

Übereinstimmung mit dem Original *Heinz Weiß*

Der Abschluss der gegenständlichen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG wird genehmigt

VEREINBARUNG
gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit

Der Bund, vertreten durch die Bundesregierung,
das Land Burgenland, vertreten durch den Landeshauptmann,
das Land Kärnten, vertreten durch den Landeshauptmann,
das Land Niederösterreich, vertreten durch den Landeshauptmann,
das Land Oberösterreich, vertreten durch den Landeshauptmann,
das Land Salzburg, vertreten durch die Landeshauptfrau,
das Land Steiermark, vertreten durch den Landeshauptmann,
das Land Tirol, vertreten durch den Landeshauptmann,
das Land Vorarlberg, vertreten durch den Landeshauptmann und
das Land Wien, vertreten durch den Landeshauptmann,
im Folgenden Vertragsparteien genannt, kommen überein, gemäß Art. 15a B-VG die nachstehende
Vereinbarung zu schließen:

Inhaltsverzeichnis

Präambel

1. Abschnitt	Allgemeine Bestimmungen
Artikel 1	Gegenstand
Artikel 2	Geltungsbereich
Artikel 3	Begriffsbestimmungen
2. Abschnitt	Gesundheitspolitische Grundsätze
Artikel 4	Ausrichtung an den Rahmen-Gesundheitszielen und Public-Health
Artikel 5	Prinzipien, Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung-Gesundheit
Artikel 6	Patientenorientierung und Transparenz
Artikel 7	Qualitätssicherung im österreichischen Gesundheitswesen
3. Abschnitt	Aufbau und Ablauf der Zielsteuerung-Gesundheit
Artikel 8	Mehrstufigkeit des Zielsteuerungsprozesses
Artikel 9	Verhältnis der Zielsteuerung-Gesundheit zu ÖSG/RSG
4. Abschnitt	Entscheidungsstrukturen und -organisation
Unterabschnitt A	Entscheidungsstrukturen und -organisation auf Bundesebene
Artikel 10	Organisation der Bundesgesundheitsagentur
Artikel 11	Bundesgesundheitskommission
Artikel 12	Bundes-Zielsteuerungskommission
Unterabschnitt B	Entscheidungsstrukturen und -organisation auf Landesebene
Artikel 13	Organisation der Landesgesundheitsfonds
Artikel 14	Gesundheitsplattform auf Landesebene
Artikel 15	Landes-Zielsteuerungskommission

5. Abschnitt	Konkretisierung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit
Artikel 16	Ausrichtung der Zielsteuerung-Gesundheit
Artikel 17	Steuerungsbereich Ergebnisorientierung
Artikel 18	Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen
Artikel 19	Steuerungsbereich Versorgungsprozesse
Artikel 20	Vorgaben und Inhalte der Landes-Zielsteuerungsverträge
Artikel 21	Jahresarbeitsprogramme
6. Abschnitt	Festlegung zur Finanzzielsteuerung
Artikel 22	Finanzzielsteuerung – allgemeine Bestimmungen
Artikel 23	Stärkung der Gesundheitsförderung
Artikel 24	Inhalt und Gegenstand der Finanzrahmenverträge
Artikel 25	Festlegung des Ausgabendämpfungspfades für die erste Periode auf Bundes-ebene
Artikel 26	Festlegung des Ausgabendämpfungspfades für die erste Periode im Bereich der Länder
Artikel 27	Festlegung des Ausgabendämpfungspfades für die erste Periode im Bereich der Sozialversicherung
Artikel 28	Virtuelles Budget
7. Abschnitt	Festlegungen zum Monitoring und Berichtswesen
Artikel 29	Implementierung eines Monitorings und Berichtswesens
Artikel 30	Prozessschritte
Artikel 31	Finanzierung des Monitorings und Berichtswesens
Artikel 32	Detailregelungen zum Monitoring und Berichtswesen
8. Abschnitt	Regelungen zum Sanktionsmechanismus
Artikel 33	Allgemeines
Artikel 34	Regelungen bei Nicht-Erreichung von festgelegten Zielen
Artikel 35	Regelungen bei Verstößen gegen diese Vereinbarung, den Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder die Landes-Zielsteuerungsverträge
Artikel 36	Regelungen bei Nicht-Zustandekommen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages oder der Landes-Zielsteuerungsverträge
Artikel 37	Schlichtungsverfahren für Streitigkeiten aus dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder den Landes-Zielsteuerungsverträgen im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit
9. Abschnitt	Eckpunkte für gesetzliche Regelungen für die Errichtung der Zielsteuerung-Gesundheit sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene
Artikel 38	Gesetzliche Regelungen auf Bundesebene
Artikel 39	Gesetzliche Regelungen auf Landesebene
10. Abschnitt	Sonstige Bestimmungen
Artikel 40	Sonderbestimmungen für den Fall von Naturkatastrophen oder außergewöhnlichen Notsituationen
Artikel 41	Unterstützungspflicht des Bundes

11. Abschnitt	Geltungsdauer und Schlussbestimmungen
Artikel 42	Inkrafttreten
Artikel 43	Durchführung der Vereinbarung
Artikel 44	Geltungsdauer, Außerkrafttreten
Artikel 45	Mitteilungen
Artikel 46	Urschrift

Präambel

Im Interesse der in Österreich lebenden Menschen kommen die Vertragsparteien Bund und Länder einerseits sowie die Sozialversicherung andererseits als gleichberechtigte Partner überein, ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung einzurichten. Vor dem Hintergrund der bestehenden Zuständigkeiten verfolgt diese Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG daher das Ziel, durch moderne Formen einer vertraglich abgestützten Staatsorganisation eine optimale Wirkungsorientierung sowie eine strategische und ergebnisorientierte Kooperation und Koordination bei der Erfüllung der jeweiligen Aufgaben zu erreichen. Es geht um eine den Interdependenzen entsprechende „Governance“ der Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung, um die Entsprechung der Prinzipien Wirkungsorientierung, Verantwortlichkeit, Rechenschaftspflicht, Offenheit und Transparenz von Strukturen bzw. Prozessen und Fairness und um die Sicherstellung von sowohl qualitativ bestmöglichen Gesundheitsdienstleistungen als auch deren Finanzierung.

Durch das vertragliche Prinzip Kooperation und Koordination sollen die organisatorischen und finanziellen Partikularinteressen der Systempartner überwunden werden.

Das Zielsteuerungssystem-Gesundheit baut dabei auf folgenden prinzipiellen politischen Festlegungen auf:

1. Für Patientinnen und Patienten sind der niederschwellige Zugang zur bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung und deren hohe Qualität langfristig zu sichern und auszubauen.
2. Die Verantwortung für den Einsatz der von der Bevölkerung bereitgestellten Steuern und Beiträgen verlangt nach Instrumenten zur Steigerung der Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung.
3. Im Sinne des Prinzips der Wirkungsorientierung in der Gesundheitsversorgung geht es um die Weiterentwicklung von Organisation und Steuerungsmechanismen auf Bundes- und Landesebene.
4. Weiters geht es sowohl um die Festlegung von Versorgungs- als auch Finanzzieilen für den von dieser Zielsteuerung-Gesundheit umfassten Teil der Gesundheitsversorgung als auch um ein Monitoring zur Messung der Zielerreichung.
5. Künftig sollen alle von Bund, Ländern und Sozialversicherung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit erfassten Maßnahmen für eine optimale Gesundheitsversorgung dieser gemeinsamen Ausrichtung unterliegen.
6. Der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) ist über die Periode bis 2016 an das zu erwartende durchschnittliche nominelle Wachstum des Bruttoinlandsprodukts heranzuführen, was bedeutet, dass in der Perspektive bis 2020 der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt stabil bei rund 7 Prozent liegt.

1. Abschnitt
Allgemeine Bestimmungen

Artikel 1
Gegenstand

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, beginnend mit 1. Jänner 2013 eine integrative partnerschaftliche Zielsteuerung-Gesundheit für die Struktur und Organisation der österreichischen Gesundheitsversorgung unter Einbeziehung der Sozialversicherung als gleichberechtigter Partner einzurichten und gemeinsam weiterzuentwickeln.

(2) Die Konkretisierung dieser Zielsteuerung-Gesundheit erfolgt auf Grundlage vergleichbarer wirkungsorientierter qualitativ und quantitativ festzulegender

1. Versorgungsziele
2. Planungswerte
3. Versorgungsprozesse und -strukturen
4. Ergebnis- und Qualitätsparameter.

Darauf aufbauend ist als integraler Bestandteil eine

5. Finanzzielsteuerung

zu etablieren.

Artikel 2
Geltungsbereich

(1) Der Geltungsbereich der geplanten Zielsteuerung-Gesundheit umfasst in struktureller und organisatorischer Hinsicht alle intra- und extramuralen Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens sowie etwaige betroffene Nahtstellen (z.B. zum Pflege- und Rehabilitationsbereich).

(2) Die Grundlage des Systems bilden die derzeit bestehenden Zuständigkeiten und Aufgaben der Partner im Zielsteuerungssystem Gesundheit.

Artikel 3

Begriffsbestimmungen

1. „**Ambulanter Bereich**“: Die ambulante Gesundheitsversorgung in Spitalsambulanzen, selbstständigen Ambulatorien und im niedergelassenen Bereich (insbesondere ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen im Sinne des SV-Rechts).
2. „**Best point of service**“: Die kurative Versorgung ist jeweils zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig zu erbringen.
3. „**Health in all Policies (Gesundheit in allen Politikfeldern)**“: Durch verstärktes Berücksichtigen des Themas Gesundheit und der Gesundheitsdeterminanten in anderen als den unmittelbar dafür zuständigen politischen Sektoren soll die Gesundheit der Bevölkerung wirksam und nachhaltig gefördert werden.
4. „**Health Technology Assessment (HTA)**“: Prozess zur systematischen Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren und Hilfsmittel, aber auch Organisationsstrukturen, in denen medizinische Leistungen erbracht werden. Untersucht werden dabei Kriterien wie Wirksamkeit, Sicherheit und Kosten, jeweils unter Berücksichtigung sozialer, rechtlicher und ethischer Aspekte.
5. „**Integrierte Versorgung**“: Integrierte Versorgung ist die patientenorientierte gemeinsame und abgestimmte sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung samt angrenzender Bereiche (akutstationäre Versorgung, ambulante Versorgung, Rehabilitation, Nahtstellen zum Pflegebereich). Sie umfasst Prozess- und Organisationsintegration.
6. „**Interdisziplinäre Versorgungsmodelle**“: Zusammenarbeit von Ärztinnen/Ärzten unterschiedlicher Fachbereiche (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Gynäkologie, Labor, Radiologie etc.) sowie von nichtärztlichen Gesundheitsdiensteanbietern (diplomierte Pflegepersonal, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, etc.) in Gruppenpraxen oder selbstständigen Ambulatorien sowie ggf. in weiter zu entwickelnden Organisationsformen.
7. „**Primärversorgung (Primary Health Care)**“: Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.
8. „**Public Health**“: Schaffung von gesellschaftlichen Bedingungen, Umweltbedingungen und Bedingungen einer bedarfsgerechten sowie effektiven und effizienten gesundheitlichen Versorgung unter denen Bevölkerungsgruppen gesund leben können.

2. Abschnitt

Gesundheitspolitische Grundsätze

Artikel 4

Ausrichtung an den Rahmen-Gesundheitszielen und Public Health

(1) Im Sinne des „Health in all Policies“-Ansatzes steht die Weiterentwicklung von Zielen, Struktur und Organisation der Gesundheitsversorgung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit im Einklang mit den von der Bundesgesundheitskommission zu beschließenden Rahmen-Gesundheitszielen. Die Konkretisierung der Rahmen-Gesundheitsziele erfolgt in Bundes- und Landes-Gesundheitszielen, wobei sicherzustellen ist, dass allenfalls bereits definierte Landes-Gesundheitsziele im Einklang mit den Rahmen-Gesundheitszielen stehen.

(2) Die Vertragsparteien kommen überein, sich bei der Durchführung ihrer Maßnahmen an Public Health Grundsätzen zu orientieren. Diese sind unter anderem:

1. Orientierung an einem umfassenden Gesundheitsbegriff
2. Systematische Gesundheitsberichterstattung
3. Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) unter Berücksichtigung von Public Health
4. Versorgungsforschung um bedarfsorientierte Planung, Entwicklung und Evaluation zu gewährleisten
5. Stärkung der Interdisziplinarität in der Versorgung sowie in der Forschung und Entwicklung mit der Zielsetzung, die Gesundheit für alle zu verbessern und die gesundheitlichen Ungleichheiten zu verringern

Artikel 5

Prinzipien, Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung-Gesundheit

(1) Als Prinzipien sind zu befolgen:

1. die Fördnung der Gesundheitsförderung und Prävention
2. im Krankheitsfall die kurative Versorgung am „best point of service“
3. die verbindliche Zusage zur aktiven Zusammenarbeit und wechselseitigen Unterstützung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung bei der Umsetzung der gemeinsam vereinbarten Ziele
4. patientenorientierte Qualität im Gesundheitswesen hat der Steigerung der Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung zu dienen
5. die für die Zielsteuerung einschließlich der integrierten Planung notwendigen Daten sind für alle Sektoren in entsprechend aufbereiteter und nachvollziehbarer Form verfügbar zu machen

(2) Zur Verwirklichung dieser Prinzipien werden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit insbesondere folgende Ziele umgesetzt:

1. Zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention, Stärkung von evidenzbasierter Früherkennung und Frühintervention
2. Zugang zu und Verfügbarkeit von allen notwendigen Leistungen verbessern
3. Leistungsangebot in allen Sektoren aufeinander abstimmen, patienten- und bedarfsorientiert gestalten und dabei Parallelstrukturen verhindern bzw. abbauen
4. hohe Behandlungsqualität sicherstellen und transparenter machen
5. Behandlungsprozesse insbesondere durch die Behebung von Organisations- und Kommunikationsdefiziten verbessern
6. routinemäßige Messung der Versorgungseffektivität intensivieren
7. Finanzierungs- und Honorierungssysteme stärker am Versorgungsbedarf ausrichten
8. auf allen Versorgungsebenen ist der Einrichtung von multiprofessionellen und integrativen Versorgungsformen Vorrang gegenüber Einzelleistungserbringern zu geben

(3) Zur Verfolgung dieser gemeinsamen Ziele sind im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit jedenfalls folgende Handlungsfelder zu bearbeiten:

1. Die „best points of service“ sind mittels Versorgungsaufträgen zu definieren und die richtigen Anlauf- und Weiterbehandlungsstellen sind transparent zu machen. Die Finanzierung ist sektorenübergreifend an Leistungsverschiebungen anzupassen (Art. 24 Abs. 2 Z 6 bzw. Art. 24 Abs. 3 Z 7).
2. Der stationäre Bereich in den Akutkrankenhäusern ist durch medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen bzw. ambulanten Bereich zu entlasten. Die Leistungserbringung ist insbesondere im ambulanten Bereich bedarfsgerecht weiter zu entwickeln und hinsichtlich der Leistungsangebote (Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien sowie niedergelassener Bereich) aufeinander abzustimmen und festzulegen. Darüber hinaus sind auf der Grundlage von objektiven Kosten- und Nutzenbewertungen unter Berücksichtigung bestehender Auslastungen Leistungsverlagerungen in Richtung effizienterer Struktualternativen vorzunehmen und ineffiziente Strukturen zu reduzieren. Parallelstrukturen – v. a. ambulante Facharztversorgung im niedergelassenen und spitalsambulanten Bereich – sind abzubauen.
3. Der Bereich der Primärversorgung („Primary Health Care“) ist nach internationalem Vorbild auch im niedergelassenen Bereich zu stärken.
4. Für ausgewählte Krankheitsbilder sind am Patientenbedarf orientierte Versorgungsstandards zu definieren.

5. Zur Verbesserung der Versorgungsprozesse, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, sind Disease Management Programme zu entwickeln und umzusetzen, interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeitsformen auszubauen sowie Behandlungsprozesse zu definieren.
6. Ein umfassendes, vergleichbares, systematisches und standardisiertes Qualitätsmanagement (mit umfassender Messung der Ergebnisqualität) ist sowohl im intramuralen als auch im extramuralen Bereich aufzubauen.
7. Finanzierungs- und Honorierungssysteme sind so zu gestalten, dass die Ziele der Zielsteuerung-Gesundheit (insbesondere Versorgung am „best point of service“) unterstützt werden.

Artikel 6 Patientenorientierung und Transparenz

- (1) Im Sinne der Patientenorientierung ist die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung so zu stärken, dass die aktive Beteiligung der Betroffenen in Entscheidungsprozessen möglich ist. Die Partner der Zielsteuerung-Gesundheit haben den Einsatz von digitalen Informationssystemen aus dem Bereich eHealth sicherzustellen. Solche umfassen insbesondere transparente Informationen über Angebote, Leistungen und Ergebnisse von Gesundheitsdiensteanbietern.
- (2) Erhebungen zum subjektiven Gesundheitszustand der Bevölkerung und sektorenübergreifende Patientenbefragungen sind regelmäßig durchzuführen.

Artikel 7 Qualitätssicherung im österreichischen Gesundheitswesen

- (1) Die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, zur Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems haben bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend, insbesondere auch einschließlich des niedergelassenen Bereichs, zu erfolgen. Teil des Qualitätssystems sind dabei auch Maßnahmen zur Patientensicherheit, Qualitätsentwicklung und Qualitätsförderung. Sämtliche Festlegungen zum Qualitätssystem haben jedenfalls auch den Anforderungen der Zielsteuerung-Gesundheit und insbesondere dem darin vorgesehenen Monitoring zu entsprechen. Qualitätsarbeit hat auch einen wesentlichen Beitrag zur mittel- bis langfristigen Steigerung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen zu leisten und somit zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und zu deren langfristigen Finanzierbarkeit beizutragen.
- (2) Die österreichische Qualitätsarbeit hat die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auf Grundlage des Gesundheitsqualitätsgesetzes, BGBl. I Nr. 179/2004 in der jeweils geltenden Fassung, des Bundes zu umfassen. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität haben in einem direkten und ausgewogenen Verhältnis zu einander zu stehen, wobei die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Ergebnisqualitätsindikatoren und deren Messung in allen Sektoren des Gesundheitswesens vorrangig ist.
- (3) Im Bereich der Ergebnisqualität wird Folgendes festgelegt:

1. Für den stationären Bereich ist die bereits bestehende, auf Routinedokumentation basierende Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung (A-IQI inkl. Peer-Review-Verfahren, ergänzt durch Qualitätsregister auf Bundesebene) fortzusetzen und auszubauen.

2. Unter Berücksichtigung von internationalen Modellen und Erfahrungen ist innerhalb von 18 Monaten nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung für die Gesundheitsdiensteanbieter im ambulanten Bereich ebenfalls ein adäquates, vergleichbares System zur Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung zu entwickeln und im Anschluss umzusetzen. Dazu hat der Bund inhaltliche Vorgaben auf Basis des Gesundheitsqualitätsgesetzes zu geben. Bei der Erarbeitung sind Sozialversicherung, Österreichische Ärztekammer und die Wirtschaftskammer Österreich (als Vertreterin von Gesundheitsbetrieben im Sinne des § 149 Abs. 3 ASVG in der jeweils geltenden Fassung) einzubinden.

3. Die Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung sowie die Wahrnehmung der Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung im niedergelassenen Bereich erfolgen im übertragenen Wirkungsreich nach den Vorgaben des Bundes.

(4) Im Bereich der Prozessqualität sind für jene Bereiche, wo dies als notwendig und vordringlich erachtet wird, im engen Konnex mit den Handlungsfeldern der Zielsteuerung-Gesundheit (Art. 5 Abs. 3 Z 4 und 5) österreichweit einheitliche Qualitätsstandards festzulegen.

(5) Im Bereich der Strukturqualität werden die Kriterien im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt. Für den intramuralen Bereich ist eine Revision und Redimensionierung der im ÖSG 2012 enthaltenen Strukturqualitätskriterien auf notwendige Vorgaben entsprechend den Festlegungen im Art. 4 Abs. 4 Z 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008 in der jeweils geltenden Fassung, vorzunehmen. Im Rahmen zukünftiger ÖSG-Revisionen sind für den ambulanten Bereich Strukturqualitätskriterien um notwendige Vorgaben zu ergänzen.

(6) Die Sicherstellung der Qualität einschließlich der Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen ist – unabhängig davon, in welcher Institution bzw. Einrichtung die Gesundheitsleistungen erbracht werden – verpflichtend. Es ist gesetzlich sicherzustellen, dass die Einhaltung der festgelegten essentiellen Qualitätsstandards Voraussetzung für die Erbringung und Verrechenbarkeit der Leistungen ist.

(7) Für die Weiterentwicklung der Qualität im Gesundheitswesen ist ein Masterplan zu erstellen. Die Arbeiten zu einer bundesländer- und sektorenübergreifenden regelmäßigen Berichterstattung über die Qualität im Gesundheitswesen sind vorzugsweise themenbezogen fortzusetzen. Ab dem Jahr 2014 sind im Rahmen dieser Berichterstattung regelmäßig auch Berichte über die Ergebnisqualität im stationären und ambulanten Bereich zu erstellen. Weiters ist auch ein Bericht zur Weiterbildung der Ärztinnen/Ärzte zu erstellen. Eine Veröffentlichung dieser Berichte in geeigneter Form ist sicherzustellen.

(8) Bund, Länder und Sozialversicherung können zur wissenschaftlichen Unterstützung der in Abs. 1 genannten Arbeiten die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) in Anspruch nehmen.

