

B e s c h l u s s

des Burgenländischen Landtages vom, mit dem der Zielsteuerungsvertrag „Zielsteuerung-Gesundheit“ für die Jahre 2017 bis 2021, zur Kenntnis genommen wird.

Der Landtag hat beschlossen:

Der Zielsteuerungsvertrag „Zielsteuerung-Gesundheit“ für die Jahre 2017 bis 2021, wird gemäß Art. 81 Abs. 3 L-VG zur Kenntnis genommen.

Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene

Zielsteuerung-Gesundheit

abgeschlossen zwischen dem

Bund,

vertreten durch die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen,
Radetzkystraße 2, 1030 Wien

dem

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

dem

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

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 und operative Ziele

Artikel 6 – Ziele- und Maßnahmenkatalog

Artikel 7 – Festlegung zur Finanzzielsteuerung

Artikel 8 – Monitoring und Statusbericht

Artikel 9 – Finanzielle Folgen bei Leistungsverschiebungen

Teil C – Laufende Arbeiten

Artikel 10 – Laufende Arbeiten

Teil D – Schlussbestimmungen

Artikel 11 – Streitigkeiten aus diesem Vertrag

Artikel 12 – Vertragsänderungen und Salvatorische Klausel

Artikel 13 – Geltungsdauer

Artikel 14 – Sonstiges

Teil E – Anlagen

Anlage 1 – Tableaus zur Finanzzielsteuerung

Anlage 2 – Messgrößenbeschreibungen zum Ziele- und Maßnahmenkatalog

Anlage 3 – Muster für Statusbericht

Anlage 4 – Glossar und Abkürzungsverzeichnis

Teil A – Allgemeines

Artikel 1 Allgemeine Bestimmungen

1.1 Gegenstand/Zielsetzung

(1) Dieser Vertrag beruht auf den Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie Zielsteuerung-Gesundheit, und dem Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017, BGBl. I Nr. 26/2017. Damit wird das bereits in den Jahren 2013 bis 2016 eingerichtete partnerschaftliche Zielsteuerungssystem fortgeführt und kontinuierlich weiterentwickelt.

(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 4 im Teil E).

1.2 Regelungsebenen

(1) Die Vertragsparteien vereinbaren ausgehend von einem gemeinsamen Zukunftsbild über die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems handlungsleitende Prinzipien. Darauf beruhend werden in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung strategische Ziele festgelegt, die wiederum durch operative Ziele konkretisiert werden. Zu jedem operativen Ziel werden Messgrößen mit Zielwerten oder mit Zielvorgaben und entsprechende Maßnahmen zur Zielerreichung für die Bundes- und Landesebene definiert. Die Finanzzielsteuerung wird als integraler Bestandteil fortgeführt und weiterentwickelt. In der Folge sind auf Bundesebene Jahresarbeitsprogramme und auf Landesebene Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu entwickeln.

(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 an einem niederschweligen Zugang zu einer qualitativ hochstehenden, bedarfsgerechten und effizienten 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 liegen ein zeitgemäßes Versorgungsstufenkonzept und Versorgungsaufträge für die Akteure zugrunde. Das Sachleistungsprinzip wird im ambulanten und stationären Bereich gestärkt.

(4) In einem modernen Gesundheitssystem hat die Erhaltung der Gesundheit einen hohen Stellenwert. Zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention wird daher forciert. Ebenso wird der umfassenden Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ab dem frühest möglichen Zeitpunkt der größtmögliche Stellenwert eingeräumt.

(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.

(6) Multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgungseinheiten und ambulante Versorgungsformen stehen zur Verfügung. Aufwendige und komplexe Krankenhausleistungen sind an jeweils entsprechend ausgestatteten Krankenhausstandorten konzentriert.

(7) Ein umfassendes Qualitäts- und Risikomanagement in allen Bereichen des Gesundheitssystems gewährleistet eine größtmögliche Patientensicherheit mit gleichzeitig langfristig positiven Auswirkungen auf die Effizienz.

(8) 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 der Gesundheitsversorgung. 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

(1) 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.

(2) Die bestehenden Finanzierungs- und Abgeltungs- bzw. Honorierungssysteme im österreichischen Gesundheitswesen werden in der Form weiterentwickelt, sodass die Ziele der Zielsteuerung-Gesundheit, insbesondere eine stärkere Ausrichtung am Versorgungsbedarf, unterstützt und ein möglichst effektiver und effizienter Einsatz der zur Verfügung stehenden Finanzmittel sichergestellt wird. Des Weiteren werden die Finanzierungs- und Abgeltungs- bzw. Honorierungssysteme aller Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens aufeinander abgestimmt und grundsätzlich in pauschalierter, leistungsorientierter und transparenter Form gestaltet. Dabei ist insbesondere auch auf die Anreiz- und Steuerungswirkungen dieser Systeme zu achten. Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist bei der Umsetzung der Finanzierungs- und Abgeltungs- bzw. Honorierungssysteme von den jeweiligen Finanzierungspartnern auf mögliche Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen in den anderen Versorgungsbereichen Bedacht zu nehmen.

3.3 Orientierung an den Gesundheitszielen Österreich und an Public Health

Handlungsleitend für die Zielsteuerung-Gesundheit sind die von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen Gesundheitsziele Österreich. 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 an 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 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. Eine umfassende, vergleichbare und standardisierte Qualitätsmessung im intramuralen und extramuralen Bereich stellt eine wesentliche Grundlage für die 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. Die Vertragspartner berücksichtigen die unterschiedlichen Bedürfnisse von Bevölkerungsgruppen zum Beispiel hinsichtlich Geschlecht und Lebensalter in der Gestaltung der Gesundheitsversorgung. Insbesondere werden die gesundheitsbezogenen Kompetenzen der BürgerInnen gestärkt, um eine aktive Beteiligung der/des Einzelnen an gesundheitsrelevanten Entscheidungen ihren Gesundheitszustand betreffend zu ermöglichen.

3.6 Psychische Gesundheit als integraler Bestandteil von Gesundheit

Die Vertragspartner orientieren sich am umfassenden Gesundheitsbegriff der WHO, der physische, psychische und soziale Aspekte umfasst. Bei der Einführung neuer Strategien und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention, Kranken- und Langzeitversorgung sowie bei der Umsetzung der Zielsteuerung werden insbesondere auch die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung beachtet.

3.7 Orientierung an und Verfügbarkeit von Beschäftigten und freiberuflich Tätigen im Gesundheitswesen

(1) Gesundheitsdiensteanbieter als wichtigste Ressource für die Gesundheitsversorgung werden dabei unterstützt, anforderungsadäquate Ausbildungen zu erhalten und eine hohe Motivation durch Arbeitsbedingungen, die sowohl eine hohe Versorgungsqualität als auch Lebensqualität im Sinne einer „Work-Life-Balance“ ermöglichen, zu erlangen und zu erhalten.

(2) Es erfolgt eine gemeinsame Beobachtung, Planung und Steuerung der erforderlichen Personalressourcen für das gesamte Gesundheitssystem und Weiterentwicklung der Kompetenzprofile in Hinblick auf die Aufgabenteilung. Dadurch können Ausbildungserfordernisse frühzeitig an die künftigen Strukturen und Aufgaben angepasst und die jeweiligen Kompetenzen der Berufsgruppen optimal genutzt werden.

3.8 Solidarität und Gerechtigkeit

Die Umsetzung der gemeinsamen Ziele festigt das Grundprinzip der Solidarität im Gesundheitssystem. Eine nachhaltig gesicherte Sachleistungsversorgung trägt zum Ausgleich von gesundheitlichen Belastungen bei und ermöglicht gleichen Zugang für

alle. Durch eine Stärkung des Sachleistungsprinzips im ambulanten und stationären Bereich wird das Grundprinzip der Solidarität gefestigt.

3.9 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 unter Orientierung an den Gesundheitszielen Österreich, die im Art. 5 angeführten strategischen Ziele, im Art. 6 angeführten operativen Ziele sowie die daraus abgeleiteten Maßnahmen gemeinsam zu verfolgen und im eigenen Wirkungsbereich im Rahmen ihrer jeweiligen verfassungsrechtlichen Zuständigkeiten zu implementieren. Ebenso verpflichten sich die Partner der Zielsteuerung-Gesundheit zu einer Umsetzung der in Art. 7 definierten Finanzziele.

(2) Die Operationalisierung der Zielsteuerung-Gesundheit orientiert sich in Hinblick auf Zielhierarchie, Steuerungslogik und Umsetzungsverantwortung an folgenden Eckpunkten:

1. Den strategischen Zielen in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung sind in Art. 5 die für diese Zielsteuerungsperiode maßgeblichen operativen Ziele zugeordnet.
2. Im Art. 6 werden im Rahmen des Ziele- und Maßnahmenkatalogs zum Zwecke der Operationalisierung diesen operativen Zielen jeweils Messgrößen in Form von Indikatoren mit entsprechenden Zielwerten oder Zielvorgaben zugeordnet. Diese Indikatoren sollen nach Möglichkeit populationsbezogen bzw. versorgungsorientiert sein und stellen die Grundlage für die Messung der Zielerreichung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit dar.
3. Des Weiteren sind im Ziele- und Maßnahmenkatalog die zur Erreichung der operativen Ziele erforderlichen Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene einschließlich eines Zeitplans (Meilensteine) festgelegt. Dieser Zeitplan ist für die Einschätzung zur Maßnahmenerrreichung maßgeblich.
4. Auf Bundesebene erfolgt die weitere Operationalisierung und Konkretisierung dieser Maßnahmen im Hinblick auf die termingerechte Umsetzung im Rahmen von Bundes-Jahresarbeitsprogrammen.
5. Auf Landesebene erfolgt die weitere Operationalisierung und Konkretisierung dieser Maßnahmen im Hinblick auf die termingerechte Umsetzung im Rahmen der jeweiligen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen.
6. Die Landes-Zielsteuerungsübereinkommen können darüber hinaus weitere, über den Zielsteuerungsvertrag hinausgehende, strategische und operative Ziele sowie für deren Erreichung zu setzende Maßnahmen umfassen. Die Erreichung dieser Ziele und Umsetzung dieser Maßnahmen sind nicht Gegenstand des bundesweiten Monitorings (Art. 8).

(3) Für die Umsetzung der vereinbarten Ziele und Maßnahmen sind die notwendigen rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen zu schaffen.

Artikel 5

Strategische und operative Ziele

In nachfolgender Tabelle werden die im Ziele- und Maßnahmenkatalog (Artikel 6) den operativen Zielen (die den strategischen Zielen zugeordnet sind) zugeordneten Messgrößen (Indikatoren für die Gesamtzielerreichung) und Zielwerte bzw. Zielvorgaben im Überblick dargestellt. Diese messen auf strategischer Ebene die Erreichung der mit der Zielsteuerung-Gesundheit intendierten Zielrichtungen.

Tabelle: Steuerung über strategische und operative Ziele - Übersicht über Ziele und Messgrößen

Strategische Dimension Strategische Ziele		Operative Dimension Operative Ziele		Messgrößen	Zielwerte/ -vorgaben
Bessere Versorgung	S1: Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes	Bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen	1: Verbesserung der integrativen Versorgung durch gemeinsame abgestimmte verbindliche Planung und Umsetzung der folgenden Ziele (1.1 bis 1.3)	<i>Messgrößen und Zielwerte/Zielvorgaben sind direkt den operativen Zielen 1.1. bis 1.3 zugeordnet. Diese sind in der Analyse gemeinsam zu betrachten.</i>	
			1.1: Primärversorgungsmodelle auf- und ausbauen	(1) Umgesetzte PV-Einheiten (2) In PV-Einheiten versorgte Bevölkerung <i>Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße: Anteil von Fällen mit abgeschlossener Behandlung</i>	75 ↑
			1.2: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung	(3) Anzahl multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich mit Versorgungsauftrag <i>Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße zur Versorgungswirksamkeit von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären ambulanten Versorgungsformen</i>	↑
			1.3: Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen	(4) Krankenhaushäufigkeit in FKA (5) Belagstagedichte in FKA (6) Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden	-2 % jährl. -2 % jährl. pro Leistungs- bündel definiert
		Die richtige Versorgung („The right care“)	2: Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals (Skill-Mix, Nachwuchssicherung, demographische Entwicklung) sicherstellen	(7) Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen AM/FÄ (8) Ärztliche Versorgungsdichte (9) Relation DGKP und PFA zu ÄrztInnen in FKA („Nurse to Physician Ratio“)	Beobachtungswert Beobachtungswert Beobachtungswert
			3: Stärkere Ausrichtung des Vertragswesens und der Honorierungssysteme am Versorgungsbedarf bei gleichzeitiger Unterstützung der Zielsetzungen der ZS-G (insbesondere Versorgung am „Best Point of Service“) und der Anforderungen an die Versorgungsformen	<i>Messgrößen siehe op. Ziele 1.1 bis 1.3.</i>	
			4: Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen	(10) Masern/Mumps/Röteln - Durchimpfungsrate Kinder (11) Ambulante KJP-Angebote	↑ ↑

Bessere Qualität	S2: Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse	Besser koordinierte Versorgung	5: Gezielter Einsatz von IKT zur Patientenversorgung, Systemsteuerung und Innovation	(12) Umsetzungsgrad ELGA (13) Polypharmazie Prävalenz (14) Potentiell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren <i>Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße zu TEWEB auf Basis der Evaluierung der Pilotprojekte</i>	↑ ↓ ↓
			6: Verbesserung der integrierten Versorgung	(15) Aufenthalte mit kurzer präop. VWD in FKA (16) In Therapie Aktiv versorgte PatientInnen und teilnehmende ÄrztInnen (AM und IM)	94 % ↑
			7: Medikamentenversorgung sektorenübergreifend gemeinsam optimieren	(17) Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen	↑
			8: Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich	<i>Messgrößen im Zusammenhang mit den weiterführenden Arbeiten zur Qualitätsmessung im ambulanten Bereich noch zu entwickeln</i>	
		Behandlung, zum richtigen Zeitpunkt	9: Zur Stärkung der Sachleistungsversorgung örtliche, zeitliche und soziale Zugangsbarrieren abbauen	(18) Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich	→↑
Gesündere Bevölkerung	S3: Gesundheitsförderung und Prävention: Erhöhung der Zahl der gesunden Lebensjahre und Verbesserung der Lebensqualität von erkrankten Personen	Gesund bleiben	10: Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung	(19) Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz	↑
		Gesünder leben	11: Stärkung von zielgerichteter Gesundheitsförderung und Prävention	(20) Gesunde Lebensjahre bei der Geburt (21) Täglich Rauchende (22) Kariesfreie Kinder	↑ ↓ ↑
„Better value“	S4: Gewährleistung einer nachhaltigen Finanzierbarkeit der öffentlichen Gesundheitsausgaben	Nachhaltigkeit sichern	Messgrößen und Zielwerte siehe Finanzzielsteuerung bzw. Einhaltung der Ausgabenobergrenzen Art. 7		

Artikel 6 Ziele- und Maßnahmenkatalog

Strategisches Ziel 1 Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes

Operatives Ziel 1 Verbesserung der integrativen Versorgung durch gemeinsame abgestimmte verbindliche Planung und Umsetzung der folgenden Ziele (1.1. bis 1.3.)

