

| | | |
|--|--|---|
| 6 Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen | | |
| 6.2. Strategisches Ziel | Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und dem Abbau bzw. der Verhinderung von Parallelstrukturen | |
| 6.2.2. Operatives Ziel | Leistungserbringung für ausgewählte tagesklinisch erbringbare Leistungen entsprechend Best Point of Service in adäquaten nicht-stationären Versorgungsformen (spezialisierte krankenanstaltenrechtliche ambulante Versorgungsstufe) forcieren | |
| Maßnahme(n) | Maßnahme 1 Zu B-ZV | Anpassung des Wiener KAG an das KaKuG |
| | Maßnahme 2 zu B-ZV | Beobachtung der tagesklinischen Erbringung und Schaffung von Transparenz |
| | Maßnahme 3 zu B-ZV | Mitwirkung auf Bundesebene an der Schaffung von Anreizsystemen zur Forcierung der Verlagerung bis Mitte 2014 und im Bedarfsfall gemeinsame Entwicklung und Anwendung von Anreizsystemen auf Landesebene |
| | Maßnahme 4 zu L-ZV | Forcierung der tagesklinischen Erbringung von ausgewählten medizinischen Einzelleistungen (z. B. in Tagesklinikzentren) |
| | Maßnahme 5 zu L-ZV | Auslagerung von ausgewählten tagesklinischen Leistungsbündeln in den ambulanten Bereich |
| Messgröße(n) | <ol style="list-style-type: none"> 1) Anpassung ist erfolgt 2) Transparente Darstellung ist an die KH Träger erfolgt 3) Mitwirkung erfolgt; Anreizsystem liegt im Bedarfsfall vor 4) MEL sind definiert 5) Modell zur Auslagerung in den ambulanten Bereich liegt vor | |
| Zielwert(e) | <ol style="list-style-type: none"> 1) 1 2) 1 3) 1 4) Entsprechend Anlage 2.1. B-ZV 5) Mindestens ein Modell | |

| | | | |
|---------------|---------------------------|---|---|
| 6 | | Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen | |
| 6.2. | Strategisches Ziel | Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und dem Abbau bzw. der Verhinderung von Parallelstrukturen | |
| 6.2.3. | Operatives Ziel | Die Anzahl der durch Fehlanreize bewirkten, medizinisch nicht indizierten Null-Tages-Aufenthalte/Ein-Tages-Aufenthalte reduzieren | |
| | Maßnahme(n) | Maßnahme 1 zu B-ZV | Mitwirkung in Arbeitsgruppen auf Bundesebene |
| | | Maßnahme 2 zu L-ZV | Wien spezifische Analyse der NTA/ETA im HDG Bereich bis Ende 2013 |
| | | Maßnahme 3 zu L-ZV | Identifikation der relevanten Krankheitsgruppen auf Basis der Analyse |
| | | Maßnahme 4 zu B-ZV | Festlegen von diagnosespezifischen Zielwerten für relevante Krankheitsgruppen |
| | | Maßnahme 5 zu B-ZV | Gemeinsame Konzipierung eines Verrechnungsmechanismus zur Anreizsetzung der ambulanten Erbringung von NTA/ETA |
| | Messgröße(n) | 1) Mitwirkung ist erfolgt 2) Analyse liegt vor 3) Krankheitsgruppen sind identifiziert 4) Zielwerte sind festgelegt 5) Verrechnungsmechanismus liegt vor | |
| | Zielwert(e) | 1) 1 2) 1 3) 1 4) 1 5) 1 | |

| | | | |
|-------------|------------------------|---|--|
| 6 | | Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen | |
| 6.2. | | Strategisches Ziel Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und durch den Abbau bzw. die Verhinderung von Parallelstrukturen | |
| 6.2.4. | Operatives Ziel | Präoperative Verweildauern durch Optimierungsmaßnahmen in den Krankenanstalten auf das medizinisch notwendige Maß anpassen | |
| | Maßnahme(n) | Maßnahme 1 zu L-ZV | Umsetzung PROP in allen Fondskrankenanstalten bis 2016 |
| | | Maßnahme 2 zu L-ZV | Präoperative Verweildauerdaten aus A-IQI übernehmen und an die KH zur Evaluierung schicken |
| | | Maßnahme 3 zu L-ZV | Weitere präoperative Verweildauern bei ausgewählten elektiven Eingriffen beobachten |
| | Messgröße(n) | 1) Umsetzungsgrad 2) – 3) Präoperative Verweildauer (Belagstage pro stationärem Aufenthalt mit ausgewählten elektiven operativen MEL, Differenz Aufnahmedatum/OP-Datum) | |
| | Zielwert(e) | 1) 100% 2) – 3) Maximal 1 Belagstag | |

| | | | |
|-------------|---------------------------|--|--|
| 6 | | Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen | |
| 6.2. | Strategisches Ziel | Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und durch den Abbau bzw. die Verhinderung von Parallelstrukturen | |
| 6.2.5. | Operatives Ziel | Auf Basis der für alle Versorgungsstufen definierten Versorgungsaufträge und Rollen Überkapazitäten und nicht erforderliche Parallelstrukturen identifizieren und im Rahmen einer abgestimmten bedarfsorientierten Angebotsplanung abbauen | |
| | Maßnahme(n) | Maßnahme 1 zu L-ZV | Umsetzung des RSG Wien mit Planungshorizont 2020 samt gemeinsamer Erarbeitung der auf Basis dieses Vertrages resultierender Anpassungen im Sinne des Artikel 1 des gegenständlichen Vertrages |
| | | Maßnahme 2 zu L-ZV | Laufende Identifikation von Überkapazitäten und nicht erforderlichen Parallelstrukturen auf Basis der definierten Versorgungsaufträge und Rollen sowie unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Indikatoren und einer morbiditätsbasierten Versorgungsforschung |
| | Messgröße(n) | 1) RSG Wien Umsetzung schrittweise 2) Laufende Analysen und daraus abgeleitete Maßnahmen liegen vor | |
| | Zielwert(e) | 1) 1 2) 1 | |

| | | | |
|---|------------------------|--|---|
| 6 | | Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen | |
| 6.2. | | Strategisches Ziel | |
| Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und dem Abbau bzw. der Verhinderung von Parallelstrukturen | | | |
| 6.2.6. | Operatives Ziel | Akutstationären Bereich entlasten durch Sicherstellung entsprechender Versorgung in Bezug auf ausgewählte medizinisch begründete vermeidbare Aufenthalte | |
| | Maßnahme(n) | Maßnahme 1 zu B-ZV | Mitwirkung an der Definition von medizinisch begründet vermeidbaren Aufenthalten an internationalen Vorbildern orientiert und im österreichischen Kontext angepasst |
| | | Maßnahme 2 zu L-ZV | Wien-spezifische Ausgestaltung der bundesseitigen Empfehlungen im Zusammenwirken des akutstationären Bereiches mit dem ambulanten Bereich und der Hauskrankenpflege nach Vorliegen der Empfehlungen samt anschließender Umsetzung |
| | | Maßnahme 3 zu L-ZV | Optimierung der medizinischen Versorgung in Wohn- und Pflegeheimen bis 2016 |
| | Messgröße(n) | 1) Mitwirkung erfolgt 2) Empfehlungen zur wienspezifischen Umsetzung liegt vor - Empfehlungen werden umgesetzt 3) Anzahl der abgestimmten Betreuungs- und Behandlungskonzepte zur optimalen medizinischen Versorgung in Wohn- und Pflegeheimen | |
| | Zielwert(e) | 1) 1 2) 1 3) Mindestens drei abgestimmte Betreuungs- und Behandlungskonzepte liegen vor | |

