

**B e s c h l u s s**

des Burgenländischen Landtages vom ....., mit dem der Zielsteuerungsvertrag „Zielsteuerung-Gesundheit“ für die Jahre 2022 bis 2023, zur Kenntnis genommen wird.

Der Landtag hat beschlossen:

Der Zielsteuerungsvertrag „Zielsteuerung-Gesundheit“ für die Jahre 2022 bis 2023, wird gemäß Art. 81 Abs. 3 L-VG zur Kenntnis genommen.

# **Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene**

## **Zielsteuerung-Gesundheit**

abgeschlossen zwischen dem

Bund,  
vertreten durch den Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und  
Konsumentenschutz,  
Stubenring 1, 1010 Wien

dem

Dachverband der Sozialversicherungsträger  
für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung,  
vertreten durch den Vorsitzenden der Konferenz der Sozialversicherungsträger  
und den Büroleiter des Dachverbands der Sozialversicherungsträger,  
im Folgenden Dachverband genannt,  
Kundmanngasse 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 Dachverband 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. Wesentlich ist, dass dafür qualifiziertes Personal in angemessenem Umfang zur Verfügung steht. Die interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheits- und Sozialberufe ist weiter voranzutreiben. 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 frühestmöglichen Zeitpunkt der größtmögliche Stellenwert eingeräumt.

(5) Psychische Gesundheit wird in gleicher Weise wie körperliche Gesundheit gefördert und durch bedarfsgerechte und vernetzte psychosoziale Angebote in allen Versorgungsbereichen gestärkt.

(6) 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.

(7) Integrierte Versorgung – ein multiprofessioneller und interdisziplinärer Versorgungsansatz entlang evidenzbasierter Leitlinien und versorgungsorientierter Qualitätsstandards – wird forciert.

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

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

(10) 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) und weisen zahlreiche Bezüge zur Agenda 2030 für eine nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals (SDGs)) auf. 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. Mit diesen Maßnahmen wird ein wichtiger Beitrag zur Umsetzung der (gesundheitsbezogenen) Sustainable Development Goals in Österreich geleistet. 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**

(1) 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.

(2) Eine wesentliche Grundlage für die kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen und die dafür erforderliche Qualitätsmessung ist eine strukturierte und kodierte elektronische Diagnose- und Leistungsdokumentation im gesamten Gesundheitswesen (einschließlich des gesamten ambulanten Bereichs).

### **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. Darüber hinaus wird eine kollektive Bürger- und Patientenbeteiligung an Weiterentwicklungsprozessen im Gesundheitswesen angestrebt, um die Interessen und Bedarfslagen der BürgerInnen einzubeziehen. 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. Psychische Gesundheit wird in relevanten Strategiepapieren durch eine Abstimmung der Angebote in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, stationäre, ambulante, rehabilitative Versorgung inkl. der dazu komplementären außerstationären Unterstützungsangebote im Bereich Wohnen und Arbeit berücksichtigt.

### **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.

### **3.10 Digitalisierung vorantreiben**

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens verbreitert die Entscheidungsgrundlagen durch eine raschere Verfügbarkeit gesundheitsbezogener Informationen und kann damit dazu beitragen, die Qualität der Versorgung anzuheben. Der Einsatz von Technologien ermöglicht den Betroffenen einen einfacheren und verbesserten Zugang zu medizinischen Leistungen. So können etwa mit telemedizinischen Services neue Versorgungswege erschlossen werden. Patientinnen und Patienten werden intensiver in das Versorgungsgeschehen einbezogen, ihre Gesundheitskompetenz wird gefördert. Die Digitalisierung bietet somit ein großes Potenzial für Modernisierungen und Verbesserungen im Gesundheitswesen.

### **3.11 Verfügbarkeit von aktuellen und essentiellen Gesundheitsdaten in Krisensituationen**

Zur Bewältigung von Krisensituationen sind aktuelle Daten aus dem Gesundheitswesen zur präventiven und kurativen Versorgung essentiell. Deren Verfügbarkeit und Bereitstellung über einen definierten elektronischen Meldeweg an die relevanten Landes- und Bundesbehörden sowie die Sozialversicherung unter Wahrung sämtlicher datenschutzrechtlicher Bestimmungen für u.a. Prognosen, Maßnahmen und Sicherstellung ausreichender Kapazitäten wird gewährleistet.

## **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
<b>Bessere Versorgung</b>	<b>S1: Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes</b>	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.*

<b>Maßnahmen</b>		<b>Zeitplan</b>
Bundesebene	1: Weiterentwicklung der ÜRVVP inkl. Sicherstellung der Finanzierung	Dezember 2023
	2: Vorgabe von bundesweiten Empfehlungen zur Finanzierung zusätzlicher Strukturen für HOS/PAL nach Maßgabe der entsprechenden gesetzlichen Grundlagen auf Basis der Analyse zum aktuellen Stand	Juni 2022
Landesebene	1: 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 2022

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

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Prüfung und gegebenenfalls Adaptierung der für den Auf- und Ausbau der PVE erforderlichen rechtlichen Grundlagen (PrimVG etc.), einschließlich der Festlegung von bundesweit einheitlichen Rahmenbedingungen in Bezug auf Vertrags- und Honorierungssysteme	Juni 2022
	2: Erstellung eines Statusberichts über die Umsetzung von PVE gemäß PrimVG inkl. bereits vorliegende Evaluierungsergebnisse	Dezember 2022
	3: Strukturierte Unterstützung bei der Information zur Primärversorgung und bei der Gründung von Primärversorgungseinheiten (z.B. Services zur Gründung, finanzielle Förderungsmöglichkeiten, Rahmenbedingungen)	laufend
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 2022
	2: Umsetzung und Fortsetzung der Umsetzung der im RSG definierten PVE (Invertragnahme und Evaluierung)	laufend
	3: Einbindung der Stakeholder und begleitende Information zu PVE für die Bevölkerung und GDA auf regionaler Ebene	laufend

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

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

<b>Maßnahmen</b>		<b>Zeitplan</b>
Bundesebene	1: Strukturierte Unterstützung auf Bundesebene bei der Erstellung und Umsetzung von Versorgungsaufträgen	laufend
	2: Erarbeitung von Rahmenbedingungen für Modell- und Pilotprojekte in der ambulanten Fachversorgung auf regionaler Ebene	Dezember 2022
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 2023
	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 2023

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

<b>Messgrößen und Zielwerte</b>	<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>
---------------------------------	---

<b>Maßnahmen</b>		<b>Zeitplan</b>
Bundesebene	1: Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen in Bezug auf Grundlage der Regelungen im ÖSG (z.B. KAKuG)	laufend
	2: Entwicklung von Vorschlägen für die zukünftige Vorgehensweise beim Thema Langzeitbeatmung inkl. der dafür erforderlichen Rahmenbedingungen (finanziell, rechtlich etc.) (i.Z.m. op. Ziel 6)	Dezember 2023
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"> <li>• Forcierung der ambulanten und tagesklinischen Leistungserbringung,</li> <li>• Bündelung komplexer Leistungen und weitgehende Überwindung kleinteiliger Organisationsformen und</li> <li>• Umsetzung der gemeinsam vereinbarten ÜRV</li> </ul>	Dezember 2023
	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 2023

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**

- (7) Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen AM/FÄ  
*Keine Zielvorgabe (Beobachtungswert)*
- (8) Ärztliche Versorgungsdichte  
*Keine Zielvorgabe (Beobachtungswert)*
- (9) Relation DGKP und PFA zu ÄrztInnen in FKA („Nurse to Physician Ratio“)  
*Keine Zielvorgabe (Beobachtungswert)*

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Weiterentwicklung des Analysewesens (IT-Tool) als gemeinsame Grundlage für die Planung der Personalressourcen im jeweiligen Zuständigkeitsbereich mit dem Ziel der Bedarfsdeckung mit adäquat ausgebildetem Gesundheitspersonal	Dezember 2023
	2: Analyse der Einflussfaktoren (inkl. Arbeitszufriedenheit) auf die Attraktivität der Berufsfelder Allgemeinmedizin, Pflege und allfällig weiterer Gesundheitsberufe und Ableitung entsprechender Maßnahmen	Dezember 2023
	3: Evaluierung und Weiterentwicklung des Maßnahmenkatalogs zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin	Dezember 2022
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	laufend

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*

<b>Maßnahmen</b>		<b>Zeitplan</b>
Bundesebene	1: Weiterentwicklung des bestehenden und Entwicklung eines neuen Vertragswesens und von Honorierungssystemen auf Grundlage der Versorgungsaufträge für Primärversorgung und ambulante Fachversorgung	Dezember 2022
Landesebene	1: Umsetzung der bundesweiten Rahmenbedingungen (Vertragswesen und Honorierung) bei der Invertragnahme von Leistungserbringern	Dezember 2023 (laufend)

