

# **OÖ Landes-Zielsteuerungsübereinkommen**

## **Zielsteuerung-Gesundheit**

abgeschlossen zwischen

dem Land Oberösterreich/Oö. Gesundheitsfonds,

der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse,

der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter,

der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft,

der Sozialversicherungsanstalt der Bauern,

der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

# Inhaltsverzeichnis

<b>Teil A – Allgemeines .....</b>	<b>3</b>
Artikel 1 Allgemeine Bestimmungen .....	3
Artikel 2 Gemeinsames Zukunftsbild .....	4
Artikel 3 Gemeinsame handlungsleitende Prinzipien (Werte) .....	5
Artikel 4 Interpretation .....	8
Artikel 5 Wechselseitige Information und gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit .....	8
<b>Teil B – Steuerungsbereiche .....</b>	<b>9</b>
Artikel 6 Allgemeine Bestimmungen zu den Steuerungsbereichen .....	9
Artikel 7 Strategische und operative Ziele .....	9
Artikel 8 Ziele- und Maßnahmenkatalog .....	12
Artikel 9 Festlegung zur Finanzzielsteuerung .....	31
Artikel 10 Monitoring und Statusbericht .....	32
Artikel 11 Finanzielle Folgen bei Leistungsverschiebungen (Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen) .....	33
<b>Teil C – Laufende Arbeiten .....</b>	<b>35</b>
Artikel 12 Laufende Arbeiten .....	35
<b>Teil D – Schlussbestimmungen .....</b>	<b>36</b>
Artikel 13 Streitigkeiten aus diesem Übereinkommen .....	36
Artikel 14 Übereinkommensänderungen und Salvatorische Klausel .....	37
Artikel 15 Geltungsdauer .....	38
Artikel 16 Sonstiges .....	39
<b>Teil E - Anlagen .....</b>	<b>40</b>
Anlage 1 – Tableau zur Finanzzielsteuerung (Finanzrahmenvertrag) – Angaben in Mio. Euro .....	40
Anlage 2 – Glossar und Abkürzungsverzeichnis .....	41

# **Teil A – Allgemeines**

## **Artikel 1**

### **Allgemeine Bestimmungen**

#### **1.1 Gegenstand/Zielsetzung**

(1) Dieses Landes-Zielsteuerungsübereinkommen (im Folgenden „Übereinkommen“) wird auf Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (im Folgenden „Art. 15a ZG“), der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (im Folgenden „Art. 15a OF“) und des Zielsteuerungsvertrages (im Folgenden „ZV“) abgeschlossen. Mit dem Übereinkommen werden die Vereinbarungen Art. 15a ZG, Art. 15a OF und die im ZV enthaltenen Festlegungen näher ausgeführt.

(2) Dieses Übereinkommen wird vom Land Oberösterreich, der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, der Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, der Sozialversicherungsanstalt der Bauern und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau abgeschlossen.

#### **1.2. Regelungsebenen**

(1) Die Zielsteuerungspartner vereinbaren ausgehend vom gemeinsamen Zukunftsbild über die zukünftige Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und den handlungsleitenden Prinzipien strategische Ziele, die wiederum durch operative Ziele konkretisiert werden.

(2) Gemäß § 10 Abs. 2 G-ZG werden im Übereinkommen die im ZV auf Bundesebene festgelegten und auf Landesebene zu realisierenden Maßnahmen zu den Steuerungsbereichen, Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung und zur Finanzzielsteuerung im Hinblick auf ihre termingerechte Umsetzung operationalisiert.

(3) Strategische Ziele sind langfristig ausgerichtet und haben Programmcharakter.

(4) Operative Ziele sind kurz- oder mittelfristig und sind nach Möglichkeit in der jeweiligen Übereinkommensperiode, allenfalls in Phasen, umzusetzen.

## **Artikel 2**

### **Gemeinsames Zukunftsbild**

- (1) Die Zielsteuerungspartner setzen sich für ein längeres, selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit für alle Menschen in Österreich ein.
- (2) Sie arbeiten gemeinsam an einem niederschweligen Zugang zu einer qualitativ hochstehenden, bedarfsgerechten und effizienten Gesundheitsversorgung für alle Menschen, die durch ein solidarisches Gesundheitssystem nachhaltig sichergestellt wird.
- (3) Das solidarische Gesundheitssystem des 21. Jahrhunderts in Österreich wird den sozialen Grundprinzipien ebenso gerecht wie allen Anforderungen an eine bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte und wirkungsorientierte Gesundheitsversorgung. Diesem Gesundheitssystem liegen ein zeitgemäßes Versorgungskonzept und Versorgungsaufträge für die Akteure zugrunde. Das Sachleistungsprinzip wird im ambulanten und stationären Bereich gestärkt.
- (4) In einem modernen Gesundheitssystem hat die Erhaltung der Gesundheit einen hohen Stellenwert. Zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention wird daher forciert. Ebenso wird der umfassenden Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ab dem frühest möglichen Zeitpunkt der größtmögliche Stellenwert eingeräumt.
- (5) Die kurative Versorgung erfolgt am gemeinsam festgelegten „Best Point of Service“. Damit ist sichergestellt, dass die jeweils richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit der optimalen medizinischen und pflegerischen Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erbracht wird.
- (6) Multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgungseinheiten und ambulante Versorgungsformen stehen zur Verfügung. Aufwendige und komplexe Krankenhausleistungen sind an jeweils entsprechend ausgestatteten Krankenhausstandorten konzentriert.
- (7) Ein umfassendes Qualitäts- und Risikomanagement in allen Bereichen des Gesundheitssystems gewährleistet eine größtmögliche Patientensicherheit mit gleichzeitig langfristig positiven Auswirkungen auf die Effizienz.
- (8) Mehr Transparenz sowie die gestärkte Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ermöglichen die aktive Beteiligung der Menschen an den ihren Gesundheitszustand betreffenden Entscheidungsprozessen.