| | | | |
|---------------|---------------------------|---|---|
| 6 | | Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen | |
| 6.2. | Strategisches Ziel | Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und dem Abbau bzw. der Verhinderung von Parallelstrukturen | |
| 6.2.7. | Operatives Ziel | Unterschiedliche Versorgungs- und Leistungsdichten im akutstationären und ambulanten Bereich vor dem Hintergrund vorhandener nationaler und internationaler Indikatoren mit Bandbreiten analysieren und evidente Über-, Unter- und Fehlversorgung auf Landesebene beseitigen | |
| | Maßnahme(n) | Maßnahme 1 zu B-ZV | Laufende Analysen unterschiedlicher Versorgungs- und Leistungsdichten mit regionaler und sektoraler Differenzierung durchführen und sich daraus ergebende Verbesserungspotentiale unter Berücksichtigung der Versorgungsforschung aufzeigen |
| | | Maßnahme 2 zu L-ZV | Rollierende Versorgungsplanung unter Berücksichtigung der Dimensionen stationäre Versorgung, ambulante Versorgung, Nahtstellen sowie medizinisch – technische Großgeräte (auf Basis der Maßnahme 2 des Zieles 6.2.5) |
| | | Maßnahme 3 zu L-ZV | Evaluierung bestehender sowie gemeinsame Entwicklung neuer und Umsetzung vereinbarter Initiativen zur Reduktion der Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer und Inanspruchnahme im ambulanten Bereich |
| | | Maßnahme 4 zu L-ZV | Evaluierung der Dialyseversorgung |
| | | Maßnahme 5 zu L-ZV | Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung in der Kinder- und –Jugendpsychiatrie gemeinsam ergreifen |
| | | Maßnahme 6 zu L-ZV | RSG ambulant ab spätestens Mitte 2015 neu planen und danach schrittweise umsetzen |
| | Messgröße(n) | 1) Analyse mit Verbesserungspotentialen liegt vor 2) Rollierende Planung ist erfolgt 3) Dokumentation der Entwicklung aller Indikatoren (gemäß Messgrößen 3) a) bis e)) wird laufend durchgeführt Entwicklung der Versorgungs- und Leistungsdichte im Gesundheitswesen im Zeitverlauf, insbesondere anhand folgender Indikatoren: a) Belagstage je 1.000 Einwohner in Wiener Fondskrankenanstalten b) Krankenhaushäufigkeit je 1.000 Einwohner in Wiener Fondskrankenanstalten c) Durchschnittliche Verweildauer in Belagstagen in Wiener Fondskrankenanstalten d) Inanspruchnahme im ambulanten Bereich (e-Card Kontakte, Frequenzen in Spitalsambulanzen; ab 2014: Leistungshäufigkeiten, etc.); e) Davon abgeleitet die Kapazitäten: - Akutbettendichte - Versorgungswirksame Kapazitäten für den ambulanten Bereich 4) Evaluierung liegt vor 5) Maßnahmen sind umgesetzt 6) RSG ambulant neu liegt vor | |
| | Zielwert(e) | 1) 1 2) 1 3) Fortschreibung des rückläufigen Trends, das heißt in Bezug auf a) Belagstage je 1.000 Einwohner: Reduktion um mindestens 1,8%, optimal um 2,2% jährlich | |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>b) Krankenhaushäufigkeit je 1.000 Einwohner: Reduktion um mindestens 1,1%, optimal um 4% jährlich</p> <p>c) Durchschnittliche Verweildauer in Belagstagen: Reduktion um mindestens 0,8%, optimal um 1,2% jährlich</p> <p>Nach Vorliegen des Versorgungsstufenkonzepts und des Primärversorgungskonzepts sind die Zielwerte a) bis c) zu adaptieren sowie Zielwerte für d) und allenfalls – wenn die Zielwerte a) bis d) nicht ausreichen sollten – für e) zu definieren</p> <p>4) 1 5) 1 6) 1</p> |
|--|--|--|

| | | | |
|-------------|------------------------|---|--|
| 6 | | Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen | |
| 6.3. | | Strategisches Ziel Aus- und Fortbildung aller relevanten Berufsgruppen systematisch über das gesamte Berufsleben an den Versorgungserfordernissen orientieren | |
| 6.3.1. | Operatives Ziel | Auf Basis der definierten Versorgungsaufträge die Kompetenzprofile und die Rahmenbedingungen für die relevanten Berufsgruppen weiterentwickeln und in der Folge die Angebote der Aus- und laufenden Fortbildung daran orientieren | |
| | Maßnahme(n) | Maßnahme 1 zu B-ZV | Umsetzung des Konzeptes zur Aus – und Fortbildung auf Landesebene unterstützen |
| | Messgröße(n) | 1) Umsetzung ist erfolgt | |
| | Zielwert (e) | 1) 1 | |

Artikel 7
Ziele- und Maßnahmenkatalog:

Steuerungsbereich Versorgungsprozesse

| | | | |
|---------------|---------------------------|--|---|
| 7 | | Steuerungsbereich Versorgungsprozesse | |
| 7.1. | Strategisches Ziel | Behandlungs- und Versorgungsprozesse inklusive der Versorgung mit Medikamenten sektorenübergreifend am PatientInnenbedarf und am „Best Point of Service“ orientieren | |
| 7.1.1. | Operatives Ziel | Ausgewählte bundeseinheitliche Qualitätsstandards umsetzen | |
| | Maßnahme(n) | Maßnahme 1 zu L-ZV | Evaluierung der bisherigen Effekte des Entlassungsmanagements in den Wiener Fondskrankenanstalten |
| | | Maßnahme 2 zu L-ZV | Weiterentwicklung des Entlassungsmanagements in quantitativer und qualitativer Hinsicht |
| | | Maßnahme 3 zu L-ZV | Weiterführung des Situationsberichtes mit situativer Weiterentwicklung (z.B. zur Unterstützung der Integration der Demenzversorgung) |
| | | Maßnahme 4 zu L-ZV | Umsetzung der Inhalte der BQLL Aufnahme – und Entlassungsmanagement mit Schwerpunkt Aufnahmemanagement |
| | Messgröße(n) | 1) Evaluierung liegt vor 2) EM ist quantitativ und/oder qualitativ weiterentwickelt 3) SIB ist weiterentwickelt 4) Umsetzungsgrad der BQLL | |
| | Zielwert(e) | 1) 1 2) 1 3) 1 4) 100 % | |

| | | | |
|---------------|--|---|--|
| 7 | Steuerungsbereich Versorgungsprozesse | | |
| 7.1. | Strategisches Ziel | Behandlungs- und Versorgungsprozesse inklusive der Versorgung mit Medikamenten sektorenübergreifend am PatientInnenbedarf und am „Best Point of Service“ orientieren | |
| 7.1.2. | Operatives Ziel | Integrierte Versorgungsprogramme für ausgewählte häufige und/ oder chronische Erkrankungen entwickeln, festlegen und umsetzen | |
| | Maßnahme(n) | Maßnahme 1 zu L-ZV | Feasibility zu Demenz abschließen bis 1 Q 2014 und ggf. in der Folge auf der Basis besserer Vernetzung und Zusammenarbeit bestehender Strukturen umsetzen |
| | | Maßnahme 2 zu L-ZV | Diabetes – „Therapie aktiv“: Erstellung eines Vorschlages zur Überführung in die Regelfinanzierung; nach Vorliegen eines gemeinsamen Konzeptes Überführung in die gemeinsame Regelfinanzierung |
| | | Maßnahme 3 zu L-ZV | Konzept für das Projekt „Alkohol 2020“ wird entwickelt und in Folge schrittweise umgesetzt |
| | | Maßnahme 4 zu L-ZV | Projekt Herzinsuffizienz wird mit FSW umgesetzt , dabei den Einsatz telemedizinischer Applikationen prüfen |
| | | Maßnahme 5 zu B-ZV | Konzeptive Mitarbeit an Initiativen auf Bundesebene z.B. zur Optimierung der Versorgung multimorbider, chronisch kranker Menschen |
| | | Maßnahme 6 zu L-ZV | Multimodales Schmerzmanagement sektorenübergreifend gegebenenfalls optimieren |
| | | Maßnahme 7 zu L-ZV | Versorgung von Menschen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sektorenübergreifend optimieren. |
| | | Maßnahme 8 zu L-ZV | Integrierte Versorgung suchtgefährdeter und suchtkranker Menschen optimieren und am BPoS orientieren |
| | Messgröße(n) | 1) Feasibility liegt vor; Entscheidung Umsetzung ja/nein liegt vor; im Fall der positiven Entscheidung ist das Demenzprojekt in Umsetzung 2) Vorschlag liegt vor, Konzept liegt vor, Regelfinanzierung ist umgesetzt 3) Konzept zu Projekt „Alkohol 2020“ liegt vor, Entscheidung Umsetzung ja/nein liegt vor; im Fall der positiven Entscheidung ist das Projekt in Umsetzung 4) Projekt Herzinsuffizienz wurde umgesetzt 5) Mitarbeit in AG auf Bundesebene ist erfolgt 6) Versorgungspfade liegen vor 7) Versorgungspfade liegen vor 8) Konzept liegt vor; Entscheidung Umsetzung liegt vor, im positiven Fall der Entscheidung Umsetzung gestartet | |
| | Zielwert(e) | 1) 1 2) 1 3) 1 4) 1 5) 1 6) 1 7) 1 8) 1 | |

| | | | |
|---------------|---------------------------|---|---|
| 7 | | Steuerungsbereich Versorgungsprozesse | |
| 7.1. | Strategisches Ziel | Behandlungs- und Versorgungsprozesse inklusive der Versorgung mit Medikamenten sektorenübergreifend am Patientenbedarf und am „Best Point of Service“ orientieren | |
| 7.1.3. | Operatives Ziel | Ausgewählte sektorenübergreifenden Probleme iZm der Medikamentenversorgung mit Blick auf den BPoS sowie Effektivität und Effizienz lösen | |
| | Maßnahme(n) | Maßnahme 1 zu B-ZV | Mitwirkung an der Konstituierung der gemeinsamen Medikamentenkommission auf Bundesebene einschließlich Geschäftsordnung |
| | | Maßnahme 2 zu B-ZV | Bei Bedarf Themen bei der Medikamentenkommission auf Bundesebene einbringen |
| | | Maßnahme 3 zu L-ZV | Steigerung der Behandlungsqualität durch Weglassen klinisch nicht indizierter Verschreibungen (Polypharmazie) unter Zuhilfenahme des klinisch-pharmazeutischen Service in KA. Erprobung mittels Piloten und anschließende Evaluierung |
| | Messgröße(n) | 1) Mitwirkung ist erfolgt 2) Themen sind eingebracht 3) Anzahl der implementierten Piloten | |
| | Zielwert(e) | 1) 1 2) 1 3) Mindestens 2 | |

