

Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene

Fassung gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 7. Juni 2024

Zielsteuerung-Gesundheit

abgeschlossen zwischen dem

Bund,
vertreten durch den Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und
Konsumentenschutz,
Stubenring 1, 1010 Wien

dem

Dachverband der Sozialversicherungsträger
für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung,
vertreten durch den Vorsitzenden der Konferenz der Sozialversicherungsträger
und den Büroleiter des Dachverbands der Sozialversicherungsträger,
im Folgenden Dachverband genannt,
Kundmangasse 21, 1031 Wien

dem

Land Burgenland, Land Kärnten, Land Niederösterreich, Land Oberösterreich,
Land Salzburg, Land Steiermark, Land Tirol, Land Vorarlberg, Land Wien,
jeweils vertreten durch den Landeshauptmann / die Landeshauptfrau

Inhaltsverzeichnis

Teil A – Allgemeines

Artikel 1 – Allgemeine Bestimmungen

Artikel 2 – Gesundheitspolitische Prinzipien und Zielsetzungen

Teil B – Steuerungsbereiche

Artikel 3 – Allgemeine Bestimmungen zu den Steuerungsbereichen

Artikel 4 – Strategische und operative Ziele

Artikel 5 – Ziele- und Maßnahmenkatalog

Artikel 6 – Festlegung zur Finanzzielsteuerung

Artikel 7 – Monitoring und Statusübersicht gemäß Art. 18 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit

Artikel 8 – Finanzielle Folgen bei Leistungsverschiebungen

Teil C

Artikel 9 – Grundsätze und Kriterien für die zusätzlichen Mittel gemäß Art. 31 der Vereinbarung gemäß 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

Teil D – Schlussbestimmungen

Artikel 10 – Streitigkeiten aus diesem Vertrag

Artikel 11 – Vertragsänderungen und Salvatorische Klausel

Artikel 12 – Geltungsdauer

Artikel 13 – Sonstiges

Teil E – Anlagen

Anlage 1 – Tableaus zur Finanzzielsteuerung

Anlage 2 – Messgrößenbeschreibungen zum Ziele- und Maßnahmenkatalog

Anlage 3 – Abkürzungsverzeichnis

Anlage 4 – Muster für die Darstellung der Vorhaben gemäß Art. 3 Abs. 2 Z 5 im Jahresarbeitsprogramm

Teil A – Allgemeines

Artikel 1 Allgemeine Bestimmungen

1.1 Gegenstand/Zielsetzung

(1) Dieser Vertrag beruht auf den Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie Zielsteuerung-Gesundheit, und dem Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024, BGBl. I Nr. 191/2023. Damit wird das 2013 eingerichtete partnerschaftliche Zielsteuerungssystem fortgeführt und kontinuierlich weiterentwickelt.

(2) Dieser Vertrag wird vom Bund und den Ländern im Rahmen ihrer gesetzlichen Zuständigkeiten zur Vollziehung von Bundes- und Landesgesetzen sowie vom Dachverband für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen ihrer Kompetenzen als Selbstverwaltungskörper nach Art. 120a ff. B-VG abgeschlossen.

(3) Die in diesem Vertrag verwendeten Begriffe sind im Sinn der in Abs. 1 genannten Rechtsgrundlagen auszulegen.

1.2 Regelungsebenen

(1) Die Vertragsparteien vereinbaren ausgehend von einem gemeinsamen Zukunftsbild über die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems handlungsleitende Prinzipien. Darauf beruhend werden in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung strategische Ziele festgelegt, die wiederum durch operative Ziele konkretisiert werden. Zu jedem operativen Ziel werden Messgrößen mit Zielwerten oder mit Zielvorgaben und entsprechende Maßnahmen zur Zielerreichung für die Bundes- und Landesebene definiert. Die Finanzzielsteuerung wird als integraler Bestandteil fortgeführt und weiterentwickelt. In der Folge sind Jahresarbeitsprogramme und auf Landesebene Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu entwickeln.

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

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

Artikel 2 Gesundheitspolitische Prinzipien und Zielsetzungen

(1) Zur nachhaltigen Ausrichtung des öffentlichen Gesundheitssystems und zur Sicherstellung einer hochqualitativen Gesundheitsversorgung sowie um weiteren Tendenzen zur Privatisierung des medizinischen Leistungsgeschehens entgegenzuwirken, wird das solidarische Gesundheitssystem substantiell auch durch zusätzliche öffentliche Mittel, die über die Bundesgesundheitsagentur abgewickelt werden, gestärkt und ausgebaut. Bei der Planung und Organisation der Gesundheitsversorgung im Rahmen der Zielsteuerung sind die gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen sämtlicher Maßnahmen zu berücksichtigen. Ziel ist ein zweckmäßiger Einsatz begrenzter Ressourcen des öffentlichen Gesundheitssystems mit Orientierung am „Best Point of Service“ unter besonderer Berücksichtigung des Grundprinzips „digital vor ambulant vor stationär“. Dies erfolgt insbesondere durch eine Steuerung von Patient:innenwegen mittels verstärktem Einsatz von eHealth und Telemedizin sowie durch

einen bedarfsgerechten Einsatz dieser Ressourcen, um die wesentlichen Aufgaben der öffentlichen Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

(2) In Hinblick auf das Bevölkerungswachstum und die demografische Entwicklung ist die extra- und intramurale öffentliche Versorgung mit Gesundheitsleistungen entsprechend weiter zu entwickeln, wobei die Stärkung des ambulanten Bereichs zur Entlastung des akutstationären Bereichs im Mittelpunkt steht. Ziel ist es, der Bevölkerung nachhaltig eine wohnortnahe Versorgung auf der Grundlage des Sachleistungsprinzips auch zu Tagesrandzeiten und an Wochenenden möglichst multiprofessionell und interdisziplinär nachhaltig zur Verfügung zu stellen. Dafür sind Maßnahmen für eine integrative und sektorenübergreifende Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens zu forcieren. Im intra- und extramuralen Bereich sind Strukturveränderungen zu intensivieren und werden folgende Schritte gesetzt:

1. Dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ folgend, ist die Digitalisierung im Gesundheitswesen zu forcieren.
2. Ausbau der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur als solides konvergentes Fundament für eine weitreichende Digitalisierung im Gesundheitswesen und an der Nahtstelle zum Pflegewesen.
3. Quantitativ wird der ambulante insbesondere niedergelassene Bereich durch die Schaffung von zusätzlichen Vertragsstellen vorrangig in vergemeinschafteten Formen wie PVE sowie weiterer Angebote ausgebaut. Qualitativ wird die Sachleistungsversorgung im niedergelassenen Bereich durch die Herstellung verbindlicher, moderner und einheitlicher Leistungskataloge je Träger und eines bundesweit einheitlichen Gesamtvertrages der ÖGK samt harmonisierter Honorierung gestärkt.
4. Die gemeinsame Planung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist so weiterzuentwickeln, dass die erforderlichen Strukturveränderungen sektorenübergreifend abgebildet und durch die Erhöhung der Verbindlichkeit entsprechend unterstützt werden.
5. Zur Umsetzung der erforderlichen Strukturmaßnahmen werden über den Weg der Bundesgesundheitsagentur zusätzliche öffentliche Mittel gemäß Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bereitgestellt, deren Verwendung gemeinsam durch die Zielsteuerungspartner festgelegt wird.

(3) Optimierung der Patient:innenströme und -wege gemäß Art. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens nach dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ zur Versorgung der Bevölkerung am „Best Point of Service“. Dazu ist die Gesundheitsberatung 1450 als niederschwellige, digitale Kontaktstelle bei Gesundheitsfragen und gesundheitlichen Problemen einzusetzen sowie die Primärversorgung als allgemeine und direkt zugängliche Kontaktstelle im Sinne einer umfassenden Grundversorgung zu stärken.

(4) Die Sicherstellung von ausreichend und entsprechend qualifiziertem Personal, auch unter Stärkung und Aufwertung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe im öffentlichen Gesundheitssystem ist ein weiterer gesundheitspolitischer Schwerpunkt.

(5) Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung mit Arzneimitteln inkl. Sicherstellung von bundesweit einheitlich festgelegten Regelungen zum Einsatz von

innovativen bzw. hochpreisigen Arzneimitteln unter Wahrung der nachhaltigen Finanzierbarkeit.

(6) Gesundheitsförderung und Prävention werden deutlich ausgebaut und im Rahmen einer gesamtheitlichen und umfassenden Public Health Orientierung als wichtige Säule des Gesundheitssystems etabliert.

(7) Eine flächendeckende verbindliche Verankerung der Qualitätsarbeit auf allen Ebenen des Gesundheitswesens zur Effektivitäts- und Effizienzsteigerung sowie zur Erhöhung der Patient:innensicherheit gemäß den internationalen Patient:innensicherheitszielen der WHO.

(8) Die Verbesserung des Nahtstellenmanagements zwischen den verschiedenen Leistungserbringer:innen.

Teil B - Steuerungsbereiche

Artikel 3

Allgemeine Bestimmungen zu den Steuerungsbereichen

(1) Die Partner der Zielsteuerung verpflichten sich unter Orientierung an den Gesundheitszielen Österreich, die im Art. 4 angeführten strategischen und operativen Ziele sowie die daraus abgeleiteten Maßnahmen gemeinsam zu verfolgen und im eigenen Wirkungsbereich im Rahmen ihrer jeweiligen verfassungsrechtlichen Zuständigkeiten zu implementieren. Ebenso verpflichten sich die Partner der Zielsteuerung-Gesundheit zu einer Umsetzung der in Art. 6 definierten Finanzziele.

(2) Die Operationalisierung der Zielsteuerung-Gesundheit orientiert sich in Hinblick auf Zielhierarchie, Steuerungslogik und Umsetzungsverantwortung an folgenden Eckpunkten:

1. Den strategischen Zielen in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung sind in Art. 4 die für diese Zielsteuerungsperiode maßgeblichen operativen Ziele zugeordnet.
2. Im Art. 4 werden im Rahmen des Ziele- und Maßnahmenkatalogs zum Zwecke der Operationalisierung diesen operativen Zielen jeweils Messgrößen in Form von Indikatoren mit entsprechenden Zielwerten oder Zielvorgaben (Anlage 2) zugeordnet. Diese Indikatoren sollen nach Möglichkeit populationsbezogen bzw. versorgungsorientiert sein und stellen die Grundlage für die Messung der Zielerreichung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit dar.
3. Des Weiteren sind im Ziele- und Maßnahmenkatalog die zur Erreichung der operativen Ziele erforderlichen Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene einschließlich eines Zeitplans (Meilensteine) festgelegt. Dieser Zeitplan ist für die Einschätzung zur Maßnahmenerrreichung maßgeblich.
4. Die Operationalisierung der geplanten Vorhaben/Maßnahmen getrennt für die Landes- bzw. Bundesebene erfolgt jährlich in den von der Bundes-Zielsteuerungskommission zu beschließenden Jahresarbeitsprogrammen.
5. Darüber hinaus werden die Maßnahmen gemäß Art. 9 im Jahresarbeitsprogramm in einem gesonderten Abschnitt anhand der Vorlage in Anlage 4 dargestellt. Die Beschreibung dieser Maßnahmen im Jahresarbeitsprogramm hat jedenfalls zu beinhalten:
 - a) Betroffenes Bundesland
 - b) Umsetzungsverantwortliche (Land/SV)
 - c) Konkretisierung des Vorhabens unter Bezugnahme auf den Ziele- und Maßnahmenkatalog
 - d) Falls relevant, Quantifizierung der geplanten Einheiten/Stellen auf Bundeslandebene
6. Auf Landesebene erfolgt die weitere Operationalisierung und Konkretisierung dieser Maßnahmen im Hinblick auf die termingerechte Umsetzung im Rahmen der jeweiligen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen.

7. Die Landes-Zielsteuerungsübereinkommen können darüber hinaus weitere, über den Zielsteuerungsvertrag hinausgehende, strategische und operative Ziele sowie für deren Erreichung zu setzende Maßnahmen umfassen. Die Erreichung dieser Ziele und Umsetzung dieser Maßnahmen sind nicht Gegenstand des bundesweiten Monitorings (Art. 7).

(3) Für die Umsetzung der vereinbarten Ziele und Maßnahmen sind die notwendigen rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen zu schaffen.

Artikel 4 **Strategische und operative Ziele**

(1) In nachfolgender Tabelle werden die im Ziele- und Maßnahmenkatalog (Art. 5) den operativen Zielen (die den strategischen Zielen zugeordnet sind) zugeordneten Messgrößen (Indikatoren für die Gesamtzielerreichung) und Zielwerte bzw. Zielvorgaben im Überblick dargestellt. Diese messen auf strategischer Ebene die Erreichung der mit der Zielsteuerung-Gesundheit intendierten Zielrichtungen.

(2) Für die in den Artikeln der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit enthaltenen Aufgaben, deren Umsetzung in den ausschließlichen Zuständigkeitsbereich nur eines Zielsteuerungspartners fallen, ist dem Ständigen Koordinierungsausschuss vom jeweils zuständigen Zielsteuerungspartner einmal jährlich zum aktuellen Stand der Arbeiten zu berichten. Die Konkretisierung von Maßnahmen erfolgt in den Jahresarbeitsprogrammen.

Tabelle: Steuerung über strategische und operative Ziele - Übersicht über Ziele, wesentliche weitere Arbeiten und Messgrößen

Operative Themenbereiche Operative Ziele / wesentliche Arbeiten		Messgrößen	
S1: Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes	Themenbereich Versorgung und Ressourcen	Operatives Ziel 1: Stärkung des niedergelassenen Bereichs	(1) Inanspruchnahme der öffentlichen ärztlichen Gesundheitsversorgung
		Operatives Ziel 2: Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und Strukturreformen	(2) Umgesetzte Primärversorgungseinheiten (PVE), Gruppenpraxen und selbständige Ambulatorien
		Operatives Ziel 3: Stärkung der ambulanten Versorgung	(3) Ambulante Frequenzen: Frequenzen spitalsambulanter und extramuraler Patient:innen in Fondskrankenanstalten und im kassenärztlichen Bereich
		Operatives Ziel 4: Optimierung der Patient:innenströme und -wege „digital vor ambulant vor stationär“, um einen effizienten und effektiven Einsatz der limitierten Ressourcen des öffentlichen Gesundheitssystems zu gewährleisten	(4a) Krankenhaushäufigkeit in FKA (4b) Krankenhaushäufigkeit in FKA, PRIKRAF-KA und UKH (exkl. Verlegungen aus KA)
		Operatives Ziel 5: Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals gewährleisten	(5a) Belagstagedichte in FKA (5b) Belagstagedichte in FKA, PRIKRAF-KA und UKH
		Operatives Ziel 6: Stärkung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung	(6) Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden
		Wesentliche weitere Arbeiten <ul style="list-style-type: none"> • ÖSG, inkl. ÖSG VO (ÖSG-Monitoring) • RSG, inkl. RSG VO (RSG-Monitoring) • LKF-Modell und Dokumentationsgrundlagen • Primärversorgung • Humangenetik • Versorgungsforschung • Weiterentwicklung ÖGD 	(7) Ärztliche Versorgungsdichte (8a) Ärztliche Versorgungswirksamkeit des Wahlärzt:innenbereichs (am ambulanten Bereich) (8b) Ärztliche Versorgungswirksamkeit des Wahlärzt:innenbereichs (am niedergelassenen Bereich) (9) Pflegekräfte je 100.000 Einwohner:innen (10a) Absolvent:innen an Medizinuniversitäten (10b) Absolvent:innen ausgewählter Gesundheitsberufe (11) Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen AM/FÄ (12) Ambulante KJP-Angebote
S2: Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse	Themenbereich Qualität	Operatives Ziel 7: Verbesserung der Integrierten Versorgung	(13) In Therapie Aktiv versorgte Patient:innen und teilnehmende Ärzt:innen (AM und IM)
		Operatives Ziel 8: Sicherstellung der Qualität im gesamten Gesundheitswesen	(14a) Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich (14b) Erfahrung mit der medizinischen Versorgung in Österreich
		Wesentliche weitere Arbeiten <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätsstrategie • Patient:innensicherheit • Transparente Information zur Qualitätsarbeit • Qualitätsstandards • A-IQI • HTA und Evidenzsynthesen • Qualitätsregister • Qualitätsberichterstattung 	(15) Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer in Fondskrankenanstalten (16) Vorzeitige Todesfälle durch behandelbare Krankheiten

	Themenbereich Digitalisierung/Daten	<p>Operatives Ziel 9: Neugestaltung der eHealth Governance</p> <p>Operatives Ziel 10: Öffentliche Gesundheitstelematikinfrastruktur (öGTI) sichern und weiterentwickeln</p> <p>Operatives Ziel 11: Anwendungen/Prozesse für digital unterstützte Versorgung bereitstellen und Innovationen managen</p> <p>Operatives Ziel 12: Verbesserung der Steuerungskompetenz im Gesundheitssystem</p> <p>Wesentliche weitere Arbeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient:innenlenkung • Integrierte Versorgung • Diagnosencodierung • Weiterentwicklung der ELGA GmbH 	<p>(17) Anrufe bei 1450 je 100.000 Einwohner:innen und Jahr</p> <p>(18) Nutzung ELGA durch Bürger:innen und GDA</p>
	Themenbereich Medikamente	<p>Operatives Ziel 13: Optimierung der Medikamentenversorgung zur Sicherstellung eines einheitlichen, wohnortunabhängigen Zugangs zu Arzneispezialitäten</p>	<p>(19) Anzahl der bundesweit einheitlich eingesetzten und sektorenübergreifend finanzierten Arzneispezialitäten</p> <p>(20) Verhältnis Ausgaben Arzneimittel intramural zu extramural</p> <p>(21a) Polypharmazie Prävalenz</p> <p>(21b) Potentiell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren</p>
<p>S3: Erhöhung der Zahl der gesunden Lebensjahre und Verbesserung der Lebensqualität von gesunden und erkrankten Personen</p>	Themenbereich Gesundheitsförderung & Primärprävention & Gesundheitskompetenz & Impfen	<p>Operatives Ziel 14: Stärkung von zielgerichteter Gesundheitsförderung und Primärprävention</p> <p>Operatives Ziel 15: Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung</p> <p>Operatives Ziel 16: Etablierung des ÖIP, Erweiterung und Ausbau der Impfsettings im ÖIP sowie Verbesserung der Impfazeptanz</p> <p>Wesentliche weitere Arbeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsziele Österreich • Mundgesundheit • Ausgaben Gesundheitsförderung 	<p>(22) Gesunde Lebensjahre bei Geburt</p> <p>(23) Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz</p> <p>(24) Täglich Rauchende</p> <p>(25a) Pro Kopf Konsum Alkohol</p> <p>(25b) Problematischer Alkoholkonsum</p> <p>(26) Kariesfreie Kinder</p> <p>(27) Vorzeitige Todesfälle durch vermeidbare Todesursachen</p> <p>(28) Durchimpfungsraten Kinder für Erkrankungen mit internationalen Eliminations- und Eradikationsprogrammen/-zielen</p> <p>(29) Anzahl der in einem öffentlichen Impfprogramm bereitgestellten Impfungen</p>
<p>S4: Gewährleistung einer langfristigen Finanzierbarkeit der öffentlichen Gesundheitsausgaben</p>	Themenbereich Langfristige Finanzierbarkeit, Monitoring und Evaluierung, Transparenz	<p>Operatives Ziel 17: Nachhaltige Ausrichtung des Gesundheitssystems und Transparenz sicherstellen</p> <p>Wesentliche weitere Arbeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Outcomemessung • Monitoring Zielsteuerung-Gesundheit 	<p>Messgrößen und Zielwerte siehe Finanzzielsteuerung bzw. Einhaltung der Ausgabenobergrenzen Art. 6</p>