## **Artikel 3**

### **Gemeinsame handlungsleitende Prinzipien (Werte)**

Die Zielsteuerungspartner legen ihrem Handeln bei der partnerschaftlichen Umsetzung der gemeinsamen Ziele der Zielsteuerung-Gesundheit die folgenden Prinzipien und Werte zugrunde:

#### **3.1 Menschlichkeit und vertrauensvolle Zusammenarbeit**

Menschlichkeit steht im Mittelpunkt unserer Arbeit. Wir begegnen einander mit Wertschätzung, Fairness und Respekt und stellen die Würde des Menschen in den Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung. Vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen allen Partnern und Akteuren im Gesundheitssystem ist dabei die Grundlage zur gemeinsamen Erreichung der vereinbarten Ziele. Verantwortungsvolles Handeln und offene Kommunikation in der Zusammenarbeit erzeugen das dafür notwendige gegenseitige Verständnis und Vertrauen.

#### **3.2 Nachhaltiges, bedarfsgerechtes und gesamtwirtschaftlich sinnvolles Planen und Handeln**

(1) Zielorientiertes und vorausschauendes Planen und Handeln trägt zur hohen Qualität der Gesundheitsversorgung bei. Ressourcen werden am Bedarf der Bevölkerung ausgerichtet und dabei gesamtwirtschaftlich verantwortungsvoll eingesetzt. Gesundheits- und zukunftsorientiertes Handeln und kontinuierliches Optimieren des Gesundheitssystems stellen eine regional ausgewogene Versorgung auf hohem Niveau unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts und der zu erwartenden demographischen Entwicklung auch für die kommenden Generationen sicher.

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

### **3.3 Orientierung an den Gesundheitszielen Österreich und an Public Health**

Handlungsleitend für die Zielsteuerung-Gesundheit sind die von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen Gesundheitsziele Österreich. Diese orientieren sich, unter Berücksichtigung des Beitrags aller relevanten Politikfelder (Health in All Policies) sowie von Empowerment und Partizipation, an den maßgeblichen Einflussfaktoren für Gesundheit (Determinanten). Die Gesundheitsziele berücksichtigen Gesundheit als Leitbegriff und richten sich an die kollektive Gesundheit der Bevölkerung oder von Bevölkerungsgruppen. Die Umsetzung der Maßnahmen erfolgt im Rahmen einer zwischen den Zielsteuerungspartnern abgestimmten Gesundheitsförderungsstrategie, die sich vorrangig auf strukturelle Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung fokussiert und sich aus den Ergebnissen des politikfelderübergreifenden Umsetzungsprozesses der Gesundheitsziele ableitet. Die Erreichung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit und die Gesundheit der Bevölkerung schon positiv ab der frühen Kindheit zu beeinflussen stehen im Mittelpunkt unserer Arbeit.

### **3.4 Bekenntnis zu Qualität**

Die Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität hat oberste Priorität und erfolgt flächendeckend, bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend. Die Qualitätsarbeit fördert die Patientensicherheit und den Behandlungserfolg nachhaltig. Die Versorgungsqualität wird als Orientierungshilfe für die Bevölkerung transparent gemacht. Eine umfassende, vergleichbare und standardisierte Qualitätsmessung im intramuralen und extramuralen Bereich stellt eine wesentliche Grundlage für die Weiterentwicklungen im Gesundheitswesen dar.

### **3.5 Selbstbestimmung, Bürger- und Patientenorientierung**

Die Menschen stehen im Mittelpunkt aller Entscheidungen und Aktivitäten zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung und werden mit allen zur Verfügung stehenden Instrumenten und Maßnahmen dabei unterstützt, ihre Gesundheit und Lebensqualität selbst mitzugestalten und zu verbessern. Die Zielsteuerungspartner berücksichtigen die unterschiedlichen Bedürfnisse von Bevölkerungsgruppen zum Beispiel hinsichtlich Geschlecht und Lebensalter in der Gestaltung der Gesundheitsversorgung. Insbesondere werden die gesundheitsbezogenen Kompetenzen der BürgerInnen gestärkt, um eine aktive Beteiligung der/des Einzelnen an gesundheitsrelevanten Entscheidungen ihren Gesundheitszustand betreffend zu ermöglichen.

### **3.6 Psychische Gesundheit als integraler Bestandteil von Gesundheit**

Die Zielsteuerungspartner orientieren sich am umfassenden Gesundheitsbegriff der WHO, der physische, psychische und soziale Aspekte umfasst. Bei der Einführung neuer Strategien und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention, Kranken-

und Langzeitversorgung sowie bei der Umsetzung der Zielsteuerung werden insbesondere auch die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung beachtet.

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

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

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

### **3.8 Solidarität und Gerechtigkeit**

Die Umsetzung der gemeinsamen Ziele festigt das Grundprinzip der Solidarität im Gesundheitssystem. Eine nachhaltig gesicherte Sachleistungsversorgung trägt zum Ausgleich von gesundheitlichen Belastungen bei und ermöglicht gleichen Zugang für alle. Durch eine Stärkung des Sachleistungsprinzips im ambulanten und stationären Bereich wird das Grundprinzip der Solidarität gefestigt.

