

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

Operatives Ziel 1	Verbesserung der integrativen Versorgung durch gemeinsame abgestimmte verbindliche Planung und Umsetzung der folgenden Ziele (1.1. bis 1.3.)
Messgrößen und Zielwerte	<i>Messgrößen und Zielwerte/Zielvorgaben sind direkt den operativen Zielen 1.1. bis 1.3 zugeordnet. Diese sind in der Analyse gemeinsam zu betrachten.</i>

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Gründung der gesetzlich vorgesehenen Gesundheitsplanungs GmbH und Erlass der Planungsverordnung (ÖSG und RSG)	Juni 2017 (Gründung) Dezember 2017 (VO zum ÖSG) April 2019 (VO zum RSG)
	2: Vorlage ÖSG 2017 inklusive Grundlagen für Versorgungsaufträge und Ausweis der verbindlich zu machenden Passagen gemäß § 23 G-ZG an die B-ZK, danach sukzessive Fertigstellung der Grundlagen für Versorgungsaufträge im ÖSG für sämtliche relevanten Fachbereiche und Weiterentwicklung	Juli 2017 (Vorlage ÖSG) Dezember 2019 (Fertigstellung Grundlagen VA)
	3: Schaffen der notwendigen Voraussetzungen für ÜRVP-Umsetzung (Grundsätze zur Finanzierung gemäß § 59g KAKuG)	Juli 2017
	4: Analyse und Vergleich (Bundesländer) zum aktuellen Stand der Hospiz- und Palliativversorgung	Dezember 2017 (iZm HOS/PAL-Monitoring)
	5: Vorgabe von bundesweiten Empfehlungen zur Finanzierung zusätzlicher Strukturen für HOS/PAL nach Maßgabe § 2 Abs. 2a Pflegefondsgesetz auf Basis der Analyse zum aktuellen Stand	Juni 2018
Landesebene	1: Erlass adäquater Ausführungsgesetze zu den Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG auf Landesebene	Dezember 2017
	Operationalisierung: <ul style="list-style-type: none"> • Vereinbarung eines Logistikfahrplanes 	
	2: Erstellung integrativer RSG gemäß der Rahmenvorgaben im ÖSG inklusive jener Planungsvorgaben, die rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen (Festlegungen zur Kapazitätsplanung, überregionale Versorgungsplanung und Versorgungsaufträge soweit Grundlagen im ÖSG verankert)	Dezember 2018
	Operationalisierung: <ol style="list-style-type: none"> 1. Gemeinsame Erarbeitung des RSG aufbauend auf den ÖSG 2. Beschlussfassung in der L-ZK mit Ausweis der verbindlich zu erklärenden Teile unter 	

	<p>Berücksichtigung der Begutachtungsfristen gem. G-ZG</p> <p>3. Erlass der Landesplanungsverordnungen</p> <p>Optimierung der intra- und extramuralen psychiatrischen Versorgungsangebote - KKPV, psychiatrischer und psychosomatischer Versorgungsplan – PPV</p> <p>Weiterführung bestehender Pilotprojekte zur medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung, Implementierung einer weiteren Mehrfachbehinderten-Ambulanz im KAV (Krankenhaus Hietzing)</p> <p>Optimierung der Versorgung mit Heilmitteln in Wohn- und Pflegeheimen anhand der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen erproben.</p>	
--	---	--

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

Operatives Ziel 1.1 Primärversorgungsmodelle auf- und ausbauen	
Messgrößen und Zielwerte	<p>(1) Umgesetzte PV-Einheiten <i>Zielwert: 75</i></p> <p>(2) In PV-Einheiten versorgte Bevölkerung <i>Zielvorgabe: ↑</i></p> <p><i>Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße: Anteil von Fällen mit abgeschlossener Behandlung</i></p>

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Schaffen der für den Auf- und Ausbau der PVE erforderlichen Voraussetzungen; insbesondere PHC-Gesetz, Kompetenzprofile, Richtlinie gemäß § 26 Abs. 4 Z 1 lit. m G-ZG	Juni 2017 (Gesetz, Richtlinie) Dezember 2017 (K-Profile)
	2: Festlegung von Eckpfeilern für Verträge und Honorierungssysteme	Dezember 2017
	3: Strukturierte Unterstützung bei der Information zur Primärversorgung und bei der Gründung von Primärversorgungseinheiten (z.B. Services zur Gründung, finanzielle Förderungsmöglichkeiten, Rahmenbedingungen) im Sinne des Art. 31 Abs. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG OF	Dezember 2017
Landesebene	1: Analyse der regionalen Versorgungssituation und Vereinbarung der Anzahl und regionalen Verteilung sowie der Finanzierung der PVE; Abbildung der Planungsergebnisse in den RSG und anschließend Transformation in den Stellenplan	Dezember 2017 (Analyse) Dezember 2018 (RSG)
	Operationalisierung: 1. Gemeinsame Analyse 2. Definition der gemeinsamen Finanzierungsregeln, sowie Abbildung der PVE in den RSG	
	2: Umsetzung der im RSG definierten PVE (Invertragnahme und Evaluierung) auf Basis der festgelegten Eckpfeiler für Verträge und Honorierungssysteme	Dezember 2021
	3: Einbindung der Stakeholder und begleitende Information zu PVE für die Bevölkerung und GDA auf regionaler Ebene	Juni 2018
	Operationalisierung: Weiterentwicklung bestehender Pilotprojekte Weiterführung und Ausbau der Primärversorgung Umsetzung der ambulanten Versorgungsformen in Wien 22 und Wien 15 mit situativ angepassten Versorgungsaufträgen	

