährige Finanzmonitoring anhand der prozentuellen Abweichung der prognostizierten Jahreswerte von den vereinbarten Ausgabenobergrenzen gemäß Anlagen 1.2. bis 1.7. (geschätzt auf Basis der in Punkt 14.4. Abs. 2 vereinbarten Datengrundlagen)

3. Für quantitativ ausgeprägte, versorgungsorientierte Messgrößen im Rahmen des Monitoring der Steuerungsbereiche (Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse, Ergebnisorientierung) erfolgt die Beobachtung der Zielerreichung auf Grundlage des zum jeweiligen Messzeitpunkt vorliegenden, in Prozent ausgedrückten Verhältnisses von Istwert bzw. prognostizierten Wert zu Zielwert (einschließlich der Einschätzung der weiteren Entwicklung). Die abschließende Darstellung der Zielerreichung erfolgt zu jenem Zeitpunkt, der im Teil B dieses Vertrages für die jeweilige Maßnahme bzw. das jeweilige Maßnahmenbündel vereinbart wurde.

4. Für qualitativ ausgeprägte Messgrößen bzw. vorzunehmende, vereinbarte Maßnahmen erfolgt die Darstellung der Zielerreichung binär auf Grund der Umsetzung zu den vereinbarten Zielzeitpunkten. Die abschließende Darstellung der Zielerreichung erfolgt zu jenem Zeitpunkt, der im Teil B dieses Vertrages für die jeweilige Maßnahme bzw. das jeweilige Maßnahmenbündel vereinbart wurde.

14.3. Detailregelungen zum Finanzzielmonitoring

(1) Gegenstand des Finanzzielmonitoring sind die gemäß Art. 9 ermittelten Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte. Im Rahmen des Finanzzielmonitorings ist der Art. 26 Abs. 8 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit zu berücksichtigen. Zielabweichungen sind jedenfalls auszuweisen.

(2) Datenquellen für das Finanzzielmonitoring sind die Jahresvoranschläge und Rechnungsabschlüsse, die für die Ermittlung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben gemäß Art. 26 Abs. 3 und Art. 27 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit heranzuziehen sind. Für den Bereich der Länder sind dies insbesondere die Jahresvoranschläge und Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds sowie der Eigentümer bzw. öffentlichen Träger der Fondskrankenanstalten (insb. Länder und Gemeinden), für den Bereich der Sozialversicherung sind dies die Jahresvoranschläge und Rechnungsabschlüsse der einzelnen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung.

(3) Für das Finanzzielmonitoring erfolgt hierbei die Meldung auf Grundlage der Tabellen in Anlage 1.3. bis 1.6. des gegenständlichen Vertrages. Gemäß den Prinzipien der Nachvollziehbarkeit und Transparenz sind für das Finanzzielmonitoring die Datenherkünfte für die in die Berichtsvorlagen eingehenden Positionen auszuweisen und die zu Grunde liegenden Auszüge aus den Rechenwerken den Meldungen beizulegen. Hierfür werden die bundeseinheitlichen Berichtsvorlagen ausgehend vom Anhang zur Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und für die gesetzliche Krankenversicherung untergliedert nach Trägern herangezogen.

(4) Für die von der GÖG-Tochter vorzunehmende Plausibilisierung der übermittelten Daten stehen für allfällige Rückfragen die Vertragsparteien zur Verfügung. Weiters erfolgt durch die Vertragsparteien die abschließende Bestätigung der für das Monitoring in weiterer Folge herangezogenen Datengrundlagen für den jeweiligen Wirkungsbereich.

(5) Die relevanten Informationen aus den Jahresvoranschlägen, aus den vorläufigen Rechnungsabschlüssen bzw. aus den endgültigen Rechnungsabschlüssen sind der GÖG-Tochter von den jeweiligen Stellen (Hauptverband bzw. Länder) bis spätestens 15. März des betreffenden Jahres, bis zum 15. September des Folgejahres bzw. bis zum 15. März des zweitfolgenden Jahres zur Verfügung zu stellen. Sofern im Wirkungsbereich der jeweiligen Vertragsparteien eine Beschlussfassung der Jahresvoranschläge bzw. Rechnungsabschlüsse bis zu den oben genannten Stichtagen nicht vorliegt, kann mit den Vertragsparteien ein anderer Meldezeitpunkt spätestens jedoch der 31. März bzw. 30. September vereinbart werden.

(6) Der Monitoringbericht auf Grundlage der Jahresvoranschläge ist bis 15. April des betreffenden Jahres den jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommissionen sowie der Bundes-Zielsteuerungskommission vorzulegen.

(7) Der Monitoringbericht zu den Rechnungsabschlüssen einschließlich der Ermittlung der tatsächlichen zielsteuerungsrelevanten Ausgaben ist bis 15. Oktober des Folgejahres den Landes-Zielsteuerungskommissionen sowie der Bundes-Zielsteuerungskommission vorzulegen. Sofern zu diesem Stichtag partiell oder gänzlich noch keine endgültigen Rechnungsabschlüsse vorliegen, ist der Bericht auf Grundlage der vorläufigen Rechnungsabschlüsse zu erstellen. Der Monitoringbericht auf Grundlage der endgültigen Rechnungsabschlüsse hat dann mit 15. April des zweitfolgenden Kalenderjahres zu erfolgen.

14.4. Detailregelungen zum unterjährigen Finanzmonitoring

(1) Gegenstand des unterjährigen Finanzmonitoring ist die zeitnahe Abschätzung der Zielerreichung der Ausgabenobergrenzen zum jeweiligen Monitoringzeitpunkt.

(2) Für das unterjährige Finanzmonitoring erfolgt die Abschätzung der Entwicklung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben (Art. 26 Abs. 3 und Art. 27. Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit) im jeweiligen Jahr auf Grundlage der in Punkt 14.3. Abs. 2 definierten Jahresvoranschläge. Datengrundlage für den Bereich der Länder sind insbesondere die Jahresvoranschläge der Landesgesundheitsfonds sowie der Eigentümer bzw. öffentlichen Träger der Fondskrankenanstalten (insb. Länder und Gemeinden). Die Abschätzung der Entwicklung der Gesundheitsausgaben erfolgt gemäß Anhang zur Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (in Punkt 14.3. Abs. 3) für die maßgeblichen Positionen unter Berücksichtigung allenfalls vorliegender aktueller Zahlen. Die getroffenen Annahmen und angewendeten Ermittlungsmethoden sind nachvollziehbar darzustellen. Datengrundlage für die zeitnahe Abschätzung der Zielerreichung für den Bereich der Sozialversicherung ist die vorläufige Erfolgsrechnung, wobei die Darstellung der Entwicklung der Aufwendungen differenziert nach den Positionen der vorläufigen Erfolgsrechnung erfolgt. Maßgeblich für die Abschätzung der Zielerreichung ist die Ausgabenobergrenze.

(3) Ferner vereinbaren die Vertragsparteien, dass bis zum Ende der ersten Periode der Zielsteuerung-Gesundheit im intramuralen Bereich entsprechend dem Art. 24 Abs. 3 Z 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit ausgehend von den Voranschlägen 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 zu definieren. Diese muss auch für ein unterjähriges Finanzmonitoring geeignet sein. Ein entsprechender Vorschlag wird unter Federführung der Bundesländer erstellt und ist bis zum 30. Juni 2015 der Bundes-Zielsteuerungskommission zur Beschlussfassung vorzulegen. Im Anschluss sind

allenfalls erforderliche rechtliche Anpassungen in den jeweiligen Wirkungsbereichen vorzunehmen. Die Bundes-Zielsteuerungskommission ist in regelmäßigen Abständen, zumindest halbjährlich, über Stand und Fortgang dieser Arbeiten zu informieren und kann gegebenenfalls handlungsleitende Maßnahmen empfehlen.

(4) Die Vertragsparteien vereinbaren, dass die Einheitlichkeit der Ermittlung der Finanzgrößen zu Vergleichszwecken methodisch und über den Periodenverlauf sicherzustellen ist (Zeitreihenkontinuität gemäß Art. 26 Abs. 5 und Art. 27 Abs. 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit).

