

# BUNDESGESETZBLATT

## FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

---

**Jahrgang 2013****Ausgegeben am 15. Oktober 2013****Teil I**

---

**200. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit****(NR: GP XXIV RV 2140 AB 2253 S. 200. BR: AB 8959 S. 820.)**

---

**200.**

Der Nationalrat hat beschlossen:

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

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

Der Bund, vertreten durch die Bundesregierung,  
das Land Burgenland, vertreten durch den Landeshauptmann,  
das Land Kärnten, vertreten durch den Landeshauptmann,  
das Land Niederösterreich, vertreten durch den Landeshauptmann,  
das Land Oberösterreich, vertreten durch den Landeshauptmann,  
das Land Salzburg, vertreten durch die Landeshauptfrau,  
das Land Steiermark, vertreten durch den Landeshauptmann,  
das Land Tirol, vertreten durch den Landeshauptmann,  
das Land Vorarlberg, vertreten durch den Landeshauptmann und  
das Land Wien, vertreten durch den Landeshauptmann,

im Folgenden Vertragsparteien genannt, kommen überein, gemäß Art. 15a B-VG die nachstehende Vereinbarung zu schließen:

**Inhaltsverzeichnis****Präambel****1. Abschnitt Allgemeine Bestimmungen**

- Artikel 1 Gegenstand
- Artikel 2 Geltungsbereich
- Artikel 3 Begriffsbestimmungen

**2. Abschnitt Gesundheitspolitische Grundsätze**

- Artikel 4 Ausrichtung an den Rahmen-Gesundheitszielen und Public-Health
- Artikel 5 Prinzipien, Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung-Gesundheit
- Artikel 6 Patientenorientierung und Transparenz
- Artikel 7 Qualitätssicherung im österreichischen Gesundheitswesen

**3. Abschnitt Aufbau und Ablauf der Zielsteuerung-Gesundheit**

- Artikel 8 Mehrstufigkeit des Zielsteuerungsprozesses

Artikel 9 Verhältnis der Zielsteuerung-Gesundheit zu ÖSG/RSG

#### **4. Abschnitt Entscheidungsstrukturen und -organisation**

##### **Unterabschnitt A) Entscheidungsstrukturen und -organisation auf Bundesebene**

Artikel 10 Organisation der Bundesgesundheitsagentur

Artikel 11 Bundesgesundheitskommission

Artikel 12 Bundes-Zielsteuerungskommission

##### **Unterabschnitt B) Entscheidungsstrukturen und -organisation auf Landesebene**

Artikel 13 Organisation der Landesgesundheitsfonds

Artikel 14 Gesundheitsplattform auf Landesebene

Artikel 15 Landes-Zielsteuerungskommission

#### **5. Abschnitt Konkretisierung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit**

Artikel 16 Ausrichtung der Zielsteuerung-Gesundheit

Artikel 17 Steuerungsbereich Ergebnisorientierung

Artikel 18 Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen

Artikel 19 Steuerungsbereich Versorgungsprozesse

Artikel 20 Vorgaben und Inhalte der Landes-Zielsteuerungsverträge

Artikel 21 Jahresarbeitsprogramme

#### **6. Abschnitt Festlegung zur Finanzzielsteuerung**

Artikel 22 Finanzzielsteuerung – allgemeine Bestimmungen

Artikel 23 Stärkung der Gesundheitsförderung

Artikel 24 Inhalt und Gegenstand der Finanzrahmenverträge

Artikel 25 Festlegung des Ausgabendämpfungspfades für die erste Periode auf Bundesebene

Artikel 26 Festlegung des Ausgabendämpfungspfades für die erste Periode im Bereich der Länder

Artikel 27 Festlegung des Ausgabendämpfungspfades für die erste Periode im Bereich der Sozialversicherung

Artikel 28 Virtuelles Budget

#### **7. Abschnitt Festlegungen zum Monitoring und Berichtswesen**

Artikel 29 Implementierung eines Monitorings und Berichtswesens

Artikel 30 Prozessschritte

Artikel 31 Finanzierung des Monitorings und Berichtswesens

Artikel 32 Detailregelungen zum Monitoring und Berichtswesen

#### **8. Abschnitt Regelungen zum Sanktionsmechanismus**

Artikel 33 Allgemeines

Artikel 34 Regelungen bei Nicht-Erreichung von festgelegten Zielen

Artikel 35 Regelungen bei Verstößen gegen diese Vereinbarung, den Bundes- Zielsteuerungsvertrag oder die Landes-Zielsteuerungsverträge

Artikel 36 Regelungen bei Nicht-Zustandekommen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages oder der Landes-Zielsteuerungsverträge

Artikel 37 Schlichtungsverfahren für Streitigkeiten aus dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder den Landes-Zielsteuerungsverträgen im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit

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

Artikel 38 Gesetzliche Regelungen auf Bundesebene

Artikel 39 Gesetzliche Regelungen auf Landesebene

#### **10. Abschnitt Sonstige Bestimmungen**

Artikel 40 Sonderbestimmungen für den Fall von Naturkatastrophen oder außergewöhnlichen Notsituationen