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

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

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Optimierung des Angebotes, der Akzeptanz und der Abwicklung von Kinder- und Jugendimpfungen unter Nutzung eines e-Impfpasses	Dezember 2023
	2: Schaffung der Voraussetzungen zur nachhaltigen Verankerung und Finanzierung von Frühen Hilfen in Österreich	Dezember 2022
	3: Erstellung und Umsetzung eines Konzepts zur Attraktivierung der Mangelberufe in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Problemen	Dezember 2023
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 2023

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

<b>Messgrößen und Zielwerte</b>	<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: Ausbau der IKT-Sicherheitskompetenz im Gesundheitswesen („Austrian HealthCERT“)	Dezember 2023
	2: Weiterentwicklung der ELGA-Infrastruktur insbesondere Modernisierung und Neuregelung des Betriebs der zentralen Komponenten und Schaffung der Strukturen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung	Dezember 2023
	3: Weiterführung des Rollouts von ELGA und Erweiterung um neue e-Befunde, Umsetzung des Gesamtkonzepts elmpfpass und von grenzüberschreitenden Gesundheitsservices	Dezember 2023
	4: Evaluierung des Betriebs der Gesundheitsberatung 1450 (TEWEB) und Weiterentwicklung	Dezember 2021 danach Weiterentwicklung
Landesebene	1: Umsetzung der auf Bundesebene gemeinsam vereinbarten Maßnahmen im Bereich IKT-Sicherheitskompetenz	Dezember 2023
	2: Mitwirkung beim Rollout und bei der Weiterentwicklung von ELGA	Dezember 2023
	3: Betrieb und Mitwirkung bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsberatung 1450	Dezember 2023
	4: Umsetzung und Mitwirkung bei der Weiterentwicklung gemeinsam vereinbarter e-Health-Vorhaben	Dezember 2023

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

Operatives Ziel 6 Verbesserung der integrierten Versorgung	
<b>Messgrößen und Zielwerte</b>	(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 des bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards für integrierte Versorgung	Dezember 2023
	2: Erarbeitung eines Qualitätsstandards für Wundmanagement, Prüfung bereits vorliegender Rahmenkonzepte und Erarbeitung einer Empfehlung für die zukünftige Vorgehensweise beim Thema Integrierte Versorgung Herzinsuffizienz	Dezember 2023
	3: Entwicklung von Vorschlägen für die zukünftige Vorgehensweisen beim Thema Pränataldiagnostik basierend auf einem aktuellen HTA	Dezember 2023
	4: Konzeptionierung einer „Technologieplattform“ für diverse Themen im Rahmen der Integrierten Versorgung (am Beispiel von Diabetes mellitus Typ 2 und Vorsorge-Koloskopie) (i.Z.m. FG E-Health)	Dezember 2022
	5: Bundesweite Umsetzung der Technologieplattform	Dezember 2023
Landesebene	1: Umsetzung des bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards für Schlaganfall bei entsprechenden Arbeiten auf Landesebene	Dezember 2023

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  
Zielvorgabe: ↑

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Abhalten einer zweiten „Einkäuferkonferenz zur Optimierung der Arzneimittelbeschaffung und -bewirtschaftung“ im Bedarfsfall und Teilnahme an internationalen Aktivitäten im Bereich der Medikamentenversorgung	Dezember 2023
	2: Schaffung von rechtlichen Grundlagen für die Beschaffung, Lagerung und der Abgabe von Medikamenten in Wohn- und Pflegeheimen	Dezember 2022
	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 2023
	4: Schaffung der Rahmenbedingungen für die Ermöglichung der Wirkstoffverschreibung	Dezember 2022
	5: 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 2023
Landesebene	1: Analyse und Weiterentwicklung des Verschreibungsverhaltens bei Spitalsentlassungen und Ambulanzbesuchen mit dem Ziel einer Einhaltung der Richtlinien ökonomischer Verschreibung	Dezember 2023
	2: Analyse und Weiterentwicklung des ABS-Einsatzes in Krankenanstalten (Arzneimittel-Bewilligungsservice) mit dem Ziel eines weitgehenden Einsatzes	Dezember 2023
	3: Schaffung von rechtlichen Grundlagen für die Beschaffung, Lagerung und der Abgabe von Medikamenten in Wohn- und Pflegeheimen	Dezember 2023

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*

<b>Maßnahmen</b>		<b>Zeitplan</b>
Bundesebene	1: Anpassung und Weiterentwicklung des Konzeptes und der Methode „Qualitätsmessung im gesamten ambulanten Bereich“ (inkl. Berichtswesen)	Dezember 2023
	2: Schrittweises Ausrollen der sektorenübergreifenden Qualitätsmessung im gesamten ambulanten Bereich und Aufbau eines kontinuierlichen Berichtswesens einschließlich Veröffentlichung der Ergebnisse in geeigneter Form	Dezember 2023
	3: Aufbauend auf Ergebnissen der bisherigen und weiterer Pilotprojekte organisatorische und rechtliche Vorbereitung und Einführung der sektorenübergreifenden codierten Diagnosendokumentation zeitgleich im gesamten ambulanten Bereich	Dezember 2023
	4: Durchführung der sektorenübergreifenden Patientenbefragung	Dezember 2022
Landesebene	1: Ausrollen der Qualitätsmessung insbesondere für Diabetes Mellitus Typ 2 im gesamten ambulanten Bereich auf Landesebene (insbesondere Unterstützung der Qualitätszirkel, Informationsarbeit etc.)	Dezember 2023

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

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

<b>Maßnahmen</b>		<b>Zeitplan</b>
Bundesebene	1: Ableitung von Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen und Erarbeitung von Vorschlägen zur zeitnahen Umsetzung dieser Maßnahmen	Juni 2022
	2: Ableitung von Maßnahmen zur Stärkung der Sachleistungsversorgung auf Grundlage der erfolgten Analysen von Wechselwirkungen zwischen vertrags-, wahlärztlichem Bereich und Spitalsbereich und Erarbeitung von Vorschlägen zur zeitnahen Umsetzung dieser Maßnahmen	Juni 2022
	3: Vorbereitung von Entscheidungsgrundlagen zur Etablierung eines sektorenübergreifenden Öffnungszeiten- und Wartezeiten-Monitorings	Juni 2022
	4: Entwicklung von Umsetzungs- und Finanzierungsmodellen für eine bedarfsgerechte, niederschwellig zugängliche psychotherapeutische Versorgung in Österreich aufbauend auf dem seitens der SV-Träger und des DSVS erstellten Konzepts für den Ausbau kostenloser Therapieeinheiten österreichweit um ein Viertel	Dezember 2022
Landesebene	1: Umsetzung identifizierter Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs sowie zur Stärkung der Sachleistungsversorgung	Dezember 2023
	2: Umsetzung von Terminmanagementsystemen insb. für CT/MR und elektive Eingriffe bei den Anbietern aufbauend auf den Ergebnissen des Wartezeiten-Monitorings	Dezember 2023
	3: Umsetzung von vereinbarten sachleistungssteigernden Maßnahmen in der psychosozialen Versorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>• sowohl im Rahmen der bestehenden Systeme der Sachleistungsversorgung</li> <li>• als auch im Bereich Mental Health Kinder-/Jugendgesundheit im Rahmen multiprofessioneller Versorgungsstrukturen</li> </ul>	Dezember 2023

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 2: Förderung individueller und organisationaler Gesundheitskompetenz auch für vulnerable Gruppen durch entsprechende Maßnahmen (u.a. laufender Ausbau des Gesundheitsportals <a href="http://www.gesundheit.gv.at">www.gesundheit.gv.at</a> , Verbesserung der Gesprächsqualität, Umsetzung von geeigneten „Standards für gute schriftliche Gesundheitsinformation“) 3: Vorbereitung einer Erhebung im internationalen Kontext und Analyse der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und ggf. Integration ausgewählter Bestandteile in bestehende Befragungen	laufend  Dezember 2023
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

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

<b>Maßnahmen</b>		<b>Zeitplan</b>
Bundesebene	1: Umsetzung und ggf. Adaptierung der vereinbarten Gesundheitsförderungsstrategie	laufend
Landesebene	1: Umsetzung der auf Bundesebene 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 2022 bis 2023 maßgeblichen zielsteuerungsrelevanten Ausgabenobergrenzen dargestellt und somit wird auch die Kontinuität zum Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 sichergestellt. Die Ermittlung der Ausgabenobergrenzen für die Periode 2022 bis 2023 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**

#### **Präambel: Umstrukturierung aufgrund der Organisationsreform des österreichischen Sozialversicherungssystems ab 2020**

Die Organisationsreform des österreichischen Sozialversicherungssystems und der damit festgelegten strukturellen Veränderungen (SV OG 2018) bewirkt, dass die Krankenversicherungsträger ab 2020 gemäß ihrer neuen Struktur abgebildet werden. Die bisherigen Gebietskrankenkassen werden als Landesstellen der ÖGK dargestellt. Folgende Details der Umstrukturierung sind zu beachten:

- » Die Landesstelle ÖGK ST beinhaltet die ehemaligen Betriebskrankenkassen BKK Voest Alpine Bahnsysteme, BKK Kapfenberg und BKK Zeltweg.
- » Die Landesstelle ÖGK NÖ beinhaltet die ehemalige BKK Mondi.
- » Die BVAEB setzt sich nicht nur aus ehemals BVA und VAEB zusammen, sondern beinhaltet zusätzlich noch Teile der ehemaligen BKK Wiener Verkehrsbetriebe.
- » Die SVS setzt sich aus ehemals SVA und SVB zusammen.

