

BUNDESGESETZBLATT

FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Jahrgang 2017
Ausgegeben am 17. Juli 2017
Teil I

97. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit
(NR: GP XXV RV 1339 AB 1371 S. 157. BR: AB 9702 S. 863.)

97.

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 den Landeshauptmann,

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

**Art /
Paragraf**

Gegenstand / Bezeichnung

PRÄAMBEL

1. Abschnitt

Allgemeine Bestimmungen

| | |
|--------|----------------------|
| Art. 1 | Gegenstand |
| Art. 2 | Geltungsbereich |
| Art. 3 | Begriffsbestimmungen |

2. Abschnitt

Gesundheitspolitische Grundsätze

| | |
|--------|--|
| Art. 4 | Rahmen-Gesundheitsziele, Gesundheit in allen Politikfeldern und Public Health- |
|--------|--|

| Art / Paragraf | Gegenstand / Bezeichnung |
|--|--|
| | Orientierung |
| Art. 5 | Prinzipien der Zielsteuerung-Gesundheit |
| Art. 6 | Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung-Gesundheit |
| 3. Abschnitt | |
| Aufbau und Ablauf der Zielsteuerung-Gesundheit | |
| Art. 7 | Mehrstufigkeit des Zielsteuerungsprozesses |
| Art. 8 | Entscheidungen zur Zielsteuerung-Gesundheit auf Bundesebene |
| Art. 9 | Entscheidungen zur Zielsteuerung-Gesundheit auf Landesebene |
| Art. 10 | Wechselseitige Datenbereitstellung durch ZS-G-Partner |
| 4. Abschnitt | |
| Steuerungsbereiche der Zielsteuerung-Gesundheit | |
| Art. 11 | Ausrichtung der Zielsteuerung-Gesundheit |
| Art. 12 | Steuerungsbereich Ergebnisorientierung |
| Art. 13 | Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen |
| Art. 14 | Steuerungsbereich Versorgungsprozesse |
| 5. Abschnitt | |
| Festlegung der Finanzzielsteuerung | |
| Art. 15 | Finanzzielsteuerung – allgemeine Bestimmungen |
| Art. 16 | Inhalt und Gegenstand der Finanzzielsteuerung |
| Art. 17 | Festlegung der Ausgabenobergrenzen für den Zeitraum 2017 bis 2021 |
| 6. Abschnitt | |
| Monitoring und Evaluierung | |
| Art. 18 | Monitoring und Berichtswesen |
| Art. 19 | Ablauf des Monitorings |
| Art. 20 | Evaluierung |
| 7. Abschnitt | |
| Sanktionsmechanismus | |
| Art. 21 | Allgemeines |
| Art. 22 | Regelungen bei Nicht-Erreichung von festgelegten Zielen |
| Art. 23 | Regelungen bei Verstößen gegen diese Vereinbarung, den Zielsteuerungsvertrag oder die vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen |
| Art. 24 | Regelungen bei Nicht-Zustandekommen des Zielsteuerungsvertrages oder der vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen |
| Art. 25 | Schlichtungsverfahren für Streitigkeiten aus dem Zielsteuerungsvertrag oder den vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit |
| 8. Abschnitt | |
| Sonstige Bestimmungen | |
| Art. 26 | Sonderbestimmungen für den Fall von Naturkatastrophen oder außergewöhnlichen Notsituationen |
| Art. 27 | Unterstützungspflicht des Bundes |
| 9. Abschnitt | |
| Geltungsdauer und Schlussbestimmungen | |
| Art. 28 | Inkrafttreten |
| Art. 29 | Geltungsdauer und Außerkrafttreten |
| Art. 30 | Durchführung der Vereinbarung |
| Art. 31 | Urschrift |

PRÄAMBEL

Im Interesse der in Österreich lebenden Menschen kommen die Vertragsparteien Bund und Länder einerseits sowie die Sozialversicherung andererseits als gleichberechtigte Partner überein, das eingerichtete partnerschaftliche Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und

Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung fortzuführen. 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 Finanzziele 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 2020 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

Art. 1

Gegenstand

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, die bereits eingerichtete integrative partnerschaftliche Zielsteuerung-Gesundheit für die Struktur und Organisation der österreichischen Gesundheitsversorgung unter Einbeziehung der Sozialversicherung als gleichberechtigter Partner gemeinsam fortzuführen und 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 die

5. Finanzzielsteuerung

fortzuführen und weiterzuentwickeln.

Art. 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 der Zielsteuerung-Gesundheit bilden die derzeit bestehenden Zuständigkeiten und Aufgaben der Partner im Zielsteuerungssystem Gesundheit.

Art. 3

Begriffsbestimmungen

1. **„Ambulanter Bereich“**: Die ambulante Gesundheitsversorgung (insbesondere ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen im Sinne des SV-Rechts) im niedergelassenen Bereich, in selbstständigen Ambulatorien und in Spitalsambulanzen.
2. **„Ambulante Fachversorgung“**: Die ambulante Fachversorgung umfasst ambulante Leistungserbringung aus den Fachbereichen. Die Fachbereiche orientieren sich an der Systematik der Sonderfächer gemäß Ärzteausbildungsordnung (ÄAO 2015) und schließen auch andere Gesundheitsberufe mit ein.
3. **„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.
4. **„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.
5. **„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.
6. **„Integrative Versorgungsplanung“**: Es werden alle Elemente des Versorgungssystems sowie deren Beziehungen und Wechselwirkungen gleichzeitig in eine Gesamtschau einbezogen. Damit wird die herkömmliche isolierte Analyse und Planung einzelner Systemelemente (z. B. Krankenanstalten) ohne Berücksichtigung der Auswirkungen auf andere Elemente abgelöst.
7. **„Integrierte Versorgung“**: Darunter wird eine patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende, interdisziplinäre und/oder multiprofessionelle und nach standardisierten Versorgungskonzepten ausgerichtete Versorgung verstanden.
8. **„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.
9. **„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.
10. **„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