Artikel 41 Unterstützungspflicht des Bundes

#### **11. Abschnitt Geltungsdauer und Schlussbestimmungen**

Artikel 42 Inkrafttreten

Artikel 43 Durchführung der Vereinbarung

Artikel 44 Geltungsdauer, Außerkrafttreten

Artikel 45 Mitteilungen

## Artikel 46 Urschrift

**Präambel**

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

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

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

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

**1. Abschnitt****Allgemeine Bestimmungen****Artikel 1****Gegenstand**

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

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

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

Darauf aufbauend ist als integraler Bestandteil eine

5. Finanzzielsteuerung
- zu etablieren.

## **Artikel 2**

### **Geltungsbereich**

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

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

## **Artikel 3**

### **Begriffsbestimmungen**

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

## **2. Abschnitt**

### **Gesundheitspolitische Grundsätze**

## **Artikel 4**

### **Ausrichtung an den Rahmen-Gesundheitszielen und Public Health**

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

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

1. Orientierung an einem umfassenden Gesundheitsbegriff

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

## **Artikel 5**

### **Prinzipien, Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung-Gesundheit**

- (1) Als Prinzipien sind zu befolgen:
  1. die Forcierung der Gesundheitsförderung und Prävention
  2. im Krankheitsfall die kurative Versorgung am „best point of service“
  3. die verbindliche Zusage zur aktiven Zusammenarbeit und wechselseitigen Unterstützung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung bei der Umsetzung der gemeinsam vereinbarten Ziele
  4. patientenorientierte Qualität im Gesundheitswesen hat der Steigerung der Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung zu dienen
  5. die für die Zielsteuerung einschließlich der integrierten Planung notwendigen Daten sind für alle Sektoren in entsprechend aufbereiteter und nachvollziehbarer Form verfügbar zu machen
- (2) Zur Verwirklichung dieser Prinzipien werden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit insbesondere folgende Ziele umgesetzt:
  1. Zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention, Stärkung von evidenzbasierter Früherkennung und Frühintervention
  2. Zugang zu und Verfügbarkeit von allen notwendigen Leistungen verbessern
  3. Leistungsangebot in allen Sektoren aufeinander abstimmen, patienten- und bedarfsorientiert gestalten und dabei Parallelstrukturen verhindern bzw. abbauen
  4. hohe Behandlungsqualität sicherstellen und transparenter machen
  5. Behandlungsprozesse insbesondere durch die Behebung von Organisations- und Kommunikationsdefiziten verbessern
  6. routinemäßige Messung der Versorgungseffektivität intensivieren
  7. Finanzierungs- und Honorierungssysteme stärker am Versorgungsbedarf ausrichten
  8. auf allen Versorgungsebenen ist der Einrichtung von multiprofessionellen und integrativen Versorgungsformen Vorrang gegenüber Einzelleistungserbringern zu geben
- (3) Zur Verfolgung dieser gemeinsamen Ziele sind im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit jedenfalls folgende Handlungsfelder zu bearbeiten:
  1. Die „best points of service“ sind mittels Versorgungsaufträgen zu definieren und die richtigen Anlauf- und Weiterbehandlungsstellen sind transparent zu machen. Die Finanzierung ist sektorenübergreifend an Leistungsverchiebungen anzupassen (Art. 24 Abs. 2 Z 6 bzw. Art. 24 Abs. 3 Z 7).
  2. Der stationäre Bereich in den Akutkrankenanstalten ist durch medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen bzw. ambulanten Bereich zu entlasten. Die Leistungserbringung ist insbesondere im ambulanten Bereich bedarfsgerecht weiter zu entwickeln und hinsichtlich der Leistungsangebote (Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien sowie niedergelassener Bereich) aufeinander abzustimmen und festzulegen. Darüber hinaus sind auf der Grundlage von objektiven Kosten- und Nutzenbewertungen unter Berücksichtigung bestehender Auslastungen Leistungsverlagerungen in Richtung effizienterer Strukturalternativen vorzunehmen und ineffiziente Strukturen zu reduzieren. Parallelstrukturen – v. a. ambulante Facharztversorgung im niedergelassenen und spitalsambulanten Bereich – sind abzubauen.
  3. Der Bereich der Primärversorgung („Primary Health Care“) ist nach internationalem Vorbild auch im niedergelassenen Bereich zu stärken.
  4. Für ausgewählte Krankheitsbilder sind am Patientenbedarf orientierte Versorgungsstandards zu definieren.

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

## **Artikel 6**

### **Patientenorientierung und Transparenz**

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

(2) Erhebungen zum subjektiven Gesundheitszustand der Bevölkerung und sektorenübergreifende Patientenbefragungen sind regelmäßig durchzuführen.