| | | | |
|---------------|--|--|--|
| 7 | Steuerungsbereich Versorgungsprozesse | | |
| 7.1. | Strategisches Ziel | Behandlungs- und Versorgungsprozesse inklusive der Versorgung mit Medikamenten sektorenübergreifend am PatientInnenbedarf und am „Best Point of Service“ orientieren | |
| 7.1.4. | Operatives Ziel | Für definierte Medikamente sind gemeinsame Versorgungsmodelle sowie sektorenübergreifende Finanzierungskonzepte mit gemeinsamer Finanzverantwortung zu entwickeln und in der Folge umzusetzen | |
| | Maßnahme(n) | Maßnahme 1 zu L-ZV | Regelmäßige Definition von hochpreisigen und hochspezialisierten Medikamenten (z.B. aus den Bereichen Onkologie/Hämatookologie, Rheumatologie, Anti-Wachstumsfaktoren, Enzyersatztherapie). |
| | | Maßnahme 2 zu L-ZV | Aus den unter Maßnahme 1 definierten Medikamenten sollen regelmäßig gemeinsam für eine ausgewählte und abgestimmte Anzahl von Medikamenten in Abstimmung mit der bundesweiten Strategie-geeignete Versorgungsmodelle entwickelt und Finanzierungskonzepte erarbeitet werden. |
| | Messgröße(n) | 1) Liste der Medikamente für die Versorgungsmodelle und Finanzierungskonzepte entwickelt werden sollen liegt vor und wird jährlich einem Review unterzogen. 2) Versorgungsmodelle und Finanzierungskonzepte für einige der definierten Medikamente sind entwickelt. | |
| | Zielwert(e) | 1) 1 2) 1 | |

| | | | |
|---------------|--|--|--|
| 7 | Steuerungsbereich Versorgungsprozesse | | |
| 7.1. | Strategisches Ziel | Behandlungs- und Versorgungsprozesse inklusive der Versorgung mit Medikamenten sektorenübergreifend am PatientInnenbedarf und am „Best Point of Service“ orientieren | |
| 7.1.5. | Operatives Ziel | Medikamentenversorgung in Pflegeheimen effektiver und effizienter gestalten | |
| | Maßnahme(n) | Maßnahme 1 zu L-ZV | Ist-Standanalyse der Versorgung mit Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln in Pflegeheimen |
| | | Maßnahme 2 zu L-ZV | Optimierung des Einkaufs/Distribution von Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln in Pflegeheimen. |
| | | Maßnahme 3 zu L-ZV | Optimierung der Versorgung mit Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln in Pflegeheimen über Neustrukturierung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen erproben. |
| | Messgröße(n) | 1) Ist-Standanalyse ist erfolgt. 2) Einkauf/Distribution der Medikamente für Pflegeheime ist optimiert. 3) Pilotprojekt ist in Umsetzung. | |
| | Zielwert(e) | 1) 1 2) 1 3) 1 | |

| | | | | | | | | |
|--------------------|--|--|--------------------|--|--------------------|--|--------------------|--|
| 7 | Steuerungsbereich Versorgungsprozesse | | | | | | | |
| 7.1. | Strategisches Ziel | Behandlungs- und Versorgungsprozesse inklusive der Versorgung mit Medikamenten sektorenübergreifend am PatientInnenbedarf und am „Best Point of Service“ orientieren | | | | | | |
| 7.1.6. | Operatives Ziel | Ökonomisierung der Verschreibweise in den Krankenanstalten des KAV und in den nichtstädtischen Landesfondskrankenanstalten | | | | | | |
| | | <table border="1"> <tr> <td>Maßnahme 1 zu L-ZV</td> <td>Erstellung eines IT-Konzeptes zur Integration und Anwendung des vom HVB zur Verfügung gestellten Ökotools sowie des ABS in den Krankenanstalten des KAV bis Ende 2014, danach Ausrollung bis 2016.</td> </tr> <tr> <td>Maßnahme 2 zu L-ZV</td> <td>Gemeinsame Prüfung der Möglichkeit zur Synchronisierung der Vorgangsweise hinsichtlich Ökonomisierung in den Landesfondskrankenanstalten deren Träger nicht Vertragsparteien im Sinne des LZV sind bis Ende 2014, danach ggf. Umsetzung.</td> </tr> <tr> <td>Maßnahme 3 zu L-ZV</td> <td>Erstellung eines IT-Konzeptes zum Ersatz des Handelsnamen durch den Wirkstoff/die Wirkstoffkombination im Entlassungsbrief bis Ende 2014</td> </tr> </table> | Maßnahme 1 zu L-ZV | Erstellung eines IT-Konzeptes zur Integration und Anwendung des vom HVB zur Verfügung gestellten Ökotools sowie des ABS in den Krankenanstalten des KAV bis Ende 2014, danach Ausrollung bis 2016. | Maßnahme 2 zu L-ZV | Gemeinsame Prüfung der Möglichkeit zur Synchronisierung der Vorgangsweise hinsichtlich Ökonomisierung in den Landesfondskrankenanstalten deren Träger nicht Vertragsparteien im Sinne des LZV sind bis Ende 2014, danach ggf. Umsetzung. | Maßnahme 3 zu L-ZV | Erstellung eines IT-Konzeptes zum Ersatz des Handelsnamen durch den Wirkstoff/die Wirkstoffkombination im Entlassungsbrief bis Ende 2014 |
| Maßnahme 1 zu L-ZV | Erstellung eines IT-Konzeptes zur Integration und Anwendung des vom HVB zur Verfügung gestellten Ökotools sowie des ABS in den Krankenanstalten des KAV bis Ende 2014, danach Ausrollung bis 2016. | | | | | | | |
| Maßnahme 2 zu L-ZV | Gemeinsame Prüfung der Möglichkeit zur Synchronisierung der Vorgangsweise hinsichtlich Ökonomisierung in den Landesfondskrankenanstalten deren Träger nicht Vertragsparteien im Sinne des LZV sind bis Ende 2014, danach ggf. Umsetzung. | | | | | | | |
| Maßnahme 3 zu L-ZV | Erstellung eines IT-Konzeptes zum Ersatz des Handelsnamen durch den Wirkstoff/die Wirkstoffkombination im Entlassungsbrief bis Ende 2014 | | | | | | | |
| | Messgröße(n) | <ol style="list-style-type: none"> 1) Konzept für die Integration des Ökotools und des ABS in die IT-Systeme des KAV ist erstellt, ein Pilotprojekt ist in Implementierung; Ausrollung bis Ende 2016 ist erfolgt 2) Prüfung ist erfolgt 3) Konzept liegt vor | | | | | | |
| | Zielwert(e) | <ol style="list-style-type: none"> 1) 1 2) 1 3) 1 | | | | | | |

| | | | |
|---------------|---------------------------|--|--|
| 7 | | Steuerungsbereich Versorgungsprozesse | |
| 7.1. | Strategisches Ziel | Behandlungs- und Versorgungsprozesse inklusive der Versorgung mit Medikamenten sektorenübergreifend am PatientInnenbedarf und am „Best Point of Service“ orientieren | |
| 7.1.7. | Operatives Ziel | Präklinische und intersektorale Versorgungsprozesse hinsichtlich der Versorgungswirksamkeit und des ökonomischen Mitteleinsatzes optimieren | |
| | Maßnahme(n) | Maßnahme 1 zu L-ZV | Ist-Standerhebung zu Rettungs- und Krankentransporten sowie Fahrtendiensten bis zum 1. Quartal 2014. |
| | | Maßnahme 2 zu L-ZV | Optimierung der Datenqualität durch Verbesserung des Meldeverhaltens der Leistungserbringer |
| | | Maßnahme 3 zu L-ZV | Konzeptentwicklung zur Reduzierung nicht notwendiger Rettungsfahrten und Krankentransporte zur Behandlung und in der Folge Umsetzung |
| | | Maßnahme 4 zu L-ZV | Konzeptentwicklung zur Optimierung des Einsatzes der dem Krankheitsgeschehen adäquaten Fahrzeugart bzw. der Art der Beförderung und in der Folge Umsetzung |
| | | Maßnahme 5 zu L-ZV | Konzeptentwicklung zur Kooperation zwischen Ärztefunkdienst und Wiener Rettung und in der Folge Umsetzung |
| | | Maßnahme 6 zu L-ZV | Konzeptentwicklung zur Reduktion von nicht indizierten Doppeleinsätzen und in der Folge Umsetzung |
| | Messgröße(n) | 1) Ist-Standerhebung ist abgeschlossen 2) Meldeverhalten ist optimiert 3) Konzept ist entwickelt und umgesetzt 4) Konzept ist entwickelt und umgesetzt 5) Konzept liegt vor und umgesetzt 6) Konzept ist entwickelt und umgesetzt | |
| | Zielwert(e) | 1) 1 2) 1 3) 1 4) 1 5) 1 6) 1 | |

| | | | |
|---------------|--|--|--|
| 7 | Steuerungsbereich Versorgungsprozesse | | |
| 7.2. | Strategisches Ziel | Organisationsentwicklung, Kooperation und Kommunikation durch den Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologie unterstützen | |
| 7.2.1. | Operatives Ziel | Sektorenübergreifende einheitliche Diagnosen- und Leistungsdokumentation (standardisiert und codiert) sicherstellen und schrittweise umsetzen | |
| | Maßnahme(n) | Maßnahme 1 zu L-ZV | Aufnahme der Dokumentation nach KAL entsprechend den rechtlichen Vorgaben |
| | | Maßnahme 2 zu B-ZV | Breite Mitwirkung auf Bundesebene an der Einführung einer standardisierten und codierten Diagnosedokumentation im ambulanten Bereich (Mitwirkung in Arbeitsgruppen) und Umsetzung nach Vorliegen der notwendigen legislatischen Änderungen |
| | Messgröße(n) | 1) Umsetzung des Katalogs ambulanter Leistungen in Wien erfolgt zu 2) Mitwirkung erfolgt zu 2) Umsetzungsgrad der sektorenübergreifenden Diagnosen- und Leistungsdokumentation auf Landesebene bis Ende 2016 | |
| | Zielwert(e) | 1) 1 zu 2) 1 zu 2) 100 % | |