Messgrößen und Zielwerte *Messgrößen und Zielwerte/Zielvorgaben sind direkt den operativen Zielen 1.1. bis 1.3 zugeordnet. Diese sind in der Analyse gemeinsam zu betrachten.*

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Gründung der gesetzlich vorgesehenen Gesundheitsplanungs GmbH und Erlass der Planungsverordnung (ÖSG und RSG)	Juni 2017 (Gründung) Dezember 2017 (VO zum ÖSG) April 2019 (VO zum RSG)
	2: Vorlage ÖSG 2017 inklusive Grundlagen für Versorgungsaufträge und Ausweis der verbindlich zu machenden Passagen gemäß § 23 G-ZG an die B-ZK, danach sukzessive Fertigstellung der Grundlagen für Versorgungsaufträge im ÖSG für sämtliche relevanten Fachbereiche und Weiterentwicklung	Juli 2017 (Vorlage ÖSG) Dezember 2019 (Fertigstellung Grundlagen VA)
	3: Schaffen der notwendigen Voraussetzungen für ÜRVP-Umsetzung (Grundsätze zur Finanzierung gemäß § 59g KAKuG)	Juli 2017
	4: Analyse und Vergleich (Bundesländer) zum aktuellen Stand der Hospiz- und Palliativversorgung	Dezember 2017 (iZm HOS/PAL-Monitoring)
	5: Vorgabe von bundesweiten Empfehlungen zur Finanzierung zusätzlicher Strukturen für HOS/PAL nach Maßgabe § 2 Abs. 2a Pflegefondsgesetz auf Basis der Analyse zum aktuellen Stand	Juni 2018
Landesebene	1: Erlass adäquater Ausführungsgesetze zu den Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG auf Landesebene	Dezember 2017
	2: Erstellung integrativer RSG gemäß der Rahmenvorgaben im ÖSG inklusive jener Planungsvorgaben, die rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen (Festlegungen zur Kapazitätsplanung, überregionale Versorgungsplanung und Versorgungsaufträge soweit Grundlagen im ÖSG verankert)	Dezember 2018

Strategisches Ziel 1 Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes

Operatives Ziel 1.1 Primärversorgungsmodelle auf- und ausbauen

Messgrößen und Zielwerte	<p>(1) Umgesetzte PV-Einheiten <i>Zielwert: 75</i></p> <p>(2) In PV-Einheiten versorgte Bevölkerung <i>Zielvorgabe: ↑</i></p> <p><i>Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße: Anteil von Fällen mit abgeschlossener Behandlung</i></p>
--------------------------	---

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Schaffen der für den Auf- und Ausbau der PVE erforderlichen Voraussetzungen; insbesondere PHC-Gesetz, Kompetenzprofile, Richtlinie gemäß § 26 Abs. 4 Z 1 lit. m G-ZG	Juni 2017 (Gesetz, Richtlinie) Dezember 2017 (K-Profile)
	2: Festlegung von Eckpfeilern für Verträge und Honorierungssysteme	Dezember 2017
	3: Strukturierte Unterstützung bei der Information zur Primärversorgung und bei der Gründung von Primärversorgungseinheiten (z.B. Services zur Gründung, finanzielle Förderungsmöglichkeiten, Rahmenbedingungen) im Sinne des Art. 31 Abs. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG OF	Dezember 2017
Landesebene	1: Analyse der regionalen Versorgungssituation und Vereinbarung der Anzahl und regionalen Verteilung sowie der Finanzierung der PVE; Abbildung der Planungsergebnisse in den RSG und anschließend Transformation in den Stellenplan	Dezember 2017 (Analyse) Dezember 2018 (RSG)
	2: Umsetzung der im RSG definierten PVE (Invertragnahme und Evaluierung) auf Basis der festgelegten Eckpfeiler für Verträge und Honorierungssysteme	Dezember 2021
	3: Einbindung der Stakeholder und begleitende Information zu PVE für die Bevölkerung und GDA auf regionaler Ebene	Juni 2018

Strategisches Ziel 1 Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes

Operatives Ziel 1.2	Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung
Messgrößen und Zielwerte	(3) Anzahl multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich mit Versorgungsauftrag <i>Zielvorgabe: ↑</i> <i>Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße zur Versorgungswirksamkeit von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären ambulanten Versorgungsformen</i>

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Finalisierung des Konzepts zu Versorgungsstrukturen für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung	Dezember 2017
	2: Prüfung und Schaffen von erforderlichen organisatorischen und rechtlichen Voraussetzungen für die Umsetzung der Versorgungsaufträge	Dezember 2018
	3: Strukturierte Unterstützung bei der Information zur ambulanten Fachversorgung und bei der Gründung von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten (z.B. Services zur Gründung, finanzielle Förderungsmöglichkeiten, Rahmenbedingungen) im Sinne des Art. 31 Abs. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG OF	laufend
Landesebene	1: Analyse und gemeinsame regionale Planung der ambulanten Fachversorgung auf Basis von Versorgungsaufträgen, soweit Grundlagen im ÖSG verankert, im Rahmen der RSG-Erstellung und anschließende Umsetzung (inkl. projektbezogener Vereinbarung der Finanzierung von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten gemäß Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG OF Art. 31)	Dezember 2018
	2: Gezielter Aufbau/Ergänzung von noch fehlenden HOS/PAL Einrichtungen/Kapazitäten im ambulanten Bereich inkl. Kinder-Palliativversorgung auf Basis der Analyseergebnisse und Empfehlungen zur Finanzierung zusätzlicher Strukturen (siehe auch op. Ziel 1)	Dezember 2021

Strategisches Ziel 1 Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes

Operatives Ziel 1.3 Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen

Messgrößen und Zielwerte	<p>(4) Krankenhaushäufigkeit in FKA <i>Zielwert: Reduktion österreichweit um mindestens 2 % jährlich</i></p> <p>(5) Belagstagedichte in FKA <i>Zielwert: Reduktion österreichweit um mindestens 2 % jährlich</i></p> <p>(6) Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden <i>Zielwert: pro Leistungsbündel definiert (siehe Anlage 2)</i></p>
---------------------------------	---

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen in Bezug auf Grundlage der Regelungen im ÖSG (z.B. KAKuG)	Juni 2018
Landesebene	1: Analyse und gemeinsame regionale Planung der akutstationären Versorgung auf Grundlage des neuen ÖSG im jeweiligen RSG (Art. 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG OF, Art. 13 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG ZS-G) insbesondere <ul style="list-style-type: none"> • Forcierung der ambulanten und tagesklinischen Leistungserbringung, • Bündelung komplexer Leistungen und weitgehende Überwindung kleinteiliger Organisationsformen und • Umsetzung der gemeinsam vereinbarten ÜRV 	Dezember 2018
	2: Gezielter Aufbau/Ergänzung von noch fehlenden HOS/PAL Einrichtungen/Kapazitäten im stationären Bereich inkl. Kinder-Palliativbetten auf Basis der Analyseergebnisse und Empfehlungen zur Finanzierung zusätzlicher Strukturen (siehe auch op. Ziel 1)	Dezember 2021

Strategisches Ziel 1 Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes

Operatives Ziel 2	Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals (Skill-Mix, Nachwuchssicherung, demographische Entwicklung) sicherstellen
Messgrößen und Zielwerte	<p>(7) Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen AM/FÄ <i>Keine Zielvorgabe (Beobachtungswert)</i></p> <p>(8) Ärztliche Versorgungsdichte <i>Keine Zielvorgabe (Beobachtungswert)</i></p> <p>(9) Relation DGKP und PFA zu ÄrztInnen in FKA („Nurse to Physician Ratio“) <i>Keine Zielvorgabe (Beobachtungswert)</i></p>

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Aufbau eines zeitnahen, transparenten und gut definierten Analysewesens (IT-Tool) als gemeinsame Grundlage für die Planung der Personalressourcen im jeweiligen Zuständigkeitsbereich mit dem Ziel der Bedarfsdeckung mit adäquat ausgebildetem Gesundheitspersonal	Dezember 2017 (erste Fassung IT-Tool) Dezember 2019
	2: Fortführung der Arbeiten zu Kompetenzprofilen Kernteam und erweitertes Team PV (insbesondere in Hinblick auf die Aufgabenteilung) und Identifizierung von allfälligen Adaptierungsbedarfen der Curricula	Dezember 2017
	3: Analyse der Einflussfaktoren (inkl. Arbeitszufriedenheit) auf die Attraktivität der Berufsfelder Allgemeinmedizin, Pflege und allfällig weiterer Gesundheitsberufe und Ableitung entsprechender Maßnahmen	Dezember 2018
Landesebene	1: Schaffen von ausreichenden Lehrpraxen in Zusammenwirken mit der jeweiligen Ärztekammer	laufend
	2: Unterstützung der Universitäten bei der Schaffung von ausreichenden Möglichkeiten/Plätzen für das klinisch-praktische Jahr (KPJ, präpromotionell)	
	3: Analyse und ggf. Anpassung der Ausbildungskapazitäten für ausgewählte Gesundheitsberufe	
	4: Vernetzung der Ausbildungen der Gesundheitsberufe	
	5: Umsetzung allfällig identifizierter Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Berufsfeldes	Dezember 2020

Strategisches Ziel 1 Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes

Operatives Ziel 3 Stärkere Ausrichtung des Vertragswesens und der Honorierungssysteme am Versorgungsbedarf bei gleichzeitiger Unterstützung der Zielsetzungen der ZS-G (insbesondere Versorgung am „Best Point of Service“) und der Anforderungen an die Versorgungsformen

Messgrößen und Zielwerte *Messgrößen siehe op. Ziele 1.1 bis 1.3*

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Analyse der abgerechneten Leistungen auf Basis der Grundlagen für Versorgungsaufträge für Primärversorgung und ambulante Fachversorgung	Dezember 2017 (für im ÖSG verankerte Grundlagen) danach nach Vorliegen weiterer Grundlagen
	2: Weiterentwicklung des bestehenden und Entwicklung eines neuen Vertragswesens und von Honorierungssystemen auf Grundlage der Versorgungsaufträge für Primärversorgung und ambulante Fachversorgung	Dezember 2018
	3: Änderung des Vertragsregimes im ASVG dahingehend, dass die Versorgungsaufträge laut ÖSG und RSG in den Gesamtvertrag zu integrieren sind	Dezember 2018
Landesebene	1: Umsetzung der bundesweiten Rahmenbedingungen (Vertragswesen und Honorierung) bei der Invertragnahme von Leistungserbringern	Dezember 2020
	2: Umsetzung des ambulanten Bepunktungsmodells gemäß BGK-Beschluss Juli 2016	Jänner 2019

Strategisches Ziel 1 Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes

Operatives Ziel 4 Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen

Messgrößen und Zielwerte	(10) Masern/Mumps/Röteln - Durchimpfungsrate Kinder <i>Zielvorgabe: ↑</i> (11) Ambulante KJP-Angebote <i>Zielvorgabe: ↑</i>
---------------------------------	--

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Optimierung des Angebotes, der Akzeptanz und der Abwicklung von Kinder- und Jugendimpfungen unter Nutzung eines e-Impfpasses	Dezember 2019
	2: Weiterentwicklung und nachhaltige Verankerung von Frühen Hilfen in Österreich (inkl. Festlegung eines nachhaltigen Finanzierungsmodells)	Juni 2019
	3: Erstellung und Umsetzung eines Konzepts zur Attraktivierung der Mangelberufe in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Problemen	Juni 2019
Landesebene	1: Bedarfsgerechter Ausbau (unter Berücksichtigung der Versorgungssituation in den Bundesländern) von multiprofessionellen niederschweligen Angeboten im kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosozialen Bereich zur Verbesserung der Sachleistungsversorgung für funktionell-therapeutische und psychotherapeutische Leistungen	Dezember 2020

Strategisches Ziel 2 Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse

Operatives Ziel 5 Gezielter Einsatz von IKT zur Patientenversorgung, Systemsteuerung und Innovation

Messgrößen und Zielwerte	<p>(12) Umsetzungsgrad ELGA Zielvorgabe: ↑</p> <p>(13) Polypharmazie Prävalenz Zielvorgabe: ↓</p> <p>(14) Potentiell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren Zielvorgabe: ↓</p> <p><i>Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße zu TEWEB auf Basis der Evaluierung der Pilotprojekte</i></p>
---------------------------------	--

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Koordination, Konzeption und Umsetzung von e-Health Anwendungen (z.B. e-Rezept, e-Impfpass, Telegesundheitsdienste, mHealth, pHealth, Telemedizin, Survivorship-Passport) inkl. der Anwendungen im e-Card-System, um Parallelstrukturen und -entwicklungen zu vermeiden gemäß Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG OF	laufend
	2: Ausbau der IKT-Sicherheitskompetenz im Gesundheitswesen („Health CERT“)	Dezember 2018 (danach laufend)
	3: Weiterentwicklung der ELGA-Infrastruktur für e-Health-Anwendungen	laufend
	4: Rollout von ELGA inkl. e-Befund und e-Medikation fristgerecht entsprechend den rechtlichen Rahmenbedingungen fertigstellen	Dezember 2021
	5: Evaluierung des Pilotprojektes und Weiterentwicklung des TEWEB-Konzeptes für alle Bundesländer	Dezember 2018 Evaluierung, danach Weiterentwicklung/Rollout
	6: Beobachtung und Bewertung innovativer Informations- und Kommunikationstechnologien zur Nutzbarmachung im Gesundheitswesen	laufend
Landesebene	1: Umsetzung der auf Bundesebene gemeinsam vereinbarten Maßnahmen im Bereich IKT-Sicherheitskompetenz	Dezember 2021
	2: Fertigstellung des Rollout von ELGA und Unterstützung beim Rollout von e-Befund und e-Medikation fristgerecht entsprechend den rechtlichen Rahmenbedingungen	Dezember 2021
	3: Implementierung von TEWEB auf Basis der Evaluierung	Dezember 2018 (Pilotierung) Dezember 2021 (Roll-Out)
	4: Umsetzung gemeinsam vereinbarter e-Card- und e-Health-Anwendungen allenfalls in Form von Pilotprojekten	Dezember 2021

Strategisches Ziel 2 Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse

Operatives Ziel 6 Verbesserung der integrierten Versorgung

Messgrößen und Zielwerte	(15) Aufenthalte mit kurzer präop. VWD in FKA <i>Zielwert: 94 %</i> (16) In Therapie Aktiv versorgte PatientInnen und teilnehmende ÄrztInnen (AM und IM) <i>Zielvorgabe: ↑</i>
---------------------------------	---

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Fertigstellung, Festlegung und Veröffentlichung bundesweit einheitliche Qualitätsstandards für die Bereiche Diabetes und Schlaganfall und Prüfung der Rahmenbedingungen für die Umsetzung	Dezember 2017
Landesebene	1: Umsetzung der bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards für Diabetes und Schlaganfall bei entsprechenden Arbeiten auf Landesebene	Dezember 2020

Strategisches Ziel 2 Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse

Operatives Ziel 7	Medikamentenversorgung sektorenübergreifend gemeinsam optimieren
Messgrößen und Zielwerte	(17) Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen <i>Zielvorgabe: ↑</i>

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Analyse und Schaffen der erforderlichen organisatorischen und rechtlichen Grundlagen mit dem Ziel einer gemeinsamen sektoren-, bundesländer- und EU-mitgliedsstaaten-übergreifenden Beschaffung und Bewirtschaftung von Medikamenten und Umsetzung	Dezember 2019 (Grundlagen)
	2: Schaffung von rechtlichen Grundlagen für die Beschaffung, Lagerung und der Abgabe von Medikamenten in Wohn- und Pflegeheimen	Dezember 2018
	3: Für definierte hochpreisige und spezialisierte Medikamente gemeinsam Indikationsstellungen, Behandlungspfade und gemeinsame Finanzierungsmodelle entwickeln und im Rahmen von Pilotprojekten umsetzen (vgl. Artikel 14 Abs. 3 Z 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG ZS-G)	Dezember 2021
	4: Einrichtung einer Clearing-Stelle für ausgewählte Arzneimittel zur anonymisierten Auskunft über Echtpreise (unter Berücksichtigung von Rabatten) und Mengen der von Krankenanstalten eingekauften bzw. von SV-Trägern erstatteten Medikamente auf nationaler Ebene und in weiterer Folge Einspielung der Daten in eine europäische Clearing Stelle	Dezember 2019
	5: Prüfung und Schaffung der Rahmenbedingungen für die Ermöglichung der Wirkstoffverschreibung	Dezember 2018
	6: Systematische Bewertung von medizinischem (Zusatz-)Nutzen von neuen Medikamenten bzw. bei Indikationsausweitung durch Health Technology Assessment/HTA unter Berücksichtigung bereits existierender internationaler Vorgaben der EUnetHTA und in Absprache mit internationalen Partnern	Dezember 2020
Landesebene	1: Analyse und Weiterentwicklung des Verschreibungsverhaltens bei Spitalsentlassungen und Ambulanzbesuchen mit dem Ziel einer Einhaltung der Richtlinien ökonomischer Verschreibung	Dezember 2020
	2: Prüfung und Schaffung der Voraussetzungen für die Meldung der Daten bzgl. Echtpreisen (unter Berücksichtigung von Rabatten) und Mengen für die Clearing Stelle durch die SV- und KA-Träger und in weiterer Folge Umsetzung	Dezember 2019
	3: Analyse und Weiterentwicklung des ABS-Einsatzes in Krankenanstalten (Arzneimittel-Bewilligungsservice) mit dem Ziel eines weitgehenden Einsatzes	Dezember 2021
	4: Schaffung von rechtlichen Grundlagen für die Beschaffung, Lagerung und der Abgabe von Medikamenten in Wohn- und Pflegeheimen	Dezember 2018