3. Abschnitt

Aufbau und Ablauf der Zielsteuerung-Gesundheit

Artikel 8

Mehrstufigkeit des Zielsteuerungsprozesses

- (1) Der Zielsteuerungsprozess erfolgt auf der Bundes- und der Landesebene nach anerkannten Verfahren.
- (2) Die strategischen Ziele und die zu setzenden Maßnahmen zur Zielerreichung werden in vierjährigen Verträgen auf Bundesebene (periodenbezogene Bundes-Zielsteuerungsverträge) und Landesebene (periodenbezogene Landes-Zielsteuerungsverträge) vereinbart und verbindlich festgelegt. Die konkrete Umsetzung erfolgt in Jahresarbeitsprogrammen.
- (3) Auf Bundesebene sind im Sinne einer strategischen Kooperation und Koordination insbesondere folgende Prozessschritte vorzunehmen:
 1. Die detaillierte Ausgestaltung der Zielsteuerung-Gesundheit auf Bundesebene und allfällig auf Bundesebene umzusetzende Maßnahmen sind zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung durch Bundes-Zielsteuerungsverträge festzulegen, wobei gesamtwirtschaftliche Auswirkungen und regionale Erfordernisse zu berücksichtigen sind. Diese Verträge haben die in den Abschnitten 5 und 6 festgelegten Inhalte zu umfassen.
 2. In der Bundes-Zielsteuerungskommission ist der Entwurf für den Bundes-Zielsteuerungsvertrag zu beraten und zur Beschlussfassung dem Bund, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Ländern einvernehmlich zu empfehlen. Der Vertrag ist nach Genehmigung durch die jeweils zuständigen Organe vom Bund, von den Ländern und von der Sozialversicherung (Hauptverband nach Beschlussfassung durch die Trägerkonferenz) ehestmöglich rechtsverbindlich zu unterfertigen und erlangt damit Rechtsgültigkeit. Der unterfertigte Bundes-Zielsteuerungsvertrag ist binnen 14 Tagen der Bundes-Zielsteuerungskommission und den Landes-Zielsteuerungskommissionen zur Kenntnis zu bringen.
 3. Der Entwurf des ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrags für die Jahre 2013 bis 2016 hat bis zum 30. Juni 2013 vorzuliegen. Bundes-Zielsteuerungsverträge für die weiteren Perioden haben bis Mitte des der Periode vorangehenden Jahres vorzuliegen. Allfällige Adaptierungen bestehender Bundes-Zielsteuerungsverträge haben ebenfalls bis spätestens Mitte des Jahres vorzuliegen, das dem Jahr vorangeht, in dem diese Adaptierungen für die Zielsteuerung relevant werden.
 4. Die Bundes-Zielsteuerungsverträge sind in Bezug auf die einzelnen Jahre zu konkretisieren, gegebenenfalls zu adaptieren und in Jahresarbeitsprogrammen auf Bundesebene zu operationalisieren. Das Jahresarbeitsprogramm für die Maßnahmen auf Bundesebene für das Jahr 2013 ist gleichzeitig mit dem ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag zu vereinbaren. Die Jahresarbeitsprogramme für die Folgejahre sind bis spätestens Ende des Vorjahres durch die Bundes-Zielsteuerungskommission zu vereinbaren.
 5. Ein bundeseinheitliches, effektives und effizientes Monitoring und Berichtswesen auf Bundesebene sind einzurichten.
- (4) Die Länder und die Sozialversicherung sind auf Landesebene im Sinne einer strategischen Kooperation und Koordination gemeinsam für die Erreichung und Umsetzung der in der Zielsteuerung festgelegten Ziele und Maßnahmen verantwortlich.

erung-Gesundheit festgelegten Ziele und Kooperationen verantwortlich. Dazu sind insbesondere folgende Prozessschritte vorzunehmen:

1. Die detaillierte Ausgestaltung der Zielsteuerung-Gesundheit auf Landesebene ist ausgehend von den vertraglichen Festlegungen auf Bundesebene durch Landes-Zielsteuerungsverträge zwischen Land und Sozialversicherung zu vereinbaren und umzusetzen. Diese Verträge haben die in den Abschnitten 5 und 6 festgelegten Inhalte zu umfassen. Der zwischen Land und Sozialversicherung vereinbarte Finanzrahmenvertrag gilt verbindlich, bei Nichteinhaltung greift der Sanktionsmechanismus gemäß Abschnitt 8.
2. In der Landes-Zielsteuerungskommission ist der Entwurf für einen Landes-Zielsteuerungsvertrag zu beraten und zur Beschlussfassung in den zuständigen Gremien der sozialen Krankenversicherung und des Landes einvernehmlich zu empfehlen. Wenn dieser Entwurf dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag bzw. sonstigen bundesrechtlichen Vorschriften widerspricht, hat der Bund ein Vetorecht. Der Vertrag ist nach Genehmigung durch die jeweils zuständigen Organe vom jeweiligen Land und von der sozialen Krankenversicherung (örtlich zuständige Gebietskrankenkasse, Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Sozialversicherungsanstalt der Bauern und Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau) ehestmöglich rechtsverbindlich zu unterfertigen und erlangt damit Rechtsgültigkeit. Wird ein Vertrag nicht von allen Krankenversicherungsträgern im Land unterfertigt, kommt dieser Vertrag zwischen den unterzeichnenden Vertragsparteien trotzdem zustande, sofern die Bundes-Zielsteuerungskommission die zu erwartende Zielerreichung nicht gefährdet sieht und deswegen kein Veto einlegt. Der unterfertigte Landes-Zielsteuerungsvertrag ist binnen 14 Tagen der Bundes-Zielsteuerungskommission und der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission zur Kenntnis zu bringen.
3. Der Entwurf des ersten Landes-Zielsteuerungsvertrags für die Jahre 2013 bis 2016 hat bis 30. September 2013 vorzuliegen. Landes-Zielsteuerungsverträge für die weiteren Perioden haben bis Ende November des der Periode vorangehenden Jahres vorzuliegen. Allfällige Adaptierungen bestehender Landes-Zielsteuerungsverträge haben ebenfalls bis spätestens Ende November des Jahres vorzuliegen, das dem Jahr vorangeht, in dem diese Adaptierungen für die Zielsteuerung relevant werden.
4. Die Landes-Zielsteuerungsverträge auf der jeweiligen Landesebene sind in Bezug auf die einzelnen Jahre zu konkretisieren, gegebenenfalls zu adaptieren, in Jahresarbeitsprogrammen zu operationalisieren und in den jeweiligen Wirkungsbereichen umzusetzen. Das Jahresarbeitsprogramm für die Maßnahmen auf der jeweiligen Landesebene für das Jahr 2013 ist gleichzeitig mit dem ersten Landes-Zielsteuerungsvertrag zu vereinbaren. Die Jahresarbeitsprogramme für die Folgejahre sind bis spätestens Ende des Vorjahres durch die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission zu vereinbaren.
- (5) Es wird vereinbart, dass eine Tochtergesellschaft der Gesundheit Österreich GmbH gegründet wird, über die die Arbeiten zur Umsetzung der Aufgaben im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit, insbesondere Monitoring (Berichtswesen) und Qualitätsarbeit abgewickelt werden. An dieser Tochtergesellschaft sind der Bund, vertreten durch die Gesundheit Österreich GmbH, die Länder und die soziale Krankenversicherung, vertreten durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, zu gleichen Teilen (je ein Drittel) zu beteiligen. Im Sinne einer ressourcenschonenden Geschäftsführung ist festzulegen, dass der Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH die Geschäfte der Tochtergesellschaft führt.

Artikel 9
Verhältnis der Zielsteuerung-Gesundheit zu ÖSG/RSG

(1) Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag sowie dessen Umsetzung in den jeweiligen Jahresarbeitsprogrammen baut auf den bereits vereinbarten Festlegungen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) auf. Die weitere Ausrichtung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit wird durch die übergeordnete Zielsteuerung-Gesundheit determiniert.

(2) Der Landes-Zielsteuerungsvertrag sowie dessen Umsetzung in den jeweiligen Jahresarbeitsprogrammen baut auf den bereits vereinbarten Festlegungen des jeweiligen Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) auf Landesebene auf und ist diesem übergeordnet. Die im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit auf Landesebene gemeinsam vereinbarten strukturellen Maßnahmen haben unter Einhaltung der im Bundes-Zielsteuerungsvertrag und im ÖSG vereinbarten Vorgaben inhaltlich entsprechend in den jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit einzufließen.

(3) Auf Grundlage der zentralen Festlegungen und Erfordernisse der Zielsteuerung-Gesundheit sind der Österreichische Strukturplan Gesundheit und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit als zentrale Planungsinstrumentarien in struktureller und inhaltlicher Hinsicht und unter Beachtung der Kriterien der Versorgung, der Qualität und der Effizienz zu entwickeln.

4. Abschnitt
Entscheidungsstrukturen und -organisation

Unterabschnitt A)
Entscheidungsstrukturen und -organisation auf Bundesebene

Artikel 10
Organisation der Bundesgesundheitsagentur
(gemäß Art. 14 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in der jeweils geltenden Fassung)

(1) In der Bundesgesundheitsagentur sind folgende Organe einzurichten:

1. Bundesgesundheitskommission
2. Bundes-Zielsteuerungskommission

(2) Weiters kann zur Beratung der Bundesgesundheitsagentur eine Bundesgesundheitskonferenz eingerichtet werden, in der die wesentlichen Akteurinnen/Akteure des Gesundheitswesens vertreten sind.

(3) Die Führung der Geschäfte der Bundesgesundheitsagentur obliegt dem Bundesministerium für Gesundheit.

(4) Die Vertragsparteien stellen sicher, dass die Bundesgesundheitsagentur auf Anforderung die zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigten Daten in entsprechend aufbereiteter und nachvollziehbarer Form erhält.

(5) Bei der Erfüllung der Aufgaben hat die Bundesgesundheitsagentur insbesondere darauf zu achten, dass eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich insbesondere auch durch die Zielsteuerung-Gesundheit sichergestellt und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Einhaltung der Finanzrahmenverträge abgesichert wird.

(6) Den Vorsitz in der Bundesgesundheitskommission führt der Bundesminister für Gesundheit. Den Vorsitz in der Bundes-Zielsteuerungskommission führt der Bundesminister für Gesundheit, die erste Vorsitzenden-Stellvertreterin/der erste Vorsitzenden-Stellvertreter wird von der Sozialversicherung und die zweite Vorsitzenden-Stellvertreterin/der zweite Vorsitzenden-Stellvertreter wird von den Ländern bestellt.

Artikel 11

Bundesgesundheitskommission

(1) Der Bundesgesundheitskommission gehören an

1. neun Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, neun Vertreterinnen/Vertreter des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und je Land eine/ein Vertreterin/Vertreter sowie
2. je eine/ein Vertreterin/Vertreter pro Interessenvertretung der Städte und Gemeinden, eine/ein Vertreterin/Vertreter der konfessionellen Krankenanstalten, eine/ein Vertreterin/Vertreter der Patientenvertretungen und eine/ein Vertreterin/Vertreter der Österreichischen Ärztekammer an.
3. Nicht stimmberechtigte Mitglieder der Bundesgesundheitskommission sind je eine/ein Vertreterin/Vertreter des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung, der Österreichischen Apothekerkammer, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und der für die in § 149 Abs. 3 ASVG, BGBl. Nr. 189/1955 in der jeweils geltenden Fassung, genannten Krankenanstalten in Betracht kommenden gesetzlichen Interessenvertretung.

(2) Für Beschlussfassungen der Bundesgesundheitskommission ist eine Stimmenmehrheit und die Zustimmung von mindestens drei Viertel der Vertreterinnen/Vertreter gemäß Abs. 1 Z 1 erforderlich.

(3) Die Bundesgesundheitskommission hat im Rahmen der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens in Österreich Aufgaben unter Bedachtnahme auf die Festlegungen im Bundes-Zielsteuerungsvertrag und in der Bundes-Zielsteuerungskommission sowie unter Berücksichtigung gesamtwirtschaftlicher Auswirkungen und regionaler und länderspezifischer Erfordernisse wahrzunehmen. In der Bundesgesundheitskommission erfolgen zu nachstehenden Punkten Festlegungen (Beschlüsse):

1. zu Angelegenheiten der Bundesgesundheitsagentur als Fonds:

- a) Laufende Wartung und Aktualisierung sowie Weiterentwicklung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungsmodells (LKF) inklusive seiner Grundlagen
- b) Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln der Bundesgesundheitsagentur nach Maßgabe der Bestimmungen in Art. 30, 32, 33 und 45 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in der jeweils geltenden Fassung
- c) Voranschlag und Rechnungsabschluss der Bundesgesundheitsagentur

2. zu allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen:

- a) (Weiter-)Entwicklung der (Rahmen-)Gesundheitsziele samt Festlegung der Indikatoren und Monitoring gemäß Art. 4 (inkl. Strategien zur Umsetzung)
- b) Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens
- c) Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (wie ELGA, eCard, Telehealth, Telecare)
- d) Richtlinien für eine bundesweite, alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende Dokumentation, sowie Weiterentwicklung des Dokumentations- und Informationssystems für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG)
- e) Evaluierung der von der Bundesgesundheitskommission wahrgenommenen Aufgaben

Artikel 12

Bundes-Zielsteuerungskommission

(1) Der Bundes-Zielsteuerungskommission gehören je vier Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung an.

(2) Für Beschlussfassungen in der Bundes-Zielsteuerungskommission ist Einstimmigkeit erforderlich.

(3) In der Bundes-Zielsteuerungskommission ist der Entwurf für den Bundes-Zielsteuerungsvertrag zu beraten und zur Beschlussfassung dem Bund, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Ländern einvernehmlich zu empfehlen. Dieser Vertrag bildet die Grundlage und den Rahmen für die Aufgaben gemäß Abs. 4 und 5.

(4) In der Bundes-Zielsteuerungskommission erfolgen zu nachstehenden Punkten Festlegungen (Beschlüsse):

1. Koordination, Abstimmungen und Festlegungen aller aus dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag inkl. Finanzrahmenvertrag resultierenden Aufgaben
2. Jahresarbeitsprogramme für Maßnahmen auf Bundesebene zur konkreten Umsetzung des Bundes-Zielsteuerungsvertrags
3. Grundsätze für ein bundesweites Monitoring der Zielsteuerung-Gesundheit einschließlich des Finanzzielsteuerungsmonitorings
4. Angelegenheiten des Monitorings und Berichtswesens gemäß Abschnitt 7
5. Wahrnehmung von Agenden zum Sanktionsmechanismus gemäß Abschnitt 8
6. Angelegenheiten aus den Rahmenregelungen für vertragliche und gemeinsam von Sozialversicherung und Ländern zu verantwortende sektorenübergreifende Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen auf Landesebene (z.B. Spitalsambulanzen, Gruppenpraxen und niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte, tagesklinische Versorgung, innovative Versorgungsformen etc.); Erarbeitung, Erprobung von Abrechnungsmodellen für eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs
7. (Weiter-)Entwicklung von Vergütungssystemen
8. Angelegenheiten der Qualität
9. Grundsätze, Ziele und Methoden für die Planungen im Österreichischen Strukturplan Gesundheit / in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit

10. Angelegenheiten des Österreichischen Strukturplans Gesundheit inkl. Strukturqualitätskriterien gemäß Artikel 3 und 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in der jeweils geltenden Fassung
11. Planung Großgeräte intra- und extramural
12. Angelegenheiten der Medikamentenkommission
13. Vorgaben für die transparente Darstellung der vollständigen Budgetierung und der Rechnungsabschlüsse der Krankenanstalten bzw. Krankenanstaltenverbände und von Vorgaben für die transparente Darstellung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherung für den extramuralen Bereich
14. Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung
15. Evaluierung der von der Bundes-Zielsteuerungskommission wahrgenommenen Aufgaben
16. Grundsätze und Ziele für die Verwendung der Mittel zur Stärkung der Gesundheitsförderung gemäß Artikel 23

(5) In der Bundes-Zielsteuerungskommission erfolgt eine wechselseitige Information und Konsultation über die inhaltlichen und strategischen Festlegungen der Zielausrichtung und der Steuerungsmechanismen, deren sich Bund, Länder und Sozialversicherung im jeweiligen Wirkungsbereich bedienen.

Unterabschnitt B) Entscheidungsstrukturen und -organisation auf Landesebene

Artikel 13

Organisation der Landesgesundheitsfonds

(gemäß Art. 18 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in der jeweils geltenden Fassung)

(1) In den Landesgesundheitsfonds sind folgende Organe einzurichten:

1. Gesundheitsplattform
2. Landes-Zielsteuerungskommission

(2) Zur Vorbereitung der Sitzungen der Gesundheitsplattform und der Landes-Zielsteuerungskommission kann ein Präsidium bestehend aus Vertreterinnen/Vertretern des Landes und der Sozialversicherung vorgesehen werden.

(3) Weiters kann zur Beratung der Landesgesundheitsfonds jeweils eine Gesundheitskonferenz eingerichtet werden, in der die wesentlichen Akteurinnen/Akteure des Gesundheitswesens vertreten sind.

(4) Zur Wahrnehmung der Aufgaben der Landes-Zielsteuerungskommission ist je eine gleichberechtigte Koordinatorin/ein gleichberechtigter Koordinator vom Land und von der Sozialversicherung zu bestellen, die ausschließlich den Co-Vorsitzenden der Landes-Zielsteuerungskommission verantwortlich sind und für alle Angelegenheiten gemäß Artikel 15 zuständig sind. Die Regelung der Geschäftsführung des Landesgesundheitsfonds obliegt dem Land.

(5) Die Vertragsparteien stellen sicher, dass die Landesgesundheitsfonds auf Anforderung die zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigten Daten in entsprechend aufbereiteter und nachvollziehbarer Form

erhalten. Weiters wird sichergestellt, dass in den Organen der Landesgesundheitsfonds über alle relevanten Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich informiert wird.

(6) Bei der Erfüllung der Aufgaben haben die Landesgesundheitsfonds insbesondere darauf zu achten, dass eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich insbesondere auch durch die Zielsteuerung-Gesundheit sichergestellt und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Einhaltung der Finanzrahmenverträge abgesichert wird.

(7) Im Falle eines vertragslosen Zustandes mit den Vertragspartnern wird der Landesgesundheitsfonds mithelfen, schwerwiegende Folgen für die Bevölkerung zu vermeiden. Dabei ist auch eine Regelung für die Entgelte bei Mehrleistungen zu treffen. Die Sozialversicherung hat Zahlungen maximal im Ausmaß der vergleichbaren ersparten Arztkosten an den Landesgesundheitsfonds zu leisten.

(8) Den Vorsitz in der Gesundheitsplattform führt ein vom Land bestelltes Mitglied der Landesregierung. Die erste Stellvertreterin/der erste Stellvertreter der/des Vorsitzenden ist die Obfrau/der Obmann der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse. Den Vorsitz in der Landeszielsteuerungskommission führt ein vom Land bestelltes Mitglied der Landesregierung gleichberechtigt mit der Obfrau/dem Obmann der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse (Co-Vorsitz). Die Geschäftsordnung hat zu regeln, dass die Sitzungen gemeinsam vorzubereiten (Tagesordnung und Unterlagen) und einzuladen sind.

Artikel 14 Gesundheitsplattform auf Landesebene

(1) Der Gesundheitsplattform gehören an:

1. mit Stimmrecht: fünf Vertreterinnen/Vertreter des Landes und fünf Vertreterinnen/Vertreter der Träger der Sozialversicherung sowie eine/ein Vertreterin/Vertreter des Bundes; Ersatzmitglieder nach Maßgabe allfälliger landesgesetzlicher Regelungen,
2. ohne Stimmrecht: der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und
3. jedenfalls Vertreterinnen/Vertreter der Ärztekammer, der Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden, der Patientenvertretungen und der Rechtsträger der Krankenanstalten, die über den Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, denen landesgesetzlich ein Stimmrecht eingeräumt werden kann.

(2) Bei der Vertretung der Sozialversicherung ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten.

(3) Hinsichtlich der Beschlussfassung in der Gesundheitsplattform gilt Folgendes:

1. In Angelegenheiten gemäß Abs. 5 Z 1 besteht – vorbehaltlich des Abs. 9 – eine Landesmehrheit.
2. In Angelegenheiten gemäß Abs. 5 Z 2 ist eine Stimmenmehrheit und die Zustimmung von mindestens drei Viertel der Vertreterinnen/Vertreter gemäß Abs. 1 Z 1 erforderlich.
3. Der Bund verfügt über ein Vetorecht gegen Beschlüsse, die gegen geltendes Recht, die geltenden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG, den Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder gegen Beschlüsse der Organe der Bundesgesundheitsagentur verstößen.

(4) Die Gesundheitsplattform auf Landesebene hat zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens im Landesbereich Aufgaben unter Einhaltung der Festlegungen in der Bundesgesundheitsagentur, im Bundes-Zielsteuerungsvertrag, im jeweiligen Landes-Zielsteuerungsvertrag und in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission sowie unter Berücksichtigung gesamtwirtschaftlicher Auswirkungen wahrzunehmen.

(5) In der Gesundheitsplattform erfolgen zu nachstehenden Punkten Festlegungen (Beschlüsse):

1. in Angelegenheiten des Landesgesundheitsfonds als Fonds:

- a) Landesspezifische Ausformung des im Bundesland geltenden leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems; Abgeltung von Betriebsleistungen der Fondskrankenanstalten; Umsetzung von leistungsorientierten Vergütungssystemen; Gewährung von Förderungen für Investitionsvorhaben; Gewährung von Zuschüssen für Projekte, Planungen und krankenhausentlastende Maßnahmen
- b) Voranschlag und Rechnungsabschluss des Landesgesundheitsfonds
- c) Aufgaben, die dem Landesgesundheitsfonds durch die Landesgesetzgebung aus dem Zuständigkeitsbereich des Landes übertragen werden

2. zu allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen:

- a) (Weiter-)Entwicklung der Gesundheitsziele (inkl. Strategien zur Umsetzung) auf Landesebene
- b) Grundsätze der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen
- c) Grundsätze der Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement
- d) Mitwirkung am Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (wie ELGA, eCard, Telehealth, Telecare) auf Landesebene
- e) Umsetzung von Projekten zur Gesundheitsförderung
- f) Evaluierung der von der Gesundheitsplattform auf Landesebene wahrgenommenen Aufgaben

(6) In der Gesundheitsplattform erfolgen zu nachstehenden Punkten Informationen und Konsultationen:

- 1. Ressourcenplanung im Pflegebereich
- 2. Bericht über Festlegungen der Landes-Zielsteuerungskommission

(7) Die Voranschläge und die Rechnungsabschlüsse sind der Bundesgesundheitsagentur unmittelbar nach Beschlussfassung zu übermitteln.

(8) Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass einzelne Aufgaben der Gesundheitsplattform, sofern darüber Einvernehmen zwischen dem Land und der Sozialversicherung vorliegt, an die Landes-Zielsteuerungskommission übertragen werden können.

(9) Ein der Volkszahl des jeweiligen Landes entsprechender Anteil an 15 Millionen Euro von den Zuschüssen für krankenhausentlastende Maßnahmen gem. Abs. 5 Z 1 lit. a ist jährlich in den Jahren 2013 bis 2022 im Voranschlag gesondert auszuweisen. Über die Vergabe dieser Mittel wird im Einvernehmen zwischen Land und Sozialversicherung in der Gesundheitsplattform entschieden.

Artikel 15
Landes-Zielsteuerungskommission

(1) Der Landes-Zielsteuerungskommission gehören die Kurie des Landes mit fünf Vertreterinnen/Vertretern, die Kurie der Träger der Sozialversicherung mit fünf Vertreterinnen/Vertretern sowie eine Vertreterin/ein Vertreter des Bundes an. Bei der Vertretung der Sozialversicherung ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten.

(2) Hinsichtlich der Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission gilt Folgendes:

1. Innerhalb der jeweiligen Kurie ist eine Entscheidung über ihr Stimmverhalten herbeizuführen. Die Entscheidungsfindung ist für die Kurie des Landes landesgesetzlich und für die Kurie der Träger der Sozialversicherung im Sozialversicherungsrecht zu regeln.
2. Für Beschlussfassungen ist Einvernehmen zwischen der Kurie des Landes und der Kurie der Träger der Sozialversicherung erforderlich.
3. Die Vertreterin/der Vertreter des Bundes verfügt über ein Vetorecht gegen Beschlüsse, die gegen geltendes Recht, die geltenden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG, den Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder gegen Beschlüsse der Organe der Bundesgesundheitsagentur verstößen. Im Falle der Verhinderung des Bundes an der Sitzungsteilnahme kann dieser binnen einer Woche schriftlich und begründet sein Vetorecht einbringen.

(3) In der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission ist der Entwurf für den Landes-Zielsteuerungsvertrag zu beraten und zur Beschlussfassung in den zuständigen Gremien der sozialen Krankenversicherung und des Landes einvernehmlich zu empfehlen. Dieser Vertrag bildet die Grundlage und den Rahmen für die Aufgaben gemäß Abs. 4 und 5.

(4) In der Landes-Zielsteuerungskommission erfolgen zu nachstehenden Punkten Festlegungen (Beschlüsse):

1. Koordination, Abstimmungen und Festlegungen aller aus dem Landes-Zielsteuerungsvertrag inkl. Finanzrahmenvertrag resultierenden Aufgaben
2. Jahresarbeitsprogramme für Maßnahmen auf Landesebene zur konkreten Umsetzung des Landes-Zielsteuerungsvertrags
3. Mitwirkung am bundesweiten Monitoring und Behandlung des Monitoringberichts gemäß Abschnitt 7
4. Wahrnehmung von Agenden zum Sanktionsmechanismus gemäß Abschnitt 8
5. Umsetzung der Regelungen für vertragliche und gemeinsam von Sozialversicherung und Ländern zu verantwortende sektorenübergreifende Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen auf Landesebene (z.B. Spitalsambulanzen, Gruppenpraxen und niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte, tagesklinische Versorgung, innovative Versorgungsformen etc.); Umsetzung von vereinbarten innovativen Modellen zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs
6. Angelegenheiten des Regionalen Strukturplans Gesundheit gemäß Artikel 3 und 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in der jeweils geltenden Fassung
7. Angelegenheiten der Großgeräte intra- und extramural
8. Strategie zur Gesundheitsförderung
9. Angelegenheiten des Gesundheitsförderungsfonds gemäß Artikel 23
10. Mitwirkung bei der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen

11. Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement
12. Evaluierung der von der Landes-Zielsteuerungskommission wahrgenommenen Aufgaben

(5) In der Landes-Zielsteuerungskommission erfolgt eine wechselseitige und rechtzeitige Information und Konsultation über Festlegungen zu wesentlichen operativen und finanziellen Angelegenheiten der Leistungserbringung im Gesundheitswesen von Land und Sozialversicherung.

5. Abschnitt Konkretisierung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit

Artikel 16 Ausrichtung der Zielsteuerung-Gesundheit

(1) Auf Basis der in Abschnitt 2 dargestellten Prinzipien und Ziele der Zielsteuerung-Gesundheit sowie den in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in der jeweils geltenden Fassung formulierten Bestimmungen ist die Zielsteuerung-Gesundheit in den nachfolgenden vier Steuerungsbereichen

1. Ergebnisorientierung,
2. Versorgungsstrukturen,
3. Versorgungsprozesse und
4. Finanzziele gemäß Abschnitt 6

zu konkretisieren.

(2) Für alle im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit durch die Steuerungsbereiche erfassten Zielvereinbarungen sind Messgrößen und Zielwerte zu definieren.

(3) Bund, Länder und Sozialversicherung auf Bundesebene bzw. Land und Sozialversicherung auf Landesebene verantworten gemeinsam und gegenseitig den Vertragsabschluss, die Umsetzung und Einhaltung der Zielsteuerung-Gesundheit. Dies schließt eine gegenseitige Information und Konsultation über beabsichtigte Maßnahmen, die im jeweiligen Wirkungsbereich getroffen werden und Auswirkungen auf den anderen Versorgungssektor haben können, mit ein. Zur Umsetzung der verbindlich vereinbarten Ziele haben Bund, Länder und Sozialversicherung einander umfassend und wechselseitig zu unterstützen. Im Konfliktfall ist jedenfalls die jeweilige Zielsteuerungskommission zu befassen.

(4) Die Partner des Bundes-Zielsteuerungsvertrags haben sicherzustellen, dass die bestehenden Zielsteuerungssysteme im Bereich der öffentlichen Gesundheit dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag bzw. den Landes-Zielsteuerungsverträgen nicht widersprechen.