Strategisches Ziel 1	Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes
Operatives Ziel 1.2	Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung
Messgrößen und Zielwerte	(3) Anzahl multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich mit Versorgungsauftrag Zielvorgabe: ↑ <i>Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße zur Versorgungswirksamkeit von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären ambulanten Versorgungsformen</i>

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Finalisierung des Konzepts zu Versorgungsstrukturen für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung	Dezember 2017
	2: Prüfung und Schaffen von erforderlichen organisatorischen und rechtlichen Voraussetzungen für die Umsetzung der Versorgungsaufträge	Dezember 2018
	3: Strukturierte Unterstützung bei der Information zur ambulanten Fachversorgung und bei der Gründung von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten (z.B. Services zur Gründung, finanzielle Förderungsmöglichkeiten, Rahmenbedingungen) im Sinne des Art. 31 Abs. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG OF	laufend
Landesebene	1: Analyse und gemeinsame regionale Planung der ambulanten Fachversorgung auf Basis von Versorgungsaufträgen, soweit Grundlagen im ÖSG verankert, im Rahmen der RSG-Erstellung und anschließende Umsetzung (inkl. projektbezogener Vereinbarung der Finanzierung von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten gemäß Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG OF Art. 31)	Dezember 2018
	Operationalisierung: Gemeinsame Analyse der Versorgungssituation und der grundsätzlichen Möglichkeiten mit dem Ziel der Identifikation geeigneter Fachversorgungszentren und Definition der gemeinsamen Finanzierungsregeln sowie Abbildung der Fachversorgungszentren in den RSG sofern Konzept vorliegend Versorgungsmodelle für den ambulanten Bereich auf Basis von qualitativer und gesundheitsökonomischer Bewertung entwickeln und ggf. umsetzen – z.B. Wundmanagement, Diabetikerversorgung, kindliche Frühversorgung Analyse der Bedarfssituation in der ambulanten Fachversorgung (populationsbezogen und indikationsbezogen) und Ableitung eines Umsetzungskonzeptes Optimierung und Ausbau der hämato-onkologischen Versorgung in den Gesundheitszentren des Gesundheitsverbund aus den Wiener Fondskrankenanstalten mit Finanzausgleich gemäß Artikel 9 dieses	

	Vertrages	
	2: Gezielter Aufbau/Ergänzung von noch fehlenden HOS/PAL Einrichtungen/Kapazitäten im ambulanten Bereich inkl. Kinder-Palliativversorgung auf Basis der Analyseergebnisse und Empfehlungen zur Finanzierung zusätzlicher Strukturen (siehe auch op. Ziel 1)	Dezember 2021
	Operationalisierung: Vereinbarung eines Versorgungsplans und regelmäßige Berichterstattung gemäß vereinbarter Parameter über den Ausbau der HOS/PAL-Versorgung in der LZSK	

Strategisches Ziel 1	Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes
Operatives Ziel 1.3	Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen
Messgrößen und Zielwerte	<p>(4) Krankenhaushäufigkeit in FKA <i>Zielwert: Reduktion österreichweit um mindestens 2 % jährlich</i></p> <p>(5) Belagstagedichte in FKA <i>Zielwert: Reduktion österreichweit um mindestens 2 % jährlich</i></p> <p>(6) Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden <i>Zielwert: pro Leistungsbündel definiert (siehe Anlage 2)</i></p>

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen in Bezug auf Grundlage der Regelungen im ÖSG (z.B. KAKuG)	Juni 2018
Landesebene	<p>1: Analyse und gemeinsame regionale Planung der akutstationären Versorgung auf Grundlage des neuen ÖSG im jeweiligen RSG (Art. 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG OF, Art. 13 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG ZS-G) insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forcierung der ambulanten und tagesklinischen Leistungserbringung, • Bündelung komplexer Leistungen und weitgehende Überwindung kleinteiliger Organisationsformen und • Umsetzung der gemeinsam vereinbarten ÜRVP <p>Operationalisierung:</p> <p>Plausibilisierung der vorliegenden stationären Planungen der Rechtsträger der Fondskrankenanstalten</p> <p>Leistungskonzentration vorantreiben, festlegen und umsetzen von Leistungsbündeln in Fondskrankenanstalten und überwinden kleinteiliger Organisationsformen</p> <p>Weiterentwicklung der Erstversorgungsstrukturen der Fondskrankenanstalten - ZNA, ZAE, IAS</p> <p>Definition und Abgrenzung gemeinsam festgelegter Krankheitsbilder bis 2018. Nach Etablierung neuer geeigneter Fachversorgungseinheiten, vorzugsweise nach dem Krankenanstaltengesetz, um möglichst gleichbleibende Rahmenbedingungen (z.B. Qualität) zu gewährleisten, Verlagerung von einvernehmlich ausgewählten Leistungsbündeln im Sinne des Best Point of Service aus den Fondskrankenanstalten in den ambulanten Bereich nach Beschlussfassung in der LZSK.</p> <p>Reduktion der präoperativen und präinterventionellen Verweildauer bei geplanten Eingriffen auf < 1 Tag u.a. durch</p>	Dezember 2018