Strategisches Ziel 2 Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse

Operatives Ziel 8 Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich

Messgrößen und Zielwerte *Messgrößen im Zusammenhang mit den weiterführenden Arbeiten zur Qualitätsmessung im ambulanten Bereich noch zu entwickeln*

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Regelmäßige Publikation eines Qualitätsberichtes zum ambulanten und stationären Bereich (mindestens in den Abständen gemäß Art. 9 Abs. 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG OF)	laufend
	2: Anpassung und Weiterentwicklung des Konzeptes und der Methode „Qualitätsmessung im gesamten ambulanten Bereich“ auf Basis der Ergebnisse und Erfahrungen der Pilotprojekte	Dezember 2018
	3: Schrittweises Ausrollen der sektorenübergreifenden Qualitätsmessung im gesamten ambulanten Bereich und Aufbau eines kontinuierlichen Berichtswesens einschließlich Veröffentlichung der Ergebnisse in geeigneter Form	Dezember 2020
	4: Aufbauend auf Ergebnissen der bisherigen und weiterer Pilotprojekte organisatorische und rechtliche Vorbereitung der sektorenübergreifenden codierten Diagnosendokumentation im gesamten ambulanten Bereich	Dezember 2021
Landesebene	1: Ausrollen der Qualitätsmessung insbesondere für Diabetes Mellitus Typ 2 im gesamten ambulanten Bereich auf Landesebene (insbesondere Unterstützung der Qualitätszirkel, Informationsarbeit etc.)	Dezember 2020
	2: Umsetzung weiterer Pilotprojekte in klar umschriebenen Regionen zur codierten Diagnosendokumentation im ambulanten Bereich zur Klärung organisatorischer und technischer Voraussetzungen für die bundesweite Umsetzung	Dezember 2021

Strategisches Ziel 2 Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse

Operatives Ziel 9	Zur Stärkung der Sachleistungsversorgung örtliche, zeitliche und soziale Zugangsbarrieren abbauen
Messgrößen und Zielwerte	(18) Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich <i>Zielvorgabe: →↑</i>

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Analyse von Zugangsbarrieren im Gesundheitssystem und Ableitung von Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs	Juni 2018
	2: Analyse von Wechselwirkungen zwischen vertrags-, wahlärztlichem Bereich und Spitalsbereich und Ableitung von Maßnahmen zur Stärkung der Sachleistungsversorgung	Juni 2018
	3: Etablierung eines sektorenübergreifenden Öffnungszeiten- und Wartezeiten-Monitorings	Dezember 2018
	4: Entwicklung von Umsetzungs- und Finanzierungsmodellen für eine bedarfsgerechte, niederschwellig zugängliche psychotherapeutische Versorgung in Österreich aufbauend auf dem seitens der SV-Träger und des HVB erstellten Konzepts für den Ausbau kostenloser Therapieeinheiten österreichweit um ein Viertel	Juni 2017 (Konzept) Dezember 2017 (Modelle)
Landesebene	1: Umsetzung identifizierter Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs sowie zur Stärkung der Sachleistungsversorgung	Dezember 2020
	2: Umsetzung von Terminmanagementsystemen insb. für CT/MR und elektive Eingriffe bei den Anbietern aufbauend auf den Ergebnissen des Wartezeiten-Monitorings	Juni 2019
	3: Umsetzung von vereinbarten sachleistungssteigernden Maßnahmen in der psychosozialen Versorgung <ul style="list-style-type: none"> • sowohl im Rahmen der bestehenden Systeme der Sachleistungsversorgung • als auch im Bereich Mental Health Kinder-/Jugendgesundheit im Rahmen multiprofessioneller Versorgungsstrukturen 	Dezember 2019

Strategisches Ziel 3 Erhöhung der Zahl der gesunden Lebensjahre und Verbesserung der Lebensqualität von erkrankten Personen

Operatives Ziel 10 Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung

Messgrößen und Zielwerte (19) Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz
Zielvorgabe: ↑

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Weiterführung und Ausbau der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) entsprechend der von der BGK beschlossenen Empfehlungen	laufend
	2: Förderung individueller und organisationaler Gesundheitskompetenz auch für vulnerable Gruppen durch entsprechende Maßnahmen (u.a. laufender Ausbau des Gesundheitsportals www.gesundheit.gv.at , Verbesserung der Gesprächsqualität, Umsetzung von geeigneten „Standards für gute schriftliche Gesundheitsinformation“)	
	3: Durchführung einer weiteren Erhebung und Analyse der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung vorzugsweise im Rahmen einer internationalen Befragung und ggf. Integration ausgewählter Bestandteile in bestehende Befragungen	März 2020
Landesebene	1: Durchführung von Maßnahmen und „Best-Practice“-Projekten zur Förderung individueller und organisationaler Gesundheitskompetenz; z.B. zur verbesserten Gesprächsqualität (inkl. Evaluierung)	laufend

Strategisches Ziel 3 Erhöhung der Zahl der gesunden Lebensjahre und Verbesserung der Lebensqualität von erkrankten Personen

Operatives Ziel 11 Stärkung von zielgerichteter Gesundheitsförderung und Prävention	
Messgrößen und Zielwerte	(20) Gesunde Lebensjahre bei der Geburt <i>Zielvorgabe:</i> ↑ (21) Täglich Rauchende <i>Zielvorgabe:</i> ↓ (22) Kariesfreie Kinder <i>Zielvorgabe:</i> ↑

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Umsetzung der vereinbarten Gesundheitsförderungsstrategie	laufend
	2: Entwicklung evidenzbasierter Handlungsleitfäden für Vorhaben der Gesundheitsförderung und Prävention zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit	Dezember 2019
	3: Entwicklung eines einheitlichen Kriterienkatalogs zum Einsatz und zur Anwendung von Gesundheitsfolgenabschätzung in ausgewählten Bereichen	Dezember 2018
	4: Vereinfachung des Monitorings der Gesundheitsförderungsstrategie	Neues Konzept bis Ende 2017 Operative Umsetzung ab 2018
Landesebene	1: Umsetzung der vereinbarten Gesundheitsförderungsstrategie	laufend
	2: Implementierung von Maßnahmen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit	

Artikel 7

Festlegung zur Finanzzielsteuerung

(1) Ausgehend von den Festlegungen in Art. 17 Abs. 1 bis 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit werden in den Anlagen 1.1 bis 1.7 im Teil E dieses Zielsteuerungsvertrages die für die Periode 2017 bis 2021 maßgeblichen zielsteuerungsrelevanten Ausgabenobergrenzen dargestellt und somit wird auch die Kontinuität zum Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013 bis 2016 sichergestellt. Die Ermittlung der Ausgabenobergrenzen für die Periode 2017 bis 2021 erfolgt auf Grundlage der in Art. 17 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit festgeschriebenen Methodik und Werte, wobei im Hinblick auf Transparenz und Kontinuität die Bestimmungen des Art. 15 Abs. 7 sowie Art. 17 Abs. 2 Z 2 und Art. 17 Abs. 3 Z 2 maßgeblich sind.

(2) Bei der Verteilung der Ausgabenobergrenzen für die Länder sind insbesondere auch die additiv zuzuschlagenden Beträge für Tirol und Vorarlberg gemäß Art. 17 Abs. 2 Z 6 zu berücksichtigen (vgl. Anlage 1.2). Die Darstellung der Verteilung der Ausgabenobergrenzen zwischen den Ländern erfolgt in Anlage 1.3., die Darstellung der Verteilung der Ausgabenobergrenzen zwischen den Sozialversicherungsträgern sowie die länderweise Zuordnung der Ausgabenobergrenzen erfolgt in den Anlagen 1.4 bis 1.6. Die länderweise Zusammenführung der Ausgabenobergrenzen der Länder und der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt in Anlage 1.7.

(3) Für eine effektive Finanzzielsteuerung ist Zeitreihen-Kontinuität und somit eine einheitliche Methodik zur Ermittlung der Ausgabenpositionen weiterhin sicherzustellen (Ceteris-paribus Bestimmung). Diese Kontinuität bezieht sich auf die Identifikation und die sachliche Abgrenzung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben (gemäß Art. 17 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit).

Artikel 8

Monitoring und Statusbericht

8.1 Ziele und Aufbau des Monitorings und des Statusberichtes

(1) Das Monitoring und der Statusbericht auf Bundesebene verfolgen das Ziel, die Erreichung und den Fortschritt der im Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Ziele und Arbeiten auf Bundes- und Landesebene transparent darzustellen. Das Monitoring zur Zielerreichung und der Statusbericht zum Stand der Arbeiten sind auf Bundesebene einzurichten, wobei eine sektorale und regionale Differenzierung sicherzustellen ist.

(2) Das Monitoring zur Zielerreichung umfasst das Monitoring zur Finanzzielsteuerung sowie das Monitoring der operativen Ziele in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung anhand der vereinbarten bundeseinheitlichen Messgrößen und der zugehörigen Zielwerte.

(3) Der Statusbericht umfasst eine projektbezogene Darstellung des Status und Fortschritts der im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit im Ziele- und Maßnahmenkatalog vereinbarten Maßnahmen und laufenden Arbeiten, um eine koordinierte Vorgehensweise sicherzustellen.

(4) Die Ergebnisse sind von der GÖG in Form von strukturierten Berichten aufzubereiten, zusammenzuführen und gliedern sich wie folgt:

1. Monitoringbericht zur Zielerreichung der Finanzziele und operativen Ziele mit folgenden Inhalten:
 - a. halbjährlicher Kurzbericht: Ergebnisse des Monitorings zur Finanzzielsteuerung
 - b. jährlicher Hauptbericht: Ergebnisse des Monitorings zur Finanzzielsteuerung und des Monitorings der operativen Ziele (Darstellung der Entwicklungen der definierten und steuerungsrelevanten Messgrößen und Gegenüberstellung mit vereinbarten Zielwerten bzw. Zielvorgaben zu den operativen Zielen der Zielsteuerung-Gesundheit in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung)
2. Jährlicher Statusbericht zum Status und Fortschritt der Maßnahmen zu den Zielen im Ziele- und Maßnahmenkatalog und zu den laufenden Arbeiten.

8.2 Bestimmungen zum Monitoring

(1) Das Monitoring der im Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Ziele (operative Ziele und Finanzziele) erfolgt auf Grundlage der nachfolgenden, einheitlichen Darstellungsform:

1. Für das Finanzzielmonitoring der Ausgabenobergrenzen anhand der Abweichung (absolut und prozentuell) der tatsächlichen bzw. prognostizierten Jahreswerte von den vereinbarten Ausgabenobergrenzen gemäß Anlage 1
2. Für das Monitoring der operativen Ziele und allenfalls weiterer Finanzziele anhand der im Ziele- und Maßnahmenkatalog definierten Messgrößen und deren Abweichung von festgelegten Zielwerten bzw. Zielvorgaben

(2) Die von der GÖG zu erstellenden Monitoringberichte beruhen dabei auf folgenden Grundlagen:

1. Datenquellen für das Finanzzielmonitoring und das unterjährige Finanzmonitoring der Ausgabenobergrenzen sind die Jahresvoranschläge und Rechnungsabschlüsse, die für die Ermittlung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben heranzuziehen sind.
 - a. Für das Finanzzielmonitoring erfolgt hierbei die Meldung auf Grundlage der Tabellen in Anlage 1 dieses 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.

- b. Für das unterjährige Finanzmonitoring erfolgt eine Abschätzung der Entwicklung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben im jeweiligen Jahr auf Grundlage der Jahresvoranschläge für die maßgeblichen Positionen unter Berücksichtigung allenfalls vorliegender aktueller Zahlen. Die getroffenen Annahmen und angewendeten Ermittlungsmethoden sind nachvollziehbar darzustellen. Datengrundlage für den Bereich der Länder sind insbesondere die Jahresvoranschläge der Landesgesundheitsfonds sowie der Eigentümer bzw. öffentlichen Träger der Fondskrankenanstalten (insb. Länder und Gemeinden). 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.
 - c. Die Vertragsparteien vereinbaren darüber hinaus, dass die Einheitlichkeit der Ermittlung der Finanzgrößen zu Vergleichszwecken methodisch und über den Periodenverlauf sicherzustellen ist (Zeitreihenkontinuität).
 - d. Maßgeblich für die Abschätzung der Zielerreichung ist die Ausgabenobergrenze.
2. Als Datengrundlagen für das Monitoring der operativen Ziele sind vorrangig Messgrößen aus Routinedaten des Gesundheitswesens zu verwenden. Je nach Datenverfügbarkeit erfolgt die Ermittlung der Messgrößen durch die GÖG auf Grundlage der vereinbarten Messgrößenbeschreibungen (Anlage 2). Bei Nichtverfügbarkeit der Daten für die GÖG erfolgt die Meldung durch die verantwortlichen Vertragsparteien bzw. zuständigen Gremien.

(3) Meldezeitpunkte für das Monitoring sind:

1. Die relevanten Informationen für das Finanzzielmonitoring und das unterjährige Finanzmonitoring der Ausgabenobergrenzen sind
 - a. bis spätestens 15. März des betreffenden Jahres (Voranschlagsmonitoring),
 - b. bis zum 15. September des betreffenden Jahres (unterjähriges Finanzmonitoring),
 - c. bis zum 15. März des folgenden Jahres (unterjähriges Finanzmonitoring),
 - d. bis zum 15. September des folgenden Jahres (vorläufiges Abschlussmonitoring),
 - e. bis zum 15. März des zweitfolgenden Jahres (endgültiges Abschlussmonitoring)

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.

2. Die relevanten Informationen für das Monitoring der operativen Ziele und allenfalls weiterer Finanzziele sind bis 15. März des Folgejahres von der GÖG auszuwerten bzw. der GÖG von den verantwortlichen Vertragsparteien bzw. zuständigen Gremien zur Verfügung zu stellen.

(4) Für die von der GÖG vorzunehmende Plausibilisierung der übermittelten Daten bis 31. März (bzw. 30. September) 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.

8.3 Gesondert darzustellende Größen

(1) Gemäß Art. 15 Abs. 8 der aktuellen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit bzw. § 17 Abs. 1 Z 4 G-ZG, idgF., sind

1. Investitionen,
2. Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung (insbesondere Rehabilitation),
3. Gesundheitsausgaben der Unfallversicherung,
4. Gesundheitsausgaben der Krankenfürsorgeanstalten,
5. Gesundheitsausgaben des Bundes und
6. Ausgaben der Krankenversicherungsträger zur Erbringung der Leistungen von Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche nach § 153a ASVG, § 94a GSVG, § 95a BSVG und § 69a B-KUVG.

gesondert im Rahmen des Finanzmonitorings darzustellen.