## **Artikel 7**

### **Qualitätssicherung im österreichischen Gesundheitswesen**

(1) Die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, zur Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems haben bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend, insbesondere auch einschließlich des niedergelassenen Bereichs, zu erfolgen. Teil des Qualitätssystems sind dabei auch Maßnahmen zur Patientensicherheit, Qualitätsentwicklung und Qualitätsförderung. Sämtliche Festlegungen zum Qualitätssystem haben jedenfalls auch den Anforderungen der Zielsteuerung-Gesundheit und insbesondere dem darin vorgesehenen Monitoring zu entsprechen. Qualitätsarbeit hat auch einen wesentlichen Beitrag zur mittel- bis langfristigen Steigerung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen zu leisten und somit zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und zu deren langfristigen Finanzierbarkeit beizutragen.

(2) Die österreichische Qualitätsarbeit hat die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität Grundlage des Gesundheitsqualitätsgesetzes, BGBI. I Nr. 179/2004 in der jeweils geltenden Fassung, des Bundes zu umfassen. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität haben in einem direkten und ausgewogenen Verhältnis zu einander zu stehen, wobei die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Ergebnisqualitätsindikatoren und deren Messung in allen Sektoren des Gesundheitswesens vorrangig ist.

(3) Im Bereich der Ergebnisqualität wird Folgendes festgelegt:

1. Für den stationären Bereich ist die bereits bestehende, auf Routedokumentation basierende Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung (A-IQI inkl. Peer-Review-Verfahren, ergänzt durch Qualitäts-Register auf Bundesebene) fortzusetzen und auszubauen.
2. Unter Berücksichtigung von internationalen Modellen und Erfahrungen ist innerhalb von 18 Monaten nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung für die Gesundheitsdiensteanbieter im ambulanten Bereich ebenfalls ein adäquates, vergleichbares System zur Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung zu entwickeln und im Anschluss umzusetzen. Dazu hat der Bund inhaltliche Vorgaben auf Basis des Gesundheitsqualitätsgesetzes zu geben. Bei der Erarbeitung sind Sozialversicherung, Österreichische Ärztekammer und die Wirtschaftskammer Österreich (als Vertreterin von Gesundheitsbetrieben im Sinne des § 149 Abs. 3 ASVG in der jeweils geltenden Fassung) einzubinden.
3. Die Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung sowie die Wahrnehmung der Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung im niedergelassenen Bereich erfolgen im übertragenen Wirkungsbereich nach den Vorgaben des Bundes.

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

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

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

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

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

### **3. Abschnitt**

#### **Aufbau und Ablauf der Zielsteuerung-Gesundheit**

##### **Artikel 8**

##### **Mehrstufigkeit des Zielsteuerungsprozesses**

(1) Der Zielsteuerungsprozess erfolgt auf der Bundes- und der Landesebene nach anerkannten Verfahren.

(2) Die strategischen Ziele und die zu setzenden Maßnahmen zur Zielerreichung werden in vierjährigen Verträgen auf Bundesebene (periodenbezogene Bundes-Zielsteuerungsverträge) und Landesebene (periodenbezogene Landes-Zielsteuerungsverträge) vereinbart und verbindlich festgelegt. Die konkrete Umsetzung erfolgt in Jahresarbeitsprogrammen.

(3) Auf Bundesebene sind im Sinne einer strategischen Kooperation und Koordination insbesondere folgende Prozessschritte vorzunehmen:

1. Die detaillierte Ausgestaltung der Zielsteuerung-Gesundheit auf Bundesebene und allfällig auf Bundesebene umzusetzende Maßnahmen sind zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung durch Bundes-Zielsteuerungsverträge festzulegen, wobei gesamtwirtschaftliche Auswirkungen und regionale Erfordernisse zu berücksichtigen sind. Diese Verträge haben die in den Abschnitten 5 und 6 festgelegten Inhalte zu umfassen.
2. In der Bundes-Zielsteuerungskommission ist der Entwurf für den Bundes-Zielsteuerungsvertrag zu beraten und zur Beschlussfassung dem Bund, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Ländern einvernehmlich zu empfehlen. Der Vertrag ist nach Genehmigung durch die jeweils zuständigen Organe vom Bund, von den Ländern und von der Sozialversicherung (Hauptverband nach Beschlussfassung durch die Trägerkonferenz) ehestmöglich rechtsverbindlich zu unterfertigen und erlangt damit Rechtsgültigkeit. Der unterfertigte Bundes-Zielsteuerungsvertrag ist binnen 14 Tagen der Bundes-Zielsteuerungskommission und den Landes-Zielsteuerungskommissionen zur Kenntnis zu bringen.
3. Der Entwurf des ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrags für die Jahre 2013 bis 2016 hat bis zum 30. Juni 2013 vorzuliegen. Bundes-Zielsteuerungsverträge für die weiteren Perioden haben bis Mitte des der Periode vorangehenden Jahres vorzuliegen. Allfällige Adaptierungen bestehender Bundes-Zielsteuerungsverträge haben ebenfalls bis spätestens Mitte des Jahres vorzuliegen, das dem Jahr vorangeht, in dem diese Adaptierungen für die Zielsteuerung relevant werden.
4. Die Bundes-Zielsteuerungsverträge sind in Bezug auf die einzelnen Jahre zu konkretisieren, gegebenenfalls zu adaptieren und in Jahresarbeitsprogrammen auf Bundesebene zu operationalisieren. Das Jahresarbeitsprogramm für die Maßnahmen auf Bundesebene für das Jahr

2013 ist gleichzeitig mit dem ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag zu vereinbaren. Die Jahresarbeitsprogramme für die Folgejahre sind bis spätestens Ende des Vorjahres durch die Bundes-Zielsteuerungskommission zu vereinbaren.