	<p>Umsetzung der BQLL PRÄOP.</p> <p>Umsetzung der Inhalte der BQLL Aufnahme – und Entlassungsmanagement mit Schwerpunkt Aufnahmemanagement</p> <p>Zuweisungsmanagement für ausgewählte diagnostische Verfahren in Fondskrankenanstalten in Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten verbessern, beginnend mit den nuklearmedizinischen Untersuchungen und CT/MR mit dem Ziel der Auslastung der intramuralen Geräte.</p> <p>Weiterführung des Monitorings der präoperativen Diagnostik bei elektiven operativen Aufenthalten in den Wiener städtischen Spitälern und im Hanuschkrankenhaus gemäß Projektauftrag (LZK Beschluss vom 23.06.2015).</p>	
	<p>2: Gezielter Aufbau/Ergänzung von noch fehlenden HOS/PAL Einrichtungen/Kapazitäten im stationären Bereich inkl. Kinder-Palliativbetten auf Basis der Analyseergebnisse und Empfehlungen zur Finanzierung zusätzlicher Strukturen (siehe auch op. Ziel 1)</p>	<p>Dezember 2021</p>
	<p>Operationalisierung:</p> <p>Vereinbarung eines Versorgungsplans und regelmäßige Berichterstattung gemäß vereinbarter Parameter über den Ausbau der HOS/PAL-Versorgung in der LZSK</p>	

Strategisches Ziel 1	Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes
Operatives Ziel 2	Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals (Skill-Mix, Nachwuchssicherung, demographische Entwicklung) sicherstellen
Messgrößen und Zielwerte	(7) Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen AM/FÄ <i>Keine Zielvorgabe (Beobachtungswert)</i> (8) Ärztliche Versorgungsdichte <i>Keine Zielvorgabe (Beobachtungswert)</i> (9) Relation DGKP und PFA zu ÄrztInnen in FKA („Nurse to Physician Ratio“) <i>Keine Zielvorgabe (Beobachtungswert)</i>

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

	2. Adaptierung der Ausbildungskapazitäten	
	5: Umsetzung allfällig identifizierter Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Berufsfeldes	Dezember 2020
	Operationalisierung: Attraktivieren des Berufsbildes der Allgemeinmedizin in der Ausbildung und im laufenden Betrieb Attraktivieren des Berufsbildes der niedergelassenen Kinderheilkunde in der Ausbildung und im laufenden Betrieb	

Strategisches Ziel 1	Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes
Operatives Ziel 3	Stärkere Ausrichtung des Vertragswesens und der Honorierungssysteme am Versorgungsbedarf bei gleichzeitiger Unterstützung der Zielsetzungen der ZS-G (insbesondere Versorgung am „Best Point of Service“) und der Anforderungen an die Versorgungsformen
Messgrößen und Zielwerte	Messgrößen siehe op. Ziele 1.1 bis 1.3

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Analyse der abgerechneten Leistungen auf Basis der Grundlagen für Versorgungsaufträge für Primärversorgung und ambulante Fachversorgung	Dezember 2017 (für im ÖSG verankerte Grundlagen) danach nach Vorliegen weiterer Grundlagen
	2: Weiterentwicklung des bestehenden und Entwicklung eines neuen Vertragswesens und von Honorierungssystemen auf Grundlage der Versorgungsaufträge für Primärversorgung und ambulante Fachversorgung	Dezember 2018
	3: Änderung des Vertragsregimes im ASVG dahingehend, dass die Versorgungsaufträge laut ÖSG und RSG in den Gesamtvertrag zu integrieren sind	Dezember 2018
Landesebene	1: Umsetzung der bundesweiten Rahmenbedingungen (Vertragswesen und Honorierung) bei der Invertragnahme von Leistungserbringern	Dezember 2020
	Operationalisierung: Abgeltungsmodelle für neue Strukturen und neue Versorgungsmodelle unter Berücksichtigung der Anreizsetzung für die Optimierung der Leistungserbringung im Sinne einer effizienten und effektiven, qualitätsgesicherten und patientInnenzentrierten Versorgung entwickeln und umsetzen Optimierung des Schnittstellenmanagements und der behördlichen Anforderungen im niedergelassenen Bereich (Entbürokratisierungspaket)	
	2: Umsetzung des ambulanten Bepunktungsmodells gemäß BGK-Beschluss Juli 2016	Jänner 2019
	Operationalisierung: Umsetzung des Verrechnungsmechanismus zur ambulanten Erbringung von derzeit als NTA abgerechneten Krankenhausaufenthalten gemäß BZK-Beschluss Juli 2016	

Strategisches Ziel 1	Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes
Operatives Ziel 4	Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen
Messgrößen und Zielwerte	(10) Masern/Mumps/Röteln - Durchimpfungsrate Kinder Zielvorgabe: ↑ (11) Ambulante KJP-Angebote Zielvorgabe: ↑