(2) Für die gesondert darzustellenden Größen wird folgende Vorgehensweise für die Vertragslaufzeit vereinbart:

1. Die Ausgaben für die Positionen gemäß Abs. 1 werden nicht für die Berechnung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben herangezogen und unterliegen somit nicht den in Art. 7 vereinbarten Ausgabenobergrenzen.
2. 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. Für die Jahre 2012 bis 2015 ergeben sich folgende Werte:

Investitionen in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten nach Bundesländern in Euro, 2012-2015

	2012	2013	2014	2015
Burgenland	24.067.261	14.447.188	21.897.058	17.193.926
Kärnten	22.688.556	22.626.153	50.978.305	34.281.254
Niederösterreich	78.224.572	59.491.262	57.144.603	40.061.781
Oberösterreich	136.387.204	100.313.058	106.202.875	99.218.752
Salzburg	90.472.075	80.691.923	78.098.887	48.380.328
Steiermark	124.895.879	122.360.283	129.936.313	136.056.801
Tirol	80.981.700	64.597.889	41.629.129	49.294.392
Vorarlberg	39.447.393	34.658.441	34.101.710	35.486.404
Wien*	222.039.538	211.565.454	220.602.869	271.527.786
GESAMT	819.204.178	710.751.651	740.591.749	731.501.424

* inkl. Aufwendungen für das Therapiezentrum Ybbs

Quelle: KRBV/Quellen- und Verwendungsanalyse

Investitionen in den Gesundheitseinrichtungen der Sozialversicherung in Euro, 2012 bis 2015

	2012	2013	2014	2015
Burgenland	858.758	296.652	1.927.172	45.595.284
Kärnten	1.941.614	1.537.779	1.941.682	4.557.723
Niederösterreich	3.699.147	3.289.992	3.917.419	42.463.492
Oberösterreich	3.584.920	71.403.994	11.529.589	33.226.856
Salzburg	4.135.973	2.551.169	4.715.099	5.925.662
Steiermark	15.808.953	11.442.283	7.515.009	28.934.830
Tirol	9.351.455	3.144.774	632.379	493.646
Vorarlberg	14.203	53.032	65.259	186.233
Wien	24.857.448	13.334.714	27.421.845	69.313.961
GESAMT	64.252.471	107.054.389	59.665.453	230.697.687

Quelle: Abrechnung der SV-eigenen Einrichtungen (exklusive Hanusch-Krankenhaus)

3. 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. Für die einzelnen Bereiche ergeben sich für die Jahre 2012 bis 2015 folgende Werte:

Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung, Unfallversicherung, der Krankenfürsorgeanstalten und des Bundes in Mio. Euro, 2012 bis 2015

	2012	2013	2014	2015*
Pensionsversicherung	802	858	889	915
Unfallversicherung	353	374	392	403
Krankenfürsorgeanstalten	463	477	486	500
Bund**	1.710	1.794	1.841	1.899

* Werte 2015: Die aktuell verfügbaren (Stand: Februar 2017) Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenfürsorgeanstalten sowie des Bundes nach SHA beruhen zum Teil auf vorläufigen Daten und werden ggf. noch einer Revision unterzogen.

** Bund: für 2012 nach Bereinigung des GSBG-Effekts

Quelle: Statistik Austria

4. Die Datengrundlage zur Ermittlung der Höhe der Ausgaben der Krankenversicherungsträger zur Erbringung der Leistungen von Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche nach § 153a ASVG, § 94a GSVG, § 95a BSVG und § 69a B-KUVG bildet die Erfolgsrechnung der Sozialversicherungsträger. Für das Jahr 2015 ergeben sich dabei folgende Werte:

Aufwand Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche der Sozialversicherungsträger, 2015

	2015
KV Insgesamt	26.829.185,49
GKK Wien	4.508.029,89
GKK Niederösterreich	3.047.343,20
GKK Burgenland	270.474,62
GKK Oberösterreich	4.222.819,62
GKK Steiermark	3.478.790,15
GKK Kärnten	1.299.887,44
GKK Salzburg	1.219.428,07
GKK Tirol	2.169.228,34
GKK Vorarlberg	1.933.597,94
Alle Betriebskrankenkassen	124.527,30
VAEB	419.448,87
VA öff. Bediensteter	2.402.181,89
SVA d. gew. Wirtschaft	1.193.465,26
SVA d. Bauern	539.962,90

Quelle: Erfolgsrechnung der Sozialversicherungsträger, 2015

5. Diese entsprechend ermittelten gesondert darzustellenden Ausgaben sind in den Monitoringberichten in einem gesonderten Abschnitt für den jeweiligen Betrachtungszeitraum auszuweisen.

8.4 Bestimmungen zum Statusbericht

(1) Der Statusbericht wird von der GÖG in Abstimmung mit einer eigens eingerichteten Arbeitsgruppe, die aus VertreterInnen der Zielsteuerungspartner zusammengesetzt ist, bis spätestens 15. März jeden Jahres erstellt.

(2) Der Statusbericht umfasst in kurz gefasster Form die für das operative Management erforderlichen Informationen zum Status und zur Einschätzung des Fortschrittes der Maßnahmen zu den Zielen im Ziele- und Maßnahmenkatalog und zu den laufenden Arbeiten (vgl. Anlage 3). Unabhängig vom Statusbericht ist bei einer maßgeblichen Abweichung vom vereinbarten Zeitplan der Ständige Koordinierungsausschuss zu informieren.

8.5 Weitere Bestimmungen zum Monitoringbericht und zum Statusbericht

(1) Für die weitere Vorgehensweise für die Monitoringberichte gilt:

1. Die Meldungen zu den operativen Zielen werden von der GÖG zu Monitoringberichten zusammengeführt und binnen vier Wochen nach den in

Artikel 8.2 definierten Meldezeitpunkten an die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission sowie die Bundes-Zielsteuerungskommission übermittelt.

2. 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 handlungsleitenden Maßnahmen sind binnen einer Frist von sechs Wochen an die Bundes-Zielsteuerungskommission zu übermitteln.
3. 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 2 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.
4. Anschließend sind diese Monitoringberichte einschließlich der Stellungnahmen und der allfälligen handlungsleitenden Empfehlungen an alle Landes-Zielsteuerungskommissionen zu übermitteln und zu veröffentlichen.

(2) Der Statusbericht wird nach Fertigstellung an den Ständigen Koordinierungsausschuss und die Landes-Zielsteuerungskoordinatoren zur weiteren Beratung und allenfalls Festlegung der weiteren Vorgehensweise übermittelt.

Artikel 9

Finanzielle Folgen bei Leistungsverschiebungen (Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen)

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, dass für jede vereinbarte Leistungsverschiebung auf Landesebene der finanzielle Ausgleich festzulegen und dieser laufend durchzuführen ist.

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

(3) Ist für bestimmte Themenbereiche zwischen den Zielsteuerungspartnern auf Landesebene nichts vereinbart, können im jeweils eigenen Kompetenzbereich Veränderungen durchgeführt werden.

1. Erfolgen dabei Einsparungen im eigenen Bereich, die keine Leistungsverchiebungen zur Folge haben, erwachsen daraus keine finanziellen Ausgleichsfolgen.
2. Die finanziellen Folgen von plan- und vertragswidrigen Leistungseinschränkungen im stationären, ambulanten und im Pflegebereich hat jene Institution zu tragen, die sie verursacht hat (vgl. Art. 25 Abs. 10 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens).

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

1. Hat das einseitige Verhalten eines Vertragspartners auf Landesebene finanziell belastende Auswirkungen auf den anderen, kann der belastete Partner durch Glaubhaftmachung der Belastung in der jeweiligen Landes-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. 25 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit durchzuführen.

Teil C – Laufende Arbeiten

Artikel 10 Laufende Arbeiten

(1) Neben den in Artikel 6 definierten und mit Messgrößen, Zielwerten sowie Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene hinterlegten Zielen werden im Zusammenhang mit der Zielsteuerung-Gesundheit routinemäßig laufende Arbeiten durchgeführt. Diese Arbeiten sind nicht mit Messgrößen und Zielwerten versehen und erfolgen inhaltlich abgestimmt mit den in Artikel 6 definierten Zielen und Maßnahmen. Der Status der laufenden Arbeiten wird im Rahmen des Statusberichts gemäß Artikel 8.4 erhoben und dargestellt.

(2) Die Partner der Zielsteuerung-Gesundheit bekennen sich zu den Inhalten der im Folgenden angeführten laufenden Arbeiten und tragen im eigenen Wirkungsbereich dafür Sorge, dass diese umgesetzt werden. Für die Bearbeitung der laufenden Arbeiten können auch Arbeitsstrukturen und -prozesse außerhalb der Zielsteuerung erforderlich bzw. bereits implementiert sein.

10.1 Arbeiten i.Z.m. den Gesundheitszielen Österreich (ehemals Rahmen-Gesundheitsziele)

(1) Viele Umsetzungsarbeiten der Gesundheitsziele Österreich (<http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/>) stehen in einem engen Konnex mit der Zielsteuerung-Gesundheit (u.a. Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz (ÖPGK), TEWEB, Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung, die Koordinationsplattform für psychosoziale Unterstützung für Flüchtlinge und Helfende, Frühe Hilfen). Aufbauend auf den bisherigen Ergebnissen werden in dieser Zielsteuerungsperiode verschiedene Arbeiten umgesetzt, darunter die laufende Priorisierung von Maßnahmen aus den bereits in Umsetzung befindlichen Gesundheitszielen anhand von politischen, strategischen und finanziellen Gesichtspunkten der Zielsteuerung-Gesundheit. Zudem werden die Umsetzungskonzepte für die Ziele „Psychosoziale Gesundheit“ bis Ende 2017 und „Natürliche Lebensgrundlagen“ bis Ende 2018 fertiggestellt sowie die Umsetzungskonzepte für die Ziele „Sozialer Zusammenhalt“ und „Ernährung“ bis Ende 2020 erstellt. Ein Monitoring im Einklang mit dem abgestimmten Gesamtmonitoringkonzept zu den Gesundheitszielen wird laufend durchgeführt.

(2) In Bezug auf das Gesundheitsziel 9 „Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern“ sind entsprechende Maßnahmen zum bedarfsgerechten Ausbau der psychosozialen Gesundheitsversorgung (inkl. Suchterkrankungen) im Ziele- und Maßnahmenkatalog (siehe operatives Ziel 8) verankert. Daneben werden aufbauend auf den bereits vorhandenen Ergebnissen die Strategie- und Maßnahmenkonzepte (inkl. Vereinfachung der Finanzierung der Suchthilfe) auch im Rahmen der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie, der Suchtpräventionsstrategie und von SUPRA umgesetzt.

(3) Im Hinblick auf die Bedeutung der Mundgesundheit für die Allgemeingesundheit wird das Thema Mundgesundheit auf Basis eines Stakeholder-Dialogs zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung als „Querschnittsthema“ in bestehende Strategien eingearbeitet. Der Fokus in der Bearbeitung des Themas liegt hierbei insbesondere auf Gesundheitsförderung und Prävention, dem „Common Risk Factor – Approach“ sowie den Wechselwirkungen zwischen allgemeiner Gesundheit und Mundgesundheit (z.B. im Bereich Diabetes) und einer Verbesserung der Versorgung insbesondere für vulnerable Gruppen.

(4) Es wird weiterhin sichergestellt, dass zur Unterstützung des zielgerichteten Mitteleinsatzes in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention zeitnahe und detaillierte Informationen über die Ausgaben der öffentlichen Hand in diesen Bereichen zur Verfügung stehen. Die strategische Planung der Mittelverwendung und das konzertierte Vorgehen von Bund, Ländern und Sozialversicherung bei der Umsetzung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung wird in dieser Zielsteuerungsperiode durch eine einmalige Erhebung der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention befördert. Die Erhebung, Darstellung und Analyse basiert auf der Methodik der Publikation „Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich 2012“, um die Vergleichbarkeit der Daten sicherzustellen und die Ausgabenentwicklung im Zeitverlauf entsprechend abzubilden und analysieren zu können.

10.2 Messung der Outcomes im Gesundheitssystem

Aufbauend auf dem im Rahmen der ersten Zielsteuerungsperiode entwickelten Mess- und Vergleichs-Konzept, dessen Resultat in einem wissenschaftlichen Ergebnisbericht "Detailanalysen relevanter Outcomes im Gesundheitswesen" mündete, werden nun regelmäßige Aktualisierungen der Messwerte und deren Publikation (Publikation bis Ende 2017 und erneute Publikation Ende 2020) durchgeführt. Des Weiteren wird das Indikatorenset (insbesondere für Indikatoren, die in der ersten Periode noch nicht berechnet werden konnten) weiterentwickelt sowie ein Indikatorenset für Langzeitpflege, Hospiz- und Palliativversorgung bis Ende 2017 entwickelt.

10.3 Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

(1) Entsprechend Art. 12 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens werden die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine flexible, effiziente und übergreifende Weiterentwicklung und Umsetzung der Aufgaben des ÖGD auf Landesebene geschaffen. Dazu werden bis Ende 2018 Bundes- und Landesgesetze dahingehend geprüft, inwieweit Tätigkeiten zwingend durch Amts-, Sprengel- oder GemeindeärztInnen wahrzunehmen sind oder inwieweit diese anderen ÄrztInnen oder anderen Gesundheitsberufen übertragen werden könnten, und in weiterer Folge entsprechend angepasst.

(2) Entsprechend Art. 12 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wird ein entsprechender Expertenpool zur raschen Intervention bei hochkontagiösen Erkrankungen für medizinisches Krisenmanagement an Standorten der AGES eingerichtet, der als Aufgaben die Erstellung von Risikoanalysen, Beratung und Intervention vor Ort sowie die Erstellung von Prüfberichten hat. Auf Basis des 2016 erstellten Grobkonzepts wird dafür ein Detailkonzept erstellt, insbesondere auch in Hinblick auf die Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen BMGF, Ländern und AGES.

10.4 Arbeiten im Bereich Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT)

Aufbauend auf der e-Health-Strategie aus dem Jahr 2007 und in Entsprechung der Festlegungen in Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sind die Arbeiten im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) in den kommenden Jahren weiter fortzusetzen. In Verbindung mit den im operativen Ziel 5 zum gezielten Einsatz von IKT vereinbarten Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene ist eine sichere und effiziente Betriebsführung der bereits etablierten elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) im Routinebetrieb sicherzustellen. Zur Verbesserung des Zuganges der Bevölkerung zum Gesundheitswesen bzw. zu ihren eigenen Gesundheitsdaten sind systematisch aufbereitete Informationen über die im öffentlichen Bereich angebotenen Telegesundheitsdienste (u.a. über gesundheit.gv.at) bereitzustellen.

10.5 Umsetzung laufender strategischer Prozesse: Demenzstrategie und Diabetes-Strategie

(1) Durch das bundesweite Etablieren einer sektorenübergreifenden Struktur, insbesondere durch Definition von Systempartnern, Nahtstellen und Prozessen soll die Zusammenarbeit aller Systempartner im Gesundheits- und Sozialbereich erleichtert werden. So wird beispielsweise im Wirkungsziel 4 der Demenzstrategie die einheitliche Gestaltung von Rahmenbedingungen hervorgehoben, darunter das Schaffen einer abgestimmten integrierten Versorgung für Menschen mit Demenz und einer sektorenübergreifenden Struktur durch Zusammenarbeit der Systempartner im Gesundheits- und Sozialbereich (Plattform Demenzstrategie). Ebenen der Umsetzung sind hier Bundes- und Landes-Zielsteuerungspartner unter Einbeziehung des Sozialbereichs auf Bundes- und Landesebene.

(2) Gemäß Art. 1 Abs. 2 Z 9 sowie Art. 6 und Art. 8 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie gemäß Art. 6 und Art. 14 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit werden die Arbeiten zur Umsetzung der österreichischen Diabetes-Strategie (ÖDIS), in Abstimmung zu den weiteren Arbeiten zum Thema Diabetes, fortgeführt. Dies betrifft insbesondere die definierten Wirkungsziele und Handlungsempfehlungen.