Art. 4

Rahmen-Gesundheitsziele, Gesundheit in allen Politikfeldern und Public Health-Orientierung

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, sich bei der Durchführung ihrer Maßnahmen an den vom Ministerrat und der Bundesgesundheitsagentur beschlossenen Rahmen-Gesundheitszielen zu orientieren. Die Rahmen-Gesundheitsziele dienen als gemeinsamer Handlungsrahmen und sollen einen Beitrag zur Erhöhung der gesunden Lebensjahre der Bevölkerung leisten. Mit der Orientierung an den Rahmen-Gesundheitszielen sollen Voraussetzungen geschaffen werden, die die Gesundheit der Bevölkerung durch Maßnahmen in allen Politikfeldern erhalten, fördern und wieder herstellen.

(2) Die Vertragsparteien kommen überein, sich bei der Durchführung ihrer Maßnahmen an den Public Health Grundsätzen der WHO zu orientieren und die Multiprofessionalität in der Versorgung, Prävention, Gesundheitsförderung sowie in der Forschung und Lehre zu stärken.

Art. 5

Prinzipien der Zielsteuerung-Gesundheit

(1) Mit der Fortführung der Zielsteuerung-Gesundheit ist eine gemeinsame „Governance“ im Gesundheitsbereich weiterhin sicherzustellen. Dabei ist den Prinzipien Wirkungsorientierung, Verantwortlichkeit, Rechenschaftspflicht, Offenheit und Transparenz von Strukturen bzw. Prozessen und Fairness zu entsprechen und dadurch qualitativ bestmögliche Gesundheitsdienstleistungen und deren nachhaltigen Finanzierung sicherzustellen.

(2) Zur Steigerung der Effektivität und Effizienz sowie der Patientenorientierung sind als weitere Prinzipien 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
5. auf allen Versorgungsebenen ist der Einrichtung von multiprofessionellen und integrativen Versorgungsformen Vorrang gegenüber Einzelleistungserbringern zu geben
6. Sicherstellung einer nachhaltigen Sachleistungsversorgung

(3) Sowohl für vertraglich vereinbarte als auch für einseitige, zwischen Land und Sozialversicherung nicht akkordierte Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und dem extramuralen Bereich, welche finanziell belastende Auswirkungen auf den jeweils anderen Partner haben, sind im Zielsteuerungsvertrag finanzielle Folgen zu definieren.

Art. 6

Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung-Gesundheit

(1) Zur Verwirklichung der in Art. 5 genannten Prinzipien werden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit insbesondere folgende Ziele umgesetzt:

1. Zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention, Stärkung von evidenzbasierter Früherkennung und Frühintervention
2. Abbau des akutstationären Bereichs bei gleichzeitigem Ausbau der ambulanten Versorgung unter Sicherstellung des Zugangs zu und der Verfügbarkeit von allen notwendigen Leistungen
3. Optimierung der Prozesse und des Ressourceneinsatzes
4. hohe Behandlungsqualität sicherstellen und gegenüber der Bevölkerung transparent darstellen
5. Stärkung des Sachleistungsprinzips im ambulanten und stationären Bereich

(2) Die Zielsteuerung-Gesundheit umfasst insbesondere folgende Handlungsfelder:

1. 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 Bewertungen 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.
2. Im Bereich der Primärversorgung („Primary Health Care“) sind Primärversorgungseinheiten gemäß bundesgesetzlicher Grundlage zu schaffen.
3. Zur Verbesserung der integrierten Versorgung, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, sind interdisziplinäre und multiprofessionelle sowie intersektorale Zusammenarbeitsformen auszubauen sowie Behandlungsprozesse und Versorgungsstandards zu definieren.
4. 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.
5. Das für die Versorgung der Bevölkerung erforderliche Gesundheitspersonal ist sicherzustellen, bei gleichzeitiger Neuausrichtung der Aufgabenteilung im Hinblick auf die Aufgabenprofile der Gesundheitsberufe und bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung einer hohen Behandlungsqualität.
6. Ein umfassendes, vergleichbares, systematisches und standardisiertes Qualitätsmanagement (mit umfassender Messung der Ergebnisqualität sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich) ist sowohl im intramuralen als auch im extramuralen Bereich weiterzuentwickeln und fortzusetzen.
7. Finanzierungs- und Honorierungssysteme sind stärker am Versorgungsbedarf auszurichten und so zu gestalten, dass die Ziele der Zielsteuerung-Gesundheit (insbesondere Versorgung am „Best Point of Service“) und die Anforderungen an die Versorgungsformen unterstützt werden.