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Optimierung des Angebotes, der Akzeptanz und der Abwicklung von Kinder- und Jugendimpfungen unter Nutzung eines e-Impfpasses	Dezember 2019
	2: Weiterentwicklung und nachhaltige Verankerung von Frühen Hilfen in Österreich (inkl. Festlegung eines nachhaltigen Finanzierungsmodells)	Juni 2019
	3: Erstellung und Umsetzung eines Konzepts zur Attraktivierung der Mangelberufe in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Problemen	Juni 2019
Landesebene	1: Bedarfsgerechter Ausbau (unter Berücksichtigung der Versorgungssituation in den Bundesländern) von multiprofessionellen niederschweligen Angeboten im kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosozialen Bereich zur Verbesserung der Sachleistungsversorgung für funktionell-therapeutische und psychotherapeutische Leistungen	Dezember 2020
	Operationalisierung: Verbesserung der Wien-spezifischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen auch zu Tagesrandzeiten (Verlängerung der (abgestimmten) Öffnungszeiten), Umsetzung der daraus abgeleiteten Maßnahmen und Schaffung der Möglichkeit, Akutfälle auch an Wochenenden sowie Feiertagen behandeln zu lassen Implementierung weiterer Kindergesundheitszentren. Aufbau der Kinderversorgungskompetenz auch in der Primärversorgung Evaluierung der Kindernotdienste (KiND) und ggf. deren Weiterführung Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gemeinsam ergreifen	

Strategisches Ziel 2	Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse
Operatives Ziel 5	Gezielter Einsatz von IKT zur PatientInnenversorgung, Systemsteuerung und Innovation
Messgrößen und Zielwerte	<p>(12) Umsetzungsgrad ELGA Zielvorgabe: ↑</p> <p>(13) Polypharmazie Prävalenz Zielvorgabe: ↓</p> <p>(14) Potentiell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren Zielvorgabe: ↓</p> <p><i>Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße zu TEWEB auf Basis der Evaluierung der Pilotprojekte</i></p>

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

	Rahmenbedingungen fristgerecht umsetzen	
	3: Implementierung von TEWEB auf Basis der Evaluierung	Dezember 2018 (Pilotierung) Dezember 2021 (Roll-Out)
	<p>Operationalisierung:</p> <p>Telefon- und webbasiertes Erstkontakt- und Beratungsservice (1450) weiterentwickeln</p> <p>Evaluierung der Wirksamkeit durch Abgleich und Analyse von AnruferInnendaten sowie e-card- und Anspruchsprüfungsdaten aus dem Pilotbetrieb</p>	
	4: Umsetzung gemeinsam vereinbarter e-Card- und e-Health-Anwendungen allenfalls in Form von Pilotprojekten	Dezember 2021
	<p>Operationalisierung:</p> <p>Prüfung der Einführung der Krankschreibung in Krankenanstalten über die eAUM (elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung) nach stationären Aufenthalten (geplanten Operationen etc .) und Umsetzung bei positiver Kosten – Nutzen Bewertung</p> <p>Telemedizin wie bspw. Überwachung von HerzkreislaufpatientInnen mit Implantaten (Schrittmacher, Defibrillatoren) in Fondskrankenanstalten</p> <p>Elektronische Übermittlung der Anträge auf Anschlussheilverfahren von Fondskrankenanstalten an die PV</p>	

Strategisches Ziel 2	Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse
Operatives Ziel 6	Verbesserung der integrierten Versorgung
Messgrößen und Zielwerte	(15) Aufenthalte mit kurzer präop. VWD in FKA <i>Zielwert: 94 %</i> (16) In Therapie Aktiv versorgte PatientInnen und teilnehmende ÄrztInnen (AM und IM) <i>Zielvorgabe: ↑</i>

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Fertigstellung, Festlegung und Veröffentlichung bundesweit einheitliche Qualitätsstandards für die Bereiche Diabetes und Schlaganfall und Prüfung der Rahmenbedingungen für die Umsetzung	Dezember 2017
Landesebene	1: Umsetzung der bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards für Diabetes und Schlaganfall bei entsprechenden Arbeiten auf Landesebene	Dezember 2020
	Operationalisierung: Weiterführung und Weiterentwicklung des DMP Diabetes Mellitus Integrierte Versorgung suchtgefährdeter und suchtkranker Menschen optimieren und am BPOS orientieren Weiterentwicklung und Weiterführung Projekt „Alkohol. Leben können“	

Strategisches Ziel 2	Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse
Operatives Ziel 7	Medikamentenversorgung sektorenübergreifend gemeinsam optimieren
Messgrößen und Zielwerte	(17) Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen Zielvorgabe: ↑

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

	Krankenanstalten (Arzneimittel-Bewilligungsservice) mit dem Ziel eines weitgehenden Einsatzes	
	Operationalisierung: Umsetzung des Ökotool und ABS in den Landesfondskrankenanstalten	
	4: Schaffung von rechtlichen Grundlagen für die Beschaffung, Lagerung und der Abgabe von Medikamenten in Wohn- und Pflegeheimen	Dezember 2018
	Operationalisierung: Optimierung des Einkaufs, der Lagerung und der Distribution von Heilmitteln in Wohn- und Pflegeheimen.	