10.6 Umsetzung der Qualitätsstrategie

(1) Die Weiterentwicklung und Umsetzung der Qualitätsstrategie und der Patientensicherheitsstrategie sind zentral für die Arbeiten im Bereich Qualität, Evidenz und Transparenz. Gemäß Art. 8 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ist die Qualitätsstrategie die Grundlage, um weitere Qualitätsaktivitäten koordiniert setzen zu können. Sie wird regelmäßig auf ihre Machbarkeit und Anwendbarkeit überprüft und entsprechend angepasst.

(2) Die bestehende berufsgruppen- und sektorenübergreifende, österreichweite Patientensicherheitsstrategie wird aufbauend auf den bisherigen Erfahrungen, den bereits umgesetzten Maßnahmen und den inhaltlichen Schwerpunkten weiterentwickelt (Art. 8 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens).

(3) Entsprechend Art. 12 Abs. 1 Z 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit sowie Art. 8 Abs. 5 Z 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wird die bereits bestehende, auf Routinedokumentation basierende Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung für den stationären Bereich (A-IQI inkl. Peer-Review-Verfahren, ergänzt durch Qualitätsregister auf Bundesebene) fortgesetzt und ausgebaut. Darauf aufbauend wird das Online Service www.kliniksuche.at kontinuierlich weiterentwickelt und ausgebaut.

(4) Gemäß Art. 8 Abs. 5 Z 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens werden regelmäßige sektorenübergreifende Befragungen zur Patientenzufriedenheit mit den Leistungen im Gesundheitswesen durchgeführt. Die sektorenübergreifende Befragung zielt darauf ab, Ergebnisse der Patientenversorgung der einzelnen Versorgungsbereiche sowie die Abläufe zwischen dem ambulanten und stationären Gesundheitsversorgungsbereich darzustellen und Aussagen über die Versorgung abzuleiten.

(5) Um die Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung im internationalen Vergleich messen zu können, werden regelmäßig Befragungen der Bevölkerung im Rahmen von ATHIS durchgeführt.

(6) Entsprechend Art. 8 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgt die weitere verbindliche Umsetzung der beschlossenen Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement in allen Gesundheitseinrichtungen und bei allen Gesundheitsdiensteanbietern. Zudem werden entsprechend Art. 9 Abs. 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15 B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens die Arbeiten zu einer bundesweiten und sektorenübergreifenden regelmäßigen Berichterstattung über die Qualität im Gesundheitswesen fortgesetzt und ausgebaut.

(7) Des Weiteren erfolgt gemäß Art. 14 Abs. 1 Z 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit die (weitere) Entwicklung und Festlegung von bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards für priorisierte Bereiche/Erkrankungen, wobei die Sicherstellung einer integrierten Versorgung (IV) von chronischen Erkrankungen ein wesentlicher Schwerpunkt ist. Gemäß Art. 6 Abs. 2 Z 3 und Art. 14 Abs. 1 Z 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit werden die Arbeiten zur integrierten Versorgung unter Berücksichtigung bereits bestehender Aktivitäten und Bedarfslagen kontinuierlich fortgeführt und weiterentwickelt. Dies betrifft insbesondere die Umsetzungsplanung, das Fortführen der Unterstützung bei der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von IV- Maßnahmen und IV- Programmen. Zudem erfolgt eine Abstimmung zwischen den Vertragsparteien, ob und welche weiteren integrierten Versorgungsprogramme gemeinsam entwickelt und umgesetzt werden sollen.

(8) Die bereits vorliegenden bundesweiten Qualitätsstandards (AUFEM, PRÄOP) werden aktualisiert, bereits in Entwicklung befindliche Qualitätsstandards (Diabetes mellitus, Schlaganfall, Chronischer Schmerz, Vorsorge-Koloskopie, Antibiotikaaanwendung) werden fertiggestellt und es werden allenfalls weitere Themen priorisiert. Die Umsetzung der bundesweiten Qualitätsstandards erfolgt unter Berücksichtigung regionaler Rahmenbedingungen. Die Methode zur Entwicklung von Qualitätsstandards gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz wird weiterentwickelt und insbesondere hinsichtlich der Anforderungen an integrierte Versorgung und Nahtstellenmanagement zum Sozialbereich angepasst.

(9) Gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit wird der Einsatz von Health Technology Assessments (HTA), evidenzbasierter Medizin (EbM) sowie Evidence-based Public Health (EbPH) weiter forciert. Diese Methoden tragen zu evidenzbasierten, transparenten und am Patientennutzen orientierten Entscheidungen im Gesundheitswesen bei und sollen insbesondere für therapeutische, diagnostische, organisatorische und Public Health Interventionen angewandt werden.

10.7 Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG)

(1) In Umsetzung der Festlegungen in Art. 5 und Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und in enger inhaltlicher Abstimmung mit den Zielen und Maßnahmen im Ziele- und Maßnahmenkatalog (insbesondere op. Ziel 1 und op. Ziele 1.1 bis 1.3) werden die für die Planung erforderlichen routinemäßigen Arbeiten (u.a. jährliche Wartung und Weiterentwicklung der Leistungsmatrizen, Weiterentwicklung der ÜRVP, Aktualisierung der ÖSG- und RSG-Inhalte, laufendes ÖSG- und RSG-Monitoring) durchgeführt.

(2) Gemäß Art. 5 Abs. 4 Z 6 der Vereinbarung gemäß 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sind die notwendigen Schritte zur Berücksichtigung des Rettungs- und Krankentransportwesens inkl. der

präklinischen Notfallversorgung in der Planung zu präzisieren, wobei ein akkordierter österreichweiter IST-Stand erstellt und die Planungsmethodik zur Abschätzung des Versorgungsbedarfs erarbeitet und diskutiert werden sollen.

10.8 Versorgungsforschung

Im Rahmen der gesamthaften Weiterentwicklung des ÖSG werden die Arbeiten zur Versorgungsforschung – insbesondere in Hinblick auf die Weiterentwicklung von morbiditätsbasierten Methoden der Bedarfsschätzung in der Gesundheitsversorgung – fortgeführt (vgl. Art. 5 Abs. 4 Z 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens). Bereits entwickelte Methoden, Modelle und Technologien werden den zuständigen Gremien der Zielsteuerungspartner vorgestellt. Es gilt, die Ermittlung des Bedarfs an regionaler Gesundheitsversorgung basierend auf der Krankheitslast einer Region zu professionalisieren und die von den Zielsteuerungspartnern abgenommenen Methoden und Instrumente pilothaft als Grundlage zur Entscheidungsunterstützung anzuwenden. Die Arbeiten orientieren sich dabei an national und international etablierten Methoden der Versorgungsforschung und erfolgen in Abhängigkeit vom Vorliegen der erforderlichen Datengrundlagen.

10.9 Leistungsorientierte Finanzierung und Dokumentationsgrundlagen

(1) Das LKF-Modell für den stationären und den spitalsambulanten Bereich wird jährlich gewartet und weiterentwickelt. Die Wartung umfasst dabei auch sämtliche in Verwendung stehende Modellunterlagen, Kataloge und Software-Tools. Zudem werden die Datensatzstrukturen sowie die Dokumentationsvorschriften für die Statistikdaten (KA-Statistik, Kostenstellenstatistik) und zum Berichtswesen zu den KA-Rechnungsabschlüssen unter Beachtung der Erfordernisse gesundheitspolitischer Planungs-, Qualitäts- und Steuerungsmaßnahmen gewartet.

(2) Neben Abrechnungsmodellen für steuerungspolitische Zwecke im Zusammenhang mit der Umsetzung von Versorgungsaufträgen werden Abrechnungsmöglichkeiten für ausgewählte pharmakologische Therapien unter Berücksichtigung bestehender stationärer und ambulanter Abrechnungsmodelle und in Abstimmung mit der sektorenübergreifenden Finanzierung von Medikamenten entwickelt.

(3) Im Zusammenhang mit der spätestens mit 1. Jänner 2019 in allen Ländern vorzunehmenden Implementierung des spitalsambulanten Bepunktungsmodells werden beginnend mit dem Jahr 2017 die erforderlichen Datenanalysen sowie Simulations- bzw. Parallelrechnungen durchgeführt. Des Weiteren werden die notwendigen Unterstützungsmaßnahmen im Zuge dieser Umstellung der Spitalsabrechnung geleistet. Bei Bedarf werden punktuelle Nachkalkulationen durchgeführt und das vorliegende spitalsambulante Abrechnungsmodell adaptiert.

10.10 Datengrundlagen und Dokumentation

(1) Die für die Arbeiten erforderlichen Datengrundlagen und Dokumentation werden entsprechend den Bestimmungen der beiden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG sichergestellt.

(2) Alle Partner der Zielsteuerung-Gesundheit stellen sicher, dass im gemeinsam vereinbarten und partnerschaftlich umgesetzten Brustkrebsfrüherkennungsprogramm Untersuchungen und Therapien gemäß den Vorgaben im Bundesqualitätsstandard „Brustkrebsfrüherkennung durch Mammografiescreening“ dokumentiert und an die zentrale Datenhaltung (GÖG) übermittelt werden.

Teil D – Schlussbestimmungen

Artikel 11

Streitigkeiten aus diesem Vertrag

(1) Bei Verstößen gegen diesen Vertrag gilt der 7. Abschnitt der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und der 9. Abschnitt des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes.

(2) Bei allfälligen Streitigkeiten ist das Schlichtungsverfahren gemäß § 38 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes vorgesehen. Jeder andere Rechtsweg ist ausgeschlossen.

(3) Die Schlichtungsstelle hat österreichisches Recht anzuwenden.

Artikel 12

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 13

Geltungsdauer

(1) Dieser Vertrag tritt mit Unterfertigung durch sämtliche Vertragsparteien in Kraft und endet mit 31. Dezember 2021.

(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-Zielsteuerungsübereinkommen aufzunehmen.

Artikel 14

Sonstiges

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

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

(3) Dieser Vertrag wird von den Vertragsparteien 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 Streitfällen für die Schiedskommission gemäß Art. 49 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens die Ergebnisse von Musterverfahren für gleichgelagerte Fälle akzeptiert werden.

Teil E – Anlagen

Anlage 1 – Tableaus zur Finanzzielsteuerung – Angaben in Mio. Euro, Rundungsdifferenzen möglich

Anlage 1.1 Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege

			2016	2017	2018	2019	2020	2021
§ 17 Abs. 1 Z 1	Öffentl. GA ohne Langzeitpflege							
	lit a	jährliche Ausgabenobergrenzen	25.563	26.483	27.410	28.342	29.277	30.214
	lit b	jährlicher Ausgabenzuwachs in Prozent		3,6%	3,5%	3,4%	3,3%	3,2%

Anlage 1.2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben für Länder und gesetzliche Krankenversicherung

			2016	2017	2018	2019	2020	2021
§ 17 Abs. 1 Z 3 lit. a	Zielsteuerungsrelevante öffentl. GA für Länder							
	lit a	jährliche Ausgabenobergrenzen ohne Berücksichtigung von Art. 17 Abs. 2 Z 6	11.569,00	11.985,00	12.405,00	12.827,00	13.250,00	13.674,00
	lit a	jährliche Ergänzung gem. Art. 17 Abs. 2 Z 6	59,60	61,75	63,91	66,08	68,26	70,45
	lit a	jährliche Ausgabenobergrenzen einschließlich Ergänzung gem. Art. 17 Z 6	11.628,60	12.046,75	12.468,91	12.893,08	13.318,26	13.744,45
	lit b	jährlicher Ausgabenzuwachs in Prozent		3,6%	3,5%	3,4%	3,3%	3,2%

			2016	2017	2018	2019	2020	2021
§ 17 Abs. 1 Z 3 lit. b	Zielsteuerungsrelevante öffentl. GA für gesetzliche KV							
	lit a	jährliche Ausgabenobergrenzen	10.274,00	10.644,00	11.016,00	11.391,00	11.767,00	12.143,00
	lit b	jährlicher Ausgabenzuwachs in Prozent		3,6%	3,5%	3,4%	3,3%	3,2%

Anlage 1.3 Aufteilung Ausgabenobergrenzen der Länderwerte auf die neun Bundesländer

§ 17 Abs. 2 Z 1		Aufteilung Ausgabenobergrenzen der Länderwerte auf die neun Bundesländer				
		2017	2018	2019	2020	2021
Ausgabenobergrenzen	Länder gesamt	12.046,75	12.468,91	12.893,08	13.318,26	13.744,45
	Burgenland	286,23	296,26	306,34	316,44	326,57
	Kärnten	803,20	831,35	854,63	882,98	911,40
	Niederösterreich	1.940,50	2.008,50	2.076,83	2.145,32	2.213,97
	Oberösterreich	2.025,20	2.096,17	2.157,48	2.228,96	2.300,61
	Salzburg	766,60	798,12	834,76	861,46	888,23
	Steiermark	1.601,78	1.653,26	1.715,01	1.771,90	1.828,92
	Tirol	920,82	953,09	985,52	1.018,01	1.050,59
	Vorarlberg	493,26	510,55	527,91	545,32	562,77
	Wien	3.209,15	3.321,61	3.434,60	3.547,87	3.661,40

Anlage 1.4 Aufteilung Ausgabenobergrenzen der KV-Werte auf alle Träger d. gesetzl. KV

		§ 17 Abs. 1 Z 3 lit. b	Aufteilung Ausgabenobergrenzen der KV-Werte auf alle Träger d. gesetzl. KV				
			2017	2018	2019	2020	2021
Ausgabenobergrenzen	gesetzliche KV gesamt		10.644,00	11.016,00	11.391,00	11.767,00	12.143,00
	Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)		397,54	411,44	425,44	439,48	453,53
	SVA der gew. Wirtschaft (SVA d. gew. W.)		701,91	726,45	751,17	775,97	800,76
	VA für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)		393,43	407,18	421,04	434,94	448,84
	VA öffentlich Bediensteter (BVA)		1.073,33	1.110,84	1.148,66	1.186,58	1.224,49
	Burgenländische Gebietskrankenkasse (BGKK)		249,20	257,91	266,69	275,49	284,30
	Kärntner Gebietskrankenkasse (KGKK)		501,34	518,86	536,52	554,23	571,94
	NÖ Gebietskrankenkasse (NöGKK)		1.443,54	1.493,99	1.544,85	1.595,84	1.646,83
	OÖ Gebietskrankenkasse (OöGKK)		1.278,82	1.323,51	1.368,57	1.413,74	1.458,91
	Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK)		486,10	503,09	520,21	537,39	554,56
	Steirische Gebietskrankenkasse (StGKK)		1.025,54	1.061,38	1.097,51	1.133,74	1.169,97
	Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK)		642,58	665,03	687,67	710,37	733,07
	Vorarlberger Gebietskrankenkasse (VGKK)		350,74	363,00	375,36	387,75	400,14
	Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK)		2.025,85	2.096,65	2.168,03	2.239,59	2.311,15
Betriebskrankenkassen (Summe)		74,08	76,67	79,28	81,89	84,51	

Anlage 1.5 Aufteilung der Ausgabenobergrenzen der gesetzl. KV-Träger auf die einzelnen Bundesländer für die bundesländerweise Zusammenführung