(5) Für die von der GÖG-Tochter vorzunehmende Plausibilisierung der übermittelten Daten stehen für allfällige Rückfragen die Vertragsparteien zur Verfügung. Weiters erfolgt durch die Vertragsparteien die abschließende Bestätigung der für das Monitoring in weiterer Folge herangezogenen Datengrundlagen für den jeweiligen Wirkungsbereich.

(6) Das unterjährige Finanzmonitoring erfolgt halbjährlich. Die dafür relevanten Informationen sind der GÖG-Tochter von den jeweiligen Stellen bis spätestens 15. September des betreffenden Jahres bzw. bis zum 15. März des Folgejahres zur Verfügung zu stellen.

(7) Die Berichte zum unterjährigen Finanzmonitoring sind bis 15. Oktober des betreffenden Kalenderjahres bzw. bis 15. April des darauffolgenden Kalenderjahres den jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommissionen sowie der Bundes-Zielsteuerungskommission vorzulegen.

14.5. Detailregelungen zum Monitoring der Steuerungsbereiche

(1) Gegenstand des Monitoring der Steuerungsbereiche ist die Umsetzung der im Ziele- und Maßnahmenkatalog im Teil B operationalisierten Ziele auf Grundlage der vereinbarten Messgrößen und Zielwerte.

(2) Die Meldung für das Monitoring der Steuerungsbereiche erfolgt auf Grundlage von standardisierten Meldeformularen. Diese bauen auf dem Ziele- und Maßnahmenkatalog auf. Diese standardisierten Meldeformulare sind bis zum 30. September 2013 von der GÖG-Tochter zu entwickeln und im Anschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission zur Beschlussfassung vorzulegen.

(3) Für die jeweiligen sowohl quantitativen als auch qualitativen Messgrößen bzw. für die im Rahmen der Umsetzung der operativen Ziele vorzunehmender, vereinbarter Maßnahmen sind in den standardisierten Meldeformularen für die Datenmeldung verantwortliche Vertragsparteien bzw. zuständige Gremien zu definieren. Je nach Datenlage hat die Meldung von quantitativen Messgrößen auf Grundlage von erhobenen Istwerten für den betreffenden Meldezeitraum oder auf Grundlage von prognostizierten Werten ausgehend von den bis dato erfassten Zeiträumen zu erfolgen. Dies ist in den Meldeformularen entsprechend zu vermerken.

(4) Als Datengrundlagen für das Monitoring der Steuerungsbereiche im Falle von quantitativ ausgeprägten, versorgungsorientierten Messgrößen sind vorrangig regelmäßig erhobene Routinedaten des Gesundheitswesens zu verwenden. Die Ermittlung erfolgt durch die verantwortlichen Vertragsparteien bzw. zuständigen Gremien gemäß Abs. 3 auf Grundlage von vereinbarten Messgrößenbeschreibungen, die – sofern bereits vorliegend – in Anlage 2 gelistet sind oder im Zuge der Vereinbarung der Bundes-Jahresarbeitsprogramme einvernehmlich durch die Vertragsparteien ergänzt werden. Im Rahmen der Festlegungen zu den standardisierten Meldeformularen kann auch eine Befassung der GÖG-Tochter mit der Berechnung von quantitativen Messgrößen vorgesehen werden. Dies ist im Meldeformular gemäß Abs. 2 und 3 durch die Bundes-Zielsteuerungskommission festzulegen.

(5) Die Meldung der Messgrößen bzw. vorzunehmender, vereinbarter Maßnahmen erfolgt durch die verantwortlichen Vertragsparteien bzw. zuständigen Gremien gemäß Abs. 3, wobei entsprechende Nachweise (z.B. Berechnungsgrundlagen, Protokollauszüge, etc.) zur Verfügung zu stellen sind.

(6) Für die von der GÖG-Tochter vorzunehmende Plausibilisierung der übermittelten Informationen stehen für allfällige Rückfragen die Vertragsparteien bzw. die zuständigen Gremien zur Verfügung. Weiters erfolgt durch die Vertragsparteien die abschließende Bestätigung der für das Monitoring in weiterer Folge herangezogenen Datengrundlagen für den jeweiligen Wirkungsbereich.

(7) Das Monitoring der Steuerungsbereiche erfolgt halbjährlich. Die dafür relevanten Informationen sind der GÖG-Tochter von den verantwortlichen Vertragsparteien bzw. zuständigen Gremien gemäß Abs. 3 bis spätestens 15. September des betreffenden Jahres bzw. bis zum 15. März des Folgejahres zur Verfügung zu stellen.

(8) Die Berichte zum Monitoring der Steuerungsbereiche sind bis 15. Oktober des betreffenden Kalenderjahres bzw. bis 15. April des darauffolgenden Kalenderjahres den jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommissionen sowie der Bundes-Zielsteuerungskommission vorzulegen.

14.6. Berichtswesen

(1) Im Rahmen des Berichtswesens erfolgt eine gemeinsame bundesweite, sektorenübergreifende Beobachtung der Entwicklung des Leistungsgeschehens, wobei eine sektorale und regionale Differenzierung mit besonderem Fokus auf Leistungsverschiebungen vorzusehen ist.

(2) Jedenfalls sind bei der Beobachtung des Leistungsgeschehens die im operativen Ziel 6.2.7. festgelegten Messgrößen darzustellen. Darüber hinausgehend zu beobachtende Messgrößen sind in weiterer Folge einvernehmlich von den Vertragsparteien gemeinsam mit dem Bundes-Jahresarbeitsprogramm für 2014 zu ergänzen. Für die weitere Vertragslaufzeit wird vereinbart, dass – ausgehend von der Umsetzung der sektorenübergreifend einheitlichen Diagnose- und

Leistungsdokumentation gemäß operativem Ziel 7.2.1. – diese Messgrößen in Hinblick auf die geschaffenen Datengrundlagen im Zuge der Erstellung der Jahresarbeitsprogramme aktualisiert und gegebenenfalls ergänzt werden.

(3) Die Vertragsparteien kommen überein, das Krankenanstalten-Berichtswesen gemäß Krankenanstalten-Rechnungsabschluss-Berichtsverordnung (KRBV) weiterzuentwickeln und in seiner Qualität dahingehend zu verbessern, dass ab dem Jahr 2016 für ein Monitoring fundierte und gesicherte sowie belastbare Aussagen getroffen werden können.

(4) Die Vertragsparteien entwickeln bis 30. Juni 2014 ein bundeseinheitliches Berichtsschema bezüglich der maßgeblichen Zahlungen der Länder und Gemeinden für Fondskrankenanstalten.

Artikel 15
Gesondert darzustellende Ausgaben gemäß Art. 24 Abs. 2 Z 4 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit

(1) Für die gesondert darzustellenden Größen gemäß Art. 24 Abs. 2 Z 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit wird folgende Vorgehensweise für die Vertragslaufzeit vereinbart:

(2) Die in Art. 24 Abs. 2 Z 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit definierten Ausgaben (Investitionen, Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenfürsorgeanstalten sowie des Bundes) sind gesondert darzustellen. Diese Ausgaben werden nicht für die Definition der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben herangezogen und unterliegen somit nicht der in Art. 9 vereinbarten Ausgabendämpfung.

(3) Die Datenquellen der Investitionen im Bereich der Länder sind die Rechnungsabschlüsse der Träger der Krankenanstalten und im Bereich der Sozialversicherung die Abrechnung der eigenen Einrichtungen. Die Darstellung der Investitionen dient der Transparenz. Eine vollständige Erfassung sämtlicher getätigter Investitionen im Gesundheitsbereich kann auf Grundlage der herangezogenen Datenquellen nicht gewährleistet werden.

(4) Die Datengrundlage zur Ermittlung der Höhe der Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenfürsorgeanstalten und des Bundes stellt die Berechnung der Gesundheitsausgaben nach dem „System of Health Accounts“ durch die Statistik Austria dar. Aus dieser Berechnung ergeben sich für die einzelnen Bereiche für das Jahr 2010 folgende Werte:

	Wert für 2010 (in Mio. EURO)
Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung	701
Gesundheitsausgaben der Unfallversicherung	334
Gesundheitsausgaben der Krankenfürsorgeanstalten	434
Gesundheitsausgaben des Bundes	1.832

(5) Die entsprechend ermittelten gesondert darzustellenden Ausgaben gemäß Art. 24 Abs. 2 Z 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit sind in den Monitoringberichten in einem gesonderten Abschnitt für den jeweiligen Betrachtungszeitraum auszuweisen.