Die Umstrukturierung machte eine neue Aufteilung der Ausgabenobergrenzen (AOG) innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich (siehe Teil E – Anlagen).

### **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 2016 bis 2019 ergeben sich folgende Werte:

Investitionen in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten nach Bundesländern in Euro, 2016 bis 2019

	2016	2017	2018	2019
Burgenland	11.009.218	10.721.400	17.721.145	18.050.435
Kärnten	35.552.270	45.763.555	53.420.988	96.677.172
Niederösterreich	52.107.624	70.899.549	77.689.899	49.503.797
Oberösterreich	83.152.216	79.286.412	83.078.464	111.445.245
Salzburg	44.264.729	75.372.622	80.005.371	60.724.448
Steiermark	153.811.898	151.878.101	114.092.204	121.801.016
Tirol	55.508.662	66.536.889	79.097.589	119.102.721
Vorarlberg	40.384.850	45.043.874	37.797.976	47.075.527
Wien*	244.459.990	171.122.723	196.478.196	428.253.859
<b>GESAMT</b>	<b>720.251.457</b>	<b>716.625.125</b>	<b>739.381.832</b>	<b>1.052.634.220</b>

\* inkl. Aufwendungen für das Therapiezentrum Ybbs

Quelle: KRBV/Quellen- und Verwendungsanalyse

Investitionen in den Gesundheitseinrichtungen der Sozialversicherung in Euro, 2016 bis 2019

	2016	2017	2018	2019
Burgenland	11.836.974	14.525.099	926.224	3.079.364
Kärnten	720.895	1.216.987	1.307.128	1.073.131
Niederösterreich	3.797.734	22.786.443	3.332.209	6.184.346
Oberösterreich	34.352.403	8.264.705	16.356.269	14.450.339
Salzburg	26.737.655	4.496.927	2.863.009	4.459.944
Steiermark	9.703.723	6.073.380	11.060.096	40.058.721
Tirol	408.289	8.720.704	356.545	637.001
Vorarlberg	480.036	153.057	230.945	217.762
Wien	9.098.221	7.142.681	5.024.698	6.790.646
<b>GESAMT</b>	<b>97.135.930</b>	<b>73.379.981</b>	<b>41.457.122</b>	<b>76.951.255</b>

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

- 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 2016 bis 2019 folgende Werte:

Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung, Unfallversicherung, der Krankenfürsorgeanstalten und des Bundes in Mio. Euro, 2016 bis 2019

	2016	2017	2018	2019*
Pensionsversicherung	980	1.007	1.058	1.098
Unfallversicherung	407	418	416	423
Krankenfürsorgeanstalten	515	531	546	567
Bund	1.982	2.063	2.123	2.206

\* Werte 2019: Die aktuell verfügbaren (Stand: Februar 2021) 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.

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 die Jahre 2016 bis 2019 ergeben sich dabei folgende Werte:

Aufwand Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche der Sozialversicherungsträger, 2016 bis 2019

	2016	2017	2018	2019
<b>KV Insgesamt</b>	<b>77.275.442</b>	<b>78.773.333</b>	<b>83.322.057</b>	<b>89.105.235</b>
GKK Wien	13.801.328	16.771.894	17.523.572	19.155.706
GKK	9.944.172	9.934.810	10.050.193	10.122.167
GKK Burgenland	1.969.929	1.188.096	1.133.199	1.085.297
GKK Oberösterreich	10.625.887	10.728.677	12.648.534	11.511.168
GKK Steiermark	8.811.183	9.518.305	8.207.319	8.318.337
GKK Kärnten	4.134.079	3.947.917	3.577.549	3.544.147
GKK Salzburg	4.161.978	2.883.037	3.815.263	4.377.380
GKK Tirol	5.867.226	6.099.024	5.505.258	6.279.147
GKK Vorarlberg	3.864.573	3.000.936	4.714.256	5.493.920
Alle	312.141	458.707	461.376	514.549
VAEB	1.301.395	1.513.082	1.068.304	1.508.426
VA öff. Bediensteter	6.735.342	6.590.661	7.662.533	9.261.146
SVA d. gew.	3.996.765	4.454.942	5.097.603	5.880.744
SVA d. Bauern	1.749.443	1.683.244	1.857.098	2.053.102

Quelle: Erfolgsrechnung der Sozialversicherungsträger, 2016 bis 2019

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 Leistungsverschiebungen 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 Leistungsverschiebungen, 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, Plattform zur psychosozialen Unterstützung für Menschen mit Migrationshintergrund, 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.

## **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 Aktualisierungen der Messwerte und deren Publikation (in Form von Berichten oder Fact Sheets) durchgeführt. Des Weiteren wird das Indikatorenset (insbesondere für Indikatoren, die bis 2021 noch nicht berechnet werden konnten) vor dem Hintergrund der Entwicklungen in den letzten Jahren und in Abstimmung mit den Zielsteuerungspartnern weiterentwickelt.

## **10.3 Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)**

Die in Art. 12 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens angestrebte Neuorganisation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) hat auf der Basis der Erfahrungen des Covid-19 Pandemiemanagements höchste Priorität. Kernelemente sind neben einer Aktualisierung des Aufgabenkataloges die Schaffung von modernen und zeitgemäßen rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie die Attraktivierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bzw. des Berufsfeldes Öffentlicher Gesundheitsdienst für ÄrztInnen und weitere Gesundheitsberufe. Dazu wird ein gemeinsames Projekt des Bundes und der Länder unter Einbeziehung des Gemeinde- und Städtebundes und eines Vertreters/einer Vertreterin der Sozialversicherung mit der Zielsetzung eingerichtet, auf der Basis der bereits vorliegenden Arbeiten bis Mitte 2022 ein umfassendes Konzept zu erstellen. Die Gesundheit Österreich GmbH soll federführend mit dem Projektprozess beauftragt werden. Die notwendigen Arbeits- und Aufgabenpakete sind in einer Projektstruktur mit klaren Zuständigkeiten und einem Zeitplan zu organisieren, und daraus einen konkreten Maßnahmenplan zu entwickeln, der auch die erforderlichen rechtlichen und organisatorischen Reformen umfasst.

## **10.4 Arbeiten im Bereich Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT)**

Die Entwicklung innovativer Technologien sowie die Rechtsentwicklung auf europäischer Ebene, insbesondere in Bezug auf die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung und die Primär- bzw. Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten, sind laufend zu beobachten und zwecks Nutzbarmachung für das österreichische Gesundheitswesen zu bewerten. E-Health-Projekte sind laufend auf Einhaltung der strategischen Rahmenbedingungen zu überprüfen und erforderlichenfalls anzupassen. Zur

Verbesserung des Zuganges der Bevölkerung zum Gesundheitswesen bzw. zu ihren eigenen Gesundheitsdaten sind systematisch aufbereitete Informationen über die im öffentlichen Bereich angebotenen elektronischen Gesundheitsservices (u.a. über [gesundheit.gv.at](http://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 und Disability Management**

(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](http://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 regelmäßige 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 (z.B. Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene, Aufnahme und Entlassungsmanagement, Integrierte Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen, Integrierte Versorgung Schlaganfall, Patient Blood Management, Qualitätsstandard Unspezifischer Rückenschmerz) werden aktualisiert, bereits in Entwicklung befindliche Qualitätsstandards (Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2, Vorsorge-Koloskopie, Antiinfektiva-Anwendung in Krankenanstalten) werden fertiggestellt und es werden allenfalls weitere Themen (z.B. Wundmanagement und Herzinsuffizienz) priorisiert und bearbeitet. 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) In allen Sektoren des Gesundheitswesens ist ein „Disability Management“ als multiprofessionelle Versorgung zu etablieren. Damit wird über alle Fachgebiete hinweg sichergestellt, dass es keine Komplikation bei Interaktion zwischen der Akutsituation und chronischen Grunderkrankungen/Behinderungen gibt. Dadurch soll für Menschen aller Altersgruppen und in allen Sektoren des Gesundheitswesens die Behandlung zielgruppenspezifisch verbessert werden, insbesondere an den Schnittstellen zur Langzeitpflege.

### **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, Grundlagen für Versorgungsaufträge und Qualitätskriterien für integrierte Versorgung, Weiterentwicklung der ÜRV, Aktualisierung der ÖSG- und RSG-Inhalte, laufendes ÖSG- und RSG-Monitoring) durchgeführt. Des Weiteren werden laufend im Bedarfsfall die erforderlichen Schritte zum Erlass der Planungsverordnungen (Verordnungen gemäß § 23 G-ZG) durch die Gesundheitsplanungs GmbH durchgeführt.