### **3.9 Transparenz und Wirkungsorientierung**

Die Funktionsweise und die Qualität des Gesundheitssystems sowie gesundheits- und systemrelevante Entscheidungen, Handlungen und Leistungen werden mit höchstmöglicher Transparenz und für die Bevölkerung verständlich und nachvollziehbar dargestellt. Handlungen und Entscheidungen orientieren sich an den angestrebten Wirkungen und den dafür erforderlichen Leistungen in optimaler Qualität. Dabei stehen der kollektive Gesundheitsnutzen und die Effektivität der Versorgung im Mittelpunkt.

### **3.10 Auf die Expertise der Systempartner bauen**

Die Zielsteuerungspartner bekennen sich zur strukturierten Einbeziehung der wesentlichen Systempartner (insbesondere Ärztekammer, Apothekerkammer, Krankenanstaltenträger, usw.) in die Umsetzung der in diesem Übereinkommen vereinbarten Maßnahmen

## **Artikel 4**

### **Interpretation**

Der Text dieses Übereinkommens ist im Sinne des ZV zu interpretieren. Im Zweifel haben die in der Art. 15a OF, Art. 15a ZG und im ZV enthaltenen Bestimmungen Vorrang vor allfällig abweichend interpretierbaren Formulierungen dieses Übereinkommens.

## **Artikel 5**

### **Wechselseitige Information und gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit**

(1) Land und Sozialversicherung informieren sich wechselseitig und rechtzeitig über wesentliche Veränderungen und Steuerungsmaßnahmen in ihren jeweiligen Leistungsbereichen.

(2) Die Zielsteuerungspartner bekennen sich zu einer aktiven Kommunikationspolitik zu den im Rahmen des Zielsteuerungssystems gemeinsam gestalteten bzw. finanzierten Maßnahmen gegenüber allen berührten Bezugsgruppen, insbesondere den BürgerInnen und Versicherten. Die Kommunikationspolitik ist von den Grundprinzipien Nachvollziehbarkeit, Transparenz und Verständlichkeit getragen.

(3) Es gilt der Grundsatz, dass gemeinsam beauftragte Projekte und Regelbetriebe nach außen erkennbar als Kooperationen dargestellt werden. Die Gestaltung der Kommunikationsmaßnahmen (beispielsweise Drucksorten und audiovisuelle Materialien) wird dabei einvernehmlich festgelegt. Die Erwähnung gemeinsam gestalteter bzw. finanzierter Maßnahmen in eigenen Medien oder im Rahmen der jeweils eigenen Öffentlichkeits- und Pressearbeit bleibt jedem Zielsteuerungspartner unbenommen, solange der Kooperationscharakter der Maßnahme erkennbar ist.



## **Teil B – Steuerungsbereiche**

### **Artikel 6**

#### **Allgemeine Bestimmungen zu den Steuerungsbereichen**

- (1) Die Zielsteuerungspartner verpflichten sich, die im Folgenden angeführten, den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung zugeordneten, strategischen und operativen Ziele und daraus abgeleiteten Maßnahmen im Rahmen ihrer jeweiligen verfassungsrechtlichen Zuständigkeit zu verfolgen. Ebenso finden sich die Festlegungen für den Steuerungsbereich Finanzziele in diesem Teil des Übereinkommens.
- (2) Eine maßgebliche Orientierung für diese Ziele und Maßnahmen ergibt sich aus den Gesundheitszielen Österreich und den oberösterreichischen Gesundheitszielen.
- (3) Die konkrete Umsetzung der Maßnahmen erfolgt auf Basis der Operationalisierung in diesem Übereinkommen.
- (4) Die potenzielle Auswirkung auf die Ausgabenobergrenzen ist bei allen Maßnahmen zu beachten.
- (5) Ein zentrales Element des Ziele- und Maßnahmenkatalogs ist die Erbringung von Leistungen am Best Point of Service. Dieser kann auf allen Versorgungsstufen im Gesundheitssystem verortet sein.
- (6) Alle Zielwerte, bei denen weder in der entsprechenden Maßnahme noch in der Messgröße eine Jahreszahl zugeordnet ist, beziehen sich, soweit die Bundes-Zielsteuerungskommission nichts anderes bestimmt, auf die Geltungsdauer des Übereinkommens. Kommt es zu einer Verzögerung der im ZV vorgesehenen Termine, so verschieben sich auch die auf Landesebene darauf aufbauenden Termine automatisch um den entsprechenden Zeitraum, ohne dass es einer weiteren Vereinbarung der Zielsteuerungspartner bedarf. Das tatsächliche Übereinkommensende bleibt davon unberührt.

### **Artikel 7**

#### **Strategische und operative Ziele**

In nachfolgender Tabelle werden die im Ziele- und Maßnahmenkatalog (Art. 8) den operativen Zielen (die den strategischen Zielen zugeordnet sind) zugeordneten Messgrößen (Indikatoren für die Gesamtzieelerreichung) und Zielwerte bzw. Zielvorgaben im Überblick dargestellt. Diese messen auf strategischer Ebene die Erreichung der mit der Zielsteuerung-Gesundheit intendierten Zielrichtungen.