Artikel 5 Ziele- und Maßnahmenkatalog

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

Themenbereich	Versorgung und Ressourcen
Operatives Ziel 1	Stärkung des niedergelassenen Bereichs

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Entwicklung und Umsetzung eines bundesweit einheitlichen Gesamtvertrags der ÖGK samt harmonisierter Honorierung	Ende 2026 (Entwicklung) laufend (Umsetzung)
	2: Herstellung verbindlicher, moderner und einheitlicher Leistungskataloge je Träger	Ende 2026
	3: Prüfung rechtlicher und organisatorischer Voraussetzungen zur möglichen Schaffung einer einheitlichen Regelung von vergemeinschafteten ambulanten Strukturen bzw. Gesundheitseinrichtungen (Gruppenpraxen, PVE, selbständige Ambulatorien)	Ende 2025
	4: Prüfung und Umsetzung von Rahmenbedingungen und Anreizen zur Stärkung der Sachleistungsversorgung einschließlich Umleitung von Wahlärzt:innen in das öffentliche Gesundheitssystem	bis Ende 2024 (Prüfung) Laufend (Umsetzung)
	5: Schaffung von Regelungen für versorgungswirksame Teilkassenverträge für im öffentlichen Gesundheitssystem angestellte Ärzt:innen	Ende 2025
	6: Etablierung von Ärztebereitstellungseinrichtungen	Ende 2028
	7: Identifikation und Beschreibung von Fach- / Versorgungsbereichen, die im Sinne der Patient:innenversorgung sowie aus qualitativer und gesundheitsökonomischer Sicht besonders geeignet sind, in multiprofessioneller und vergemeinschafteter Form angeboten zu werden	Ab 2024
	8: Umsetzung von telemedizinischen Angeboten im niedergelassenen Bereich	Laufend
Landesebene	1: Schaffung von zusätzlichen Vertragsstellen vorrangig in vergemeinschafteten Formen und Erweiterung der Kapazitäten von Vertragsstellen (z.B. durch Anstellung)	Laufend
	2: Sicherstellung der Sachleistungsversorgung durch den bedarfsgerechten Ausbau von Vertragsambulatorien und SV-eigenen Gesundheitseinrichtungen im Bereich der Allgemeinmedizin, von Fachärzt:innenzentren und in der zahnärztlichen Versorgung	Laufend
	3: Auf- und Ausbau der Primärversorgung, insbesondere in Form von PVE inkl. Kinder-PVE	Laufend
	4: Auf- und Ausbau der ambulanten Fachversorgung, insbesondere in Form von vergemeinschafteten Versorgungsformen	Laufend
	5: Verbesserung der Leistungserbringung beispielsweise durch Sicherstellung des Leistungsangebots zu Tagesrandzeiten und Wochenenden sowie durch Erweiterung des Sachleistungsangebots um neue Leistungen	Laufend
	6: Auf- und Ausbau des Sachleistungsangebots im Bereich der Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Hebammen, Psychologie, Psychotherapie	Laufend

	7: Umsetzung von telemedizinischen Angeboten im niedergelassenen Bereich	Laufend
	8: Etablierung von Ärztebereitstellungseinrichtungen	Laufend
	9: Schaffung von versorgungswirksamen Teilkassenverträgen für im öffentlichen Gesundheitssystem angestellte Ärzt:innen	Laufend

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

Themenbereich	Versorgung und Ressourcen
Operatives Ziel 2	Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und Strukturreformen

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Analyse von fördernden und hemmenden Faktoren bei der Umsetzung tagesklinischer oder ambulanter Leistungserbringung und Ableiten von Maßnahmen	Mitte 2025 (Analyse) Laufend (Umsetzung)
	2: Entwicklung von Empfehlungen für Rahmenbedingungen und Prozesse der Vor- und Nachbehandlung von tagesklinischen/ambulanten sowie von vollstationären Eingriffen	Ab 2024
Landesebene	1: Entlastung des stationären Bereichs und Forcierung tagesklinischer und spitalsambulanter Leistungserbringung durch Auf- und Ausbau entsprechender Strukturen	Laufend
	2: Umsetzung von telemedizinischen Angeboten im spitalsambulanten Bereich	Laufend
	3: Stärkung von Angeboten an der Nahtstelle intra-/ extramural durch Aus- und Aufbau von Krankenanstalten vorgelegerten Einrichtungen [etwa Medizinische Versorgungszentren und Erstversorgungsambulanzen (insb. unter Berücksichtigung von PVE)] sowie telemedizinischer Angebote	Laufend
	4: Auf- und Ausbau von spitalsambulanten Angeboten (einschl. telemedizinischer Leistungen) sowie Fortführung von bereits initiierten Vorhaben (gemäß Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens). Auf Basis des ÖSG und RSG sind insbesondere folgende Vorhaben umfasst: a) Schmerzversorgung b) onkologische Versorgung c) spezifische Therapien bei definierten Augenerkrankungen d) psychische Versorgung von Kindern und Jugendlichen inklusive Innovative Versorgungsformen e) psychische Versorgung von Erwachsenen inklusive Innovative Versorgungsformen f) Versorgung von Diabeteserkrankungen (inklusive Gestationsdiabetes) g) Wundversorgung h) Versorgung von Menschen mit komplexen postviralen/postinfektiösen Syndromen i) kontinuierliche Versorgung von Menschen mit Herzschrittmachern j) Ersatz bzw. Umwandlung von bettenführenden Einheiten/Standorten durch Medizinische Versorgungszentren und Erstversorgungsambulanzen (insbesondere unter Berücksichtigung von PVE) sowie medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen/ tagesambulanten oder spitalsambulanten Bereich k) Telemedizinische Angebote (einschl. Telekonsultationen) zur Forcierung von Leistungen im digitalen Bereich l) Umsetzung und Unterstützung einer niederschweligen und zielgerichteten Patient:inneninformation sowie der Steuerung von Patient:innenwegen gemäß Art. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens	Laufend

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

Themenbereich	Versorgung und Ressourcen
Operatives Ziel 3	Stärkung der ambulanten Versorgung

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Erarbeitung eines bundesweit einheitlichen Plans für den Auf- und Ausbau von telemedizinischen Angeboten (z.B. Videokonsultationen, digitale Gesundheitsanwendungen)	Ende 2025
	2: Strukturierte Unterstützung bei Einführung der ambulanten Diagnosecodierung gemäß ICD für Vertragspartner:innen der SV sowie Spitalsambulanzen 2025, für Nicht-Vertragspartner:innen 2026	Laufend
	3: Festlegung der zukünftigen Vorgehensweise beim Thema Langzeitbeatmung inkl. der dafür erforderlichen Rahmenbedingungen als Grundlage für eine möglichst bedarfsgerechte Versorgung im Sinne des Best Point of Service unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts	Ende 2024
	4: Analyse der Zuweisungen durch Ärzt:innen zu CT- und MR-Untersuchungen und Ableitung von Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene	Ende 2026
Landesebene	1: Verstärkte Berücksichtigung von Kooperationsvereinbarungen zur gemeinsamen Nutzung von Großgeräten (MR, CT) intra- und extramural gemäß Art. 5 Abs. 3 Z 11 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens	Laufend

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

Themenbereich	Versorgung und Ressourcen
Operatives Ziel 4	Optimierung der Patient:innenströme und -wege „digital vor ambulant vor stationär“, um einen effizienten und effektiven Einsatz der limitierten Ressourcen des öffentlichen Gesundheitssystems zu gewährleisten

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Erarbeitung und Vorlage eines Konzepts (einschließlich Vorgaben für eine Evaluierung und Indikatoren) an die Bundes-Zielsteuerungskommission zur Konkretisierung der Vorgaben in Art. 9 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zur zielgerichteten, qualitätsvollen und verbindlichen Steuerung von Patient:innenwegen durch die Etablierung wirksamer Anreize	Mitte 2024 Ende 2024 (Messgrößen)
	2: Basierend auf dem Konzept: Auf- und Ausbau von Angeboten zur Anleitung und Begleitung der Patient:innen durch das Gesundheitssystem hin zum „Best Point of Service“	Ende 2026
	3: Inhaltliche Ausgestaltung der fachlichen Anforderungen von telefonischer, webbasierter und telemedizinischer Beratung/Anleitung (insbesondere Gesundheitsberatung 1450, gesundheit.gv.at) in enger Abstimmung mit Themenbereich Digitalisierung/Daten	Mitte 2025
	4: Basierend auf dem Konzept: Umsetzung einer einheitlichen und lückenlosen elektronischen Dokumentation und Aufbau eines Informationsmanagements über alle betroffenen GDA hinweg	Ende 2026
	5: Ausbau der zentralen Rolle der Primärversorgung durch Stärkung der Lotsenfunktion und der Koordinierung im Gesundheitssystem	Laufend
	6: Verankerung der Gesundheitsberatung 1450 als ELGA GDA mit einer ELGA-Rolle	Mitte 2025
	7: Konzeptionierung und Schaffung der notwendigen Rahmenbedingungen für ein Termin-Managementsystem sowie eines Systems zur Erfassung von Öffnungszeiten und des Leistungsangebots für alle im Rahmen der Sachleistungsversorgung tätigen Gesundheitsdienstleister:innen mit Fokus auf den extramuralen Bereich – im extramuralen Bereich durch die SV, für relevante Einrichtungen im intramuralen Bereich durch die Länder	Ende 2026
Landesebene	1: Umsetzung der im Konzept auf Landesebene adressierten Maßnahmen	Laufend
	2: Umsetzung des Termin-Managementsystems sowie des Systems zur Erfassung von Öffnungszeiten und des Leistungsangebots	Ende 2027

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

Themenbereich	Versorgung und Ressourcen
Operatives Ziel 5	Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals gewährleisten

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Erarbeitung eines gemeinsamen Maßnahmenpakets zur nachhaltigen Sicherstellung und Attraktivierung der Gesundheitsberufe, wobei inhaltlich die Vorgaben der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Art. 8 Abs. 5 und 6 sowie Art. 44 heranzuziehen sind	Ende 2024
	2: Erstellung einer IST-Analyse, Anpassung der Datengrundlagen (z.B. KA-Statistik) sowie anschließend Aufbau und Ausbau eines Monitorings (inkl. Ausbildungsstellen) nach Priorisierung, für welche ärztlichen Sonderfächer bzw. Gesundheitsberufe sowie in welcher regionalen Auflösung das Monitoring und die Bedarfsplanung durchzuführen sind	Ende 2024 (Ist-Analyse) Ende 2025 (Monitoring)
	3: Auf Basis der Daten aus den Monitorings sind Prognosen zum Personalbedarf zu erstellen, die als Grundlagen für weitere Maßnahmen, u.a. zur erforderlichen Dimensionierung im Bereich Studien- und Ausbildungsplätze unter Berücksichtigung relevanter Rahmenbedingungen, dienen sollen. Dabei sind die Wechselwirkungen zwischen den Gesundheitsberufen und auch zwischen den Bundesländern und Sektoren (Gesundheit/Soziales) zu berücksichtigen	Ende 2026
	4: Basierend auf einer Analyse zu bereits bestehenden Erhebungen zur Mitarbeiter:innen-/Vertragspartner:innenzufriedenheit Erstellung eines Konzepts und Darstellung von (unterschiedlichen) Lösungsansätzen, für welche Gesundheitsberufe und wie Erhebungen zur Mitarbeiter:innen-/Vertragspartner:innenzufriedenheit in den unterschiedlichen Versorgungsebenen und den unterschiedlichen Berufsgruppen durchgeführt werden können	Ende 2024 (Analyse) Ende 2025 (Konzept)
	5: Implementierung der vereinbarten Erhebungen zur Mitarbeiter:innen-/Vertragspartner:innenzufriedenheit in den unterschiedlichen Versorgungsebenen und den unterschiedlichen Berufsgruppen	Anfang 2026 (Beginn Erhebung)
	6: Ableitung und nach Maßgabe der Möglichkeiten Umsetzung von Maßnahmen in den unterschiedlichen Versorgungsebenen auch basierend auf den schon in der ZS-G-Periode 2022-2023 getätigten Vorarbeiten	Ende 2028
	7: Öffnung der Vorbehaltsbereiche zwischen und innerhalb der Gesundheitsberufe, insbesondere Erweiterung der Kompetenzen der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe durch verstärkte Kompetenzorientierung und Abbau berufsrechtlicher Schranken zwischen und innerhalb der gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe unter besonderer Berücksichtigung der erworbenen Ausbildungen und Spezialisierungen, dies insbesondere mit dem Ziel der Versorgungswirksamkeit und der Verbesserung der inter- und intraprofessionellen Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe im intra- und extramuralen Setting	Laufend

	8: Aktualisierung der Berufsbilder und Berufsrechte, insbesondere der gehobenen medizinisch-technischen Dienste und der Psychotherapeut:innen etc.	Ende 2024
	9: Erweiterung der Grundkompetenzen von Fachärzt:innen, wobei eine Evaluierung der Ärzte-Ausbildungsordnung (ÄAO) 2015 in Hinblick auf die Differenzierung der Sonderfächer durchzuführen ist	Ende 2025 (Evaluierung Basisausbildung, Innere Medizin, Allgemein Chirurgie) Ab 2026 (Erweiterung Grundkompetenzen)
	10: Schaffung von Rahmenbedingungen zur Erleichterung von Nostrifikationen, insbesondere des Nachholens fehlenden Wissens, von Kenntnissen und Fertigkeiten (z. B. Verfahrensbeschleunigung durch eine Datenbank für ausländische Qualifikationen)	Laufend
	11: Rechtliche Anpassungen in Bezug auf die Spezialisierungen in der Gesundheits- und Krankenpflege, insbesondere in Bezug auf die Ausbildungsinhalte	Ende 2025
Landesebene	1: Umsetzung von Maßnahmen zur Attraktivierung der Gesundheitsberufe basierend auf den schon in der ZS-G-Periode 2022-2023 getätigten Vorarbeiten sowie auf den Ergebnissen der Erhebungen	Laufend
	2: Umsetzung der auf Bundesebene akkordierten Maßnahmen	Ab 2025

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

Themenbereich	Versorgung und Ressourcen
Operatives Ziel 6	Stärkung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Erarbeitung eines Konzepts zur abgestimmten psychosozialen Versorgung auf allen Ebenen	Ende 2026
	2: Stärkung der Sachleistungsversorgung im Bereich der psychischen Gesundheit unter Berücksichtigung innovativer Ansätze (z.B. Home-Treatment, F-ACT (flexible assertive community treatment = kommunenbasierte mobile PSY-Teams für schwerkranke Patient:innen), Transitionspsychiatrie) und Verankerung ergänzender Planungsparameter im ÖSG	Ab 2024
	3: Konzeptionierung von abgestimmten Angeboten (z.B. Hotlines) im Rahmen der Suizidprävention	Ende 2028
Landesebene	1: Bedarfsgerechter Auf- und Ausbau (unter Berücksichtigung der Versorgungssituation in den Bundesländern) von multiprofessionellen Strukturen der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung für Kinder/Jugendliche sowie für Erwachsene inklusive innovativer Versorgungsformen, insbesondere psychosoziale Zentren im multidisziplinären Setting, zur Verbesserung der Sachleistungsversorgung für funktionell-therapeutische und psychotherapeutische Leistungen	Laufend

In der nachfolgenden Liste werden in Ergänzung zu den oben angeführten Zielen und Maßnahmen die wesentlichen weiteren Arbeiten im Themenbereich „Versorgung und Ressourcen“ dargestellt.