Artikel 16
Medikamentenkommission

(1) Mit der Aufnahme der Tätigkeit der gemeinsamen Medikamentenkommission für den intra- und extramuralen Bereich, längstens jedoch bis zum 31. Dezember 2013 hat sich diese einvernehmlich eine Geschäfts- und eine Verfahrensordnung zu geben, die von der Bundes-Zielsteuerungskommission zu genehmigen ist. Die Geschäftsordnung hat jedenfalls die Aufgaben der Medikamentenkommission zu konkretisieren und insbesondere den Begriff der hochpreisigen und spezialisierten Medikamente zu definieren und als Empfehlung der Bundes-Zielsteuerungskommission vorzulegen.

(2) Die Führung der Geschäfte der Medikamentenkommission, die auch ihre Empfehlungen vorzubereiten hat, obliegt dem Bundesministerium für Gesundheit.

(3) Die Mitglieder der Medikamentenkommission haben dem/der Bundesminister/in für Gesundheit für den Zeitraum der Funktionsperiode eine Erklärung über allfällige bestehende Interessenkonflikte abzugeben. Etwaige Änderungen während der Funktionsperiode sind unverzüglich mitzuteilen. Zur Beurteilung von Interessenkonflikten sind von jedem Mitglied der Medikamentenkommission insbesondere finanzielle Beziehungen zu Interessenverbänden und gewinnorientierten Unternehmungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, darunter auch zu Anbietern im Pharmabereich sowie im Distributionsweg, dem/der Bundesminister/in für Gesundheit und dem/der Vorsitzenden der Kommission offenzulegen.

(4) Die Träger der Krankenversicherung und die Länder vereinbaren, Daten über Mengen und Kosten der in ihrem Wirkungsbereich verordneten bzw. dispensierten Medikamente in einer einheitlich zu vereinbarenden, standardisierten Form wechselseitig bekannt zu geben und auszutauschen. Diese Informationen sind über Ersuchen auch dem Bundesministerium für Gesundheit zu übermitteln.

(5) Zur Verbesserung der Effektivität und Effizienz des Einsatzes von Medikamenten sind bei der Verordnung (Rezeptur) von Medikamenten auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung in Folge einer ambulanten oder stationären Behandlung sowie der Empfehlung der weiteren Medikation bei der Entlassung von Patientinnen und Patienten aus dem stationären Bereich bzw. bei ambulanter Behandlung der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen – in Ausführung des § 13 Abs. 1 Z 5

und Z 6 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes –, wenn diese Maßnahmen jeweils Folgewirkungen für den niedergelassenen Bereich haben, zu berücksichtigen. Ausnahmen sind ausschließlich aus medizinischer Notwendigkeit zulässig, erforderlichenfalls ist eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einzuholen. Die Länder verpflichten sich, die Bestimmungen des § 24 Abs. 2 dritter und vierter Satz KAKuG, BGBl Nr. 1/1957 idgF in den jeweiligen Landeskrankenanstaltengesetzen umzusetzen.

(6) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger verpflichtet sich, den Ländern das „Ökotool“ zur Verfügung zu stellen. Die Länder stellen sicher, dass das „Ökotool“ oder dessen Effekte im Rahmen einer geeigneten EDV-Lösung in ihrem Verantwortungsbereich – unter Bedachtnahme auf medizinische Notwendigkeiten – verwendet wird.

(7) Für alle Formen der Geschäftsbeziehungen von Vertreterinnen und Vertretern von vertriebsberechtigten Unternehmen sowie von in Distributionsweg tätigen Unternehmen mit Fondskrankenanstalten und eigenen Einrichtungen der Sozialversicherung ist ein „Code auf Conduct“ zu entwickeln bzw. vergleichbare bereits bestehende Regelungen analog anzuwenden.

(8) Das Projekt der e-Medikation ist auch in den Fondskrankenanstalten umzusetzen. Dafür allenfalls notwendige gesetzliche Änderungen sind vom Bund durchzuführen. Diese Maßnahme ist in den ELGA-Masterplan zu integrieren.

Teil D – Schlussbestimmungen

Artikel 17
Streitigkeiten aus diesem Vertrag

(1) Bei Verstößen gegen diesen Vertrag gilt der 8. Abschnitt der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und der 8. Abschnitt des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes.

(2) Bei allfälligen Streitigkeiten ist das Schlichtungsverfahren gemäß § 32 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes vorgesehen. Jeder andere Rechtsweg ist ausgeschlossen.

(3) Die Schlichtungsstelle hat österreichisches Recht anzuwenden.

Artikel 18
Vertragsänderungen und Salvatorische Klausel

(1) Verbindlich für die Vertragsparteien ist nur, was schriftlich vereinbart ist (§§ 884 und 886 ABGB). Auch Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages, einschließlich des Abgehens von der Schriftform, bedürfen zu ihrer Gültigkeit einer schriftlichen Vereinbarung.

(2) Sollte eine der Bestimmungen dieses Vertrages nicht rechtswirksam sein oder ungültig werden, so wird dadurch die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Die Vertragsparteien werden an Stelle dieser Bestimmungen unverzüglich solche vereinbaren, die dem durch die unwirksamen oder ungültigen Bestimmungen beabsichtigten Zweck am nächsten kommen.

Artikel 19
Geltungsdauer

(1) Dieser Vertrag tritt mit Unterfertigung durch sämtliche Vertragsparteien in Kraft und endet mit 31. Dezember 2016.

(2) Während der Dauer dieses Vertrages ist eine Kündigung ausgeschlossen.

(3) Dieser Vertrag endet mit dem Wegfall einer seiner Rechtsgrundlagen gemäß Art. 1 Punkt 1.1. Abs. 1.

(4) Die auf diesem Vertrag beruhenden Grundsätze der Zielsteuerung sowie die aus diesem Vertrag resultierenden und vereinbarten Maßnahmen einschließlich vereinbarter finanzieller Regelungen werden durch ein Vertragsende nicht berührt und gelten solange sie jeweils vereinbart wurden.

(5) Eine dem Abs. 4 entsprechende Regelung ist auch in die Landes-Zielsteuerungsverträge aufzunehmen.

Artikel 20
Sonstiges

(1) Integrierender Bestandteil dieses Bundes-Zielsteuerungsvertrages sind die als Teil E angeschlossenen Anlagen.

(2) Dieser Vertrag wird in einer Urschrift ausgefertigt. Die Urschrift wird beim Bundesministerium für Gesundheit hinterlegt. Dieses hat allen Vertragsparteien beglaubigte Abschriften des Vertrages zu übermitteln.

(3) Dieser Vertrag wird im Rahmen ihrer gesetzlichen Zuständigkeiten zur Vollziehung von Bundes- und Landesgesetzen und der entsprechenden Durchführungsvorschriften (einschließlich der Richtlinien des Sozialversicherungsrechts) abgeschlossen. Es werden keine über die gesetzlichen Kompetenzen hinausgehenden Rechte und Pflichten begründet.

(4) Dieser privatrechtliche Vertrag wird Kraft der öffentlich-rechtlichen Rechtsstellung der Vertragsparteien abgeschlossen.

(5) Die mit diesem Vertrag vereinbarten Ziele sind von den Vertragsparteien im Rahmen ihrer gesetzmäßigen Kompetenzen und Gestaltungsmöglichkeiten zu verwirklichen. Mit diesem Vertrag werden keine Rechte und Pflichten Dritter geschaffen.

(6) Die Vertragsparteien kommen überein, dass in Streitcausen für die Schiedskommission gemäß Art 47. der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitsweisens die Ergebnisse von Musterverfahren für gleichgelagerte Fälle akzeptiert werden.