## Übersicht über Ziele und Messgrößen für OÖ

Strategische Dimension Strategische Ziele		Operative Dimension Operative Ziele		Messgrößen	Zielwerte/ -vorgaben
Bessere Versorgung	S1: Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes	Bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen	1: Verbesserung der integrativen Versorgung durch gemeinsame abgestimmte verbindliche Planung und Umsetzung der folgenden Ziele (1.1 bis 1.3)	<i>Messgrößen und Zielwerte/Zielvorgaben sind direkt den operativen Zielen 1.1. bis 1.3 zugeordnet. Diese sind in der Analyse gemeinsam zu betrachten.</i>	
			1.1: Primärversorgungsmodelle auf- und ausbauen	(1) Umgesetzte PV-Einheiten (2) In PV-Einheiten versorgte Bevölkerung <i>Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße: Anteil von Fällen mit abgeschlossener Behandlung</i>	13 ↑
			1.2: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung	(3) Anzahl multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich mit Versorgungsauftrag <i>Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße zur Versorgungswirksamkeit von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären ambulanten Versorgungsformen</i>	↑
			1.3: Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen	(4) Krankenhaushäufigkeit in FKA (5) Belagstagedichte in FKA (6) Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden	↓ ↓ pro Leistungs-bündel definiert
		Die richtige Versorgung („The right care“)	2: Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals (Skill-Mix, Nachwuchssicherung, demographische Entwicklung) sicherstellen	(7) Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen AM/FÄ (8) Ärztliche Versorgungsdichte (9) Relation DGKP und PFA zu ÄrztInnen in FKA („Nurse to Physician Ratio“)	Beobachtungswert Beobachtungswert Beobachtungswert
			3: Stärkere Ausrichtung des Vertragswesens und der Honorierungssysteme am Versorgungsbedarf bei gleichzeitiger Unterstützung der Zielsetzungen der ZS-G (insbesondere Versorgung am „Best Point of Service“) und der Anforderungen an die Versorgungsformen	<i>Messgrößen siehe op. Ziele 1.1 bis 1.3.</i>	
			4: Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen	(10) Masern/Mumps/Röteln - Durchimpfungsrate Kinder (11) Ambulante KJP-Angebote	↑ ↑

Bessere Qualität	S2: Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse	Besser koordinierte Versorgung	5: Gezielter Einsatz von IKT zur Patientenversorgung, Systemsteuerung und Innovation	(12) Umsetzungsgrad ELGA (13) Polypharmazie Prävalenz (14) Potentiell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren <i>Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße zu TEWEB auf Basis der Evaluierung der Pilotprojekte</i>	↑ ↓ ↓
			6: Verbesserung der integrierten Versorgung	(15) Aufenthalte mit kurzer präop. VWD in FKA (16) In Therapie Aktiv versorgte PatientInnen und teilnehmende ÄrztInnen (AM und IM)	↑
			7:Medikamentenversorgung sektorenübergreifend gemeinsam optimieren	(17) Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen	↑
			8: Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich	<i>Messgrößen im Zusammenhang mit den weiterführenden Arbeiten zur Qualitätsmessung im ambulanten Bereich noch zu entwickeln</i>	
		Behandlung, zum richtigen Zeitpunkt	9: Zur Stärkung der Sachleistungsversorgung örtliche, zeitliche und soziale Zugangsbarrieren abbauen	(18) Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich	→↑
Gesündere Bevölkerung	S3: Gesundheitsförderung und Prävention: Erhöhung der Zahl der gesunden Lebensjahre und Verbesserung der Lebensqualität von erkrankten Personen	Gesund bleiben	10: Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung	(19) Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz	↑
		Gesünder leben	11: Stärkung von zielgerichteter Gesundheitsförderung und Prävention	(20) Gesunde Lebensjahre bei der Geburt (21) Täglich Rauchende (22) Kariesfreie Kinder	↑ ↓ ↑
„Better value“	S4: Gewährleistung einer nachhaltigen Finanzierbarkeit der öffentlichen Gesundheitsausgaben	Nachhaltigkeit sichern	Messgrößen und Zielwerte siehe Finanzzielsteuerung bzw. Einhaltung der Ausgabenobergrenzen Art. 7 ZV iVm Anlage 1.		

## Artikel 8

### Ziele- und Maßnahmenkatalog

Im nachstehenden Ziele- und Maßnahmenkatalog erfolgt eine Operationalisierung der Maßnahmen auf Landesebene aus dem ZV. Die Zielsteuerungspartner bekennen sich zu den im ZV vereinbarten Maßnahmen (Art. 6 ZV) und vereinbaren eine generelle Mitwirkungspflicht auf Bundesebene dazu.

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 ÜRVU-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
	<b>Operationalisierung:</b> • Vereinbarung eines Logistikfahrplanes	Dezember 2017
	2: Erstellung integrativer RSG gemäß der Rahmenvorgaben im ÖSG inklusive jener Planungsvorgaben, die rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen (Festlegungen zur Kapazitätsplanung, überregionale Versorgungsplanung und Versorgungsaufträge soweit Grundlagen im ÖSG verankert)	Dezember 2018

<p><b>Operationalisierung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeinsame Erarbeitung des RSG 2018 mit Planungshorizont 2020 aufbauend auf dem ÖSG</li> <li>• Beschlussfassung in der L-ZK mit Ausweis der verbindlich zu erklärenden Teile unter Berücksichtigung der Begutachtungsfristen gem. G-ZG</li> <li>• Verordnung der verbindlich zu erklärenden Teile des RSG über die Gesundheitsplanungs GmbH unter Berücksichtigung der Begutachtungsfristen gem. G-ZG</li> <li>• Gemeinsame Erarbeitung des RSG 2020 mit Planungshorizont 2025 und weiteres Vorgehen analog Punkt 1 - 3</li> </ul>	<p>Punkt 1 -3: Dezember 2018</p> <p>Punkt 4: Dezember 2020</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	(1) Umgesetzte PV-Einheiten <i>Zielwert: 13</i> (2) In PV-Einheiten versorgte Bevölkerung <i>Zielvorgabe: ↑</i>  <i>Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße:</i> <i>Anteil von Fällen mit abgeschlossener Behandlung</i>