3. Abschnitt

Aufbau und Ablauf der Zielsteuerung-Gesundheit

Art. 7

Mehrstufigkeit des Zielsteuerungsprozesses

(1) Zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung ist auf Bundesebene ein periodenbezogener (vierjähriger) Zielsteuerungsvertrag abzuschließen. In diesem Vertrag werden die strategischen und operativen Ziele sowie die auf Bundes- und Landesebene zu setzenden Maßnahmen zur Zielerreichung vereinbart und verbindlich festgelegt, wobei gesamtwirtschaftliche Auswirkungen und regionale Erfordernisse zu berücksichtigen sind. Der Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene hat ausgehend von den Zielen und Handlungsfeldern der Zielsteuerung-Gesundheit auf Grundlage der in den Abschnitten 4 und 5 (Steuerungsbereiche und Finanzzielsteuerung) festgelegten Inhalte eine Priorisierung sowie eine Festlegung von Themenschwerpunkten vorzunehmen sowie Maßnahmen zur Umsetzung festzulegen.

(2) Die im Zielsteuerungsvertrag festgelegten und auf Bundesebene zu realisierenden Maßnahmen zu den Steuerungsbereichen „Ergebnisorientierung“, „Versorgungsstrukturen“, „Versorgungsprozesse“ und zur Finanzzielsteuerung sind im Hinblick auf ihre termingerechte Umsetzung im Rahmen von Bundes-Jahresarbeitsprogrammen zu operationalisieren.

(3) Aufbauend auf den Festlegungen im Zielsteuerungsvertrag werden auf Landesebene vierjährige Zielsteuerungsübereinkommen vereinbart und verbindlich festgelegt. Diese Landes-Zielsteuerungsübereinkommen können weitere über den Zielsteuerungsvertrag hinausgehende strategische und operative Ziele sowie die für deren Erreichung zu setzenden Maßnahmen beinhalten. Die im Zielsteuerungsvertrag festgelegten und auf Landesebene zu realisierenden Maßnahmen zu den Steuerungsbereichen „Ergebnisorientierung“, „Versorgungsstrukturen“, „Versorgungsprozesse“ und zur Finanzzielsteuerung sind im Hinblick auf ihre termingerechte Umsetzung in diesen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu operationalisieren.

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

1. In der Bundes-Zielsteuerungskommission ist der Entwurf für den 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 Zielsteuerungsvertrag ist binnen eines Monats der Bundes-Zielsteuerungskommission und den Landes-Zielsteuerungskommissionen zur Kenntnis zu bringen.
 2. Der periodenbezogene Zielsteuerungsvertrag hat bis zum Ende des dritten Quartals des der Periode vorangehenden Jahres vorzuliegen. Allfällige Adaptierungen des bestehenden Zielsteuerungsvertrages haben bis spätestens Ende des dritten Quartals des Jahres vorzuliegen, das dem Jahr vorangeht, in dem diese Adaptierungen für die Zielsteuerung relevant werden.
 3. Die Bundes-Jahresarbeitsprogramme bzw. deren Adaptierungen für die Maßnahmen auf Bundesebene sind spätestens Ende des Jahres vor Beginn der jeweiligen Geltungsperiode durch die Bundes-Zielsteuerungskommission zu vereinbaren.
- (5) 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. In der Landes-Zielsteuerungskommission sind vierjährige Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu beschließen, die von den Co-Vorsitzenden für den jeweils eigenen Wirkungsbereich zu unterfertigen sind. Wenn diese Landes-Zielsteuerungsübereinkommen dem Zielsteuerungsvertrag bzw. sonstigen bundesrechtlichen Vorschriften widersprechen, hat der Bund ein Vetorecht. Die vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen sind binnen eines Monats der Bundesgesundheitsagentur zur Kenntnis zu bringen.
 2. Die vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen bzw. deren Adaptierungen sind spätestens Ende des Jahres vor Beginn der jeweiligen Geltungsperiode durch die Landes-Zielsteuerungskommission zu vereinbaren.

Art. 8

Entscheidungen zur Zielsteuerung-Gesundheit auf Bundesebene

In den Angelegenheiten der Zielsteuerung-Gesundheit erfolgen in der Bundes-Zielsteuerungskommission (Art. 20 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) zu nachstehenden Punkten Festlegungen (Beschlüsse):

1. Beratung über den Entwurf für den Zielsteuerungsvertrag gemäß Art. 7
2. Koordination, Abstimmungen und Festlegungen aller aus dem Zielsteuerungsvertrag inkl. Finanzzielsteuerung resultierenden Aufgaben
3. Jahresarbeitsprogramme für Maßnahmen auf Bundesebene zur konkreten Umsetzung des Zielsteuerungsvertrags
4. Monitoring und Berichtswesen gemäß Art. 18 einschließlich des Finanzzielsteuerungsmonitorings
5. Wahrnehmung von Agenden zum Sanktionsmechanismus gemäß Art. 21 bis Art. 25
6. Rahmenregelungen für vertragliche und gemeinsam von Sozialversicherung und Ländern zu verantwortende sektorenübergreifende Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen auf Landesebene; Erarbeitung, Erprobung von Abrechnungsmodellen für eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs
7. (Weiter-)Entwicklung von Vergütungssystemen
8. Qualität
9. Grundsätze, Ziele und Methoden für die Planungen einschließlich Planung Großgeräte intra- und extramural im Österreichischen Strukturplan Gesundheit und in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit
10. Angelegenheiten des Österreichischen Strukturplans Gesundheit einschließlich Planung Großgeräte (intra- und extramural)
11. Angelegenheiten der transparenten Darstellung, der vollständigen Budgetierung und der Rechnungsabschlüsse der Krankenanstalten bzw. Krankenanstaltenverbände sowie der

transparenten Darstellung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherung für den extramuralen Bereich

12. Grundsätze und Ziele für die Verwendung der Mittel zur Stärkung der Gesundheitsförderung
13. Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung
14. Evaluierung der von der Bundes-Zielsteuerungskommission wahrgenommenen Aufgaben

Art. 9

Entscheidungen zur Zielsteuerung-Gesundheit auf Landesebene

(1) In der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission gemäß Art. 26 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ist der Entwurf für das vierjährige Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu beschließen und bildet die Grundlage und den Rahmen für die Aufgaben gemäß Abs. 2.