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

Operatives Ziel 8	Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich
Messgrößen und Zielwerte	<i>Messgrößen im Zusammenhang mit den weiterführenden Arbeiten zur Qualitätsmessung im ambulanten Bereich noch zu entwickeln</i>

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Regelmäßige Publikation eines Qualitätsberichtes zum ambulanten und stationären Bereich (mindestens in den Abständen gemäß Art. 9 Abs. 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG OF)	laufend
	2: Anpassung und Weiterentwicklung des Konzeptes und der Methode „Qualitätsmessung im gesamten ambulanten Bereich“ auf Basis der Ergebnisse und Erfahrungen der Pilotprojekte	Dezember 2018
	3: Schrittweises Ausrollen der sektorenübergreifenden Qualitätsmessung im gesamten ambulanten Bereich und Aufbau eines kontinuierlichen Berichtswesens einschließlich Veröffentlichung der Ergebnisse in geeigneter Form	Dezember 2020
	4: Aufbauend auf Ergebnissen der bisherigen und weiterer Pilotprojekte organisatorische und rechtliche Vorbereitung der sektorenübergreifenden codierten Diagnosedokumentation im gesamten ambulanten Bereich	Dezember 2021
Landesebene	1: Ausrollen der Qualitätsmessung insbesondere für Diabetes Mellitus Typ 2 im gesamten ambulanten Bereich auf Landesebene (insbesondere Unterstützung der Qualitätszirkel, Informationsarbeit etc.)	Dezember 2020
	Operationalisierung: Anpassung und Weiterentwicklung des Konzeptes und der Methode „Qualitätsmessung im gesamten ambulanten Bereich“ für Diabetes Mellitus auf Basis der Ergebnisse und Erfahrungen der Pilotprojekte.	
	2: Umsetzung weiterer Pilotprojekte in klar umschriebenen Regionen zur codierten Diagnosedokumentation im ambulanten Bereich zur Klärung organisatorischer und technischer Voraussetzungen für die bundesweite Umsetzung	Dezember 2021
	Operationalisierung: Einheitlich codierte Diagnosedokumentation in allen Primärversorgungseinheiten (gemäß Ziel 1.1) umsetzen, sowie einheitlich codierte Diagnosedokumentation in neuen Versorgungseinrichtungen (gemäß Ziel 1.2) vertraglich verankern und umsetzen.	

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

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

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

Strategisches Ziel 3	Erhöhung der Zahl der gesunden Lebensjahre und Verbesserung der Lebensqualität von erkrankten Personen
Operatives Ziel 10	Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung
Messgrößen und Zielwerte	(19) Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz Zielvorgabe: ↑

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

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

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

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Umsetzung der vereinbarten Gesundheitsförderungsstrategie	laufend
	2: Entwicklung evidenzbasierter Handlungsleitfäden für Vorhaben der Gesundheitsförderung und Prävention zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit	Dezember 2019
	3: Entwicklung eines einheitlichen Kriterienkatalogs zum Einsatz und zur Anwendung von Gesundheitsfolgenabschätzung in ausgewählten Bereichen	Dezember 2018
	4: Vereinfachung des Monitorings der Gesundheitsförderungsstrategie	Neues Konzept bis Ende 2017 Operative Umsetzung ab 2018
Landesebene	1: Umsetzung der vereinbarten Gesundheitsförderungsstrategie	laufend
	Operationalisierung: Weiterführung laufender Projekte	
	2: Implementierung von Maßnahmen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit	laufend
	Operationalisierung: Verständigung der Vertragspartner auf gemeinsame Themen und Inhalte der Gesundheitsförderung unter Beachtung der Inhalte der bundesweiten Gesundheitsförderungsstrategie, und Vereinbarung gemeinsamer Ziele	

Über den Zielsteuerungsvertrag hinausgehende strategische und operative Ziele:

Strategisches Ziel 2 (Zusatzziel Wien) Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse

Operatives Ziel		Steigerung der Effizienz und Kundenzufriedenheit im Themenkreis „Krankentransporte“
Messgrößen und Zielwerte		Anzahl der inadäquaten Transporte <i>Zielvorgabe:</i> ↓ Anzahl der Beschwerden zum Thema „Kostentragung bei Belassungen von Verstorbenen“ <i>Zielvorgabe:</i> ↓

Maßnahme auf Landesebene	Zeitplan
<p>Auslotung der Möglichkeiten und Konzeptionierung der Distribution von Transportanforderungen (richtiges Transportmittel zur richtigen Zeit)</p> <p>Synergiehebung im Bereich der Feststellung des Todes/der Totenbeschau im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten.</p> <p>Optimierung der Übernahme von Transportkosten im Falle einer Belassung.</p>	

Über das vorliegende Programm hinausgehende Projekte sind mit Beschluss der LZSK möglich.

Artikel 7

Festlegung zur Finanzzielsteuerung

- (1) Ausgehend von den Festlegungen in Art. 17 der Vereinbarung gemäß Art. 15a ZG werden in der Anlage 1 im Teil E dieses Übereinkommens die für die Periode 2017 bis 2021 maßgeblichen zielsteuerungsrelevanten Ausgabenobergrenzen dargestellt. Die Ermittlung der Ausgabenobergrenzen für die Periode 2017 bis 2021 erfolgt auf Grundlage der in Art. 17 der Art. 15a ZG festgeschriebenen Methodik und Werte, wobei im Hinblick auf Transparenz und Kontinuität die Bestimmungen des Art. 15 Abs 7 sowie Art. 17 Abs 2 Z 2 und Art. 17 Abs 3 Z 2 maßgeblich sind.
- (2) Die Darstellung der Verteilung der Ausgabenobergrenzen auf die Zielsteuerungspartner erfolgt hierbei in Anlage 1.
- (3) Für eine effektive Finanzzielsteuerung ist Zeitreihen-Kontinuität und somit eine einheitliche Methodik zur Ermittlung der Ausgabenpositionen weiterhin sicherzustellen (Ceteris-paribus Bestimmung). Diese Kontinuität bezieht sich auf die Identifikation und die sachliche Abgrenzung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben (gemäß Art. 17 der Art. 15a ZG).