5. Ein bundeseinheitliches, effektives und effizientes Monitoring und Berichtswesen auf Bundesebene sind einzurichten.

(4) Die Länder und die Sozialversicherung sind auf Landesebene im Sinne einer strategischen Kooperation und Koordination gemeinsam für die Erreichung und Umsetzung der in der Zielsteuerung-Gesundheit festgelegten Ziele und Kooperationen verantwortlich. Dazu sind insbesondere folgende Prozessschritte vorzunehmen:

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

(5) Es wird vereinbart, dass eine Tochtergesellschaft der Gesundheit Österreich GmbH gegründet wird, über die die Arbeiten zur Umsetzung der Aufgaben im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit, insbesondere Monitoring (Berichtswesen) und Qualitätsarbeit abgewickelt werden. An dieser Tochtergesellschaft sind der Bund, vertreten durch die Gesundheit Österreich GmbH, die Länder und die soziale Krankenversicherung, vertreten durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, zu gleichen Teilen (je ein Drittel) zu beteiligen. Im Sinne einer ressourcenschonenden Geschäftsführung ist festzulegen, dass der Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH die Geschäfte der Tochtergesellschaft führt.

## Artikel 9

### Verhältnis der Zielsteuerung-Gesundheit zu ÖSG/RSG

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



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

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

#### **4.Abschnitt**

### **Entscheidungsstrukturen und -organisation**

#### **Unterabschnitt A)**

### **Entscheidungsstrukturen und -organisation auf Bundesebene**

#### **Artikel 10**

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

(1) In der Bundesgesundheitsagentur sind folgende Organe einzurichten:

1. Bundesgesundheitskommission
2. Bundes-Zielsteuerungskommission

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

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

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

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

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

#### **Artikel 11**

### **Bundesgesundheitskommission**

(1) Der Bundesgesundheitskommission gehören an

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

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

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

1. zu Angelegenheiten der Bundesgesundheitsagentur als Fonds:
  - a) Laufende Wartung und Aktualisierung sowie Weiterentwicklung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungsmodells (LKF) inklusive seiner Grundlagen
  - b) Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln der Bundesgesundheitsagentur nach Maßgabe der Bestimmungen in Art. 30, 32, 33 und 45 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in der jeweils geltenden Fassung
  - c) Voranschlag und Rechnungsabschluss der Bundesgesundheitsagentur
2. zu allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen:
  - a) (Weiter-)Entwicklung der (Rahmen-)Gesundheitsziele samt Festlegung der Indikatoren und Monitoring gemäß Art. 4 (inkl. Strategien zur Umsetzung)
  - b) Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens
  - c) Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (wie ELGA, eCard, Telehealth, Telecare)
  - d) Richtlinien für eine bundesweite, alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende Dokumentation, sowie Weiterentwicklung des Dokumentations- und Informationssystems für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG)
  - e) Evaluierung der von der Bundesgesundheitskommission wahrgenommenen Aufgaben

## **Artikel 12**

### **Bundes-Zielsteuerungskommission**

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

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

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

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

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

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

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

### **Unterabschnitt B)**

#### **Entscheidungsstrukturen und -organisation auf Landesebene**

##### **Artikel 13**

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

(1) In den Landesgesundheitsfonds sind folgende Organe einzurichten:

1. Gesundheitsplattform
2. Landes-Zielsteuerungskommission

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

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

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

(5) Die Vertragsparteien stellen sicher, dass die Landesgesundheitsfonds auf Anforderung die zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigten Daten in entsprechend aufbereiteter und nachvollziehbarer Form erhalten. Weiters wird sichergestellt, dass in den Organen der Landesgesundheitsfonds über alle relevanten Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich informiert wird.

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

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

(8) Den Vorsitz in der Gesundheitsplattform führt ein vom Land bestelltes Mitglied der Landesregierung. Die erste Stellvertreterin/der erste Stellvertreter der/des Vorsitzenden ist die Obfrau/der

Obmann der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse. Den Vorsitz in der Landes-Zielsteuerungskommission führt ein vom Land bestelltes Mitglied der Landesregierung gleichberechtigt mit der Obfrau/dem Obmann der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse (Co-Vorsitz). Die Geschäftsordnung hat zu regeln, dass die Sitzungen gemeinsam vorzubereiten (Tagesordnung und Unterlagen) und einzuladen sind.