Artikel 17 Steuerungsbereich Ergebnisorientierung

(1) Im Steuerungsbereich Ergebnisorientierung müssen die Bundes-Zielsteuerungsverträge insbesondere folgende Festlegungen enthalten:

1. Bundesweite Rahmenvorgaben für ergebnisorientierte Versorgungsziele und wirkungsorientierte Gesundheitsziele abgeleitet aus den Rahmen-Gesundheitszielen

2. Dokumentationserfordernisse (Datengrundlage: sektorenübergreifende einheitliche Diagnosen- und Leistungsdokumentation; Pseudonymisierung) für ein bundesweites Monitoring der Gesundheits- und Versorgungsziele
3. Bundesweit einheitliche Messgrößen und Zielwerte für die Maßnahmen, die in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen und -prozesse festgelegt werden; diese sollen auch für internationale Vergleiche und Leistungsmessungen verwendbar sein
4. Einheitliche Vorgaben zu Kosten-Nutzenbewertungen und Evidenzbasierung (HTA) von Diagnose- und Behandlungsmethoden (inkl. Gesundheitsförderung, Screening- und Impfprogrammen)
5. Koppelung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention an wirkungsorientierte Gesundheitsziele inkl. verpflichtender Evaluation

(2) In den Landes-Zielsteuerungsverträgen müssen regionale Gesundheits- und Versorgungsziele festgelegt werden, sodass die bundesweiten Vorgaben für die ergebnisorientierten Versorgungsziele und wirkungsorientierten Gesundheitsziele erreicht werden können.

Artikel 18 Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen

(1) Im Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen müssen die Bundes-Zielsteuerungsverträge insbesondere folgende Festlegungen in Form von Bandbreiten enthalten:

1. Bedarfsorientierte Versorgungs- und Leistungsdichte im akutstationären und ambulanten (intra- und extramuralen) Bereich (Weiterentwicklung der Versorgungsdichte in Richtung Leistungsdichte für alle Bereiche)
2. Anteil der tagesklinischen Leistungserbringung bzw. der ambulanten Leistungserbringung für festgelegte ausgewählte Leistungen
3. Entlastung des vollstationären Bereichs in den Akut-Krankenanstalten durch medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen bzw. in den ambulanten Bereich (Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien sowie niedergelassener Bereich) unter Berücksichtigung von Artikel 5 Abs. 3 Z 1, 2 und 3
4. Anteil der ambulanten Versorgungsstruktur mit Öffnungszeiten zu Tagesrand- und Wochenendenzeiten und Anteil interdisziplinärer Versorgungsmodelle an der ambulanten Versorgungsstruktur
5. Stärkung der Primärversorgung („Primary Health Care“) auch im niedergelassenen Bereich
6. Rahmenvorgaben für etwaige betroffene Nahtstellen
7. Rahmenvorgaben für die Rollenverteilung, Aufgabengebiete und Versorgungsaufträge ambulanter Versorgungsstufen
8. Grenzüberschreitende Kooperationen

(2) Im Rahmen der periodenbezogenen Landes-Zielsteuerungsverträge sind die dargelegten Vorgaben gemäß Abs. 1 ausgehend vom regionalen Bedarf zu konkretisieren und Zielwerte für die jeweilige Betrachtungsperiode einvernehmlich festzulegen. Zudem sind in diesen Verträgen Festlegungen über die maßnahmenbezogene Umsetzung sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht zu treffen, wobei insbesondere folgende Maßnahmen hinsichtlich Versorgungsstrukturen, die wesentliche Auswirkungen auf die Leistungserbringung im jeweils anderen Sektor bewirken, zu berücksichtigen sind:

1. Kapazitätsanpassungen in Akutkrankenanstalten, insb. durch Festlegen struktureller Maßnahmen wie Umwandlung in (dislozierte) Wochen- bzw. Tageskliniken und Basis-Krankenanstalten oder Schaffen von Krankenanstaltnetzwerken und Krankenanstalten mit mehreren Standorten (einschl. Festlegungen zum gemeinsamen Betrieb ausgewählter Funktionsbereiche)
2. Kapazitätsanpassungen von extramuraler Leistungserbringung (insb. interdisziplinäre Versorgungsmodelle wie z.B. selbstständige Ambulatorien, Gruppenpraxen oder neu zu etablierende innovative Versorgungsformen; erweiterte Öffnungszeiten) unter Berücksichtigung der festzulegenden regionalen Versorgungsaufträge (vor allem bei neuen Vertragsabschlüssen)
3. Errichtung von interdisziplinären Zentralen Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten und Ambulanten Erstversorgungseinheiten
4. Planung der Spitalsambulanzen im Zusammenhang mit den niedergelassenen Fachärztinnen/Fachärzte
5. Anpassung der tagesklinischen und ambulanten Strukturen ausgehend von den vereinbarten Zielleistungsvolumina je Bereich
6. Festlegen der Rollenverteilung, Aufgabengebiete und Versorgungsaufträge pro ambulanter Versorgungsstufe und verbindliche sektorenübergreifende Angebotsplanung über die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (inkl. Rücknahmemöglichkeit von aufrechten Bewilligungen bei Rückbau von parallelen Strukturen)
7. Festlegen von „best points of service“ mittels regionaler Versorgungsaufträge differenziert nach Versorgungsebene und Einführung von integrierten Versorgungsmodellen
8. Berücksichtigung der „Terminwartezeit“ und „Versorgungswirksamkeit“ je Leistungserbringer bei der regionalen Kapazitätsplanung im ambulanten Bereich (RSG)

Artikel 19 Steuerungsbereich Versorgungsprozesse

(1) Im Steuerungsbereich Versorgungsprozesse müssen die Bundes-Zielsteuerungsverträge insbesondere folgende Festlegungen als Zielvereinbarungen zur Optimierung der Behandlungsprozesse enthalten:

1. Festlegung der Umsetzung von eHealth-Konzepten (elektronische Gesundheitsakte, sektorenübergreifende einheitliche Diagnose- und Leistungsdokumentation, eMedikation, etc.)
2. Reduktion von vermeidbaren Doppel- und Mehrfachbefunden, insbesondere bei elektiven Eingriffen durch die Umsetzung der Bundesqualitätsleitlinie präoperative Diagnostik
3. Flächendeckende Festlegung und Umsetzung von Qualitätsstandards (z.B. Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement)
4. Angebot an Disease Management Programmen und Konzepten zur integrierten Versorgung
5. Operative Maßnahmen zur Umsetzung des § 24 Abs. 2 dritter und vierter Satz KAKuG (Die bestehenden Instrumente zur Umsetzung einer ökonomischen Verschreibweise sind verbindlich aufzunehmen.)
6. Maßnahmen zum effektiven und effizienten Einsatz von Medikamenten

(2) Auf Bundesebene wird als Teil der Zielsteuerung-Gesundheit eine gemeinsame „Medikamentenkommission“ für den intra- und extramuralen Bereich insbesondere für hochpreisige und spezialisierte Medikamente und deren Einsatzgebiete eingerichtet. Dabei gilt Folgendes:

1. Die Aufgabe der „Medikamentenkommission“ besteht darin, auf Antrag eines Bundeslandes oder des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger der Bundes-Zielsteuerungskommission Empfehlungen vorzulegen, welche hochpreisigen und spezialisierten Medikamente in welchem Versorgungssektor eingesetzt werden und welches Kostenerstattungssystem bzw. welcher Versorgungssektor die dabei anfallenden Kosten übernimmt. Ihre Empfehlungen haben dabei auf den „best point of service“ abzustellen und insbesondere auf medizinisch-therapeutischen, gesundheitsökonomischen und versorgungstechnischen Gesichtspunkten zu beruhen, um so die größtmögliche Servicequalität sicherzustellen.
 2. Der gemeinsamen „Medikamentenkommission“ für den intra- und extramuralen Bereich gehören je drei Vertreterinnen/Vertreter der Sozialversicherung und der Länder an. Den Vorsitz führt eine Vertreterin/ein Vertreter des Bundes. Der Bundesminister für Gesundheit entsendet in die Kommission drei ausgewiesene wissenschaftliche Expertinnen/Experten des Arzneimittelwesens. Alle Mitglieder sind stimmberechtigt. Die Empfehlungen trifft sie mit Dreiviertelmehrheit, wobei die Minderheitenmeinung auf Verlangen zu dokumentieren ist.
 3. Die Bundes-Zielsteuerungskommission hat über die Empfehlungen der gemeinsamen „Medikamentenkommission“ für den intra- und extramuralen Bereich zu entscheiden.
 4. Die beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eingerichtete Heilmittel-Evaluierungs-Kommission wird weiterhin die Entscheidungen der Selbstverwaltung in den Verfahren rund um den Erstattungskodex vorbereiten, wobei sie in ihre Empfehlungen an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger die Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission jedenfalls aufzunehmen hat.
- (3) In den Landes-Zielsteuerungsverträgen müssen Maßnahmen zur Optimierung der Behandlungsprozesse durch verbesserte Organisations- und Kommunikationsabläufe zwischen allen Leistungserbringern vorgesehen werden. Als solche Maßnahmen kommen insbesondere in Betracht:
1. Implementierung von eHealth-Konzepten (elektronische Gesundheitsakte, sektorenübergreifende einheitliche Diagnose- und Leistungsdokumentation, eMedikation, etc.)
 2. Implementierung von (sektorenübergreifenden) Leitlinien und Standards (z. B. Aufnahme- und Entlassungsmanagement, präoperative Diagnostik) für Behandlung und Versorgung insbesondere für chronische und häufige Erkrankungen
 3. Patientensteuerung zum „best point of service“
 4. Implementierung evidenzbasierter und qualitätsgesicherter Disease Management Programme sowie integrierter Versorgungskonzepte

Artikel 20

Vorgaben und Inhalte der Landes-Zielsteuerungsverträge

Die Landes-Zielsteuerungsverträge dürfen dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag nicht widersprechen. Sie müssen ausgehend vom regionalen Bedarf insbesondere die Vorgaben aus dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag in den Steuerungsbereichen „Ergebnisorientierung“, „Versorgungsstrukturen“, „Versorgungsprozesse“ und „Finanzziele“ näher konkretisieren und die entsprechenden Maßnahmen zur Umsetzung beinhalten.

Artikel 21
Jahresarbeitsprogramme

Die in den Zielsteuerungsverträgen in den Steuerungsbereichen „Ergebnisorientierung“, „Versorgungsstrukturen“, „Versorgungsprozesse“ und der Finanzzielsteuerung (Abschnitt 6) getroffenen Festlegungen und Maßnahmen sind im Hinblick auf ihre termingerechte Umsetzung zu operationalisieren. Für diesen Zweck sind Jahresprogramme zu erstellen.

6. Abschnitt
Festlegung der Finanzzielsteuerung

Artikel 22
Finanzzielsteuerung – allgemeine Bestimmungen

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, die im 5. Abschnitt konkretisierten Steuerungsbereiche mit einer Finanzzielsteuerung als integralem Bestandteil der Zielsteuerung-Gesundheit zu ergänzen. Die Finanzzielsteuerung ist in Finanzrahmenverträgen auf Bundes- und Landesebene, die Teil der periodenbezogenen Bundes- und Landes-Zielsteuerungsverträge sind, zu konkretisieren.

(2) Grundlage der Finanzzielsteuerung ist ein sektorenübergreifend zu vereinbarendem Ausgabendämpfungspfad. Dieser Ausgabendämpfungspfad umfasst eine Prognose der Gesundheitsausgaben ohne Intervention, die vereinbarten nominellen Ausgabenobergrenzen für öffentliche Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) und die sich daraus ergebenden Dämpfungseffekte beim Ausgabenzuwachs (Ausgabendämpfungseffekte). Diese Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte sind für den Bereich der Sozialversicherung und für den Bereich der Länder sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene darzustellen und auf Landesebene zu sektorenübergreifenden Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekten zusammenzuführen.

(3) Die Vertragspartner stellen auf Grundlage finanziell bewerteter und nachvollziehbarer Annahmen ein Maßnahmenpaket dar, das in Summe geeignet ist, die vereinbarten Ausgabenobergrenzen und die sich daraus ergebenden Ausgabendämpfungseffekte tatsächlich zu erreichen. Die endgültige Zielerreichung orientiert sich abschließend an der Einhaltung der jeweils geltenden Ausgabenobergrenzen.

(4) Auf der Bundesebene werden für die Festlegung des Ausgabendämpfungspfades folgende Kriterien zugrunde gelegt:

1. Der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben ist in der ersten Periode der Zielsteuerung-Gesundheit von 2012 bis 2016 stufenweise soweit zu dämpfen, dass der jährliche Ausgabenzuwachs im Jahr 2016 einen Wert von 3,6 Prozent (durchschnittliche Entwicklung des nominellen Bruttoinlandprodukts gemäß Mittelfristprognose für das Bundesfinanzrahmengesetz) nicht überschreitet. In den weiteren Perioden bleibt der jährliche Ausgabenzuwachs an die durchschnittliche Entwicklung des Bruttoinlandprodukts gemäß Mittelfristprognose für das Bundesfinanzrahmengesetz in der jeweils geltenden Fassung gekoppelt.
2. Im Jahr 2016 ist ein Ausgabendämpfungseffekt von 1,3 Milliarden Euro zu erzielen, daraus ergibt sich eine Ausgabenobergrenze für die öffentlichen Gesundheitsausgaben im Jahre 2016 von insgesamt 25,563 Milliarden Euro.
3. Für die erste Periode der Zielsteuerung-Gesundheit von 2012 bis 2016 sind kumulierte Ausgabendämpfungseffekte von insgesamt 3,43 Milliarden Euro zu erzielen.

(5) In den Folgeperioden sind, insbesondere für die Periode bis 2020, verbindliche Werte für die in Abs. 4 Z 1 bis 3 genannten Größen und die allfällige Änderung der Methodik zur Ermittlung dieser Werte im Bundes-Zielsteuerungsvertrag festzulegen. Dabei ist die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in der jeweils geltenden Fassung zu berücksichtigen.

(6) Die Einhaltung des Ausgabendämpfungspfades auf Bundes- und Landesebene ist zwingend durch partnerschaftlich vereinbarte Maßnahmenpakete im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit sicherzustellen.

(7) Die Ermittlung der für die Finanzzielsteuerung als zielsteuerungsrelevant definierten Gesundheitsausgaben im Bereich der Länder und der Sozialversicherung hat transparent und umfassend zu erfolgen. Die Methodik der österreichweiten Darstellung und die Ausgangszahlen für die erste Periode der Zielsteuerung-Gesundheit sind in den Art. 26 und Art. 27 festgelegt. Die für die Ermittlung der öffentlichen Gesundheitsausgaben und für das nachfolgende Monitoring erforderlichen Rechenwerke sind gegenseitig offen zu legen und die entsprechenden Datenherkünfte sind auszuweisen.

(8) Gesundheitsausgaben aus dem Bereich der Pensionsversicherung, Unfallversicherung, Krankenfürsorgeanstalten und des Bundes sowie Investitionen sind gesondert darzustellen.

(9) Die Finanzzielsteuerung bezieht sich auf die Mittelverwendung. Die einschlägigen Bestimmungen zur Mittelherkunft, insbesondere die Festlegungen in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in der jeweils geltenden Fassung, bleiben von der Zielsteuerung-Gesundheit unberührt.

(10) Bei der Umsetzung der Finanzzielsteuerung ist jedenfalls sicherzustellen, dass die soziale Krankenversicherung eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik anzustreben hat.

Artikel 23

Stärkung der Gesundheitsförderung

(1) Zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention sind in allen Landesgesundheitsfonds jeweils Sondervermögen mit eigenem Verrechnungskreis als sogenannte „Gesundheitsförderungsfonds“ ohne Rechtspersönlichkeit einzurichten.

(2) Österreichweit erfolgt die Dotierung dieser Gesundheitsförderungsfonds für 10 Jahre (2013 bis 2022) mit insgesamt 150 Millionen Euro, wobei durch die Sozialversicherung 130 Millionen Euro und durch die Länder 20 Millionen Euro in gleichen Jahrestranchen einzubringen sind. Die Mittel der Sozialversicherung werden nach dem Versichertenschlüssel, die Mittel der Länder werden nach der Volkszahl aufgebracht und in dieser Form auf die Bundesländer verteilt.

(3) Auf Landesebene erfolgt die Entscheidung über die Verwendung der Mittel aus dem Gesundheitsförderungsfonds in der Landes-Zielsteuerungskommission im Einvernehmen zwischen Land und Sozialversicherung.

(4) Im Geschäftsjahr nicht verwendete Mittel sind im Folgejahr den zur Verfügung stehenden Gesundheitsförderungsmitteln zuzuschlagen.

(5) Die Bundes-Zielsteuerungskommission hat für die Verwendung dieser Gesundheitsförderungsmittel Grundsätze und Ziele zu beschließen, wobei insbesondere sicherzustellen ist, dass Gesundheitsförderungsprojekte den grundsätzlichen Zielsetzungen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages und der Landes-Zielsteuerungsverträge nicht widersprechen.

Artikel 24

Inhalt und Gegenstand der Finanzrahmenverträge

(1) Die Finanzrahmenverträge auf Bundes- und Landesebene legen die Ausgabenobergrenzen und die daraus abgeleiteten Ausgabendämpfungseffekte fest. Diese umfassen die von den Vertragsparteien im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit zu verantwortenden Gesundheitsausgaben, die hinkünftig einer gemeinsamen Finanzverantwortung von Ländern und Sozialversicherung hinsichtlich der Mittelverwendung, wie in Art. 22 dargelegt, unterliegen.

(2) Auf Bundesebene haben die Finanzrahmenverträge für die jeweilige Periode der Zielsteuerung-Gesundheit jedenfalls folgende Inhalte zu umfassen:

1. Für den bundesweiten sektorenübergreifenden Ausgabendämpfungspfad der öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege:
 - a) den Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode
 - b) die Ausgabenentwicklung in der Periode ohne Intervention
 - c) die jährlichen Ausgabenobergrenzen und die daraus abzuleitenden
 - d) jährlichen und über die Periode kumulierten Ausgabendämpfungseffekte sowie
 - e) den Aufteilungsschlüssel für die Ausgabendämpfungseffekte auf die beiden Sektoren
2. Für die bundesweiten sektoralen Ausgabendämpfungspfade der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben:
 - a) die Ausgangswerte für das erste Jahr der jeweiligen Periode
 - b) die Ausgabenentwicklung in der Periode ohne Intervention
 - c) die jährlichen Ausgabenobergrenzen und die daraus abzuleitenden
 - d) jährlichen und über die Periode kumulierten Ausgabendämpfungseffekte gemäß Z 1 lit. d und e
- gesondert für Länder und Sozialversicherung
3. Die Aufteilung der in Z 2 lit. c und d dargestellten Ausgabenobergrenzen und daraus abgeleiteten Ausgabendämpfungseffekte
 - a) auf die neun Bundesländer
 - b) auf alle Träger der sozialen Krankenversicherung sowie die
 - c) bundesländerweise Zusammenführung von lit. b
4. Gesondert darzustellen sind:
 - a) Investitionen
 - b) Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung (insbesondere Rehabilitation)
 - c) Gesundheitsausgaben der Unfallversicherung
 - d) Gesundheitsausgaben der Krankenfürsorgeanstalten
 - e) Gesundheitsausgaben des Bundes
5. Die konkrete Ausgestaltung der differenzierten Ausgabendarstellung für den extra- und intramuralen Bereich sowie die Generierung der dafür erforderlichen Datengrundlagen ist im ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag zu vereinbaren.
6. Des Weiteren sind im ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag die inhaltlichen bundesweiten Rahmenregelungen für die auf Landesebene gemäß Abs. 3 Z 7 vorzusehenden Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen für vereinbarte sektorenübergreifenden Leistungsverschiebungen zu vereinbaren.

(3) Auf Landesebene haben die Finanzrahmenverträge für die jeweilige Periode der Zielsteuerung-Gesundheit für alle neun Bundesländer jedenfalls folgende Inhalte zu umfassen:

1. Darstellung des Ausgabendämpfungspfades der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben des jeweiligen Landes:
 - a) der Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode
 - b) die Ausgabenentwicklung in der Periode ohne Intervention
 - c) die jährlichen Ausgabenobergrenzen und die daraus abzuleitenden
 - d) jährlichen und über die Periode kumulierten Ausgabendämpfungseffekte gemäß Abs. 2 Z 3 lit. a
2. Darstellung des Ausgabendämpfungspfades der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben der Sozialversicherung im jeweiligen Land:
 - a) den Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode
 - b) die Ausgabenentwicklung in der Periode ohne Intervention
 - c) die jährlichen Ausgabenobergrenzen der Sozialversicherung und die daraus abzuleitenden
 - d) jährlichen und über die Periode kumulierten Ausgabendämpfungseffekte gemäß Abs. 2 Z 3 lit. c
3. Die Darstellung des zusammengeführten Ausgabendämpfungspfades gemäß Z 1 und Z 2 für das jeweilige Bundesland
4. Die auf das jeweilige Bundesland entfallenden Investitionen getrennt nach Land und Sozialversicherung
5. Die Darstellung der Ausgaben beider Sektoren erfolgt nach einer funktionalen Gliederung aufgrund einer bundeseinheitlichen Berichtsvorlage: Für den extramuralen Bereich ist eine differenzierte Darstellung der Ausgaben entsprechend der bisherigen funktionalen Gliederung vorzunehmen. Für den intramuralen Bereich ist jedenfalls eine differenzierte Darstellung der wesentlichen Finanzierungspositionen der Landesgesundheitsfonds und der Länder/Gemeinden vorzunehmen. Darüber hinaus ist für den intramuralen Bereich ausgehend von den Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen der Krankenanstaltenträger und ausgehend von den bundesweit einheitlichen Datengrundlagen zur Krankenanstalten-Kostenrechnung eine nach materiellen und funktionellen Gesichtspunkten differenzierte aus diesen Rechenwerken ableitbare Ausgaben- bzw. Kostendarstellung (Ausgaben/Kosten für Personal, für medizinische und nichtmedizinische Ge- und Verbrauchsgüter einschließlich einer gesonderten Darstellung der Heilmittel, für den Bezug von medizinischen und nichtmedizinischen Fremdleistungen und für Investitionen) zu definieren und zu ergänzen. Eine differenzierte Darstellung nach Funktions- und Fachbereichen ist anzustreben.
6. Die in den Landes-Zielsteuerungsverträgen vereinbarten Maßnahmen sind in finanzieller Hinsicht wie folgt darzustellen:
 - a) Gesamtbewertung der dargestellten Maßnahmen gemäß Art. 17 Abs. 2, Art. 18 Abs. 2 und Art. 19 Abs. 3 und
 - b) deren Auswirkung auf den intra- und extramuralen Bereich.
7. Verbindliche Regelungen für sektorenübergreifende Finanzierungen und Verrechnungen gemäß Abs. 2 Z 6 von durch die Zielsteuerung-Gesundheit veranlassten Leistungsverschiebungen bzw. von neu etablierten Versorgungsformen

Artikel 25

Festlegung des Ausgabendämpfungspfades für die erste Periode auf Bundesebene

(1) Ausgangsbasis für die Ermittlung der nominellen Ausgabenobergrenzen einschließlich Ausgabendämpfungseffekte auf Bundesebene sowie für die Definition von sektoralen und regionalen Ausgabenobergrenzen für die erste Periode von 2012 bis 2016 sind die öffentlichen Gesundheitsausgaben 2010 in ihrer jeweiligen Ausprägung unter Vornahme von Abgrenzungen in Analogie zu den Ansätzen der Statistik Austria auf Grundlage von „Systems of Health Accounts (SHA)“.

(2) Die Ausgabendämpfungseffekte ergeben sich aus der Differenz der Prognose der öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Intervention und der Ausgabenobergrenzen zur Annäherung an den BIP-Pfad.

(3) Ausgehend von den öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege (öGA) 2010 in der Höhe von 20.262 Millionen Euro wird ein Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben für das Jahr 2011 mit 3,3 % zugrundegelegt. Daraus ergibt sich ein Ausgangswert für 2011 in der Höhe von 20.931 Millionen Euro.

(4) Für die Prognose der Gesundheitsausgaben ohne Intervention wird für die Jahre 2012 bis 2015 ein jährlicher Steigerungswert von 5,22 % und für das Jahr 2016 von 4,65 % zugrundegelegt.

(5) Aus der stufenweise Annäherung an den prognostizierten BIP-Pfad gemäß Art. 22 Abs. 4 Z 1 ergibt sich für die Jahre 2012 bis 2016 folgender Ausgabendämpfungspfad:

Beträge in Mio. Euro	2012	2013	2014	2015	2016
Ausgabenentwicklung öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Intervention	22.024	23.175	24.386	25.660	26.853
Ausgabenobergrenze	21.873	22.813	23.748	24.675	25.563
jährliche Ausgabendämpfungseffekte (gerundet)	150	360	640	980	1.300

Artikel 26

Festlegung des Ausgabendämpfungspfades für die erste Periode im Bereich der Länder

(1) Die Länder verpflichten sich, in der ersten Periode bis 2016 kumulierte Ausgabendämpfungseffekte der öffentlichen Gesundheitsausgaben in der Höhe von 2.058 Millionen Euro zu erzielen.