(2) In den Angelegenheiten der Zielsteuerung-Gesundheit erfolgen in der Landes-Zielsteuerungskommission zu nachstehenden Punkten Festlegungen (Beschlüsse):

1. Koordination, Abstimmungen und Festlegungen aller aus dem Zielsteuerungsvertrag und dem vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen resultierenden Aufgaben und Maßnahmen zur Umsetzung
2. Mitwirkung am bundesweiten Monitoring und Behandlung des Monitoringberichts gemäß Art. 18
3. Wahrnehmung von Agenden zum Sanktionsmechanismus gemäß Art. 21 bis Art. 25
4. 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
5. Angelegenheiten des Regionalen Strukturplans Gesundheit gemäß Art. 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens
6. Angelegenheiten der Großgeräte intra- und extramural
7. Strategie zur Gesundheitsförderung
8. Angelegenheiten des Gesundheitsförderungsfonds gemäß Art. 10 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens
9. Mitwirkung bei der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen
10. Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement
11. Evaluierung der von der Landes-Zielsteuerungskommission wahrgenommenen Aufgaben

Art. 10

Wechselseitige Datenbereitstellung durch ZS-G-Partner

Die für die gemeinsam im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene und in den vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen vereinbarten Ziele, Maßnahmen bzw. Projekte erforderlichen Daten sind einvernehmlich zu definieren. Auf dieser Basis sind die erforderlichen projektspezifischen Rohdaten wechselseitig den Zielsteuerungspartnern in ausreichender Qualität zur Verfügung zu stellen, gemeinsam zu analysieren und zu interpretieren. Diese Daten dürfen nach Beendigung der Vorhaben bzw. der Projekte nicht mehr verwendet werden und sind vom Empfänger zu löschen.

4. Abschnitt

Steuerungsbereiche der Zielsteuerung-Gesundheit

Art. 11

Ausrichtung der Zielsteuerung-Gesundheit

(1) Auf Basis der im 2. Abschnitt dargestellten Prinzipien und der Ziele gemäß Art. 5 und Art. 6 ist die Zielsteuerung-Gesundheit in den nachfolgenden vier Steuerungsbereichen

1. Ergebnisorientierung,
2. Versorgungsstrukturen,
3. Versorgungsprozesse und
4. Finanzziele gemäß Art. 15 bis Art. 17

zu konkretisieren.

(2) Für die im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit durch die Steuerungsbereiche erfassten Zielvereinbarungen sind Messgrößen und Zielwerte zu definieren. Die Messgrößen sollen auch für internationale Vergleiche und Leistungsmessungen verwendbar sein.

(3) Bund, Länder und Sozialversicherung auf Bundesebene bzw. Land und Sozialversicherung auf Landesebene verantworten gemeinsam und gegenseitig den Abschluss des Zielsteuerungsvertrages auf Bundesebene bzw. die Beschlussfassung der vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen und stellen die Umsetzung und Einhaltung der Zielsteuerung-Gesundheit sicher. 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.

Art. 12

Steuerungsbereich Ergebnisorientierung

(1) Der Steuerungsbereich Ergebnisorientierung umfasst insbesondere folgende Inhalte:

1. Bundesweite Rahmenvorgaben für ergebnisorientierte Versorgungsziele und wirkungsorientierte Gesundheitsziele abgeleitet aus den Rahmen-Gesundheitszielen
2. Fortsetzung und Weiterentwicklung einer regelmäßigen, systematischen, international vergleichbaren und regionalisierten Messung der Outcomes im Gesundheitssystem
3. Weiterentwicklung und Durchführung einer abgestimmten Ergebnisqualitätsmessung, sowohl sektorenübergreifend als auch in den jeweiligen Sektoren
4. Evidenzbasierung (HTA) von Diagnose- und Behandlungsmethoden
5. Gesundheitsförderung und Prävention gemäß Gesundheitsförderungsstrategie

(2) Auf Landesebene sind – soweit nicht schon erfolgt bzw. Adaptierungsbedarf gegeben – regionale Gesundheits- und Versorgungsziele sowie Schwerpunkte aus der Gesundheitsförderungsstrategie festzulegen.

Art. 13

Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen

(1) Der Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen umfasst insbesondere folgende Inhalte:

1. Entlastung des vollstationären Bereichs in den Akut-Krankenanstalten durch medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen oder in den ambulanten Bereich (Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien sowie niedergelassener Bereich) inklusive Vereinbarung entsprechender Zielvorgaben
2. Umsetzung neuer multiprofessioneller und interdisziplinärer Primärversorgungseinheiten sowie multiprofessioneller und interdisziplinärer Versorgungsformen in der ambulanten Fachversorgung im Bereich der Sachleistung unter anderem mit der Zielsetzung der Erhöhung des Anteils ambulanter Versorgungsstrukturen mit Öffnungszeiten zu Tagesrand- und Wochenendzeiten

(2) Auf Landesebene sind die Inhalte gemäß Abs. 1 ausgehend vom regionalen Bedarf zu konkretisieren und Zielwerte für die jeweilige Betrachtungsperiode einvernehmlich festzulegen. Zudem sind 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. Erhöhung der Effektivität und Effizienz bzw. die Überwindung von kleinteiligen Organisationsformen durch die Bündelung komplexer Leistungen an geeigneten Standorten und die Nutzung der im KAKuG und im ÖSG vorgesehenen Möglichkeiten.