## **Artikel 14**

### **Gesundheitsplattform auf Landesebene**

- (1) Der Gesundheitsplattform gehören an:
  1. mit Stimmrecht: fünf Vertreterinnen/Vertreter des Landes und fünf Vertreterinnen/Vertreter der Träger der Sozialversicherung sowie eine/ein Vertreterin/Vertreter des Bundes; Ersatzmitglieder nach Maßgabe allfälliger landesgesetzlicher Regelungen,
  2. ohne Stimmrecht: der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und
  3. jedenfalls Vertreterinnen/Vertreter der Ärztekammer, der Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden, der Patientenvertretungen und der Rechtsträger der Krankenanstalten, die über den Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, denen landesgesetzlich ein Stimmrecht eingeräumt werden kann.
- (2) Bei der Vertretung der Sozialversicherung ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten.
- (3) Hinsichtlich der Beschlussfassung in der Gesundheitsplattform gilt Folgendes:
  1. In Angelegenheiten gemäß Abs. 5 Z 1 besteht – vorbehaltlich des Abs. 9 – eine Landesmehrheit.
  2. In Angelegenheiten gemäß Abs. 5 Z 2 ist eine Stimmenmehrheit und die Zustimmung von mindestens drei Viertel der Vertreterinnen/Vertreter gemäß Abs. 1 Z 1 erforderlich.
  3. Der Bund verfügt über ein Vetorecht gegen Beschlüsse, die gegen geltendes Recht, die geltenden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG, den Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder gegen Beschlüsse der Organe der Bundesgesundheitsagentur verstoßen.
- (4) Die Gesundheitsplattform auf Landesebene hat zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens im Landesbereich Aufgaben unter Einhaltung der Festlegungen in der Bundesgesundheitsagentur, im Bundes-Zielsteuerungsvertrag, im jeweiligen Landes-Zielsteuerungsvertrag und in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission sowie unter Berücksichtigung gesamtwirtschaftlicher Auswirkungen wahrzunehmen.
- (5) In der Gesundheitsplattform erfolgen zu nachstehenden Punkten Festlegungen (Beschlüsse):
  1. in Angelegenheiten des Landesgesundheitsfonds als Fonds:
    - a) Landesspezifische Ausformung des im Bundesland geltenden leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems; Abgeltung von Betriebsleistungen der Fondskrankenanstalten; Umsetzung von leistungsorientierten Vergütungssystemen; Gewährung von Förderungen für Investitionsvorhaben; Gewährung von Zuschüssen für Projekte, Planungen und krankenhausesentlastende Maßnahmen
    - b) Voranschlag und Rechnungsabschluss des Landesgesundheitsfonds
    - c) Aufgaben, die dem Landesgesundheitsfonds durch die Landesgesetzgebung aus dem Zuständigkeitsbereich des Landes übertragen werden
  2. zu allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen:
    - a) (Weiter-)Entwicklung der Gesundheitsziele (inkl. Strategien zur Umsetzung) auf Landesebene
    - b) Grundsätze der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen
    - c) Grundsätze der Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement
    - d) Mitwirkung am Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (wie ELGA, eCard, Telehealth, Telecare) auf Landesebene
    - e) Umsetzung von Projekten zur Gesundheitsförderung
    - f) Evaluierung der von der Gesundheitsplattform auf Landesebene wahrgenommenen Aufgaben
- (6) In der Gesundheitsplattform erfolgen zu nachstehenden Punkten Informationen und Konsultationen:
  1. Ressourcenplanung im Pflegebereich
  2. Bericht über Festlegungen der Landes-Zielsteuerungskommission

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

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

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

## Artikel 15

### Landes-Zielsteuerungskommission

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

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

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

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

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

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

12. Evaluierung der von der Landes-Zielsteuerungskommission wahrgenommenen Aufgaben

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

## **5. Abschnitt**

### **Konkretisierung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit**

#### **Artikel 16**

##### **Ausrichtung der Zielsteuerung-Gesundheit**

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

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

zu konkretisieren.

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

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

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

#### **Artikel 17**

##### **Steuerungsbereich Ergebnisorientierung**

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

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

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

## Artikel 18

### Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen

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

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

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

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

## Artikel 19

### Steuerungsbereich Versorgungsprozesse

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

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

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

1. Die Aufgabe der „Medikamentenkommission“ besteht darin, auf Antrag eines Bundeslandes oder des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger der Bundes-Zielsteuerungskommission Empfehlungen vorzulegen, welche hochpreisigen und spezialisierten Medikamente in welchem Versorgungssektor eingesetzt werden und welches Kostenerstattungssystem bzw. welcher Versorgungssektor die dabei anfallenden Kosten übernimmt. Ihre Empfehlungen haben dabei auf den „best point of service“ abzustellen und insbesondere auf medizinisch-therapeutischen, gesundheitsökonomischen und versorgungstechnischen Gesichtspunkten zu beruhen, um so die größtmögliche Servicequalität sicherzustellen.
2. Der gemeinsamen „Medikamentenkommission“ für den intra- und extramuralen Bereich gehören je drei Vertreterinnen/Vertreter der Sozialversicherung und der Länder an. Den Vorsitz führt eine Vertreterin/ein Vertreter des Bundes. Der Bundesminister für Gesundheit entsendet in die Kommission drei ausgewiesene wissenschaftliche Expertinnen/Experten des Arzneimittelwesens. Alle Mitglieder sind stimmberechtigt. Die Empfehlungen trifft sie mit Dreiviertelmehrheit, wobei die Minderheitenmeinung auf Verlangen zu dokumentieren ist.
3. Die Bundes-Zielsteuerungskommission hat über die Empfehlungen der gemeinsamen „Medikamentenkommission“ für den intra- und extramuralen Bereich zu entscheiden.
4. Die beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eingerichtete Heilmittel-Evaluierungs-Kommission wird weiterhin die Entscheidungen der Selbstverwaltung in den Verfahren rund um den Erstattungskodex vorbereiten, wobei sie in ihre Empfehlungen an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger die Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission jedenfalls aufzunehmen hat.