(2) Darauf aufbauend ergeben sich für die erste Periode bis 2016 folgende zu realisierende Ausgabendämpfungseffekte der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die Länder:

2012	90 Mio. Euro
2013	126 Mio. Euro (kumuliert: 216 Mio. Euro)
2014	168 Mio. Euro (kumuliert: 384 Mio. Euro)
2015	204 Mio. Euro (kumuliert: 588 Mio. Euro)
2016	192 Mio. Euro (kumuliert: 780 Mio. Euro)

Kumulierter Ausgabendämpfungsanteil der Länder bis 2016: 2.058 Mio. Euro

(3) Die in Abs. 2 festgelegten Ausgabendämpfungseffekte sind von den Ländern auf Grundlage der laufenden gesundheitsversorgungsrelevanten Ausgaben der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten (FKA) zu erzielen. Die zielsteuerungsrelevanten Ausgangswerte sind aus den Rechnungsabschlüssen der Landesgesundheitsfonds bzw. der Länder und Gemeinden wie folgt abzuleiten (vergleiche Anhang):

Ausgaben für Fondsärztekassen (FKA) gemäß Rechnungsabschlüsse (RA) der Landesgesundheitsfonds (LGF) (inkl. der Mittel gemäß Gesundheits- und Sozialbereichs-Beihilfengesetz (GSBG))
 abzügl. Investitionen (inkl. Schuldendienste für Investitionen)
 abzügl. Strukturmittel
 abzügl. über LGF ausgewiesene Betriebsabgangsdeckung
 abzügl. ausländische Gastpatienten
 abzügl. sonstige Kostenbeiträge
 ergibt: Zielsteuerungsrelevante Ausgaben für FKA gemäß RA der LGF
 zuzügl. Betriebsabgangsdeckung ausgewiesen in den RA der Eigentümer bzw. öffentl. Träger (insb. Länder und Gemeinden)
 zuzügl. Betriebsabgangsdeckungen der Gemeinden (falls relevant)
 abzügl. Betriebsabgangsdeckung/Betriebskostenzuschüsse für Pflegeheime (falls relevant)
 zuzügl. Sozialhilfe (sofern nicht in RA der Landesgesundheitsfonds enthalten)
 ergibt: Zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben im Bereich der Länder

(4) Ausgaben der Landesgesundheitsfonds für Mittel gemäß Gesundheits- und Sozialbereichs-Beihilfengesetz (GSBG) sind in den zielsteuerungsrelevanten Ausgangswerten inkludiert. Diese Ausgabenposition ist im Rahmen des Finanzzielsteuerungs-Monitorings jedenfalls einer gesonderten Analyse zu unterziehen. Allenfalls sich ergebende Veränderungen der GSBG-Mittel aufgrund geänderter Steuerpflichtigkeit insbesondere bei Personalverrechnungen zwischen Gebietskörperschaften und Krankenanstalten-Gesellschaften bleiben bei der Feststellung der Erfüllung der Ausgabenobergrenzen außer Betracht.

(5) Eine Modifikation der Darstellungsweise der Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds sowie weiterer zu Grunde liegender Rechenwerke eines Landes, sofern für die Zielsteuerung-Gesundheit von Relevanz, sind gegenüber den Partnern der Zielsteuerung-Gesundheit transparent zu machen. Eine Zeitreihenkontinuität bei den für die Finanzzielsteuerung relevanten Positionen ist jedenfalls sicherzustellen und bei allfälligen Änderungen ist zur Sicherstellung dieser Kontinuität mit den Vertragsparteien in der Bundes-Zielsteuerungskommission Einvernehmen herzustellen.

(6) Für die Länder wird für das Jahr 2010 ein Ausgangswert von 9.320 Millionen Euro als zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben definiert; für das Jahr 2011 ergibt sich damit unter Berücksichtigung des zugrundegelegten Anstiegs von 3,3 % ein Wert von 9.627 Millionen Euro.

(7) In der ersten Periode bis 2016 ergeben sich damit für die Länder folgende Ausgabenobergrenzen einschließlich Ausgabendämpfungseffekte, wobei die Umsetzung der Zielvorgaben in der Periode im Vordergrund zu stehen hat:

Jahr	Definierte Ausgangswerte der Länder für die Finanzzielsteuerung, ohne Ausgabendämpfung (bundesweit)	Summe der Ausgabendämpfung der Länder	Ausgabenobergrenzen der Länder (bundesweit)
2012	10.130 Mio. €	90 Mio. €	10.040 Mio. €
2013	10.659 Mio. €	216 Mio. €	10.443 Mio. €
2014	11.215 Mio. €	384 Mio. €	10.831 Mio. €
2015	11.801 Mio. €	588 Mio. €	11.213 Mio. €
2016	12.349 Mio. €	780 Mio. €	11.569 Mio. €

Übererfüllungen bei den Ausgabendämpfungseffekten der Länder in einem Jahr können auf die Folgejahre angerechnet werden, vorausgesetzt die festgelegten jährlichen Ausgabenobergrenzen werden eingehalten.

(8) Die Verteilung der Ausgabenobergrenzen einschließlich der zu erzielenden Ausgabendämpfungseffekte innerhalb der Länder ist durch die Länder vorzunehmen und in den Bundes- und jeweiligen Landes-Zielsteuerungsverträgen zu dokumentieren (Beschluss der Landesfinanzreferentenkonferenz vom 2. Oktober 2012).

Artikel 27

Festlegung des Ausgabendämpfungspfades für die erste Periode im Bereich der Sozialversicherung

(1) Der Bund hat sicherzustellen, dass die Sozialversicherungsträger in der ersten Periode bis 2016 kumulierte Ausgabendämpfungseffekte der öffentlichen Gesundheitsausgaben in der Höhe von 1.372 Millionen Euro erzielen.

(2) Darauf aufbauend ergibt sich für die erste Periode bis 2016 folgende zu realisierende Ausgabendämpfungseffekte der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die Sozialversicherung:

2012	60 Mio. Euro
2013	84 Mio. Euro (kumuliert: 144 Mio. Euro)
2014	112 Mio. Euro (kumuliert: 256 Mio. Euro)
2015	136 Mio. Euro (kumuliert: 392 Mio. Euro)
<u>2016</u>	<u>128 Mio. Euro (kumuliert: 520 Mio. Euro)</u>

Kumulierter Ausgabendämpfungsanteil der Sozialversicherung bis 2016: 1.372 Mio. Euro

(3) Die in Abs. 2 festgelegten Ausgabendämpfungseffekte sind von der Sozialversicherung auf Grundlage der laufenden Ausgaben zu erzielen. Die Grundlage für die zielsteuerungsrelevanten Ausgaben der Sozialversicherung stellen die Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherungsträger dar, wobei folgende Ausgabenanteile zur Feststellung der relevanten Ausgangswerte zum Abzug zu bringen sind (vergleiche Anhang):

1. Überweisungen an die Landesgesundheitsfonds
2. Überweisungen für den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF), Unfall- und sonstige Spitäler sowie Hanusch Krankenhaus
3. Stationäre Rehabilitation
4. Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung (Kuren)
5. Barleistungen (Krankengeld, Wochengeld, Bestattungskostenzuschuss)
6. Abschreibungen
7. Finanzaufwendungen
8. Überweisungen an den Ausgleichsfonds
9. Übrige außerordentliche Aufwendungen
10. Zuweisung Rücklagen

(4) Modifikationen der Darstellungsweise der Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherung, soweit diese für die Zielsteuerung-Gesundheit relevant sind, sind transparent zu machen. Eine Zeitreihenkontinuität bei den für die Finanzzielsteuerung relevanten Positionen ist jedenfalls sicherzustellen und bei allfälligen Änderungen ist zur Sicherstellung dieser Kontinuität mit den Vertragsparteien in der Bundes-Zielsteuerungskommission Einvernehmen herzustellen.

(5) Für die Sozialversicherung wird für das Jahr 2010 ein Ausgangswert von 8.146 Millionen Euro als zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben definiert; für das Jahr 2011 ergibt sich damit unter Berücksichtigung des zugrundegelegten Anstiegs von 3,3 % ein Wert von 8.415 Millionen Euro.

(6) In der ersten Periode bis 2016 ergeben sich damit für die Sozialversicherung folgende Ausgabenobergrenzen einschließlich Ausgabendämpfungseffekte, wobei die Umsetzung der Zielvorgaben in der Periode im Vordergrund zu stehen hat:

Jahr	Definierte Ausgangswerte der SV für die Finanzzielsteuerung, ohne Ausgabendämpfung (bundesweit)	Summe der Ausgaben-dämpfung der SV	Ausgabenobergrenze der SV (bundesweit)
2012	8.854 Mio. €	60 Mio. €	8.794 Mio. €
2013	9.316 Mio. €	144 Mio. €	9.172 Mio. €
2014	9.802 Mio. €	256 Mio. €	9.546 Mio. €
2015	10.314 Mio. €	392 Mio. €	9.922 Mio. €
2016	10.794 Mio. €	520 Mio. €	10.274 Mio. €

(7) Die Verteilung der Ausgabenobergrenzen einschließlich der zu erzielenden Ausgabendämpfungseffekte innerhalb der Sozialversicherungsträger sowie die länderweise Zuordnung der Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte sind durch die Sozialversicherung vorzunehmen und in den Bundes- und jeweiligen Landes-Zielsteuerungsverträgen zu dokumentieren.

Artikel 28 Virtuelles Budget

- (1) Die gemeinsame Finanzverantwortung auf Landesebene im Rahmen des virtuellen Budgets bezieht sich auf die zu vereinbarenden Finanzrahmenverträge gemäß Art. 24 und umfasst:
 - 1. die Ausgabendämpfungseffekte und die Ausgabenobergrenzen und
 - 2. die Maßnahmen gem. Art. 22 Abs. 3.
- (2) Die Inhalte gemäß Abs. 1 Z 1 sind in Art. 22 Abs. 3 und Art. 24 Abs. 3 Z 1, 2 und 3 geregelt.
- (3) Die Inhalte gemäß Abs. 1 Z 2 sind in Art. 22 Abs. 3 und Art. 24 Abs. 3 Z 6 und 7 geregelt.
- (4) Land und Sozialversicherung verantworten im Sinne des Art. 16 Abs. 3 gemeinsam die Realisierung der in den Finanzrahmenverträgen vereinbarten Ziele, wobei das entsprechende Vorgehen bei der Nicht-Erreichung von Zielen und bei Verstößen gegen die Finanzrahmenverträge in den Art. 34 und 35 geregelt ist.

7. Abschnitt

Festlegungen zum Monitoring und Berichtswesen

Artikel 29

Implementierung eines Monitorings und Berichtswesens

(1) Im Zielsteuerungssystem Gesundheit sind auf Bundes- und Landesebene die vereinbarten Ziele so zu definieren, dass ein laufendes Monitoring klar festgelegter Messgrößen und Zielwerte möglich ist. Dabei ist auch ein einheitliches Bewertungsschema zur Beurteilung des Zielerreichungsgrades sicherzustellen.

(2) Die Partner der Zielsteuerung-Gesundheit haben auf Bundesebene ein nach Sektoren und Regionen differenziertes österreichweites Monitoring und Berichtswesen zu implementieren. Dieses Berichtswesen muss folgende Anforderungen erfüllen:

1. Monitoring der operationalisierten Ziele der Zielsteuerung-Gesundheit anhand der vertraglich vereinbarten Messgrößen und Zielwerte
2. Schaffung von Transparenz und Vergleichbarkeit
3. Strukturierte öffentliche Berichte

(3) Bund und Länder stellen sicher, dass die für das Monitoring und die darauf basierende Evaluierung erforderlichen Daten zeitgerecht zur Verfügung gestellt werden. Die Länder stimmen zu, dass gemäß § 17 Abs. 2 des Bundesstatistikgesetzes 2000 dem für Gesundheit zuständige Bundesministerium für die Zwecke des Monitorings alle seine von der Statistik Austria verwendeten Daten für die Berechnung nach dem System of Health Accounts (SHA) dauerhaft von der Statistik Austria direkt zur Verfügung gestellt werden.

Artikel 30

Prozessschritte

Das Monitoring und Berichtswesen hat in folgenden klar voneinander getrennten Prozessschritten zu erfolgen:

1. Das Monitoring (Datensammlung, Aufbereitung und Auswertung) erfolgt durch die Gesundheit Österreich GmbH. Die so gewonnenen Daten samt Aufbereitung und Auswertung sind an die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission zur Stellungnahme zu übermitteln.
2. Die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission hat handlungsleitende Empfehlungen zu erarbeiten.
3. Die Abnahme des Monitoringberichts einschließlich der handlungsleitenden Empfehlungen erfolgt unter Berücksichtigung der Stellungnahmen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission.
4. Die Bundes-Zielsteuerungskommission hat den Monitoringbericht einschließlich der handlungsleitenden Empfehlungen und der Stellungnahmen an die Landes-Zielsteuerungskommissionen zu übermitteln.

Artikel 31

Finanzierung des Monitorings und Berichtswesens

Die Finanzierung des auf Bundesebene zu implementierenden Monitorings Zielsteuerung-Gesundheit und Berichtswesens erfolgt durch den Bund.

Artikel 32
Detailregelungen zum Monitoring und Berichtswesen

(1) Die detaillierten Regelungen zum Monitoring und zur darauf basierenden Evaluierung, insbesondere hinsichtlich der erforderlichen Daten, deren Form und Datenquellen, sind im ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag verbindlich zu vereinbaren. Diese Regelungen sind regelmäßig den Erfordernissen, die sich aus der Zielsteuerung-Gesundheit ergeben, insbesondere in Hinblick auf die Sicherstellung der Datenverfügbarkeit anzupassen. Bei diesen Detailregelungen ist jedenfalls darauf zu achten, dass

1. die Handhabung des Monitorings und der darauf basierenden Evaluierung einfach und ohne großen Aufwand möglich ist,
2. primär bestehende Routinedokumentationen und Datenmeldeschienen genutzt werden,
3. bundesweit akkordierte einheitliche Messgrößen verwendet werden und
4. eine hohe Aktualität sichergestellt ist.

(2) Die Periodizität des Monitorings und der darauf basierenden Evaluierung ist hinsichtlich der wesentlichen Messgrößen und Zielwerte zur Versorgung (entsprechend den Steuerungsbereichen im Abschnitt 5) und zur Finanzzielsteuerung (entsprechend Abschnitt 6) im Bundes-Zielsteuerungsvertrag zu regeln.

8. Abschnitt
Regelungen zum Sanktionsmechanismus

Artikel 33
Allgemeines

(1) Bund und Länder kommen überein, für folgende Fälle einen Sanktionsmechanismus festzulegen:

1. Im Zuge des Monitorings festgestellte Nicht-Erreichung von Zielen, die in dieser Vereinbarung, im Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder in den Landes-Zielsteuerungsverträgen festgelegt sind
2. Verstoß gegen diese Vereinbarung, den Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder die Landes-Zielsteuerungsverträge
3. Nicht-Zustandekommen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages oder der Landes-Zielsteuerungsverträge

(2) Die in anderen Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG festgelegten Sanktionsmechanismen bleiben von den in diesem Abschnitt getroffenen Regelungen unberührt. Finanzielle Sanktionen für das Nicht-Erreichen von Finanzzielen unterliegen ausschließlich der Vereinbarung zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden über einen Österreichischen Stabilitäts- und Wachstumspakt 2012, BGBl. I Nr. xx/2013.

Artikel 34

Regelungen bei Nicht-Erreichung von festgelegten Zielen

Wird im Zuge des Monitorings durch die Bundes-Zielsteuerungskommission festgestellt, dass die Ziele, die in dieser Vereinbarung, im Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder in den Landes-Zielsteuerungsverträgen festgelegt sind, nicht erreicht wurden, gilt Folgendes:

1. Bei Nicht-Erreichung der im Bundes-Zielsteuerungsvertrag festgelegten gemeinsamen Ziele auf Landesebene hat die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission, in deren Land das Ziel nicht erreicht wurde, binnen acht Wochen nach Feststellung der Nicht-Erreichung der Ziele der Bundes-Zielsteuerungskommission einen schriftlichen Bericht vorzulegen. Betrifft die Nichterreichung den Bund, trifft die Berichtspflicht an die Bundes-Zielsteuerungskommission den Bund.
2. Bei Nicht-Erreichung der in den Landes-Zielsteuerungsverträgen festgelegten gemeinsamen Ziele hat die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission binnen acht Wochen nach Feststellung der Nicht-Erreichung der Ziele der Bundes-Zielsteuerungskommission einen schriftlichen Bericht vorzulegen.
3. Die unter Z 1 und 2 genannten Berichte haben jedenfalls die Gründe für die Nicht-Erreichung der festgelegten Ziele und jene zu setzenden Maßnahmen zu enthalten, die die Erreichung der Ziele zum ehestmöglichen Zeitpunkt gewährleisten.
4. Die Bundes-Zielsteuerungskommission hat die unter Z 1 und 2 genannten Berichte insbesondere hinsichtlich der vorgeschlagenen Maßnahmen und dem vorgeschlagenen Zeitplan zur Erreichung des Ziels zu genehmigen. Bei Nichtgenehmigung sind überarbeitete Berichte vorzulegen.
5. Die gemäß Z 4 von der Bundes-Zielsteuerungskommission genehmigten bzw. nicht genehmigten Berichte sind mit entsprechender Kommentierung der Bundes-Zielsteuerungskommission und mit Stellungnahme der jeweils Betroffenen zu veröffentlichen.

Artikel 35

Regelungen bei Verstößen gegen diese Vereinbarung, den Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder die Landes-Zielsteuerungsverträge

(1) Liegt aus Sicht eines Vertragspartners der Zielsteuerung-Gesundheit ein Verstoß gegen diese Vereinbarung oder gegen den Bundes-Zielsteuerungsvertrag vor, so ist dieser Verstoß von diesem Vertragspartner in der Bundes-Zielsteuerungskommission schriftlich und begründet aufzuzeigen. Die aufgezeigten Verstöße sind in der Bundes-Zielsteuerungskommission zu behandeln und es sind bei festgestellten Verstößen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission umgehend handlungsleitende Maßnahmen zur Wiederherstellung des vereinbarungs- oder vertragskonformen Zustandes in die Wege zu leiten.

(2) Liegt aus Sicht eines Vertragspartners eines Landes-Zielsteuerungsvertrages ein Verstoß gegen diesen Landes-Zielsteuerungsvertrag vor, so ist dieser Verstoß von diesem Vertragspartner in der Landes-Zielsteuerungskommission schriftlich und begründet aufzuzeigen. Die aufgezeigten Verstöße sind in der Landes-Zielsteuerungskommission zu behandeln und es sind bei festgestellten Verstößen durch die Landes-Zielsteuerungskommission umgehend handlungsleitende Maßnahmen zur Wiederherstellung des vertragskonformen Zustandes in die Wege zu leiten.

(3) Lässt sich innerhalb von 2 Monaten in der Bundes-Zielsteuerungskommission bzw. in der Landes-Zielsteuerungskommission kein Einvernehmen darüber herstellen, ob ein Verstoß vorliegt bzw.

Über die zu ergreifenden Maßnahmen, kann der den Verstoß aufzeigende Vertragspartner das Schlichtungsverfahren gemäß Art. 37 einleiten.

(4) Sofern aus einem im Schlichtungsverfahren festgestellten Verstoß gegen den Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder die Landes-Zielsteuerungsverträge Mehrausgaben resultieren, sind diese vom vertragsbrüchigen Partner zu tragen. Die daraus resultierenden Mehrausgaben sind den finanzielle Zielsteuerungsrelevanten Ausgaben des vertragsbrüchigen Partners zuzuschlagen.

Artikel 36

Regelungen bei Nicht-Zustandekommen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages oder der Landes-Zielsteuerungsverträge

(1) Liegt bis zum in Abschnitt 3 (Art. 8 Abs. 4 Z 3) dieser Vereinbarung festgelegten Zeitpunkt kein unterfertigter Landes-Zielsteuerungsvertrag vor, kann auf begründeten Antrag der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission eine angemessene Nachfrist für die Vorlage des unterfertigten Landes-Zielsteuerungsvertrag durch den Bund eingeräumt werden. Darüber ist die Bundes-Zielsteuerungskommission zu informieren.

(2) Kommt innerhalb der eingeräumten Frist weiterhin kein unterfertigter Landes-Zielsteuerungsvertrag zustande gilt Folgendes:

1. In der Landes-Zielsteuerungskommission sind die Konsens- und Dissens-Punkte festzustellen und der Bundes-Zielsteuerungskommission vorzulegen.
2. Die Bundes-Zielsteuerungskommission hat handlungsleitende Vorgaben im Hinblick auf die bestehenden Dissens-Punkte bzw. auf allenfalls aus dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag abzuleitende fehlende Punkte festzulegen.
3. Die Bundes-Zielsteuerungskommission hat einen Bericht über Z 1 und 2 durch Veröffentlichung transparent zu machen. Die Stellungnahmen der beteiligten Parteien sind darin vollumfänglich zu integrieren.

(3) Liegt bis zum in Abschnitt 3 (Art. 8 Abs. 3 Z 3) dieser Vereinbarung festgelegten Zeitpunkt kein unterfertigter Bundes-Zielsteuerungsvertrag vor gilt nach erfolgloser Verstreichung einer Nachfrist von 2 Monaten Folgendes:

1. In der Bundes-Zielsteuerungskommission sind die Konsens- und Dissens-Punkte festzustellen und durch Veröffentlichung transparent zu machen.
2. Kommt innerhalb von drei Monaten nach Veröffentlichung kein Bundes-Zielsteuerungsvertrag zustande, hat der Bundesminister für Gesundheit befristet für ein Jahr handlungsleitende Vorgaben im Hinblick auf die bestehenden Dissens-Punkte bzw. auf allenfalls fehlende Punkte festzulegen. Bei finanziellen Auswirkungen ist das Einvernehmen mit der Bundesministerin für Finanzen herzustellen. Bei diesen Festlegungen hat der Bundesminister für Gesundheit von den bereits bestehenden Vorarbeiten und von den handlungsleitenden Vorgaben, die geeignet sind die wesentlichen Ziele zu erreichen, auszugehen.

Artikel 37

Schlichtungsverfahren für Streitigkeiten aus dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder den Landes-Zielsteuerungsverträgen im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit

(1) Für Streitigkeiten aus dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder den Landes-Zielsteuerungsverträgen wird beim Bundesministerium für Gesundheit im Zusammenhang mit der Zielsteuerung-Gesundheit eine Schlichtungsstelle eingerichtet.

(2) Der Schlichtungsstelle gehören folgende auf vier Jahre bestellte Mitglieder an:

1. Eine/ein von der Bundes-Zielsteuerungskommission bestellte/bestellter ausgewiesene/ausgewiesener und unabhängige/unabhängiger Gesundheitsexpertin/Gesundheitsexperte als Vorsitzender
2. zwei vom Bund entsendete Mitglieder
3. zwei von den Ländern gemeinsam entsendete Mitglieder

4. zwei vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entsendete Mitglieder
Für Entscheidungen der Schlichtungsstelle ist die einfache Mehrheit erforderlich, wobei allen Mitgliedern je eine Stimme zukommt, bei Entscheidungen über Streitigkeiten aus den Landes-Zielsteuerungsverträgen haben die vom Bund entsandten Mitglieder kein Stimmrecht.

(3) Wird die Schlichtungsstelle von einem Vertragspartner angerufen, hat sie unter Anhörung der betroffenen Vertragspartner in der Sache zu entscheiden und diese Entscheidung durch Veröffentlichung transparent zu machen. Diese Entscheidung ist von den betroffenen Vertragspartnern anzuerkennen. Die Schlichtungsstelle hat diese Entscheidung

1. den betroffenen Vertragspartnern und
2. der Bundes-Zielsteuerungskommission sowie
3. der jeweils betroffenen Landes-Zielsteuerungskommission bei Streitigkeiten aus dem Landes-Zielsteuerungsvertrag

zur Kenntnis zu bringen.