Aufteilung der Ausgabenobergrenzen 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	2017	Gebietskrankenkasse	8.003,71	249,20	501,34	1.443,54	1.278,82	486,10	1.025,54	642,58	350,74	2.025,85
		Sonderversicherungsträger u Betriebskrankenkassen	2.640,29	102,10	210,58	581,08	322,69	173,67	480,27	224,58	78,90	466,42
		Summe	10.644,00	351,30	711,92	2.024,62	1.601,51	659,77	1.505,81	867,16	429,64	2.492,27
	2018	Gebietskrankenkasse	8.283,42	257,91	518,86	1.493,99	1.323,51	503,09	1.061,38	665,03	363,00	2.096,65
		Sonderversicherungsträger u Betriebskrankenkassen	2.732,58	105,67	217,94	601,40	333,96	179,74	497,06	232,43	81,66	482,72
		Summe	11.016,00	363,58	736,80	2.095,39	1.657,47	682,83	1.558,44	897,46	444,66	2.579,37
	2019	Gebietskrankenkasse	8.565,41	266,69	536,52	1.544,85	1.368,57	520,21	1.097,51	687,67	375,36	2.168,03
		Sonderversicherungsträger u Betriebskrankenkassen	2.825,59	109,26	225,36	621,87	345,33	185,86	513,98	240,34	84,44	499,15
		Summe	11.391,00	375,95	761,88	2.166,72	1.713,90	706,07	1.611,49	928,01	459,80	2.667,18
	2020	Gebietskrankenkasse	8.848,14	275,49	554,23	1.595,84	1.413,74	537,39	1.133,74	710,37	387,75	2.239,59
		Sonderversicherungsträger u Betriebskrankenkassen	2.918,86	112,87	232,80	642,39	356,73	191,99	530,94	248,28	87,23	515,63
		Summe	11.767,00	388,36	787,03	2.238,23	1.770,47	729,38	1.664,68	958,65	474,98	2.755,22
	2021	Gebietskrankenkasse	9.130,87	284,30	571,94	1.646,83	1.458,91	554,56	1.169,97	733,07	400,14	2.311,15
		Sonderversicherungsträger u Betriebskrankenkassen	3.012,13	116,48	240,23	662,92	368,13	198,13	547,91	256,21	90,01	532,11
		Summe	12.143,00	400,78	812,17	2.309,75	1.827,04	752,69	1.717,88	989,28	490,15	2.843,26

Anlage 1.6 Bundesländerweise Zusammenführung der Ausgabenobergrenzen der gesetzl. KV

§ 17 Abs. 1 Z 3 lit. c		Bundesländerweise Zusammenführung der Ausgabenobergrenzen der gesetzl. KV				
		2017	2018	2019	2020	2021
Ausgabenobergrenzen	gesetzliche KV gesamt	10.644,00	11.016,00	11.391,00	11.767,00	12.143,00
	Burgenland	351,30	363,58	375,95	388,36	400,78
	Kärnten	711,92	736,80	761,88	787,03	812,17
	Niederösterreich	2.024,62	2.095,39	2.166,72	2.238,23	2.309,75
	Oberösterreich	1.601,51	1.657,47	1.713,90	1.770,47	1.827,04
	Salzburg	659,77	682,83	706,07	729,38	752,69
	Steiermark	1.505,81	1.558,44	1.611,49	1.664,68	1.717,88
	Tirol	867,16	897,46	928,01	958,65	989,28
	Vorarlberg	429,64	444,66	459,80	474,98	490,15
	Wien	2.492,27	2.579,37	2.667,18	2.755,22	2.843,26

Anlage 1.7 Darstellung: Zusammenführung der Werte (Summe) von Ländern und gesetzlicher Krankenversicherung auf alle neun Bundesländer

§ 17 Abs. 2 Z 3		Darstellung: Zusammenführung der Werte (Summe) von Ländern und gesetzlicher Krankenversicherung auf alle neun Bundesländer				
		2017	2018	2019	2020	2021
Ausgabenobergrenzen	Länder und gesetzl. KV gesamt	22.690,75	23.484,91	24.284,08	25.085,26	25.887,45
	Burgenland	637,53	659,84	682,29	704,80	727,35
	Kärnten	1.515,12	1.568,15	1.616,51	1.670,01	1.723,57
	Niederösterreich	3.965,12	4.103,89	4.243,55	4.383,55	4.523,72
	Oberösterreich	3.626,71	3.753,64	3.871,38	3.999,43	4.127,65
	Salzburg	1.426,37	1.480,95	1.540,83	1.590,84	1.640,92
	Steiermark	3.107,59	3.211,70	3.326,50	3.436,58	3.546,80
	Tirol	1.787,98	1.850,55	1.913,53	1.976,66	2.039,87
	Vorarlberg	922,90	955,21	987,71	1.020,30	1.052,92
	Wien	5.701,42	5.900,98	6.101,78	6.303,09	6.504,66

Anlage 2 – Messgrößenbeschreibung zum Ziele- und Maßnahmenkatalog

Übersicht Messgrößen

(1)	Umgesetzte PV-Einheiten
(2)	In PV-Einheiten versorgte Bevölkerung
(3)	Anzahl multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich mit Versorgungsauftrag
(4)	Krankenhaushäufigkeit in FKA
(5)	Belagstagedichte in FKA
(6)	Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden
(7)	Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen AM/FÄ
(8)	Ärztliche Versorgungsdichte
(9)	Relation DGKP und PFA zu ÄrztInnen in FKA („Nurse to Physician Ratio“)
(10)	Masern/Mumps/Röteln - Durchimpfungsrate Kinder
(11)	Ambulante KJP-Angebote
(12)	Umsetzungsgrad ELGA
(13)	Polypharmazie Prävalenz
(14)	Potentiell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren
(15)	Aufenthalte mit kurzer präop. VWD in FKA
(16)	In Therapie Aktiv versorgte PatientInnen und teilnehmende ÄrztInnen (AM und IM)
(17)	Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen
(18)	Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich
(19)	Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz
(20)	Gesunde Lebensjahre bei der Geburt
(21)	Täglich Rauchende
(22)	Kariesfreie Kinder

Operatives Ziel	1.1: Primärversorgungsmodelle auf- und ausbauen		
Messgröße	(1) Umgesetzte PV-Einheiten		
Zielvorgabe	75 PVE-Einheiten österreichweit		
Definition	Anzahl in Betrieb genommener PV-Einheiten gemäß Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG ZS-G		
Berechnung	Anzahl der Einrichtungen		
Format	Anzahl		
Datengrundlage	Meldung HVB		
Werte	Österreichweit 75 PV-Einheiten; Aufteilung auf die Bundesländer nach Bevölkerungsanzahl (nach Einwohnerzahl 2015)	Zielwert 2021	
		Burgenland	3
		Kärnten	5
		Niederösterreich	14
		Oberösterreich	13
		Salzburg	5
		Steiermark	11
		Tirol	6
		Vorarlberg	3
Wien	16		

Operatives Ziel	1.1: Primärversorgungsmodelle auf- und ausbauen	
Messgröße	(2) In PV-Einheiten versorgte Bevölkerung	
Zielvorgabe	↑	
Definition	Anteil der Bevölkerung mit mindestens einem Kontakt in einer multiprofessionellen und/oder interdisziplinären PV-Einheit in den letzten 12 Monaten	
Berechnung	$\frac{\text{Anzahl PatientInnen mit mindestens einem Kontakt in einer PVE im letzten Jahr}}{\text{Einwohnerzahl}}$	
Format	Rate; quellbezogen;	
Datengrundlage	Meldung HVB (Abrechnungsdaten) bzw. Quelle DIAG nach ggf. Anpassung der Felder „Organisationsform“ und „Fachgebiet“ in der Doku-VO; nach Bundesländern	
Werte	0,2 % gemäß Monitoringbericht II/2016	

Operatives Ziel	1.2: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung	
Messgröße	(3) Anzahl multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich mit Versorgungsauftrag	
Zielvorgabe	↑	
Definition	Anzahl multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich, mit denen ein Versorgungsauftrag vereinbart wurde	
Berechnung	$\text{Anzahl multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich mit Versorgungsauftrag}$	
Format	Anzahl	
Datengrundlage	Meldung Zielsteuerungspartner	
Werte	derzeit nicht vorhanden	

Operatives Ziel	1.3: Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen				
Messgröße	(4) Krankenhaushäufigkeit in FKA				
Zielvorgabe	Reduktion österreichweit um mindestens 2 % jährlich; Basisjahr 2015				
Definition	Stationäre Aufenthalte in Fondskrankenanstalten pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung				
Berechnung	$\frac{\text{Anzahl stationäre Aufenthalte in Fondskrankenanstalten}}{\text{Anzahl der Wohnbevölkerung der Region}} * 1000$ <p><u>Exkludiert sind:</u> NTA; ausländische GastpatientInnen; Aufnahmeart „H“-halbstationär Keine Altersstandardisierung</p>				
Format	Rate; quellbezogen				
Datengrundlage	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten BMGF; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes zum Jahresanfang				
Werte		2013	2014	2015	Zielwert 2021
	Burgenland	212	206	199	
	Kärnten	255	253	243	
	Niederösterreich	226	223	218	
	Oberösterreich	252	248	243	
	Salzburg	233	229	220	
	Steiermark	231	230	223	
	Tirol	233	229	222	
	Vorarlberg	209	212	207	
	Wien	192	187	182	
	Österreich	226	222	216	191

Operatives Ziel	1.3: Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen				
Messgröße	(5) Belagstagedichte in FKA				
Zielvorgabe	Reduktion österreichweit um mindestens 2 % jährlich; Basisjahr 2015				
Definition	Belagstage in FKA pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung				
Berechnung	$\frac{\text{Anzahl Belagstage in Fondskrankenanstalten}}{\text{Anzahl der Wohnbevölkerung der Region}} * 1000$ <p>Exkludiert sind: NTA, ausländische GastpatientInnen, Aufnahmeart „H“-halbstationär; Aufenthalte länger als 28 Belagstage eingeschlossen Keine Altersstandardisierung</p>				
Format	Rate; quellbezogen				
Datengrundlage	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten BMGF; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes zum Jahresanfang				
Werte		2013	2014	2015	Zielwert 2021
	Burgenland	1.256	1.225	1.191	
	Kärnten	1.717	1.691	1.632	
	Niederösterreich	1.451	1.421	1.373	
	Oberösterreich	1.535	1.509	1.519	
	Salzburg	1.460	1.429	1.383	
	Steiermark	1.537	1.536	1.461	
	Tirol	1.401	1.374	1.340	
	Vorarlberg	1.395	1.345	1.314	
	Wien	1.474	1.422	1.361	
	Österreich	1.487	1.457	1.413	1.252

Operatives Ziel	1.3: Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen			
Messgröße	(6) Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden			
Zielvorgabe	↑ (siehe leistungsspezifische Zielwerte)			
Definition	Anteil tagesklinisch-stationär bzw. ambulant erbrachter ausgewählter Leistungen aus dem Tagesklinik-Katalog gemessen an der Gesamtzahl dieser Leistungen je definiertem Leistungsbündel in FKA in Aufhalten unter 5 Belagstagen (BT) bzw. in ambulanten Besuchen. Längere Aufenthalte implizieren medizinische Notwendigkeit einer stationären Überwachung und sind dementsprechend ausgeschlossen. Aufenthalte mit mehreren Leistungen sind in der Messgröße inkludiert.			
Berechnung	$\frac{\text{Anzahl tagesklinisch – stationär und ambulant erbrachte Leistungen je Leistungsbündel}}{\text{Gesamtzahl der Leistungen je Leistungsbündel}}$ <p><u>Exkludiert sind:</u> Leistungen, die in Aufhalten mit mehr als 4 Belagstagen erbracht wurden. <u>Inkludiert sind:</u> Ambulant erbrachte Leistungen bei ambulanten Besuchen Keine Altersstandardisierung;</p>			
Format	Prozent; zielbezogen			
Datengrundlage	Diagnosen- und Leistungsdokumentation, BMGF			
Bündel	MEL	TK/amb. Anteil 2015	Mindestwert	(internationaler) Benchmark
Adenotomie/Paracentese	CB010, FA010	41,6 %	40 %	60 %
Curettage	JK030	46,5 %	50 %	70 %
Hernien OP*	LM080, LM090	3,4 %	15 %	40 %
Karpaltunnel OP	AJ070, AJ080	61,2 %	65 %	90 %
Knie Arthroskopie	NF020	16,8 %	30 %	80 %
Metallentfernung	LZ010, MZ010, NZ010	38,5 %	40 %	60 %
Varizen OP	EK030, EK035, EK040, EK050	17,8 %	30 %	60 %
Katarakt OP	BF010, BF020	78,5 %	70 %	90 %
Eingriffe Bewegungsapparat	MJ130, MZ020, ND030, ND040, ND050, NJ080, NZ020	32,5 %	40 %	70 %
Eingriffe Haut mit Lappenplastik	HA010, QA020, QA040, QZ020, QZ030	41,2 %	40 %	70 %
sonst. Eingriffe Auge	BA010, BA020, BC010, BJ020, BJ030,	77,3 %	70 %	90 %
sonst. Eingriffe HNO	CB020, GB020	1,7 %	20 %	40 %
sonst. Eingriffe Urologie	JH010, JH020, JH040, JH120	52,2 %	60 %	90 %
sonst. Eingriffe Uterus	JK010, JK020, JK040	35,7 %	40 %	70 %
* Die Ursachen der im internationalen Vergleich sehr niedrigen tagesklinischen Rate von Hernien OP sind zu analysieren.				

Operatives Ziel	2: Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals (Skill-Mix, Nachwuchssicherung, demographische Entwicklung) sicherstellen
Messgröße	(7) Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen AM/FÄ
Zielvorgabe	Beobachtungswert
Definition	Anzahl der besetzten Ausbildungsstellen für ÄrztInnen der Allgemeinmedizin und Anzahl der besetzten Ausbildungsstellen für FachärztInnen und Anzahl der genehmigten Ausbildungsstellen für ÄrztInnen der Allgemeinmedizin und Anzahl der genehmigten Ausbildungsstellen für FachärztInnen
Berechnung	<i>Anzahl der besetzten Ausbildungsstellen (AM)</i> <i>Anzahl der besetzten Ausbildungsstellen (FÄ) je Fachrichtung</i> <i>Anzahl der genehmigten Ausbildungsstellen (AM)</i> <i>Anzahl der genehmigten Ausbildungsstellen (FÄ) je Fachrichtung</i>
Format	Anzahl, zielbezogen
Datengrundlage	Ärzttekammer, BMGF
Werte	-

Operatives Ziel	2: Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals (Skill-Mix, Nachwuchssicherung, demographische Entwicklung) sicherstellen									
Messgröße	(8) Ärztliche Versorgungsdichte									
Zielvorgabe	Beobachtungswert									
Definition	Vertragsärztliche Versorgungsdichte im extramuralen Bereich: VertragsärztInnen (exkl. Zahnmedizin und technische Fächer), inkl. eigene Einrichtungen der SV - vertragsärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) je 100.000 Einwohner Vertragsärztliche Versorgungsdichte im extramuralen Bereich - Zahnmedizin: VertragszahnmedizinerInnen (inkl. KieferorthopädInnen) inkl. eigene Einrichtungen der SV - vertragsärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) je 100.000 Einwohner Ärztliche Versorgungsdichte im intramuralen Bereich: ÄrztInnen in Fonds-Krankenanstalten (VZÄ); AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen inkl. ÄrztInnen in Ausbildung je 100.000 Einwohner									
Berechnung	$\text{Vertragsärztliche Versorgungsdichte} = \frac{\text{Anzahl vertragsärztl. ÄAVE AM und FÄ (exkl. Zahnmedizin und techn. Fächer)}}{\text{Einwohner}} * 100.000$ $\text{Vertragsärztliche Versorgungsdichte (Zahnmedizin)} = \frac{\text{Anzahl vertragsärztl. ÄAVE Zahnmedizin}}{\text{Einwohner}} * 100.000$ $\text{Ärztliche Versorgungsdichte in FKA} = \frac{\text{Anzahl ärztliche VZÄ in FKA}}{\text{Einwohner}} * 100.000$									
Format	Rate, zielbezogen									
Datengrundlage	KA Statistik (BMGF), Regiomed des HVB, Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes zum Jahresanfang									
Werte		Extramural (exkl. Zahnmedizin und techn. Fächer)			Extramural Zahnmedizin			Intramural FKA		
	Standort-Region	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
	Burgenland	96,3	96,3	96,4	31,8	31,5	30,9	157,6	161,4	161,3
	Kärnten	82,0	81,3	80,9	35,8	35,5	34,7	198,2	198,9	199,6
	Niederösterreich	78,9	78,4	77,9	31,5	31,4	31,0	190,3	193,5	196,0
	Oberösterreich	77,3	77,1	75,5	36,7	37,3	37,3	213,8	209,3	207,6
	Salzburg	79,8	79,4	78,3	37,5	37,6	36,8	233,7	234,0	233,0
	Steiermark	86,2	85,9	84,9	33,3	33,4	33,0	224,6	224,9	226,0
	Tirol	81,6	81,6	82,5	36,5	36,5	35,7	265,0	266,9	268,4
	Vorarlberg	77,3	77,8	79,3	38,2	39,0	38,4	179,0	182,4	197,5
	Wien	91,5	90,4	89,8	35,9	35,3	34,7	323,8	320,6	318,8
	Österreich	83,3	82,8	82,3	34,9	34,9	34,5	234,4	234,4	235,3