(2) Zur Förderung der integrierten Versorgung sind alle Angebote der Akut-Versorgung und der Rehabilitation aufeinander abgestimmt zur Verfügung zu stellen und dafür die Planungsgrundlagen zu schaffen. Dabei sind auch die Angebote des zum Gesundheitswesen komplementären Sozialbereichs miteinzubeziehen. In der Psychosozialen Versorgung sind auch die außerstationären Unterstützungsangebote in den Bereichen Wohnen und Arbeit zu berücksichtigen.

(3) 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) Um eine den aktuellen Gegebenheiten angepasste Abgeltung der Leistungserbringung im stationären und spitalsambulanten Bereich sicher zu stellen, erfolgt eine umfassende Nachkalkulation für das LKF-Bepunktungsmodell. Weiters wird das LKF-Modell hinsichtlich der Anreizwirkungen nachgeschärft.

### **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. Eine Diagnose- und Leistungsdokumentation wird in allen Bereichen des Gesundheitswesens umgesetzt (siehe auch op. Ziel 8 Maßnahme 4).

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

### **10.11 Gesundheitsberufe**

Ausgehend von den berufsrechtlichen Kompetenzen sollen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit geschaffen 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 2023.

(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	2022	2023
<b>§ 17 Abs. 1 Z 1</b>	<b>Öffentl. GA ohne Langzeitpflege</b>								
lit a	jährliche Ausgabenobergrenzen	25.563	26.483	27.410	28.342	29.277	30.214	31.181	32.179
lit b	jährlicher Ausgabenzuwachs in Prozent		3,6%	3,5%	3,4%	3,3%	3,2%	3,2%	3,2%

#### Anlage 1.2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben für Länder und gesetzliche Krankenversicherung

		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>§ 17 Abs. 1 Z 3 lit. a</b>	<b>Zielsteuerungsrelevante öffentl. GA für Länder</b>								
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	14.112,00	14.564,00
lit a	jährliche Ergänzung gem. Art. 17 Abs. 2 Z 6	59,60	61,75	63,91	66,08	68,26	70,45	72,70	75,03
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	14.184,70	14.639,03
lit b	jährlicher Ausgabenzuwachs in Prozent		3,6%	3,5%	3,4%	3,3%	3,2%	3,2%	3,2%

		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>§ 17 Abs. 1 Z 3 lit. b</b>	<b>Zielsteuerungsrelevante öffentl. GA für gesetzliche KV</b>								
lit a	jährliche Ausgabenobergrenzen	10.274,00	10.644,00	11.016,00	11.391,00	11.767,00	12.143,00	12.532,00	12.933,00
lit b	jährlicher Ausgabenzuwachs in Prozent		3,6%	3,5%	3,4%	3,3%	3,2%	3,2%	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		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
		<b>Ausgabenobergrenzen</b>	<b>Länder gesamt</b>	<b>11.569,00</b>	<b>12.046,75</b>	<b>12.468,91</b>	<b>12.893,08</b>	<b>13.318,26</b>	<b>13.744,45</b>
	Burgenland	276,30	286,23	296,26	306,34	316,44	326,57	337,03	347,82
	Kärnten	775,33	803,20	831,35	854,63	882,98	911,40	940,59	970,72
	Niederösterreich	1.873,15	1.940,50	2.008,50	2.076,83	2.145,32	2.213,97	2.284,88	2.358,07
	Oberösterreich	1.954,91	2.025,20	2.096,17	2.157,48	2.228,96	2.300,61	2.374,30	2.450,34
	Salzburg	730,34	766,60	798,12	834,76	861,46	888,23	916,68	946,04
	Steiermark	1.555,83	1.601,78	1.653,26	1.715,01	1.771,90	1.828,92	1.887,50	1.947,96
	Tirol	858,06	920,82	953,09	985,52	1.018,01	1.050,59	1.084,24	1.118,97
	Vorarlberg	447,34	493,26	510,55	527,91	545,32	562,77	580,80	599,40
	Wien	3.097,76	3.209,15	3.321,61	3.434,60	3.547,87	3.661,40	3.778,68	3.899,70

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		2020	2021	2022	2023
		<b>Ausgabenobergrenzen</b>	<b>gesetzliche KV gesamt</b>	<b>11.767,00</b>	<b>12.143,00</b>
	SVS	1.215,45	1.254,29	1.294,48	1.335,89
	BVAEB	1.650,75	1.703,50	1.758,07	1.814,32
	ÖGK	8.900,80	9.185,21	9.479,45	9.782,79
	ÖGK - B	275,49	284,29	293,40	302,79
	ÖGK - K	554,23	571,94	590,27	609,15
	ÖGK - NÖ	1.604,53	1.655,81	1.708,85	1.763,53
	ÖGK - OÖ	1.413,74	1.458,91	1.505,65	1.553,83
	ÖGK - S	537,39	554,56	572,32	590,64
	ÖGK - ST	1.177,71	1.215,34	1.254,27	1.294,41
	ÖGK - T	710,37	733,07	756,55	780,76
	ÖGK - V	387,75	400,14	412,95	426,17
	ÖGK - W	2.239,59	2.311,15	2.385,19	2.461,51

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. 12 3 lit. c										
		Österreich	BGLD	KTN	NÖ	OÖ	SBG	STMK	TIROL	VBG	WIEN	
Ausgabenobergrenzen	2020	ÖGK	8.900,80	275,49	554,23	1.604,53	1.413,74	537,39	1.177,71	710,37	387,75	2.239,59
		Sonderversicherungsträger	2.866,20	110,84	228,60	630,80	350,29	188,53	521,36	243,80	85,65	506,33
		<b>Summe</b>	<b>11.767,00</b>	<b>386,33</b>	<b>782,83</b>	<b>2.235,33</b>	<b>1.764,03</b>	<b>725,92</b>	<b>1.699,07</b>	<b>954,17</b>	<b>473,40</b>	<b>2.745,92</b>
	2021	ÖGK	9.185,21	284,29	571,94	1.655,81	1.458,91	554,56	1.215,34	733,07	400,14	2.311,15
		Sonderversicherungsträger	2.957,79	114,38	235,90	650,96	361,49	194,55	538,02	251,59	88,39	522,51
		<b>Summe</b>	<b>12.143,00</b>	<b>398,67</b>	<b>807,84</b>	<b>2.306,77</b>	<b>1.820,40</b>	<b>749,11</b>	<b>1.753,36</b>	<b>984,66</b>	<b>488,53</b>	<b>2.833,66</b>
	2022	ÖGK	9.479,45	293,40	590,27	1.708,85	1.505,65	572,32	1.254,27	756,55	412,95	2.385,19
		Sonderversicherungsträger	3.052,55	118,04	243,46	671,82	373,07	200,78	555,26	259,65	91,22	539,25
		<b>Summe</b>	<b>12.532,00</b>	<b>411,44</b>	<b>833,73</b>	<b>2.380,67</b>	<b>1.878,72</b>	<b>773,10</b>	<b>1.809,53</b>	<b>1.016,20</b>	<b>504,17</b>	<b>2.924,44</b>
	2023	ÖGK	9.782,79	302,79	609,15	1.763,53	1.553,83	590,64	1.294,41	780,76	426,17	2.461,51
		Sonderversicherungsträger	3.150,21	121,82	251,25	693,31	385,00	207,21	573,02	267,96	94,14	556,50
		<b>Summe</b>	<b>12.933,00</b>	<b>424,61</b>	<b>860,40</b>	<b>2.456,84</b>	<b>1.938,83</b>	<b>797,85</b>	<b>1.867,43</b>	<b>1.048,72</b>	<b>520,31</b>	<b>3.018,01</b>

Anlage 1.6 Bundesländerweise Zusammenführung der Ausgabenobergrenzen der gesetzl. KV

§ 17 Abs. 1 Z 3 lit. c Bundesländerweise Zusammenführung der Ausgabenobergrenzen der gesetzl. KV		2020	2021	2022	2023
<b>Ausgabenobergrenzen</b>	<b>gesetzliche KV gesamt</b>	<b>11.767,00</b>	<b>12.143,00</b>	<b>12.532,00</b>	<b>12.933,00</b>
	Burgenland	386,33	398,67	411,44	424,61
	Kärnten	782,83	807,84	833,73	860,40
	Niederösterreich	2.235,33	2.306,77	2.380,67	2.456,84
	Oberösterreich	1.764,03	1.820,40	1.878,72	1.938,83
	Salzburg	725,92	749,11	773,10	797,85
	Steiermark	1.699,07	1.753,36	1.809,53	1.867,43
	Tirol	954,17	984,66	1.016,20	1.048,72
	Vorarlberg	473,40	488,53	504,17	520,31
	Wien	2.745,92	2.833,66	2.924,44	3.018,01