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)
	<b>Operationalisierung:</b>	Dezember 2017 (Analyse)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gemeinsame Analyse der Versorgungssituation und der grundsätzlichen Möglichkeiten mit dem Ziel der Identifikation geeigneter PVE-Standorte</li> <li>Finanzierung zwischen SV und Land, allenfalls projektbezogen, regeln</li> <li>Abbildung der PVE in den RSG 2018 und 2020 und den entsprechenden Stellenplänen</li> </ul>	Dezember 2018 (RSG 2018) Dezember 2020 (RSG 2020)
	2: Umsetzung der im RSG definierten PVE (Invertragnahme und Evaluierung) auf Basis der festgelegten Eckpfeiler für Verträge und Honorierungssysteme	Dezember 2021
	<b>Operationalisierung:</b>	Dezember 2021
<ul style="list-style-type: none"> <li>Abschluss der entsprechenden Primärversorgungsverträge und Umsetzung begleiten</li> <li>Evaluierung der Piloten</li> <li>Vereinbarung eines endgültigen Honorierungsmodells zwischen KV- Träger und ÄK für OÖ</li> </ul>	Juni 2019	
3: Einbindung der Stakeholder und begleitende Information zu PVE für die Bevölkerung und GDA auf regionaler Ebene	Juni 2018	

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

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
	<b>Operationalisierung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Konkrete Ausgestaltung von multiprofessionellen Versorgungszentren (MPV) auf Basis des Bundeskonzeptes</li> <li>Gemeinsame Analyse der Versorgungssituation und der grundsätzlichen Möglichkeit mit dem Ziel der Identifikation geeigneter MPV-Standorte</li> <li>Finanzierung zwischen SV und Land, allenfalls projektbezogen, regeln</li> <li>Abbildung der MPV in den RSG 2018 bzw. 2020 und in den jeweiligen Stellenplänen</li> <li>Abschluss entsprechender MPV-Verträge und Begleitung der Umsetzung</li> </ul>	Dezember 2018 (Analyse)  Dezember 2021 (Umsetzung)
	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
	<b>Operationalisierung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gemeinsame Erarbeitung eines Versorgungsplanes auf Basis der Analyse auf Bundesebene</li> </ul>	Dezember 2021

<ul style="list-style-type: none"><li>• Gemeinsame Festlegung erforderlicher ambulanter Einrichtungen/Kapazitäten (inkl. Versorgungsauftrag und Finanzierung zwischen Land und SV regeln)</li><li>• Abbildung im RSG 2018 und 2020 gemäß Rahmenvorgaben des ÖSG</li></ul>	
---	--



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

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen in Bezug auf Grundlage der Regelungen im ÖSG (z.B. KAKuG)	Juni 2018
Landesebene	1: Analyse und gemeinsame regionale Planung der akutstationären Versorgung auf Grundlage des neuen ÖSG im jeweiligen RSG (Art. 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG OF, Art. 13 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG ZS-G) insbesondere <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forcierung der ambulanten und tagesklinischen Leistungserbringung,</li> <li>• Bündelung komplexer Leistungen und weitgehende Überwindung kleinteiliger Organisationsformen und</li> <li>• Umsetzung der gemeinsam vereinbarten ÜRVP</li> </ul>	Dezember 2018
	<b>Operationalisierung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstimmung zu den Ergebnissen der Analysen für den Planungshorizont 2020 und Abbildung der gemeinsamen Planungsergebnisse im RSG 2018</li> </ul>	Dezember 2018
	2: Gezielter Aufbau/Ergänzung von noch fehlenden HOS/PAL Einrichtungen/Kapazitäten im stationären Bereich inkl. Kinder-Palliativbetten auf Basis der Analyseergebnisse und Empfehlungen zur Finanzierung zusätzlicher Strukturen (siehe auch op. Ziel 1)	Dezember 2021
	<b>Operationalisierung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeinsame Erarbeitung eines Versorgungsplanes auf Basis der Analyse auf Bundesebene</li> <li>• Gemeinsame Festlegung erforderlicher stationärer Einrichtungen/Kapazitäten (inkl. Versorgungsauftrag und Finanzierung zwischen Land und SV regeln)</li> <li>• Abbildung im RSG 2018 und 2020 gemäß Rahmenvorgaben des ÖSG</li> </ul>	Dezember 2021

Strategisches Ziel 1	Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes
Operatives Ziel 2	Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals (Skill-Mix, Nachwuchssicherung, demographische Entwicklung) sicherstellen
Messgrößen und Zielwerte	(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
	<b>Operationalisierung:</b>	Nach
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erhebung bzw. Festlegung der erforderlichen Zahl an Lehrpraxen</li> <li>Identifizierung und Akkreditierung von geeigneten Lehrpraxen gemäß Lehrpraxenvertrag</li> <li>Finanzielle Unterstützung der Lehrpraxen gem. Art. 42 der Vereinbarung gem. Art.15a B-VG OF</li> </ul>	Erstumssetzung laufend
	2: Unterstützung der Universitäten bei der Schaffung von ausreichenden Möglichkeiten/Plätzen für das klinisch-praktische Jahr (KPJ, präpromotionell)	Laufend
	<b>Operationalisierung:</b>	Dezember 2018
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sicherstellung, dass ausreichend KPJ-Plätze im stationären und niedergelassenen Bereich zur Verfügung gestellt werden</li> </ul>	
	3: Analyse und ggf. Anpassung der Ausbildungskapazitäten für ausgewählte Gesundheitsberufe	Laufend
	<b>Operationalisierung:</b>	Dezember 2019
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausarbeitung von Verbesserungsvorschlägen im Zuge des Projekts „Ausbildungsplanung“ unter Berücksichtigung von Kompetenzprofilen s. BE 2.</li> </ul>		
4: Vernetzung der Ausbildungen der Gesundheitsberufe	Laufend	
<b>Operationalisierung:</b>	Dezember 2020	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forcierung einer Abstimmung zwischen Med. Fakultät/JKU und Fachhochschule Gesundheit betr. gemeinsamer Ausbildungsinhalte</li> </ul>	
	5: Umsetzung allfällig identifizierter Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Berufsfeldes	Dezember 2020
	<b>Operationalisierung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umsetzung gemeinsam ausgearbeiteter Maßnahmen</li> </ul>	Dezember 2020