Teil E - Anlagen

Anlage 1 – Tableaus zur Finanzzielsteuerung (Finanzrahmenvertrag) – Angaben in Mio. Euro

Anlage 1.1. Öffentlichen GA ohne Langzeitpflege – Angabe in Mio. Euro

			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
§ 17 Abs. 1 Z 1		**Öffentl. GA ohne Langzeitpflege**							
	lit a	Ausgangswert	20.262	20.931					
	lit b	Ausgabenentwicklung ohne Intervention			22.024	23.175	24.386	25.660	26.853
	lit c	jährliche Ausgabenobergrenzen			21.873	22.813	23.748	24.675	25.563
	lit d	jährliche Ausgabendämpfungseffekte (kum.), gerundet			150	360	640	980	1.300

Anlage 1.2. Zielsteuerungsrelevante öffentliche GA für Länder und gesetzliche KV – Angabe in Mio. Euro

			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
§ 17 Abs. 1 Z 2		**Zielsteuerungsrelevante öffentl. GA für Länder**							
	lit a	Ausgangswert	9.320	9.627					
	lit b	Ausgabenentwicklung ohne Intervention			10.130	10.659	11.215	11.801	12.349
	lit c	jährliche Ausgabenobergrenzen			10.040	10.443	10.831	11.213	11.569
	lit d	jährliche Ausgabendämpfungseffekte (kum.), gerundet			90	216	384	588	780

			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
§ 17 Abs. 1 Z 2		**Zielsteuerungsrelevante öffentl. GA für gesetzl. KV**							
	lit a	Ausgangswert	8.146	8.415					
	lit b	Ausgabenentwicklung ohne Intervention			8.854	9.316	9.802	10.314	10.794
	lit c	jährliche Ausgabenobergrenzen			8.794	9.172	9.546	9.922	10.274
	lit d	jährliche Ausgabendämpfungseffekte (kum.), gerundet			60	144	256	392	520

Anlage 1.3. Aufteilung Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte der Länderwerte auf die neun Bundesländer – Angabe in Mio. Euro

§ 17 Abs. 1 Z 3 lit a Aufteilung Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte der Länderwerte auf die neun Bundesländer

		2012	2013	2014	2015	2016
Ausgabenobergrenzen	Länder gesamt	10.040,000	10.443,000	10.831,000	11.213,000	11.569,000
	Burgenland	226,610	238,452	250,913	264,021	276,296
	Kärnten	679,674	699,578	731,775	750,585	775,325
	Niederösterreich	1.653,180	1.705,159	1.753,744	1.821,268	1.873,146
	Oberösterreich	1.740,113	1.798,159	1.848,283	1.906,123	1.954,907
	Salzburg	632,438	658,943	680,154	704,871	730,340
	Steiermark	1.298,880	1.381,351	1.444,656	1.502,926	1.555,834
	Tirol	707,316	744,215	798,367	821,551	858,061
	Vorarlberg	366,893	386,067	406,241	427,464	447,338
	Wien	2.734,896	2.831,075	2.916,867	3.014,190	3.097,755
Ausgabendämpfungseffekte kumuliert	Länder gesamt	90,000	216,000	384,000	588,000	780,000
	Burgenland	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	Kärnten	2,488	18,206	23,447	44,099	56,260
	Niederösterreich	6,767	41,462	83,957	112,458	150,358
	Oberösterreich	11,105	44,490	90,433	133,898	179,814
	Salzburg	-1,441	5,013	18,453	30,237	38,917
	Steiermark	44,871	32,574	43,027	62,490	82,278
	Tirol	11,405	12,057	-2,603	15,789	18,192
	Vorarlberg	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	Wien	14,804	62,200	127,286	189,028	254,182

Anlage 1.4. Aufteilung Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte der KV-Werte auf alle Träger d. gesetzl. KV – Angabe in Mio. Euro

§ 17 Abs. 1 Z 3 lit b und c Aufteilung Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte der KV-Werte auf alle Träger d. gesetzl. KV

		2012	2013	2014	2015	2016
Ausgabenobergrenzen	gesetzliche KV gesamt	8.794,00	9.172,00	9.546,00	9.922,00	10.274,00
	Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)	362,57	378,16	393,57	409,07	423,59
	SVA der gew. Wirtschaft (SVA d. gew. W.)	569,06	593,51	617,73	642,05	664,83
	VA für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)	362,40	377,98	393,39	408,89	423,40
	VA öffentlich Bediensteter (BVA)	876,10	913,76	951,02	988,48	1.023,54
	Burgenländische Gebietskrankenkasse (BGKK)	203,79	212,55	221,22	229,93	238,09
	Kärntner Gebietskrankenkasse (KGKK)	415,13	432,97	450,63	468,38	485,00
	NÖ Gebietskrankenkasse (NöGKK)	1.190,63	1.241,81	1.292,44	1.343,35	1.391,01
	OÖ Gebietskrankenkasse (OöGKK)	1.014,52	1.058,13	1.101,27	1.144,65	1.185,26
	Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK)	399,00	416,15	433,12	450,18	466,15
	Steirische Gebietskrankenkasse (StGKK)	877,06	914,76	952,06	989,56	1.024,67
	Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK)	509,82	531,73	553,42	575,22	595,62
	Vorarlberger Gebietskrankenkasse (VGKK)	278,68	290,66	302,52	314,43	325,58
	Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK)	1.666,63	1.738,27	1.809,14	1.880,40	1.947,11
	Betriebskrankenkassen (Summe)	68,61	71,56	74,47	77,41	80,15
Ausgabendämpfungseffekte kumuliert	gesetzliche KV gesamt	60,00	144,00	256,00	392,00	520,00
	Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)	2,47	5,93	10,56	16,17	21,44
	SVA der gew. Wirtschaft (SVA d. gew. W.)	3,88	9,33	16,56	25,37	33,65
	VA für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)	2,48	5,94	10,55	16,15	21,43
	VA öffentlich Bediensteter (BVA)	5,98	14,35	25,50	39,05	51,81
	Burgenländische Gebietskrankenkasse (BGKK)	1,39	3,34	5,93	9,09	12,05
	Kärntner Gebietskrankenkasse (KGKK)	2,83	6,80	12,09	18,50	24,54
	NÖ Gebietskrankenkasse (NöGKK)	8,12	19,49	34,66	53,07	70,40
	OÖ Gebietskrankenkasse (OöGKK)	6,92	16,61	29,53	45,22	59,98
	Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK)	2,72	6,54	11,62	17,79	23,60
	Steirische Gebietskrankenkasse (StGKK)	5,99	14,36	25,53	39,10	51,86
	Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK)	3,48	8,35	14,84	22,72	30,15
	Vorarlberger Gebietskrankenkasse (VGKK)	1,90	4,56	8,11	12,42	16,48
	Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK)	11,37	27,28	48,52	74,29	98,55
	Betriebskrankenkassen (Summe)	0,47	1,12	2,00	3,06	4,06

Anlage 1.5. Aufteilung der Ausgabenobergrenzen und -dämpfungseffekte der gesetzl. KV Träger auf die einzelnen Bundesländer für die bundesländerweise Zusammenführung gem. § 17 Abs. 1 Z 3 lit c – Angabe in Mio. Euro

Aufteilung der Ausgabenobergrenzen und -dämpfungseffekte der gesetzl. KV Träger auf die einzelnen Bundesländer für die bundesländerweise Zusammenführung gem. § 17 Abs. 1 Z 3 lit c