(3) In den Landes-Zielsteuerungsverträgen müssen Maßnahmen zur Optimierung der Behandlungsprozesse durch verbesserte Organisations- und Kommunikationsabläufe zwischen allen Leistungserbringern vorgesehen werden. Als solche Maßnahmen kommen insbesondere in Betracht:

1. Implementierung von eHealth-Konzepten (elektronische Gesundheitsakte, sektorenübergreifende einheitliche Diagnose- und Leistungsdokumentation, eMedikation, etc.)
2. Implementierung von (sektorenübergreifenden) Leitlinien und Standards (z. B. Aufnahme- und Entlassungsmanagement, präoperative Diagnostik) für Behandlung und Versorgung insbesondere für chronische und häufige Erkrankungen
3. Patientensteuerung zum „best point of service“
4. Implementierung evidenzbasierter und qualitätsgesicherter Disease Management Programme sowie integrierter Versorgungskonzepte

## **Artikel 20**

### **Vorgaben und Inhalte der Landes-Zielsteuerungsverträge**

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



## **Artikel 21**

### **Jahresarbeitsprogramme**

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

## **6. Abschnitt**

### **Festlegung der Finanzzielsteuerung**

## **Artikel 22**

### **Finanzzielsteuerung – allgemeine Bestimmungen**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Artikel 23**

#### **Stärkung der Gesundheitsförderung**

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

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

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

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

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

### **Artikel 24**

#### **Inhalt und Gegenstand der Finanzrahmenverträge**

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

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

1. Für den bundesweiten sektorenübergreifenden Ausgabendämpfungspfad der öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege:
  - a) den Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode
  - b) die Ausgabenentwicklung in der Periode ohne Intervention
  - c) die jährlichen Ausgabenobergrenzen und die daraus abzuleitenden
  - d) jährlichen und über die Periode kumulierten Ausgabendämpfungseffekte sowie
  - e) den Aufteilungsschlüssel für die Ausgabendämpfungseffekte auf die beiden Sektoren
2. Für die bundesweiten sektoralen Ausgabendämpfungspfade der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben:
  - a) die Ausgangswerte für das erste Jahr der jeweiligen Periode
  - b) die Ausgabenentwicklung in der Periode ohne Intervention
  - c) die jährlichen Ausgabenobergrenzen und die daraus abzuleitenden
  - d) jährlichen und über die Periode kumulierten Ausgabendämpfungseffekte gemäß Z 1 lit. d und e gesondert für Länder und Sozialversicherung
3. Die Aufteilung der in Z 2 lit. c und d dargestellten Ausgabenobergrenzen und daraus abgeleiteten Ausgabendämpfungseffekte