9. Abschnitt
Eckpunkte für gesetzliche Regelungen für die Errichtung der Zielsteuerung-Gesundheit sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene

Artikel 38
Gesetzliche Regelungen auf Bundesebene

(1) Zur Sicherstellung der Errichtung und der Durchführung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit hat der Bund insbesondere folgende gesetzliche Regelungen vorzusehen:

1. Verpflichtung der Sozialversicherung zur Einhaltung der Prinzipien, Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung-Gesundheit, die insbesondere in den Abschnitten 5 und 6 festgelegt sind
2. Verpflichtung der Sozialversicherung gemeinsam mit Bund und Ländern digitale Informationssysteme aus dem eHealth-Bereich zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung einzusetzen
3. Verankerung der verbindlichen Unterfertigung des Bundes-Zielsteuerungsvertrages durch den Hauptverband nach Beschluss der Trägerkonferenz
4. Regelungen für Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen sowie für Projekte auf Basis von Zielsteuerungsverträgen insbesondere zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereiches
5. Festschreibung der geänderten Organe (Zusammensetzung, Beschlussmodalitäten und Aufgabenzuteilung) der Bundesgesundheitsagentur und von Regelungen für die Entsendung von Vertreterinnen/Vertretern der Sozialversicherung in die Organe auf Bundes- und Landesebene und Regelungen zur internen Willensbildung innerhalb der Sozialversicherung
6. Verpflichtung des Bundes, der Länder, der Landesgesundheitsfonds, der Sozialversicherung sowie der Gesundheitsdienstleister, alle für die Zielsteuerung-Gesundheit inkl. Monitoring erforderlichen Daten zu dokumentieren sowie den Partnern der Zielsteuerung-Gesundheit in entsprechend aufbereiteter und nachvollziehbarer Form zur Verfügung zu stellen
7. Schaffung der Rechtsgrundlage für das bundesweite Monitoring und der darauf aufbauenden Evaluierung
8. Festlegungen für den Sanktionsmechanismus

(2) Der Bund verpflichtet sich, die gesetzlichen Regelungen gemäß Abs. 1 sowie die erforderlichen sonstigen bundesgesetzlichen Anpassungen rechtzeitig vorzunehmen.

Artikel 39
Gesetzliche Regelungen auf Landesebene

(1) Zur Sicherstellung der Errichtung und der Durchführung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit haben die Länder folgende gesetzliche Regelungen vorzusehen:

1. Verpflichtung der Landesgesundheitsfonds zur Einhaltung der Prinzipien, Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung-Gesundheit, die insbesondere in den Abschnitten 5 und 6 festgelegt sind
2. Verpflichtung gemeinsam mit Bund und Sozialversicherung digitale Informationssysteme aus dem eHealth-Bereich zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung einzusetzen
3. Festschreibung der geänderten Organe (Zusammensetzung, Beschlussmodalitäten und Aufgabenzuteilung) der Landesgesundheitsfonds
4. Festlegungen für den Sanktionsmechanismus

(2) Der Länder verpflichten sich, die gesetzlichen Regelungen gemäß Abs. 1 sowie die erforderlichen sonstigen landesgesetzlichen Anpassungen rechtzeitig vorzunehmen.

10. Abschnitt **Sonstige Bestimmungen**

Artikel 40

Sonderbestimmungen für den Fall von Naturkatastrophen oder außergewöhnlichen Notsituationen

Im Falle von Naturkatastrophen oder außergewöhnlichen Notsituationen, die sich der Kontrolle des Staates entziehen und die Finanzierung der Gesundheitsversorgung erheblich beeinträchtigen, sind ausgleichende Finanzierungsmechanismen zu vereinbaren.

Artikel 41 **Unterstützungspflicht des Bundes**

Wesentliche Mehraufwendungen (in analoger Anwendung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über einen Konsultationsmechanismus, BGBl. I Nr. 35/1999) der Länder aufgrund rechtlicher Vorgaben seitens des Bundes werden gesondert erfasst und bleiben bei der Feststellung der Erfüllung der Ausgabenobergrenzen bei den betroffenen Ländern außer Betracht.

11. Abschnitt **Geltungsdauer und Schlussbestimmungen**

Artikel 42 **Inkrafttreten**

Diese Vereinbarung tritt nach Einlangen der Mitteilungen aller Vertragsparteien beim Bundesministerium für Gesundheit, dass die nach der Bundesverfassung bzw. nach den Landesverfassungen erforderlichen Voraussetzungen für das Inkrafttreten erfüllt sind, mit 1. Jänner 2013 in Kraft.

Artikel 43 **Durchführung der Vereinbarung**

(1) Die zur Durchführung dieser Vereinbarung notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen sind rückwirkend mit 1. Jänner 2013 in Kraft zu setzen.

(2) Die Vertragsparteien kommen überein, im Zusammenhang mit der Transformation dieser Vereinbarung auch folgende Regelungen vorzusehen:

1. Ein bestelltes Mitglied der mit der KAKuG-Novelle, BGBl. I Nr. 101/2007, eingerichteten Bundesgesundheitskommission ist so lange Mitglied der auf Grund dieser Vereinbarung einzurichtenden Bundesgesundheitskommission, bis für dieses ein anderes Mitglied bestellt wird.
2. Beschlüsse der mit dieser KAKuG-Novelle eingerichteten Bundesgesundheitskommission und daraus abgeleitete Rechte und Verbindlichkeiten bleiben aufrecht, sofern die auf Grund dieser Vereinbarung einzurichtende Bundesgesundheitskommission oder Bundes-Zielsteuerungskommission nichts Gegenteiliges beschließt.
3. Auf einen Regressanspruch der/des Bundesgesundheitsagentur/Landesgesundheitsfonds gegen Mitglieder der Bundesgesundheitskommission/Landesgesundheitsplattformen und Mitglieder der Bundes-Zielsteuerungskommission/Landes-Zielsteuerungskommissionen ist das Dienstnehmerhaftpflichtgesetz (BGBl. Nr. 80/1965 i.d.F. BGBl. Nr. 169/1983) sinngemäß anzuwenden.

Artikel 44

Geltungsdauer, Außerkrafttreten

(1) Diese Vereinbarung wird unbefristet abgeschlossen. Die Vertragsparteien verzichten bis 31. Dezember 2014 auf ihr Recht, die Vereinbarung zu kündigen.

(2) Nach dem 31. Dezember 2014 kann diese Vereinbarung vom Bund oder mindestens sechs Ländern zum Jahresende unter Einhaltung einer neunmonatigen Kündigungsfrist gekündigt werden.

(3) Die Vereinbarung tritt außer Kraft, wenn

1. die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ohne vom Bund und den Ländern akzeptierte Nachfolgeregelung außer Kraft tritt oder
2. die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden über einen Österreichischen Stabilitätspakt 2012 ohne vom Bund und den Ländern akzeptierte Nachfolgeregelung außer Kraft tritt.

(4) Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, rechtzeitig Verhandlungen über die Anpassung dieser Vereinbarung an geänderte EU-Rechtsvorschriften aufzunehmen, mit dem Ziel einer rechtzeitigen Inkraftsetzung der geänderten Vereinbarung und allfälliger ergänzender bundes- und landesrechtlicher Vorschriften.

Artikel 45

Mitteilungen

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Vertragsparteien unverzüglich in Kenntnis zu setzen, sobald alle Mitteilungen gemäß Art. 42 eingelangt sind.

Artikel 46

Urschrift

Diese Vereinbarung wird in einer Urschrift ausgefertigt. Die Urschrift wird beim Bundesministerium für Gesundheit hinterlegt. Dieses hat allen Vertragsparteien beglaubigte Abschriften der Vereinbarung zu übermitteln.

Anhang zur
VEREINBARUNG
gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit

Zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben (Ausgangswerte) für die erste Periode bis 2016 im Bereich der Sozialversicherung und im Bereich der Länder

Zielsteuerungsrelevanter Ausgangswert 2010 in Mio. Euro - Krankenversicherung

Krankenversicherung bundesweit			
	KV gesamt	Gebührgabebasis und Details*	
Arztliche Hilfe u. gleichgest. Leistungen	7.445,53	Zeile 10, Krankheitsbedingung ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Arztreisekosten (Arztreise)	2.455,4	Zeile 11, Krankheitsbedingung ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Arztreisekosten und Heimreisekosten	-19,03	Zeile 12, Krankheitsbedingung ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Zahnärztekosten	613,62	Zeile 13, Zahnärztekosten und Zahnerneuung ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Zahnärzte	257,10	Zeile 14, Zahnerneuung und Zahnerneuung ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Versorgungsleist. u. sonstige Leistungen	180,40	Zeile 15, Anstaltspflege und med. Haushaltspflege ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Überweisung an den Krankenversicherungsarzt	3.948,4	Zeile 16, Anstaltspflege und med. Haushaltspflege ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Meldedienst Hausärztekostenpflege	15,80	Zeile 17, Anstaltspflege und med. Haushaltspflege ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Krankengeld	511,07	Zeile 18, Krankengeld; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Arztliche Sanitätskosten	14,40	Zeile 19, Arztsanitätskosten ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Anstaltsentlastungskostenpflege	198,82	Zeile 20, Anstaltsentlastungskostenpflege ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Wachpersonal	448,90	Zeile 21, Wachpersonal ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Arztkosten und Telearztkosten	1,14	Zeile 22, Multizentrikostenpflege ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Arztdienstliche Rehabilitationskosten	122,15	Zeile 23, Arztdienstliche Rehabilitationskosten ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Rehabilitationsleistung u. Krankenversicherung	17,51	Zeile 24, Reabilitationsleistung u. Krankenversicherung; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
ärztliche Heimreisekosten	2,54	Zeile 25, Prokratierung von Krankheiten und dessenbehaftete Förderung ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Versorgungssicherungskosten	44,50	Zeile 26, Prokratierung von Krankheiten und Heimreisekostenpflege ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Gesundheitsförderung u. sonstige Maßnahmen	18,60	Zeile 27, Förderung von Krankheiten und Gesundheitsförderung ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Verstrickungskostenabschöpfung	0,01	Zeile 28, Verstrickungskostenabschöpfung ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Fahrkosten	1,51	Zeile 29, Fahrkosten u. Transportkosten f. Leistungserbringung ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Transportkosten	224,81	Zeile 30, Transportkosten u. Transportkosten f. Leistungserbringung ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Verzehrsmarkt, Dienst u. sonst. Betreuung	71,40	Zeile 31, Verzehrsmarkt, Dienst u. sonst. Betreuung; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Vereinfach. und Verschärfungskosten	10,95	Zeile 32, Vereinfach. und Verschärfungskosten; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Abschreibungen vom Anlagevermögen	10,07	Zeile 33, Abschreibungen ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Abschreibungen vom Umlaufvermögen	48,81	Zeile 34, Abschreibungen ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Lohnende ärztliche Aufwendungen	70,08	Zeile 35, Sonstige lohnende Aufwendungen; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Zinsaufwendungen	4,02	Zeile 36, Finanzaufwendungen ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Finanzaufwendungen aus Hause und Grundstück	1,11	Zeile 37, Finanzaufwendungen ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Finanzaufwendungen aus dem An- und Verkauf von Finanzvermögen	0,38	Zeile 38, Finanzaufwendungen ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Überweisungen an den Ausgleichskonto	171,44	Zeile 39, außerordentliche Aufwendungen ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Übrige außerordentliche Aufwendungen	0,00	Zeile 40, außerordentliche Aufwendungen ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Zurückzug an Rücklagen	19,37	Zeile 41, Zurückzug an Rücklagen; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Summe der Aufwendungen der Krankenversicherung 2010	14.277,49	Zeile 42, Summe der Aufwendungen; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Verteilungen zur Ermittlung des Zahlungsbetragverlustes			
Gesamtbetragverluste	KV gesamt	Gebührgabebasis und Details*	
Arztliche Hilfe	533,07	Gesamtbetrag Zeile 26, Krankengeld; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Wachpersonal	244,95	Gesamtbetrag Zeile 31, Multizentrikostenpflege ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Beratshilfe und Telearztkosten	1,91	Gesamtbetrag Zeile 32, Multizentrikostenpflege ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Gesundheitsförderung u. Krankenversicherung	77,51	Gesamtbetrag Zeile 34, Gesundheitsförderung u. Krankenversicherung; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Bestattungskostenabschöpfung	0,01	Gesamtbetrag Zeile 36, Bestattungskostenabschöpfung; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Abschreibungen vom Anlagevermögen	38,09	Gesamtbetrag Zeile 37, Abschreibungen ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Abschreibungen vom Umlaufvermögen	48,81	Gesamtbetrag Zeile 38, Abschreibungen ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Zinsaufwendungen	4,02	Gesamtbetrag Zeile 39, Finanzaufwendungen ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Finanzaufwendungen aus Hause und Grundstück	1,11	Gesamtbetrag Zeile 40, Finanzaufwendungen ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Finanzaufwendungen aus dem An- und Verkauf von Finanzvermögen	0,38	Gesamtbetrag Zeile 41, Finanzaufwendungen ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Überweisungen an den Ausgleichskonto	171,44	Gesamtbetrag Zeile 42, außerordentliche Aufwendungen ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Übrige außerordentliche Aufwendungen	0,00	Gesamtbetrag Zeile 43, außerordentliche Aufwendungen ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Zurückzug an Rücklagen	63,37	Tafeltrag Zeile 44, Zurückzug an Rücklagen; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Arztliche Hilfe u. gleichgest. Leistungen	429,98	Tafeltrag Zeile 25, Arztliche Hilfe u. gleichgest. Leistungen ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Zahnärztekosten	3,85	Tafeltrag Zeile 26, Zahnärztekosten ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Überweisung an den Krankenversicherungsarzt	1.040,41	Gesamtbetrag Zeile 28, Arztliche Hilfe u. gleichgest. Leistungen ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Anstaltsentlastungskostenpflege	210,01	Tafeltrag Zeile 30, Arztliche Hilfe u. gleichgest. Leistungen ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Medizinische Rehabilitation	3,49	Tafeltrag Zeile 31, Medizinische Rehabilitation; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Arztliche Hilfe u. gleichgest. Leistungen	0,00	Tafeltrag Zeile 26, Krankheitsbedingung ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Versorgungsleist. u. sonstige Leistungen	170,11	Tafeltrag Zeile 25, Anstaltspflege und med. Haushaltspflege ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Anstaltsentlastungskostenpflege	9,42	Tafeltrag Zeile 30, Multizentrikostenpflege ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Medizinische Rehabilitation	0,00	Erhöhung Zeile 33, Medizinische Rehabilitation; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Arztliche Hilfe u. gleichgest. Leistungen	34,17	Erhöhung Zeile 26, Krankheitsbedingung ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Versorgungsleist. u. sonstige Leistungen	110,2	Erhöhung Zeile 25, Anstaltspflege und med. Haushaltspflege ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Anstaltsentlastungskostenpflege	4,01	Erhöhung Zeile 30, Multizentrikostenpflege ab; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
ärztliche Rehabilitation	31,44	Erhöhung Zeile 33, ärztliche Rehabilitation; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
ärztliche Rehabilitation	31,44	Erhöhung Zeile 33, ärztliche Rehabilitation; ermöglichtes Gebührgabebasis der Krankenversicherung 2010	
Durchschnittsrelevante Basisaufwendungen der Krankenversicherung			
		8.145,70	

*Zentralstelle Hauptverband der Sozialärztlichen Sicherungsträger Angaben der totalen Krankenversicherung 2010-Datengrundlage für die Finanzierung, Tabellen 2 und 3

Zielsteuerungsrelevanter Ausgangswert 2010 in Mio. Euro - BURGENLAND

BURGENLAND			
	Land	Burgenland	Quellenangabe und Details
	Nett/Erlöserungen	Burgenland	
	- Verwaltungsaufwand	7,48	V. 1.2 Konto 790400 Aufwand für Bedienstete 0,471 Mio. Euro, V. 1.3 Konto 790400 Beratungsaufwand/Sammler Aufwand 0,005 Mio. Euro, V. 1+2 endgültiger RA LGF Bgl. 2010; davon
	- Sonige Aufwendungen (Geldverkehrsspesen)	0,04	Konto 790800 Geldverkehrsspesen 0,02675944 Mio. Euro, V. 1+2 endgültiger RA LGF Bgl. 2010; davon
	- Zahlungen - RA stationär	49,19	Konto 790103 Betriebskostenzuschuss Krages gem § 21(1) 20.710 Mio. Euro, Konto 790103 Betriebskostenzuschuss Barmi. Brüder gem § 21(1) 18.458 Mio. Euro, V. 1+2 endgültiger RA LGF Bgl. 2010; davon
Ausgaben für Krankenanstalten gemäß Rechnungsabschluss des Landesgesundheitsfonds	- Betriebskostenzuschuss KRAGES Pflegeheim	2,91	V. 2 Konto 790103 endgültiger RA LGF Bgl. 2010
	- Betriebskostenzuschuss WU Neustadt	1,95	V. 2 Konto 790104 endgültiger RA LGF Bgl. 2010
	- LF-Mittel Krages	79,30	V. 2 Konto 790105 endgültiger RA LGF Bgl. 2010
	- Leistungserstellung Krages	0,28	V. 2 Konto 790106 endgültiger RA LGF Bgl. 2010
	- Leistungserstellung Krankenhaus der Barmherzigen Brüder	0,44	V. 2 Konto 790107 endgültiger RA LGF Bgl. 2010
	- Leistungserstellung Krankenhaus der Barmherzigen Brüder	47,58	V. 2 Konto 790108 endgültiger RA LGF Bgl. 2010
	- Zusatz-Gesundheits- und Krankenpflegekasse	1,40	V. 2 Konto 790122 endgültiger RA LGF Bgl. 2010
	- Psychosozialer Dienst Kinder- und Jugendhilfe Reformprojekt	0,44	V. 2 Konto 790131 endgültiger RA LGF Bgl. 2010
	- Strukturmittel gem. § 3 (1) Kostarbeiten KRAGES	0,67	V. 3+4 Konto 790203 endgültiger RA LGF Bgl. 2010
	- Strukturmittel gem. § 3 (1) KAW Barmherzige Brüder	0,45	V. 3+4 Konto 790204 endgültiger RA LGF Bgl. 2010
	- Selbstbeharrte und Kostenbeiträge für Selbstversicherte	1,35	V. 3+4 Konto 790205 endgültiger RA LGF Bgl. 2010; davon Konto 790001 Kostenbeitrag für Selbstversicherte 1.107 Mio. Euro;
	- Teilnahme- und Anwartsdeckung Krankenhaus der Barmherzigen Brüder	0,42	V. 2 Konto 790109 endgültiger RA LGF Bgl. 2010
	- Eigenlebensaufnahmepreis Krankenhaus Güssing	0,69	V. Konto 790900 endgültiger RA LGF Bgl. 2010
	- Computerunterstützte Krankenheime Oberwart	0,14	V. Konto 790904 endgültiger RA LGF Bgl. 2010
	- Strukturmittel gem. § 3 (1) Hausrandpflege	1,21	V. 3+4 Konto 790201 endgültiger RA LGF Bgl. 2010
	- Strukturmittel gem. § 3 (1) Psychosozialer Dienst	0,33	V. 3+4 Konto 790212 endgültiger RA LGF Bgl. 2010
	- Strukturmittel, Zusatz-Hospizbewilligung Bgl.	0,02	V. 3+4 Konto 790214 endgültiger RA LGF Bgl. 2010
	- Station Rückstellung Betrag gem. § 27 (5) KAKAG: Anteil	0,13	V. Konto 790902 endgültiger RA LGF Bgl. 2010
	- Aufwand Betrag gem. § 27a (5) KAKAG	0,25	V. 2 Konto 790901 endgültiger RA LGF Bgl. 2010
	- ISBG-Mittel	11,57	V. 4 Konto 790900 endgültiger RA LGF Bgl. 2010
	Summe der Aufwendungen Landesgesundheitsfonds Burgenland 2010	262,63	endgültiger RA LGF Bgl. 2010
bereinigungen zur Entwicklung der Zielsteuerungselemente Gesundheitsausgaben	Nett/Erlöserungen	Burgenland	Quellenangabe und Details
zurügl. Investitionen (incl. Schuldendienste für Investitionen)	für Burgenland 2010 nicht zutreffend		
zurügl. Strukturmittel	Strukturmittel gem. § 3 (1) Hausrandpflege	1,21	V. 3+4 Konto 790205 endgültiger RA LGF Bgl. 2010
	Strukturmittel gem. § 3 (1) Psychosozialer Dienst	0,13	V. 3+4 Konto 790212 endgültiger RA LGF Bgl. 2010
	Strukturmittel, Zusatz-Hospizbewilligung Bgl.	0,02	V. 3+4 Konto 790214 endgültiger RA LGF Bgl. 2010
zurügl. über LGF ausgewiesene Betriebsabgangsdeckung	(Landeszuschuss) an WU Neustadt	2,20	V. 3+4 Konto 490700 endgültiger RA LGF Bgl. 2010 (Einnahmenanteile)
	Landeszuschuss	49,19	V. 3+4 Konto 490700 endgültiger RA LGF Bgl. 2010 (Einnahmenanteile)
	Verrechnung mit Verk. Ausländer	0,95	V. 3+4 Konto 490601 endgültiger RA LGF Bgl. 2010 (Einnahmenanteile)
zurügl. ausländische Gastpatienten + sonstige Kostenbeiträge	Seitbeharrte und Kostenbeiträge für Selbstversicherte	1,95	V. 3+4 endgültiger RA LGF Bgl. 2010 (oder 1.3, 7, Einnahmenanteile); davon Konto 790200 angehöriger Selbstbeharr. 0,882 Mio. Euro; Konto 790001 Kostenbeitrag für Selbstversicherte 1.107 Mio. Euro
	Kostenbeiträge für CT-Untersuchungen	0,11	V. 3 Konto 403000 endgültiger RA LGF Bgl. 2010 (Einnahmenanteile)
	Kostenbeiträge für Röntgenmed. Untersuchungen	0,14	V. 3 Konto 402001 endgültiger RA LGF Bgl. 2010 (Einnahmenanteile)
	Kostenbeiträge für MRT-Untersuchungen	0,47	V. 3 Konto 402002 endgültiger RA LGF Bgl. 2010 (Einnahmenanteile)
zurügl. Betriebsabgangsdeckung zugetrennen in den RA der Eigentümer bzw. öffentl. Träger (bsp. Länder und Gemeinden)	Betriebsabgangsdeckung gesamt	51,54	1/5400018/7380 zwölfjähriger RA Land Burgenland 2010; Budget-Bere-Zuschuss 1. Kranken- und pflegeamtlich 49.1867 Mio. Euro 1/5400018/7380 001 endgültiger RA Land Burgenland 2010; WU WU Neustadt, Radiologie 2.2004 Mio. Euro 1/5400018/7340 003 endgültiger RA Land Burgenland 2010; Krages Arztpraxiszahlen 0,1748463 Mio. Euro
zurügl. Betriebsabgangsdeckung	Betriebskostenzuschuss KRAGES Pflegeheim	2,91	V. 2 Konto 790102 endgültiger RA LGF Bgl. 2010
zurügl. Betriebsabgangsdeckungen der Gemeinden	für Burgenland 2010 nicht zutreffend		
zurügl. offene Forderungen gegenüber dem Land bzw. Abdeckung des Betriebsabgangs von KRAGES und Barmi. Brüder		14,22	GUV der BB Eisenstadt und KRAGES 2010; davon IGT Krages 2010 mit 18.45728624 Mio. Euro; Jahresergebnis BB 2010 mit 0,776192164 Mio. Euro
zurügl. Rücklagenführung	für Burgenland 2010 nicht zutreffend		
Zielsteuerungsrelevantes Gesundheitsausgaben BURGENLAND sozialwirksame Sozialfälle		208,32	
zurügl. Sozialfälle	Gesundheitsausgaben 2010	0,16	0,16 Socialstatistik, Statistik Austria; Entgelte an off. Krankenanstalten u. Ambulanzen
zurügl. Sozialfälle	sozialwirksame Sozialfälle BURGENLAND politische Sozialfälle	208,48	0,16 Socialstatistik, Statistik Austria; Entgelte an off. Krankenanstalten u. Ambulanzen