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

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Analyse der abgerechneten Leistungen auf Basis der Grundlagen für Versorgungsaufträge für Primärversorgung und ambulante Fachversorgung	Dezember 2017 (für im ÖSG verankerte Grundlagen) danach nach Vorliegen weiterer Grundlagen
	2: Weiterentwicklung des bestehenden und Entwicklung eines neuen Vertragswesens und von Honorierungssystemen auf Grundlage der Versorgungsaufträge für Primärversorgung und ambulante Fachversorgung	Dezember 2018
	3: Änderung des Vertragsregimes im ASVG dahingehend, dass die Versorgungsaufträge laut ÖSG und RSG in den Gesamtvertrag zu integrieren sind	Dezember 2018
Landesebene	1: Umsetzung der bundesweiten Rahmenbedingungen (Vertragswesen und Honorierung) bei der Invertragnahme von Leistungserbringern	Dezember 2020
	<b>Operationalisierung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definition der Versorgungsaufträge auf Landesebene auf Basis der fachliche Grundlagen im ÖSG</li> <li>• Aufnahme der Versorgungsaufträge in den RSG</li> <li>• Umsetzung der vereinbarten Versorgungsaufträge in Verträgen und Honorierungssystemen</li> </ul>	Dezember 2020
	2: Umsetzung des ambulanten Bepunktungsmodells gemäß BGK-Beschluss Juli 2016	Jänner 2019
	<b>Operationalisierung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanzierung der Spitalsambulanzen über das ambulante Bepunktungsmodell (mind. 50% des Mittelvolumens nach Leistungs-/Kontaktpunkten) und Verlagerung der Null-Tages-Fälle in den spitalsambulanten Bereich</li> <li>• Anteil der Mittel aus dem LGF für die Honorierung der ambulanten Leistungen unter Einbindung der SV festlegen</li> </ul>	Jänner 2019  Juli 2018

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
	<b>Operationalisierung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiterer Ausbau der Frühen Hilfen auf Basis einer Analyse und Priorisierung</li> <li>• Auf Basis einer gemeinsamen Analyse Priorisierung und Empfehlung allfälliger weiterer KIJK Standorte</li> <li>• Schrittweise Umsetzung der empfohlenen KIJK Standorte</li> </ul>	Dezember 2020
<b>Über den ZV hinausgehende Maßnahmen auf Landesebene</b>	Maßnahmen zur Sicherstellung der Durchimpfungsrate laut Kinderimpfplan setzen (zB Impfkationen)	laufend

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

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: 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/Roll out
	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
	<b>Operationalisierung:</b> • Vereinbarung der schrittweise umzusetzenden Maßnahmen	Dezember 2021
	2: Fertigstellung des Rollout von ELGA und Unterstützung beim Rollout von e-Befund und e-Medikation fristgerecht entsprechend den rechtlichen Rahmenbedingungen	Dezember 2021
	<b>Operationalisierung:</b> • Regionale Rollout-Unterstützung und kommunikative Begleitung der jeweiligen GDA-Gruppen und Stakeholder • Sektorenübergreifende Prozesse (intra-, extramural und Pflege) hinsichtlich Durchgängigkeit prüfen und ggf.	Dezember 2021

	Prozessverbesserungen anstoßen	
	3: Implementierung von TEWEB auf Basis der Evaluierung	Dezember 2018 (Pilotierung) Dezember 2021 (Roll-Out)
	<b>Operationalisierung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchführung eines Pilotprojektes zur Abtestung von TEWEB iVm PALES (wenn man TEWEB-Fragebaum vorweg zur Verfügung gestellt bekommt)</li> <li>• Evaluierung der Ergebnisse mit besonderem Blick auf PALES</li> <li>• Umsetzung TEWEB gemäß Roll Out Planung</li> <li>• Weiterentwicklung von PALES auf Basis der Evaluierungsergebnisse</li> </ul>	Dezember 2018  Dezember 2021
	4: Umsetzung gemeinsam vereinbarter e-Card- und e-Health-Anwendungen allenfalls in Form von Pilotprojekten	Dezember 2021
	<b>Operationalisierung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anwendungen vereinbaren und konzipieren</li> <li>• Synergien mit bestehenden ELGA/eHealth-Komponenten (inkl. Konformität mit Entwicklungen auf Bundesebene) sicherstellen</li> <li>• Pilotprojekte /-regionen definieren</li> <li>• Vereinbarungen mit den beteiligten GDAs abschließen</li> <li>• Evaluierung und nachfolgenden Rollout planen</li> </ul>	Dezember 2021

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

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Fertigstellung, Festlegung und Veröffentlichung bundesweit einheitliche Qualitätsstandards für die Bereiche Diabetes und Schlaganfall und Prüfung der Rahmenbedingungen für die Umsetzung	Dezember 2017
Landesebene	1: Umsetzung der bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards für Diabetes und Schlaganfall bei entsprechenden Arbeiten auf Landesebene	Dezember 2020
	<b>Operationalisierung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptierung IVS auf Basis des Qualitätsstandards Schlaganfall</li> <li>• Umsetzung des Qualitätsstandards Diabetes auf Basis des auf BE adaptieren TA-Programms</li> </ul>	Dezember 2020