2. Gemeinsame Planung der ambulanten fachärztlichen Versorgung im RSG (niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte, selbstständige Ambulatorien und Spitalsambulanzen) – soweit noch nicht vorliegend – gesamthaft bis Ende 2018 unter der Voraussetzung, dass die Grundlagen auf Bundesebene vorliegen.
3. Ergänzung einer konkretisierten Planung zur Einrichtung von Primärversorgungseinheiten im RSG bis spätestens Ende 2018 unter der Voraussetzung, dass die Grundlagen auf Bundesebene vorliegen.
4. Festlegen der Aufgabengebiete und Versorgungsaufträge pro ambulanter Versorgungsstufe im Sinne von „Best Points of Service“ und verbindliche sektorenübergreifende Angebotsplanung über die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (inkl. Rücknahmemöglichkeit von aufrechten Bewilligungen bei Rückbau von parallelen Strukturen).

Art. 14

Steuerungsbereich Versorgungsprozesse

- (1) Der Steuerungsbereich Versorgungsprozesse umfasst insbesondere folgende Inhalte:
 1. Gemeinsame Beobachtung, Planung und Steuerung der erforderlichen Personalressourcen für das gesamte Gesundheitssystem und Weiterentwicklung der Kompetenzprofile in Hinblick auf die Aufgabenteilung
 2. Festlegungen zum gezielten Einsatz von IKT zur Systemsteuerung und -innovation gemäß Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens
 3. Optimierung der intersektoralen Behandlungsprozesse (BQLL Präoperative Diagnostik, BQLL Aufnahme- und Entlassungsmanagement) unter Nutzung der Instrumente des Gesundheitsqualitätsgesetzes
 4. Entwicklung und Festlegung von bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards für priorisierte Bereiche, wobei die Sicherstellung einer integrierten Versorgung von chronischen Erkrankungen ein wesentlicher Schwerpunkt ist
 5. Maßnahmen zum effektiven und effizienten Einsatz von Medikamenten
 6. Forcierung der ärztlichen bzw. der Gesundheitsversorgung von Menschen in Pflegeeinrichtungen und in häuslicher Pflege vor Ort in Abstimmung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich
- (2) Auf Landesebene sind die Inhalte gemäß Abs. 1 ausgehend vom regionalen Bedarf zu konkretisieren und für die jeweilige Betrachtungsperiode einvernehmlich festzulegen. Zudem sind Festlegungen über die maßnahmenbezogene Umsetzung sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht zu treffen, wobei insbesondere folgende Maßnahmen hinsichtlich der Versorgungsprozesse zu berücksichtigen sind:
 1. Festlegung von Roll-out-Plänen zum gezielten Einsatz von IKT zur Systemsteuerung und – innovation gemäß Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens
 2. Umsetzung der intersektoralen Behandlungsprozesse (BQLL Präoperative Diagnostik, BQLL Aufnahme- und Entlassungsmanagement)
 3. Umsetzung von bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards für priorisierte Bereiche, wobei die Sicherstellung einer integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung von chronischen Erkrankungen ein wesentlicher Schwerpunkt ist.
- (3) Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit werden zur Sicherstellung einer sektoren- und bundesländerübergreifend abgestimmten, effektiven und effizienten Versorgung mit Medikamenten jedenfalls folgende Themen bearbeitet:
 1. Entwicklung und Umsetzung eines gemeinsamen sektoren- und bundesländer- und EU-mitgliedstaatenübergreifenden Einkaufs und einer Bewirtschaftung von Medikamenten einschließlich von Finanzierungslösungen. Dazu sind die notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Bestimmungen – insbesondere das Vergabewesen und das Sozialversicherungsrecht betreffend – zu schaffen.
 2. Für definierte hochpreisige und spezialisierte Medikamente sind auf Bundes- und/oder Landesebene gemeinsame Versorgungsmodelle sowie sektorenübergreifende Finanzierungskonzepte mit gemeinsamer Finanzverantwortung zu entwickeln und in der Folge umzusetzen.

3. Dazu ist ein wechselseitiger Datenaustausch über Mengen und Kosten der im intra- und extramuralen Bereich verordneten bzw. dispensierten Medikamente in einer einheitlich zu vereinbarenden, standardisierten Form sicherzustellen. Diese Informationen sind auch dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung zu stellen.

5. Abschnitt

Festlegung der Finanzzielsteuerung

Art. 15

Finanzzielsteuerung – allgemeine Bestimmungen

(1) Die Vertragsparteien kommen überein, die in Art. 12 bis Art. 14 konkretisierten Steuerungsbereiche mit einer Finanzzielsteuerung als integralem Bestandteil der Zielsteuerung-Gesundheit zu ergänzen. Die Finanzzielsteuerung ist auf Bundes- und Landesebene im periodenbezogenen Zielsteuerungsvertrag und in den vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen, zu konkretisieren.

(2) Grundlage der Finanzzielsteuerung sind sektorenübergreifend vereinbarte nominelle Ausgabenobergrenzen. Diese Ausgabenobergrenzen 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 zusammenzuführen.

(3) Die Vertragspartner verpflichten sich im Rahmen des Zielsteuerungsvertrages und im Rahmen der vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen solche Maßnahmen zu vereinbaren, die in Summe geeignet sind, die vereinbarten Ausgabenobergrenzen einzuhalten.