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			
		2020	2021	2022	2023
Ausgabenobergrenzen	<b>Länder und gesetzl. KV gesamt</b>	<b>25.085,26</b>	<b>25.887,45</b>	<b>26.716,70</b>	<b>27.572,03</b>
	Burgenland	702,77	725,24	748,47	772,43
	Kärnten	1.665,81	1.719,24	1.774,32	1.831,12
	Niederösterreich	4.380,65	4.520,74	4.665,55	4.814,91
	Oberösterreich	3.992,99	4.121,01	4.253,02	4.389,17
	Salzburg	1.587,38	1.637,34	1.689,78	1.743,89
	Steiermark	3.470,97	3.582,28	3.697,03	3.815,39
	Tirol	1.972,18	2.035,25	2.100,44	2.167,69
	Vorarlberg	1.018,72	1.051,30	1.084,97	1.119,71
	Wien	6.293,79	6.495,06	6.703,12	6.917,71

## 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

<b>Operatives Ziel</b>	1.1: Primärversorgungsmodelle auf- und ausbauen					
<b>Messgröße</b>	<b>(1) Umgesetzte PV-Einheiten</b>					
<b>Zielvorgabe</b>	75 PVE-Einheiten österreichweit					
<b>Definition</b>	Anzahl in Betrieb genommener PV-Einheiten gemäß Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG ZS-G					
<b>Berechnung</b>	Anzahl der Einrichtungen					
<b>Format</b>	Anzahl					
<b>Datengrundlage</b>	Meldung DVSV					
<b>Werte</b>			<b>2019</b>	<b>2020*</b>	<b>Zielwert 2021</b>	
	<b>Österreichweit 75 PV-Einheiten; Aufteilung auf die Bundesländer nach Bevölkerungsanzahl (nach Einwohnerzahl 2015)</b>	Burgenland		1	1	3
		Kärnten		-	-	5
		Niederösterreich		3	4	14
		Oberösterreich		4	5	13
		Salzburg		-	-	5
		Steiermark		5	10	11
		Tirol		-	-	6
		Vorarlberg		-	-	3
Wien			3	3	16	
* Die Werte für 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.						

<b>Operatives Ziel</b>	1.1: Primärversorgungsmodelle auf- und ausbauen	
<b>Messgröße</b>	<b>(2) In PV-Einheiten versorgte Bevölkerung</b>	
<b>Zielvorgabe</b>	↑	
<b>Definition</b>	Anteil der Bevölkerung mit mindestens einem Kontakt in einer multiprofessionellen und/oder interdisziplinären PV-Einheit in den letzten 12 Monaten	
<b>Berechnung</b>	$\frac{\text{Anzahl PatientInnen mit mindestens einem Kontakt in einer PVE im letzten Jahr}}{\text{Einwohnerzahl}}$	
<b>Format</b>	Rate; quellbezogen;	
<b>Datengrundlage</b>	Meldung DVSV (Abrechnungsdaten)	
<b>Werte</b>	1,9 % gemäß Monitoringbericht I/2021	

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

<b>Operatives Ziel</b>	1.3: Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen				
<b>Messgröße</b>	<b>(4) Krankenhaushäufigkeit in FKA</b>				
<b>Zielvorgabe</b>	Reduktion österreichweit um mindestens 2 % jährlich; Basisjahr 2015				
<b>Definition</b>	Stationäre Aufenthalte in Fondskrankenanstalten pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung				
<b>Berechnung</b>	$\frac{\text{Anzahl stationäre Aufenthalte in Fondskrankenanstalten}}{\text{Anzahl der Wohnbevölkerung der Region}} * 1000$ <p>Exkludiert sind: NTA; ausländische GastpatientInnen; Aufnahmeart „H“-halbstationär Keine Altersstandardisierung</p>				
<b>Format</b>	Rate; quellbezogen				
<b>Datengrundlage</b>	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten BMSGPK; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes zum Jahresanfang				
<b>Werte</b>		<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020*</b>	<b>Zielwert 2021</b>
	Burgenland	200,7	204,1	169,4	
	Kärnten	220,7	216,2	186,6	
	Niederösterreich	206,9	205,7	158,8	
	Oberösterreich	239,5	235,4	196,6	
	Salzburg	207,3	203,1	172,5	
	Steiermark	212,5	208,7	170,4	
	Tirol	213,0	210,2	180,9	
	Vorarlberg	195,7	189,7	164,7	
	Wien	171,5	170,0	141,1	
	<b>Österreich</b>	<b>206,3</b>	<b>203,6</b>	<b>168,1</b>	<b>191</b>
* Die Werte für 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.					

<b>Operatives Ziel</b>	1.3: Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen				
<b>Messgröße</b>	<b>(5) Belagstagedichte in FKA</b>				
<b>Zielvorgabe</b>	Reduktion österreichweit um mindestens 2 % jährlich; Basisjahr 2015				
<b>Definition</b>	Belagstage in FKA pro 1.000 Einwohner der Wohnbevölkerung				
<b>Berechnung</b>	$\frac{\text{Anzahl Belagstage in Fondskrankenanstalten}}{\text{Anzahl der Wohnbevölkerung der Region}} * 1000$ <p>Exkludiert sind: NTA, ausländische GastpatientInnen, Aufnahmeart „H“-halbstationär; Aufenthalte länger als 28 Belagstage eingeschlossen Keine Altersstandardisierung</p>				
<b>Format</b>	Rate; quellbezogen				
<b>Datengrundlage</b>	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten BMSGPK; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes zum Jahresanfang				
<b>Werte</b>		<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020*</b>	<b>Zielwert 2021</b>
	Burgenland	1.211,5	1.221,9	1.008,1	
	Kärnten	1.494,5	1.471,4	1.281,7	
	Niederösterreich	1.310,9	1.299,8	1.040,6	
	Oberösterreich	1.428,6	1.442,6	1.197,4	
	Salzburg	1.298,0	1.288,2	1.114,8	
	Steiermark	1.397,1	1.376,9	1.134,8	
	Tirol	1.288,0	1.276,2	1.128,2	
	Vorarlberg	1.216,9	1.203,5	1.059,7	
	Wien	1.243,8	1.227,2	1.050,9	
	<b>Österreich</b>	<b>1.329,8</b>	<b>1.320,2</b>	<b>1.109,3</b>	<b>1.252</b>
* Die Werte für 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren					

<b>Operatives Ziel</b>	1.3: Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen			
<b>Messgröße</b>	<b>(6) Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden</b>			
<b>Zielvorgabe</b>	↑ (siehe leistungsspezifische Zielwerte)			
<b>Definition</b>	Anteil tagesklinisch-stationär bzw. ambulant erbrachter ausgewählter Leistungen aus dem Tagesklinik-Katalog gemessen an der Gesamtzahl dieser Leistungen je definiertem Leistungsbündel in FKA in Aufenthalten 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.			
<b>Berechnung</b>	$\frac{\text{Anzahl tagesklinisch – stationär und ambulant erbrachte Leistungen je Leistungsbündel}}{\text{Gesamtzahl der Leistungen je Leistungsbündel}}$ <p>Exkludiert sind: Leistungen, die in Aufenthalten mit mehr als 4 Belagstagen erbracht wurden.  Inkludiert sind: Ambulant erbrachte Leistungen bei ambulanten Besuchen  Keine Altersstandardisierung;</p>			
<b>Format</b>	Prozent; zielbezogen			
<b>Datengrundlage</b>	Diagnosen- und Leistungsdokumentation, BMSGPK			
<b>Bündel</b>	<b>MEL</b>	<b>TK/amb. Anteil 2020**</b>	<b>Mindestwert</b>	<b>(internationaler) Benchmark</b>
Adenotomie/Paracentese	CB010, FA010	44,7 %	40 %	60 %
Curettage	JK030	57,6 %	50 %	70 %
Hernien OP*	LM080, LM090	6,5 %	15 %	40 %
Karpaltunnel OP	AJ070, AJ080	81,2 %	65 %	90 %
Knie Arthroskopie	NF020	36,4 %	30 %	80 %
Metallentfernung	LZ010, MZ010, NZ010	45,6 %	40 %	60 %
Varizen OP	EK030, EK035, EK040, EK050	40,6 %	30 %	60 %
Katarakt OP	BF010, BF020	91,7 %	70 %	90 %
Eingriffe Bewegungsapparat	MJ130, MZ020, NJ080, NZ020, NZ200, NZ210, NZ220	41,4 %	40 %	70 %
Eingriffe Haut mit Lappenplastik	HA010, QA020, QZ030, QZ540	57,0 %	40 %	70 %
sonst. Eingriffe Auge	BA010, BA020, BC010, BJ020, BJ030,	85,6 %	70 %	90 %
sonst. Eingriffe HNO	CB020, GB020	3,9 %	20 %	40 %
sonst. Eingriffe Urologie	JH010, JH020, JH040, JH120	56,5 %	60 %	90 %
sonst. Eingriffe Uterus	JK010, JK020, JK040	62,0 %	40 %	70 %
* Die Ursachen der im internationalen Vergleich sehr niedrigen tagesklinischen Rate von Hernien OP sind zu analysieren.				
** Die Werte für 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.				