			Österreich	BGLD	KTN	NÖ	OÖ	SBG	STMK	Tirol	VBG	Wien
Ausgabenobergrenzen	2012	Gebietskrankenkasse	6.555,26	203,79	415,13	1.190,63	1.014,52	399,00	877,06	509,82	278,68	1.666,63
		Sonderversicherungsträger u Betriebskrankenkassen	2.238,74	86,57	178,55	492,71	273,61	147,26	407,23	190,43	66,90	395,48
		Summe	**8.794,00**	**290,36**	**593,68**	**1.683,34**	**1.288,13**	**546,26**	**1.284,29**	**700,25**	**345,58**	**2.062,11**
	2013	Gebietskrankenkasse	6.837,03	212,55	432,97	1.241,81	1.058,13	416,15	914,76	531,73	290,66	1.738,27
		Sonderversicherungsträger u Betriebskrankenkassen	2.334,97	90,29	186,22	513,89	285,37	153,59	424,73	198,62	69,78	412,48
		Summe	**9.172,00**	**302,84**	**619,19**	**1.755,70**	**1.343,50**	**569,74**	**1.339,49**	**730,35**	**360,44**	**2.150,75**
	2014	Gebietskrankenkasse	7.115,82	221,22	450,63	1.292,44	1.101,27	433,12	952,06	553,42	302,52	1.809,14
		Sonderversicherungsträger u Betriebskrankenkassen	2.430,18	93,97	193,82	534,85	297,01	159,85	442,05	206,71	72,62	429,30
		Summe	**9.546,00**	**315,19**	**644,45**	**1.827,29**	**1.398,28**	**592,97**	**1.394,11**	**760,13**	**375,14**	**2.238,44**
	2015	Gebietskrankenkasse	7.396,10	229,93	468,38	1.343,35	1.144,65	450,18	989,56	575,22	314,43	1.880,40
		Sonderversicherungsträger u Betriebskrankenkassen	2.525,90	97,68	201,46	555,91	308,71	166,14	459,46	214,85	75,48	446,21
		Summe	**9.922,00**	**327,61**	**669,84**	**1.899,26**	**1.453,36**	**616,32**	**1.449,02**	**790,07**	**389,91**	**2.326,61**
	2016	Gebietskrankenkasse	7.658,49	238,09	485,00	1.391,01	1.185,26	466,15	1.024,67	595,62	325,58	1.947,11
		Sonderversicherungsträger u Betriebskrankenkassen	2.615,51	101,14	208,60	575,63	319,66	172,04	475,76	222,48	78,16	462,04
		Summe	**10.274,00**	**339,23**	**693,60**	**1.966,64**	**1.504,92**	**638,19**	**1.500,43**	**818,10**	**403,74**	**2.409,15**

			Österreich	BGLD	KTN	NÖ	OÖ	SBG	STMK	Tirol	VBG	Wien
Ausgabendämpfungseffekte kumliert	2012	Gebietskrankenkasse	44,72	1,39	2,83	8,12	6,92	2,72	5,99	3,48	1,90	11,37
		Sonderversicherungsträger u Betriebskrankenkassen	15,28	0,59	1,22	3,36	1,87	1,00	2,78	1,30	0,46	2,70
		Summe	**60,00**	**1,98**	**4,05**	**11,48**	**8,79**	**3,72**	**8,77**	**4,78**	**2,36**	**14,07**
	2013	Gebietskrankenkasse	107,33	3,34	6,80	19,49	16,61	6,54	14,36	8,35	4,56	27,28
		Sonderversicherungsträger u Betriebskrankenkassen	36,67	1,42	2,93	8,07	4,48	2,41	6,68	3,11	1,09	6,48
		Summe	**144,00**	**4,76**	**9,73**	**27,56**	**21,09**	**8,95**	**21,04**	**11,46**	**5,65**	**33,76**
	2014	Gebietskrankenkasse	190,83	5,93	12,09	34,66	29,53	11,62	25,53	14,84	8,11	48,52
		Sonderversicherungsträger u Betriebskrankenkassen	65,17	2,52	5,20	14,34	7,96	4,28	11,86	5,55	1,95	11,51
		Summe	**256,00**	**8,45**	**17,29**	**49,00**	**37,49**	**15,90**	**37,39**	**20,39**	**10,06**	**60,03**
	2015	Gebietskrankenkasse	292,20	9,09	18,50	53,07	45,22	17,79	39,10	22,72	12,42	74,29
		Sonderversicherungsträger u Betriebskrankenkassen	99,80	3,86	7,95	21,96	12,19	6,57	18,16	8,49	2,99	17,63
		Summe	**392,00**	**12,95**	**26,45**	**75,03**	**57,41**	**24,36**	**57,26**	**31,21**	**15,41**	**91,92**
	2016	Gebietskrankenkasse	387,61	12,05	24,54	70,40	59,98	23,60	51,86	30,15	16,48	98,55
		Sonderversicherungsträger u Betriebskrankenkassen	132,39	5,12	10,56	29,14	16,18	8,70	24,08	11,26	3,96	23,39
		Summe	**520,00**	**17,17**	**35,10**	**99,54**	**76,16**	**32,30**	**75,94**	**41,41**	**20,44**	**121,94**

Anlage 1.6. Bundesländerweise Zusammenführung der Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte der gesetzl. KV – Angabe in Mio. Euro

§ 17 Abs. 1 Z 3 lit c Bundesländerweise Zusammenführung der Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte der gesetzl. KV

		2012	2013	2014	2015	2016
Ausgabenobergrenzen	gesetzliche KV gesamt	8.794,00	9.172,00	9.546,00	9.922,00	10.274,00
	Burgenland	290,36	302,84	315,19	327,61	339,23
	Kärnten	593,68	619,19	644,45	669,84	693,60
	Niederösterreich	1.683,34	1.755,70	1.827,29	1.899,26	1.966,64
	Oberösterreich	1.288,13	1.343,50	1.398,28	1.453,36	1.504,92
	Salzburg	546,26	569,74	592,97	616,32	638,19
	Steiermark	1.284,29	1.339,49	1.394,11	1.449,02	1.500,43
	Tirol	700,25	730,35	760,13	790,07	818,10
	Vorarlberg	345,58	360,44	375,14	389,91	403,74
	Wien	2.062,11	2.150,75	2.238,44	2.326,61	2.409,15
Ausgabendämpfungseffekte kumuliert	gesetzliche KV gesamt	60,00	144,00	256,00	392,00	520,00
	Burgenland	1,98	4,76	8,45	12,95	17,17
	Kärnten	4,05	9,73	17,29	26,45	35,10
	Niederösterreich	11,48	27,56	49,00	75,03	99,54
	Oberösterreich	8,79	21,09	37,49	57,41	76,16
	Salzburg	3,72	8,95	15,90	24,36	32,30
	Steiermark	8,77	21,04	37,39	57,26	75,94
	Tirol	4,78	11,46	20,39	31,21	41,41
	Vorarlberg	2,36	5,65	10,06	15,41	20,44
	Wien	14,07	33,76	60,03	91,92	121,94

Anlage 1.7. Übersichtsdarstellung: Zusammenführung der Werte (Summe) von Ländern und gesetzlicher Krankenversicherung auf alle neun Bundesländer – Angabe in Mio. Euro

Übersichtsdarstellung: Zusammenführung der Werte (Summe) von Ländern und gesetzlicher Krankenversicherung auf alle neun Bundesländer

		2012	2013	2014	2015	2016
Ausgabenobergrenzen	Länder und gesetzl. KV gesamt	18.834,00	19.615,00	20.377,00	21.135,00	21.843,00
	Burgenland	516,970	541,292	566,103	591,631	615,526
	Kärnten	1.273,354	1.318,768	1.376,225	1.420,425	1.468,925
	Niederösterreich	3.336,520	3.460,859	3.581,034	3.720,528	3.839,785
	Oberösterreich	3.028,244	3.141,659	3.246,563	3.359,484	3.459,826
	Salzburg	1.178,698	1.228,683	1.273,124	1.321,192	1.368,530
	Steiermark	2.583,171	2.720,841	2.838,766	2.951,946	3.056,263
	Tirol	1.407,566	1.474,565	1.558,497	1.611,621	1.676,160
	Vorarlberg	712,473	746,507	781,381	817,374	851,078
	Wien	4.797,006	4.981,825	5.155,307	5.340,800	5.506,905
Ausgabendämpfungseffekte kumuliert	Länder und gesetzl. KV gesamt	150,00	360,00	640,00	980,00	1.300,00
	Burgenland	1,980	4,760	8,450	12,950	17,170
	Kärnten	6,538	27,936	40,737	70,549	91,360
	Niederösterreich	18,247	69,022	132,957	187,488	249,898
	Oberösterreich	19,895	65,580	127,923	191,308	255,974
	Salzburg	2,279	13,963	34,353	54,597	71,217
	Steiermark	53,641	53,614	80,417	119,750	158,218
	Tirol	16,185	23,517	17,787	46,999	59,602
	Vorarlberg	2,360	5,650	10,060	15,410	20,440
	Wien	28,874	95,960	187,316	280,948	376,122

Anlage 2 – Messgrößenbeschreibung zum Ziele- und Maßnahmenkatalog (Teil B)