| | | | |
|---------------|--|---|---|
| 7 | Steuerungsbereich Versorgungsprozesse | | |
| 7.2. | Strategisches Ziel | Organisationsentwicklung, Kooperation und Kommunikation durch den Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologie unterstützen | |
| 7.2.2. | Operatives Ziel | BQLL präoperative Diagnostik umsetzen | |
| | Maßnahme(n) | Maßnahme 1 zu L-ZV | Einführung der EDV Lösung PROP in allen Fondskrankenanstalten |
| | | Maßnahme 2 zu L-ZV | Umsetzung der BQLL in allen in der BQLL angesprochenen Versorgungsebenen nach Vorliegen der erforderlichen legistischen Voraussetzungen |
| | | Maßnahme 3 zu B-ZV | Evaluierung der Auswirkungen von PROP in Abhängigkeit vom Vorliegen einer bundesweit entwickelten sektorenübergreifenden Messmethode |
| | Messgröße(n) | 1) Umsetzungsgrad einer geeigneten EDV-Lösung (z.B. PROP) für die BQLL Präoperative Diagnostik 2) Umsetzungsgrad der BQLL 3) Evaluierung liegt in Abhängigkeit einer Messmethode vor | |
| | Zielwert(e) | 1) 100 % 2) 100 % 3) 1 | |

| | | |
|-------------|--|---|
| 7 | Steuerungsbereich Versorgungsprozesse | |
| 7.2. | Strategisches Ziel | Organisationsentwicklung, Kooperation und Kommunikation durch den Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologie unterstützen |
| 7.2.3. | Operatives Ziel | e-Health Projekte (insb. e-Medikation, ELGA-Anwendungen, Telegesundheitsdienste und weitere e-Health-Anwendungen), die zur Zielerreichung im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit beitragen, flächendeckend im ambulanten und stationären Bereich umsetzen |
| | Maßnahme(n) | Maßnahme 1 zu B-ZV e-Medikation und sonstige ELGA-Anwendungen im Rahmen der ELGA-GmbH entsprechend den gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen fristgerecht umsetzen |
| | | Maßnahme 2 zu B-ZV Umsetzung von e-Health Projekten, die zur Zielerreichung im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit beitragen |
| | | Maßnahme 3 zu L-ZV Umsetzung der Vorhaben des e-health Projektportfolio begleiten, evaluieren, weiterentwickeln |
| | | Maßnahme 4 zu B-ZV Telefon- und webbasiertes Erstkontakt- und Beratungsservice in regionaler Ausprägung in Abhängigkeit von der Bundesebene implementieren |
| | Messgröße(n) | 1) Die im ELGA-Gesetz genannten medizinischen Einrichtungen können ELGA-Anwendungen fristgerecht umsetzen. Die EDV-Anwendung e-Medikation laut ELGA-Gesetz und Masterplan ELGA wird fristgerecht umgesetzt. 2) E – Health Projekte sind eingerichtet 3) E – Health Portfolio Projekte sind weiterentwickelt 4) Telefon- und webbasiertes Erstkontakt- und Beratungsservice ist implementiert |
| | Zielwert(e) | 1) 1 2) 1 3) 1 4) 1 |

Artikel 8

Ziele- und Maßnahmenkatalog: Steuerungsbereich Ergebnisorientierung

| | | | |
|-------------|---|--|--|
| 8 | Steuerungsbereich Ergebnisorientierung | | |
| 8.1. | Strategisches Ziel | Zahl der gesunden Lebensjahre erhöhen und Lebensqualität von erkrankten Personen verbessern | |
| 8.1.1. | Operatives Ziel | Schrittweise Umsetzung der auf Basis der österreichweit abgestimmten, an den Rahmengesundheitszielen orientierten Gesundheitsförderungsstrategie auf Landesebene. | |
| | Maßnahme(n) | Maßnahme 1 zu L-ZV | Einrichtung des Gesundheitsförderungsfonds im WGF |
| | | Maßnahme 2 zu L-ZV | Einbringen der Mittel von Land und SV |
| | | Maßnahme 3 zu L-ZV | Verständigung der Vertragspartner auf gemeinsame Themen und Inhalte nach Vorliegen der bundesweiten Gesundheitsförderungsstrategie und Vereinbarung gemeinsamer Ziele. |
| | | Maßnahme 4 zu L-ZV | Regelwerk zur Abwicklung festlegen |
| | Messgröße(n) | 1) Landesgesundheitsförderungsfonds ist eingerichtet 2) Mittel von Land und SV sind verfügbar 3) Themenliste und Ziele sind vereinbart 4) Regelwerk zur Abwicklung ist vereinbart | |
| | Zielwert(e) | 1) 1 2) 1 3) 1 4) 1 | |

Gemeinsame Schwerpunkte sollen insbesondere beinhalten:

- Zahngesundheit in den Settings Kindergarten und Schule
- Ernährung und Bewegung in Hinblick auf Adipositasprävention für Kinder und Jugendliche
- Betriebliche Gesundheitsförderung
- Psychische Gesundheit

| | | | |
|----------|---|--|--|
| 8 | Steuerungsbereich Ergebnisorientierung | | |
| 8.1. | Strategisches Ziel | Zahl der gesunden Lebensjahre erhöhen und Lebensqualität von erkrankten Personen verbessern | |
| 8.1.2. | Operatives Ziel | Mitarbeit an der Etablierung regelmäßiger, systematischer, international vergleichbarer und soweit erforderlich regionalisierter Messung der Outcomes im Gesundheitssystem (insb. der Wirkungen von Gesundheitsförderung, Prävention und kurative Heilbehandlung). | |
| | Maßnahme(n) | Maßnahme 1 zu B-ZV | Mitwirkung an der Entwicklung, Abstimmung und Implementierung eines Mess- und Vergleichskonzeptes inklusive Auswahl geeigneter europäischer Vergleichsländer, Definition, Abgrenzung und Priorisierung der Messgrößen sowie Aussagen zur Machbarkeit, Bestimmung von Zielwerten und geeigneten Zeithorizonten für diese bis Mitte 2014 |
| | | Maßnahme 2 zu B-ZV | Mitwirkung an der Analyse von Abweichungen der österr. Outcomes von den Outcomes der geeigneten europäischen Vergleichsländer inkl. Aufzeigen von Verbesserungsmöglichkeiten erstmalig bis Ende 2015. |
| | | Maßnahme 3 zu L-ZV | Sicherstellung, dass signifikante Abweichungen bei den analysierten Outcomes zu einer systematischen, zielorientierten Bearbeitung auf Landesebene führen. |
| | Messgröße(n) | 1) Mitwirkung ist erfolgt 2) Mitwirkung ist erfolgt 3) Mitwirkung ist erfolgt | |
| | Zielwert(e) | 1) 1 2) 1 3) 1 | |

| | | | |
|-------------|------------------------|---|--|
| 8 | | Steuerungsbereich Ergebnisorientierung | |
| 8.1. | | Strategisches Ziel Zahl der gesunden Lebensjahre erhöhen und Lebensqualität von erkrankten Personen verbessern | |
| 8.1.3. | Operatives Ziel | Evidenzbasierung (HTA, EBM) von Diagnose- und Behandlungsmethoden und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sektorenübergreifend und anwendungsorientiert schrittweise etablieren. | |
| | | Maßnahme 1 zu L-ZV | Bei Bedarf Beauftragung von anbieterunabhängigen Evidenzanalysen (z. B. HTA-Berichte, systematische Übersichtsarbeiten, ökonomische Evaluationen) durch die Landes-Zielsteuerungskommission insbesondere für neue und überprüfungswürdige Diagnose- und Behandlungsmethoden und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, aber auch zur Unterstützung bei Fragen des Disinvestment |
| | | Maßnahme 2 zu B-ZV | Schaffen organisatorischer und bei Bedarf rechtlicher Voraussetzungen (Anregung) zur Anwendung evidenzbasierter Entscheidungsprozesse auch auf Leistungserbringerseite bis Ende 2015 |
| | Messgröße(n) | 1) Evidenzanalysen beauftragt 2) Leistungserbringer akzeptieren Anwendung evidenzbasierter Entscheidungsprozesse | |
| | Zielwert(e) | 1) Bei Bedarf 2) 1 | |