Arbeit	Konkretisierung der Arbeiten	Zeitplan
ÖSG 2024 und ÖSG VO	Aktualisierung der ÖSG-Inhalte und ÖSG VO insbesondere im Hinblick auf die notwendigen Vorgaben für die Umsetzung der verbindlichen Planung und der Versorgungsaufträge auf regionaler Ebene	Ende 2024
ÖSG	Aktualisierung der ÖSG-Inhalte	Jährlich
	Weiterentwicklung der ÜRVV inkl. Sicherstellung der Finanzierung	Laufend
	Weiterentwicklung der Strukturqualitätskriterien	Laufend
	Festlegung und Vorgabe einer einheitlichen Vorgangsweise bei der Überprüfung der Einhaltung von Strukturqualitätskriterien (spez. Leistungsmatrizen) inkl. Konsequenzen im Falle der Nichterfüllung	Ende 2026
	Durchführung des ÖSG-Monitorings inkl. Kontrolle der Einhaltung der Strukturqualitätskriterien (LM-Monitoring)	Jährlich
	Weiterentwicklung ÖSG in Bezug auf notwendige Vorgaben für innovative Versorgungsformen in den RSG	Jährlich
ÖSG VO	Aktualisierung und Erlass der ÖSG VO durch die Gesundheitsplanungs GmbH (GPG)	Jährlich
RSG 2030 und RSG VO	Aktualisierung der RSG-Inhalte und RSG VO entsprechend den Vorgaben des ÖSG insbesondere in Verbindung mit der Verbindlichkeit der Planung	Ende 2025
RSG	Aktualisierung der RSG-Inhalte auch in Hinblick auf die bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen	Bei Bedarf
	Forcierung der ambulanten und tagesklinischen Leistungserbringung	Laufend
	Erhöhung der Effektivität und Effizienz der Versorgungsstrukturen bzw. die Überwindung von kleinteiligen Organisationsformen durch die Bündelung komplexer Leistungen an geeigneten Standorten	Laufend
	Durchführung des RSG-Monitorings	Jährlich
RSG VO	Aktualisierung und Erlass von RSG VO durch die GPG	Bei Bedarf
LKF-Modell und Dokumentationsgrundlagen	Weiterentwicklung LKF-Modell auf Basis Neukalkulation und Aktualisierung Dokumentationsgrundlagen	Mitte 2024
	Wartung LKF-Modell und Dokumentationsgrundlagen	Jährlich
Primärversorgung	Fortführung der strukturierten Unterstützung hinsichtlich Informationen und Gründung von PVE und vergemeinschafteten Formen sowie der Vernetzung und des Austauschs/Wissenstransfers mit, unter und zwischen Gesundheitsberufen (Plattform Primärversorgung)	Laufend
Humangenetik	Prüfung der Indikationskriterien prädiktiver humangenetischer Analysen bei familiären Krebsdispositionssyndromen	Ende 2026
	Erarbeitung einer gemeinsamen Strategie für die Neugestaltung der genetischen Versorgung	Ende 2026
Versorgungsforschung	Weiterführung der Entwicklung morbiditätsbasierter Methoden der Bedarfsschätzung in der Gesundheitsversorgung und pilothafte Anwendungen	Laufend
Weiterentwicklung ÖGD	Weiterentwicklung und Umsetzung der Aufgaben des ÖGD insbesondere durch Überarbeitung der rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen unter Beibehaltung der bestehenden Zuständigkeiten	Laufend

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

Themenbereich	Qualität
Operatives Ziel 7	Verbesserung der Integrierten Versorgung

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Entwicklung und Finalisierung der fachlichen, rechtlichen und technischen (ELGA) Rahmenbedingung zur Umsetzung der aktuell vorliegenden Konzepte zur Integrierten Versorgung Diabetes mellitus Typ 2 und Herzinsuffizienz – inklusive Evaluationen als Vorlage für weitere Konzepte integrierter Versorgung chronischer Erkrankungen	Ende 2026
	2: Entwicklung von zumindest zwei weiteren Konzepten zur integrierten Versorgung chronisch Erkrankter	Ende 2028
	3: Optimierung der Versorgung von Menschen mit Behinderung	Laufend
	4: Stärkere Berücksichtigung von pauschalierten bzw. gebündelten Honorierungen zur Unterstützung der integrierten Versorgung	Ende 2028
Landesebene	1: Umsetzung der bundesweiten Vorgaben zur Integrierten Versorgung Diabetes mellitus Typ 2 und Herzinsuffizienz, wobei die regionalen Projekte mit den bundesweiten Vorgaben in Einklang zu bringen sind	Ab 2027
	2: Auf- und Ausbau interdisziplinärer und multiprofessioneller Versorgungsformen zur Optimierung der Versorgung von chronisch Kranken und Menschen mit Behinderung	Laufend

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

Themenbereich	Qualität
Operatives Ziel 8	Sicherstellung der Qualität im gesamten Gesundheitswesen

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von unabhängigen jeweils bundesweit einheitlichen Qualitätssicherungssystemen für alle GDA im niedergelassenen Bereich in Zusammenarbeit mit der jeweiligen Berufsgruppe, inkl. transparentem Berichtswesen	Ende 2026
	2: Weiterentwicklung von sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren für den ambulanten Bereich (A-OQI) auf Basis der Routinedokumentation von bundesweit einheitlichen Diagnosen und Leistungen im intra- und extramuralen Bereich	Ende 2028
	3: Erarbeitung einer gemeinsamen (Qualitäts-) Registerstrategie (inkl. Definition von Standards, Einmeldeschnittstellen), Etablierung und Weiterentwicklung	Mitte 2025
	4: Weiterentwicklung und periodische Durchführung der sektorenübergreifenden Patient:innenbefragung mit Fokus auf „patient-reported experiences and outcomes“ (PREM/PROM) und Publikation sowie Ableitung von Maßnahmen sowie Teilnahme an internationalen Initiativen (PaRIS/OECD)	Laufend
Landesebene	1: Umsetzung der Empfehlungen der Registerstrategie betreffend Dateneingabe, Datenqualitätssicherung und fristgerechte Übermittlung der Daten via entsprechender Schnittstellen	Ab Mitte 2025
	2: Umsetzung der Maßnahmen aus A-IQI Empfehlungen	Laufend

In der nachfolgenden Liste werden in Ergänzung zu den oben angeführten Zielen und Maßnahmen die wesentlichen weiteren Arbeiten im Themenbereich „Qualität“ dargestellt.

Arbeit	Konkretisierung der Arbeiten	Zeitplan
Qualitätsstrategie	Weiterentwicklung der Qualitätsstrategie auf Basis der Vorgaben der neuen ZS-G-Periode	Mitte 2025
	Umsetzung empfohlener Maßnahmen (inkl. Monitoring)	
Patient:innensicherheit	Neukonzeptionierung der Patient:innensicherheitsstrategie in enger Abstimmung mit der Überarbeitung der Qualitätsstrategie	Mitte 2025
	Schaffung von (rechtlich verbindlichen und organisatorischen) Rahmenbedingungen zur Umsetzung empfohlener Maßnahmen der Patient:innensicherheitsstrategie	Mitte 2026
Transparente Informationen zur Qualitätsarbeit	Zurverfügungstellung von Informationen zur Qualitätsarbeit für zentrale Akteur:innen des österr. Gesundheitswesens, Fachpublikum, Bevölkerung und Patient:innen	Beginn 2025
	Einrichtung eines Bereichs auf kliniksuche.at bzw. Gesundheitsqualitätsportal für GDA/Zielsteuerungspartner (Data Management Cockpit)	Ende 2026
Qualitätsstandards (QS)	Fertigstellung der Aktualisierung der Methodik für QS	Mitte 2024
	Evaluierung und Aktualisierung der Methode zur Erstellung von QS gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG)	Ende 2026
	Fertigstellung von QS inkl. Indikatoren und Erarbeiten entsprechender Patient:inneninformationen	Laufend
	Standardisierte Evaluierung mittels festgelegter Indikatoren/Befragungen und Fortschreibung bzw. Aktualisierung von QS (entsprechend der Gültigkeit von idR. 5 Jahren)	Laufend
	Regelmäßige Priorisierung von neuen Themen für QS anhand eines standardisierten Prozesses	Laufend
	Erstellung neuer QS, Themen gemäß Priorisierung	Laufend
	Regelmäßiges Monitoring der Umsetzung von QS, vorzugsweise mittels Routedaten	Laufend
A-IQI	Evaluierung und Weiterentwicklung von kliniksuche.at	Ende 2027
	Erhöhung der internen Transparenz zwischen den Zielsteuerungspartnern	Laufend
HTA und Evidenzsynthesen	Nationale Umsetzung der EU HTA-VO	Anfang 2025
	Systematische Aufbereitung von Evidenz (inkl. methodischer Qualitätsbewertungen)	Laufend
Qualitätsregister	Führung und regelmäßige Weiterentwicklung der bestehenden Qualitätsregister	Laufend
	Finalisierung der Registerstrategie für bundesweite Qualitätsregister inkl. Festlegung von entsprechenden Kriterien	Ende 2024
	Aufbau neuer Qualitätsregister basierend auf den Ergebnissen der Registerstrategie	Ende 2028
Qualitätsberichterstattung (QBE)	QBE für Selbständige Ambulatorien, KA der Akutversorgung, KA der stationären Rehabilitation, KA der Langzeitversorgung, Genesung und Prävention	Ab 2025
	Qualitätsbericht ndgl. Bereich	Jährlich

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

Themenbereich	Digitalisierung / Daten
Operatives Ziel 9	Neugestaltung der eHealth/ELGA Governance

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Ausgestaltung der ELGA GmbH zu einer wirkungsvollen und effizienten gemeinsamen eHealth-Einrichtung für die Planung und Koordination der Weiterentwicklung von eHealth und ELGA (insbesondere weitere eHealth- und ELGA-Anwendungen, z. B. soll die bundesweit einheitliche Diagnosencodierung für alle weiteren GDA in ELGA sichtbar gemacht und die „patient summary“ in ELGA implementiert werden) und erforderlichenfalls Anpassung der gesellschaftsrechtlichen Grundlagen	2024
	2: Etablierung einer neuen Governance-Struktur für eHealth	2024
	3: Erweiterung der bestehenden Berichts- und Monitoringstrukturen der ELGA GmbH samt Anbindung dieser an die bestehenden Strukturen der Zielsteuerung	2024

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

Themenbereich	Digitalisierung / Daten
Operatives Ziel 10	Öffentliche Gesundheitstelematikinfrastruktur (öGTI) sichern und weiterentwickeln

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Weiterentwicklung der öGTI inklusive Ausbau der Strukturen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung	Dezember 2028
	2: Anbindung weiterer GDA an die öGTI und Steigerung der Nutzung von ELGA	Laufend
	3: Ausbau der IKT-Sicherheitskompetenz im Gesundheitswesen und Integration in bestehende Strukturen	Laufend
Landesebene	1: Harmonisierung der Projekte auf Landesebene entsprechend den bundesweiten Rahmenbedingungen zur öGTI	Dezember 2028
	2: Anbindung weiterer GDA auf Landesebene an die öGTI und Steigerung der Nutzung von ELGA	Laufend
	3: Umsetzung bundesweiter Vorgaben zu IKT-Sicherheit (z.B. Meldeverpflichtungen), Ausbau der IKT-Sicherheitskompetenz im Gesundheitswesen und Integration in bestehende Strukturen auf Landesebene	Laufend

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

Themenbereich	Digitalisierung / Daten
Operatives Ziel 11	Anwendungen/Prozesse für digital unterstützte Versorgung bereitstellen und Innovationen managen

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Gemeinsame fachliche und technische Erarbeitung von Konzepten zur Umsetzung der in Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens festgelegten Vorhaben	Laufend
	2: Technische Umsetzung der in Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens festgelegten Vorhaben	Ende 2028
	3: Erarbeitung des technischen Konzepts der in Art. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens festgelegten Projekte und Integration dieses Konzepts in Maßnahme 1 des operativen Ziels 4	Ende 2025
	4: Technische Umsetzung des Ausbaus der technischen Unterstützung (gemäß den vorgesehenen Projekten in Art. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) durch u.a. telefonische, webbasierte und telemedizinische Beratung/Anleitung (insbesondere Gesundheitsberatung 1450, gesundheit.gv.at) in enger Abstimmung mit Themenbereich Versorgung und Ressourcen	Ende 2028
	5: Festlegung von Standards für den Datenaustausch im Gesundheitswesen	Laufend
	6: Entwicklung und Regulierung digitaler Gesundheitsanwendungen und Verankerung in der Regelversorgung	Ende 2027
	7: Die Gesundheitsberatung 1450 ist in die eHealth Governance zu überführen und darüber hinaus als gemeinsames Projekt zu finanzieren, zu steuern, zentral auszubauen sowie um eine web- und app-basierte Gesundheitsberatung unter Einbindung gesundheit.gv.at zu ergänzen	Ende 2027
	8: Weiterentwicklung, Ausbau und Modernisierung von ELGA und Verpflichtung aller GDA zur vollständigen Dokumentation in ELGA und Teilnahme am Austrian Health CERT	Siehe gesetzliche Verpflichtung
	9: Das e-card-System ist eIDAS-konform auszugestalten	Ende 2026
	10: Verbesserung der technischen und semantischen Interoperabilität auf der Grundlage internationaler Standards und Nomenklaturen	Ende 2026
	11: Telemedizinische Services werden ausgebaut und als ein wesentliches Element in der Versorgung etabliert	Ende 2027
	12: Telemedizin soll auch für „Managed Care“ Modelle im Sinne von integrierten Versorgungsmodellen für einzelne Patient:innengruppen und die stringente Steuerung der Patient:innen eine zentrale Rolle einnehmen	Ende 2028
	13: Forcierung gesundheitsökonomischer Ansätze auch im Bereich der digitalen Gesundheitsanwendungen	Laufend
	14: Etablierung weiterer eHealth Anwendungen	Laufend

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

Themenbereich	Digitalisierung / Daten
Operatives Ziel 12	Verbesserung der Steuerungskompetenz im Gesundheitssystem

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Erarbeitung eines Konzepts zur Umsetzung der behördlichen Datenauswerteplattform gemäß § 9a Abs. 1 Z 1 lit. e und § 11 G-ZG	Ende 2024
	2: Bereitstellung der technischen und organisatorischen Infrastruktur und Datengrundlagen zur behördlichen Datenauswerteplattform gemäß § 9a Abs. 1 Z 1 lit. e und § 11 G-ZG	Mitte 2025
	3: Umsetzung ausgewählter Anwendungsfälle, die im Rahmen der behördlichen Datenauswerteplattform gemäß § 9a Abs. 1 Z 1 lit. e und § 11 G-ZG durchgeführt werden sollen	Ende 2027
	4: Überleitung der technischen und organisatorischen Infrastruktur hin zu einer dauerhaften Grundlage zur Auswertung von Gesundheitsdaten für die Planung und Steuerung des öffentlichen Gesundheitssystems	Ende 2028

In der nachfolgenden Liste werden in Ergänzung zu den oben angeführten Zielen und Maßnahmen die wesentlichen weiteren Arbeiten im Themenbereich „Digitalisierung / Daten“ dargestellt.		
Arbeit	Konkretisierung der Arbeiten	Zeitplan
Patient:innenlenkung	Die Maßnahmen zu operativem Ziel 4 sehen die Erarbeitung eines Konzepts zur Verbesserung der Patient:innenlenkung vor. Ausgehend von diesem Konzept, sind insbesondere die Arbeiten im Rahmen des Ausbaus der telemedizinischen Leistungen sowie der technischen Unterstützung zu Terminvereinbarungen umzusetzen	Ende 2028
Integrierte Versorgung	Etablierung digitaler Unterstützungsmöglichkeiten zur Versorgung von chronisch kranken Menschen	Ende 2028
Diagnosencodierung	Technische Umsetzung der verpflichtenden Diagnosecodierung im ambulanten Bereich für Vertragspartner:innen der Sozialversicherung und Nicht-Vertragspartner:innen der Sozialversicherung	Ende 2024 (Vertragspartner:innen) Ende 2025 (Nicht-Vertragspartner:innen)
	Sicherstellung der technischen, organisatorischen und rechtlichen Möglichkeiten zur Datennutzung	Ende 2025
Weiterentwicklung der ELGA GmbH	Etablierung einer zentralen Themenplanung samt Programm- und Projektportfoliomanagement zu Projekten im Bereich Digitalisierung im öffentlichen Gesundheitswesen (inkl. Bereitstellung PMO)	Ende 2024
Öffentliche Gesundheits- telematikinfrastruktur (öGTI)	„Know-How“ Bündelung in allen Bereichen der Digitalisierung im öffentlichen Gesundheitswesen	Laufend
	Koordinierung der gemeinsamen Budgetplanung für die Mittel aus der Basiszuwendung sowie den zusätzlichen Mitteln gemäß Art. 31 Abs. 1 Z 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für Digitalisierung samt Etablierung eines Monitoringmechanismus, der auch Verrechnungs- und Abrechnungsinformationen umfasst	Ende 2028
	Technische Koordinierung und Monitoring der öGTI	Laufend
	Festlegung von eHealth Standards für die öGTI	Laufend

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

Themenbereich	Medikamente
Operatives Ziel 13	Optimierung der Medikamentenversorgung zur Sicherstellung eines einheitlichen, wohnortunabhängigen Zugangs zu Arzneispezialitäten

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Implementierung des Bewertungsboards unter Berücksichtigung des Zusammenspiels mit vorgelagerten Arbeiten (z.B. Horizon Scanning) und nachgelagerten Arbeiten (z.B. Verwendung von Routinedaten i.Z.m. Begleitmaßnahmen gemäß § 62e Abs. 4 Z 4 KaKuG und Aufbau eines gemeinsamen Verhandlungsteams und Capacity Building)	Laufend
	2: Entwicklung und Umsetzung von Versorgungsmodellen und sektorenübergreifenden Finanzierungskonzepten mit gemeinsamer Finanzverantwortung: Bestandsaufnahme bestehender geteilter Finanzierungen und Schaffung einer Rahmenvereinbarung zur bundesweit einheitlichen Finanzierung jedenfalls in enger Abstimmung mit dem Bewertungsboard (für Arzneispezialitäten an der Nahtstelle)	Ende 2025
	3: Ausarbeitung eines Vorschlags für die Verwendung der Mittel gemäß Art. 34 Abs. 2 Z 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (insbesondere Definition von Einschlusskriterien für Arzneispezialitäten, Anwendungskriterien und Evaluierungskriterien)	Ende 2025
	4: Sicherstellung der Arzneimittelversorgung insbesondere durch Ausweitung der Lagerung von versorgungsrelevanten Arzneimitteln und kritischen Wirkstoffen in Österreich (unter Berücksichtigung der Verordnung betreffend die Bevorratung von Humanarzneispezialitäten)	laufend
	5: Etablierung und Ausbau von Maßnahmen zur Erhöhung der Transparenz innerhalb der Lieferkette für Arzneimittel, insbesondere auf Ebene der Apotheken und des Großhandels (v.a. Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen, die durch die EU Verordnung 123/2022 im Rahmen des erweiterten Mandats der EMA vorgegeben sind sowie Weiterentwicklung von Indikatoren zu Lieferengpässen von Arzneimitteln)	Ende 2026
	6: Etablierung einer niederschwellig zugänglichen und öffentlich einsehbarer Datenbank zur konkreten Verfügbarkeit von Arzneimitteln auf Ebene der Apotheken unter Berücksichtigung der Apothekenverkaufspreise und der Verfügbarkeit von wirkstoffgleichen bzw. ähnlichen Arzneimitteln	Ende 2028
Landesebene	1: Umsetzung von Versorgungsmodellen und sektorenübergreifenden Finanzierungskonzepten mit gemeinsamer Finanzverantwortung auf Basis der bundesweiten Rahmenvereinbarung	Ab 2026

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

Themenbereich	Gesundheitsförderung & Primärprävention & Gesundheitskompetenz & Impfen
Operatives Ziel 14	Stärkung von zielgerichteter Gesundheitsförderung und Primärprävention