Anlage 2.1. Op. Ziel 6.2.2., Messgröße 3 „Tagesklinik“

Steuerungsbereich					
6	Versorgungsstrukturen				
strategisches Ziel					
6 2.	Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und dem Abbau bzw. der Verhinderung von Parallelstrukturen				
operatives Ziel					
6 2.2.	Leistungserbringung für ausgewählte tagesklinisch erbringbare Leistungen entsprechend "Best Point of Service" in adäquaten nicht-stationären Versorgungsformen (spezialisierte krankenanstaltenrechtliche ambulante Versorgungsstufe) forcieren				
Messgröße					
	Anteil der in nicht-stationären Versorgungsformen erbrachten tagesklinisch erbringbaren Leistungen gemessen an der Gesamtzahl dieser Leistungen im Jahr 2016*				
ausgewählte Leistungen/Leistungsbündel		MEL	aktueller Wert 2011	Zielwert / Bandbreite	Benchmark**
	Karpaltunnel OP	AJ070, AJ080	**47%**	65-90%	90%
	Katarakt OP	BF010, BF020	**53%**	70-90%	90%
	Varizen OP	EK030, EK040, EK050	**10%**	30-60%	60%
	Adenotomie/Paracentese	FA010, CB010	**39%**	40-60%	60%
	Curettage	JK030	**40%**	50-70%	70%
	Hernien OP	LM080, LM090	**2%**	15-40%	40%
	Metallentfernung	NZ010, MZ010, LZ010	**38%**	40-60%	60%
	Knie Arthroskopie	NF020	**13%**	30-80%	80%
Beschreibung					
	Betrachtungseinheit	Leistungen aus dem TK-Katalog ("Medizinische Einzelleistungen für die Abrechnung nach dem Tagesklinikmodell"; tagesklinisch erbringbar)			
	Zähler	Alle stationären Leistungen der ausgewählten Leistungen aus dem TK-Katalog gem. gültiger LKF mit 0 Belagstagen			
	Nenner	Alle stationären Leistungen der ausgewählten Leistungen aus dem TK-Katalog gem. gültiger LKF			
	Ausschlusskriterien	Mehr als eine Leistung in einem stationären Aufenthalt			
	Datenquelle	BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation			
	Quelle Detail/Auswertung durch	DIAG: Datenwürfel Leistungen 2011			
	zeitliche Verfügbarkeit	jährlich; verfügbar ab September Folgejahr			
	regionale Differenzierung	Möglich			
	Altersstandardisierung	Nicht möglich			
	Geschlechtsdifferenzierung	Möglich			
	Bemerkungen zur Datenauswertung				
	Ziel-/Quellbezug	Zielbezogen			
Anmerkungen/Ergänzungen zur Evidenz					
	* derzeit nur Auswertungen im stationären Bereich möglich				
	** Quelle: Fischer S, Zechmeister-Koss I: Tageschirurgie, Systematischer Review; HTA-Projektbericht Nr. 64; 12/2012: LBI für HTA				

Anlage 2.2. Op. Ziel 6.2.4, Messgröße 1 „Präoperative Verweildauern anpassen“

Steuerungsbereich				
6	Versorgungsstrukturen			
strategisches Ziel				
6.2.	Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und dem Abbau bzw. der Verhinderung von Parallelstrukturen			
operatives Ziel				
6.2.4.	Präoperative Verweildauern auf das medizinisch notwendige Maß anpassen			
Messgröße				
	Präoperative Verweildauer (Belagstage pro stationärem Aufenthalt mit ausgewählten elektiven operativen MEL, Differenz Aufnahmedatum/OP-Datum)			
präoperative VWD in Belagstagen		Aktueller Wert 2011	Zielwert	Referenz Zielwert*
	Österreich	**1,09**	max. 1	
Beschreibung				
	Betrachtungseinheit	Belagstage		
	Zähler	Anzahl der Tage zwischen Datum der Aufnahme und Datum der Erbringung der ersten MEL aus der Leistungsmatrix		
	Nenner	-		
	Ausschlusskriterien	Aufenthalte mit einer MEL, die nicht in der Leistungsmatrix enthalten sind; Aufnahmeart 2: "A" aku		
	Datenquelle	BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation		
	Quelle Detail/Auswertung durch:	GÖG		
	zeitliche Verfügbarkeit	jährlich; verfügbar ab September Folgejahr		
	regionale Differenzierung	Möglich		
	Altersstandardisierung	Nicht möglich		
	Geschlechtsdifferenzierung	Möglich		
	Datenauswertung			
	Ziel-/Quellbezug	Zielbezogen		
Anmerkungen				
	* Benchmark Bundesländervergleich 2011, präop. VWD geplante/elektive Aufenthalte. Kürzeste VWD Vorarlberg: 0,89 Belagstage			

Anlage 2.3. Op. Ziel 6.2.7, Messgröße 3a „Belagstage“

Steuerungsbereich			
6	Versorgungsstrukturen		
strategisches Ziel			
6 2.	Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und dem Abbau bzw. der Verhinderung von Parallelstrukturen		
operatives Ziel			
6.2.7.	Unterschiedliche Versorgungs- und Leistungsdichten im akutstationären und ambulanten Bereich vor dem Hintergrund vorhandener nationaler und internationaler Indikatoren mit Bandbreiten analysieren und evidente Über-, Unter- und Fehlversorgung auf Landesebene beseitigen		
Messgröße			
	Versorgungs- und Leistungsdichte im Gesundheitswesen: Indikator a) Belagstage je 1.000 Einwohner in Fondskrankenanstalten		
Belagstagesdichte	IST Ö-Durchschnitt/ 1.000 EW 2011	Zielwert/ Bandbreite	Referenz Zielwert*
Österreich	**1.258**	Reduktion um 1,8% - 2,2% jährlich	

Beschreibung

Betrachtungseinheit	Belagstage pro Einwohner
Zähler	Summe der Belagstage in Fondskrankenanstalten
Nenner	Einwohner der Wohnbevölkerung (x 1.000)
Ausschlusskriterien	Nulltages-Aufenthalte (NTA); Aufenthalte > 28 Belagstage; ausländische Gastpatienten/-innen
Datenquelle	BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation; Statistik Austria - Statistik des
Quelle Detail/Auswertung durch:	DIAG: DLB-Daten / Krankenhausaufenthalte; Bevölkerungsdaten
zeitliche Verfügbarkeit	DLD: jährlich; verfügbar ab September Folgejahr. Bevölkerung: jährlich, Jahresanfangswerte verfügbar ab 2. Quartal
regionale Differenzierung	Möglich
Altersstandardisierung	Möglich
Geschlechtsdifferenzierung	Möglich
Bemerkungen zur Datenauswertung	Bei unklarer Wohnsitzzuordnung auf Gemeindeebene erfolgt eine Aufteilung der Wohnsitzbevölkerung auf die betroffenen Bundesländer.
Ziel-/Quellbezug	Quellbezogen (Wohnsitzbezogen)

Anmerkungen

* Fortschreibung des österreichischen Trends der Jahre 2008-2011

Anlage 2.4. Op. Ziel 6.2.7, Messgröße 3b „Krankenhaushäufigkeit in FKA“

Steuerungsbereich			
6	Versorgungsstrukturen		
strategisches Ziel			
6.2.	Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und dem Abbau bzw. der Verhinderung von Parallelstrukturen		
operatives Ziel			
6.2.7.	Unterschiedliche Versorgungs- und Leistungsdichten im akutstationären und ambulanten Bereich vor dem Hintergrund vorhandener nationaler und internationaler Indikatoren mit Bandbreiten analysieren und evidente Über-, Unter- und Fehlversorgung auf Landesebene beseitigen		
Messgröße			
	Versorgungs- und Leistungsdichte im Gesundheitswesen: Indikator b) Krankenhaushäufigkeit je 1.000 Einwohner in Fondskrankenanstalten		
Krankenhaushäufigkeit	IST Ö-Durchschnitt/ 1.000 EW 2011	Zielwert/ Bandbreite	Referenz Zielwert*
Österreich	**237,14**	Reduktion um 1,1% - 4% jährlich	