| | | | |
|---------------|---------------------------|---|---|
| 8 | | Steuerungsbereich Ergebnisorientierung | |
| 8.2. | Strategisches Ziel | Behandlungsqualität in allen Versorgungsstufen sicherstellen, routinemäßig messen und transparent machen | |
| 8.2.1. | Operatives Ziel | Abgestimmte Ergebnisqualitätsmessung in allen Sektoren und sektorenübergreifend aufbauen bzw. weiterentwickeln und durchführen | |
| | Maßnahmen | Maßnahme 1 zu B-ZV | Mitwirkung an der bundesweiten Ergebnisqualitätsmessung im intramuralen Bereich durch Austrian - Inpatient Quality Indicators (A-IQI) Weiterentwicklung, Auswertung und Vornahme von Peer Reviews |
| | | Maßnahme 2 zu B-ZV | Mitwirkung auf Bundesebene an der Entwicklung der mit A-IQI vergleichbare Ergebnisqualitätsmessung für den ambulanten Bereich primär aus vorhandenen Routinedaten |
| | | Maßnahme 3 zu B-ZV | Eine mit A-IQI vergleichbare Ergebnisqualitätsmessung für den ambulanten Bereich primär aus vorhandenen Routinedaten nach Vorliegen der bundesweiten Ergebnisse aus Maßnahme 2 umsetzen |
| | | Maßnahme 4 zu B-ZV | Durch regelmäßige, sektorenübergreifende Berichterstattung an der Sicherung der Ergebnisqualität mitwirken |
| | Messgrößen | zu 1) Mitwirkung ist erfolgt zu 1) Aufgrund von A-IQI Auswertungen und Peer Reviews wurden Veranlassungen getroffen 2) Indikatoren, die geeignet sind, sektorenübergreifend die Ergebnisqualität abzubilden, liegen vor 3) Pilotprojekte zur ambulanten Ergebnisqualitätsmessung sind eingerichtet 4) Regelmäßige, sektorenübergreifende Berichte zur Ergebnisqualität liegen vor | |
| | Zielwerte | zu 1) 1 zu 1) 1 2) 1 3) 1 4) 1 | |

| | | | |
|-------------|------------------------|--|---|
| 8 | | Steuerungsbereich Ergebnisorientierung | |
| 8.2. | | Strategisches Ziel Behandlungsqualität in allen Versorgungsstufen sicherstellen, routinemäßig messen und transparent machen | |
| 8.2.2. | Operatives Ziel | Bundeseinheitliche Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens definieren und in der Folge schrittweise einführen und evaluieren | |
| | Maßnahmen | Maßnahme 1 zu B-ZV | Mitwirkung an der verbindlichen Festlegung von Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme für den stationären und ambulanten Bereich bis Mitte 2014 |
| | | Maßnahme 2 zu L-ZV | Nach Vorliegen der organisatorischen und rechtlichen Voraussetzungen und Festlegungen durch die Bundesebene die Mindestanforderung auf Landesebene umsetzen |
| | | Maßnahme 3 zu L-ZV | Umsetzung in Wien evaluieren |
| | Messgrößen | 1) Mindestanforderungen sind definiert 2) Umsetzung der Qualitätsmanagement Systeme (gemäß Mindestanforderungen) erfolgt 3) Evaluierungsergebnisse liegen vor | |
| | Zielwerte | 1) 1 2) 1 3) 1 | |

| | | |
|-------------|---|--|
| 8 | Steuerungsbereich Ergebnisorientierung | |
| 8.2. | Strategisches Ziel | Behandlungsqualität in allen Versorgungsstufen sicherstellen, routinemäßig messen und transparent machen |
| 8.2.3. | Operatives Ziel | Zielsetzungen, Inhalte, Verantwortlichkeiten und Zeitplan für die kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im österreichischen Gesundheitswesen im Rahmen der Qualitätsstrategie einvernehmlich konkretisieren, in einer Übersicht darstellen und regelmäßig aktualisieren |
| | | <i>Keine Aktivität auf Landesebene</i> |

| | | | |
|---------------|------------------------|--|--|
| 8 | | Steuerungsbereich Ergebnisorientierung | |
| 8.3. | | Strategisches Ziel PatientInnensicherheit und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung insbesondere in Bezug auf Information und Kommunikation stärken und routinemäßig messen | |
| 8.3.1. | Operatives Ziel | Die in der BGK beschlossene PatientInnensicherheitsstrategie schrittweise umsetzen | |
| | | Maßnahme 1 zu B-ZV | Mitwirkung auf Bundesebene an der Festlegung prioritärer Maßnahmen unter Berücksichtigung bereits bestehender Aktivitäten entsprechend der PatientInnensicherheitsstrategie |
| | | Maßnahme 2 zu L-ZV | Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen auf Landesebene |
| | | Maßnahme 3 zu B-ZV | Mitwirkung auf Bundesebene an der Finalisierung einer Strategie zur Vermeidung und Reduktion von nosokomialen Infektionen und antimikrobiellen Resistenzen (AMR) bis Ende 2013 und Umsetzung bis Ende 2016 |
| | | Maßnahme 4 zu L-ZV | Umsetzung der bundesweit einheitlichen Erfassung von nosokomialen Infektionen und antimikrobiellen Resistenzen (AMR) bis Ende 2014 |
| | Messgröße(n) | 1) Mitwirkung ist erfolgt 2) Umsetzung der priorisierten Maßnahmen erfolgt 3) Mitwirkung ist erfolgt 4) Umsetzung der Maßnahmen zu nosokomialen Infektionen und AMR erfolgt | |
| | Zielwert(e) | 1) 1 2) 1 3) 1 4) 1 | |

| | | | |
|---|------------------------|--|---|
| 8 | | Steuerungsbereich Ergebnisorientierung | |
| 8.3. | | Strategisches Ziel | |
| PatientInnensicherheit und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung insbesondere in Bezug auf Information und Kommunikation stärken und routinemäßig messen | | | |
| 8.3.2. | Operatives Ziel | Die zum Rahmengesundheitsziel 3 (RGZ 3) "Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken" erarbeiteten operativen Teilziele umsetzen. | |
| | | Maßnahme 1 zu B-ZV | Mitwirkung auf Bundesebene an der Festlegung prioritärer Maßnahmen entsprechend dem im Rahmen des RGZ 3 zu erarbeitenden Umsetzungsprogramm |
| | | Maßnahme 2 zu L-ZV | Health Literacy Kriterien bei der Ausgestaltung von Projekten und Produkten grundsätzlich anwenden |
| | | Maßnahme 3 zu L-ZV | Durchblick – Gesundheitskompetenz für Frauen umsetzen |
| | | Maßnahme 4 zu L-ZV | Herzensbildung – Gesundheitskompetenz nach Herzinfarkt prüfen und ggf. umsetzen |
| | | Maßnahme 5 zu L-ZV | Verständigung der Vertragspartner auf gemeinsame zusätzliche Themen und Inhalte und schrittweise Umsetzung |
| | Messgröße(n) | 1) Umsetzung der priorisierten Maßnahmen erfolgt 2) Health Literacy Kriterien werden angewandt 3) Durchblick – Gesundheitskompetenz für Frauen wird umgesetzt 4) Prüfung ist erfolgt, Projekt wird ggf. umgesetzt 5) Verständigung ist erfolgt | |
| | Zielwert(e) | 1) 1 2) 1 3) 1 4) 1 5) 1 | |

| | | |
|-------------|---|--|
| 8 | Steuerungsbereich Ergebnisorientierung | |
| 8.4. | Strategisches Ziel | Hohe Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung sicherstellen und routinemäßig messen |
| 8.4.1. | Operatives Ziel | Regelmäßig die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem erheben und den subjektiven Gesundheitszustand der Bevölkerung messen |
| | | <i>Keine Aktivität auf Landesebene</i> |

Artikel 9

Festlegung zur Finanzzielsteuerung (Finanzrahmenvertrag)

(1) In den Anlagen 1.1 bis 1.3. im Teil E dieses Landes-Zielsteuerungsvertrages werden die für die Periode 2012 bis 2016 maßgeblichen zielsteuerungsrelevanten Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte dargestellt. Die Darstellung der Ausgabenobergrenzen einschließlich der zu erzielenden Ausgabendämpfungseffekte des Landes Wien sowie die Darstellung der Ausgabenobergrenzen einschließlich der zu erzielenden Ausgabendämpfungseffekte der Krankenversicherungsträger erfolgt in Anlage 1.1 und 1.2.

(2) Für eine effektive Finanzzielsteuerung ist die Kontinuität der Methodik der Ermittlung der Ausgabenpositionen sicherzustellen (Ceteris-paribus Bestimmung). Diese Kontinuität bezieht sich auf die Identifikation und die sachliche Abgrenzung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben (Positionen gemäß Anhang sowie Art. 26 und 27 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit).

(3) Aus Leistungsverschiebungen im Geiste dieses Vertrages resultierende finanzielle Folgen sind durch die Vertragsparteien auszuweisen und im Einvernehmen im Monitoring darzustellen und zu berücksichtigen.

(4) Die auf das jeweilige Bundesland entfallenden Investitionen werden getrennt nach Land und Sozialversicherung dargestellt.

Artikel 10

Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen

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

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

1. Leistungsverschiebungen sind aus den vertraglich vereinbarten Zielen abzuleiten.

2. Beschreibung des Gegenstandes der sektorenübergreifenden Leistungsverschiebung (des Leistungsbündels) getrennt nach entfallender Leistung in einem Sektor und zusätzlicher Leistung im anderen Sektor unter Berücksichtigung von Qualitätsaspekten.

3. Angabe der von der Leistungsverschiebung betroffenen Strukturen und allfälligen Veränderungen in den Strukturen in beiden Sektoren.

4. Leistungsverschiebungen sind anhand von Inanspruchnahmehäufigkeiten (Fälle, Frequenzen, e-Card-Kontakte, etc.) und/oder Leistungshäufigkeiten nach Leistungsarten oder Leistungsbündel zu messen. Messgröße können auch Einheiten von Leistungserbringungsstrukturen sein. Dabei soll bundeseinheitlich vorgegangen werden. Sowohl für den niedergelassenen Bereich als auch für die Spitäler sind hierbei gemeinsame Datenstrukturen der Leistungsmessung (vgl. operatives Ziel 7.2.1) heranzuziehen.