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Ausbau der Gesundheitsförderung und Primärprävention mit dem Ziel, die Verhältnisse und das Verhalten gesünder zu gestalten auf Grundlage der Gesundheitsförderungsstrategie	Ende 2028
	2: Weiterentwicklung, Aktualisierung und Monitoring der vereinbarten Gesundheitsförderungsstrategie sowie Entwicklung einer Online-Plattform mit Wissen und Instrumenten für die Fachöffentlichkeit und Umsetzenden	Ab 2026 (Online-Plattform)
	3: Schaffung von Rahmenbedingungen und Voraussetzungen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit	Ende 2028
	4: Umsetzung der Strategievereinbarung Vorsorgemittel 2024-2028 zu den Themen „Psychosoziale Gesundheit mit dem Schwerpunkt Kinder und Jugendliche“, „(Kommunale) Gesundheitsförderung für ältere Menschen ab 60 Jahren“ inkl. übergreifender Maßnahmen mit besonderer Berücksichtigung von Beteiligung, wobei die Mittel gemäß Art. 37 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zu 100 % für bundesweit einheitliche Schwerpunkte gemäß Gesundheitsförderungsstrategie zu verwenden sind	Ende 2028
	5: Etablierung eines gemeinsamen Steuerungsmechanismus für Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz auch durch Bündelungen in Programmbudgets mit gemeinsamer Beschlussfassung, wobei mind. 75% der Mittel auf Bundes- (FGÖ und Agenda Gesundheitsförderung) und Landesebene für bundesweit einheitliche Schwerpunkte gemäß Gesundheitsförderungsstrategie zu verwenden sind	Ende 2024
Landesebene	1: Ausbau der Gesundheitsförderung und Primärprävention mit dem Ziel die Verhältnisse und das Verhalten gesünder zu gestalten auf Grundlage der Gesundheitsförderungsstrategie, wobei die Mittel der Gesundheitsförderungsfonds der Landesgesundheitsfonds zu mind. 75 % für bundesweit einheitliche Schwerpunkte gemäß Gesundheitsförderungsstrategie einzusetzen sind	Ende 2028
	2: Implementierung von Maßnahmen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit	Ende 2028
	3: Umsetzung der Strategievereinbarung Vorsorgemittel 2024-2028 zu den Themen „Psychosoziale Gesundheit mit dem Schwerpunkt Kinder und Jugendliche“, „(Kommunale) Gesundheitsförderung für ältere Menschen ab 60 Jahren“ inkl. übergreifender Maßnahmen mit besonderer Berücksichtigung von Beteiligung	Ende 2028

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

Themenbereich	Gesundheitsförderung & Primärprävention & Gesundheitskompetenz & Impfen
Operatives Ziel 15	Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Weiterführung und Weiterentwicklung der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) entsprechend der von der Bundesgesundheitskommission (BGK) beschlossenen Empfehlungen	Ende 2028
	2: Förderung personaler und organisationaler Gesundheitskompetenz, mit Fokus auf Chancengerechtigkeit, durch entsprechende Maßnahmen auf Basis der Empfehlungen der HLS ₁₉ -Erhebung	Ende 2028
	3: Fortsetzung des Monitorings der Gesundheitskompetenz durch Vorbereitung und Umsetzung einer Erhebung im internationalen Kontext im Rahmen der HLS ₂₅ -Erhebung	Ende 2028
	4: Stärkung der Gesundheitskompetenz (inkl. digitaler und navigationaler Gesundheitskompetenz) als Verantwortung des Versorgungsbereichs auf den Ebenen Patient:innen, Mitarbeiter:innen, Organisation verankern	Ende 2028
Landesebene	1: Durchführung von Maßnahmen und „Best-Practice“-Projekten zur Förderung personaler und organisationaler Gesundheitskompetenz, z.B. zur verbesserten Gesprächsqualität (inkl. Evaluierung)	Ende 2028

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

Themenbereich	Gesundheitsförderung & Primärprävention & Gesundheitskompetenz & Impfen
Operatives Ziel 16	Etablierung des öffentlichen Impfprogramms (ÖIP), Erweiterung und Ausbau der Impfsettings im ÖIP sowie Verbesserung der Impfaakzeptanz

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Befassung des Nationalen Impfgremiums (NIG) mit der Erstellung einer Priorisierungsliste der in einem öffentlichen Impfprogramm bereitzustellenden Impfungen als Entscheidungsgrundlage unter Berücksichtigung medizinisch-fachlicher, volkswirtschaftlicher und gesundheitsökonomischer Bewertungen	Erstmalig Ende 2024, danach laufend
	2: Basierend auf der Priorisierungsliste schrittweise Erweiterung des Angebots an bereitgestellten Impfungen in einem öffentlichen Impfprogramm	Ab 2024
	3: Schaffung geeigneter rechtlicher Grundlagen und (vertraglicher) Rahmenbedingungen für die Erweiterung und den Ausbau der Impfsettings inkl. Verbesserung der Datengrundlagen	Ab 2024
	4: Identifizierung und Etablierung neuer ÖIP-Impfsettings sowie Ausbau und Optimierung bestehender ÖIP-Impfsettings	Ab 2024
	5: Stakeholder Management in Bezug auf Impfungen, insbesondere mit dem Ziel der Stärkung der diesbezüglichen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung	Ab 2024
	6: Verstärkte Bereitstellung von zielgerichteten Informationen über die einzelnen Impfungen	Ab 2024
	7: Erleichterung des Zugangs zu Impfungen, insbesondere durch die Etablierung einer zentralen niederschweligen Anmeldeplattform für Impfungen	2025
	8: Ausbau des Impfpasses, insbesondere Erweiterung um eine Erinnerungsfunktion	2025
Landesebene	1: Mitwirkung und Unterstützung bei der Umsetzung der Maßnahmen der Bundesebene	Ab 2024

In der nachfolgenden Liste werden in Ergänzung zu den oben angeführten Zielen und Maßnahmen die wesentlichen weiteren Arbeiten im Themenbereich „Gesundheitsförderung & Prävention & Gesundheitskompetenz & Impfen“ dargestellt.

Arbeit	Konkretisierung der Arbeiten	Zeitplan
Gesundheitsziele	Durchführung Monitoring sowie Annäherung der Prozesse der Gesundheitsziele und der Zielsteuerung Gesundheit	Laufend
Mundgesundheit	Monitoring Zahnstatus 6-Jährige; Erarbeitung von Vorschlägen für und Umsetzung des WHO Aktionsplans	2028
Ausgaben Gesundheitsförderung	Erhebung der öffentlichen Ausgaben der Gesundheitsförderung und Prävention	2027

Strategisches Ziel 4	Gewährleistung einer langfristigen Finanzierbarkeit der öffentlichen Gesundheitsausgaben und Sicherstellung von Transparenz
Themenbereich	Langfristige Finanzierbarkeit, Monitoring und Evaluierung, Transparenz
Operatives Ziel 17	Nachhaltige Ausrichtung des Gesundheitssystems und Transparenz sicherstellen

Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Aufbereitung von Grundlagen zur nachhaltigen Ausrichtung des Gesundheitssystems unter Berücksichtigung bereits vorhandener Konzepte, z.B. für Verortung der ambulanten Fachversorgung, Auswirkungen der Ambulantisierung auf die Spitalsstruktur	Ende 2026
	2: Begleitende Unterstützung von Transformationsprozessen bei Modell- und Pilotprojekten der Zielsteuerungspartner zur nachhaltigen Ausrichtung des Gesundheitssystems	Laufend
	3: Optimierung des Ressourceneinsatzes durch Prüfung und Hebung von Effizienzpotentialen beispielsweise im Rahmen von „spending reviews“ im Gesundheitsbereich, insbesondere durch Betrachtung der Kostenwirksamkeit und Nachhaltigkeit bestehender öffentlicher Gesundheitsmaßnahmen im intramuralen und extramuralen Bereich	Ab 2025
	4: Definition und Analyse von Über-, Unter- und Fehlversorgung (low value care) unter Nutzung von Routinedaten sowie Entwicklung von Maßnahmen und Instrumenten, die darauf abzielen, gleichzeitig die Effizienz und die Qualität zu verbessern	Ende 2026 (Konzept) Ende 2027 (Ableitung von Maßnahmen und Instrumenten)
	5: Vorbereitung und Durchführung von gesundheitsökonomischen Bewertungen gemäß Art. 9	Laufend
	6: Entwicklung, Durchführung und Veröffentlichung einer Evaluierung über die Wirkung der Gesundheitsreform mit Fokus auf Strukturmaßnahmen im ambulanten Bereich, einschließlich einer gesundheitsökonomischen Bewertung	Juni 2027
	7: Regelmäßige Durchführung von Einkommensstudien von im Gesundheitswesen tätigen Personen unterstützt durch Daten der Zielsteuerungspartner und weiterer relevanter Datenkörper, die wissenschaftlich erschlossen werden können (z.B. Austrian Micro Data Center)	Mitte 2027
Landesebene	1: Mitwirkung und Unterstützung bei der Umsetzung der Maßnahmen auf Bundesebene	Ab 2025

In der nachfolgenden Liste werden in Ergänzung zu den oben angeführten Zielen und Maßnahmen die wesentlichen weiteren Arbeiten im Themenbereich „Finanzierung, Monitoring, Transparenz“ dargestellt.		
Arbeit	Konkretisierung der Arbeiten	Zeitplan
Outcomemessung	Fortsetzung und Weiterentwicklung der Outcomemessung	Laufend
Monitoring der ZS-G	Gemäß Art. 7	Laufend

Artikel 6

Festlegung zur Finanzzielsteuerung

(1) Ausgehend von den Festlegungen in Art. 17 Abs. 1 bis 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit werden in den Anlagen 1.1 bis 1.6 im Teil E dieses Zielsteuerungsvertrages die für die Periode 2024 bis 2028 maßgeblichen zielsteuerungsrelevanten Ausgabenobergrenzen dargestellt und somit wird auch die Kontinuität zum Zielsteuerungsvertrag 2022 bis 2023 sichergestellt. Die Ermittlung der Ausgabenobergrenzen für die Periode 2024 bis 2028 erfolgt auf Grundlage der in Art. 17 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit festgeschriebenen Methodik und Werte, wobei im Hinblick auf Transparenz und Kontinuität die Bestimmungen des Art. 15 Abs. 7 sowie Art. 17 Abs. 2 Z 2 und Art. 17 Abs. 3 Z 2 maßgeblich sind.

(2) Die Darstellung der Verteilung der Ausgabenobergrenzen zwischen den Ländern erfolgt in Anlage 1.3, die Darstellung der Verteilung der Ausgabenobergrenzen zwischen den Sozialversicherungsträgern sowie die länderweise Zuordnung der Ausgabenobergrenzen erfolgt in den Anlagen 1.4 bis 1.5. Die länderweise Zusammenführung der Ausgabenobergrenzen der Länder und der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt in Anlage 1.6.

(3) Für eine effektive Finanzzielsteuerung ist Zeitreihen-Kontinuität und somit eine einheitliche Methodik zur Ermittlung der Ausgabenpositionen weiterhin sicherzustellen (Ceteris-paribus Bestimmung). Diese Kontinuität bezieht sich auf die Identifikation und die sachliche Abgrenzung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben (gemäß Art. 17 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit).

Artikel 7

Monitoring und Statusübersicht gemäß Art. 18 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit

7.1 Ziele und Aufbau des Monitorings und der Statusübersicht

(1) Das Monitoring und die Statusübersicht auf Bundesebene verfolgen das Ziel, die Erreichung und den Fortschritt der im Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Ziele und Arbeiten auf Bundes- und Landesebene transparent darzustellen. Das Monitoring zur Zielerreichung und die Statusübersicht zum Stand der Arbeiten sind auf Bundesebene einzurichten, wobei eine sektorale und regionale Differenzierung sicherzustellen ist.

(2) Das Monitoring zur Zielerreichung umfasst das Monitoring zur Finanzzielsteuerung sowie das Monitoring der operativen Ziele in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung anhand der vereinbarten bundeseinheitlichen Messgrößen und der zugehörigen Zielwerte.

(3) Die Statusübersicht umfasst eine Darstellung des Status und Fortschritts der im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit im Ziele- und Maßnahmenkatalog vereinbarten Maßnahmen und laufenden Arbeiten, um eine koordinierte Vorgehensweise sicherzustellen.

(4) Die Ergebnisse sind von der GÖG in Form von strukturierten Berichten aufzubereiten, zusammenzuführen und gliedern sich wie folgt:

1. Monitoringbericht zur Zielerreichung der Finanzziele und operativen Ziele mit folgenden Inhalten:
 - a) halbjährlicher Kurzbericht: Ergebnisse des Monitorings zur Finanzzielsteuerung

- b) jährlicher Hauptbericht: Ergebnisse des Monitorings zur Finanzzielsteuerung und des Monitorings der operativen Ziele (Darstellung der Entwicklungen der definierten und steuerungsrelevanten Messgrößen und Gegenüberstellung mit vereinbarten Zielwerten bzw. Zielvorgaben zu den operativen Zielen der Zielsteuerung-Gesundheit in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung)
2. Jährliche Statusübersicht zum Status und Fortschritt der Maßnahmen zu den Zielen im Ziele- und Maßnahmenkatalog und zu den wesentlichen weiteren Arbeiten.

7.2 Bestimmungen zum Monitoring

(1) Das Monitoring der im Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Ziele (operative Ziele und Finanzziele) erfolgt auf Grundlage der nachfolgenden, einheitlichen Darstellungsform:

1. Für das Finanzzielmonitoring der Ausgabenobergrenzen anhand der Abweichung (absolut und prozentuell) der tatsächlichen bzw. prognostizierten Jahreswerte von den vereinbarten Ausgabenobergrenzen gemäß Anlage 1
2. Für das Monitoring der operativen Ziele und allenfalls weiterer Finanzziele anhand der im Ziele- und Maßnahmenkatalog definierten Messgrößen und deren Abweichung von festgelegten Zielwerten bzw. Zielvorgaben

(2) Die von der GÖG zu erstellenden Monitoringberichte beruhen dabei auf folgenden Grundlagen:

1. Datenquellen für das Finanzzielmonitoring und das unterjährige Finanzmonitoring der Ausgabenobergrenzen sind die Jahresvoranschläge und Rechnungsabschlüsse, die für die Ermittlung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben heranzuziehen sind.
 - a) Für das Finanzzielmonitoring erfolgt hierbei die Meldung auf Grundlage der Tabellen in Anlage 1 dieses Vertrages. Gemäß den Prinzipien der Nachvollziehbarkeit und Transparenz sind für das Finanzzielmonitoring die Datenherkünfte für die in die Berichtsvorlagen eingehenden Positionen auszuweisen und die zu Grunde liegenden Auszüge aus den Rechenwerken den Meldungen beizulegen.
 - b) Für das unterjährige Finanzmonitoring erfolgt eine Abschätzung der Entwicklung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben im jeweiligen Jahr auf Grundlage der Jahresvoranschläge für die maßgeblichen Positionen unter Berücksichtigung allenfalls vorliegender aktueller Zahlen. Die getroffenen Annahmen und angewendeten Ermittlungsmethoden sind nachvollziehbar darzustellen. Datengrundlage für den Bereich der Länder sind insbesondere die Jahresvoranschläge der Landesgesundheitsfonds sowie der Eigentümer:innen bzw. öffentlichen Träger der Fondskrankenanstalten (insb. Länder und Gemeinden). Datengrundlage für die zeitnahe Abschätzung der Zielerreichung für den Bereich der Sozialversicherung ist die vorläufige Erfolgsrechnung, wobei die Darstellung der Entwicklung der Aufwendungen differenziert nach den Positionen der vorläufigen Erfolgsrechnung erfolgt.
 - c) Die Vertragsparteien vereinbaren darüber hinaus, dass die Einheitlichkeit der Ermittlung der Finanzgrößen zu Vergleichszwecken methodisch und über den Periodenverlauf sicherzustellen ist (Zeitreihenkontinuität).

- d) Maßgeblich für die Abschätzung der Zielerreichung ist die Ausgabenobergrenze.
- 2. Als Datengrundlagen für das Monitoring der operativen Ziele sind vorrangig Messgrößen aus Routinedaten des Gesundheitswesens zu verwenden. Je nach Datenverfügbarkeit erfolgt die Ermittlung der Messgrößen durch die GÖG auf Grundlage der vereinbarten Messgrößenbeschreibungen (Anlage 2). Bei Nichtverfügbarkeit der Daten für die GÖG erfolgt die Meldung durch die verantwortlichen Vertragsparteien bzw. zuständigen Gremien.

(3) Meldezeitpunkte für das Monitoring sind:

- 1. Die relevanten Informationen für das Finanzzielmonitoring und das unterjährige Finanzmonitoring der Ausgabenobergrenzen sind
 - a) bis spätestens 15. März des betreffenden Jahres (Voranschlagsmonitoring),
 - b) bis zum 15. September des betreffenden Jahres (unterjähriges Finanzmonitoring),
 - c) bis zum 15. März des folgenden Jahres (unterjähriges Finanzmonitoring),
 - d) bis zum 15. September des folgenden Jahres (vorläufiges Abschlussmonitoring),
 - e) bis zum 15. März des zweitfolgenden Jahres (endgültiges Abschlussmonitoring)

zur Verfügung zu stellen. Sofern im Wirkungsbereich der jeweiligen Vertragsparteien eine Beschlussfassung der Jahresvoranschläge bzw. Rechnungsabschlüsse bis zu den oben genannten Stichtagen nicht vorliegt, kann mit den Vertragsparteien ein anderer Meldezeitpunkt spätestens jedoch der 31. März bzw. 30. September vereinbart werden.

- 2. Die relevanten Informationen für das Monitoring der operativen Ziele und allenfalls weiterer Finanzziele sind bis 15. März des Folgejahres von der GÖG auszuwerten bzw. der GÖG von den verantwortlichen Vertragsparteien bzw. zuständigen Gremien zur Verfügung zu stellen.

(4) Für die von der GÖG vorzunehmende Plausibilisierung der übermittelten Daten bis 31. März (bzw. 30. September) stehen für allfällige Rückfragen die Vertragsparteien zur Verfügung. Weiters erfolgt durch die Vertragsparteien die abschließende Bestätigung der für das Monitoring in weiterer Folge herangezogenen Datengrundlagen für den jeweiligen Wirkungsbereich.