Strategisches Ziel 2	Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse
Operatives Ziel 7	Medikamentenversorgung sektorenübergreifend gemeinsam optimieren
Messgrößen und Zielwerte	(17) Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen 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 (vgl. Artikel 14 Abs 3 Z 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-ZV ZS-G)	Dezember 2021
	4: Einrichtung einer Clearing-Stelle für ausgewählte Arzneimittel zur anonymisierten Auskunft über Echtpreise (unter Berücksichtigung von Rabatten) und Mengen der von Krankenanstalten eingekauften bzw. von SV-Trägern erstatteten Medikamente auf nationaler Ebene und in weiterer Folge Einspielung der Daten in eine europäische Clearing Stelle	Dezember 2019
	5: Prüfung und Schaffung der Rahmenbedingungen für die Ermöglichung der Wirkstoffverschreibung	Dezember 2018
	6: Systematische Bewertung von medizinischem (Zusatz-)Nutzen von neuen Medikamenten bzw. bei Indikationsausweitung durch Health Technology Assessment/HTA unter Berücksichtigung bereits existierender internationaler Vorgaben der EUnetHTA und in Absprache mit internationalen Partnern	Dezember 2020
Landesebene	1: Analyse und Weiterentwicklung des Verschreibungsverhaltens bei Spitalsentlassungen und Ambulanzbesuchen mit dem Ziel einer Einhaltung der Richtlinien ökonomischer Verschreibung	Dezember 2020
	<b>Operationalisierung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arznedialog mit Krankenanstalten gemeinsam durchführen</li> <li>• Heilmittel-Krankenhausmonitoring flächendeckend weiterführen</li> </ul>	laufend
	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
	<b>Operationalisierung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einrichtung einer elektronischen Meldeschiene</li> </ul>	Dezember 2019
	3: Analyse und Weiterentwicklung des ABS-Einsatzes in Krankenanstalten (Arzneimittel-Bewilligungsservice) mit dem Ziel	Dezember 2021

	eines weitgehenden Einsatzes	
	<b>Operationalisierung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Rahmen des Arzneidialogs Krankenanstalten begleiten</li> </ul>	laufend
	4: Schaffung von rechtlichen Grundlagen für die Beschaffung, Lagerung und der Abgabe von Medikamenten in Wohn- und Pflegeheimen	Dezember 2018
	<b>Operationalisierung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufbauend auf den bundesgesetzlichen Änderungen ergänzend notwendige Rechtsgrundlagen auf Landesebene schaffen</li> </ul>	Dezember 2019
<b>Über den ZV hinausgehende Maßnahme auf LE</b>	Für definierte hochpreisige und spezialisierte Medikamente gemeinsam Indikationsstellungen, Behandlungspfade und gemeinsame Finanzierungsmodelle entwickeln und im Rahmen von Pilotprojekten umsetzen	Dezember 2021

Strategisches Ziel 2	Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse
Operatives Ziel 8	Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich
Messgrößen und Zielwerte	Messgrößen im Zusammenhang mit den weiterführenden Arbeiten zur Qualitätsmessung im ambulanten Bereich noch zu entwickeln

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Regelmäßige Publikation eines Qualitätsberichtes zum ambulanten und stationären Bereich (mindestens in den Abständen gemäß Art. 9 Abs. 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG OF)	laufend
	2: Anpassung und Weiterentwicklung des Konzeptes und der Methode „Qualitätsmessung im gesamten ambulanten Bereich“ auf Basis der Ergebnisse und Erfahrungen der Pilotprojekte	Dezember 2018
	3: Schrittweises Ausrollen der sektorenübergreifenden Qualitätsmessung im gesamten ambulanten Bereich und Aufbau eines kontinuierlichen Berichtswesens einschließlich Veröffentlichung der Ergebnisse in geeigneter Form	Dezember 2020
	4: Aufbauend auf Ergebnissen der bisherigen und weiterer Pilotprojekte organisatorische und rechtliche Vorbereitung der sektorenübergreifenden codierten Diagnosendokumentation im gesamten ambulanten Bereich	Dezember 2021
Landesebene	1: Ausrollen der Qualitätsmessung insbesondere für Diabetes Mellitus Typ 2 im gesamten ambulanten Bereich auf Landesebene (insbesondere Unterstützung der Qualitätszirkel, Informationsarbeit etc.)	Dezember 2020
	<b>Operationalisierung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Umsetzung der Qualitätsmessung nach Adaptierung auf Basis der Pilotprojekte</li> </ul>	Dezember 2019
	2: Umsetzung weiterer Pilotprojekte in klar umschriebenen Regionen zur codierten Diagnosendokumentation im ambulanten Bereich zur Klärung organisatorischer und technischer Voraussetzungen für die bundesweite Umsetzung	Dezember 2021
	<b>Operationalisierung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anwendung der Diagnosecodierung in den Primärversorgungseinrichtungen (PVE), Gruppenpraxen, multiprofessionellen Versorgungszentren (MPV)</li> <li>Gemeinsame Evaluierung der Diagnosecodierung in den angeführten Bereichen</li> </ul>	Dezember 2020