5. Ausgangspunkt, von dem die Leistungsverschiebung aus gemessen wird, ist das Leistungsvolumen (IST-Stand) in Kalenderjahr 2010. Für einzelne Maßnahmen und Projekte können auf Landesebene einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien abweichende, zeitnahe Messzeiträume festgelegt werden.

6. Die Beschreibung des Status-quo des Leistungsgeschehens zu diesem Zeitpunkt ist keine Aussage über die kompetenzrechtliche Zuständigkeit und über die finanzielle Abgeltung.

7. Für die finanzielle Bewertung der Leistungsverschiebungen sind zwischen den Vertragsparteien auf Landesebene Verrechnungsbeträge (Menge und Wert) auf rationaler Grundlage zu vereinbaren und eine allfällige Valorisierung von Beträgen festzulegen.

Hinsichtlich der Verrechnungsbeträge ist soweit möglich für Leistungsarten oder Leistungsbündel das von der B-ZK zu entwickelnde bundeseinheitliche Regelwerk anzuwenden.

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

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

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

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

2. Für daraus resultierende Streitigkeiten ist ein Schlichtungsverfahren analog den Bestimmungen des Art. 37 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit durchzuführen.

Artikel 11

Finanzielle Bewertung der Ziele und Maßnahmen(pakete)

Die verbindlich vereinbarte Einhaltung der Ausgabenobergrenzen (vgl. Art. 9) bewirkt im Zeitraum bis Ende 2016 kumuliert Ausgabendämpfungseffekte in der Höhe von

969,22 Mio. Euro (Dieser Betrag ergibt sich aus der Differenz der Ausgaben ohne Intervention und der Ausgabenobergrenze).

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

11.1. Ausgabendämpfung im Bereich der Sozialversicherung

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

| Sozialversicherung |
|--|
| <p>a) Vertragsärztliche Hilfe</p> <p>worauf sich aus dem Ziele- und Maßnahmenkatalog insbesondere folgende operativen Ziele und zugehörige Maßnahmen potentiell ausgabendämpfend auswirken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Klare Versorgungsaufträge und Rollenverteilungen mit Blick auf „Best Point of Service“</i> - <i>Multiprofessionelle u. interdisziplinäre Primärversorgung umsetzen</i> - <i>Bestehende ambulante Strukturen bedarfsorientiert anpassen und in multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre Versorgungsformen (wie z.B. Ambulanzen) überführen</i> - <i>Integrierte Versorgungsprogramme für ausgewählte häufige und/oder chronische Erkrankungen umsetzen</i> - <i>Evidente Über- und Fehlversorgungen beseitigen</i> - <i>Überkapazitäten und nicht erforderliche Parallelstrukturen abbauen</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> - <i>Gesundheitsförderungsstrategie umsetzen</i> |
| <p>b) Institute</p> <p>worauf sich aus dem Ziele- und Maßnahmenkatalog insbesondere folgende operativen Ziele und zugehörige Maßnahmen potentiell ausgabendämpfend auswirken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Klare Versorgungsaufträge und Rollenverteilungen mit Blick auf „Best Point of Service“</i> - <i>Bestehende ambulante Strukturen bedarfsorientiert anpassen und in multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre Versorgungsformen (wie z.B. Ambulanzen) überführen</i> - <i>Überkapazitäten und nicht erforderliche Parallelstrukturen abbauen</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> - <i>Gesundheitsförderungsstrategie umsetzen</i> - <i>Evidente Über- und Fehlversorgungen beseitigen</i> |
| <p>c) Physiotherapie</p> <p>worauf sich aus dem Ziele- und Maßnahmenkatalog insbesondere folgende operativen Ziele und zugehörige Maßnahmen potentiell ausgabendämpfend auswirken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Klare Versorgungsaufträge und Rollenverteilungen mit Blick auf „Best Point of Service“</i> - <i>Überkapazitäten und nicht erforderliche Parallelstrukturen abbauen</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> - <i>Gesundheitsförderungsstrategie umsetzen</i> - <i>Evidente Über- und Fehlversorgungen beseitigen</i> |
| <p>d) Heilmittel</p> <p>worauf sich aus dem Ziele und Maßnahmenkatalog insbesondere folgende operativen Ziele und zugehörige Maßnahmen potentiell ausgabendämpfend auswirken:</p> |

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ausgewählte sektorenübergreifende Probleme iZm der Medikamentenversorgung mit Blick auf den BPoS sowie Effektivität und Effizienz lösen</i> - <i>Für definierte Medikamente gemeinsame Versorgungsmodelle sowie sektorenübergreifende Finanzierungskonzepte mit gemeinsamer Finanzverantwortung umsetzen</i> - <i>Medikamentenversorgung in Pflegeheimen effektiver und effizienter gestalten</i> |
| <p>e) Heilbehelfe und Hilfsmittel worauf sich aus dem Ziele- und Maßnahmenkatalog insbesondere folgende operativen Ziele und zugehörige Maßnahmen potentiell ausgabendämpfend auswirken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Evidenzbasierung von Diagnose- und Behandlungsmethoden und Gesundheitsförderungsmaßnahmen anwendungsorientiert etablieren.</i> - <i>Integrierte Versorgungsprogramme für ausgewählte häufige und/oder chronische Erkrankungen umsetzen</i> |
| <p>f) Transportkosten worauf sich aus dem Ziele- und Maßnahmenkatalog insbesondere folgende operativen Ziele und zugehörige Maßnahmen potentiell ausgabendämpfend auswirken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Präklinische und intersektorale Versorgungsprozesse hinsichtlich der Versorgungswirksamkeit und des ökonomischen Mitteleinsatzes optimieren (z.B. Reduzierung nicht erforderlicher Krankentransporte)</i> - <i>Integrierte Versorgungsprogramme für ausgewählte häufige und/oder chronische Erkrankungen entwickeln und festlegen und in der Folge auf Landesebene umsetzen</i> - <i>Versorgungsaufträge und Rollenverteilungen für alle Versorgungsstufen definieren (z.B. Weiterentwicklung der medizinischen Hauskrankenpflege)</i> |
| <p>g) Sonstiges</p> |
| <p>Gesamtbewertung der dargestellten Maßnahmen – extramuraler Bereich</p> <p>Kumulierte Ausgabendämpfung bis 2016: € 321, 72 Mio.</p> |

Diese Ausgabendämpfung von 321,72 Mio. Euro ergibt sich abgesehen von den aus dem Ziele- und Maßnahmenkatalog angeführten Maßnahmen insbesondere aus den Folgewirkungen des seit 2010 laufenden Kassensanierungspakets und aus den im Wirkungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherungsträger auch zukünftig zu setzenden Maßnahmen zur Verbesserung der Effizienz und Effektivität des Versorgungssystems.

11.2. Ausgabendämpfung im Bereich des Landes

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

| |
|---|
| <p>Land Wien</p> |
| <p>a) Nicht-bettenführender Bereich der medizinischen Versorgung worauf sich aus dem Ziele- und Maßnahmenkatalog folgende operativen Ziele und zugehörige Maßnahmen</p> |

ausgabendämpfend auswirken:

- *Versorgungsstufenkonzept - Versorgungsaufträge u. Rollenverteilung*
- *Multiprofessionelle u. interdisziplinäre Primärversorgung umsetzen*
- *Überkapazitäten und nicht erforderliche Parallelstrukturen identifizieren und abbauen, insbesondere durch Umsetzung des RSG sowie laufender Identifikation von Überkapazitäten und Parallelstrukturen unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Indikatoren*
- *Bundeseinheitliche Qualitätsstandards festlegen und umsetzen*
- *Integrierte Versorgungsprogramme für häufige und/oder chronische Erkrankungen*
- *Bestehende ambulante Strukturen bedarfsorientiert anpassen und in neue bzw. strukturell und organisatorisch angepasste Angebote an multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsformen im ambulanten Bereich partiell überführen*
- *Unterschiedliche Versorgungs – und Leistungsdichten im akutstationären und ambulanten Bereich analysieren und Fehlversorgung beseitigen*

b) Bettenführender Bereich der medizinischen Versorgung

worauf sich aus dem Ziele- und Maßnahmenkatalog folgende operativen Ziele und zugehörige Maßnahmen ausgabendämpfend auswirken:

- *Überkapazitäten und nicht erforderliche Parallelstrukturen identifizieren und abbauen, insbesondere durch Umsetzung des RSG sowie laufender Identifikation von Überkapazitäten und Parallelstrukturen unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Indikatoren*
- *Versorgungsstufenkonzept - Versorgungsaufträge u. Rollenverteilung*
- *Bundeseinheitliche Qualitätsstandards festlegen und umsetzen*
- *Ausgewählte tagesklinische Leistungen in nicht stationären Versorgungsformen forcieren*
- *Medizinisch nicht indizierte NTA/ETA reduzieren*
- *Präoperative Verweildauern senken*
- *Akutstationären Bereich durch medizinisch nicht begründete vermeidbare Aufenthalte entlasten*
- *Integrierte Versorgungsprogramme für häufige u/o chron. Erkrankungen*
- *Unterschiedliche Versorgungs – und Leistungsdichten im akutstationären und ambulanten Bereich analysieren und Fehlversorgung beseitigen*

c) Medizinische Ge- und Verbrauchsgüter

worauf sich aus dem Ziele und Maßnahmenkatalog folgende operativen Ziele und zugehörige Maßnahmen

ausgabendämpfend auswirken:

- *Sektorenübergreifende Probleme im Zusammenhang mit der Medikamentenversorgung lösen*
- *Gemeinsame Versorgungs- und Finanzierungsmodelle für Medikamente*
- *Ökonomisierung der Verschreibeweise in den Krankenanstalten des KAV und in den nichtstädtischen Landesfondskrankenanstalten*

d) Medizinisch bedingte Hilfskostenstellen (z.B. Zentralsterilisation, Zentraldesinfektion, Küche, etc.)

e) Vorwiegend nicht-medizinisch bedingte Hilfskostenstellen (zB Energiezentrale, Hausaufsicht, Werkstätten)

f) Hilfskostenstellen der Verwaltung

Gesamtbewertung der dargestellten Maßnahmen – intramuraler Bereich

Kumulierte Ausgabendämpfung bis 2016: € 647,5 Mio.