Beschreibung	
Betrachtungseinheit	Stationäre Aufenthalte pro Einwohner
Zähler	Stationäre Aufenthalte in Fondskrankenanstalten
Nenner	Einwohner der Wohnbevölkerung (x 1.000)
Ausschlusskriterien	Nulltages-Aufenthalte (NTA); ausländische Gastpatienten/-innen
Datenquelle	BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation; Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes zum Jahresanfang
Quelle Detail/Auswertung	DIAG: DLB-Daten / Krankenhausaufenthalte; Bevölkerungsdaten
zeitliche Verfügbarkeit	DLD: jährlich; verfügbar ab September Folgejahr. Bevölkerung: jährlich, Jahresanfangswerte verfügbar ab 2. Quartal
regionale Differenzierung	Möglich
Altersstandardisierung	Möglich
Geschlechtsdifferenzierung	Möglich
Bemerkungen zur Datenauswertung	Bei unklarer Wohnsitzzuordnung auf Gemeindeebene erfolgt eine Aufteilung der Wohnsitzbevölkerung auf die betroffenen Bundesländer.
Ziel-/Quellbezug	Quellbezogen (Wohnsitzbezogen)

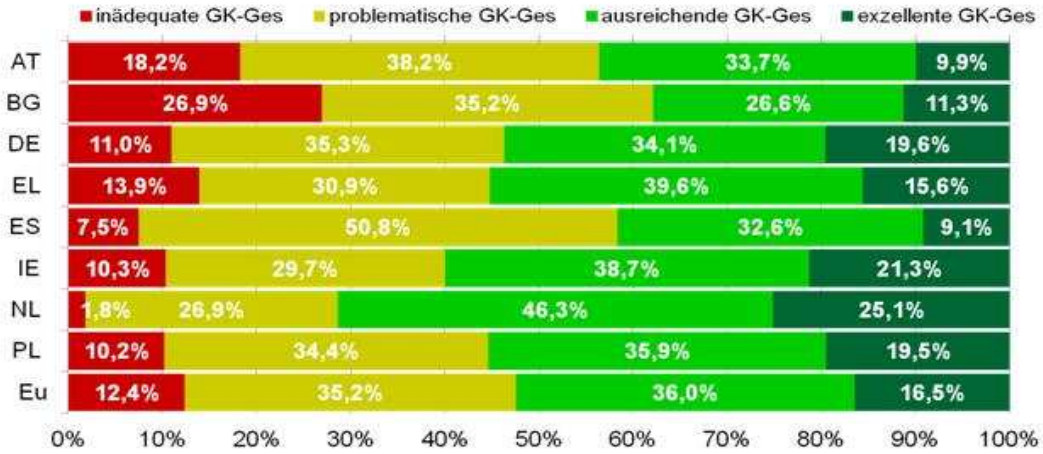
Anmerkungen

* Fortschreibung des österreichischen Trends der Jahre 2008-2011

Anlage 2.5. Op. Ziel 6.2.7, Messgröße 3c „Verweildauern in FKA“

Steuerungsbereich				
6	Versorgungsstrukturen			
strategisches Ziel				
6.2.	Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und dem Abbau bzw. der Verhinderung von Parallelstrukturen			
operatives Ziel				
6.2.7.	Unterschiedliche Versorgungs- und Leistungsdichten im akutstationären und ambulanten Bereich vor dem Hintergrund vorhandener nationaler und internationaler Indikatoren mit Bandbreiten analysieren und evidente Über-, Unter- und Fehlversorgung auf Landesebene beseitigen			
Messgröße				
	Versorgungs- und Leistungsdichte im Gesundheitswesen: Indikator c) Durchschnittliche Verweildauer in Belagstagen in Fondskrankenanstalten			
Verweildauer		IST Ö-Durchschnitt 2011	Zielwert/ Bandbreite	Referenz Zielwert*
	Österreich	5,46	Reduktion um 0,8% - 1,2%	
Beschreibung				
	Betrachtungseinheit	Belagstage in Fondskrankenanstalten		
	Zähler	Anzahl der Belagstage in Fondskrankenanstalten		
	Nenner	Anzahl der stationären Aufenthalte in Fondskrankenanstalten		
	Ausschlusskriterien	Null-Tages-Aufenthalte (NTA); Aufenthalte > 28 Belagstage; ausländische Gastpatienten/-innen		
	Datenquelle	BMG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation		
	Quelle Detail/Auswertung durch:	DIAG: DLB-Daten / Krankenhausaufenthalte		
	zeitliche Verfügbarkeit	DLD: jährlich; verfügbar ab September Folgejahr.		
	regionale Differenzierung	Möglich		
	Altersstandardisierung	Nicht möglich		
	Geschlechtsdifferenzierung	Möglich		
	Bemerkungen zur Datenauswertung			
	Ziel-/Quellbezug	Zielbezogen (Standortbezogen)		
Anmerkungen				
	* Fortschreibung des österreichischen Trends der Jahre 2008-2011			

Anlage 2.6. Op. Ziel 8.3.2., Messgröße 4 „EU-Health Literacy Survey“



Quelle: Grafik 10, S. 31 des Berichts von Pelikan, J. et al. 2012: Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States. HLS-EU Consortium. GÖG-ÖBIG eigene Darstellung 2013

Anlage 3 – Glossar

Alphabetische Sortierung nach dem Kurznamen, wenn nicht vorhanden nach dem Langnamen.

Das Glossar enthält nur Begriffe, die noch nicht in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit definiert wurden.

Kurzname	Langname	Definition
A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators – Österreichische Qualitätsindikatoren im stationären Bereich	Messung von Ergebnisqualität im intramuralen Bereich auf Basis von Routinedaten in einem mehrstufigen System inkl. Peer Review Verfahren
AMR	Antimikrobielle Resistenz	Fähigkeit von krankheitsverursachenden Keimen, der Wirkung von Antibiotika zu widerstehen
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz	
	Akutstationärer Bereich	Bezeichnet den stationären Bereich von Akut-Krankenanstalten, das sind alle landesfondsfinanzierten Krankenanstalten, Unfallkrankenhäuser sowie private, nicht gemeinnützige Krankenanstalten (Sanatorien)
ATHIS	Austrian Health Interview Survey – Österreichische Gesundheitsbefragung	Die europaweit im Rahmen von EHIS (European Health Interview Survey) abgestimmte Erhebung enthält unter anderem Fragen zu Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen und zu soziodemographischen Merkmalen. Sie bietet Repräsentativität auf Ebene der 32 Versorgungsregionen im Sinne des ÖSG. Zu beachten ist, dass es sich um Selbstauskünfte der Befragten handelt und dass die Befragung keiner Teilnahmepflicht unterliegt.
BQLL AUFEM	Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement	Qualitätsstandard gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz; Kenntnisnahme und Beschluss zur österreichweiten Anwendung in der 21. Sitzung der Bundesgesundheitskommission am 29. Juni 2012
BQLL PRÄOP	Bundesqualitätsleitlinie präoperative Diagnostik	Qualitätsstandard gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz; Kenntnisnahme und Beschluss zur österreichweiten Anwendung in der 19. Sitzung der Bundesgesundheitskommission am 25. November 2011
BT	Belagstage	Summe der Mitternachtsstände der PatientInnen im Berichtsjahr
	Curriculum	Festlegung der Rahmenbedingungen und Regelungen für ein ordnungsgemäßes Studium bzw. für eine Ausbildung an einer Hochschule oder einer anderen (Aus-) Bildungseinrichtung
EBM	Evidence-based Medicine/	Systematische und konsistente, patientenorientierte