- a) auf die neun Bundesländer
  - b) auf alle Träger der sozialen Krankenversicherung sowie die
  - c) bundesländerweise Zusammenführung von lit. b
4. Gesondert darzustellen sind:
- a) Investitionen
  - b) Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung (insbesondere Rehabilitation)
  - c) Gesundheitsausgaben der Unfallversicherung
  - d) Gesundheitsausgaben der Krankenfürsorgeanstalten
  - e) Gesundheitsausgaben des Bundes
5. Die konkrete Ausgestaltung der differenzierten Ausgabendarstellung für den extra- und intramuralen Bereich sowie die Generierung der dafür erforderlichen Datengrundlagen ist im ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag zu vereinbaren.
6. Des Weiteren sind im ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag die inhaltlichen bundesweiten Rahmenregelungen für die auf Landesebene gemäß Abs. 3 Z 7 vorzusehenden Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen für vereinbarte sektorenübergreifenden Leistungsverchiebungen zu vereinbaren.
- (3) Auf Landesebene haben die Finanzrahmenverträge für die jeweilige Periode der Zielsteuerung-Gesundheit für alle neun Bundesländer jedenfalls folgende Inhalte zu umfassen:
1. Darstellung des Ausgabendämpfungspfades der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben des jeweiligen Landes:
    - a) der Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode
    - b) die Ausgabenentwicklung in der Periode ohne Intervention
    - c) die jährlichen Ausgabenobergrenzen und die daraus abzuleitenden
    - d) jährlichen und über die Periode kumulierten Ausgabendämpfungseffekte gemäß Abs. 2 Z 3 lit. a
  2. Darstellung des Ausgabendämpfungspfades der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben der Sozialversicherung im jeweiligen Land:
    - a) den Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode
    - b) die Ausgabenentwicklung in der Periode ohne Intervention
    - c) die jährlichen Ausgabenobergrenzen der Sozialversicherung und die daraus abzuleitenden
    - d) jährlichen und über die Periode kumulierten Ausgabendämpfungseffekte gemäß Abs. 2 Z 3 lit. c
  3. Die Darstellung des zusammengeführten Ausgabendämpfungspfades gemäß Z 1 und Z 2 für das jeweilige Bundesland
  4. Die auf das jeweilige Bundesland entfallenden Investitionen getrennt nach Land und Sozialversicherung
  5. Die Darstellung der Ausgaben beider Sektoren erfolgt nach einer funktionalen Gliederung aufgrund einer bundeseinheitlichen Berichtsvorlage: Für den extramuralen Bereich ist eine differenzierte Darstellung der Ausgaben entsprechend der bisherigen funktionalen Gliederung vorzunehmen. Für den intramuralen Bereich ist jedenfalls eine differenzierte Darstellung der wesentlichen Finanzierungspositionen der Landesgesundheitsfonds und der Länder/Gemeinden vorzunehmen. Darüber hinaus ist für den intramuralen Bereich ausgehend von den Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen der Krankenanstaltenträger und ausgehend von den bundesweit einheitlichen Datengrundlagen zur Krankenanstalten-Kostenrechnung eine nach materiellen und funktionellen Gesichtspunkten differenzierte aus diesen Rechenwerken ableitbare Ausgaben- bzw. Kostendarstellung (Ausgaben/Kosten für Personal, für medizinische und nichtmedizinische Ge- und Verbrauchsgüter einschließlich einer gesonderten Darstellung der Heilmittel, für den Bezug von medizinischen und nichtmedizinischen Fremdleistungen und für Investitionen) zu definieren und zu ergänzen. Eine differenzierte Darstellung nach Funktions- und Fachbereichen ist anzustreben.
  6. Die in den Landes-Zielsteuerungsverträgen vereinbarten Maßnahmen sind in finanzieller Hinsicht wie folgt darzustellen:
    - a) Gesamtbewertung der dargestellten Maßnahmen gemäß Art. 17 Abs. 2, Art. 18 Abs. 2 und Art. 19 Abs. 3 und
    - b) deren Auswirkung auf den intra- und extramuralen Bereich.

7. Verbindliche Regelungen für sektorenübergreifende Finanzierungen und Verrechnungen gemäß Abs. 2 Z 6 von durch die Zielsteuerung-Gesundheit veranlassten Leistungsverchiebungen bzw. von neu etablierten Versorgungsformen

### Artikel 25

#### Festlegung des Ausgabendämpfungspfades für die erste Periode auf Bundesebene

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

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

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

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

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

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

### Artikel 26

#### Festlegung des Ausgabendämpfungspfades für die erste Periode im Bereich der Länder

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

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

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

Kumulierter Ausgabendämpfungsanteil der Länder bis 2016: 2.058 Mio. Euro

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

Ausgaben für Fondskrankenanstalten (FKA) gemäß Rechnungsabschlüsse (RA) der Landesgesundheitsfonds (LGF) (inkl. der Mittel gemäß Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG))

abzügl. Investitionen (inkl. Schuldendienste für Investitionen)

abzügl. Strukturmittel

abzügl. über LGF ausgewiesene Betriebsabgangsdeckung

abzügl. ausländische Gastpatienten

abzügl. sonstige Kostenbeiträge

ergibt: Zielsteuerungsrelevante Ausgaben für FKA gemäß RA der LGF

zuzügl. Betriebsabgangsdeckung ausgewiesen in den RA der Eigentümer bzw. öffentl. Träger (insb. Länder und Gemeinden)

zuzügl. Betriebsabgangsdeckungen der Gemeinden (falls relevant)

abzügl. Betriebsabgangsdeckung/Betriebskostenzuschüsse für Pflegeheime (falls relevant)

zuzügl. Sozialhilfe (sofern nicht in RA der Landesgesundheitsfonds enthalten)

ergibt: Zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben im Bereich der Länder

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

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

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

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

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

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

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

## Artikel 27

### Festlegung des Ausgabendämpfungspfades für die erste Periode im Bereich der Sozialversicherung

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

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

2012	60 Mio. Euro	
2013	84 Mio. Euro	(kumuliert: 144 Mio. Euro)
2014	112 Mio. Euro	(kumuliert: 256 Mio. Euro)

2015	136 Mio. Euro	(kumuliert: 392 Mio. Euro)
2016	128 Mio. Euro	(kumuliert: 520 Mio. Euro)

Kumulierter Ausgabendämpfungsanteil der Sozialversicherung bis 2016: 1.372 Mio. Euro

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

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

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

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

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

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

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

## Artikel 28 Virtuelles Budget

(1) Die gemeinsame Finanzverantwortung auf Landesebene im Rahmen des virtuellen Budgets bezieht sich auf die zu vereinbarenden Finanzrahmenverträge gemäß Art. 24 und umfasst:

1. die Ausgabendämpfungseffekte und die Ausgabenobergrenzen und
2. die Maßnahmen gem. Art. 22 Abs. 3.