(4) Auf der Bundesebene werden für die Festlegung der Ausgabenobergrenzen für die öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) folgende Kriterien zugrunde gelegt:

1. Gemäß Art. 22 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit für die erste Periode von 2012 bis 2016, BGBl. I Nr. 200/2013, war der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben 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 in der ersten Periode der Zielsteuerung-Gesundheit) nicht überschreitet.
2. Für den Zeitraum 2017 bis 2021 ist der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben stufenweise soweit zu dämpfen, dass der jährliche Ausgabenzuwachs im Jahr 2021 einen Wert von 3,2 Prozent (durchschnittliche Entwicklung des nominellen Bruttoinlandprodukts gemäß Mittelfristprognose für das Bundesfinanzrahmengesetz) nicht überschreitet.
3. In den weiteren Perioden nach 2021 werden neuerlich Ausgabenobergrenzen festgelegt, die sich weiterhin an der durchschnittlichen Entwicklung des Bruttoinlandproduktes orientieren.

(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 Zielsteuerung-Gesundheit sind in Art. 17 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 Bestimmungen zur Mittelherkunft sind gesondert geregelt.

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

Art. 16

Inhalt und Gegenstand der Finanzzielsteuerung

(1) Die Finanzzielsteuerung auf Bundes- und Landesebene legt die Ausgabenobergrenzen 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. 15 dargelegt, unterliegen.

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

1. Für den bundesweiten sektorentübergreifenden Ausgabendämpfungspfad der öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege:
 - a) den Ausgangswert für das erste Jahr der jeweiligen Periode und
 - b) die jährlichen Ausgabenobergrenzen
2. Für die bundesweiten sektoralen Ausgabendämpfungspfade der für die Finanzzielsteuerung relevanten laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben:
 - a) die Ausgangswerte für das erste Jahr der jeweiligen Periode und
 - b) die jährlichen Ausgabenobergrenzen
3. Die Aufteilung der in Z 2 lit. b dargestellten Ausgabenobergrenzen
 - 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

(3) Auf Landesebene hat die Finanzzielsteuerung 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 und
 - b) die jährlichen Ausgabenobergrenzen
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 und
 - b) die jährlichen Ausgabenobergrenzen der Sozialversicherung
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.

Art. 17

Festlegung der Ausgabenobergrenzen für den Zeitraum 2017 bis 2021

(1) Festlegung der nominellen Ausgabenobergrenzen auf Bundesebene

1. Ausgangsbasis für die Ermittlung der nominellen Ausgabenobergrenzen auf Bundesebene ist die in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit für die erste Periode von 2012 bis 2016, BGBI. I Nr. 200/2013, vereinbarte Ausgabenobergrenze für das Jahr 2016 in Höhe von 25.563 Millionen Euro.
2. Aus der stufenweisen Annäherung an den prognostizierten BIP-Pfad gemäß Art. 15 Abs. 4 Z 2 ergeben sich für die Jahre 2017 bis 2021 folgende Ausgabenobergrenzen für die öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege:

| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Ausgabenobergrenze (in Mio. Euro) | 25.563 | 26.483 | 27.410 | 28.342 | 29.277 | 30.214 |
| Jährlicher Ausgabenzuwachs | | 3,6 % | 3,5 % | 3,4 % | 3,3 % | 3,2 % |

(2) Festlegung der nominellen Ausgabenobergrenzen auf Landesebene

1. Die Ausgabenobergrenzen auf Landesebene betreffen jene Gesundheitsausgaben im Bereich der Länder, welche unmittelbar durch diese steuerbar sind (zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben). Diese sind aus den Rechnungsabschlüssen der Landesgesundheitsfonds bzw. der Länder und Gemeinden wie folgt abzuleiten:

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

2. 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.
 3. Ausgangsbasis für die Ermittlung der zielsteuerungsrelevanten nominellen Ausgabenobergrenzen der Länder ist die in Art. 26 Abs. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit für die erste Periode von 2012 bis 2016, BGBI. I Nr. 200/2013, vereinbarte Ausgabenobergrenze für das Jahr 2016 in Höhe von 11.569 Millionen Euro.
 4. Aus der stufenweisen Annäherung an den prognostizierten BIP-Pfad gemäß Art. 15 Abs. 4 Z 2 ergeben sich für die Jahre 2017 bis 2021 folgende Ausgabenobergrenzen für die Länder:
- | | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Ausgabenobergrenze (in Mio. Euro) | 11.569 | 11.985 | 12.405 | 12.827 | 13.250 | 13.674 |
| Jährlicher Ausgabenzuwachs | | 3,6 % | 3,5 % | 3,4 % | 3,3 % | 3,2 % |
5. Die Verteilung der Ausgabenobergrenzen innerhalb der Länder ist durch die Länder vorzunehmen und im Zielsteuerungsvertrag und in den jeweiligen vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu dokumentieren.
 6. Bei der Festlegung der Ausgangsbasis gemäß Z 3 wird
 - a) für Vorarlberg der im Jahr 2016 die Ausgabenobergrenze überschreitende Betrag in Höhe von 28,8 Millionen Euro und
 - b) für Tirol ein Betrag in Höhe von 30,8 Millionen Euro (das entspricht der Steigerung der Ausgabenobergrenze im Jahr 2017)

additiv zugeschlagen und bei den Ausgabenobergrenzen über die Laufzeit gemäß Z 4 und bei der Verteilung der Ausgabenobergrenzen gemäß Z 5 als zusätzliche Beträge berücksichtigt.