Artikel 8

Monitoring und Statusbericht

- (1) Das Monitoring zur Zielerreichung auf Ebene ZV umfasst das Monitoring zur Finanzzielsteuerung sowie das Monitoring der operativen Ziele in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung anhand der vereinbarten bundeseinheitlichen Messgrößen und der zugehörigen Zielwerte.
- (2) Der Statusbericht auf Ebene ZV umfasst eine projektbezogene Darstellung des Status und Fortschritts der im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit im Ziele- und Maßnahmenkatalog vereinbarten Maßnahmen und laufenden Arbeiten, um eine koordinierte Vorgehensweise sicherzustellen.
- (3) Zur Erstellung des Monitoring ist ein standardisierter Bericht an die Landes-Zielsteuerungskommission (im Folgenden „L-ZK“) über den Status und Fortschritt der Maßnahmen und laufenden Arbeiten auf Landesebene zu richten.
- (4) Die Regelungen betreffend die gesondert darzustellenden Größen entsprechend Art. 8.3 ZV werden sinngemäß angewandt.

Artikel 9

Finanzielle Folgen bei Leistungsverschiebungen (Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen)

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

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

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

Wert) auf rationaler Grundlage zu vereinbaren und eine allfällige Valorisierung von Beträgen festzulegen.

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

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

1. Erfolgen dabei Einsparungen im eigenen Bereich, die keine Leistungsverschiebungen zur Folge haben, erwachsen daraus keine finanziellen Ausgleichsfolgen.

2. Die finanziellen Folgen von plan- und vertragswidrigen Leistungseinschränkungen im stationären, ambulanten und im Pflegebereich hat jene Institution zu tragen, die sie verursacht hat (vgl. Art. 25 Abs. 10 der Art. 15a OF).

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

1. Hat das einseitige Verhalten eines Zielsteuerungspartners auf Landesebene finanziell belastende Auswirkungen auf den anderen, kann der belastete Partner durch Glaubhaftmachung der Belastung in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission einen finanziellen Ausgleich verlangen. Der einseitig Handelnde kann dem dadurch entgegentreten, dass er in gleicher Weise dartut, dass die andere Seite in diesem Bereich ihre gesetzlichen Pflichten bislang vernachlässigt hat.

2. Für daraus resultierende Streitigkeiten ist ein Schlichtungsverfahren analog den Bestimmungen des Art. 25 der Art. 15a ZG durchzuführen.

Teil C – Laufende Arbeiten

Artikel 10

Laufende Arbeiten

(1) Neben den in Art. 6 definierten und mit Messgrößen, Zielwerten sowie Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene hinterlegten Zielen werden im Zusammenhang mit der Zielsteuerung-Gesundheit routinemäßig laufende Arbeiten durchgeführt. Diese Arbeiten sind nicht mit Messgrößen und Zielwerten versehen und erfolgen inhaltlich abgestimmt mit den in Art. 6 definierten Zielen und Maßnahmen. Der Status der laufenden Arbeiten wird im Rahmen des Statusberichts gemäß Art. 8 Abs 2 dieses Übereinkommens erhoben und dargestellt.

(2) Die Zielsteuerungspartner bekennen sich zu den Inhalten der im ZV angeführten laufenden Arbeiten und tragen im eigenen Wirkungsbereich dafür Sorge, dass diese umgesetzt werden (Art. 1.1 Abs 6). Für die Bearbeitung der laufenden Arbeiten können auch Arbeitsstrukturen und -prozesse außerhalb der Zielsteuerung erforderlich bzw. bereits implementiert sein.

(3) Die Zielsteuerungspartner vereinbaren nachstehende laufende Arbeiten auf Landesebene:

Laufende, in der Zielsteuerungsperiode 2013-2016 bzw. davor begonnene Projekte werden unter den bestehenden Finanzierungsvereinbarungen weiter geführt.

Teil D – Schlussbestimmungen

Artikel 11

Streitigkeiten aus diesem Übereinkommen

- (1) Bei Verstößen gegen dieses Übereinkommen gilt der 7. Abschnitt der Vereinbarung gemäß Art. 15a ZG und der 9. Abschnitt des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes.
- (2) Bei allfälligen Streitigkeiten ist das Schlichtungsverfahren gemäß § 38 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes vorgesehen. Jeder andere Rechtsweg ist ausgeschlossen.
- (3) Die Schlichtungsstelle hat österreichisches Recht anzuwenden.