Zielsteuerungsrelevanter Ausgangswert 2010 in Mio. Euro - KÄRNTEN

KÄRNTEN				
	Land:	Klienten	Quellenangabe und Details	
Text/ Erfolgerungen		Kärntner		
- einschl. laufende Fondsangebote		3,11	59002 0 Post Nr. 5100 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- Investitionen inland		0,01	59002 0 Post Nr. 5609002 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- Nutzung Landesbedienstete		0,02	59002 0 Post Nr. 5640002 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- umverteilung Angestalte		7,74	59002 0 Post Nr. 5801 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- schauplatz		0,01	59003 3 endgültiger RA LGF Kärnten 2010;	
- Finanz-, Planungs- und Beratungsmittel		0,37	WTR sich aus verschiedenen Post. Nr. zusammen, Sehe endgültiger RA LGF Kärnten	
- Reformpoolmittel		2,00	59002 4 Post Nr. 7101 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- Investitionsfördermittel		0,17	59002 4 Post Nr. 7302 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- Scherthausbildungspool		0,12	59002 4 Post Nr. 7104 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- Aufwendung für Tumorregister		0,14	59002 4 Post Nr. 7352 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- Interessent für Statistiken von zust. Gastpatienten		0,04	59002 4 Post Nr. 7353 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- Anwendungen für Koordinationsstelle		0,05	59002 4 Post Nr. 7354 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- Anwendungen für Patientenregister		0,14	59002 4 Post Nr. 7155 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- Anwendungen für Telemedizin Initiativen		0,44	59002 4 Post Nr. 7158 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- Anwendungen für mobile Patiententeams		0,80	59002 4 Post Nr. 7357 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- Fachabrechnung Vorläufe		4,83	59002 4 Post Nr. 7740 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- LF-Erlöte: stationär		100,46	59002 4 Post Nr. 7381 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- Anpassungsertrag SEA de la Tour		0,16	59002 4 Post Nr. 7394 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- LF-Erlöte: ambulant		51,18	59002 4 Post Nr. 7392 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- Anpassungsertrag zum PLAF		0,00	59002 0 Post Nr. 5803 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- Nutzung und Fortbildung		0,00	59002 0 Post Nr. 5805 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- Strukturverbessernde Maßnahmen		2,75	59002 4 Post Nr. 7358 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- Pflichtdienst		1,42	59002 4 Post Nr. 7296010 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- Refundierung für Fondskrankanstalten		2,60	59002 4 Post Nr. 7302 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- Vertriebsabschüsse (inkl. Großgeräteabschüsse)		12,11	59002 4 Post Nr. 7483 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- Vertriebsabschüsse Krankenpflegeschule Villach		0,21	59002 4 Post Nr. 7710 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- Zulufungen an Rücklagen		7,49	59002 4 Post Nr. 7380 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- Anreise Entschädigung		0,23	59002 4 Post Nr. 5921 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- Betriebsabschüsse für das AIZ Klagenfurt		1,28	59002 4 Post Nr. 7720 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- Betriebsabschlagsdeckung Fondskrankanstalten		181,64	59002 4 Post Nr. 7281751 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
- BGS-Mittel		47,87	59002 4 Post Nr. 7351 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
Summe der Aufwendungen Landesgesundheitsfonds Kärnten 2010*		722,08	endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
Beziehungen zur Ermittlung der Zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben	Text/ Erfolgerungen	Klienten	Quellenangabe und Details	
	Investitionsabschüsse (inkl. Großgeräteabschüsse)		12,11	59002 4 Post Nr. 7483 endgültiger RA LGF Kärnten 2010
abzug: Investitionen (inkl. Schadensdienst für Investitionen)	Immobilien- und Mobilieneleasing für die Investitionsfinanzierung des KH Spittal/Drau	2,17	Leasingvertrag (Mobilieneleasing) zwischen KH Spittal Drau GmbH und HYPO Leasing Kärnten GmbH & Co KG vom 01.09.2009 und Immobilienleasingvertrag zwischen KH Spittal Drau GmbH und HYPO Grund- und Bau-Leasing GmbH vom 01.11.2005; Mobilieneleasing und Immobilienleasing mit monatlichen Raten, Aufstockung für die einzelnen Jahre vorhanden	
	Investitionsabschuldendienst KABEG	34,76	§ 6 Investitionsabschuldendienst, Abs. 2 Investitionsfinanzierungsvertrag zw. Land Kärnten und KABEG vom 27.3.2010	
abzug: Strukturmittel	Strukturverbessernde Maßnahmen	7,75	59002 4 Post Nr. 7258 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
abzug: über LGF ausgewiesene Betriebsabgangsdeckung	Betriebsabgangsdeckung Fondskrankanstalten	281,64	59002 4 Post Nr. 7261751 endgültiger RA LGF Kärnten 2010	
abzug: ausländische Gastpatienten + (sonstige) Kostenbeiträge	Ausländische Gastpatienten Kostenbeiträge	9,10	59002 5 Post Nr. 8840 endgültiger RA LGF Kärnten 2010 (Einnahmenanteil)	
		2,00	59002 5 Post Nr. 8512,001 endgültiger RA LGF Kärnten 2010 (Einnahmenanteil)	
zunig: Betriebsabgangsdeckung ausgewiesen in den KA der Eigentümer bzw. öffentl. Träger (Imp. Länder und Gemeinden)	Betriebsabgangsdeckung gesamt	258,49	1/56118/7646003 endgültiger RA Land Kärnten 2010; Betrag des Ländes als Krankenanstaltensprengel 15,24 Mio. Euro 2/562113/8505009 endgültiger RA Land Kärnten 2010; Beiträge Gemeinden - Annuitäten KA 15,24 Mio. Euro 1/56118/7671006 endgültiger RA Land Kärnten 2010; Betrag des Landes zum Annuitätsdienst 0,71 Mio. Euro 2/562115/8505029 endgültiger RA Land Kärnten 2010; Beiträge Gemeinden-Annuitäten Dair. KA 0,71 Mio. Euro 1/56118/2464400 endgültiger RA Land Kärnten 2010; Darlehen zur Abgangsdeckung KABEG 145,8311 Mio. Euro 2/562115/8905000 endgültiger RA Land Kärnten 2010; Gemeinden - Betriebsabgang priv. off. KA 47,44 Mio. Euro (wenn ich zusammen mit Position 2/562115/8505029-027 Beiträge Gemeinden Annuitäten KA mit 45,36769526 Mio. Euro) 1/56118/767000 endgültiger RA Land Kärnten 2010; BAD KH Spittal/Drau Gesamt 13,34723784 Mio. Euro	
abzug: Betriebsabgangsdeckung /Krebskostentuschüsse für Pflegeheim	für Kärnten im Jahr 2010 nicht zutreffend			
zunig: Betriebsabgangsdeckungen der Gemeinden	für Kärnten im Jahr 2010 nicht zutreffend			
abzug: Rücklagenzuführung	Zuführungen an Rücklagen	7,49	59002 8 Post Nr. 1980 endgültiger RA 2010 LGF Kärnten	
Zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben KÄRNTEN inklusive Sozialhilfe		623,77		
zunig: Sozialhilfe	Sozial-Hilfengaben 2010	3,84	endgültiger RA Land Kärnten 2010; Statistik Austria	
		627,61	Summe der Zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben KÄRNTEN inklusive Sozialhilfe 2010 (Zusammenfassung der Ergebnisse der einzelnen Klienten)	

Zielsteuerungsrelevanter Ausgangswert 2010 in Mio. Euro - NIEDERÖSTERREICH

NIEDERÖSTERREICH			
	Land		
Text/Erläuterungen	NÖ	Quellenangabe und Details	
- zuhören für LDF-Punkte	1079,47	i endgültiger RA LGF NÖ 2010	
- Rentenbeitrag (Arbeits-)	56,67	d endgültiger RA LGF NÖ 2010	
- Finanzierung Psychosomatisches Zentrum Eppendorf	7,15	c endgültiger RA LGF NÖ 2010	
- Arbeitsmarktlehren an Land NÖ	25,44	f endgültiger RA LGF NÖ 2010	
- Wohlfahrtsaufwand an Land NÖ	16,53	a endgültiger RA LGF NÖ 2010	
- geleistete Leistungen (Bildungsgesellschaft)	0,06	b endgültiger RA LGF NÖ 2010	
- Wertungsaufwand Bildungsgesellschaft	0,05	c endgültiger RA LGF NÖ 2010	
- sonstige Ausgaben	17,06	f endgültiger RA LGF NÖ 2010; mehrere Unterpositionen, wobei RA NÖGUS	
Ausgaben für Förderantragsstellen gemäß Rechnungsbuchstaben des Landesgesundheitsfonds			
- Betriebsaufwand für Gebrauchs- und Verbrauchsgüter, Personal und Ver- und Betriebsaufwand (ohne Spenden)	0,11	m endgültiger RA LGF NÖ 2010; mehrere Unterpositionen, siehe RA NÖGUS	
- Investitionszuschüsse und Großgratförderung	31,49	a endgültiger RA LGF NÖ 2010	
- Strukturmittel an sonst. Empfänger	1,51	b endgültiger RA LGF NÖ 2010	
- Strukturmittel an Land NÖ	17,70	b endgültiger RA LGF NÖ 2010	
- Personalausgaben an Land NÖ	12,15	g endgültiger RA LGF NÖ 2010	
- Zuwendung (für Investitionen) gem. § 72 Abs. 2 NÖKAG	11,90	i endgültiger RA LGF NÖ 2010	
- NÖKAS Umlage der bisherigen Träger gem. § 71 Abs. 3 NÖKAG	50,02	i endgültiger RA LGF NÖ 2010	
- Landesbeitrag gem. § 71 Abs. 3 NÖKAG (Betrag lt. § 66a NÖKAG)	13,92	i endgültiger RA LGF NÖ 2010	
- sonstiger Verwaltungsaufwand (Spenden)	0,00	m endgültiger RA LGF NÖ 2010	
- Verschreibung unverpflichtende Forderungen	0,09	a endgültiger RA LGF NÖ 2010	
- Rücklagenführung	12,33	a endgültiger RA LGF NÖ 2010	
- Leihtrakte an Land NÖ (NÖ Landeskliniken)	170,07	b endgültiger RA LGF NÖ 2010	
- IBC-Mittel	81,32	j endgültiger RA LGF NÖ 2010	
Summe der Aufwendungen Landesgesundheitsfonds NÖ 2010	1.690,35	endgültiger RA LGF NÖ 2010	
Abrechnungen zur Ermittlung der Zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben	Text/Erläuterungen	NÖ	Quellenangabe und Details
-zuzgl. Investitionen (inkl. zuwendungen für Investitionen)	Pauschalbetrag (für Investitionen) gem. § 72 Abs. 2 NÖKAG	11,90	i endgültiger RA LGF NÖ 2010
-	Investitionszuschüsse und Großgratförderung	31,49	a endgültiger RA LGF NÖ 2010
- einzgl. Strukturmittel	Strukturmittel an sonst. Empfänger	1,51	b endgültiger RA LGF NÖ 2010
-	Strukturmittel an Land NÖ	17,70	b endgültiger RA LGF NÖ 2010
-	Landesbeitrag gem. § 71 Abs. 3 NÖKAG (Betrag lt. § 66a NÖKAG)	13,92	i endgültiger RA LGF NÖ 2010
-zuzgl. über LGF ausgewiesene Betriebsabgangsdeckung	Trägeranteile	170,07	a endgültiger RA LGF NÖ 2010
-zuzgl. ausländische Gaspatienten +	Ausländische Gaspatienten	1,64	a endgültiger RA LGF NÖ 2010 (Einnahmenseite)
-zuzgl. Kostenbeiträge	Fatientsuzahlungen	0,04	a endgültiger RA LGF NÖ 2010 (Einnahmenseite)
-zuzgl. Betriebsabgangsdeckung, zugeweisens in den RA der Eigentümer bzw. öffentl. Träger (insb. Länder und Gemeinden)	Trägeranteile an Land NÖ (NÖ Landeskliniken)	170,07	b endgültiger RA LGF NÖ 2010
-zuzgl. Betriebsabgangsdeckung, Betriebskostenzuschüsse für Mieternehmen	Für NÖ im Jahr 2010 nicht zutreffend		
-zuzgl. Betriebsabgangsdeckungen der Gemeinden	Für NÖ im Jahr 2010 nicht zutreffend		
-zuzgl. NÖKAS Umlage	NÖKAS Umlage der bisherigen Träger gem. § 71 Abs. 3 NÖKAG	50,02	i endgültiger RA LGF NÖ 2010
-zuzgl. Rücklagenführung	Rücklagenausführung	12,33	a endgültiger RA LGF NÖ 2010
Zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben NIEDERÖSTERREICH inklusive Sozialhilfe		1.614,69	
-zuzgl. Sozialhilfe	Sozialtransfers 2010	11,52	endgültiger RA LGF NÖ 2010, Statistik Austria
Zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben NIEDERÖSTERREICH inklusive Sozialhilfe		1.626,21	

Zielsteuerungsrelevanter Ausgangswert 2010 in Mio. Euro - OBERÖSTERREICH

Zielsteuerungsrelevanter Ausgangswert 2010 in Mio. Euro - SALZBURG

Zielsteuerungsrelevanter Ausgangswert 2010 in Mio. Euro - STEIERMARK

STEIERMARK Land			
Terr./Erklärungen	Steiermark	Quellenangabe und Details	
Vergütung an Fondskrankenanstalten	18,92	M 1 - 7 Jahresbericht Gesundheitsplattform Steiermark 2010, davon externare Vergütungen 660,2 Mio. Euro; HCO Bad Aussee 7,5 Mio. Euro; Ambulante Vergütungen 48.465,948 Mio. Euro; Ambulante Dauklientenstrategien 6.579.3406 Mio. Euro; Inpat. u. Poliklin. 4.274.382,54 Mio. Euro; Wachstumsmuster - GGR 1.450,24186 Mio. Euro; Aul. Gastgebertarif Amtl. (inkl. Oduleyen) 0,24880383 Mio. Euro;	
Ausgaben für Fondskrankenanstalten gemäß Rechnungsabschluss des Landesgesundheitsfonds		Kooperationsbereich	1,20
		Projekt- und Planungsmittel	1,11
		Konsolidierungsposten	1,01
		Psychiatrie, u. psychosoziale Versorgung	12,31
		Aerotherapie-/Berichtsdienst	1,95
		Aerotherapieequivalent gemäß GSRS	1,98
		Risikoförderung Hauptverband Vorjahr	1,25
		Strukturbedingte Maßnahmen	0,27
		Abschöpfung Fond. ausl. Gastpatientinnen	1,00
		Kostenentlaste/Kostenbeitrag	4,27
		Revenuen nach GSRS	14,45
		Förderbeitrag gemäß KAKuG	1,35
		Betriebsabgangsdeckung Land	412,90
		Summe der Aufwendungen Landesgesundheitsfonds Steir. 2010	1.248,59
Berechnungen zur Ermittlung der steuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben			
		Terr./Erklärungen	Steiermark
			Quellenangabe und Details
zuzgl. Investitionen (inkl. Sanierungsmaßnahmen für Investitionen)	Für Steiermark im Jahr 2010 nicht zutreffend		
zuzgl. Strukturmittel	Strukturbedingte Maßnahmen	0,27	VIII. 3 Jahresbericht 2010, Gesundheitsplattform Steiermark
zuzgl. über IGF ausgewiesene Betriebsabgangsdeckung	Betriebsabgangsdeckung Land	412,90	VIII. 2 Jahresbericht 2010, Gesundheitsplattform Steiermark
	Überschreibung Fond. ausl. Gastpatientinnen	0,00	VIII. 5 Jahresbericht 2010, Gesundheitsplattform Steiermark
	Kostenentlaste/Kostenbeitrag	4,27	I. 1. Jahresbericht 2010, Gesundheitsplattform Steiermark (Einnahmenseite)
zuzgl. ausländische Gastpatienten + sonstige Kostenentitätsbeiträge	Kostenbeitrag gemäß KAKuG	1,15	I. 5. Jahresbericht 2010, Gesundheitsplattform Steiermark (Einnahmenseite)
	Auständische Gastpatienten (stationär und ambulant)	6,48	II. 1. und II. 2. Jahresberichte 2010, Gesundheitsplattform Steiermark (Einnahmenseite); davon Ausländ. Gastpatientinnen stationär 6.387.7796 Mio. Euro; Ausländ. Gastpatientinnen ambulant 0,12303196 Mio. Euro
zuzgl. Betriebsabgangsdeckung ausgewiesen in den RA der Eigentümer bzw. öffentl. Träger (inkl. Länder und Gemeinden)	Betriebsabgangsdeckung gesamt	412,88	RA Land Steiermark Gruppe 5 Gesundheit 2010; davon 56000477290 Verschneidungsposition zur Darstellung der Abgangsdeckung aus den Umgangsleistungstraktiven 383,946 Mio. Euro; 54050477670 Beiträge an sonstige Nachstriciger 28.9353216 Mio. Euro.
zuzgl. Betriebsabgangsdeckung, Herrecksatzanschlässe für Pflegeheime	Für Steiermark im Jahr 2010 nicht zutreffend		
zuzgl. Betriebsabgangsdeckungen der Gemeinden	Für Steiermark im Jahr 2010 nicht zutreffend		
zuzgl. Rücklagenzuführung	Für Steiermark im Jahr 2010 nicht zutreffend		
Zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben STEIERMARK individuelle Sozialhilfe	1.288,21		
zuzgl. Sozialhilfe	Sozialhilfegaben 2010	7,09	Sozialhilfestatistik, Statistik Austria
Zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben SALZBURG individuelle Sozialhilfe	12.488,59		

Zielsteuerungsrelevanter Ausgangswert 2010 in Mio. Euro - TIROL

TIROL Land			
	Text/Erläuterungen	Titel	Quellenangabe und Details
Ausgaben für Fondskrankenanstalten ermäßl. Rechenabschluss des Landesgesundheitsfonds	<p>Institution-Vorwegentlast</p> <p>-ist Abgeltungen für fondsrelevante Patienten Inland</p> <p>-Inhalte Abgeltungen für fondsrelevante Patienten Inland und extramuraler -ärztlicher Nachbereichsstatus</p> <p>-Abgeltung für Nebenkosten (Lehrl.- und Fachhochschubereich)</p> <p>-Abgeltung für fondsrelevante stationäre zwischenstaatliche Patienten</p> <p>-Personale und Sachaufwand des TGF</p> <p>-förderung von postpromotionalem Ausbildungssstellen</p> <p>-Qualitätsförderungsprogramm</p> <p>-Cooperationsvertrag BKA Reutte mit Fachklinik Ennsberg</p> <p>-Verwaltungsleistungsbegleitung an SV-Träger für Regresse</p> <p>-Arbeits-, Planungs- und Krankenhausentlastende Maßnahmen</p> <p>-Investitionszuschüsse (Basis-Investitionsförderung)</p> <p>-Sonder-Investitionsförderungsprogramm für Nicht-LandesKA</p> <p>-sonder-investitionsförderungsprogramm (Rückstellungen)</p> <p>-zweckstaatliche Endabrechnungen (Rückstellungen)</p> <p>-Aufahr Beihilfekapitulation zwischenstaatliche Patienten</p> <p>-Schulden nach GSBO</p> <p>-Ausgaben des Ausbauprogramms Landesgesundheitshilfe Tirol 2010</p>	11.41 41.58 27.48 20.42 16.83 1.28 2.44 1.19 0.21 0.25 10.50 13.00 1.93 3.50 2.98 43.12 200.00	<p>Tagessbericht und Rechenabschluss des Landesgesundheitsfonds Tirol 2010; davon Staatsvertragsgewidrte Landeskrankenanstalten 9,3 Mio. Euro;</p> <p>Tagessbericht und Rechenabschluss des Landesgesundheitsfonds Tirol 2010</p>
Kreislinigkeiten auf Errichtung der Rechnungsabschlüsse	Text/Erläuterungen	Titel	Quellenangabe und Details
Grundhausaufgaben			
zuzgl. Investitionen (inkl. - Kundenentlast für Investitionen)	Investitionszuschüsse (Basis-Investitionsförderung)	11.00	Tagessbericht und Rechenabschluss des Landesgesundheitsfonds Tirol 2010
zuzgl. Strukturmittel	Sonder-Investitionsförderungsprogramm für Nicht-LandesKA	1.93	Tagessbericht und Rechenabschluss des Landesgesundheitsfonds Tirol 2010
zuzgl. über IGF ausgewiesene Betriebsabgangsdeckung	Projekte, Planungen und krankenhausentlastende Maßnahmen	10.50	Tagessbericht und Rechenabschluss des Landesgesundheitsfonds Tirol 2010
	Für Tirol gab es 2010 keine Mehrfachabzählung von BAO in der Form, dass diese zusätzlich im LGF-RA dargestellt werden würden.		
zuzgl. ausländische Gastpatienten + sonstige) Kostenbeiträge	<p>Abgeltung für fondsrelevante zwischenstaatliche Patienten</p> <p>Aufahr zwischenstaatliche Patienten</p> <p>zweckstaatliche Endabrechnungen (Rückstellungen)</p> <p>Kostenbeiträge nach Sozialversicherungsgesetzen</p> <p>Kostenbeiträge nach §27a Abs. 3 KAXLUS</p>	26.83 2.98 15.50 2.14 0.89	<p>Tagessbericht und Rechenabschluss des Landesgesundheitsfonds Tirol 2010; davon stationär: 24.89982012 Mio. Euro; +insolvent: 2.1519183</p> <p>Tagessbericht und Rechenabschluss des Landesgesundheitsfonds Tirol 2010</p> <p>Tagessbericht und Rechenabschluss des Landesgesundheitsfonds Tirol 2010</p> <p>Tagessbericht und Rechenabschluss des Landesgesundheitsfonds Tirol 2010 (Kreislinigkeit)</p> <p>Voraussicht 2012 Land Tirol (inkludiert Spalte mit RA 2010): 560104/742100 - Betriebsabgangsdeckung + KAB (abzugsfrei, u. Schufa): 0,205381 Mio. Euro</p> <p>Voraussicht 2012 Land Tirol (inkludiert Spalte mit RA 2010): 160109/742108 - Betriebszuschüsse *14,84 Euro 15,0 Mio. Euro</p> <p>Rechnungsabschluss Gemeinden Tirol 2010 lt. Statistik Austria: 560000/752000 - Beiträge an Bezirkshauptlehrer 14,26 Mio. Euro (entnommen aus Quelle Statistik Austria: KA nach BDA 2010, Tirol)</p> <p>Rechnungsabschluss Gemeinden Tirol 2010 lt. Statistik Austria: 557000/735000 - Gemeindebeiträge an KBA GmbH (Kreislinigkeit) 1,85 Mio. Euro (entnommen aus Quelle Statistik Austria: KA nach BDA 2010, Tirol)</p>
zuzgl. Betriebsabgangsdeckung ausgewiesen in den RA der Eigentümer bzw. öffentl. Träger (Insb. Länder und Gemeinden)	Betriebsabgangsdeckung gesamt	13.12	
zuzgl. Betriebsabgangsdeckung Sozialkostenzuschüsse RA Pflegehause	für Tirol im Jahr 2010 nicht zutreffend		
zuzgl. Betriebsabgangsdeckungen der Gemeinden	für Tirol im Jahr 2010 nicht zutreffend		
zuzgl. Rücklagenauführung	Nur Tirol im Jahr 2010 nicht zutreffend		
Zielsteuerungsrelevantes Bauschadensabschöpfung Tirol inklusive Sozialheile		660.44	
zuzgl. Sozialhilfe	Sozialhilferaten 2010	0,79	Sozialhilfestatistik, Punkt 1.4.2 Unterbringung in psychiatrischen Krankenanstalten; Statistik Austria
Zielsteuerungsrelevantes Bauschadensabschöpfung Tirol inklusive Sozialheile		660.25	

Zielsteuerungsrelevanter Ausgangswert 2010 in Mio. Euro - VORARLBERG

VORARLBERG			
Land			
Auf/Entnahmen		Vorarlberg	Quellenangabe und Details
IV-Abgeltung stationärer Bereich		18,54	Endgültiger RA LGF Vorarlberg 2010
IV-Abgeltung ambulant Bereich - neu		12,00	Endgültiger RA LGF Vorarlberg 2010
IV-Abgeltung ambulant Bereich - alt		15,62	Endgültiger RA LGF Vorarlberg 2010
IV-Abrechnung Nebenkostenstellenpauschalbeträge		1,24	Endgültiger RA LGF Vorarlberg 2010
Auslandseinsatz Patienten		5,27	Endgültiger RA LGF Vorarlberg 2010
Bereitstellung intramuraler Mittel für Kooperationsprojekte		0,24	Endgültiger RA LGF Vorarlberg 2010
Finanzierung für Fonds-Geschäftsführung an Land		0,45	Endgültiger RA LGF Vorarlberg 2010
Projektkosten/Leistungen durch Dritte		2,03	Endgültiger RA LGF Vorarlberg 2010
Nebenkosten		0,00	Endgültiger RA LGF Vorarlberg 2010
Sozialarbeiterpflege		1,20	Endgültiger RA LGF Vorarlberg 2010
Finanzierung von Kooperationsprojekten		0,27	Endgültiger RA LGF Vorarlberg 2010
Vertragsausschüsse		7,00	Endgültiger RA LGF Vorarlberg 2010
Mittel für strukturverbessernde Maßnahmen		0,19	Endgültiger RA LGF Vorarlberg 2010
Kredite für Notarztwagen		0,16	Endgültiger RA LGF Vorarlberg 2010
Rücklagenfinanzierung zur Vorfinanzierung von Forderungen ausl. KV-Träger		2,23	Endgültiger RA LGF Vorarlberg 2010
Rücklagen nach § 85d		21,64	OL endgültiger RA LGF Vorarlberg 2010
Summe der Aufwendungen des Landesgesundheitsfonds Vorarlberg 2010*		345,17	Endgültiger RA LGF Vorarlberg 2010
Reinleistungen zur Ermittlung der Zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben			
zuzgl. Investitionen (inkl. Schuldentlastung für Investitionen)	Investitionszuschüsse	9,00	Endgültiger RA LGF Vorarlberg 2010
zuzgl. Struktumittel	Mittel für strukturverbessernde Maßnahmen	0,19	Endgültiger RA LGF Vorarlberg 2010
zuzgl. über LGF ausgewiesene Betriebsabgangsdeckung	Keine ausgewiesene Position Betriebsabgangsdeckung über Fonds im RA des LGF Vorarlberg (bzw. nur auf der Einnahmenseite; siehe auch Anmerkung Land)		
zuzgl. ausländische Gaspatienten + sonstige Kostenbeiträge	Außländische Gaspatienten Kostenbeiträge	5,07 3,96	Endgültiger RA LGF Vorarlberg 2010 (Einnahmenseite); davon Kostenbeiträge von mitversicherten n. Art 212 Abs 6 Z 5 VB 0,9731287 Mio. Euro. Kostenbeiträge nach § 85 Abs 3 u. 25aBGB mit 2,98527598 Mio. Euro
zuzgl. Betriebsabgangsdeckung ausgewiesen in den RA der Eigentümer bzw. öffentl. Träger (insl. Länder und Gemeinden)	Betriebsabgangsdeckung gesamt	2,03	Endgültiger RA Land Vorarlberg 2010; Gesellschaftszuschuss v.d. KHMG z.Betr. d. Landeskreisbaust. 10,247 Mio. Euro 560004/7350/150 RA Land Vorarlberg 2010; Beitrag zur Betriebsabgangsdeck.v.Alters-+ Chronischkrankenst. 0,02509121 Mio. Euro 560003/2545/001 Rückzahlung Betriebsmittelkredit der KHM im WEG 3,240 Mio. Euro (Achtung, wird von den anderen beiden Teilpositionen wieder abgezogen)
zuzgl. Betriebsabgangsdeckung Betriebskostenzuschüsse für Pflegeheim	Für Vorarlberg im Jahr 2010 nicht zutreffend		
zuzgl. Betriebsabgangsdeckungen der Gemeinden	Für Vorarlberg im Jahr 2010 nicht zutreffend		
zuzgl. Rücklagenführung	Rücklagenfinanzierung zur Vorfinanzierung von Forderungen ausl. KV-Träger	2,23	Endgültiger RA LGF Vorarlberg 2010
Zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben VORARLBERG inklusive Sozialhilfe		335,70	
zuzgl. Sozialhilfe	Sozialleistungsbilanzen 2010	1,79	Endgültiger RA LGF Vorarlberg 2010; Statistik Austria
Zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben VORARLBERG inklusive Sozialhilfe		337,49	