- (3) Festlegung der nominellen Ausgabenobergrenzen im Bereich der Sozialversicherung
1. Die Ausgabenobergrenzen im Bereich der Sozialversicherung betreffen jene Gesundheitsausgaben im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, welche unmittelbar durch diese steuerbar sind (zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben). 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:
 - a) Überweisungen an die Landesgesundheitsfonds
 - b) Überweisungen für den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF), Unfall- und sonstige Spitäler sowie Hanusch Krankenhaus
 - c) Stationäre Rehabilitation
 - d) Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung (Kuren)
 - e) Barleistungen (Krankengeld, Wochengeld, Bestattungskostenzuschuss, Rehabilitationsgeld)
 - f) Abschreibungen
 - g) Finanzaufwendungen
 - h) Überweisungen an den Ausgleichsfonds
 - i) Übrige außerordentliche Aufwendungen
 - j) Zuweisung Rücklagen
 2. 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.
 3. Ausgangsbasis für die Ermittlung der zielsteuerungsrelevanten nominellen Ausgabenobergrenzen der Sozialversicherung ist die in Art. 27 Abs. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit für die erste Periode von 2012 bis 2016, BGBI. I Nr. 200/2013, vereinbarte Ausgabenobergrenze für das Jahr 2016 in Höhe von 10.274 Millionen Euro.
 4. Aus der stufenweisen Annäherung an den prognostizierten BIP-Pfad gemäß Art. 15 Abs. 4 Z 2 ergeben sich für die Jahre 2017 bis 2021 folgende Ausgabenobergrenzen für die Sozialversicherung:
- | | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Ausgabenobergrenze (in Mio. Euro) | 10.274 | 10.644 | 11.016 | 11.391 | 11.767 | 12.143 |
| Jährlicher Ausgabenzuwachs | | 3,6 % | 3,5 % | 3,4 % | 3,3 % | 3,2 % |
5. Die Verteilung der Ausgabenobergrenzen innerhalb der Sozialversicherungsträger sowie die länderweise Zuordnung der Ausgabenobergrenzen sind durch die Sozialversicherung vorzunehmen und im Zielsteuerungsvertrag und in den jeweiligen vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu dokumentieren.

6. Abschnitt

Monitoring und Evaluierung

Art. 18

Monitoring und Berichtswesen

(1) Die Partner der Zielsteuerung-Gesundheit haben auf Bundesebene ein nach Sektoren und Regionen differenziertes österreichweites Monitoring der Zielsteuerung-Gesundheit durchzuführen und inhaltlich weiterzuentwickeln. Hierfür sind die im Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Ziele auf Bundes- und Landesebene so zu definieren, dass ein laufendes Monitoring klar festgelegter Messgrößen und Zielwerte möglich ist.

(2) Die Ergebnisse des Monitorings der Zielsteuerung-Gesundheit sind in Form von strukturierten Berichten aufzubereiten und zusammenzuführen. Diese Monitoringberichte zur Zielerreichung gliedern sich in Bezug auf Inhalte und Periodizität wie folgt:

1. halbjährlich: Ergebnisse des Monitorings zur Finanzzielsteuerung als Kurzbericht

2. jährlich: Ergebnisse des Monitorings zur Finanzzielsteuerung und Darstellung der Entwicklungen der definierten und steuerungsrelevanten Messgrößen und Gegenüberstellung mit vereinbarten Zielwerten aus der Zielsteuerung-Gesundheit (Monitoring der Steuerungsbereiche)

(3) Die Vertragsparteien kommen überein, sich jedenfalls jährlich über den Stand der Umsetzung der im Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene zu informieren, um eine koordinierte Vorgehensweise bei der Bearbeitung der im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit vereinbarten Ziele sicherzustellen. Dieses Berichtswesen hat jedenfalls auch eine Einschätzung zur Maßnahmenumsetzung zu umfassen.

(4) Durch das Monitoring ist Transparenz, Vergleichbarkeit und Aktualität zu schaffen und dabei 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 und
3. bundesweit akkordierte einheitliche Messgrößen verwendet werden.

(5) 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 das Gesundheitswesen zuständigen 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.

(6) Die Finanzierung des auf Bundesebene durchzuführenden Monitorings Zielsteuerung-Gesundheit und Berichtswesens erfolgt durch den Bund.

Art. 19

Ablauf des Monitorings

(1) Das Monitoring hat in folgenden klar voneinander getrennten Prozessschritten zu erfolgen:

1. Das Monitoring (Datensammlung, Aufbereitung und Auswertung) erfolgt durch die Gesundheit Österreich GmbH auf Basis einer einheitlichen und standardisierten Erhebung unter Berücksichtigung bereits bestehender Routinedokumentationen und Datenmeldeschienen.
2. Die organisatorische Ausgestaltung und die Inhalte zu dem Berichtswesen gem. Art. 18 Abs. 3 sind im Zielsteuerungsvertrag zu vereinbaren.
3. Die auf Basis der von der GÖG erhobenen Daten erstellten halbjährlichen und jährlichen Monitoringberichte zur Zielerreichung sind den Landes-Zielsteuerungskommissionen sowie der Bundes-Zielsteuerungskommission binnen einer von der Bundes-Zielsteuerungskommission festzulegenden Frist zur Stellungnahme zu übermitteln.