Operatives Ziel	2: Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals (Skill-Mix, Nachwuchssicherung, demographische Entwicklung) sicherstellen					
Messgröße	(9) Relation DGKP und PFA zu ÄrztInnen in FKA („Nurse to Physician Ratio“)					
Zielvorgabe	Beobachtungswert					
Definition	Anteil DGKP und Pflegefachassistenz (VZÄ) zu ÄrztInnen (VZÄ) in Fonds-Krankenanstalten					
Berechnung	$\frac{\text{Anzahl DGKP} + \text{Pflegefachassistenz (PFA) in Fondskrankenanstalten (VZÄ)}}{\text{Anzahl ÄrztInnen in Fondskrankenanstalten (VZÄ)}}$					
Format	Rate					
Datengrundlage	KA Statistik (BMGF)					
Werte (dzt. nur DGKP)	Standort-Region	2011	2012	2013	2014	2015
	Burgenland	2,34	2,24	2,30	2,34	2,45
	Kärnten	2,40	2,38	2,39	2,41	2,42
	Niederösterreich	2,28	2,27	2,22	2,18	2,17
	Oberösterreich	2,41	2,44	2,50	2,56	2,54
	Salzburg	2,30	2,31	2,35	2,37	2,40
	Steiermark	2,02	2,06	2,06	2,05	2,00
	Tirol	2,13	2,15	2,15	2,13	2,11
	Vorarlberg	2,19	2,21	2,16	2,07	2,07
	Wien	2,08	2,05	2,05	2,02	1,93
Österreich	2,20	2,20	2,20	2,19	2,16	

Operatives Ziel	4: Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen					
Messgröße	(10) Masern/Mumps/Röteln - Durchimpfungsrate Kinder					
Zielvorgabe	↑					
Definition	Anteil der Kinder (in %), die im empfohlenen Zeitraum gegen Masern/Mumps/Röteln (3 Teilimpfungen; Alter: ab 10. Monat) geimpft wurden					
Berechnung	$\frac{\text{Gegen Masern/Mumps/Röteln (3 Teilimpfungen) geimpfte 2 Jährige}}{\text{Anzahl 2 Jährige}} * 100$					
Format	Prozent					
Datengrundlage	Erhebung - Voraussetzung dafür ist die zentrale und vollständige Datenerfassung, z.B. mittels e-Impfpass; bis e-Impfpassdaten verfügbar: Approximation laut Meldung BMGF; Periodizität der Erhebung noch zu klären					
Werte	Derzeit liegt die Durchimpfungsrate bei zweijährigen Kindern je nach Geburtsjahrgang für die Impfung mit zwei Dosen zwischen 63 und 81 Prozent (Nationaler Aktionsplan Masern-/Röteln-Elimination, 2013, BMGF).					

Operatives Ziel	4: Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen					
Messgröße	(11) Ambulante KJP-Angebote					
Zielvorgabe:	↑					
Definition	Anzahl der ambulanten KJP-Angebote Zu ambulanten KJP-Angeboten zählen z.B. Ambulatorien mit niederschwelligem Zugang und mehreren Berufsgruppen (Psychologie, Physiotherapie, Sozialpädagogik etc.) – nur vertragsärztliche Einheiten inkludiert.					
Berechnung	$\text{Anzahl der ambulanten KJP} - \text{Angebote}$					
Format	Anzahl					
Datengrundlage	Erhebung in den Bundesländern					
Werte	derzeit nur zum Teil erhoben					

Operatives Ziel	5: Gezielter Einsatz von IKT zur Patientenversorgung, Systemsteuerung und Innovation
Messgröße	(12) Umsetzungsgrad ELGA
Zielvorgabe	↑
Definition	Anzahl der Gesundheitsdienstanbieter, die ELGA implementiert haben (gemäß ELGA-Gesetz)
Berechnung	<i>Gesundheitsdienstanbieter mit ELGA in Verwendung</i>
Format	Anzahl
Datengrundlage	Meldung HVB, Länder und Bund
Werte	<i>derzeit nicht erhoben</i>

Operatives Ziel	5: Gezielter Einsatz von IKT zur Patientenversorgung, Systemsteuerung und Innovation
Messgröße	(13) Polypharmazie Prävalenz
Zielvorgabe:	↓
Definition	Über 70-jährige Anspruchsberechtigte mit mehr als 5 verschriebenen verschiedenen Wirkstoffen in zwei aufeinander folgenden Quartalen je 1.000 Anspruchsberechtigte
Berechnung	$\frac{\text{Anspruchsberechtigte (70+) mit mehr als 5 verschiedenen Wirkstoffen}}{\text{Anspruchsberechtigte (70+) gesamt}} * 1000$ Bezogen auf die letzten zwei aufeinanderfolgenden Quartale
Format	Rate; Quellbezogen
Datengrundlage	Meldung HVB; <i>zu prüfen, ob Datenbasis von eMedikation zur Abdeckung des stationären Bereichs nutzbar ist</i>
Werte	<i>Derzeit nicht bekannt</i>

Operatives Ziel	5: Gezielter Einsatz von IKT zur Patientenversorgung, Systemsteuerung und Innovation																			
Messgröße	(14) Potentiell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren																			
Zielvorgabe	↓																			
Definition	Anteil der über 70-jährigen Bevölkerung (in %), die in einem Kalenderjahr mindestens mit einem PIM-Medikament (Packung) versorgt wurde																			
Berechnung	PIM-Prävalenz in Prozent der Anspruchsberechtigten. Anzahl der Verordnungen aus österreichischer PIM-Liste (73 Wirkstoffe) pro Anspruchsberechtigten in der jeweiligen Altersgruppe. $\frac{\text{Anzahl der über 70 – jährigen Anspruchsberechtigten mit mindestens einer PIM}}{\text{Anzahl der über 70 – jährigen Anspruchsberechtigten}} * 100$ Detaillierte Liste der Arzneimittel (PIM-Liste)																			
Format	Prozent																			
Datengrundlage	Quelle: Mann et al. ‚Potentiell inadäquate Medikamente (PIM) bei älteren Menschen in Österreich. Eine bundesweite Prävalenzstudie‘; Meldung HVB																			
Werte	<table border="1"> <tr> <td rowspan="8">PIM-Prävalenz 2012 (≥ 1 PIM-VO)</td> <td>Burgenland</td> <td>56,7 %</td> </tr> <tr> <td>Kärnten</td> <td>54,9 %</td> </tr> <tr> <td>Niederösterreich</td> <td>53,4 %</td> </tr> <tr> <td>Oberösterreich</td> <td>49,6 %</td> </tr> <tr> <td>Salzburg</td> <td>50,4 %</td> </tr> <tr> <td>Steiermark</td> <td>54,0 %</td> </tr> <tr> <td>Tirol</td> <td>51,9 %</td> </tr> <tr> <td>Vorarlberg</td> <td>44,3 %</td> </tr> <tr> <td>Wien</td> <td>52,1 %</td> </tr> </table>	PIM-Prävalenz 2012 (≥ 1 PIM-VO)	Burgenland	56,7 %	Kärnten	54,9 %	Niederösterreich	53,4 %	Oberösterreich	49,6 %	Salzburg	50,4 %	Steiermark	54,0 %	Tirol	51,9 %	Vorarlberg	44,3 %	Wien	52,1 %
PIM-Prävalenz 2012 (≥ 1 PIM-VO)	Burgenland		56,7 %																	
	Kärnten		54,9 %																	
	Niederösterreich		53,4 %																	
	Oberösterreich		49,6 %																	
	Salzburg		50,4 %																	
	Steiermark		54,0 %																	
	Tirol		51,9 %																	
	Vorarlberg	44,3 %																		
Wien	52,1 %																			

Operatives Ziel	6: Verbesserung der integrierten Versorgung				
Messgröße	(15) Aufenthalte mit kurzer präop. VWD in FKA				
Zielvorgabe	94 %				
Definition	Anteil der Aufenthalte, die eine Leistung aus der LM-stat (in der jeweils gültigen Fassung) am Aufnahmetag (1. Pflage tag PT) oder am 1. BT (2. PT) erhalten.				
Berechnung	$\frac{\text{Anzahl Aufenthalte mit } < 3 \text{ PT in FKA}}{\text{Anzahl aller Aufenthalte}} * 100$ <p>Inkludiert sind: NTA Exkludiert sind: Aufnahmeart „A“ akut</p>				
Format	Prozent; zielbezogen				
Datengrundlage	Diagnosen- und Leistungsdokumentation, BMGF				
Werte		2015	2015	2015	Zielwert 2021 Anteil < 3 PT
		Anteil 1. PT	Anteil 2. PT	Anteil < 3 PT	
	Burgenland	48,3 %	46,7 %	95,0 %	
	Kärnten	43,2 %	50,0 %	93,2 %	
	Niederösterreich	55,6 %	37,4 %	93,0 %	
	Oberösterreich	58,2 %	34,9 %	93,1 %	
	Salzburg	47,2 %	42,6 %	89,8 %	
	Steiermark	44,7 %	44,5 %	89,1 %	
	Tirol	51,0 %	42,9 %	93,9 %	
	Vorarlberg	59,0 %	37,2 %	96,2 %	
Wien	57,6 %	35,2 %	92,8 %		
Österreich	53,7 %	38,9 %	92,6 %	94 %	

Operatives Ziel	6: Verbesserung der integrierten Versorgung			
Messgröße	(16) In Therapie Aktiv versorgte PatientInnen und teilnehmende ÄrztInnen (AM und IM)			
Zielvorgabe	↑			
Definition	Anteil von im Rahmen von Therapie Aktiv versorgten PatientInnen an allen PatientInnen, die in die Zielgruppe des Programmes fallen, sowie der Anteil der teilnehmenden ÄrztInnen an allen AM und FA für IM.			
Berechnung	$\frac{\text{Typ 2 DiabetikerInnen, die in DMP eingeschrieben sind}}{\text{Typ 2 DiabetikerInnen}} * 100$ $\frac{\text{AM und IM, die im Programm eingeschrieben sind und PatientInnen führen}}{\text{alle AM und IM}} * 100$ <p>Die Diabetes-Typ-II-Inzidenz wird auf Basis von Abrechnungsdaten der SV-Träger ermittelt. Dies erfolgt anhand eines Algorithmus, der sich in der LEICON-Datenbank implementiert findet. Diesem Algorithmus zufolge gelten Personen als Typ-II-DiabetikerInnen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ innerhalb eines Jahres diabetesrelevante Medikamentenverordnungen eingelöst haben (Insulin und/oder orale Antidiabetiker; A10A und A10B) und/oder ▫ vier oder mehr Blutzucker-Bestimmungen zu vier verschiedenen Zeitpunkten innerhalb eines Jahres oder ▫ zwei oder mehr HbA1c-Bestimmungen zu verschiedenen Zeitpunkten innerhalb eines Jahres hatten. <p>Bei der ausschließlichen Insulintherapie wird dabei – in Abgrenzung zum Typ-I-Diabetes – auf Personen im Alter von 50 oder mehr Jahren ohne einen stationären E-10-Aufenthalt eingeschränkt (der ICD-10-Code E10 steht dabei für Typ-I-Diabetes).</p>			
Format	Prozent			
Datengrundlage	Newsletter Therapie Aktiv; LEICON, Meldung Sozialversicherung			
Werte	Anfang 2017 nahmen 1.518 ÄrztInnen und 58.480 PatientInnen an dem Programm teil (Stand 01.04.2017). Dies bedeutet eine Teilnahme von 8,5 Prozent der AM und FA für IM (17.931 Stand 2015) und eine Teilnahme von 8,1 Prozent der Typ 2 DiabetikerInnen (Gesamtprevalenz von rund 8 bis 9 Prozent laut Diabetesbericht 2013).			

Operatives Ziel	7: Medikamentenversorgung sektorenübergreifend optimieren
Messgröße	(17) Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen
Zielvorgabe	↑
Definition	Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen Als gemeinsame Beschaffungen zählen sektorenübergreifende und/oder bundesländerübergreifende Beschaffungen mit zumindest zwei Trägern
Berechnung	<i>Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen</i>
Format	Anzahl
Datengrundlage	Meldung HVB; Meldung Länder
Werte	<i>derzeit noch keine Daten vorhanden</i>

Operatives Ziel	9: Zur Stärkung der Sachleistungsversorgung örtliche, zeitliche und soziale Zugangsbarrieren abbauen																																					
Messgröße	(18) Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich																																					
Zielvorgabe	→↑																																					
Definition	Anteil der österreichischen Bevölkerung, der angibt mit ausgewählten Einrichtungen der medizinischen Versorgung sehr zufrieden oder zufrieden zu sein.																																					
Berechnung	$\frac{\text{Befragte, die sehr zufrieden oder zufrieden sind}}{\text{Alle Befragten}} * 100$ <p>Frage aus dem Fragebogen: „Unabhängig davon, ob Sie in letzter Zeit Kontakt hatten: Wie zufrieden sind Sie mit der medizinischen Versorgung in Österreich in folgenden Einrichtungen?“</p> <p>Antwortkategorien mittels fünfstufiger Likertskala und einer Kategorie „weiß nicht“</p> <p>Stratifizierung erfolgt getrennt für folgende Einrichtungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zufriedenheit mit Krankenhaus • Zufriedenheit mit Spitalsambulanzen • Zufriedenheit mit Fachärzten/Fachärztinnen • Zufriedenheit mit praktische/r Arzt/Ärztin, Hausarzt/Hausärztin • Zufriedenheit mit Therapeuten/Therapeutinnen <p>Wenn möglich für weitere soziodemographische und sozioökonomische Merkmale</p>																																					
Format	Häufigkeiten in Prozent und Mittelwerte																																					
Datengrundlage	Bevölkerungsbefragung 2016 - Erhebung des Wissensstandes der Bevölkerung zu gesundheitspolitischen Themen mit besonderem Fokus auf die aktuelle Gesundheitsreform http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.632983&version=1472130861 Periodizität der Befragung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit noch zu klären.																																					
Werte	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Einrichtung</th> <th colspan="3">Istwerte 2016</th> <th rowspan="2">Mittelwert (gesamte Skala)</th> </tr> <tr> <th>(1) Sehr zufrieden</th> <th>(2) Zufrieden</th> <th>Summe (1+2)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Krankenhaus</td> <td>37</td> <td>33</td> <td>70</td> <td>1,90</td> </tr> <tr> <td>Spitalsambulanzen</td> <td>28</td> <td>30</td> <td>58</td> <td>2,12</td> </tr> <tr> <td>Fachärzten/ Fachärztinnen</td> <td>49</td> <td>36</td> <td>85</td> <td>1,61</td> </tr> <tr> <td>praktische/r Arzt/Ärztin, Hausarzt/Hausärztin</td> <td>60</td> <td>29</td> <td>89</td> <td>1,51</td> </tr> <tr> <td>Therapeuten/ Therapeutinnen</td> <td>31</td> <td>19</td> <td>50</td> <td>1,62</td> </tr> </tbody> </table>					Einrichtung	Istwerte 2016			Mittelwert (gesamte Skala)	(1) Sehr zufrieden	(2) Zufrieden	Summe (1+2)	Krankenhaus	37	33	70	1,90	Spitalsambulanzen	28	30	58	2,12	Fachärzten/ Fachärztinnen	49	36	85	1,61	praktische/r Arzt/Ärztin, Hausarzt/Hausärztin	60	29	89	1,51	Therapeuten/ Therapeutinnen	31	19	50	1,62
Einrichtung	Istwerte 2016			Mittelwert (gesamte Skala)																																		
	(1) Sehr zufrieden	(2) Zufrieden	Summe (1+2)																																			
Krankenhaus	37	33	70	1,90																																		
Spitalsambulanzen	28	30	58	2,12																																		
Fachärzten/ Fachärztinnen	49	36	85	1,61																																		
praktische/r Arzt/Ärztin, Hausarzt/Hausärztin	60	29	89	1,51																																		
Therapeuten/ Therapeutinnen	31	19	50	1,62																																		