7.3 Gesondert darzustellende Größen

(1) Gemäß Art. 15 Abs. 6 und Abs. 9 der aktuellen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit bzw. § 17 Abs. 1 Z 4 G-ZG, idgF., sind

- a) Investitionen,
- b) Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung (insbesondere Rehabilitation),
- c) Gesundheitsausgaben der Unfallversicherung,
- d) Gesundheitsausgaben der Krankenfürsorgeanstalten,
- e) Gesundheitsausgaben des Bundes,
- f) Ausgaben der Krankenversicherungsträger zur Erbringung der Leistungen von Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche nach § 153a ASVG, § 94a GSVG, § 95a BSVG und § 69a B-KUVG,
- g) private Gesundheitsausgaben inkl. Selbstbehalte und

- h) die Entwicklung der Anteile der Zielsteuerungspartner und weiteren Finanziers an den Aufwendungen für die Fonds-Krankenanstalten, wobei die Mittelherkunft zu berücksichtigen ist

gesondert im Rahmen des Finanzmonitorings darzustellen.

(2) Für die gesondert darzustellenden Größen wird folgende Vorgehensweise für die Vertragslaufzeit vereinbart:

1. Die Ausgaben für die Positionen gemäß Abs. 1 werden nicht für die Berechnung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben herangezogen und unterliegen somit nicht den in Art. 6 vereinbarten Ausgabenobergrenzen.
2. Die Datenquellen der Investitionen im Bereich der Länder sind die Rechnungsabschlüsse der Träger der Krankenanstalten. Im Bereich der Sozialversicherung werden die „Zu- oder Abgänge“ der Immobilien der eigenen Einrichtungen und die „Zugänge bzw. Veränderungen“ der Mobilien der eigenen Einrichtungen aus den Einzelnachweisungen zur Schlussbilanz als Investitionen dargestellt (negative Beträge werden dabei nicht berücksichtigt; es wird ein Österreichwert für die Investitionen der Sozialversicherung gemeldet). Die Darstellung der Investitionen dient der Transparenz. Eine vollständige Erfassung sämtlicher getätigter Investitionen im Gesundheitsbereich kann auf Grundlage der herangezogenen Datenquellen nicht gewährleistet werden.
3. Die Datengrundlage zur Ermittlung der Höhe der Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenfürsorgeanstalten und des Bundes stellt die Berechnung der Gesundheitsausgaben nach dem „System of Health Accounts“ durch die Statistik Austria dar.
4. Die Datengrundlage zur Ermittlung der Höhe der Ausgaben der Krankenversicherungsträger zur Erbringung der Leistungen von Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche nach § 153a ASVG, § 94a GSVG, § 95a BSVG und § 69a B-KUVG bildet die Erfolgsrechnung der Sozialversicherungsträger.
5. Die Datengrundlage zur Ermittlung der Höhe der privaten Gesundheitsausgaben inkl. Selbstbehalte bilden die Gesundheitsausgaben gemäß System of Health Accounts (SHA) von Statistik Austria. Diese werden als Summe der beiden SHA-Finanzierungssystempositionen „Freiwillige System der Gesundheitsfinanzierung“ (HF.2) und „Selbstzahlungen der privaten Haushalte“ (HF.3) dargestellt und um Ausgaben für die Langzeitpflege – analog zu den öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege – bereinigt.
6. Diese entsprechend ermittelten gesondert darzustellenden Ausgaben sind in den Monitoringberichten in einem gesonderten Abschnitt für den jeweiligen Betrachtungszeitraum auszuweisen.

7.4 Bestimmungen zur Statusübersicht

(1) Die Statusübersicht wird von der GÖG in Abstimmung mit den Zielsteuerungspartnern bis spätestens 15. Mai jeden Jahres erstellt.

(2) Die Statusübersicht umfasst in kurz gefasster Form die für das operative Management erforderlichen Informationen zum Status und zur Einschätzung des Fortschrittes der Maßnahmen zu den Zielen im Ziele- und Maßnahmenkatalog und zu den weiteren wesentlichen Arbeiten.

7.5 Weitere Bestimmungen zum Monitoringbericht und zur Statusübersicht

(1) Für die weitere Vorgehensweise für die Monitoringberichte gilt:

1. Die Meldungen zu den operativen Zielen werden von der GÖG zu Monitoringberichten zusammengeführt und binnen vier Wochen nach den in Art. 7.2 definierten Meldezeitpunkten an die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission sowie die Bundes-Zielsteuerungskommission übermittelt.
2. Die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission nimmt die Einschätzung der Zielerreichung bei Zielen und Messgrößen vor, die in ihrer Zuständigkeit liegen. Diese ist ausreichend zu begründen (Stellungnahme). Bei zu erwartenden bzw. festgestellten Zielverfehlungen sind handlungsleitende Empfehlungen zu entwickeln. Die Berichte samt Einschätzung, Stellungnahmen und allfälligen handlungsleitenden Maßnahmen sind binnen einer Frist von sechs Wochen an die Bundes-Zielsteuerungskommission zu übermitteln.
3. Die Abnahme der Monitoringberichte einschließlich der allfälligen handlungsleitenden Empfehlungen erfolgt unter Berücksichtigung der Stellungnahmen binnen einer Frist von sechs Wochen nach Einlangen der letzten Meldung gemäß Z 2 durch die Bundes-Zielsteuerungskommission. Dabei ist auch die Einschätzung von Messgrößen vorzunehmen, die die Bundesebene betreffen, wobei bei zu erwartenden bzw. festgestellten Zielverfehlungen handlungsleitende Maßnahmen zu entwickeln sind.
4. Anschließend sind diese Monitoringberichte einschließlich der Stellungnahmen und der allfälligen handlungsleitenden Empfehlungen an alle Landes-Zielsteuerungskommissionen zu übermitteln und zu veröffentlichen.

(2) Die Statusübersicht wird nach Fertigstellung an den Ständigen Koordinierungsausschuss und die Landes-Zielsteuerungskoordinatoren zur weiteren Beratung und allenfalls Festlegung der weiteren Vorgehensweise übermittelt.

Artikel 8

Finanzielle Folgen bei Leistungsverschiebungen (Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen)

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

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

1. Leistungsverschiebungen sind aus den vertraglich vereinbarten Zielen abzuleiten.
2. Beschreibung des Gegenstandes der sektorenübergreifenden Leistungsverschiebung (des Leistungsbündels) getrennt nach entfallender Leistung in einem Sektor und zusätzlicher Leistung im anderen Sektor unter Berücksichtigung von Qualitätsaspekten.
3. Angabe der von der Leistungsverschiebung betroffenen Strukturen und allfälligen Veränderungen in den Strukturen in beiden Sektoren.
4. Leistungsverschiebungen sind anhand von Inanspruchnahmehäufigkeiten (Fälle, Frequenzen, e-Card-Kontakte, etc.) und/oder Leistungshäufigkeiten nach Leistungsarten oder Leistungsbündel zu messen. Messgröße können auch Einheiten von Leistungserbringungsstrukturen sein. Dabei soll bundeseinheitlich vorgegangen werden.

Sowohl für den niedergelassenen Bereich als auch für die Spitäler sind hierbei gemeinsame Datenstrukturen der Leistungsmessung heranzuziehen.

5. Ausgangspunkt, von dem die Leistungsverschiebung aus gemessen wird, ist das Leistungsvolumen (IST-Stand) in Kalenderjahr 2010. Für einzelne Projekte können auf Landesebene einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien abweichende, zeitnahe Messzeiträume festgelegt werden.
6. Die Beschreibung des Status-quo des Leistungsgeschehens zu diesem Zeitpunkt ist keine Aussage über die kompetenzrechtliche Zuständigkeit und über die finanzielle Abgeltung.
7. Für die finanzielle Bewertung der Leistungsverschiebungen sind zwischen den Vertragsparteien auf Landesebene Verrechnungsbeträge (Menge und Wert) auf rationaler Grundlage zu vereinbaren und eine allfällige Valorisierung von Beträgen festzulegen.
8. Dauerhafte Leistungsverschiebungen und deren Finanzierung sind am Ende einer Vertragsperiode im nächsten Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene bzw. in den Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu verankern, es sei denn es besteht ein gegenseitiger Konsens.

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

1. Erfolgen dabei Einsparungen im eigenen Bereich, die keine Leistungsverschiebungen zur Folge haben, erwachsen daraus keine finanziellen Ausgleichsfolgen.
2. Die finanziellen Folgen von plan- und vertragswidrigen Leistungseinschränkungen im stationären, ambulanten und im Pflegebereich hat jene Institution zu tragen, die sie verursacht hat (vgl. Art. 26 Abs. 10 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens).

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

1. Hat das einseitige Verhalten eines Vertragspartners auf Landesebene finanziell belastende Auswirkungen auf den anderen, kann der belastete Partner durch Glaubhaftmachung der Belastung in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission einen finanziellen Ausgleich verlangen. Der einseitig Handelnde kann dem dadurch entgegenreten, dass er in gleicher Weise dertut, dass die andere Seite in diesem Bereich ihre gesetzlichen Pflichten bislang vernachlässigt hat.
2. Für daraus resultierende Streitigkeiten ist ein Schlichtungsverfahren analog den Bestimmungen des Art. 25 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit durchzuführen.

Teil C

Artikel 9

Grundsätze und Kriterien für die zusätzlichen Mittel gemäß Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (15a-Vereinbarung OF)

(1) Alle Vorhaben gemäß Art. 31 Abs. 1 Z 1 und Z 2 der 15a-Vereinbarung OF zur Stärkung des niedergelassenen Bereichs (quantitativ und qualitativ) sowie zur Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und für Strukturreformen haben den Zielsetzungen der 15a-Vereinbarungen OF und ZS-G und des Ziele- und Maßnahmenkatalogs dieses Vertrages zu entsprechen.

(2) Die nachfolgenden Regelungen gelten für

1. Mittel gemäß Art. 31 Abs. 1 Z 1 der 15a-Vereinbarung OF in Höhe von jährlich 300 Millionen Euro (über die Laufzeit 1.500 Millionen Euro) und
2. Mittel gemäß Art. 31 Abs. 3 Z 2 der 15a-Vereinbarung OF in der Höhe von mind. 1.207 Millionen Euro über die Laufzeit. Diese sind wie folgt auf die einzelnen Jahre verteilt (in Mio. Euro):

	2024	2025	2026	2027	2028	Summe
Mindestwidmung für Strukturreformen und zur Stärkung des spitalsambulanten Bereichs		150	300	350	407	1.207

(3) Erfasst werden die gemäß Abs. 6 und 7 im jeweiligen Jahr anfallenden Ausgaben (Ifd. Betrieb und Investitionen) für Vorhaben gemäß Art. 31 der 15a-Vereinbarung OF, die nach dem 31. Dezember 2023 umgesetzt wurden.

(4) Bei der Stärkung des niedergelassenen Bereichs gemäß Art. 31 Abs. 2 der 15a-Vereinbarung OF werden Ausgaben für bereits initiierte Vorhaben im Ausmaß von 10 Prozent der Mittel gemäß Abs. 2 Z 1 und bei der Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und für Strukturreformen gemäß Art. 31 Abs. 3 der 15a-Vereinbarung OF werden Ausgaben für bereits initiierte Vorhaben im Ausmaß von 35 Prozent der Mittel gemäß Abs. 2 Z 2 vorweg berücksichtigt.

(5) Die Strukturmaßnahmen sind hinsichtlich ihrer kostendämpfenden Auswirkung auf die Gesundheitsausgaben durch den Bund gesundheitsökonomisch zu bewerten.

(6) Der Nachweis der widmungsgemäßen Verwendung der Mittel für den spitalsambulanten Bereich (Art. 31 Abs. 3 der 15a-Vereinbarung OF) erfolgt durch die einnahmen- und ausgabenseitige Darstellung im jeweiligen Voranschlag und Rechnungsabschluss und eine Auflistung der umgesetzten Vorhaben inklusive monetärer Quantifizierung als Gesamtsumme (nicht als Einzelnachweise) entsprechend den Kategorien in Art. 31 Abs. 3 Z 1 lit a bis l der 15a-Vereinbarung OF bzw. der Kategorie Sonstiges (Vorhaben, die nicht unter Art. 31 Abs. 3 Z 1 lit a bis l der 15a-Vereinbarung OF fallen). Dafür gilt Folgendes:

1. Diese Auflistung wird von der GÖG jährlich in Form eines Berichtes im ersten Quartal des jeweiligen Jahres auf Basis der Beschlüsse der Landes-Zielsteuerungskommissionen für das jeweilige Jahr erstellt und umfasst alle Beschlüsse bis zum 31.12. des Vorjahres.

2. In den Beschlüssen der jeweiligen L-ZK sind die für Abs. 2 Z 2 relevanten Vorhaben wie folgt auszuweisen:
 - a) Beginn (allenfalls Ende bei zeitlich befristeten Maßnahmen), Träger des Vorhabens sowie einer aussagekräftigen Beschreibung (Ziele, Ressourcen einschließlich monetäre Quantifizierung, Umsetzung, allf. Kostenbeteiligung der SV oder sonstiger Stellen)
 - b) Kategorie entsprechend Art. 31 Abs. 3 Z 1 lit a bis l der 15a-Vereinbarung OF sowie Kategorie Sonstiges

Grundsätzlich hat eine Fokussierung auf die wesentlichen und aussagekräftigen Maßnahmen im Sinne der gemeinsamen gesundheitspolitischen Zielsetzungen zu erfolgen.

3. Bis spätestens Ende des 1. Quartals des Folgejahres ist der Bericht durch die GÖG auf Basis der Beschlüsse der L-ZK während des laufenden Jahres zu ergänzen und die Umsetzung bzw. der aktuelle Status der Vorhaben durch die L-ZK bis zum Ende des 2. Quartals des Folgejahres zu bestätigen.
4. Darüber hinaus kann der Nachweis über die widmungsgemäße Verwendung der Mittel ebenso durch eine den Z 2 lit a und b entsprechende Darstellung im Geschäftsbericht im Rahmen der Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds erfolgen.

(7) Regelungen für den niedergelassenen Bereich (Art. 31 Abs. 2 der 15a-Vereinbarung OF)

1. Beim Dachverband ist ein Fonds für die Stärkung des niedergelassenen Bereichs zu errichten. Das Vermögen dieses Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen des Dachverbands zu verwalten. Die Dotierung des Fonds erfolgt durch die zweckgewidmeten Mittel gemäß Art. 31 Abs. 1 Z 1 der 15a-Vereinbarung OF.
2. Die gesetzten Maßnahmen werden von der SV fortlaufend dokumentiert und einerseits in qualitativer und quantifizierter Form („Journal“) sowie andererseits in monetär bewerteter Form (Rechnungsabschluss samt Geschäftsbericht) berichtet. Diese Dokumentation dient – neben dem standardmäßigen Monitoring im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit – als Nachweis der widmungsgemäßen Verwendung der zusätzlichen FAG-Mittel.
3. Das Journal gemäß Z 2 wird in der ersten Sitzung der Bundes-Zielsteuerungskommission eines Jahres von der Sozialversicherung vorgelegt. In ihm werden alle qualitativen und quantitativen Einzelmaßnahmen zur Verbesserung der Versorgung aufgelistet. Zu jeder Maßnahme ist das Datum, das Bundesland, die Versorgungsregion, sowie die Information ob es sich um ein ärztliches Angebot mit der entsprechenden medizinischen Fachrichtung und Organisationsform, ein Angebot der ärztlichen Hilfe gleichgestellten anderer Gesundheitsberufe, der zahnärztlichen Versorgung oder eine sonstige die Sachleistungsversorgung verbessernde Maßnahme handelt. Ergänzend wird der durch zusätzliche Leistungsanbieter:innen entstandene Aufwand auf Grundlage von Durchschnittskostensätzen aggregiert dargestellt.
4. Die Voranschläge haben einnahmenseitig die jährlich vereinbarten zweckgewidmeten Mittel gemäß Art. 31 Abs. 1 Z 1 der 15a-Vereinbarung OF zu enthalten. Ausgabenseitig ist die trägerweise Aufteilung dieser Mittel darzustellen.
5. Für jedes Jahr ist ein Rechnungsabschluss mit trägerweiser Aufteilung der Ausgaben zu erstellen. Weiters ist zum Abschluss eines jeden Jahres ein Geschäftsbericht zu verfassen und mit dem Rechnungsabschluss der Bundesgesundheitsagentur vorzulegen. Dieser Geschäftsbericht hat jedenfalls folgendes zu beinhalten:

- a) Als Nachweis wird die bereinigte Ausgabensteigerung je KV-Träger herangezogen. Berechnungsgrundlage dafür ist die Ausgabensteigerung der KV-Träger – abzüglich der darin enthaltenen Tarifvalorisierungen und Stellen/Finanzierung gemäß GesRefFinG – gegenüber dem Basisjahr 2023. Tarifliche Maßnahmen werden ausschließlich dann berücksichtigt, wenn diese gezielt zur Produktivitätssteigerung bzw. Verbesserung der Sachleistungsversorgung im niedergelassenen Bereich (z.B. zur Spitalsentlastung, Pay-For-Performance etc.) vereinbart und entsprechend ausgewiesen werden. Zusätzlich sind diese Ausgabensteigerungen differenziert in den Untergliederungen nach lit. b darzustellen.
- b) Die bereinigten Ausgabensteigerungen sind wie folgt unter Nennung des Bundeslandes der Maßnahme auszuweisen:
 - i. nach Vertragspartnergruppe (Vertragsärzt:innen, selbständige Ambulatorien, Eigene Einrichtungen, Vertragszahnärzt:innen, MTD-Berufe, Psychotherapeut:innen etc.), innerhalb der Vertragsärzt:innen nach Fachgruppe,
 - ii. innovative Versorgungsformen (PVE, EVA, telemedizinische Leistungen etc.),
 - iii. sonstige Versorgungsverbesserungen im Sachleistungsbereich (z.B. zusätzliche Leistungsangebote im Bereich Wundversorgung, Schmerzversorgung, Pflegeheime etc.).

(8) Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur ist von der GÖG jährlich aus dem Bericht gemäß Abs. 6 Z 3 und dem Geschäftsbericht gemäß Abs. 7 Z 5 im dritten Quartal des Folgejahres ein Umsetzungsbericht zu erstellen, der eine Darstellung der wesentlichen Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen, die durch die zusätzlichen Mittel initiiert wurden, sowie die Status-Übersicht gemäß Art. 7.4 und die Entwicklung der maßgeblichen Kosten im niedergelassenen sowie spitalsambulanten Bereich umfasst. Dieser Bericht ist von der Bundes-Zielsteuerungskommission zu beschließen und im Anschluss zu veröffentlichen.