<b>Operatives Ziel</b>	2: Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals (Skill-Mix, Nachwuchssicherung, demographische Entwicklung) sicherstellen						
<b>Messgröße</b>	<b>(7) Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen AM/FÄ</b>						
<b>Zielvorgabe</b>	Beobachtungswert						
<b>Definition</b>	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						
<b>Berechnung</b>	$\frac{\text{Anzahl der besetzten Ausbildungsstellen (AM)}}{\text{Anzahl der besetzten Ausbildungsstellen (FÄ)}} \cdot \frac{\text{Anzahl der genehmigten Ausbildungsstellen (AM)}}{\text{Anzahl der genehmigten Ausbildungsstellen (FÄ)}}$						
<b>Format</b>	Anzahl, zielbezogen						
<b>Datengrundlage</b>	Ärztammer, BMSGPK						
<b>Werte</b>	<b>Stellenart</b>	<b>besetzte Ausbildungsstellen</b>					<b>genehmigte Ausbildungsstellen</b>
		<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020*</b>	
	Basisausbildung	938	1.183	1.036	897	965	n.v.
	Allgemeinmedizin	1.435	1.237	1.120	1.006	1.098	n.v.
	Sonderfächer	5.122	5.259	5.640	5.633	5.760	n.v.
	Additivfach	718	665	587	588	571	n.v.
	<b>SUMME</b>	<b>8.213</b>	<b>8.344</b>	<b>8.383</b>	<b>8.124</b>	<b>8.394</b>	<b>n.v.</b>
* Die Werte für 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.							

<b>Operatives Ziel</b>	2: Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals (Skill-Mix, Nachwuchssicherung, demographische Entwicklung) sicherstellen									
<b>Messgröße</b>	<b>(8) Ärztliche Versorgungsdichte</b>									
<b>Zielvorgabe</b>	Beobachtungswert									
<b>Definition</b>	<p>Vertragsärztliche Versorgungsdichte im extramuralen Bereich: VertragsärztInnen (exkl. Zahnmedizin und technische Fächer), inkl. eigene Einrichtungen der SV - vertragsärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) je 100.000 Einwohner</p> <p>Vertragsärztliche Versorgungsdichte im extramuralen Bereich - Zahnmedizin: VertragszahnmedizinerInnen (inkl. KieferorthopädInnen) inkl. eigene Einrichtungen der SV - vertragsärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) je 100.000 Einwohner</p> <p>Ärztliche Versorgungsdichte im intramuralen Bereich: ÄrztInnen in Fonds-Krankenanstalten (VZÄ); AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen inkl. ÄrztInnen in Ausbildung je 100.000 Einwohner</p>									
<b>Berechnung</b>	$\text{Vertragsärztliche Versorgungsdichte} = \frac{\text{Anzahl vertragsärztl. ÄAVE AM und FÄ (exkl. Zahnmedizin und techn. Fächer)}}{\text{Einwohner}} * 100.000$ $\text{Vertragsärztliche Versorgungsdichte (Zahnmedizin)} = \frac{\text{Anzahl vertragsärztl. ÄAVE Zahnmedizin}}{\text{Einwohner}} * 100.000$ $\text{Ärztliche Versorgungsdichte in FKA} = \frac{\text{Anzahl ärztliche VZÄ in FKA}}{\text{Einwohner}} * 100.000$									
<b>Format</b>	Rate, zielbezogen									
<b>Datengrundlage</b>	KA Statistik (BMSGPK), Regiomed des DSVS, Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes zum Jahresanfang									
<b>Werte</b>		Extramural (exkl. Zahnmedizin und techn. Fächer)			Extramural Zahnmedizin			Intramural FKA		
	Standort-Region	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
	Burgenland	96,0	96,1	97,1	30,0	30,3	30,0	170,8	173,3	178,7
	Kärnten	80,6	80,9	80,9	34,4	34,4	34,1	204,9	211,6	211,4
	Niederösterreich	79,5	80,1	78,4	32,4	32,4	31,9	201,2	203,1	205,5
	Oberösterreich	75,6	75,2	74,6	36,8	37,4	36,7	210,9	210,4	211,0
	Salzburg	79,3	79,6	79,3	36,7	32,2	30,8	243,6	247,7	249,3
	Steiermark	84,2	83,1	82,0	34,9	34,6	34,1	229,5	232,7	231,6
	Tirol	82,3	82,5	82,1	36,2	35,3	33,4	275,2	279,9	281,5
	Vorarlberg	80,4	81,0	80,8	40,8	40,6	39,5	206,7	208,6	206,2
	Wien	88,9	89,1	91,0	35,2	34,8	35,0	310,3	309,8	314,0
<b>Österreich</b>	<b>82,4</b>	<b>82,4</b>	<b>82,2</b>	<b>35,1</b>	<b>34,7</b>	<b>34,1</b>	<b>238,5</b>	<b>240,5</b>	<b>242,1</b>	

<b>Operatives Ziel</b>	2: Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals (Skill-Mix, Nachwuchssicherung, demographische Entwicklung) sicherstellen					
<b>Messgröße</b>	<b>(9) Relation DGKP und PFA zu ÄrztInnen in FKA („Nurse to Physician Ratio“)</b>					
<b>Zielvorgabe</b>	Beobachtungswert					
<b>Definition</b>	Anteil DGKP und Pflegefachassistenz (VZÄ) zu ÄrztInnen (VZÄ) in Fonds-Krankenanstalten					
<b>Berechnung</b>	$\frac{\text{Anzahl DGKP + Pflegefachassistenz (PFA) in Fondskrankenanstalten (VZÄ)}}{\text{Anzahl ÄrztInnen in Fondskrankenanstalten (VZÄ)}}$					
<b>Format</b>	Rate					
<b>Datengrundlage</b>	KA Statistik (BMSGPK)					
<b>Werte</b>	<b>Standort-Region</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
	Burgenland	2,45	2,45	2,45	2,45	2,45
	Kärnten	2,42	2,34	2,34	2,29	2,34
	Niederösterreich	2,17	2,17	2,11	2,12	2,09
	Oberösterreich	2,54	2,50	2,52	2,52	2,51
	Salzburg	2,40	2,31	2,25	2,21	2,16
	Steiermark	2,00	2,07	2,06	2,03	2,04
	Tirol	2,11	2,10	2,07	2,05	2,04
	Vorarlberg	2,07	2,04	2,02	2,03	2,07
	Wien	1,93	1,91	1,88	1,85	1,84
<b>Österreich</b>	<b>2,16</b>	<b>2,14</b>	<b>2,12</b>	<b>2,10</b>	<b>2,09</b>	

<b>Operatives Ziel</b>	4: Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen			
<b>Messgröße</b>	<b>(10) Masern/Mumps/Röteln - Durchimpfungsrate Kinder</b>			
<b>Zielvorgabe</b>	↑			
<b>Definition</b>	Anteil der Kinder (in %), die im empfohlenen Zeitraum gegen Masern/Mumps/Röteln (3 Teilimpfungen; Alter: ab 10. Monat) geimpft wurden			
<b>Berechnung</b>	$\frac{\text{Gegen Masern/Mumps/Röteln (3 Teilimpfungen) geimpfte 2 Jährige}}{\text{Anzahl 2 Jährige}} * 100$			
<b>Format</b>	Prozent			
<b>Datengrundlage</b>	Erhebung - Voraussetzung dafür ist die zentrale und vollständige Datenerfassung, z.B. mittels e-Impfpass; bis e-Impfpassdaten verfügbar: Approximation laut Meldung BMSGPK; Periodizität der Erhebung noch zu klären			
<b>Werte</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
	Österreich (Zweijährige)	70,77		
	Österreich (Vierjährige) *	89	84	83,8
* aufgrund der besseren Datenverfügbarkeit wird die Durchimpfungsrate der Vierjährigen zusätzlich angeführt.				

<b>Operatives Ziel</b>	4: Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen		
<b>Messgröße</b>	<b>(11) Ambulante KJP-Angebote</b>		
<b>Zielvorgabe:</b>	↑		
<b>Definition</b>	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.		
<b>Berechnung</b>	<i>Anzahl der ambulanten KJP – Angebote (VZÄ)</i>		
<b>Format</b>	Anzahl		
<b>Datengrundlage</b>	Erhebung in den Bundesländern		
<b>Werte</b>	<b>2020 (VZÄ)*</b>		
	<b>Ambulatorien</b>	<b>ndgl. Bereich</b>	<b>Summe</b>
Burgenland	6,9	0	6,9
Kärnten	2,9	2	4,9
Niederösterreich	0,8	9	9,8
Oberösterreich	0,3	5	5,3
Salzburg	1,1	2	3,1
Steiermark	5,0	0	5,0
Tirol	0,0	4	4,0
Vorarlberg	0,0	3,5	3,5
Wien	9,3	6	15,3
<b>Österreich</b>	<b>26,2</b>	<b>31,5</b>	<b>57,7</b>
* Die Werte für 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.			