Operatives Ziel	10: Stärkung der Gesundheit und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung	
Messgröße	(19) Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz	
Zielvorgabe:	↑	
Definition	Anteil der Bevölkerung (in Prozent) mit „exzellenter“ oder „ausreichender“ Gesundheitskompetenz laut Health Literacy Survey	
Berechnung	<p>Der Indikator führt als Index die Ergebnisse zu den 47 Fragen der HLS-EU Studie in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung zusammen. Die Fragen beziehen sich auf das Finden, Verstehen, Beurteilen und Umsetzen von gesundheitsrelevanter Information.</p> <p>Die erste Gesundheitskompetenzbefragung (Erhebung 2009) inkludierte über 15-jährige EU-Bürger. Die Zufallsstichprobe umfasste 1.000 Befragte pro Mitgliedsstaat.</p>	
Format	Prozent	
Datengrundlage	Gesundheitskompetenzbefragung (Health Literacy Survey) HLS Consortium (2012): Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States	
Werte	Österreich (2009)	
	Ausreichende Gesundheitskompetenz:	33,7 %
	Exzellente Gesundheitskompetenz:	9,9 %
	Summe:	43,6 %

Operatives Ziel	11: Stärkung von zielgerichteter Gesundheitsförderung und Prävention		
Messgröße	(20) Gesunde Lebensjahre bei der Geburt		
Zielvorgabe:	↑		
Definition	Anzahl der zur Geburt statistisch erwartbaren gesunden (beschwerdefreien) Lebensjahren		
Berechnung	<p>Der Indikator „Lebenserwartung in Gesundheit“ beschreibt die Anzahl der Lebensjahre, die voraussichtlich in guter Gesundheit verbracht werden. Er wird aus einer Kombination aus Sterbetafeln und Befragungsergebnissen errechnet und steht – je nach Berechnungsmethode und Datengrundlage – in unterschiedlichen Varianten zur Verfügung. Diese unterscheiden sich nach den zugrunde gelegten Befragungsdaten (ATHIS oder EU-SILC), nach der konkreten Frage, die zur Operationalisierung der „guten Gesundheit“ herangezogen wird (allgemeiner Gesundheitszustand, chronische Krankheiten oder funktionale Einschränkungen) und nach der Zusammenfassung der Antwortkategorien (sehr guter / guter Gesundheitszustand oder sehr guter bis mittelmäßiger Gesundheitszustand).</p> <p>Altersstandardisiert</p>		
Format	Anzahl		
Datengrundlage	Sterbetafeln in Verbindung mit ATHIS oder EU-SILC Statistik Austria, Eurostat Istwerte: Klimont, J.; Klotz, J. (2016): Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung. In: Statistische Nachrichten 9/2016		
Werte	Gesunde Lebensjahre	Frauen (2014)	Männer (2014)
	Burgenland	61,7	64,7
	Kärnten	66,5	66,5
	Niederösterreich	66,3	65,3
	Oberösterreich	67,3	65,2
	Salzburg	71,0	69,3
	Steiermark	65,0	65,2
	Tirol	71,6	69,4
	Vorarlberg	71,1	67,9
	Wien	64,4	65,2
	Österreich	66,6	65,9

Operatives Ziel	11: Stärkung von zielgerichteter Gesundheitsförderung und Prävention
Messgröße	(21) Täglich Rauchende
Zielvorgabe	↓
Definition	Anteil der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; in %), der täglich raucht nach Geschlecht
Berechnung	$\frac{\text{Anzahl der täglich rauchenden Befragten}}{\text{alle Befragten}} * 100$
Format	Prozent
Datengrundlage	ATHIS, EHIS; Statistik Austria, Eurostat
Werte	26,7 % der Männer über 15 Jahre (2014) 22,2 % der Frauen über 15 Jahre (2014)

Operatives Ziel	11: Stärkung von zielgerichteter Gesundheitsförderung und Prävention
Messgröße	(22) Kariesfreie Kinder
Zielvorgabe	↑
Definition	Anteil der 6-jährigen Kinder (in %) mit einem kariesfreien Gebiss (d3mft - Score = 0) und 6-jährige Kinder mit hohem Sanierungsgrad
Berechnung	$\text{Anteil Kinder mit kariesfreiem Gebiss} = \frac{\text{Anzahl Kinder mit d3mft} = 0}{\text{alle untersuchten Kinder}} * 100$ $\text{Anteil mit hohem Sanierungsgrad} = \frac{\text{Anzahl Kinder mit mind. 80 \% saniertem Gebiss}}{\text{alle untersuchten Kinder}} * 100$ <p>Der Sanierungsgrad wird dabei durch den prozentuellen Anteil an gefüllten Zähnen am gesamten d3mft zum Ausdruck (ft dividiert durch d3mft) gebracht.</p>
Format	Prozent
Datengrundlage	Zahnstaterhebung
Werte	Gegenwärtig ist österreichweit gut die Hälfte (52 %) der Sechsjährigen kariesfrei (d3mft = 0). Der Sanierungsgrad (Care Index Percentage) beträgt lediglich 40 Prozent. Das bedeutet, dass über die Hälfte der als kariös befundenen Milchzähne (60 %) keine Sanierung aufweist (2011).

Anlage 3 – Muster für Statusbericht

Anlage 3.1 – Muster für die Darstellung eines operativen Ziels im Statusbericht

Strategisches Ziel X	
Operatives Ziel Y	
Maßnahmen Bundesebene	Einschätzung zur Maßnahmenumsetzung
Maßnahme 1	Gesamtstatus:
	Fortschritt:
	Risiken:
Maßnahme 2	Gesamtstatus:
	Fortschritt:
	Risiken:
...	...
Maßnahmen Landesebene	Einschätzung zur Maßnahmenumsetzung
Maßnahme 1	Gesamtstatus:
	Fortschritt:
	Risiken:
Maßnahme 2	Gesamtstatus:
	Fortschritt:
	Risiken:
...	...

Anlage 3.2 – Muster für die Darstellung der laufenden Arbeiten im Statusbericht

Laufende Arbeiten	Einschätzung zur Umsetzung der laufenden Arbeiten
Laufende Arbeit A	Gesamtstatus:
	Fortschritt:
	Risiken:
Laufende Arbeit B	Gesamtstatus:
	Fortschritt:
	Risiken:
...	...

Anlage 4 – Glossar und Abkürzungsverzeichnis

Anlage 4.1 - 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 sowie der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 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
	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.
AUFEM	Qualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement	Qualitätsstandard gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz; Kenntnisnahme und Beschluss zur österreichweiten Anwendung in der 21. Sitzung der BGK am 29. Juni 2012
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/ evidenzbasierte Medizin	Systematische und konsistente, patientenorientierte Entscheidungsfindung im Rahmen medizinischer Behandlungen auf Grundlage von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit bzw. der besten zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Quellen und Daten.
	e-Health	Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnik (e-Health) zur Verbesserung von Strukturen, Abläufen und Ergebnissen im Gesundheitssystem

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 ÄrztInnen, ApothekerInnen und Krankenanstalten einen Überblick über verordnete und in Apotheken abgegebene Arzneimittel für PatientInnen erhalten; damit ist eine weiterführende (elektronische) Prüfung auf potentielle Wechselwirkungen und Überdosierungen möglich
	Extramuraler Bereich	Ambulanter Versorgungsbereich außerhalb von bettenführenden Krankenanstalten (extramural = außerhalb der Mauern): selbstständige Ambulatorien (inklusive eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger), Gruppenpraxen, Einzelpraxen (ÄrztInnen oder zur freiberuflichen Tätigkeit berechnigte Angehörige anderer Gesundheitsberufe)
	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
HLS-EU	Health Literacy Survey der EU – Europäische Gesundheitskompetenz-Befragung	Internationales, von der EU gefördertes Forschungs- und Entwicklungsprojekt zum Thema Health Literacy/Gesundheitskompetenz; 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.
	Intramuraler Bereich	Stationärer und spitalsambulanter Versorgungsbereich 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
	Kurative Versorgung	Krankenversorgung zur Wiederherstellung der Gesundheit bzw. die Verhinderung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes (Heilbehandlung).
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung	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.
NTA	Null-Tages-Aufenthalt	Aufenthalte mit Belagstagen = 0 (d.h. keine Nächtigung in der KA)
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 FachexpertInnen desselben Fachbereichs und involvierter Fachbereiche zur Analyse der Ergebnisqualität; Form der externen Evaluation im Rahmen von A-IQI
PRÄOP	Qualitätsstandard zur integrierten Versorgung von erwachsenen PatientInnen für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen	Qualitätsstandard gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz; Kenntnisnahme und Beschluss zur österreichweiten Anwendung in der 19. Sitzung der Bundesgesundheitskommission am 25. November 2011
	Prävention	Vorbeugende Maßnahmen, Programme und Projekte, um ein unerwünschtes Ereignis oder eine unerwünschte Entwicklung zu vermeiden.
	Primärversorgungseinheit	Ein Zusammenschluss von mehreren ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und Diplomierten Pflegekräften sowie Angehörigen weiterer Gesundheitsberufe zu einer niederschweligen Versorgungsstruktur in der ambulanten Grundversorgung (= multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre Primärversorgung). Die Primärversorgungseinheit kann je nach regionalen Anforderungen als Primärversorgungs-Einrichtung an einem Standort oder als Primärversorgungs-Netzwerk an mehreren Standorten organisiert sein.

	Polypharmazie	Gleichzeitige Verordnung von mehreren Medikamenten für eine Person, wobei die dabei auftretenden Wechselwirkungen der Medikamente problematisch sein können
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit	Detailplanungen der Gesundheitsversorgung auf Landesebene auf Basis der Rahmenplanung des ÖSG
	Sachleistungsversorgung	Gesundheitsleistungen, welche den PatientInnen direkt zur Verfügung stehen und für welche diese bei Inanspruchnahme nicht in finanzielle Vorlage treten müssen.
SHA	System of Health Accounts	Eine Methode zur systematischen und international vergleichbaren Berechnung der Gesundheitsausgaben (OECD, Eurostat, WHO)
SUPRA	Suizidprävention Austria	Nationale Suizidpräventionsstrategie; eine Initiative des BMGF
	Tagesklinik-Aufenthalt	Stationärer Aufenthalt von PatientInnen, die Leistung(en) aus dem Katalog tagesklinisch abrechenbarer Leistungen gemäß LKF-Modell erhalten und am selben Tag aufgenommen und entlassen werden.
	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

Anlage 4.1 - Abkürzungsverzeichnis

ÄAVE	Ärztliche ambulante Versorgungseinheit
ABS	Arzneimittel-Bewilligungsservice
A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
AGES	Österreichische Agentur für Ernährungssicherheit
AM	Allgemeinmediziner/in
AOG	Ausgabenobergrenze
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
AUFEM	Qualitätsstandard Aufnahme und Entlassungsmanagement
BGK	Bundesgesundheitskommission
B-KUVG	Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BSVG	Bauern- Sozialversicherungsgesetz
BT	Belagstag
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
B-ZK	Bundeszielsteuerungskommission
CT	Computertomographie
d3mft	Decayed, Missing and Filled Teeth per child (Indikator zur Kariesprävalenz)
DGKP	Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitssystem
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EUnetHTA	European Network for Health Technology Assessment
FÄ	FachärztInnen
FKA	Fondskrankenanstalt
ft	filled teeth (Zähne mit Zahnfüllung)
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter
GKK	Gebietskrankenkasse
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSBG	Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz
GSVG	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz
G-ZG	Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz
Health CERT	Health Computer Emergency Response Team
HLS-EU	Health Literacy Survey der EU
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
HOS/PAL	Hospiz- und Palliativversorgung
HTA	Health Technology Assessment
HVB	Hauptverband der Sozialversicherungsträger
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
ICD-10	International Classification of Diseases; 10. Revision
IM	(FachärztInnen) Innere Medizin
IV	Integrierte Versorgung
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KHH	Krankenhaushäufigkeit
KRBV	Krankenanstalten Rechnungsabschluss-Berichtsverordnung
KV	Krankenversicherung

LEICON	Standardprodukt Leistungscontrolling (Gesundheitsökonomisches Controllinginstrument der SV)
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LM	Leistungsmatrix (LM-stat: Leistungsmatrix stationär; LM-amb: Leistungsmatrix ambulant)
MEL	Medizinische Einzelleistung
mHealth	Mobile Health
MR	Magnetresonanztomographie
NTA	Null-Tages-Aufenthalt
OF	Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens
ÖPGK	Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PFA	Pflegefachassistenz
PHC	Primary Health Care
pHealth	Personalised Health
PIM	Potentiell inadäquate Medikation
PRÄOP	Qualitätsstandard präoperative Diagnostik
PT	Pflegetag
PV	Primärversorgung
PVE	Primärversorgungseinheit
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SHA	System of Health Accounts
SUPRA	Suizidprävention Austria
SV	Sozialversicherung
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
TEWEB	Telefon- und webbasierter Erstkontakt- und Beratungsservice
TK	Tagesklinik
UKH	Unfallkrankenhaus
ÜRVP	Überregionale Versorgungsplanung
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VO	Verordnung
VWD	Verweildauer
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WHO	World Health Organization
ZS-G	Zielsteuerung-Gesundheit

Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene

Zielsteuerung-Gesundheit

für die Jahre 2017 bis 2021

Für den Bund

Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen

Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene

Zielsteuerung-Gesundheit

für die Jahre 2017 bis 2021

Für den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Der Vorsitzende des Verbandsvorstands

Die Vorsitzende der Trägerkonferenz

Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene

Zielsteuerung-Gesundheit

für die Jahre 2017 bis 2021

Für das Land Burgenland

Der Landeshauptmann

Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene

Zielsteuerung-Gesundheit

für die Jahre 2017 bis 2021

Für das Land Kärnten

Der Landeshauptmann

Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene

Zielsteuerung-Gesundheit

für die Jahre 2017 bis 2021

Für das Land Niederösterreich

Die Landeshauptfrau

Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene

Zielsteuerung-Gesundheit

für die Jahre 2017 bis 2021

Für das Land Oberösterreich

Der Landeshauptmann

Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene

Zielsteuerung-Gesundheit

für die Jahre 2017 bis 2021

Für das Land Salzburg

Der Landeshauptmann

Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene

Zielsteuerung-Gesundheit

für die Jahre 2017 bis 2021

Für das Land Steiermark

Der Landeshauptmann

Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene

Zielsteuerung-Gesundheit

für die Jahre 2017 bis 2021

Für das Land Tirol

Der Landeshauptmann

Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene

Zielsteuerung-Gesundheit

für die Jahre 2017 bis 2021

Für das Land Vorarlberg

Der Landeshauptmann

Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene

Zielsteuerung-Gesundheit

für die Jahre 2017 bis 2021

Für das Land Wien

Der Landeshauptmann