(9) Wenn die Voraussetzungen gemäß Abs. 1 bis 7 erfüllt sind, gelten die Voraussetzungen nach Art. 31 Abs. 8 der 15a-Vereinbarung OF als erfüllt.

(10) Werden in einzelnen Jahren der Laufzeit dieses Vertrages die zweckgewidmeten Mittel gemäß Art. 31 Abs. 1 Z 3 bis 6 der 15a-Vereinbarung OF nicht zur Gänze ausgeschöpft, so können nach entsprechender Beschlussfassung die Differenzbeträge in den Folgejahren verwendet werden.

Teil D – Schlussbestimmungen

Artikel 10

Streitigkeiten aus diesem Vertrag

(1) Bei Verstößen gegen diesen Vertrag gilt der 7. Abschnitt der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und der 9. Abschnitt des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes.

(2) Bei allfälligen Streitigkeiten ist das Schlichtungsverfahren gemäß § 38 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes vorgesehen. Jeder andere Rechtsweg ist ausgeschlossen.

(3) Die Schlichtungsstelle hat österreichisches Recht anzuwenden.

Artikel 11

Vertragsänderungen und Salvatorische Klausel

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

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

Artikel 12

Geltungsdauer

(1) Dieser Vertrag tritt mit Unterfertigung durch sämtliche Vertragsparteien in Kraft und endet mit 31. Dezember 2028.

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

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

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

(5) Eine dem Abs. 4 entsprechende Regelung ist auch in die Landes-Zielsteuerungsübereinkommen aufzunehmen.

Artikel 13 **Sonstiges**

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

(2) Dieser Vertrag wird in einer Urschrift ausgefertigt. Die Urschrift wird beim für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium hinterlegt. Dieses hat allen Vertragsparteien beglaubigte Abschriften des Vertrages zu übermitteln.

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

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

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

(6) Die Vertragsparteien kommen überein, dass in Streitfällen für die Schiedskommission gemäß Art. 51 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens die Ergebnisse von Musterverfahren für gleichgelagerte Fälle akzeptiert werden.

Teil E – Anlagen

Anlage 1 – Tableaus zur Finanzzielsteuerung

Anlage 2 – Messgrößenbeschreibungen zum Ziele- und Maßnahmenkatalog

Anlage 3 – Abkürzungsverzeichnis

Anlage 4 – Muster für die Darstellung der Vorhaben gemäß Art. 3 Abs. 2 Z 5 im
Jahresarbeitsprogramm

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

Anlage 1.1 Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege

		2023	2024	2025	2026	2027	2028
§ 17 Abs. 1 Z 1 G-ZG	Öffentl. GA ohne Langzeitpflege						
	lit a Ausgangswert	37 618					
	lit b jährliche Ausgabenobergrenze		40 138	42 466	44 674	46 684	48 747
	lit b jährlicher Ausgabenzuwachs in Prozent		6,70%	5,80%	5,20%	4,50%	4,42%

Anlage 1.2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben für Länder und gesetzliche Krankenversicherung

		2023	2024	2025	2026	2027	2028
Länder	§ 17 Abs. 1 Z 2 G-ZG	Zielsteuerungsrelevante öffentl. GA für Länder					
	lit a Ausgangswert	17 518					
	lit b jährliche Ausgabenobergrenze		18 692	19 776	20 804	21 740	22 701
	lit b jährlicher Ausgabenzuwachs in Prozent		6,70%	5,80%	5,20%	4,50%	4,42%

		2023	2024	2025	2026	2027	2028
ges. KV	§ 17 Abs. 1 Z 2 G-ZG	Zielsteuerungsrelevante öffentl. GA für gesetzliche KV					
	lit a Ausgangswert	14 897					
	lit b jährliche Ausgabenobergrenze		15 895	16 817	17 691	18 487	19 304
	lit b jährlicher Ausgabenzuwachs in Prozent		6,70%	5,80%	5,20%	4,50%	4,42%

Anlage 1.3 Aufteilung Ausgabenobergrenzen der Länderwerte auf die neun Bundesländer

Aufteilung Ausgabenobergrenzen der Länderwerte auf die neun Bundesländer

§ 17 Abs. 2 Z 1 G-ZG		Aufteilung Ausgabenobergrenzen der Länderwerte auf die neun Bundesländer				
		2024	2025	2026	2027	2028
Ausgabenobergrenzen	Länder gesamt	18 692,00	19 776,00	20 804,00	21 740,00	22 701,00
	Burgenland	473,85	501,33	527,39	551,12	575,48
	Kärnten	1 233,11	1 304,62	1 372,43	1 434,18	1 497,58
	Niederösterreich	2 995,46	3 169,17	3 333,91	3 483,91	3 637,92
	Oberösterreich	3 123,34	3 304,47	3 476,25	3 632,65	3 793,22
	Salzburg	1 207,09	1 277,09	1 343,48	1 403,93	1 465,98
	Steiermark	2 522,51	2 668,80	2 807,53	2 933,84	3 063,53
	Tirol	1 421,43	1 503,86	1 582,04	1 653,21	1 726,29
	Vorarlberg	761,42	805,58	847,45	885,58	924,73
	Wien	4 953,79	5 241,08	5 513,52	5 761,58	6 016,27

Anlage 1.4 Aufteilung Ausgabenobergrenzen der KV-Werte auf alle Träger der gesetzlichen KV

Aufteilung Ausgabenobergrenzen der KV-Werte auf alle Träger d. gesetzl. KV

		§ 17 Abs. 1 Z 3 lit. b G-ZG Aufteilung Ausgabenobergrenzen der KV-Werte auf alle Träger d. gesetzl. KV				
		2024	2025	2026	2027	2028
Ausgaben-obergrenzen	gesetzliche KV gesamt	15 895,00	16 817,00	17 691,00	18 487,00	19 304,00
	ÖGK	11 973,00	12 667,00	13 325,00	13 926,00	14 541,00
	BVAEB	2 249,00	2 379,00	2 503,00	2 616,00	2 730,00
	SVS	1 673,00	1 771,00	1 863,00	1 945,00	2 033,00

Anlage 1.5 Bundesländerweise Zusammenführung der Ausgabenobergrenzen der gesetzl. KV

Bundesländerweise Zusammenführung der Ausgabenobergrenzen der gesetzl. KV

		§ 17 Abs. 1 Z 3 lit. c G-ZG Bundesländerweise Zusammenführung der Ausgabenobergrenzen der gesetzl. KV				
		2024	2025	2026	2027	2028
Ausgabenobergrenzen	gesetzliche KV gesamt	15 895,00	16 817,00	17 691,00	18 487,00	19 304,00
	Burgenland	498,00	527,00	554,00	579,00	605,00
	Kärnten	979,00	1 036,00	1 090,00	1 139,00	1 189,00
	Niederösterreich	2 885,00	3 052,00	3 211,00	3 356,00	3 504,00
	Oberösterreich	2 669,00	2 824,00	2 971,00	3 105,00	3 242,00
	Salzburg	1 017,00	1 076,00	1 132,00	1 183,00	1 235,00
	Steiermark	2 214,00	2 343,00	2 464,00	2 575,00	2 689,00
	Tirol	1 335,00	1 413,00	1 486,00	1 553,00	1 622,00
	Vorarlberg	711,00	751,00	791,00	826,00	863,00
	Wien	3 587,00	3 795,00	3 992,00	4 171,00	4 355,00

Anlage 1.6 Darstellung: Zusammenführung der Werte (Summe) von Ländern und gesetzlicher Krankenversicherung auf alle neun Bundesländer

Darstellung: Zusammenführung der Werte (Summe) von Ländern und gesetzlicher Krankenversicherung auf alle neun Bundesländer

§ 17 Abs. 2 Z 3 G-ZG		Darstellung: Zusammenführung der Werte (Summe) von Ländern und gesetzlicher Krankenversicherung auf alle neun Bundesländer				
		2024	2025	2026	2027	2028
Ausgabenobergrenzen	Länder und gesetzl. KV gesamt	34 587,00	36 593,00	38 495,00	40 227,00	42 005,00
	Burgenland	971,85	1 028,33	1 081,39	1 130,12	1 180,48
	Kärnten	2 212,11	2 340,62	2 462,43	2 573,18	2 686,58
	Niederösterreich	5 880,46	6 221,17	6 544,91	6 839,91	7 141,92
	Oberösterreich	5 792,34	6 128,47	6 447,25	6 737,65	7 035,22
	Salzburg	2 224,09	2 353,09	2 475,48	2 586,93	2 700,98
	Steiermark	4 736,51	5 011,80	5 271,53	5 508,84	5 752,53
	Tirol	2 756,43	2 916,86	3 068,04	3 206,21	3 348,29
	Vorarlberg	1 472,42	1 556,58	1 638,45	1 711,58	1 787,73
	Wien	8 540,79	9 036,08	9 505,52	9 932,58	10 371,27

Anlage 2

Messgrößenbeschreibungen zum Ziele- und Maßnahmenkatalog

Übersicht Messgrößen

(1)	Inanspruchnahme der öffentlichen ärztlichen Gesundheitsversorgung
(2)	Umgesetzte Primärversorgungseinheiten (PVE), Gruppenpraxen und selbständige Ambulatorien
(3)	Ambulante Frequenzen: Frequenzen spitalsambulanter und extramuraler Patient:innen in Fondskrankenanstalten und im kassenärztlichen Bereich
(4a)	Krankenhaushäufigkeit in FKA
(4b)	Krankenhaushäufigkeit in FKA, PRIKRAF-KA und UKH (exkl. Verlegungen aus KA)
(5a)	Belagstagedichte in FKA
(5b)	Belagstagedichte in FKA, PRIKRAF-KA und UKH
(6)	Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden
(7)	Ärztliche Versorgungsdichte
(8a)	Ärztliche Versorgungswirksamkeit des Wahlärzt:innenbereichs (am ambulanten Bereich)
(8b)	Ärztliche Versorgungswirksamkeit des Wahlärzt:innenbereichs (am niedergelassenen Bereich)
(9)	Pflegekräfte je 100.000 Einwohner:innen
(10a)	Absolvent:innen an Medizinuniversitäten
(10b)	Absolvent:innen ausgewählter Gesundheitsberufe
(11)	Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen AM/FÄ
(12)	Ambulante KJP-Angebote
(13)	In Therapie Aktiv versorgte Patient:innen und teilnehmende Ärzt:innen (AM und IM)
(14a)	Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich
(14b)	Erfahrung mit der medizinischen Versorgung in Österreich
(15)	Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer in Fondskrankenanstalten
(16)	Vorzeitige Todesfälle durch behandelbare Krankheiten
(17)	Anrufe bei 1450 je 100.000 Einwohner:innen und Jahr
(18)	Nutzung ELGA durch Bürger:innen und GDA
(19)	Anzahl der bundesweit einheitlich eingesetzten und sektorenübergreifend finanzierten Arzneyspezialitäten
(20)	Verhältnis der Ausgaben für Arzneimittel intramural zu Ausgaben für Arzneimittel extramural
(21a)	Polypharmazie Prävalenz
(21b)	Potentiell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren
(22)	Gesunde Lebensjahre bei Geburt
(23)	Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz
(24)	Täglich Rauchende
(25a)	Pro Kopf Konsum Alkohol
(25b)	problematischer Alkoholkonsum
(26)	Kariesfreie Kinder
(27)	Vorzeitige Todesfälle durch vermeidbare Todesursachen
(28)	Durchimpfungsraten Kinder für Erkrankungen mit internationalen Eliminations- und Eradikationsprogrammen/-zielen
(29)	Anzahl der in einem öffentlichen Impfprogramm bereitgestellten Impfungen

Themenbereich	Versorgung und Ressourcen						
Messgröße	(MG 1) Inanspruchnahme der öffentlichen ärztlichen Gesundheitsversorgung						
Zielvorgabe	Beobachtungswert						
Definition	Anzahl der Patient:innen (Einzelpersonen/Pseudonyme) mit Inanspruchnahme verschiedener Bereiche des Gesundheitssystems pro 1.000 Einwohner:innen der Wohnbevölkerung 2022						
Berechnung	$\frac{\text{Anzahl Patient:innen}}{\text{Anzahl der Wohnbevölkerung der Region}} * 1000$ <p>Exkludiert sind: Ausländische Gastpatient:innen; Patient:innen ohne Pseudonym; Inanspruchnahmen außerhalb des öffentlichen Sachleistungsbereichs (z.B. Alten- und Pflegeheime, Wahlärzt:innen); keine Altersstandardisierung</p>						
Format	Rate, quellbezogen						
Datengrundlage	BMSGPK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Dokumentation im ambulanten Bereich 2022; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes, Jahresanfang 2022						
Werte	2022	Insgesamt	>=1 x AM	>=1 x FA	>=1 x PVE	>=1 x VGF	>=1 x Sp.Amb.
	Burgenland	971	867	772	27	650	379
	Kärnten	942	788	740	16	442	446
	Niederösterreich	970	828	747	43	704	376
	Oberösterreich	907	785	647	31	483	458
	Salzburg	942	796	722	22	597	375
	Steiermark	951	826	728	56	506	391
	Tirol	936	784	722	1	320	460
	Vorarlberg	918	732	675	1	469	446
	Wien	912	717	740	40	673	307
Österreich	936	785	803	33	564	392	
>=1 x: mind. eine Inanspruchnahme im Jahr Insgesamt: Patient:innen aller Versorgungsstufen inkl. intramuraler Bereich AM: Allgemeinmedizinische GDA mit Kassenvertrag (Einzelordinationen, Gruppenpraxen, Ambulatorien; inkl. AM-PVE) FA: Fachärztliche GDA mit Kassenvertrag (Einzelordination, Gruppenpraxis, Ambulatorium; inkl. PVE-KIJU; exkl. Zahnmedizin) PVE: PVE gemäß Primärversorgungsgesetz (PrimVG) mit Kassenvertrag inkl. Netzwerke, inkl. „Kinder-PVE“ VGF: Vergemeinschaftete Organisationsform mit Kassenvertrag (Gruppenpraxen, Ambulatorien inkl. kasseneigene Amb., PVE inkl. PVN) Sp.Amb.: Spitalsambulanzen in landesfondsfinanzierten Krankenanstalten							

Themenbereich	Versorgung und Ressourcen				
Messgröße	(MG 2) Umgesetzte Primärversorgungseinheiten (PVE), Gruppenpraxen und selbständige Ambulatorien				
Zielvorgabe	Steigend (bei PVE: gemäß RSG)				
Definition	Anzahl in Betrieb genommener PVE (gemäß Primärversorgungsgesetz), Gruppenpraxen und selbständige Ambulatorien mit Kassenvertrag bzw. eigene Einrichtungen				
Berechnung	Anzahl der Einheiten (inkl. PVE für Kinder und Jugendliche, sog. „Kinder-PVE“)				
Format	Anzahl				
Datengrundlage	Meldung DVSV, ÖGK, ggf. Dokumentation im ambulanten Bereich				
Werte		PVE (inkl. „Kinder-PVE“)		Gruppenpraxen** (Zielvorgabe: Steigend)	Selbständige Ambulatorien (Zielvorgabe: Steigend)
		PVE 04/2024	Zielvorgabe (gem. RSG 2025*)		
	Burgenland	1	3	3	<i>Werte im Rahmen des Monitorings zu ergänzen</i>
	Kärnten	1	5	22	
	Niederösterreich	11	20	39	
	Oberösterreich	11 (davon 1 Kinder-PVE)	25	81	
	Salzburg	5	5	26	
	Steiermark	13	30	15	
	Tirol	1	6	1	
	Vorarlberg	1	3	2	
	Wien	20 (davon 5 Kinder-PVE)	36	118	
Österreich	64	133	307		
* Aktualisierung nach Vorliegen der RSG 2030 ** Gruppenpraxen mit ÖGK-Vertrag, exkl. Job-Sharing					

Themenbereich	Versorgung und Ressourcen			
Messgröße	(MG 3) Ambulante Frequenzen: Frequenzen spitalsambulanter und extramuraler Patient:innen in Fondskrankenanstalten und im kassenärztlichen Bereich			
Zielvorgabe	Beobachtungswert			
Definition	<p><u>Spitalsambulant</u>: Anzahl der Kontakte von ambulanten Patient:innen (physischer Personen) auf einer nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle pro Kalenderjahr (Berichtsjahr). Als Frequenz ist zu zählen, wenn der Besuch der ambulanten Patient:innen zum Zweck einer Untersuchung/Behandlung oder eines medizinischen Beratungsgespräches erfolgt.</p> <p><u>Extramural</u>: Anzahl aller E-Card-Kontakte bei Vertragspartnern der gesetzlichen Krankenversicherung je Jahr und getrennt nach Allgemeinmedizin und fachärztlicher Versorgung</p>			
Berechnung	<p><i>Anzahl Frequenzen ambulanter Patient:innen absolut je Jahr</i></p> <p><i>Anzahl aller E-Card-Kontakte bei Vertragspartner:innen der gesetzlichen Krankenversicherung je Jahr</i></p> <p><u>Exkludiert sind</u>: Spitalsambulant: In-vitro-Untersuchungen ohne Untersuchung bzw. Behandlung an ambulanten Patient:innen zählen nicht als Frequenzen. Weiters nicht als Frequenzen zu zählen sind Kontakte administrativer Natur oder wenn Patient:innen, ohne dass eine Untersuchung/Behandlung bzw. ein medizinisches Beratungsgespräch erfolgt ist, einer anderen Kostenstelle zugewiesen werden.</p>			
Format	Absolut, zielbezogen, Entwicklung			
Datengrundlage	Krankenanstaltenstatistik und -kostenrechnung BMSGPK; Meldung DVS			
Werte		2022		
		E-Card-Kontakte Allgemeinmedizin	E-Card-Kontakte bei Fachärzt:innen	Spitalsambulante Frequenzen
	Burgenland	3.198.415	1.700.904	456.511
	Kärnten	4.854.516	3.685.393	1.234.986
	Niederösterreich	16.142.544	7.987.848	3.019.000
	Oberösterreich	12.019.330	6.384.525	3.316.156
	Salzburg	4.582.830	3.850.766	1.288.802
	Steiermark	12.486.987	7.170.670	2.225.753
	Tirol	6.878.208	4.589.960	2.053.065
	Vorarlberg	2.478.863	1.840.912	755.921
	Wien	13.713.144	14.989.707	3.938.858
Österreich	76.354.837	52.200.685	18.289.052	

Themenbereich	Versorgung und Ressourcen							
Messgröße	(MG 4a) Krankenhaushäufigkeit in FKA							
Zielvorgabe	Beobachtungswert							
Definition	Stationäre Aufenthalte in Fondskrankenanstalten pro 1.000 Einwohner:innen der Wohnbevölkerung							
Berechnung	$\frac{\text{Anzahl stationäre Aufenthalte in Fondskrankenanstalten}}{\text{Anzahl der Wohnbevölkerung der Region}} * 1000$ <p>Exkludiert sind: NTA; ausländische Gastpatient:innen; Aufnahmeart „H“-halbstationär Keine Altersstandardisierung</p>							
Format	Rate; quellbezogen							
Datengrundlage	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten BMSGPK; Statistik des Bevölkerungsstandes zum Jahresanfang - Statistik Austria							
Werte		2017	2018	2019	2020*	2021*	2022*	2023
	Burgenland	199,4	200,7	204,1	169,5	178,5	179,5	182,5
	Kärnten	224,3	220,7	216,2	186,6	191,3	189,3	192,0
	Niederösterreich	209,4	206,9	205,7	170,3	173,5	174,7	177,9
	Oberösterreich	239,5	239,5	235,4	196,6	203,8	203,5	197,1
	Salzburg	211,7	207,3	203,1	172,5	179,4	175,5	170,9
	Steiermark	215,8	212,5	208,7	170,4	177,2	174,7	172,7
	Tirol	214,5	213,0	210,2	180,8	189,5	186,7	184,1
	Vorarlberg	196,9	195,7	189,7	165,6	175,7	172,3	170,6
	Wien	172,8	171,5	170,0	141,5	142,0	140,8	143,1
Österreich	208,2	206,3	203,6	170,4	175,5	174,3	173,6	
* Die Werte sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.								