Diese Ausgabendämpfung von 647,5 Mio. Euro ergibt sich abgesehen von den aus dem Ziele- und Maßnahmenkatalog angeführten Maßnahmen insbesondere aus den Folgewirkungen der bereits eingeleiteten Struktur- und Reformmaßnahmen und aus den im Wirkungsbereich der Länder auch zukünftig zu setzenden Maßnahmen zur Verbesserung der Effizienz und Effektivität des Versorgungssystems.

11.3. Gemeinsame Finanzverantwortung im Rahmen des virtuellen Budgets auf Landesebene

Die gemeinsame Finanzverantwortung auf Landesebene im Rahmen des virtuellen Budgets umfasst die Ausgabendämpfungseffekte und die Ausgabenobergrenzen gemäß Teil E Anlage 1. Sie umfasst auch die Verantwortung, dass das Maßnahmenpaket in Summe geeignet ist, die Ausgabendämpfungseffekte und die Ausgabenobergrenzen zu erreichen.

Die endgültige Zielerreichung orientiert sich abschließend an der Einhaltung der geltenden Ausgabenobergrenzen.

Teil C – Querschnittmaterien

Artikel 12

Stärkung der Gesundheitsförderung

(1) Die Vertragsparteien bekennen sich auf der Grundlage des Bundes-Zielsteuerungsvertrags zum Ausbau der Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen einer zwischen dem Bund, den Ländern und der Sozialversicherung inhaltlich abgestimmten, akkordierten Gesundheitsförderungsstrategie. Die regionale Umsetzung von Projekten und Maßnahmen aus diesem Vertrag und das begleitende Umsetzungsmonitoring erfolgt auf Basis der akkordierten Gesundheitsförderungsstrategie gemäß Art. 12 B-ZV.

(2) Die Vorauswahl zur Einreichung von Projekten erfolgt über das Landes-Zielsteuerungspräsidium.

Artikel 13

Planung (ÖSG und RSG)

Die Vertragsparteien bekennen sich zur Weiterentwicklung des ÖSG als Rahmenplan für den RSG.

Artikel 14

Monitoring und Berichtswesen

(1) Die Einhaltung der kumulierten Ausgabenobergrenzen und -dämpfungseffekte wird gemäß Art 14 B-ZV auf Bundesebene gemonitort.

(2) Die Vertragsparteien bekennen sich bei der Durchführung des gesetzlich vorgegebenen Monitorings sowie bei Evaluierung gemeinsam vereinbarter Maßnahmen zu einer gemeinsamen Vorgangsweise auf Landesebene.

Artikel 15

Gesondert darzustellende Ausgaben gemäß Art. 24 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit

Es besteht kein Regelungsbedarf auf Landesebene.

Artikel 16

Medikamenteneinsatz, Implementierung von E-Health-Konzepten

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

(2) Zur Verbesserung der Effektivität und Effizienz des Einsatzes von Medikamenten sind bei der Verordnung (Rezeptierung) von Medikamenten auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung in Folge einer ambulanten oder stationären Behandlung sowie der Empfehlung der weiteren Medikation bei der Entlassung von Patientinnen und Patienten aus dem stationären Bereich bzw. bei ambulanter Behandlung der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen sowie die Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung in der jeweils geltenden Fassung, wenn diese Maßnahmen jeweils Folgewirkungen für den niedergelassenen Bereich haben, zu berücksichtigen. Ausnahmen sind ausschließlich aus medizinischer Notwendigkeit zulässig, erforderlichenfalls ist eine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger einzuholen.

(3) Das Land Wien stellt sicher, dass das „Ökool“, welches vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zur Verfügung gestellt wird, oder dessen Effekte im Rahmen einer geeigneten EDV-Lösung in ihrem Verantwortungsbereich – unter Bedachtnahme auf medizinische Notwendigkeiten – verwendet wird.

(4) Das Projekt der e-Medikation ist umzusetzen. Voraussetzung dazu ist das Vorliegen der notwendigen rechtlichen Voraussetzungen und die Aufnahme der Maßnahme in den ELGA Masterplan.

Teil D – Schlussbestimmungen

Artikel 17

Streitigkeiten aus diesem Vertrag

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, allfällige Streitigkeiten aus diesem Vertrag tunlichst einvernehmlich beizulegen. Im Zweifel ist das Landeszielsteuerungs-Präsidium unter Einbeziehung allfälliger externer Expertise mit der Erarbeitung eines Lösungsvorschlages zu betrauen.

(2) Sollten von einer der Vertragsparteien vertraglich nicht vereinbarte oder einseitig durchgeführte Maßnahmen konzipiert bzw. umgesetzt werden, die von einer anderen Vertragspartei als im Geiste dieses Vertrags angesehen werden, so ist diese Vertragspartei berechtigt, das Landes-Zielsteuerungspräsidium schriftlich hiervon in Kenntnis zu setzen. Insbesondere bei vermuteten Leistungs- und Finanzverschiebungen hat die Partei, welche das Landeszielsteuerungs-Präsidium hiervon in Kenntnis setzt, das Recht, nach Vorlage ihrer Fakten die Mitarbeit der anderen Vertragsparteien zur Erhebungsarbeit anzufordern.

Das Landeszielsteuerungspräsidium hat dazu binnen Monatsfrist eine Entscheidung herbeizuführen. Sollte dies nicht gelingen ist gemäß § 17 WGF Gesetz Abs 2-4 in der zum Zeitpunkt der Vertragsunterzeichnung geltenden Fassung die Landeszielsteuerungskommission zu betrauen.

(3) Bei Verstößen gegen diesen Vertrag gelten § 17 und § 18 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2013.

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

Artikel 18

Vertragsänderungen und Salvatorische Klausel

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

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

(3) Die Vertragsparteien kommen überein, den gegenständlichen Vertrag bei Bedarf im Rahmen des jährlich zu erstellenden Jahresarbeitsprogrammes

zu aktualisieren.

(4) Sollten während der Laufzeit dieses Vertrages Änderungen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages vereinbart werden, die Auswirkungen auf den Landes-Zielsteuerungsvertrag haben, so vereinbaren die Vertragsparteien, den gegenständlichen Vertrag im Hinblick auf diese Änderungen sofern erforderlich im Rahmen der planmäßigen periodischen Adaptierungen neu abzustimmen.

Artikel 19 Geltungsdauer

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

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

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

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

Für den Fall, dass kein Z-SV nach 2016 zustande kommt sind die finanziellen Folgen vereinbarter Maßnahmen in einer Aufhebungsvereinbarung zu regeln um geänderte Finanzbelastungen im Sinne von Art. 5 (Finanzziele Zi 2) des Vertrages wechselseitig nachhaltig auszugleichen.

Im Fall einer einvernehmlichen Aufhebung der Umsetzung von vereinbarten Maßnahmen sind die finanziellen Folgen in einer Aufhebungsvereinbarung zu regeln um geänderte Finanzbelastungen im Sinne von Art. 5 (Finanzziele Zi 2) des Vertrages wechselseitig nachhaltig auszugleichen.

Artikel 20 Sonstiges

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

(2) Die Gesamtheit der in Teil B – Steuerungsgebiete festgelegten Maßnahmen unter Berücksichtigung des Artikel 11 ermöglicht, die in Anlage E dargestellten Ausgabenobergrenzen und- dämpfungseffekte zu erfüllen.

(3) Dieser Vertrag wird in 9 Urschriften (jeweils eine pro SV-Träger, eine für die Stadt Wien, eine für das BMG) Urschriften ausgefertigt. Diese werden im Rahmen der Unterzeichnung den Vertragsparteien ausgehändigt.

(4) Dieser Vertrag wird im Rahmen der gesetzlichen Zuständigkeiten der Vertragsparteien 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.

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

(6) Die mit diesem Vertrag vereinbarten Ziele sind von den Vertragsparteien im Rahmen ihrer gesetzmäßigen Kompetenzen und Gestaltungsmöglichkeiten zu verwirklichen.

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

(8) Zum gemeinsamen Verständnis und der gemeinsamen Planung und Steuerung des Gesundheitssystems auf Wiener Ebene wird der zur Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen dieses Vertrages notwendige Datenaustausch zwischen den Vertragsparteien vereinbart.

(9) Zur Dokumentation der zum Zeitpunkt der Vertragserstellung bestehenden Reformpoolprojekte wird festgehalten, dass die Inhalte des Analyseprojektes „Demenz“ in 7.1.2 Maßnahme 1, des „Diabetes – Therapie Aktiv“ in 7.1.2 Maßnahme 2, sowie des Teilprojektes Entlassungsmanagement aus dem PIK – Patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung in 7.1.1. abgebildet sind.