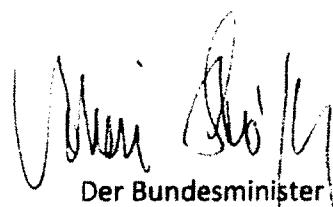
Zielsteuerungsrelevanter Ausgangswert 2010 in Mio. Euro - WIEN

WIEN Land:			
	Text/Erklärungen	Wien	Quellenangabe und Details
Ausgaben für Krankenanstalten gemäß Rechnungsaufschluss des Landesgesundheitsfonds			
A. Ausland für Bedienstete und Verwaltungskosten	1.11 I. 1 endgültiger RA des LGF Wien 2010		
z. laufend	0,55 I. 2 endgültiger RA des LGF Wien 2010		
z. f. eigene Aufwendungen, sonstige	0,00 IV. 1 endgültiger RA des LGF Wien 2010		
zuungenen am Krankenanstalten stattbar	111,88 IV. 1 endgültiger RA des LGF Wien 2010		
zuungenen am Krankenanstalten abweichen	10,83 IV. 1 endgültiger RA des LGF Wien 2010		
Abfindungen, Reibergabt.	2,12 IV. 4.2 endgültiger RA des LGF Wien 2010		
Absicherung und Wertberichtigung	0,35 I. 2 endgültiger RA des LGF Wien 2010		
Abrechnungen, Investitionsförderung	51,34 I. 2 endgültiger RA des LGF Wien 2010		
Reihenabgleich mit Sozialversicherungsträger	1,17 I. 2 endgültiger RA des LGF Wien 2010		
Zuführung zu sonst. Rücklagen/Fortschreibungen	62,84 VI endgültiger RA des LGF Wien 2010		
Zugewandte/vermehrte Krankenanstalten	842,88 IV. 7.1 (D)I endgültiger RA des LGF Wien 2010		
Arbeits gemäß GS&B	170,75 IV. 5.2 endgültiger RA des LGF Wien 2010		
Summe der Aufwendungen Landesgesundheitsfonds Wien 2010	2.455,83 endgültiger RA des LGF Wien 2010		
Verminderungen zur Ermittlung der nettoausgewerteten Krankenanstalten-Gesundheitsaufgaben	Text/Erklärungen	Wien	Quellenangabe und Details
z. zgl. Investitionen (niedrige Schuldendienste für Investitionen)	Forderungen: Investitionsforderung	51,34	I endgültiger RA LGF Wien 2010
z. zgl. Strukturmittel	Nur Wien im Jahr 2010 nicht zutreffend		
z. zgl. über LGF ausgewiesene Betriebsabgangsdeckung	Abgangsmittel Wiener Krankenanstalten	342,88	IV. 2.1. endgültiger RA LGF Wien 2010
z. zgl. ausständische Gastpatienten (einmalig) Kostenbeiträge	Verrechnung zw. Ver. Ausländer	18,26	IV. 7. endgültiger RA LGF Wien 2010 (Einnahmenanteil)
	Kostenanteile/beziehige Selbstbezüge	7,13	IV. 8. endgültiger RA LGF Wien 2010 (Einnahmenanteil)
	Reihenabgleich mit Sozialversicherungsträger	1,17	(V. 5.1. endgültiger RA LGF Wien 2010)
			I/559/755 endgültiger RA Land Wien 2010;
			laufende Transferzahlungen an Unternehmen: 196,2 Mio. Euro
			I/560/757002 endgültiger RA Land Wien 2010;
			laufende Transferzahlungen an öffentliche Krankenanstalten: 5.40613 Mio. Euro
			I/560/757003 endgültiger RA Land Wien 2010;
			laufende Transferzahlungen an gemeinnützige Krankenanstalten: 26.893893 Mio. Euro
			endgültiger RA Land Wien 2010 I/560/757003 Endabrechnung ältere Spitäler: 3.659899 Mio. Euro
			Rein-Nettosumme über die Gemeinnützigkeit des Rechnungsschlusses und des Betriebsabgangs 2010 des Haushalt-Krankenhaus: TOP 9: 41.367717 Mio. Euro
			Anzahl 858100 Post 715000 endgültiger RA Wien 2010;
			laufende Transferzahlungen an Unternehmen: mit 1336.85136084 Mio. Euro
			Anzahl 858100 Post 843000 endgültiger RA Wien 2010;
			laufende Transferzahlungen von Gemeinden mit 196,2 Mio. Euro
			W: KAV - Bericht über die Prüfung des zusammengefassten Jahresabschlusses zum 21.12.2010 Berlaga U3, GuV/ 3. Personalaufwand, a. Löhne und b. Gehälter;
			Pensionsaufwand analog zu den Gehältern ausgewand vom Gesamtaufwand im Rahmen des Globalbudgets von Wien ermittelt mit 279,3 Mio. Euro
			Jahresabschluss KAV - Toleranzabweichung Gartensiedlungen 2010.
			Betriebsabgangsverlust mit -158.224288 Mio. Euro
			Jahresabschluss KAV 2010 Betriebsabgangsverlust Post. 1 b
			betriebsabgangsverlust nach VRF und WGF: 95,02 Mio. Euro; Quelle: Abschluss nach VRF und WGF;
			zusätzlich Deckung hoher Betriebsabgang 2010: -41,51 Mio. Euro; Quelle: Buchhaltung HGOXX und WGF;
			dann verbleibende Betriebsabgang 2010: 43,49 Mio. Euro
z. zgl. Betriebsabgangsdeckung /Betriebskonstanztuschüsse für Abgängeme	Nur Wien im Jahr 2010 nicht zutreffend		
z. zgl. Betriebsabgangsdeckungen der Gemeinden	Nur Wien im Jahr 2010 nicht zutreffend		
z. zgl. Rücklagenzuführung	Zuführung zu sonst. Rücklagen	61,84	V endgültiger RA LGF Wien 2010; Zusammensetzung RL-Zuführung 2010: Katastrofe: 779.203,13 Euro, Regress: 4.764.515,29 Euro, Ausländer: 56.299.884,13 Euro, Abschl. Acord: -1.621,31 Euro, Summe: 61.841.307,04 Euro
Zielsteuerungsrelevantes Gesundheitsausgaben WIEN inklusive Sozialhilfe		2.499,80	
z. zgl. Sozialhilfe	Gesundheitsausgaben 2010	10,12	endgültiger RA Wien 2010: 411000 und 728043 Sozialhilfe - Kosten der Behandlung in % - Statistik Austria
		2.509,92	

VEREINBARUNG

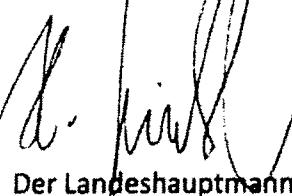
gemäß Art. 15a B-VG
Zielsteuerung-Gesundheit

Für den Bund,
vorbehaltlich der erforderlichen Beschlüsse
der Bundesregierung und des Nationalrates:



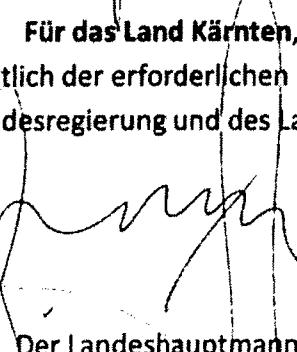
Der Bundesminister
für Gesundheit

Für das Land Burgenland,
vorbehaltlich der erforderlichen Beschlüsse
der Landesregierung und des Landtages:



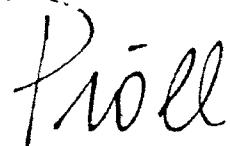
Der Landeshauptmann

Für das Land Kärnten,
vorbehaltlich der erforderlichen Beschlüsse
der Landesregierung und des Landtages:

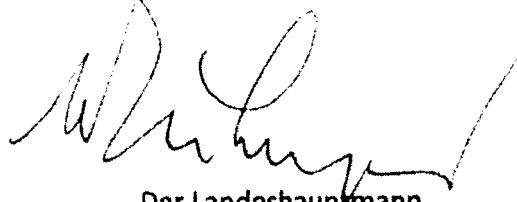


Der Landeshauptmann

**Für das Land Niederösterreich,
vorbehaltlich der erforderlichen Beschlüsse
der Landesregierung und des Landtages:**


Der Landeshauptmann

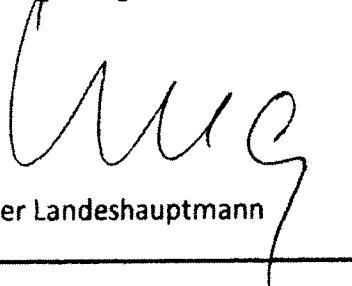
**Für das Land Oberösterreich,
vorbehaltlich der erforderlichen Beschlüsse
der Landesregierung und des Landtages:**


Der Landeshauptmann

**Für das Land Salzburg,
vorbehaltlich der erforderlichen Beschlüsse
der Landesregierung und des Landtages:**


Die Landeshauptfrau

**Für das Land Steiermark,
vorbehaltlich der erforderlichen Beschlüsse
der Landesregierung und des Landtages:**


Der Landeshauptmann

Für das Land Tirol,
vorbehaltlich der erforderlichen Beschlüsse
der Landesregierung und des Landtages:



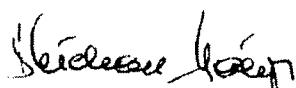
Der Landeshauptmann

Für das Land Vorarlberg,
vorbehaltlich der erforderlichen Beschlüsse
der Landesregierung und des Landtages:



Der Landeshauptmann

Für das Land Wien,
vorbehaltlich der erforderlichen Beschlüsse
der Landesregierung und des Landtages:



Der Landeshauptmann



Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit

Einbringende Stelle: Bundesministerium für Gesundheit

Laufendes Finanzjahr: 2013

Inkrafttreten/ 2013

Wirksamwerden:

Vorblatt

Ziele

- Ausrichtung der Gesundheitsversorgung an die zukünftigen Erfordernisse (demographische Entwicklung, technischer Fortschritt u.a.m.) und Sicherstellung der langfristigen Finanzierbarkeit.
- Herbeiführung einer den Interdependenzen entsprechenden „Governance“ der Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung durch die Einrichtung einer partnerschaftlichen Zielsteuerung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung.

Inhalt

Das Vorhaben umfasst hauptsächlich folgende Maßnahme(n):

- Implementierung eines partnerschaftlichen Zielsteuerungssystems zur Koordinierung der Planung und Steuerung von Struktur und Organisation der österreichischen Gesundheitsversorgung sowie zur Wahrnehmung einer gemeinsamen Finanzverantwortung für die österreichische Gesundheitsversorgung.
- Verbesserung der Abstimmung zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens (insbesondere zwischen niedergelassenem Versorgungsbereich und den Krankenanstalten).
- Weiterentwicklung von Organisation und Steuerungsmechanismen auf Bundes- und Landesebene nach dem Prinzip der Wirkungsorientierung.

Finanzielle Auswirkungen auf den Bundeshaushalt und andere öffentliche Haushalte:

Die finanziellen Auswirkungen bestehen darin, dass die öffentlichen Gesundheitsausgaben insbesondere durch die Länder und die Sozialversicherung schrittweise an den mittelfristig prognostizierten Anstieg des nominellen BIP (von derzeit 3,6 %) angenähert werden sollen. Dadurch sollen bis 2016 kumulierte Ausgabendämpfungseffekte in der Höhe von 3,430 Mrd. Euro (Länder 2,058 Mrd., SV 1,372 Mrd.) erreicht werden. Diese Ausgabendämpfungseffekte ergeben sich im Vergleich zu einer Fortschreibung des Anstiegs der öffentlichen Gesundheitsausgaben seit 1990 von durchschnittlich 5,2 % (ohne zusätzliche Interventionen).

Ausgabendämpfungseffekte für die ersten fünf Jahre (Periode für den ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013 bis 2016)

in Tsd. €	2012	2013	2014	2015	2016
Auszahlungen	-150.000	-360.000	-640.000	-980.000	-1.300.000

Details zu den finanziellen Auswirkungen erfolgen im Rahmen der Materialien zu den Bundesgesetzen, die zur Umsetzung dieser Vereinbarung erlassen werden.

In den weiteren Wirkungsdimensionen gemäß § 17 Abs. 1 BHG 2013 treten keine wesentlichen Auswirkungen auf.

Verhältnis zu den Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

Die vorgesehenen Regelungen fallen nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:

Keine

Wirkungsorientierte Folgenabschätzung

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit

Problemanalyse

Problemdefinition

Sicherstellung der langfristigen Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung der in Österreich lebenden Menschen. Seit 1990 steigen die öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) durchschnittlich um 5,2 % jährlich. Sie steigen somit stärker als der durchschnittliche Anstieg der Wirtschaftsleistung (BIP).

Nullszenario und allfällige Alternativen

Das Nichtsetzen von Maßnahmen würde mittelfristig die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung und damit die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen gefährden. Die Folge könnte die Notwendigkeit der Anhebung der Krankenversicherungsbeiträge oder des steuerfinanzierten Anteils, die Einführung neuer oder die Erhöhung bestehender Selbstbehalte sein oder es könnte zumindest indirekt zur Reduktion von Leistungen kommen.

Interne Evaluierung

Zeitpunkt der internen Evaluierung: ab 2014 jährlich.

In der Vereinbarung ist die Einrichtung eines bundesweiten Monitorings vorgesehen. Die Aufbereitung und Auswertung der Daten soll durch die Gesundheit Österreich GmbH primär aus bereits vorhandenen Dokumentationssystemen und auf Basis der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Verpflichtung zur Datenbereitstellung erfolgen.

Die für die Umsetzung notwendigen und in der Zuständigkeit des Bundes liegenden Gesetzesänderungen sollen so vorbereitet werden, dass diese gemeinsam mit den beiden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG der parlamentarischen Behandlung zugeführt werden können.

Ziele

Ziel 1: Festlegung und Erreichung von Versorgungszielen

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Fehlen von Versorgungszielen in Form von Messgrößen und Zielwerten für die Gesundheitsversorgung	Festlegung von Versorgungszielen (Ergebnis, Prozess und Struktur) in Form von Messgrößen und Zielwerten für die Gesundheitsversorgung und Erreichung bzw. schrittweise Annäherung an diese Versorgungsziele

Ziel 2: Langfristige Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Seit 1990 steigen die öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) durchschnittlich um 5,2 % jährlich. Sie steigen somit stärker als die durchschnittliche Wirtschaftsleistung (BIP).	Schrittweise Annäherung des Anstiegs der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den mittelfristig prognostizierten Anstieg des nominellen BIP (von derzeit 3,6 %) bis 2016.

Ziel 3: Herbeiführung einer den Interdependenzen entsprechenden „Governance“ der Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Fehlen einer den Interdependenzen entsprechenden „Governance“ der Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung.	Herbeiführung einer den Interdependenzen entsprechenden „Governance“ der Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung durch die Einrichtung einer partnerschaftlichen Zielsteuerung zwischen Bund, Ländern und der

Sozialversicherung auf der Basis von
Zielsteuerungsverträgen auf Bundes- und
Landesebene.

Maßnahmen

Maßnahme 1: Implementierung eines partnerschaftlichen Zielsteuerungssystems zur Koordinierung der Planung und Steuerung von Struktur und Organisation der österreichischen Gesundheitsversorgung sowie zur Wahrnehmung einer gemeinsamen Finanzverantwortung für die österreichische Gesundheitsversorgung.

Beschreibung der Maßnahme:

Abschluss von vierjährigen Zielsteuerungsverträgen einschließlich der Festlegung von entsprechenden Versorgungszielen und Maßnahmenpaketen sowie der Festlegung von Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungspotenzialen auf Bundesebene zwischen Bund, Ländern und sozialer Krankenversicherung bzw. auf Landesebene zwischen Land und sozialer Krankenversicherung.

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Derzeit keine Zielsteuerungsverträge auf Bundes- und Landesebene und Fehlen von Versorgungs- und Finanzz Zielen in Form von Messgrößen und Zielwerten für die Gesundheitsversorgung.	Abschluss von Zielsteuerungsverträge auf Bundes- und Landesebene und damit Festlegung von Versorgungszielen (Ergebnis, Prozess und Struktur) in Form von Messgrößen, Zielwerten und Maßnahmenpaketen für die Gesundheitsversorgung und Erreichung bzw. schrittweise Annäherung an diese Versorgungsziele.

Maßnahme 2: Verbesserung der Abstimmung zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens (insbesondere zwischen niedergelassenem Versorgungsbereich und den Krankenanstalten)

Beschreibung der Maßnahme:

Angestrebgt wird eine gemeinsame sektorenübergreifende Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung durch den Abschluss von Zielsteuerungsverträgen auf Bundes- und Landesebene. Durch die Zielsteuerungsverträge wird eine gemeinsame sektorenübergreifende Planung und Steuerung erstmals verbindlich vorgesehen.

Umsetzung der Zielsteuerungsverträge gemeinsam durch die Vertragspartner. Durch die bessere Abstimmung der Versorgungssektoren sollen Doppelgleisigkeiten vermieden und bestehende Versorgungslücken in struktureller und prozessualer Hinsicht geschlossen werden.

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Unklare Zuständigkeit bzw. mangelnde Abstimmung zwischen den Gesundheitsdiensteanbieter und dadurch verursachte Doppelgleisigkeiten bzw. Versorgungsdefizite.	Laufende Verbesserung der Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung durch die Festlegung eindeutiger Zuständigkeiten und Optimierung der Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse.

Maßnahme 3: Weiterentwicklung von Organisation und Steuerungsmechanismen auf Bundes- und Landesebene nach dem Prinzip der Wirkungsorientierung

Beschreibung der Maßnahme:

Weiterentwicklung der Organisation durch Einrichtung von Zielsteuerungskommissionen auf Bundes- und Landesebene zur Abstimmung und Umsetzung der Zielsteuerungsverträge. Implementierung eines bundesweiten Monitorings, um die Erreichung der vereinbarten Ziele messbar zu machen.

Wie sieht Erfolg aus:

Ausgangszustand Zeitpunkt der WFA	Zielzustand Evaluierungszeitpunkt
Derzeit unzureichende Organisationsstruktur, fehlende Transparenz	Implementierung der Bundes-Zielsteuerungskommission und der Landes-Zielsteuerungskommissionen sowie eines

 bundesweiten Monitorings im Jahr 2013.

Abschätzung der Auswirkungen

Finanzielle Auswirkungen für alle Gebietskörperschaften und Sozialversicherungsträger

Finanzierungshaushalt – Ausgabendämpfung gesamt für die ersten fünf Jahre

	in Tsd. €	2012	2013	2014	2015	2016
Auszahlungen		-150.000	-360.000	-640.000	-980.000	-1.300.000
davon Länder		-90.000	-216.000	-384.000	-588.000	-780.000
davon Sozialversicherungsträger		-60.000	-144.000	-256.000	-392.000	-520.000

- Langfristige finanzielle Auswirkungen

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben insbesondere durch die Länder und die Sozialversicherung sollen schrittweise an den mittelfristig prognostizierten Anstieg des nominellen BIP (von derzeit 3,6 %) angenähert werden. Die langfristigen Ausgabendämpfungseffekte ergeben sich im Vergleich zu einer Fortschreibung des Anstiegs der öffentlichen Gesundheitsausgaben seit 1990 von durchschnittlich 5,2 % (ohne zusätzliche Interventionen).

Finanzielle Auswirkungen für die Länder

- Ausgabendämpfungseffekte – Laufende Auswirkungen

	in Tsd. €	2012	2013	2014	2015	2016
Sonstige		-90.000	-216.000	-384.000	-588.000	-780.000
gesamt		-90.000	-216.000	-384.000	-588.000	-780.000
Nettoergebnis		90.000	216.000	384.000	588.000	780.000

Finanzielle Auswirkungen für die Sozialversicherungsträger

- Ausgabendämpfungseffekte – Laufende Auswirkungen

	in Tsd. €	2012	2013	2014	2015	2016
Sonstige		-60.000	-144.000	-256.000	-392.000	-520.000
gesamt		-60.000	-144.000	-256.000	-392.000	-520.000
Nettoergebnis		60.000	144.000	256.000	392.000	520.000

Gesamtwirtschaftliche Auswirkungen

Die Dämpfung des Ausgabenpfades wird vornehmlich durch Effizienzsteigerungen ermöglicht. Das heißt, dass die zusätzlich zu erwartende Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen durch die bereits zur Verfügung stehenden materiellen und personellen Ressourcen erbracht werden können. Es sind daher keine wesentlichen Auswirkungen auf Wertschöpfung und Beschäftigung zu erwarten.

ERLÄUTERUNGEN

Allgemeiner Teil

Im Interesse der in Österreich lebenden Menschen sind die Vertragsparteien Bund und Länder einerseits sowie die Sozialversicherung andererseits als gleichberechtigte Partner übereingekommen, ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung einzurichten. Damit soll sichergestellt werden, dass sich mittels vereinbarter Ausgabenobergrenzen die öffentlichen Gesundheitsausgaben gleichlaufend zum nominellen Wirtschaftswachstum entwickeln. Es wird damit ein wesentlicher Beitrag zur Erfüllung des Österreichischen Stabilitätspakts geleistet. Vor dem Hintergrund der bestehenden Zuständigkeiten verfolgt die nunmehr vorliegende Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit daher das Ziel, durch moderne Formen einer vertraglich abgestützten Staatsorganisation eine optimale Wirkungsorientierung sowie eine strategische und ergebnisorientierte Kooperation und Koordination bei der Erfüllung der jeweiligen Aufgaben zu erreichen. Es geht um eine den Interdependenzen entsprechende „Governance“ der Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung, um die Entsprechung der Prinzipien Wirkungsorientierung, Verantwortlichkeit, Rechenschaftspflicht, Offenheit und Transparenz von Strukturen bzw. Prozessen und Fairness und um die Sicherstellung von sowohl qualitativ bestmöglichen Gesundheitsdienstleistungen als auch deren Finanzierung. Durch das vertragliche Prinzip Kooperation und Koordination sollen die organisatorischen und finanziellen Partikularinteressen der Systempartner überwunden werden.

Kern der Reform ist die Einrichtung eines partnerschaftlichen Zielsteuerungssystems, das eine bessere Abstimmung zwischen dem niedergelassenen Versorgungsbereich und den Krankenanstalten garantieren wird. In Zukunft stehen die Patientinnen und Patienten und ihre bestmögliche medizinische Behandlung im Mittelpunkt und nicht mehr die Institutionen. Das bedeutet eine weitere Stärkung des öffentlichen Gesundheitswesens, das sich in Österreich bewährt hat. Mit der nunmehr vereinbarten Zielsteuerung-Gesundheit wird ein Mechanismus geschaffen, der es sicherstellt, Ausgabensteigerungen in der Gesundheitsversorgung an das prognostizierte Wirtschaftswachstum heranzuführen, damit die kontinuierliche Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems gewährleistet und dessen Finanzierung auch für kommende Generationen leistbar bleibt.