Themenbereich	Versorgung und Ressourcen							
Messgröße	(MG 4b) Krankenhaushäufigkeit in FKA, PRIKRAF-KA und UKH (exkl. Verlegungen aus KA)							
Zielvorgabe	Beobachtungswert							
Definition	Stationäre Aufenthalte in FKA, SAN und UKH pro 1.000 Einwohner:innen der Wohnbevölkerung							
Berechnung	$\frac{\text{Anzahl stationäre Aufenthalte in FKA, SAN und UKH}}{\text{Anzahl der Wohnbevölkerung der Region}} * 1000$ <p>Exkludiert sind: NTA; ausländische Gastpatient:innen; Aufnahmeart „H“-halbstationär; Entlassungsart „Transfer in ein anderes KH“; keine Altersstandardisierung</p>							
Format	Rate; quellbezogen							
Datengrundlage	BMSGPK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes zum Jahresanfang							
Werte		2017	2018	2019	2020*	2021*	2022*	
	Burgenland	197,8	199,9	203,2	168,7	178,1	179,8	
	Kärnten	248,5	244,3	237,9	204,9	211,1	209,1	
	Niederösterreich	210,0	207,7	206,4	170,2	176,7	178,3	
	Oberösterreich	241,8	241,8	237,5	198,6	206,3	205,8	
	Salzburg	228,9	223,1	218,9	185,8	193,7	190,0	
	Steiermark	234,2	230,9	227,4	186,8	195,5	193,9	
	Tirol	220,4	218,7	217,4	187,0	196,5	194,3	
	Vorarlberg	188,4	185,5	180,1	156,2	166,3	163,2	
	Wien	190,8	188,7	187,1	155,6	155,3	153,5	
Österreich	217,8	215,6	212,9	178,1	184,2	183,2		
* Die Werte sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.								

Themenbereich	Versorgung und Ressourcen							
Messgröße	(MG 5a) Belagstagedichte in FKA							
Zielvorgabe	Beobachtungswert							
Definition	Belagstage in FKA pro 1.000 Einwohner:innen der Wohnbevölkerung							
Berechnung	$\frac{\text{Anzahl Belagstage in Fondskrankenanstalten}}{\text{Anzahl der Wohnbevölkerung der Region}} * 1000$ <p>Exkludiert sind: NTA, ausländische Gastpatient:innen, Aufnahmeart „H“-halbstationär; Aufenthalte länger als 28 Belagstage eingeschlossen Keine Altersstandardisierung</p>							
Format	Rate; quellbezogen							
Datengrundlage	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten BMSGPK; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes zum Jahresanfang							
Werte		2017	2018	2019	2020*	2021*	2022*	2023
	Burgenland	1.209,6	1.211,5	1.221,9	1.009,1	1.059,5	1.037,9	1.042,1
	Kärnten	1.515,3	1.494,5	1.471,4	1.281,9	1.291,3	1.282,3	1.292,0
	Niederösterreich	1.316,9	1.310,9	1.299,8	1.103,3	1.112,5	1.092,7	1.165,4
	Oberösterreich	1.445,0	1.428,6	1.442,6	1.197,3	1.219,7	1.188,2	1.157,0
	Salzburg	1.327,7	1.298,0	1.288,2	1.114,3	1.153,6	1.113,8	1.092,5
	Steiermark	1.420,8	1.397,1	1.376,9	1.134,5	1.184,2	1.155,3	1.142,0
	Tirol	1.293,2	1.288,0	1.276,2	1.127,9	1.178,6	1.131,9	1.105,6
	Vorarlberg	1.272,4	1.216,9	1.203,5	1.058,1	1.101,0	1.066,2	1.042,0
	Wien	1.260,3	1.243,8	1.227,2	1.052,7	1.058,7	1.035,9	1.038,9
	Österreich	1.346,7	1.329,8	1.320,2	1.121,5	1.146,1	1.118,8	1.121,9
* Die Werte sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.								

Themenbereich	Versorgung und Ressourcen							
Messgröße	(MG 5b) Belagstagedichte in FKA, PRIKRAF-KA und UKH							
Zielvorgabe	Beobachtungswert							
Definition	Belagstage in FKA, SAN und UKH pro 1.000 Einwohner:innen der Wohnbevölkerung							
Berechnung	$\frac{\text{Anzahl Belagstage in FKA, SAN und UKH}}{\text{Anzahl der Wohnbevölkerung der Region}} * 1000$ <p>Exkludiert sind: NTA, ausländische Gastpatient:innen, Aufnahmeart „H“-halbstationär; Aufenthalte länger als 28 Belagstage eingeschlossen; keine Altersstandardisierung</p>							
Format	Rate; quellbezogen							
Datengrundlage	BMSGPK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes zum Jahresanfang							
Werte		2017	2018	2019	2020*	2021*	2022*	
	Burgenland	1.229,8	1.231,8	1.241,4	1.025,6	1.078,8	1.060,0	
	Kärnten	1.680,6	1.654,7	1.628,9	1.414,6	1.432,4	1.417,4	
	Niederösterreich	1.348,2	1.342,7	1.329,7	1.130,0	1.148,9	1.129,3	
	Oberösterreich	1.488,2	1.471,2	1.483,0	1.234,1	1.259,0	1.225,1	
	Salzburg	1.453,6	1.418,7	1.404,1	1.214,6	1.251,9	1.208,8	
	Steiermark	1.535,3	1.510,2	1.490,4	1.229,3	1.286,8	1.252,4	
	Tirol	1.366,9	1.358,6	1.350,4	1.193,3	1.242,4	1.198,2	
	Vorarlberg	1.279,2	1.223,5	1.211,4	1.065,4	1.108,3	1.074,4	
	Wien	1.361,6	1.339,9	1.324,9	1.132,8	1.131,3	1.103,9	
	Österreich	1.423,2	1.404,1	1.394,1	1.184,2	1.210,9	1.181,3	
* Die Werte sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.								

Themenbereich	Versorgung und Ressourcen		
Messgröße	(MG 6) Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden		
Zielvorgabe	↑ (siehe leistungsspezifische Zielwerte)		
Definition	Anteil tagesklinisch-stationär bzw. ambulant erbrachter ausgewählter Leistungen aus dem Tagesklinik-Katalog gemessen an der Gesamtzahl dieser Leistungen je definiertem Leistungsbündel in FKA in Aufhalten unter 5 Belagstagen (BT) bzw. in ambulanten Besuchen. Längere Aufenthalte implizieren medizinische Notwendigkeit einer stationären Überwachung und sind dementsprechend ausgeschlossen. Aufenthalte mit mehreren Leistungen sind in der Messgröße inkludiert.		
Berechnung	$\frac{\text{Anzahl tagesklinisch – stationär und ambulant erbrachte Leistungen je Leistungsbündel}}{\text{Gesamtzahl der Leistungen je Leistungsbündel}}$ <p><u>Exkludiert sind:</u> Leistungen, die in Aufhalten mit mehr als 4 Belagstagen erbracht wurden. <u>Inkludiert sind:</u> Ambulant erbrachte Leistungen bei ambulanten Besuchen, Keine Altersstandardisierung</p>		
Format	Prozent; zielbezogen		
Datengrundlage	Diagnosen- und Leistungsdokumentation, BMSGPK		
Bündel	MEL	TK/amb. Anteil 2022	Internationaler*/nationaler** Benchmark
HNO-OP	CB010, FA010, FA020, GB020	36 %	60% / 45%
Curettage	JK030	61,9 %	70% / 75%
Sonstige Eingriffe Uterus	JK010, JK020, JK040	69,9 %	- / 83%
Sonstige Eingriffe Urologie	JH010, JH020, JH040, JH120	63,7 %	- /77%
Varizen-OP	EK030, EK035, EK040, EK050	47,7 %	70% / 75%
Hernien-OP (inguinal/femoral)***	LM080, LM090	10,1 %	60% / 28%
Laparoskopische Gallenblasenentfernung	HM110	1,4 %	20% / 5%
Karpaltunnel-OP	AJ070, AJ080, AJ085	86,8 %	90% / 92%
Knie-Arthroskopie	NF020	43,9 %	90% / 75%
Eingriffe Bewegungsapparat	MJ130, MZ020, NJ080, NZ020, NZ200, NZ210, NZ220, MJ150	43,8 %	- / 57%
Metallentfernung	LZ010, MZ010, NZ010	50,4 %	60% / 72%
Katarakt-OP	BF010, BF020 (bis 2022), BF015 (ab 2023)	93 %	99% / 100%
Sonstige Eingriffe Auge	BA010, BA020, BC010, BJ020, BJ030	87,1 %	- / 100%
<p>* Fischer S, Zechmeister-Koss I. Tageschirurgie. Systematischer Review. HTA-Projektbericht Nr. 64; 2012. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment. ** Wert des Bundeslandes mit dem höchsten Anteil an tagesklinischen/ambulanten Leistungen; Datenjahr 2022 *** Die Ursachen der im internationalen Vergleich sehr niedrigen tagesklinischen Rate von Hernien OP sind zu analysieren.</p>			

Themenbereich	Versorgung und Ressourcen							
Messgröße	(MG 7) Ärztliche Versorgungsdichte							
Zielvorgabe	Beobachtungswert							
Definition	<p>Vertragsärztliche Versorgungsdichte im extramuralen Bereich: Vertragsärzt:innen (exkl. Zahnmedizin und technische Fächer), inkl. eigene Einrichtungen der SV - vertragsärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) je 100.000 Einwohner:innen</p> <p>Vertragsärztliche Versorgungsdichte im extramuralen Bereich - Zahnmedizin: Vertragszahnmediziner:innen (inkl. Kieferorthopäd:innen) inkl. eigene Einrichtungen der SV - vertragsärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE) je 100.000 Einwohner:innen</p> <p>Ärztliche Versorgungsdichte im intramuralen Bereich: Ärzt:innen in Fonds-Krankenanstalten (VZÄ); Allgemeinmediziner:innen und Fachärzt:innen inkl. Ärzt:innen in Ausbildung je 100.000 Einwohner:innen</p> <p>Spitalsambulante Versorgungsdichte: Spitalsambulante ÄAVE je 100.000 Einwohner:innen</p>							
Berechnung	$\text{Vertragsärztliche Versorgungsdichte} = \frac{\text{Anzahl vertragsärztl. ÄAVE AM und FÄ (exkl. Zahnmedizin und techn.Fächer)}}{\text{Einwohner:innen}} * 100.000$ $\text{Vertragsärztl. Versorgungsdichte (Zahnmedizin)} = \frac{\text{Anzahl vertragsärztl.ÄAVE Zahnmedizin}}{\text{Einwohner:innen}} * 100.000$ $\text{Ärztliche Versorgungsdichte in FKA} = \frac{\text{Anzahl ärztliche VZÄ in FKA}}{\text{Einwohner:innen}} * 100.000$ $\text{Spitalsambulante Versorgungsdichte} = \frac{\text{Anzahl spitalsambulante ÄAVE}}{\text{Einwohner:innen}} * 100.000$							
Format	Rate, zielbezogen							
Datengrundlage	KA Statistik (BMSGPK), Regiomed des DVSV, Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes zum Jahresanfang							
Werte		Extramural (exkl. Zahnmedizin und techn. Fächer)		Extramural Zahnmedizin		Intramural FKA		Spitalsambulanter Bereich FKA
	Standort-Region	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2022
	Burgenland	91,8	88,8	30,1	29,8	182,2	180,5	32,3
	Kärnten	77,6	77,5	34,2	34,3	214,1	214,6	50,3
	Niederösterreich	75,2	71,4	30,6	30,8	205,5	203,9	33,1
	Oberösterreich	68,1	67,9	35,1	34,2	215,6	215,8	37,1
	Salzburg	79,5	76,1	34,4	33,0	254,9	253,5	52,2
	Steiermark	78,7	77,3	32,6	32,5	227,9	224,8	42,7
	Tirol	78,3	76,7	31,7	30,5	287,7	287,4	54,5
	Vorarlberg	75,2	75,3	38,8	38,3	217,0	212,5	29,0
	Wien	81,6	84,2	33,2	32,8	323,7	322,5	59,2
Österreich	77,1	76,3	33,1	32,7	246,1	244,8	44,6	

Themenbereich	Versorgung und Ressourcen										
Messgröße	(MG 8a) Ärztliche Versorgungswirksamkeit des Wahlärzt:innenbereichs (am ambulanten Bereich)										
Zielvorgabe:	Beobachtungswert										
Definition	<p>Kenngroße sind die vertragsärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE). Die ärztliche Versorgung im ambulanten Bereich umfasst die Vertragsärzt:innen sowie die Wahlärzt:innen im niedergelassenen Bereich, die Spitalsambulanzen, die Institute mit Kassenvertrag sowie die eigenen Einrichtungen der SV (Kassenambulatorien). Zur Berechnung der Versorgungswirksamkeit (ÄAVE) der Wahlärzt:innen werden die Wahlarztkostenerstattungsbeträge dem abgerechneten Betrag pro durchschnittlich arbeitenden Kassenarzt/-ärztin im jeweiligen Fach aus der Ärztekostenstatistik gegenübergestellt.</p> <p>Die „technischen Fachrichtungen“ Radiologie (RAD), Nuklearmedizin (NUK), Pathologie bzw. Klinische Pathologie und Molekularpathologie (PAT), Medizinische und Chemische Labordiagnostik (LAB) und Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation (PMR) sind nicht Teil von Regiomed.</p>										
Berechnung	$\frac{\text{Summe der wahlärztlichen ÄAVE je Fachrichtung}}{\text{Summe ÄAVE je Fachrichtung}}$										
Format	Rate (Entwicklung)										
Datengrundlage	Regiomed; Meldung DVSV Stand Mai 2024										
Werte											
	2022	Österreich	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
(AM) Allgemeinmedizin		2%	1%	2%	2%	3%	1%	2%	2%	2%	1%
(AU) Augenheilkunde und Optometrie		8%	18%	12%	8%	8%	10%	11%	13%	11%	3%
(CH) Chirurgie		3%	1%	4%	3%	4%	5%	2%	6%	6%	2%
(DER) Haut- und Geschlechtskrankheiten		11%	19%	10%	16%	13%	8%	9%	15%	25%	6%
(GGH) Frauenheilkunde und Geburtshilfe		16%	14%	16%	16%	17%	17%	23%	19%	17%	9%
(HNO) Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten		4%	4%	3%	7%	6%	4%	8%	3%	4%	2%
(IM) Innere Medizin (exkl. PUL)		5%	9%	5%	6%	6%	6%	4%	11%	10%	1%
(KI) Kinder- und Jugendheilkunde		6%	5%	13%	18%	7%	6%	5%	3%	4%	3%
(KJP) Kinder- und Jugendpsychiatrie		4%	0%	7%	1%	3%	0%	5%	1%	0%	9%
(NEU) Neurologie		6%	10%	8%	10%	4%	5%	6%	4%	8%	5%
(OR) Orthopädie und orthopädische Chirurgie		9%	13%	13%	11%	9%	16%	12%	26%	14%	4%
(PSY) Psychiatrie		15%	11%	11%	10%	10%	26%	7%	10%	15%	23%
(PUL) Lungenkrankheiten		2%	0%	0%	2%	1%	4%	1%	3%	13%	3%
(UC) Unfallchirurgie		4%	22%	2%	6%	3%	4%	5%	17%	7%	2%
(URO) Urologie		6%	5%	7%	10%	5%	2%	7%	4%	14%	2%