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
	<b>Operationalisierung:</b> • Ausgewählte Maßnahmen umsetzen insb. Maßnahmen zur Verkürzung der Wartezeiten im intra- und extramuralen Bereich	Dezember 2020
	2: Umsetzung von Terminmanagementsystemen insb. für CT/MR und elektive Eingriffe bei den Anbietern aufbauend auf den Ergebnissen des Wartezeiten-Monitorings	Juni 2019
	<b>Operationalisierung:</b> • Aus den Ergebnissen des Wartezeiten-Monitorings die notwendigen Steuerungsmaßnahmen zur Reduktion der Wartezeiten entwickeln und umsetzen	laufend
	3: Umsetzung von vereinbarten sachleistungssteigernden Maßnahmen in der psychosozialen Versorgung • sowohl im Rahmen der bestehenden Systeme der Sachleistungsversorgung • als auch im Bereich Mental Health Kinder-/Jugendgesundheit im Rahmen multiprofessioneller Versorgungsstrukturen	Dezember 2019
	<b>Operationalisierung:</b> • Weiterer Ausbau der psychosozialen Versorgung mit besonderer Berücksichtigung der Versorgung von Kinder und Jugendlichen auf Basis einer Analyse und Priorisierung	Dezember 2019

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

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Weiterführung und Ausbau der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) entsprechend der von der BGK beschlossenen Empfehlungen	laufend
	2: Förderung individueller und organisationaler Gesundheitskompetenz auch für vulnerable Gruppen durch entsprechende Maßnahmen (u.a. laufender Ausbau des Gesundheitsportals <a href="http://www.gesundheit.gv.at">www.gesundheit.gv.at</a> , 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
	<b>Operationalisierung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitskompetenzpartnerschaft zwischen Land OÖ und OÖGKK implementieren</li> <li>• Aus- und Weiterbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Gesundheitsorganisationen</li> <li>• Konzept „Gesundheitskompetente Organisation“ in definierten Bereichen (ambulant, stationär, Verwaltung) umsetzen</li> <li>• Kompetenzen von Beschäftigten im oö Gesundheitswesen im Bereich Gesprächsqualität stärken</li> <li>• Standards für gute schriftliche Gesundheitsinformation umsetzen</li> <li>• Gesundheitskompetenz der Patienten unter anderem durch Kurs- und Coachingmodule stärken</li> <li>• Gesundheitskompetenz der Bevölkerung über PVE stärken</li> </ul>	laufend

Strategisches Ziel 3	Erhöhung der Zahl der gesunden Lebensjahre und Verbesserung der Lebensqualität von erkrankten Personen
Operatives Ziel 11	Stärkung von zielgerichteter Gesundheitsförderung und Prävention
<b>Messgrößen und Zielwerte</b>	(20) Gesunde Lebensjahre bei der Geburt <i>Zielvorgabe: ↑</i> (21) Täglich Rauchende <i>Zielvorgabe: ↓</i> (22) Kariesfreie Kinder <i>Zielvorgabe: ↑</i>

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
	<b>Operationalisierung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Umsetzung von Maßnahmen die den Einstieg ins Rauchen so früh wie möglich verhindern sowie den Rauchstopp unterstützen</li> <li>Weiterentwicklung der Kariesprophylaxe auf Basis der Evaluierung</li> <li>Maßnahmen zu gesundheitsförderlicher Ernährung und Bewegung in Kindergärten und Schulen bei gleichzeitiger Erhöhung der Gesundheitskompetenz</li> </ul>	laufend
	2: Implementierung von Maßnahmen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit	laufend
	<b>Operationalisierung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Umsetzung von Maßnahmen für belastete und vulnerable Gruppen (Menschen mit geringem Bildungsstatus, Menschen mit Migrationshintergrund, Jugendliche ohne Arbeitsplatz, Arbeitslose, Mehrfachbelastete Frauen etc.) bei gleichzeitiger Erhöhung der Gesundheitskompetenz</li> </ul>	laufend

## **Artikel 9**

### **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 10**

### **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 und des Statusberichts durch die GÖG verpflichten sich die Zielsteuerungspartner, die notwendigen Informationen zur Verfügung zu stellen.



## **Artikel 11**

### **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) in 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 Zielsteuerungspartner 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 12**

#### **Laufende Arbeiten**

(1) Neben den in Art. 8 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. 8 definierten Zielen und Maßnahmen.

(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.

## **Teil D – Schlussbestimmungen**

### **Artikel 13**

#### **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-Zielsteuergesetzes.
- (2) Bei allfälligen Streitigkeiten ist das Schlichtungsverfahren gemäß § 38 des Gesundheits-Zielsteuergesetzes vorgesehen. Jeder andere Rechtsweg ist ausgeschlossen.
- (3) Die Schlichtungsstelle hat österreichisches Recht anzuwenden.

## **Artikel 14**

### **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 15**  
**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 16**

### **Sonstiges**

- (1) Integrierender Bestandteil dieses Übereinkommens sind die angeschlossenen Anlagen.
- (2) Jeder Zielsteuerungspartner erhält eine unterschriebene Ausfertigung.
- (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 ZV und für KV aus Anlage 1.5 ZV; Summe aus Anlage 1.7 ZV

<b>Oberösterreich</b>					
Bezeichnung	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Ausgabenobergrenzen in Mio. Euro</b>					
Land	2.025,20	2.096,17	2.157,48	2.228,96	2.300,61
Gesetzliche Krankenversicherung	1.601,51	1.657,47	1.713,90	1.770,47	1.827,04
<b>Summe</b>	<b>3.626,71</b>	<b>3.753,64</b>	<b>3.871,38</b>	<b>3.999,43</b>	<b>4.127,65</b>



## 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.

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

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

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

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

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

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

## **Paraphierungsblatt**

Dieses Übereinkommen wird für das Land Oberösterreich/Oö. Gesundheitsfonds und die OÖ Krankenversicherung angenommen:

**Für die Kurie des Landes OÖ**

Die Gesundheitsreferentin, LR Mag. Christine Haberland

---

**Für die Kurie der Sozialversicherung**

Der Obmann der OÖGKK, Albert Maringer

---