<b>Operatives Ziel</b>	5: Gezielter Einsatz von IKT zur Patientenversorgung, Systemsteuerung und Innovation		
<b>Messgröße</b>	<b>(12) Umsetzungsgrad ELGA</b>		
<b>Zielvorgabe</b>	↑		
<b>Definition</b>	Anzahl der Gesundheitsdienstanbieter, die ELGA implementiert haben (gemäß ELGA-Gesetz)		
<b>Berechnung</b>	<i>Gesundheitsdienstanbieter mit ELGA in Verwendung</i>		
<b>Format</b>	Anzahl		
<b>Datengrundlage</b>	Meldung ELGA GmbH		
<b>Werte</b>	<b>GDA</b>	<b>2020*</b>	
		<b>Anzahl</b>	<b>Anteil in %</b>
Krankenanstalten		140	53,44
Pflegeeinrichtungen		78	6,48
Ambulatorien, Institute		120	13,47
Apotheken		1.398	97,69
Ärztinnen / Ärzte		7.158	92,30
<b>Österreich</b>		<b>8.894</b>	<b>77,05</b>
* Die Werte für 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.			

<b>Operatives Ziel</b>	5: Gezielter Einsatz von IKT zur Patientenversorgung, Systemsteuerung und Innovation		
<b>Messgröße</b>	<b>(13) Polypharmazie Prävalenz</b>		
<b>Zielvorgabe:</b>	↓		
<b>Definition</b>	Über 70-jährige Anspruchsberechtigte mit mehr als 5 verschriebenen verschiedenen Wirkstoffen in zwei aufeinander folgenden Quartalen je 1.000 Anspruchsberechtigte		
<b>Berechnung</b>	$\frac{\text{Anspruchsberechtigte (70+) mit mehr als 5 verschiedenen Wirkstoffen}}{\text{Anspruchsberechtigte (70+) gesamt}} * 1000$ <p>Bezogen auf die letzten zwei aufeinanderfolgenden Quartale</p>		
<b>Format</b>	Rate; Quellbezogen		
<b>Datengrundlage</b>	Meldung DVSV		
<b>Werte</b>	<b>Polypharmazie Prävalenz 2020* (&gt; 5 Wirkstoffe)</b>	Burgenland	262
		Kärnten	195
		Niederösterreich	224
		Oberösterreich	169
		Salzburg	160
		Steiermark	243
		Tirol	196
		Vorarlberg	132
Wien	203		
* Die Werte für 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.			

<b>Operatives Ziel</b>	5: Gezielter Einsatz von IKT zur Patientenversorgung, Systemsteuerung und Innovation		
<b>Messgröße</b>	<b>(14) Potentiell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren</b>		
<b>Zielvorgabe</b>	↓		
<b>Definition</b>	Anteil der über 70-jährigen Bevölkerung (in %), die in einem Kalenderjahr mindestens mit einem PIM-Medikament (Packung) versorgt wurde		
<b>Berechnung</b>	<p>PIM-Prävalenz in Prozent der Anspruchsberechtigten. Anzahl der Verordnungen aus österreichischer PIM-Liste (79 Wirkstoffe) pro Anspruchsberechtigten in der jeweiligen Altersgruppe.</p> $\frac{\text{Anzahl der über 70-jährigen Anspruchsberechtigten mit mindestens einer PIM}}{\text{Anzahl der über 70-jährigen Anspruchsberechtigten}} * 100$		
<b>Format</b>	Prozent		
<b>Datengrundlage</b>	Quelle: Klager et al. (2020) „Potentiell inadäquate Medikamente für ältere Menschen in Österreich, Eine Serie systematischer Reviews für das Update der österreichischen PIM-Liste, Endbericht für den Dachverband der Sozialversicherungen, Abteilung für Allgemein- und Familienmedizin am Zentrum für Public Health, (unveröffentlichter Bericht, Version 12.10.2020); Meldung DVSV		
<b>Werte</b>	<b>PIM-Prävalenz 2020* (≥ 1 PIM-VO)</b>	Burgenland	38,9 %
		Kärnten	39,5 %
		Niederösterreich	37,8 %
		Oberösterreich	34,7 %
		Salzburg	34,2 %
		Steiermark	36,9 %
		Tirol	39,3 %
		Vorarlberg	32,1 %
Wien	36,1 %		
* Die Werte für 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.			

<b>Operatives Ziel</b>	6: Verbesserung der integrierten Versorgung				
<b>Messgröße</b>	<b>(15) Aufenthalte mit kurzer präop. VWD in FKA</b>				
<b>Zielvorgabe</b>	94 %				
<b>Definition</b>	Anteil der Aufenthalte, die eine Leistung aus der LM-stat (in der jeweils gültigen Fassung) am Aufnahmetag (1. Pfliegetag PT) oder am 1. BT (2. PT) erhalten.				
<b>Berechnung</b>	$\frac{\text{Anzahl Aufenthalte mit } < 3 \text{ PT in FKA}}{\text{Anzahl aller Aufenthalte}} * 100$ <p>Inkludiert sind: NTA Exkludiert sind: Aufnahmeart „A“ akut</p>				
<b>Format</b>	Prozent; zielbezogen				
<b>Datengrundlage</b>	Diagnosen- und Leistungsdokumentation, BMSGPK				
<b>Werte</b>		<b>2020*</b> Anteil 1. PT	<b>2020*</b> Anteil 2. PT	<b>2020*</b> Anteil < 3 PT	<b>Zielwert 2021</b> Anteil < 3 PT
	Burgenland	57,1%	38,2%	95,4%	<b>94 %</b>
	Kärnten	59,5%	35,8%	95,3%	
	Niederösterreich	58,9%	34,6%	93,5%	
	Oberösterreich	54,3%	38,2%	92,5%	
	Salzburg	53,4%	39,7%	93,1%	
	Steiermark	49,8%	41,3%	91,0%	
	Tirol	51,5%	42,2%	93,7%	
	Vorarlberg	59,6%	36,7%	96,3%	
	Wien	53,8%	38,3%	92,1%	
<b>Österreich</b>	<b>54,4%</b>	<b>38,5%</b>	<b>92,9%</b>		
* Die Werte für 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.					

<b>Operatives Ziel</b>	6: Verbesserung der integrierten Versorgung		
<b>Messgröße</b>	<b>(16) In Therapie Aktiv versorgte PatientInnen und teilnehmende ÄrztInnen (AM und IM)</b>		
<b>Zielvorgabe</b>	↑		
<b>Definition</b>	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.		
<b>Berechnung</b>	$\frac{\text{Typ 2 DiabetikerInnen, die in DMP eingeschrieben sind}}{\text{Typ 2 DiabetikerInnen}} * 100$ $\frac{\text{AM und IM, die im Programm eingeschrieben sind und PatientInnen führen}}{\text{alle AM und IM}} * 100$ <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"> <li>□ innerhalb eines Jahres diabetesrelevante Medikamentenverordnungen eingelöst haben (Insulin und/oder orale Antidiabetiker; A10A und A10B) und/oder</li> <li>□ vier oder mehr Blutzucker-Bestimmungen zu vier verschiedenen Zeitpunkten innerhalb eines Jahres oder</li> <li>□ zwei oder mehr HbA1c-Bestimmungen zu verschiedenen Zeitpunkten innerhalb eines Jahres hatten.</li> </ul> <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>		
<b>Format</b>	Prozent		
<b>Datengrundlage</b>	Meldung DSVS, GÖG-Datenbasis basierend auf den Ärztelisten der ÖÄK und Informationen des DSVS zum Vorliegen von Kassenverträgen		
<b>Werte</b>		<b>Versorgte PatientInnen 2019</b>	<b>Teilnehmende ÄrztInnen 2020*</b>
	Burgenland	11,14 %	17,19 %
	Kärnten	21,17 %	19,86 %
	Niederösterreich	17,42 %	13,52 %
	Oberösterreich	32,92 %	26,39 %
	Salzburg	29,66 %	22,89 %
	Steiermark	31,69 %	25,08 %
	Tirol	7,11 %	6,14 %
	Vorarlberg	23,58 %	25,84 %
	Wien	24,70 %	12,03 %
	<b>Österreich</b>	<b>23,66 %</b>	<b>17,70 %</b>
* Die Werte für 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.			