Teil E - Anlagen

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

Anlage 1.1. Aufteilung Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte des Landes Wien - Angabe in Mio. Euro

| §17 Abs. 2 Z 3 Aufteilung Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte des Landes Wien | | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Ausgabenentwicklung ohne Intervention | Wien | 2.749,700 | 2.893,275 | 3.044,153 | 3.203,218 | 3.351,937 |
| Ausgabenobergrenzen | Wien | 2.734,896 | 2.831,075 | 2.916,867 | 3.014,190 | 3.097,755 |
| Ausgabendämpfungseffekte kumuliert | Wien | 14,804 | 62,200 | 127,286 | 189,028 | 254,182 |

Anlage 1.2. Aufteilung Ausgabenobergrenzen und -dämpfungseffekte der Summe der gesetzl. KV-Träger des Landes Wien - Angabe in Mio. Euro

| Aufteilung Ausgabenobergrenzen und -dämpfungseffekte der Summe der gesetzl. KV-Träger des Landes Wien gem. § 17 Abs. 2 Z 2 | | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Ausgabenentwicklung ohne Intervention | Wien | 2.076,180 | 2.184,510 | 2.298,470 | 2.418,530 | 2.531,090 |
| Ausgabenobergrenzen | Wien | 2.062,11 | 2.150,75 | 2.238,44 | 2.326,61 | 2.409,15 |
| Ausgabendämpfungseffekte kumuliert | Wien | 14,07 | 33,76 | 60,03 | 91,92 | 121,94 |

Anlage 1.3. Zusammenführung der Werte (Summe) des Landes Wien und der gesetzl. KV-Träger - Angabe in Mio. Euro

| Zusammenführung der Werte (Summe) von Land Wien und der gesetzl. KV-Träger gem. § 17 Abs. 2 Z 3 | | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Ausgabenobergrenzen | Wien | 4.797,006 | 4.981,825 | 5.155,307 | 5.340,800 | 5.506,905 |
| Ausgabendämpfungseffekte kumuliert | Wien | 28,874 | 95,960 | 187,316 | 280,948 | 376,122 |

Anlage 2 – Glossar

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

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

| Kurzname | Langname | Definition |
|------------|---|--|
| A-IQI | Austrian Inpatient Quality Indicators – Österreichische Qualitätsindikatoren im stationären Bereich | Messung von Ergebnisqualität im intramuralen Bereich auf Basis von Routinedaten in einem mehrstufigen System inkl. Peer Review Verfahren |
| AMR | Antimikrobielle Resistenz | Fähigkeit von krankheitsverursachenden Keimen, der Wirkung von Antibiotika zu widerstehen |
| ASVG | Allgemeines Sozialversicherungsgesetz | |
| | Akutstationärer Bereich | Bezeichnet den stationären Bereich von Akut-Krankenanstalten, das sind alle landesfondsfinanzierten Krankenanstalten, Unfallkrankenhäuser sowie private, nicht gemeinnützige Krankenanstalten (Sanatorien) |
| BQLL AUFEM | Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement | Qualitätsstandard gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz; Kenntnisnahme und Beschluss zur österreichweiten Anwendung in der 21. Sitzung der Bundesgesundheitskommission am 29. Juni 2012 |
| BQLL PRÄOP | Bundesqualitätsleitlinie präoperative Diagnostik | Qualitätsstandard gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz; Kenntnisnahme und Beschluss zur österreichweiten Anwendung in der 19. Sitzung der Bundesgesundheitskommission am 25. November 2011 |
| BT | Belagstage | Summe der Mitternachtsstände der PatientInnen im Berichtsjahr |
| EBM | Evidence-based Medicine/ evidenzbasierte Medizin | Systematische und konsistente, patientenorientierte Entscheidungsfindung im Rahmen medizinischer Behandlungen auf Grundlage von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit bzw. der besten zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Quellen und Daten. |
| | e-Health-Projekte | Projekte, bei denen der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnik (e-Health) zu einer Verbesserung von Strukturen, Abläufen und Ergebnissen im Gesundheits-(versorgungs)system führen soll |
| ELGA | Elektronische Gesundheitsakte | Informationssystem, das allen berechtigten ELGAGesundheitsdiensteanbietern und ELGATEilnehmerInnen ELGA-Gesundheitsdaten in elektronischer Form orts- und |

| | | |
|------|---|--|
| | | zeitunabhängig (ungerichtete Kommunikation) zur Verfügung stellt |
| | e-Medikation | Informationssystem im Rahmen von ELGA, mit dessen Hilfe Ärzte, Apotheker und Krankenanstalten einen Überblick über verordnete und in Apotheken abgegebene Arzneimittel eines Patienten erhalten; damit ist eine weiterführende (elektronische) Prüfung auf potentielle Wechselwirkungen und Überdosierungen möglich |
| ETA | Ein-Tages-Aufenthalt | Stationärer Aufenthalt mit einem Belagstag, d.h. einer Übernachtung in der Krankenanstalt |
| | Extramuraler Bereich | (Ambulanter) Bereich außerhalb von bettenführenden Krankenanstalten (extramural = außerhalb der Mauern) z.B. Ambulatorien und Institute, Gruppenpraxen, Einzelordinationen und sonstige selbstständige Gesundheitsberufe (z.B. Physiotherapeutinnen / Physiotherapeuten, Hebammen, Psychologinnen / Psychologen) ausgenommen davon sind jedoch die sonstigen gewerblichen Berufe im Gesundheitswesen |
| | Geist dieses Vertrags | Umfasst sämtliche Aktivitäten, die eine der Vertragsparteien als durch die partnerschaftliche Zielsteuerung-Gesundheit definiert |
| | Gesundheitsförderung | Maßnahmen und Aktivitäten, die auf die Ressourcensteigerung und Erhöhung der Gesundheitspotenziale von Bevölkerungsgruppen in bestimmten Settings abzielen und auf einem umfassenden Gesundheitsbegriff (Berücksichtigung vielfältiger Gesundheitsdeterminanten) aufbauen |
| | Gesundheitskompetenz / Health Literacy | Wissen, Motivation und Kompetenzen von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag zu Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern |
| HIAP | Health in all policies / Gesundheit in allen Politikfeldern | Strategie zur Integration von Gesundheitsüberlegungen in andere politische Sektoren mit dem Ziel einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik |
| | Interdisziplinär | Verschiedene Disziplinen innerhalb einer Berufsgruppe umfassend (z.B. verschiedene Fachrichtungen oder Spezialisierungen) |
| | Intramuraler Bereich | (Stationärer und spitalsambulanter) Bereich in bettenführenden Krankenanstalten (intramural = innerhalb der Mauern) |

| | | |
|------|--|--|
| | Kompetenzprofil | Umfasst sämtliche Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person sowie auch Erfahrungen, welche die Person in bestimmten Bereichen gesammelt hat |
| KV | Krankenversicherung | |
| 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 |
| | Maßnahme | Sämtliche Aktivitäten die von den Vertragspartnern zur Erreichung der operativen und strategischen Ziele ergriffen werden |
| MEL | Medizinische Einzelleistung | Medizinische Leistung, die im Rahmen der LKF codiert wird. |
| | Multiprofessionell | Mehrere Berufsgruppen umfassend |
| | Nosokomiale Infektion | Infektion, die im Zuge eines Aufenthalts oder einer Behandlung in einem Krankenhaus oder in einer Pflegeeinrichtung erworben wird |
| NTA | Null-Tages-Aufenthalt | Stationäre Aufenthalte, bei den die PatientInnen in ein Krankenhaus aufgenommen und am selben Kalendertag aus diesem entlassen werden (0 Tage = kein Mitternachtsstand). |
| ÖSG | Österreichischer Strukturplan Gesundheit | Planungsgrundlage inkl. Qualitätskriterien für die österreichische Gesundheitsversorgung; Rahmenplan mit Vorgaben für Detailplanungen auf regionaler Ebene (insbesondere Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG)) |
| | Peer Review | Peer Review = nochmalige Durchsicht durch einen Ebenbürtigen; Beiziehung externer Fachexperten desselben Fachbereichs und involvierter Fachbereiche zur Analyse der Ergebnisqualität; Form der externen Evaluation im Rahmen von A-IQI |
| | Prävention | Vorbeugende Maßnahmen, Programme und Projekte, um ein unerwünschtes Ereignis oder eine unerwünschte Entwicklung zu vermeiden. |
| PROP | EDV Anwendung im Rahmen der „BQLL Präoperative Diagnostik“ | EDV-Tool zur Umsetzung der medizinischen Leitlinie „Präoperatives Patientenmanagement“ der ÖGARI (Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin) im Rahmen der BQLL „Präoperative Diagnostik“ |

| | | |
|------|------------------------------------|---|
| R-GZ | Rahmen-Gesundheitsziele | |
| RSG | Regionaler Strukturplan Gesundheit | Detailplanungen der Gesundheitsversorgung auf Landesebene auf Basis der Rahmenplanung des ÖSG |
| | Tagesklinik | Aufenthalte mit einer medizinischen Einzelleistung aus dem Tagesklinikcatalog, die derzeit mit Null Belagstagen (d.h. ohne Übernachtung) im stationären Bereich anfallen |
| | Telegesundheitsdienste | Dienen der gesundheitsbezogenen Versorgung und überbrücken durch Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) örtliche und/oder zeitliche Distanzen zwischen Gesundheitsdiensteanbietern sowie zwischen Gesundheitsdiensteanbietern und PatientInnen |