Artikel 12

Übereinkommensänderungen und Salvatorische Klausel

- (1) Verbindlich für die Zielsteuerungspartner ist nur, was schriftlich vereinbart ist (§§ 884 und 886 ABGB). Auch Änderungen oder Ergänzungen dieses Übereinkommens, einschließlich des Abgehens von der Schriftform, bedürfen zu ihrer Gültigkeit einer schriftlichen Vereinbarung.
- (2) Sollte eine der Bestimmungen dieses Übereinkommens nicht rechtswirksam sein oder ungültig werden, so wird dadurch die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Die Zielsteuerungspartner werden an Stelle dieser Bestimmungen unverzüglich solche vereinbaren, die dem durch die unwirksamen oder ungültigen Bestimmungen beabsichtigten Zweck am nächsten kommen.

Artikel 13

Geltungsdauer

- (1) Dieses Übereinkommen tritt mit Unterfertigung durch sämtliche Zielsteuerungspartner in Kraft und endet mit 31. Dezember 2021.
- (2) Während der Dauer dieses Übereinkommens ist eine Kündigung ausgeschlossen.
- (3) Dieses Übereinkommen endet mit dem Wegfall einer seiner Rechtsgrundlagen gemäß Art. 1 Punkt 1.1 Abs. 1 ZV.

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

Artikel 14

Sonstiges

(1) Integrierender Bestandteil dieses Übereinkommens sind die angeschlossenen Anlagen.

(2) Dieses Übereinkommen wird in einer Urschrift ausgefertigt. Eine Übereinkommensausfertigung wird beim für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium hinterlegt. Dieses hat allen Zielsteuerungspartnern beglaubigte Abschriften des Übereinkommens zu übermitteln.

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

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

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

(6) Die Zielsteuerungspartner kommen überein, dass in Streitfällen für die Schiedskommission gemäß Art. 49 der Vereinbarung gemäß Art. 15a OF die Ergebnisse von Musterverfahren für gleichgelagerte Fälle akzeptiert werden.

Teil E - Anlagen

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

[Anm.: Daten für Land aus Anlage 1.3 B-ZV und für KV aus Anlage 1.5 B-ZV; Summe aus Anlage 1.7 B-ZV

Wien

Bezeichnung	2017	2018	2019	2020	2021
Ausgabenobergrenzen in Mio. Euro					
Land	3.209,15	3.321,61	3.434,60	3.547,87	3.661,40
Gesetzliche Krankenversicherung	2.492,27	2.579,37	2.667,18	2.755,22	2.843,26
Summe	5.701,42	5.900,98	6.101,78	6.303,09	6.504,66

Anlage 2 – Glossar und Abkürzungsverzeichnis

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

Das Glossar enthält nur Begriffe, die noch nicht in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit sowie der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens definiert wurden.

Kurzname	Langname	Definition
A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators – Österreichische Qualitätsindikatoren im stationären Bereich	Messung von Ergebnisqualität im intramuralen Bereich auf Basis von Routinedaten in einem mehrstufigen System inkl. Peer Review Verfahren
	Akutstationärer Bereich	Bezeichnet den stationären Bereich von Akut-Krankenanstalten, das sind alle landesfondsfinanzierten Krankenanstalten, Unfallkrankenhäuser sowie private, nicht gemeinnützige Krankenanstalten (Sanatorien)
ATHIS	Austrian Health Interview Survey – Österreichische Gesundheitsbefragung	Die europaweit im Rahmen von EHIS (European Health Interview Survey) abgestimmte Erhebung enthält unter anderem Fragen zu Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen und zu soziodemographischen Merkmalen. Sie bietet Repräsentativität auf Ebene der 32 Versorgungsregionen im Sinne des ÖSG. Zu beachten ist, dass es sich um Selbstauskünfte der Befragten handelt und dass die Befragung keiner Teilnahmepflicht unterliegt.
AUFEM	Qualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement	Qualitätsstandard gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz; Kenntnisnahme und Beschluss zur österreichweiten Anwendung in der 21. Sitzung der BGK am 29. Juni 2012
BT	Belagstage	Summe der Mitternachtsstände der

		PatientInnen im Berichtsjahr
	Curriculum	Festlegung der Rahmenbedingungen und Regelungen für ein ordnungsgemäßes Studium bzw. für eine Ausbildung an einer Hochschule oder einer anderen (Aus-) Bildungseinrichtung
EbM	Evidence-based Medicine/ evidenzbasierte Medizin	Systematische und konsistente, patientInnenorientierte Entscheidungsfindung im Rahmen medizinischer Behandlungen auf Grundlage von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit bzw. der besten zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Quellen und Daten.
	e-Health	Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnik (e-Health) zur Verbesserung von Strukturen, Abläufen und Ergebnissen im Gesundheitssystem
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte	Informationssystem, das allen berechtigten ELGA-Gesundheitsdiensteanbietern und ELGA-TeilnehmerInnen ELGA-Gesundheitsdaten in elektronischer Form orts- und zeitunabhängig (ungerichtete Kommunikation) zur Verfügung stellt
	e-Medikation	Informationssystem im Rahmen von ELGA, mit dessen Hilfe ÄrztInnen, ApothekerInnen und Krankenanstalten einen Überblick über verordnete und in Apotheken abgegebene Arzneimittel für PatientInnen erhalten; damit ist eine weiterführende (elektronische) Prüfung auf potentielle Wechselwirkungen und Überdosierungen möglich
	Extramuraler Bereich	Ambulanter Versorgungsbereich außerhalb von bettenführenden