Die Prinzipien der Gesundheitsreform 2012

- Für Patientinnen und Patienten wird der niederschwellige Zugang zur bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung und deren hohe Qualität langfristig gesichert und ausgebaut.
- Die Steuern und Beiträge der Bevölkerung werden besser zielgerichtet eingesetzt.
- Die Organisation und Steuerungsmechanismen auf Bundes- und Landesebene werden nach dem Prinzip der Wirkungsorientierung weiterentwickelt.
- Sowohl Versorgungs- als auch Finanzziele werden festgelegt und ein Monitoring eingeführt, um die Erreichung der Ziele messbar zu machen.
- Der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) ist über die Periode bis 2016 an das zu erwartende durchschnittliche nominelle Wachstum des Bruttoinlandsprodukts heranzuführen (plus 3,6% pro Jahr).
- Versorgung der Patientinnen und Patienten zum richtigen Zeitpunkt, am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität.
- Transparente, patientenorientierte Qualität im Gesundheitswesen.
- Verbesserung der Behandlungsprozesse insbesondere durch die Optimierung von Organisationsabläufen und der Kommunikation.
- Forcierung der Einrichtung von multiprofessionellen und integrativen Versorgungsformen auf allen Versorgungsebenen.
- Zielgerichteter Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention.

Neue Strukturen im Dienst der Patientinnen und Patienten

- Die bedarfsorientierte Versorgungs- und Leistungsdichte im akutstationären und ambulanten (intra- und extramuralen) Bereich wird neu festgelegt.
- Der Anteil der tagesklinischen bzw. der ambulanten Leistungserbringung für festgelegte ausgewählte Leistungen wird erhöht.

- Durch die medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen bzw. in den ambulanten Bereich (Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien sowie niedergelassener Bereich) wird der vollstationäre Bereich in den Spitäler entlastet.
- Der Anteil der ambulanten Versorgungsstruktur mit Öffnungszeiten zu Tagesrand- und Wochenendzeiten und der Anteil interdisziplinärer Versorgungsmodelle in der ambulanten Versorgungsstruktur werden ausgebaut, was zu einer Entlastung von Spitalsambulanzen beitragen kann.
- Die Primärversorgung wird nach internationalem Vorbild auch bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gestärkt.

Finanzzielsteuerung Neu: Gesicherte Finanzierung des Gesundheitssystems durch Wahrnehmung einer gemeinsamen Finanzverantwortung

- Schrittweise Annäherung des Anstiegs der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den mittelfristig prognostizierten Anstieg des nominellen BIP (von derzeit 3,6 %).
- Weiteres finanziertes Wachstum der Gesundheitsausgaben.
- Vereinbarung eines Ausgabendämpfungspfads, der die qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung wie auch deren nachhaltige Finanzierung sicherstellt.
- Ausgabenobergrenzen und daraus abgeleitete Ausgabendämpfungseffekte in der ersten Periode bis 2016 in der Höhe von 3,430 Mrd. Euro (Länder 2,058 Mrd., SV 1,372 Mrd.).

Transparenz und bessere Qualität für die Patientinnen und Patienten

Ein weiterer wesentlicher Schwerpunkt im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist die Sicherung und Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung. Dazu wird ein österreichweit einheitliches Qualitätssystem mit folgenden Schwerpunkten auf- und ausgebaut:

- Messung der Ergebnisqualität in Spitäler und bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.
- Verpflichtung der Gesundheitsdiensteanbieter zur Sicherstellung der Qualitätsstandards und der Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen. Voraussetzung für die Verrechenbarkeit der Leistung ist die Einhaltung von grundlegenden Qualitätsstandards. Unter bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen sind primär Peer-Review-Verfahren zu verstehen.
- Die Qualitätssicherung im Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte erfolgt – wie bisher – durch die Österreichische Ärztekammer im übertragenen Wirkungsbereich. Dabei kann sich die Österreichische Ärztekammer der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Medizin (ÖQMed) bedienen.
- Die Qualitätsberichte müssen veröffentlicht werden.
- Rechtlich verbindliche Vorgaben zur Qualitätssicherung durch den Bund auf Grundlage des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz).

Mehr Prävention und Gesundheitsförderung

„Länger leben bei guter Gesundheit“ ist eines der Kernziele der Gesundheitsreform 2012. Prävention und Gesundheitsförderung spielen daher eine zentrale Rolle. Um in Zukunft vermehrt auf Prävention zu setzen, wird auf Landesebene jeweils ein gemeinsamer Gesundheitsförderungsfonds eingerichtet. Die Fonds werden mit insgesamt 150 Millionen Euro für 10 Jahre dotiert. Über die Mittelverwendung entscheidet die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission.

Umfassende Kontrolle und Schlichtungsverfahren

- Bund, Länder und Sozialversicherung vereinbaren fixe Ziele und verpflichten sich zu einem laufenden Monitoring mit klar festgelegten Messgrößen und Zielwerten.
- Die Monitoringberichte sind zu veröffentlichen.
- Ein Sanktionsmechanismus wird in folgenden Fällen in Gang gesetzt:
 1. Im Zuge des Monitorings festgestellte Nicht-Erreichung von vereinbarten Zielen
 2. Verstoß gegen die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, den Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder die Landes-Zielsteuerungsverträge
 3. Nicht-Zustandekommen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages oder der Landes-Zielsteuerungsverträge
- Bei Streitigkeiten über Inhalte des Bundes- und der Landes-Zielsteuerungsverträge ist ein Schlichtungsverfahren vorgesehen.

Entscheidungsstrukturen und Organisation

Im Rahmen der Gesundheitsreform werden folgende Gremien eingerichtet bzw. verändert:

- Die **Bundesgesundheitskommission (BGK)**: Der an die Reform angepassten Bundesgesundheitskommission werden in Zukunft jeweils neun Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, der Länder und der Sozialversicherungen angehören und – so wie auch bisher – Vertreterinnen/Vertreter der Interessensvertretungen wie beispielsweise die Österreichische Ärztekammer und die Patientenanwaltschaft. Für Beschlüsse sind eine Stimmenmehrheit des gesamten Gremiums und eine $\frac{3}{4}$ -Mehrheit der Vertreterinnen/Vertreter von Bund, Ländern und Sozialversicherung notwendig (doppelte Mehrheit). Zu den Aufgaben der Bundesgesundheitskommission zählen unter anderem die Weiterentwicklung des Systems der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) und die Weiterentwicklung der Gesundheitsziele für Österreich.
- Die neu geschaffene **Bundes-Zielsteuerungskommission (BZK)**: Zur Umsetzung des Zielsteuerungssystems kommt diesem neu geschaffenen Gremium eine zentrale Rolle zu. Der Bundes-Zielsteuerungskommission gehören je vier Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung an. Beschlüsse werden einvernehmlich gefasst. Zentrale Aufgabe der Bundes-Zielsteuerungskommission ist die Abstimmung des Bundes-Zielsteuerungsvertrags, sowie beispielsweise die Festlegung des Jahresarbeitsprogramms und die Wahrung von Agenden des Sanktionsmechanismus. Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag wird von Bund, Ländern und Hauptverband der Sozialversicherungsträger unterschrieben.
- Die **Gesundheitsplattform auf Landesebene**: Jeweils fünf Vertreterinnen/Vertreter des Landes und der Sozialversicherung sowie eine Vertreterin/ein Vertreter des Bundes sind mit Stimmrecht vertreten. Weitere Mitglieder sind – wie bisher – Vertreterinnen/Vertreter der Interessensvertretungen wie etwa der jeweiligen Landesärztekammer und die Patientenanwaltschaft. Die Aufgaben der Gesundheitsplattform korrespondieren mit denen der Bundesgesundheitskommission auf Bundesebene, also etwa das LKF-System und die Gesundheitsziele.
- Die neu geschaffene **Landes-Zielsteuerungskommission (LZK)**: Dem neu geschaffenen Gremium gehören jeweils fünf Vertreterinnen/Vertreter des Landes sowie der Sozialversicherung an, wobei beide in Kurien organisiert sind, sowie eine Vertreterin/ein Vertreter des Bundes. Um einen Beschluss herzustellen, ist Einvernehmen zwischen der Kurie des Landes und der Kurie der Sozialversicherung notwendig. Der Bund hat ein Vetorecht, falls ein Beschluss gegen Bundesvorgaben (z.B. Bundes-Zielsteuerungsvertrag, Qualitätsrichtlinien, etc.) verstößt. In der Landes-Zielsteuerungskommission wird der Landes-Zielsteuerungsvertrag erarbeitet. Damit werden auf dieser Ebene die Behandlungsprozesse und somit die Strukturen gemeinsam geplant und gesteuert.

Bundes-Zielsteuerungsvertrag, Landes-Zielsteuerungsverträge

Auf Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit wird ein Bundes-Zielsteuerungsvertrag ausgearbeitet. Basierend auf diesem Vertrag werden auf Landesebene detaillierte Landes-Zielsteuerungsverträge erstellt und abgeschlossen.

Laufzeit dieser Vereinbarung

Die Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit wird unbefristet abgeschlossen. Die Vertragsparteien verzichten bis 31. Dezember 2014 auf ihr Recht, die Vereinbarung zu kündigen.

Nach dem 31. Dezember 2014 kann diese Vereinbarung vom Bund oder mindestens sechs Ländern zum Jahresende unter Einhaltung einer neunmonatigen Kündigungsfrist gekündigt werden.

Die Vereinbarung tritt außer Kraft, wenn

1. die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ohne vom Bund und den Ländern akzeptierte Nachfolgeregelung außer Kraft tritt oder
2. die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden über einen Österreichischen Stabilitätspakt 2012 ohne vom Bund und den Ländern akzeptierte Nachfolgeregelung außer Kraft tritt.

Die derzeit bis 31. Dezember 2013 geltende Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, wird bedingt durch den Abschluss dieser Vereinbarung parallel dazu novelliert.

Besonderer Teil

Zu Abschnitt 1:

Dieser Abschnitt sieht die Einrichtung einer integrativen partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit unter Einbeziehung der Sozialversicherung als gleichberechtigter Partner für die gesamte Gesundheitsversorgung vor. Weiters enthält er einen Katalog von Begriffsbestimmungen.

Zu Abschnitt 2:

Dieser Abschnitt enthält die der Zielsteuerung-Gesundheit zu Grunde liegenden gesundheitspolitischen Grundsätze, wie die Ausrichtung an den Rahmen-Gesundheitszielen und Public Health. Darüber hinaus werden – wie im allgemeinen Teil beschrieben – die Prinzipien, Strukturen, Ziele und Handlungsfelder festgelegt und der Grundsatz der Patientenorientierung und Transparenz verankert.

Ein weiterer wesentlicher Schwerpunkt im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist die Sicherung und Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung. Dazu wird ein österreichweit einheitliches Qualitätssystem mit folgenden Schwerpunkten auf- und ausgebaut:

- Messung der Ergebnisqualität in Spitätern und bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.
- Verpflichtung der Gesundheitsdiensteanbieter zur Sicherstellung der Qualitätsstandards und der Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen. Voraussetzung für die Verrechenbarkeit der Leistung ist die Einhaltung von grundlegenden Qualitätsstandards. Unter bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen sind primär Peer-Review-Verfahren zu verstehen.
- Die Qualitätssicherung im Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte erfolgt – wie bisher – durch die Österreichische Ärztekammer im übertragenen Wirkungsbereich. Dabei kann sich die Österreichische Ärztekammer der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Medizin (ÖQMed) bedienen.
- Die Qualitätsberichte müssen veröffentlicht werden.
- Rechtlich verbindliche Vorgaben zur Qualitätssicherung durch den Bund auf Grundlage des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz).

Zu Abschnitt 3:

In diesem Abschnitt wird festgelegt, dass auf Bundesebene vierjährige Bundes-Zielsteuerungsverträge (erstmals für die Jahre 2013 bis 2016) vom Bund, den Ländern und der Sozialversicherung und auf Landesebene vierjährige Landes-Zielsteuerungsverträge vom jeweiligen Land und der Sozialversicherung abzuschließen sind. Diese Verträge sind durch Jahresarbeitsprogramme zu operationalisieren.

Weiters wird das Verhältnis der Zielsteuerung-Gesundheit zu den bestehenden Festlegungen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) sowie den Festlegungen der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) dahin geregelt, dass die weitere Ausrichtung dieser Pläne durch die übergeordnete Zielsteuerung-Gesundheit determiniert ist.

Zu Abschnitt 4:

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit werden in diesem Abschnitt folgende Gremien eingerichtet:

Die Bundesgesundheitskommission (BGK): Der Bundesgesundheitskommission werden in Zukunft jeweils neun Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, der Länder und der Sozialversicherungen angehören und – so wie auch bisher – Vertreterinnen/Vertreter der Interessensvertretungen wie beispielsweise der Österreichischen Ärztekammer oder der Patientenanwaltschaft. Für Beschlüsse sind eine Stimmenmehrheit des gesamten Gremiums und eine $\frac{3}{4}$ -Mehrheit der Vertreterinnen/Vertreter von Bund, Ländern und Sozialversicherung notwendig (doppelte Mehrheit).

In der Bundesgesundheitskommission erfolgen zu nachstehenden Punkten Festlegungen (Beschlüsse):

1. zu Angelegenheiten der Bundesgesundheitsagentur als Fonds:
 - a) Laufende Wartung und Aktualisierung sowie Weiterentwicklung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungsmodells (LKF) inklusive seiner Grundlagen
 - b) Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln der Bundesgesundheitsagentur nach Maßgabe der Bestimmungen in Art. 30, 32, 33 und 45 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in der jeweils geltenden Fassung
 - c) Voranschlag und Rechnungsabschluss der Bundesgesundheitsagentur
2. zu allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen:

- a) (Weiter-)Entwicklung der (Rahmen-)Gesundheitsziele samt Festlegung der Indikatoren und Monitoring gemäß Art. 4 (inkl. Strategien zur Umsetzung)
- b) Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens
- c) Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (wie ELGA, eCard, Telehealth, Telecare)
- d) Richtlinien für eine bundesweite, alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende Dokumentation, sowie Weiterentwicklung des Dokumentations- und Informationssystems für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG)
- e) Evaluierung der von der Bundesgesundheitskommission wahrgenommenen Aufgaben

Die **Bundes-Zielsteuerungskommission (BZK)**: Zur Umsetzung des Zielsteuerungssystems kommt diesem neu geschaffenen Gremium eine zentrale Rolle zu. Der Bundes-Zielsteuerungskommission gehören je vier Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung an. Beschlüsse werden einstimmig gefasst.

In der Bundes-Zielsteuerungskommission ist der Entwurf für den Bundes-Zielsteuerungsvertrag zu beraten und zur Beschlussfassung dem Bund, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Ländern einvernehmlich zu empfehlen. Dieser Vertrag bildet die Grundlage und den Rahmen für die nachfolgenden Aufgaben:

1. Koordination, Abstimmungen und Festlegungen aller aus dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag inkl. Finanzrahmenvertrag resultierenden Aufgaben
2. Jahresarbeitsprogramme für Maßnahmen auf Bundesebene zur konkreten Umsetzung des Bundes-Zielsteuerungsvertrags
3. Grundsätze für ein bundesweites Monitoring der Zielsteuerung-Gesundheit einschließlich des Finanzzielsteuerungsmonitorings
4. Angelegenheiten des Monitorings und Berichtswesens gemäß Abschnitt 7
5. Wahrnehmung von Agenden zum Sanktionsmechanismus gemäß Abschnitt 8
6. Angelegenheiten aus den Rahmenregelungen für vertragliche und gemeinsam von Sozialversicherung und Ländern zu verantwortende sektorenübergreifende Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen auf Landesebene (z. B. Spitalsambulanzen, Gruppenpraxen und niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte, tagesklinische Versorgung, innovative Versorgungsformen etc.); Erarbeitung, Erprobung von Abrechnungsmodellen für eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs
7. (Weiter-)Entwicklung von Vergütungssystemen
8. Angelegenheiten der Qualität
9. Grundsätze, Ziele und Methoden für die Planungen im Österreichischen Strukturplan Gesundheit/in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit
10. Angelegenheiten des Österreichischen Strukturplans Gesundheit inkl. Strukturqualitätskriterien gemäß Artikel 3 und 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in der jeweils geltenden Fassung
11. Planung Großgeräte intra- und extramural
12. Angelegenheiten der Medikamentenkommision
13. Vorgaben für die transparente Darstellung der vollständigen Budgetierung und der Rechnungsabschlüsse der Krankenanstalten bzw. Krankenanstaltenverbände und von Vorgaben für die transparente Darstellung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherung für den extramuralen Bereich
14. Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung
15. Evaluierung der von der Bundes-Zielsteuerungskommission wahrgenommenen Aufgaben
16. Grundsätze und Ziele für die Verwendung der Mittel zur Stärkung der Gesundheitsförderung gemäß Artikel 23

In der Bundes-Zielsteuerungskommission erfolgt weiters eine wechselseitige Information und Konsultation über die inhaltlichen und strategischen Festlegungen der Zielausrichtung und der Steuerungsmechanismen, deren sich Bund, Länder und Sozialversicherung im jeweiligen Wirkungsbereich bedienen.

Die **Gesundheitsplattform auf Landesebene**: Jeweils fünf Vertreterinnen/Vertreter des Landes und der Sozialversicherung sowie eine Vertreterin/ein Vertreter des Bundes sind mit Stimmrecht vertreten.

Weitere Mitglieder sind wie bisher Vertreterinnen/Vertreter der Interessensvertretungen wie etwa der jeweiligen Landesärztekammer und der Patientenanwaltschaft. Je nach zu beschließender Angelegenheit sind unterschiedliche Beschlussquoren vorgesehen.

In der Gesundheitsplattform erfolgen zu nachstehenden Punkten Festlegungen (Beschlüsse):

1. in Angelegenheiten des Landesgesundheitsfonds als Fonds:
 - a) Landesspezifische Ausformung des im Bundesland geltenden leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems; Abgeltung von Betriebsleistungen der Fondskrankenanstalten; Umsetzung von leistungsorientierten Vergütungssystemen; Gewährung von Förderungen für Investitionsvorhaben; Gewährung von Zuschüssen für Projekte, Planungen und krankenhausentlastende Maßnahmen
 - b) Voranschlag und Rechnungsabschluss des Landesgesundheitsfonds
 - c) Aufgaben, die dem Landesgesundheitsfonds durch die Landesgesetzgebung aus dem Zuständigkeitsbereich des Landes übertragen werden
2. zu allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen:
 - a) (Weiter-)Entwicklung der Gesundheitsziele (inkl. Strategien zur Umsetzung) auf Landesebene
 - b) Grundsätze der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen
 - c) Grundsätze der Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement
 - d) Mitwirkung am Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (wie ELGA, eCard, Telehealth, Telecare) auf Landesebene
 - e) Umsetzung von Projekten zur Gesundheitsförderung
 - f) Evaluierung der von der Gesundheitsplattform auf Landesebene wahrgenommenen Aufgaben

In der Gesundheitsplattform erfolgen zu nachstehenden Punkten Informationen und Konsultationen:

1. Ressourcenplanung im Pflegebereich
2. Bericht über Festlegungen der Landes-Zielsteuerungskommission

Die Landes-Zielsteuerungskommission (LZK): Dem neu geschaffenen Gremium gehören jeweils fünf Vertreterinnen/Vertreter des Landes sowie der Sozialversicherung an, wobei beide in Kurien organisiert sind, sowie eine Vertreterin/ein Vertreter des Bundes. Um einen Beschluss herzustellen, ist Einvernehmen zwischen der Kurie des Landes und der Kurie der Sozialversicherung notwendig. Der Bund hat ein Vetorecht, falls ein Beschluss gegen Bundesvorgaben (z.B. Bundes-Zielsteuerungsvertrag, Qualitätsrichtlinien, etc.) verstößt.

In der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission ist der Entwurf für den Landes-Zielsteuerungsvertrag zu beraten und zur Beschlussfassung in den zuständigen Gremien der sozialen Krankenversicherung und des Landes einvernehmlich zu empfehlen. Dieser Vertrag bildet die Grundlage und den Rahmen für die nachfolgenden Aufgaben:

1. Koordination, Abstimmungen und Festlegungen aller aus dem Landes-Zielsteuerungsvertrag inkl. Finanzrahmenvertrag resultierenden Aufgaben
2. Jahresarbeitsprogramme für Maßnahmen auf Landesebene zur konkreten Umsetzung des Landes-Zielsteuerungsvertrags
3. Mitwirkung am bundesweiten Monitoring und Behandlung des Monitoringberichts gemäß Abschnitt 7
4. Wahrnehmung von Agenden zum Sanktionsmechanismus gemäß Abschnitt 8
5. Umsetzung der Regelungen für vertragliche und gemeinsam von Sozialversicherung und Ländern zu verantwortende sektorenübergreifende Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen auf Landesebene (z. B. Spitalsambulanzen, Gruppenpraxen und niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte, tagesklinische Versorgung, innovative Versorgungsformen etc.); Umsetzung von vereinbarten innovativen Modellen zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs
6. Angelegenheiten des Regionalen Strukturplans Gesundheit gemäß Artikel 3 und 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in der jeweils geltenden Fassung
7. Angelegenheiten der Großgeräte intra- und extramural
8. Strategie zur Gesundheitsförderung
9. Angelegenheiten des Gesundheitsförderungsfonds gemäß Artikel 23

10. Mitwirkung bei der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen
11. Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement
12. Evaluierung der von der Landes-Zielsteuerungskommission wahrgenommenen Aufgaben

In der Landes-Zielsteuerungskommission erfolgt weiters eine wechselseitige und rechtzeitige Information und Konsultation über Festlegungen zu wesentlichen operativen und finanziellen Angelegenheiten der Leistungserbringung im Gesundheitswesen von Land und Sozialversicherung.

Zu den Abschnitten 5 und 6:

In diesen Abschnitten erfolgt die Konkretisierung der Inhalte der Zielsteuerungsverträge für folgende vier Steuerungsbereiche der Zielsteuerung-Gesundheit:

1. Ergebnisorientierung,
2. Versorgungsstrukturen,
3. Versorgungsprozesse und
4. Finanzziele.

Siehe dazu auch den allgemeinen Teil der Erläuterungen.

Zu Abschnitt 7:

Dieser Abschnitt sieht die Implementierung eines ständigen bundesweiten Monitorings und Berichtswesens basierend auf klar festgelegten Messgrößen und Zielwerten vor und regelt die einzelnen voneinander getrennten Prozessschritte. Das Monitoring (Datensammlung, Aufbereitung und Auswertung) erfolgt durch die Gesundheit Österreich GmbH. Dabei ist die Einbindung der betroffenen Landes-Zielsteuerungskommissionen vorgesehen. Die Abnahme des Monitoringberichts ist Angelegenheit der Bundes-Zielsteuerungskommission.

Die Monitoringberichte sind zu veröffentlichen.

Detailregelungen zum Monitoring und Berichtswesen haben im ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag zu erfolgen.

Zu Abschnitt 8:

Es ist vorgesehen, dass ein Sanktionsmechanismus in folgenden Fällen in Gang gesetzt wird:

1. Im Zuge des Monitorings festgestellte Nicht-Erreichung von vereinbarten Zielen,
2. Verstoß gegen diese Vereinbarung, den Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder die Landes-Zielsteuerungsverträge sowie
3. Nicht-Zustandekommen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages oder der Landes-Zielsteuerungsverträge.

Bei Streitigkeiten über Inhalte des Bundes- und der Landes-Zielsteuerungsverträge ist ein Schlichtungsverfahren vorgesehen. Dieses Schlichtungsverfahren ist weder ein Verwaltungsverfahren noch ein Schiedsverfahren im Sinne des § 577 der Zivilprozeßordnung, somit ein Verfahren sui generis.

Zu Abschnitt 9:

In diesem Abschnitt werden die Eckpunkte für die notwendigen gesetzlichen Regelungen zur Umsetzung dieser Vereinbarung dargelegt.

Zu Abschnitt 10:

In diesem Abschnitt werden Sonderbestimmungen für den Fall von Naturkatastrophen oder außergewöhnlichen Notsituationen getroffen sowie eine Unterstützungsplflicht des Bundes festgelegt.

Zu Abschnitt 11:

Diese Vereinbarung wird unbefristet abgeschlossen. Die Vertragsparteien verzichten bis 31. Dezember 2014 auf ihr Recht zu kündigen. Nach dem 31. Dezember 2014 kann diese Vereinbarung vom Bund oder mindestens sechs Ländern zum Jahresende unter Einhaltung einer neunmonatigen Kündigungsfrist gekündigt werden.

Diese Vereinbarung tritt außer Kraft, wenn

1. die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ohne vom Bund und den Ländern akzeptierte Nachfolgeregelung außer Kraft tritt oder

2. die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden über einen Österreichischen Stabilitätspakt 2012 ohne vom Bund und den Ländern akzeptierte Nachfolgeregelung außer Kraft tritt.

Zum Anhang:

Der Anhang beinhaltet die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben (Ausgangswerte) für die erste Periode bis 2016 im Bereich der Länder und im Bereich der Sozialversicherung.