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

<b>Operatives Ziel</b>	9: Zur Stärkung der Sachleistungsversorgung örtliche, zeitliche und soziale Zugangsbarrieren abbauen				
<b>Messgröße</b>	<b>(18) Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich</b>				
<b>Zielvorgabe</b>	→↑				
<b>Definition</b>	Anteil der österreichischen Bevölkerung, der angibt mit ausgewählten Einrichtungen der medizinischen Versorgung sehr zufrieden oder eher zufrieden zu sein.				
<b>Berechnung</b>	$\frac{\text{Befragte, die sehr zufrieden oder eher zufrieden sind}}{\text{Alle Befragten}} * 100$ <p>Frage aus dem Fragebogen: „Unabhängig davon, ob Sie in letzter Zeit eine der folgenden Gesundheitseinrichtungen in Anspruch genommen haben, wie zufrieden sind Sie mit der medizinischen Versorgung in Österreich?“</p> <p>Antwortkategorien mittels fünfstufiger Likertskala und einer Kategorie „nicht zutreffend“</p> <p>Stratifizierung erfolgt getrennt für folgende Einrichtungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zufriedenheit mit Krankenhaus (bei stationärem Aufenthalt)</li> <li>• Zufriedenheit mit Spitalsambulanzen</li> <li>• Zufriedenheit mit Fachärzten/Fachärztinnen</li> <li>• Zufriedenheit mit Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin</li> <li>• Zufriedenheit mit Therapeuten/Therapeutinnen</li> </ul> <p>Wenn möglich für weitere soziodemographische und sozioökonomische Merkmale</p>				
<b>Format</b>	Häufigkeiten in Prozent und Mittelwerte				
<b>Datengrundlage</b>	Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019				
<b>Werte</b>	<b>Gesundheitsbefragung 2019</b>				
	<b>Einrichtung</b>	<b>(1) Sehr zufrieden</b>	<b>(2) Eher zufrieden</b>	<b>Summe (1+2)</b>	<b>Mittelwert (gesamte Skala)</b>
	Krankenhaus	41	30	71	1,73
	Spitalsambulanzen	32	31	63	1,98
	Fachärzten/ Fachärztinnen	51	34	85	1,60
	praktische/r Arzt/Ärztin, Hausarzt/Hausärztin	61	27	88	1,51
	Therapeuten/ Therapeutinnen	32	18	50	1,57

<b>Operatives Ziel</b>	10: Stärkung der Gesundheit und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung		
<b>Messgröße</b>	<b>(19) Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz</b>		
<b>Zielvorgabe:</b>	↑		
<b>Definition</b>	Anteil der Bevölkerung (in Prozent) mit „exzellenter“ oder „ausreichender“ Gesundheitskompetenz laut Health Literacy Survey		
<b>Berechnung</b>	<p>Der Indikator führt als Index die Ergebnisse zu den 12 Fragen der HLS<sub>19</sub> 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 zweite Gesundheitskompetenzbefragung (Erhebung 2020) inkludierte ab 18-Jährige in Privathaushalten. Die Zufallsstichprobe umfasste rund 3.000 Personen in Österreich.</p>		
<b>Format</b>	Prozent		
<b>Datengrundlage</b>	Gesundheitskompetenzbefragung (Health Literacy Survey) HLS <sub>19</sub> -AT (2021): Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS19-AT		
<b>Werte</b>	<b>Österreich (2020*,**)</b>		
	Ausreichende Gesundheitskompetenz:		34,7 %
	Exzellente Gesundheitskompetenz:		18,1 %
	Summe:		52,8 %
	* in Bezug auf den Methodeneffekt (CATI versus CAWI) adjustierte Ergebnisse (siehe Datengrundlage)		
	** Die Werte für 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.		

<b>Operatives Ziel</b>	11: Stärkung von zielgerichteter Gesundheitsförderung und Prävention		
<b>Messgröße</b>	<b>(20) Gesunde Lebensjahre bei der Geburt</b>		
<b>Zielvorgabe:</b>	↑		
<b>Definition</b>	Anzahl der zur Geburt statistisch erwartbaren gesunden (beschwerdefreien) Lebensjahren		
<b>Berechnung</b>	<p>Der Indikator „Lebenserwartung in Gesundheit“ beschreibt die Anzahl der Lebensjahre, die voraussichtlich in guter Gesundheit verbracht werden. Er wird aus einer Kombination aus Sterberaten 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>		
<b>Format</b>	Anzahl		
<b>Datengrundlage</b>	Sterbetafeln in Verbindung mit ATHIS oder EU-SILC; Statistik Austria, Eurostat		
<b>Werte</b>	<b>Gesunde Lebensjahre</b>	<b>Frauen (2019)</b>	<b>Männer (2019)</b>
	Burgenland	64,6	60,4
	Kärnten	66,0	63,3
	Niederösterreich	63,5	61,9
	Oberösterreich	63,5	63,1
	Salzburg	68,7	67,5
	Steiermark	63,1	61,9
	Tirol	71,5	67,3
	Vorarlberg	69,9	65,3
	Wien	62,6	61,8
	<b>Österreich</b>	<b>64,7</b>	<b>63,1</b>

<b>Operatives Ziel</b>	11: Stärkung von zielgerichteter Gesundheitsförderung und Prävention
<b>Messgröße</b>	<b>(21) Täglich Rauchende</b>
<b>Zielvorgabe</b>	↓
<b>Definition</b>	Anteil der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; in %), der täglich raucht nach Geschlecht
<b>Berechnung</b>	$\frac{\text{Anzahl der täglich rauchenden Befragten}}{\text{alle Befragten}} * 100$
<b>Format</b>	Prozent
<b>Datengrundlage</b>	ATHIS, EHIS; Statistik Austria, Eurostat
<b>Werte</b>	23,5 % der Männer über 15 Jahre (2019) 17,8 % der Frauen über 15 Jahre (2019)

<b>Operatives Ziel</b>	11: Stärkung von zielgerichteter Gesundheitsförderung und Prävention
<b>Messgröße</b>	<b>(22) Kariesfreie Kinder</b>
<b>Zielvorgabe</b>	↑
<b>Definition</b>	Anteil der 6-jährigen Kinder (in %) mit einem kariesfreien Gebiss (d3mft - Score = 0) und 6-jährige Kinder mit hohem Sanierungsgrad
<b>Berechnung</b>	$\text{Anteil Kinder mit kariesfreiem Gebiss} = \frac{\text{Anzahl Kinder mit } d3mft = 0}{\text{alle untersuchten Kinder}} * 100$ $\text{Anteil mit hohem Sanierungsgrad} = \frac{\text{Anzahl Kinder mit mind. 80 \% saniertem Gebiss}}{\text{alle untersuchten Kinder}} * 100$ <p>Der Sanierungsgrad wird dabei durch den prozentuellen Anteil an gefüllten Zähnen am gesamten d3mft zum Ausdruck (ft dividiert durch d3mft) gebracht.</p>
<b>Format</b>	Prozent
<b>Datengrundlage</b>	Zahnstaterhebung
<b>Werte</b>	Gegenwärtig ist österreichweit gut die Hälfte (55 %) der Sechsjährigen kariesfrei (d3mft = 0). Der Sanierungsgrad (Care Index Percentage) beträgt lediglich 39 Prozent. Das bedeutet, dass über die Hälfte der als kariös befundenen Milchzähne (61 %) keine Sanierung aufweist (2016).

### Anlage 3 – Muster für Statusbericht

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

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

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

<b>Laufende Arbeiten</b>	<b>Einschätzung zur Umsetzung der laufenden Arbeiten</b>
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; Beziehung 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
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
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
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 2022 und 2023**

**Für den Bund**

Der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

# **Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene**

**Zielsteuerung-Gesundheit**

**für die Jahre 2022 und 2023**

**Für den Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**

Der Vorsitzende der Konferenz der  
Sozialversicherungsträger

Der Büroleiter des Dachverbands der  
Sozialversicherungsträger

# **Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene**

**Zielsteuerung-Gesundheit**

**für die Jahre 2022 und 2023**

**Für das Land Burgenland**

A handwritten signature in green ink, consisting of a large, stylized initial 'D' followed by several loops and a final vertical stroke.

**Der Landeshauptmann**

# **Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene**

**Zielsteuerung-Gesundheit**

**für die Jahre 2022 und 2023**

**Für das Land Kärnten**

Der Landeshauptmann

# **Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene**

**Zielsteuerung-Gesundheit**

**für die Jahre 2022 und 2023**

**Für das Land Niederösterreich**

Die Landeshauptfrau

# **Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene**

**Zielsteuerung-Gesundheit**

**für die Jahre 2022 und 2023**

**Für das Land Oberösterreich**

Der Landeshauptmann

# **Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene**

**Zielsteuerung-Gesundheit**

**für die Jahre 2022 und 2023**

**Für das Land Salzburg**

Der Landeshauptmann

# **Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene**

**Zielsteuerung-Gesundheit**

**für die Jahre 2022 und 2023**

**Für das Land Steiermark**

Der Landeshauptmann

# **Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene**

**Zielsteuerung-Gesundheit**

**für die Jahre 2022 und 2023**

**Für das Land Tirol**

Der Landeshauptmann

# **Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene**

**Zielsteuerung-Gesundheit**

**für die Jahre 2022 und 2023**

**Für das Land Vorarlberg**

Der Landeshauptmann

# **Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene**

**Zielsteuerung-Gesundheit**

**für die Jahre 2022 und 2023**

**Für das Land Wien**

Der Landeshauptmann