		Krankenanstalten (extramural = außerhalb der Mauern): selbstständige Ambulatorien (inklusive eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger), Gruppenpraxen, Einzelpraxen (ÄrztInnen oder zur freiberuflichen Tätigkeit berechnete Angehörige anderer Gesundheitsberufe)
	Gesundheitsförderung	Maßnahmen und Aktivitäten, die auf die Ressourcensteigerung und Erhöhung der Gesundheitspotenziale von Bevölkerungsgruppen in bestimmten Settings abzielen und auf einem umfassenden Gesundheitsbegriff (Berücksichtigung vielfältiger Gesundheitsdeterminanten) aufbauen
	Gesundheitskompetenz / Health Literacy	Wissen, Motivation und Kompetenzen von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag zu Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern
HLS-EU	Health Literacy Survey der EU – Europäische Gesundheitskompetenz-Befragung	Internationales, von der EU gefördertes Forschungs- und Entwicklungsprojekt zum Thema Health Literacy/Gesundheitskompetenz; dabei werden Daten einer repräsentativen Stichprobe von 1.000 Personen erhoben, die auf internationaler Ebene (auch in Form eines Benchmarkings) miteinander

		verglichen werden. Die Stichprobe in Österreich wurde erhöht, um Bundesländervergleiche und Vergleiche für Jugendliche zu ermöglichen.
	Intramuraler Bereich	Stationärer und spitalsambulanter Versorgungsbereich in bettenführenden Krankenanstalten (intramural = innerhalb der Mauern)
	Kompetenzprofil	Umfasst sämtliche Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person sowie auch Erfahrungen, welche die Person in bestimmten Bereichen gesammelt hat
	Kurative Versorgung	Krankenversorgung zur Wiederherstellung der Gesundheit bzw. die Verhinderung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes (Heilbehandlung).
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung	Fallpauschalen-System, das in Abhängigkeit von Leistungen,-Diagnosen, Aufenthaltsdauer und Intensivpflege je Spitalsaufenthalt Verrechnungspunkte festlegt; der Punktwert als Verrechnungsgröße in Geldeinheiten ist abhängig von den Budgetmitteln, die seitens des Landesgesundheitsfonds über das LKF-Modell verteilt werden und ist somit in jedem Bundesland unterschiedlich hoch
MEL	Medizinische Einzelleistung	Medizinische Leistung, die im Rahmen der LKF codiert wird.
NTA	Null-Tages-Aufenthalt	Aufenthalte mit Belagstagen = 0 (d.h. keine Nächtigung in der KA)
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit	Planungsgrundlage inkl. Qualitätskriterien für die österreichische Gesundheitsversorgung; Rahmenplan mit Vorgaben für Detailplanungen auf

		regionaler Ebene (insbesondere Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG))
	Peer Review	Peer Review = nochmalige Durchsicht durch einen Ebenbürtigen; Beiziehung externer FachexpertInnen desselben Fachbereichs und involvierter Fachbereiche zur Analyse der Ergebnisqualität; Form der externen Evaluation im Rahmen von A-IQI
PRÄOP	Qualitätsstandard zur integrierten Versorgung von erwachsenen PatientInnen für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen	Qualitätsstandard gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz; Kenntnisnahme und Beschluss zur österreichweiten Anwendung in der 19. Sitzung der Bundesgesundheitskommission am 25. November 2011
	Prävention	Vorbeugende Maßnahmen, Programme und Projekte, um ein unerwünschtes Ereignis oder eine unerwünschte Entwicklung zu vermeiden.
	Primärversorgungseinheit	Ein Zusammenschluss von mehreren ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und Diplomierten Pflegekräften sowie Angehörigen weiterer Gesundheitsberufe zu einer niederschweligen Versorgungsstruktur in der ambulanten Grundversorgung (= multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre Primärversorgung). Die Primärversorgungseinheit kann je nach regionalen Anforderungen als Primärversorgungs-Einrichtung an einem Standort oder als Primärversorgungs-Netzwerk an mehreren Standorten organisiert sein.
	Polypharmazie	Gleichzeitige Verordnung von mehreren Medikamenten für eine Person, wobei die dabei auftretenden Wechsel-

		wirkungen der Medikamente problematisch sein können
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit	Detailplanungen der Gesundheitsversorgung auf Landesebene auf Basis der Rahmenplanung des ÖSG
	Sachleistungsversorgung	Gesundheitsleistungen, welche den PatientInnen direkt zur Verfügung stehen und für welche diese bei Inanspruchnahme nicht in finanzielle Vorlage treten müssen.
SHA	System of Health Accounts	Eine Methode zur systematischen und international vergleichbaren Berechnung der Gesundheitsausgaben (OECD, Eurostat, WHO)
SUPRA	Suizidprävention Austria	Nationale Suizidpräventionsstrategie; eine Initiative des BMGF
	Tagesklinik-Aufenthalt	Stationärer Aufenthalt von PatientInnen, die Leistung(en) aus dem Katalog tagesklinisch abrechenbarer Leistungen gemäß LKF-Modell erhalten und am selben Tag aufgenommen und entlassen werden.
	Telegesundheitsdienste	Dienen der gesundheitsbezogenen Versorgung und überbrücken durch Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) örtliche und/oder zeitliche Distanzen zwischen Gesundheitsdiensteanbietern sowie zwischen Gesundheitsdiensteanbietern und PatientInnen
ÜRVP	Überregionale Versorgungsplanung	