	evidenzbasierte Medizin	Entscheidungsfindung im Rahmen medizinischer Behandlungen auf Grundlage von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit bzw. der besten zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Quellen und Daten.
	e-Health-Projekte	Projekte, bei denen der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnik (e-Health) zu einer Verbesserung von Strukturen, Abläufen und Ergebnissen im Gesundheits-(versorgungs)system führen soll
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte	Informationssystem, das allen berechtigten ELGA-Gesundheitsdiensteanbietern und ELGA-TeilnehmerInnen ELGA-Gesundheitsdaten in elektronischer Form orts- und zeitunabhängig (ungerichtete Kommunikation) zur Verfügung stellt
	e-Medikation	Informationssystem im Rahmen von ELGA, mit dessen Hilfe Ärzte, Apotheker und Krankenanstalten einen Überblick über verordnete und in Apotheken abgegebene Arzneimittel eines Patienten erhalten; damit ist eine weiterführende (elektronische) Prüfung auf potentielle Wechselwirkungen und Überdosierungen möglich
ETA	Ein-Tages-Aufenthalt	Stationärer Aufenthalt mit einem Belagstag, d.h. einer Übernachtung in der Krankenanstalt
	Extramuraler Bereich	(Ambulanter) Bereich außerhalb von bettenführenden Krankenanstalten (extramural = außerhalb der Mauern) z.B. Ambulatorien und Institute, Gruppenpraxen, Einzelordinationen und sonstige selbstständige Gesundheitsberufe (z.B. Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten, Hebammen, Psychologinnen/ Psychologen)
GDA-Index	Gesundheitsdiensteanbieter-Index	Zentrales Verzeichnis aller Personen und Einrichtungen des Gesundheitswesens, die gesetzlich berechtigt sind, in ELGA-Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten Einsicht zu nehmen. Dies werden in einem ersten Schritt Krankenhäuser, Pflegeheime, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Ambulatorien und Apotheken sein, später auch Zahnärztinnen und Zahnärzte
	Gesundheitsförderung	Maßnahmen und Aktivitäten, die auf die Ressourcensteigerung und Erhöhung der Gesundheitspotenziale von Bevölkerungsgruppen in bestimmten Settings abzielen und auf einem umfassenden Gesundheitsbegriff (Berücksichtigung vielfältiger Gesundheitsdeterminanten) aufbauen
	Gesundheitskompetenz / Health Literacy	Wissen, Motivation und Kompetenzen von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag zu Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre

		Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern
HIAP	Health in all policies / Gesundheit in allen Politik-feldern	Strategie zur Integration von Gesundheitsüberlegungen in andere politische Sektoren mit dem Ziel einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik
HLS-EU	Health Literacy Survey der EU – Europäische Gesundheitskompetenz-Befragung	Internationales, von der EU gefördertes Forschungs- und Entwicklungsprojekt zum Thema Health Literacy/Gesund-heitskompetenz; dabei werden Daten einer repräsentativen Stichprobe von 1.000 Personen erhoben, die auf internationaler Ebene (auch in Form eines Benchmarkings) miteinander verglichen werden. Die Stichprobe in Österreich wurde erhöht, um Bundesländervergleiche und Vergleiche für Jugendliche zu ermöglichen.
	Interdisziplinär	Verschiedene Disziplinen innerhalb einer Berufsgruppe umfassend (z.B. verschiedene Fachrichtungen oder Spezialisierungen)
	Intramuraler Bereich	(Stationärer und spitalsambulanter) Bereich in bettenführenden Krankenanstalten (intramural = innerhalb der Mauern)
	Kompetenzprofil	Umfasst sämtliche Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person sowie auch Erfahrungen, welche die Person in bestimmten Bereichen gesammelt hat
	Kuration	Heilbehandlung
KV	Krankenversicherung	
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstalten-finanzierung	Fallpauschalen-System, das in Abhängigkeit von Leistungen,-Diagnosen, Aufenthaltsdauer und Intensivpflege je Spitalsaufenthalt Verrechnungspunkte festlegt; der Punktwert als Verrechnungsgröße in Geldeinheiten ist abhängig von den Budgetmitteln, die seitens des Landesgesundheitsfonds über das LKF-Modell verteilt werden und ist somit in jedem Bundesland unterschiedlich hoch
MEL	Medizinische Einzelleistung	Medizinische Leistung, die im Rahmen der LKF codiert wird.
	Multiprofessionell	Mehrere Berufsgruppen umfassend
	Nosokomiale Infektion	Infektion, die im Zuge eines Aufenthalts oder einer Behandlung in einem Krankenhaus oder in einer Pflegeeinrichtung erworben wird
NTA	Null-Tages-Aufenthalt	Stationäre Aufenthalte, bei den die PatientInnen in ein Krankenhaus aufgenommen und am selben Kalendertag aus diesem entlassen werden (0 Tage = kein Mitternachtsstand).
ÖQMed	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der	Auf Basis der Qualitätssicherungsverordnung von der Österreichischen Ärztekammer mit der Qualitätssicherung und dem Qualitätsmanagement im

	Medizin	niedergelassenen Bereich betraut.
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit	Planungsgrundlage inkl. Qualitätskriterien für die österreichische Gesundheitsversorgung; Rahmenplan mit Vorgaben für Detailplanungen auf regionaler Ebene (insbesondere Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG))
	Peer Review	Peer Review = nochmalige Durchsicht durch einen Ebenbürtigen; Beiziehung externer Fachexperten desselben Fachbereichs und involvierter Fachbereiche zur Analyse der Ergebnisqualität; Form der externen Evaluation im Rahmen von A-IQI
	Prävention	Vorbeugende Maßnahmen, Programme und Projekte, um ein unerwünschtes Ereignis oder eine unerwünschte Entwicklung zu vermeiden.
PKV	Private Krankenversicherung	
PROP	EDV Anwendung im Rahmen der „BQLL Präoperative Diagnostik“	EDV-Tool zur Umsetzung der medizinischen Leitlinie „Präoperatives Patientenmanagement“ der ÖGARI (Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin) im Rahmen der BQLL „Präoperative Diagnostik“
	Polypharmazie	Gleichzeitige Verordnung von mehreren Medikamenten für eine Person, wobei die dabei auftretenden Wechselwirkungen der Medikamente problematisch sein können
PHAC	Public Health Action Cycle/ Gesundheitspolitischer Aktionszyklus	Gliederung gesundheitspolitischer Intervention in vier Phasen: 1. Problembestimmung, 2. Strategieformulierung, 3. Umsetzung, 4. Bewertung (kann zu neuerlicher Problembestimmung führen)
R-GZ	Rahmen-Gesundheitsziele	
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit	Detailplanungen der Gesundheitsversorgung auf Landesebene auf Basis der Rahmenplanung des ÖSG
	Spezialisierte ambulante Versorgungsstufe	Im geplanten Versorgungsstufenkonzept näher zu definierende Versorgungsstufe im ambulanten Bereich
StVO	Straßenverkehrsordnung	
	Tagesklinik	Aufenthalte mit einer medizinischen Einzelleistung aus dem Tagesklinikkatalog, die derzeit mit Null Belagstagen (d.h. ohne Übernachtung) im stationären Bereich anfallen
	Telegesundheitsdienste	Dienen der gesundheitsbezogenen Versorgung und überbrücken durch Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) örtliche und/oder zeitliche Distanzen zwischen Gesundheitsdiensteanbietern sowie zwischen Gesundheitsdiensteanbietern und PatientInnen
UbG	Unterbringungsgesetz	

ZPI	Zentraler Patientenindex	Verzeichnis aller Patientinnen und Patienten im Rahmen von ELGA, das die grundlegenden Angaben zu einer Person, wie etwa Name, Geburtsdatum und Adresse enthält; ist u.a. notwendig, um in einem elektronischen System Daten oder Dokumente eindeutig einer Person zuzuordnen. Der ZPI ist aber auch eine wesentliche Voraussetzung dafür, der Patientin bzw. dem Patienten den elektronischen Zugriff auf die eigenen Gesundheitsdaten außerhalb von ELGA zu ermöglichen.

Für den Bund

Der Bundesminister für Gesundheit

Für den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Der Vorsitzende des Verbandsvorstands

Die Vorsitzende der Trägerkonferenz

Für das Land Burgenland

Der Landeshauptmann

Für das Land Kärnten

Der Landeshauptmann

Für das Land Niederösterreich

Der Landeshauptmann

Für das Land Oberösterreich

Der Landeshauptmann

Für das Land Salzburg

Der Landeshauptmann

Für das Land Steiermark

Der Landeshauptmann

Für das Land Tirol

Der Landeshauptmann

Für das Land Vorarlberg

Der Landeshauptmann

Für das Land Wien

Der Landeshauptmann

Dieser Vertragsentwurf wurde in der politischen Steuerungsgruppe am 26. Juni 2013 angenommen:

Bundesministerin Dr. Maria Fekter	Bundesminister Alois Stöger
Landeshauptmann Dr. Josef Pühringer	Stadträtin Mag[a]. Sonja Wehsely
Dr. Hans-Jörg Schelling, Verbandsvorsitzender	Mag[a]. Ingrid Reischl, Vorsitzende der Trägerkonferenz