(2) Die Inhalte gemäß Abs. 1 Z 1 sind in Art. 22 Abs. 3 und Art. 24 Abs. 3 Z 1, 2 und 3 geregelt.

(3) Die Inhalte gemäß Abs. 1 Z 2 sind in Art. 22 Abs. 3 und Art. 24 Abs. 3 Z 6 und 7 geregelt.

(4) Land und Sozialversicherung verantworten im Sinne des Art. 16 Abs. 3 gemeinsam die Realisierung der in den Finanzrahmenverträgen vereinbarten Ziele, wobei das entsprechende Vorgehen bei der Nicht-Erreichung von Zielen und bei Verstößen gegen die Finanzrahmenverträge in den Art. 34 und 35 geregelt ist.

## **7. Abschnitt**

### **Festlegungen zum Monitoring und Berichtswesen**

#### **Artikel 29**

##### **Implementierung eines Monitorings und Berichtswesens**

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

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

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

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

#### **Artikel 30**

##### **Prozessschritte**

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

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

#### **Artikel 31**

##### **Finanzierung des Monitorings und Berichtswesens**

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

#### **Artikel 32**

##### **Detailregelungen zum Monitoring und Berichtswesen**

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

Sicherstellung der Datenverfügbarkeit anzupassen. Bei diesen Detailregelungen ist jedenfalls darauf zu achten, dass

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

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

## **8. Abschnitt**

### **Regelungen zum Sanktionsmechanismus**

#### **Artikel 33**

##### **Allgemeines**

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

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

(2) Die in anderen Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG festgelegten Sanktionsmechanismen bleiben von den in diesem Abschnitt getroffenen Regelungen unberührt. Finanzielle Sanktionen für das Nicht-Erreichen von Finanzziele unterliegen ausschließlich der Vereinbarung zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden über einen Österreichischen Stabilitätspakt 2012, BGBl. I Nr. 30/2013.

#### **Artikel 34**

##### **Regelungen bei Nicht-Erreichung von festgelegten Zielen**

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

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



### **Artikel 35**

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

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

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

(3) Lässt sich innerhalb von 2 Monaten in der Bundes-Zielsteuerungskommission bzw. in der Landes-Zielsteuerungskommission kein Einvernehmen darüber herstellen, ob ein Verstoß vorliegt bzw. über die zu ergreifenden Maßnahmen, kann der den Verstoß aufzeigende Vertragspartner das Schlichtungsverfahren gemäß Art. 37 einleiten.

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

### **Artikel 36**

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

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

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

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

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

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

### Artikel 37

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

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

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

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

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

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

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

zur Kenntnis zu bringen.

### 9. Abschnitt

#### **Eckpunkte für gesetzliche Regelungen für die Errichtung der Zielsteuerung-Gesundheit sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene**

### Artikel 38

#### **Gesetzliche Regelungen auf Bundesebene**

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

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

8. Festlegungen für den Sanktionsmechanismus

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

### **Artikel 39**

#### **Gesetzliche Regelungen auf Landesebene**

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

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

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

### **10. Abschnitt**

#### **Sonstige Bestimmungen**

### **Artikel 40**

#### **Sonderbestimmungen für den Fall von Naturkatastrophen oder außergewöhnlichen Notsituationen**

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

### **Artikel 41**

#### **Unterstützungspflicht des Bundes**

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

### **11. Abschnitt**

#### **Geltungsdauer und Schlussbestimmungen**

### **Artikel 42**

#### **Inkrafttreten**

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

### **Artikel 43**

#### **Durchführung der Vereinbarung**

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

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

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

#### **Artikel 44**

##### **Geltungsdauer, Außerkrafttreten**

- (1) Diese Vereinbarung wird unbefristet abgeschlossen. Die Vertragsparteien verzichten bis 31. Dezember 2014 auf ihr Recht, die Vereinbarung zu kündigen.
- (2) Nach dem 31. Dezember 2014 kann diese Vereinbarung vom Bund oder mindestens sechs Ländern zum Jahresende unter Einhaltung einer neunmonatigen Kündigungsfrist gekündigt werden.
- (3) Die Vereinbarung tritt außer Kraft, wenn
  1. die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ohne vom Bund und den Ländern akzeptierte Nachfolgeregelung außer Kraft tritt oder
  2. die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden über einen Österreichischen Stabilitätspakt 2012 ohne vom Bund und den Ländern akzeptierte Nachfolgeregelung außer Kraft tritt.
- (4) Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, rechtzeitig Verhandlungen über die Anpassung dieser Vereinbarung an geänderte EU-Rechtsvorschriften aufzunehmen, mit dem Ziel einer rechtzeitigen Inkraftsetzung der geänderten Vereinbarung und allfälliger ergänzender bundes- und landesrechtlicher Vorschriften.

#### **Artikel 45**

##### **Mitteilungen**

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

#### **Artikel 46**

##### **Urschrift**

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

Die Vereinbarung ist gemäß ihrem Art. 42 mit 1. Jänner 2013 in Kraft getreten.

**Faymann**