(2) Bei festgestellten Zielverfehlungen sind Begründungen und handlungsleitende Empfehlungen seitens der verantwortlichen Stellen im Rahmen der Stellungnahmen innerhalb einer von der Bundes-Zielsteuerungskommission festzulegenden Frist einzubringen.

(3) Die Abnahme der Monitoringberichte zur Zielerreichung erfolgt unter Berücksichtigung der Stellungnahmen binnen einer festzulegenden Frist durch die Bundes-Zielsteuerungskommission. Anschließend sind diese Monitoringberichte zu veröffentlichen.

Art. 20

Evaluierung

Die Vertragsparteien kommen überein, alle gesetzten Maßnahmen zur Sicherstellung der Effekte in allen Sektoren des Gesundheitswesens nach Vorgaben der Bundesgesundheitsagentur zu quantifizieren und zu evaluieren.

7. Abschnitt

Sanktionsmechanismus

Art. 21

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 Zielsteuerungsvertrag oder in den vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen festgelegt sind
 2. Verstoß gegen diese Vereinbarung, den Zielsteuerungsvertrag oder die vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen
 3. Nicht-Zustandekommen des Zielsteuerungsvertrages oder der vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen

(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.

Art. 22

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 Zielsteuerungsvertrag oder in den vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen festgelegt sind, nicht erreicht wurden, gilt Folgendes:

1. Bei Nicht-Erreichung der im 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 vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen 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.

Art. 23

Regelungen bei Verstößen gegen diese Vereinbarung, den Zielsteuerungsvertrag oder die vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen

(1) Liegt aus Sicht eines Vertragspartners der Zielsteuerung-Gesundheit ein Verstoß gegen diese Vereinbarung oder gegen den 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 einer Kurie der Landes-Zielsteuerungskommission ein Verstoß gegen das vierjährige Landes-Zielsteuerungsübereinkommen vor, so ist dieser Verstoß 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 zwei 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 das Schlichtungsverfahren gemäß Art. 25 einleiten.

(4) Sofern aus einem im Schlichtungsverfahren festgestellten Verstoß gegen den Zielsteuerungsvertrag oder das vierjährige Landes-Zielsteuerungsübereinkommen Mehrausgaben resultieren, sind diese vom dafür Verantwortlichen zu tragen. Die daraus resultierenden Mehrausgaben sind den finanzzielsteuerungsrelevanten Ausgaben des für den Verstoß Verantwortlichen zuzuschlagen.

Art. 24

Regelungen bei Nicht-Zustandekommen des Zielsteuerungsvertrages oder der vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen

(1) Liegt bis zum in Art. 7 dieser Vereinbarung festgelegten Zeitpunkt kein vierjähriges Landes-Zielsteuerungsübereinkommen vor, kann auf begründeten Antrag der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission eine angemessene Nachfrist für die Beschlussfassung des vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen durch den Bund eingeräumt werden. Darüber ist die Bundes-Zielsteuerungskommission zu informieren.

(2) Wird innerhalb der eingeräumten Frist weiterhin kein vierjähriges Landes-Zielsteuerungsübereinkommen beschlossen, 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 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 Art. 7 dieser Vereinbarung festgelegten Zeitpunkt kein unterfertigter Zielsteuerungsvertrag vor, gilt nach erfolgloser Verstreichung einer Nachfrist von zwei 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 Zielsteuerungsvertrag zustande, hat die/der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister 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 die/der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister von den bereits bestehenden Vorarbeiten und von den handlungsleitenden Vorgaben, die geeignet sind die wesentlichen Ziele zu erreichen, auszugehen.

Art. 25

Schlichtungsverfahren für Streitigkeiten aus dem Zielsteuerungsvertrag oder den vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit

(1) Für Streitigkeiten aus dem Zielsteuerungsvertrag oder den vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen wird beim für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium 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 vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen haben die vom Bund entsandten Mitglieder kein Stimmrecht.

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

1. den Betroffenen und
2. der Bundes-Zielsteuerungskommission sowie
3. der jeweils betroffenen Landes-Zielsteuerungskommission bei Streitigkeiten aus dem vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen

zur Kenntnis zu bringen.

8 Abschnitt Sonstige Bestimmungen

Art. 26

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.

Art. 27

Unterstützungspflicht des Bundes

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

9. Abschnitt

Geltungsdauer und Schlussbestimmungen

Art. 28

Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt nach Einlangen der Mitteilungen aller Vertragsparteien beim für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium, dass die nach der Bundesverfassung bzw. nach den Landesverfassungen erforderlichen Voraussetzungen für das Inkrafttreten erfüllt sind, mit 1. Jänner 2017 in Kraft. Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 200/2013, tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2016 außer Kraft.

Art. 29

Geltungsdauer und Außerkrafttreten

(1) Diese Vereinbarung wird unbefristet abgeschlossen.

(2) Nach dem 31. Dezember 2017 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 Vereinbarungsparteien verpflichten sich, rechtzeitig Verhandlungen über eine Neuregelung oder 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.

Art. 30

Durchführung der Vereinbarung

(1) Die zur Durchführung dieser Vereinbarung notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen sind rückwirkend mit 1. Jänner 2017 in Kraft zu setzen.

(2) Alle bundes- und landesgesetzlichen Regelungen, die im Widerspruch zu dieser Vereinbarung stehen, sind mit 1. Jänner 2017, für die Laufzeit dieser Vereinbarung außer Kraft zu setzen.

Art. 31

Urschrift

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

Die Vereinbarung ist gemäß ihrem Art. 28 mit 1. Jänner 2017 in Kraft getreten.

Drozda