Themenbereich	Versorgung und Ressourcen										
Messgröße	(MG 8b) Ärztliche Versorgungswirksamkeit des Wahlärzt:innenbereichs (am niedergelassenen Bereich)										
Zielvorgabe:	Beobachtungswert										
Definition	<p>Kenngröße sind die vertragsärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE). Die ärztliche Versorgung im extramural-ambulanten Bereich umfasst die Vertragsärzt:innen sowie die Wahlärzt:innen im niedergelassenen Bereich, die Institute mit Kassenvertrag sowie die eigenen Einrichtungen der SV (Kassenambulatorien). Zur Berechnung der Versorgungswirksamkeit (ÄAVE) der Wahlärzt:innen werden die Wahlarztkostenerstattungsbeträge dem abgerechneten Betrag pro durchschnittlich arbeitenden Kassenarzt/-ärztin im jeweiligen Fach aus der Ärztekostenstatistik gegenübergestellt.</p> <p>Die „technischen Fachrichtungen“ Radiologie (RAD), Nuklearmedizin (NUK), Pathologie bzw. Klinische Pathologie und Molekularpathologie (PAT), Medizinische und Chemische Labordiagnostik (LAB) und Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation (PMR) sind nicht Teil von Regimed.</p>										
Berechnung	$\frac{\text{Summe der wahlärztlichen ÄAVE je Fachrichtung}}{\text{Summe ÄAVE je Fachrichtung extramural}}$										
Format	Rate (Entwicklung)										
Datengrundlage	Regimed; Meldung DVSV Stand Mai 2024										
Werte											
	2022	Österreich	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
(AM) Allgemeinmedizin		2%	1%	2%	2%	3%	1%	2%	2%	2%	1%
(AU) Augenheilkunde und Optometrie		13%	18%	17%	10%	12%	17%	17%	21%	14%	6%
(CH) Chirurgie		14%	5%	24%	8%	19%	19%	28%	30%	31%	6%
(DER) Haut- und Geschlechtskrankheiten		17%	19%	17%	22%	19%	14%	15%	23%	37%	10%
(GGH) Frauenheilkunde und Geburtshilfe		26%	22%	28%	27%	26%	29%	36%	35%	24%	14%
(HNO) Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten		7%	5%	4%	9%	9%	8%	11%	6%	6%	3%
(IM) Innere Medizin (exkl. PUL)		14%	21%	14%	17%	22%	17%	12%	27%	21%	3%
(KI) Kinder- und Jugendheilkunde		13%	10%	20%	33%	13%	13%	11%	8%	6%	6%
(KJP) Kinder- und Jugendpsychiatrie		9%	0%	11%	2%	5%	0%	22%	2%	0%	23%
(NEU) Neurologie		12%	16%	21%	15%	10%	13%	12%	11%	11%	10%
(OR) Orthopädie und orthopädische Chirurgie		11%	13%	22%	13%	14%	18%	14%	27%	16%	4%
(PSY) Psychiatrie		26%	14%	16%	17%	23%	53%	10%	29%	18%	39%
(PUL) Lungenkrankheiten		3%	0%	0%	3%	1%	8%	1%	3%	14%	5%
(UC) Unfallchirurgie		43%	22%	25%	65%	27%	100%	100%	29%	77%	87%
(URO) Urologie		9%	9%	12%	15%	9%	3%	10%	9%	25%	4%

Themenbereich	Versorgung und Ressourcen						
Messgröße	(MG 9) Pflegekräfte je 100.000 Einwohner:innen						
Zielvorgabe	Beobachtungswert						
Definition	Aktiv beschäftigte Pflegekräfte (Gesundheits- und Krankenpflege/GuK) je 100.000 Einwohner:innen: Mit Stichtag 31.12.2023 berufsberechtigte Berufsangehörige der DGKP (Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege), PFA (Pflegefachassistenz) und PA (Pflegeassistenz), die angestellt oder freiberuflich tätig sind je 100.000 Einwohner:innen (Jahr 2023), nach Beschäftigungsgruppen (Extramural, Intramural, Sozialbereich, Weitere, Freiberuflich)						
Berechnung	$GuK - Versorgungsdichte = \frac{\text{Anzahl aktive Berufsangehörige GuK}}{\text{Einwohner:innen}} * 100.000$						
Format	Rate, zielbezogen						
Datengrundlage	Gesundheitsberuferegister (GBR), Statistik des Bevölkerungsstandes zum Jahresanfang - Statistik Austria						
Werte 2023		Gesundheitswesen – angestellt		Sozialbereich – angestellt	Weitere – angestellt	Freiberuflich	Pflegekräfte*
	Zuordnungen	Extramural	Intramural				
	Burgenland	40	601	589	27	27	1.283
	Kärnten	27	963	795	37	30	1.849
	Niederösterreich	43	695	566	39	26	1.362
	Oberösterreich	42	905	798	43	19	1.799
	Salzburg	52	990	657	41	17	1.748
	Steiermark	33	957	869	44	23	1.920
	Tirol	52	983	818	31	20	1.891
	Vorarlberg	29	736	577	47	32	1.414
Wien	34	853	503	47	14	1.445	
Österreich	39	859	675	41	21	1.628	
<p>* Pflegekräfte können in mehreren Beschäftigungsgruppen tätig sein, wodurch die Summe aller Beschäftigungsgruppen abweichen kann.</p> <p>Extramural: Rettungsdienst, Selbstständiges Ambulatorium, Arzt/Ärztin, PVE, GuK oder MTD, Intramural: Krankenhaus, Blutspendeinrichtung, Gewebebank/Gewebeentnahmeeinrichtung, Kuranstalt Sozialbereich: Pflegeeinrichtung, Behindertenbetreuungseinrichtung, Mobile Dienste Weitere: Ausbildungseinrichtung, Forschungseinrichtung, Straf- und Maßnahmenvollzug, Sonstiges (Industrie, Bund, SV, ...) Freiberuflich: ausschließlich freiberuflich tätig</p>							

Themenbereich	Versorgung und Ressourcen					
Messgröße	(MG 10a) Absolvent:innen an Medizinuniversitäten					
Zielvorgabe	Beobachtungswert					
Definition	Anzahl der Studienabschlüsse im Diplom-/Masterstudium Humanmedizin („ <i>Studienrichtung Fach 1</i> “ gemäß Statistik Austria) sowie Zahnmedizin nach Studienjahr an öffentlichen Universitäten und Anzahl der Studienabschlüsse im Diplom-/Masterstudium Humanmedizin sowie Zahnmedizin („ <i>ISCED2013-Ausbildungsfeld</i> “ gemäß Statistik Austria) nach Studienjahr an Privathochschulen					
Berechnung	Die dargestellten Werte stellen sämtliche Absolvent:innen des Diplom-/Masterstudiums „Humanmedizin“ sowie „Zahnmedizin“ nach Studienjahr und Hochschule (öffentlich/privat) dar. Die Anzahl an Absolvent:innen eines Bachelor- oder Doktoratsstudiums „Humanmedizin“ werden nicht dargestellt.					
Format	Anzahl, zielbezogen					
Datengrundlage	Statistik Austria (Bildungsdokumentationsgesetz, Bundesstatistikgesetz 2000, Universitäts- und Hochschulstatistik- und Bildungsdokumentationsverordnung)					
Werte	Öffentlich Universitäten*			Privathochschulen**		
	Jahr	Humanmedizin	Zahnmedizin	Jahr	Humanmedizin	Zahnmedizin
	2012/13	1.168	108	2012/13	2	-
	2013/14	1.225	106	2013/14	34	-
	2014/15	1.160	102	2014/15	95	39
	2015/16	1.178	115	2015/16	40	80
	2016/17	1.239	104	2016/17	9	80
	2017/18	1.295	111	2017/18	51	98
	2018/19	1.170	148	2018/19	72	95
	2019/20	1.160	135	2019/20	128	95
	2020/21	1.308	128	2020/21	147	119
2021/22	1.275	112	2021/22	191	157	
2022/23	-	-	2022/23	246	117	
* Medizinische Universität Graz, Medizinische Universität Innsbruck, Medizinische Universität Wien, Universität Linz						
** Danube Private University, Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Sigmund Freud Privatuniversität						

Themenbereich	Versorgung und Ressourcen				
Messgröße	(MG 10b) Absolvent:innen ausgewählter Gesundheitsberufe				
Zielvorgabe	Beobachtungswert				
Definition	Anzahl der FH-Bachelorabsolvent:innen von gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen (DGKP, Hebammen, MTD) nach Studienjahr und Anzahl der Ausbildungsabschlüsse an Bildungseinrichtungen für Berufe gemäß GuKG (DGKP, PFA, PA) nach Ausbildungsjahr				
Berechnung	Siehe oben („Definition“)				
Format	Anzahl				
Datengrundlage	AQ Austria (BIS-Meldung); Statistik Austria (Schul- und Hochschulstatistik)				
Werte		2019/20	2020/21	2021/22	
	DGKP	2.862	2.720	2.292	
	PFA	612	1.142	1.023	
	PA	1.017	1.070	1.137	
	Hebammen	74	137	106	
	MTD	Physiotherapie	376	514	455
		Ergotherapie	171	175	210
		Biomedizinische Analytik	231	228	236
		Logopädie	104	66	107
		Radiologietechnologie	218	216	233
	Diätologie	92	79	123	
	Orthoptik	15	28	14	
DGKP: Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege; PFA: Pflegefachassistenz; PA: Pflegeassistenz; MTD: Medizinisch-technische Dienste					
Datenstand Juni 2024; ein Prozess zur zeitlichen Zuordnung der Absolvent:innen ist noch im Gange, retrospektive Änderungen sind daher noch möglich.					

Themenbereich	Versorgung und Ressourcen						
Messgröße	(MG 11) Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen AM/FÄ						
Zielvorgabe	Beobachtungswert						
Definition	Anzahl der besetzten Ausbildungsstellen für Ärzt:innen der Allgemeinmedizin und Anzahl der besetzten Ausbildungsstellen für Fachärzt:innen und Anzahl der genehmigten Ausbildungsstellen für Ärzt:innen der Allgemeinmedizin und Anzahl der genehmigten Ausbildungsstellen für Fachärzt:innen						
Berechnung	$\frac{\text{Anzahl der besetzten Ausbildungsstellen (AM)} + \text{Anzahl der besetzten Ausbildungsstellen (FÄ)}}{\text{Anzahl der genehmigten Ausbildungsstellen (AM)} + \text{Anzahl der genehmigten Ausbildungsstellen (FÄ)}}$						
Format	Anzahl, zielbezogen						
Datengrundlage	Ärzttekammer, BMSGPK, Länder						
Werte	Stellenart	besetzte Ausbildungsstellen					Genehmigte Ausbildungsstellen
		2019	2020	2021	2022	2023	
	Basisausbildung	897	965	1.006	1.036	1.134	n.v.
	Allgemeinmedizin	1.006	1.098	1.229	1.149	1.412	n.v.
	Sonderfächer	5.633	5.760	6.027	5.964	6.216	n.v.
	Additivfach	588	571	496	450	397	n.v.
	SUMME	8.124	8.394	8.758	8.599	9.159	n.v.

Themenbereich	Versorgung und Ressourcen				
Messgröße	(MG 12) Ambulante KJP-Angebote				
Zielvorgabe:	↑				
Definition	Anzahl der ambulanten KJP-Angebote Zu ambulanten KJP-Angeboten zählen z.B. Kinder- und Jugendpsychiater:innen mit Kassenvertrag, Ambulatorien mit niederschwelligem Zugang und mehreren Berufsgruppen (Psychologie, Physiotherapie, Sozialpädagogik etc.) sowie Angebote in Spitalsambulanzen Inkludiert: nur vertragsärztliche Einheiten bzw. VZÄ in Spitalsambulanzen				
Berechnung	<i>Anzahl der ambulanten KJP – Angebote (VZÄ)</i>				
Format	Anzahl in VZÄ				
Datengrundlage	Meldung DVSV				
Werte		2023 (VZÄ)			
		Ambulatorien	Niedergelassener Bereich	Spitalsambulanzen*	Summe
	Burgenland	5,1	0,0	0,0	5,1
	Kärnten	2,9	2,0	2,8	7,7
	Niederösterreich	0,2	9,0	15,1	24,3
	Oberösterreich	0,3	7,0	3,9	11,2
	Salzburg	2,0	3,0	3,9	8,9
	Steiermark	3,6	5,0	7,1	15,7
	Tirol	0,0	4,0	4,3	8,3
	Vorarlberg	0,0	4,5	2,4	6,9
Wien	21,9	14,0	17,3	53,2	
Österreich	35,9	48,5	56,8	141,2	
*Wert aus 2022					

Themenbereich	Qualität		
Messgröße	(MG 13) In Therapie Aktiv versorgte Patient:innen und teilnehmende Ärzt:innen (AM und IM)		
Zielvorgabe	↑		
Definition	Anteil von im Rahmen von Therapie Aktiv versorgten Patient:innen an allen Patient:innen, die in die Zielgruppe des Programmes fallen, sowie der Anteil der teilnehmenden Ärzt:innen an allen AM und FA für IM.		
Berechnung	$\frac{\text{Typ 2 Diabetiker:innen, die in DMP eingeschrieben sind}}{\text{Typ 2 Diabetiker:innen AM und IM, die im Programm eingeschrieben sind und Patient:innen führen}} \cdot 100$ $\frac{\text{alle AM und IM}}{\text{alle AM und IM}} \cdot 100$ <p>Die Diabetes-Typ-II-Inzidenz wird auf Basis von Abrechnungsdaten der SV-Träger ermittelt. Dies erfolgt anhand eines Algorithmus, der sich in der LEICON-Datenbank implementiert findet. Diesem Algorithmus zufolge gelten Personen als Typ-II-Diabetiker:innen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ innerhalb eines Jahres diabetesrelevante Medikamentenverordnungen eingelöst haben (Insulin und/oder orale Antidiabetika; A10A und A10B) und/oder ▫ vier oder mehr Blutzucker-Bestimmungen zu vier verschiedenen Zeitpunkten innerhalb eines Jahres oder ▫ zwei oder mehr HbA1c-Bestimmungen zu verschiedenen Zeitpunkten innerhalb eines Jahres hatten. <p>Bei der ausschließlichen Insulintherapie wird dabei – in Abgrenzung zum Typ-I-Diabetes – auf Personen im Alter von 50 oder mehr Jahren ohne einen stationären E-10-Aufenthalt eingeschränkt (der ICD-10-Code E10 steht dabei für Typ-I-Diabetes).</p>		
Format	Prozent		
Datengrundlage	Meldung DVSV, GÖG-Datenbasis basierend auf den Ärztelisten der ÖÄK und Informationen des DVSV zum Vorliegen von Kassenverträgen		
Werte		Versorgte Patient:innen 2022	Teilnehmende Ärzt:innen 2023
	Burgenland	13,38 %	16,67 %
	Kärnten	23,05 %	18,52 %
	Niederösterreich	19,00 %	12,49 %
	Oberösterreich	37,43 %	24,55 %
	Salzburg	31,71 %	22,82 %
	Steiermark	30,25 %	24,19 %
	Tirol	13,63 %	7,54 %
	Vorarlberg	28,30 %	25,47 %
	Wien	27,90 %	10,26 %
	Österreich	26,12 %	16,57 %
Weiterentwicklung	Ergänzung der Messgröße um weitere Disease-Management-Programme (DMP), sobald diese von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen wurden.		

Themenbereich	Qualität				
Messgröße	(MG 14a) Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich				
Zielvorgabe	↑				
Definition	Anteil der österreichischen Bevölkerung, der angibt mit ausgewählten Einrichtungen der medizinischen Versorgung sehr zufrieden oder eher zufrieden zu sein.				
Berechnung	<p><u>Befragte, die sehr zufrieden oder eher zufrieden sind</u> * 100 <i>Alle Befragten</i></p> <p>Frage aus dem Fragebogen: „Unabhängig davon, ob Sie in letzter Zeit eine der folgenden Gesundheitseinrichtungen in Anspruch genommen haben, wie zufrieden sind Sie mit der medizinischen Versorgung in Österreich?“</p> <p>Antwortkategorien mittels fünfstufiger Likertskala und einer Kategorie „nicht zutreffend“</p> <p>Stratifizierung erfolgt getrennt für folgende Einrichtungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zufriedenheit mit Krankenhaus (bei stationärem Aufenthalt) • Zufriedenheit mit Spitalsambulanzen • Zufriedenheit mit Fachärzt:innen • Zufriedenheit mit Allgemeinmediziner:innen • Zufriedenheit mit Therapeut:innen <p>Wenn möglich für weitere soziodemographische und sozioökonomische Merkmale</p>				
Format	Häufigkeiten in Prozent und Mittelwerte				
Datengrundlage	Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019ff.				
Werte	Gesundheitsbefragung 2019				
	Einrichtung	(1) Sehr zufrieden	(2) Eher zufrieden	Summe (1+2)*	Mittelwert (gesamte Skala)
	Krankenhaus	41	30	71 (84)	1,73
	Spitalsambulanzen	32	31	63 (74)	1,98
	Fachärzt:innen	51	34	85 (89)	1,60
	Praktische Ärzt:innen Hausärzt:innen	61	27	88 (90)	1,51
	Therapeut:innen	32	18	50 (89)	1,57
* exklusive Kategorie „nicht zutreffend“ Befragung soll 2025 wiederholt werden					

Themenbereich	Qualität			
Messgröße	(MG 14b) Erfahrung mit der medizinischen Versorgung in Österreich			
Zielvorgabe	→↑			
Definition	Anteil der Patient:innen mit positiven Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung			
Berechnung	<p>Der Indikator 1 führt als Index die Ergebnisse der Fragen zur Erfahrung im Krankenhaus zusammen (Sektorenübergreifende Patient:innenbefragung, Fragen: 2t-2ae; ohne 2z&2ab*)**.</p> <p>Der Indikator 2 führt als Index die Ergebnisse der Fragen zur Erfahrung mit der ärztlichen Weiterbetreuung im niedergelassenen Bereich zusammen (Sektorenübergreifende Patient:innenbefragung, Fragen: 3d – 3i*).</p>			
Format	Prozent			
Datengrundlage	Sektorenübergreifende Patient:innenbefragung (PaBe); Antwortkategorien mittels vierstufiger Likertskala (stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu) exkl. Ausweichkategorie			
Werte	Ergebnisse aus der Sektorenübergreifenden Patient:innenbefragung 2015 und 2022.			
	Indikator/Jahr	Positive Erfahrung	Eher positive Erfahrung	Positive Erfahrung, Insgesamt
	Indikator 1, 2015	66,3	26,6	92,9
	Indikator 1, 2022	65,0	27,7	92,7
	Indikator 2, 2015	81,1	16,7	97,8
	Indikator 2, 2022	82,2	15,8	98,0
* Nummerierung gemäß PaBe 2022; siehe https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2772/2/Patientenbefragung_Ergebnisbericht_bf.pdf ** enthält auch Erfahrungen betreffend Pflegepersonal				

Themenbereich	Qualität				
Messgröße	(MG 15) Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer in Fondskrankenanstalten				
Zielvorgabe	97,3 %				
Definition	Anteil der Aufenthalte, die eine Leistung aus der LM-stat (in der jeweils gültigen Fassung) am Aufnahmetag (1. Pflage tag PT) oder am 1. BT (2. PT) erhalten.				
Berechnung	$\frac{\text{Anzahl Aufenthalte mit } < 3 \text{ PT in FKA}}{\text{Anzahl aller Aufenthalte}} * 100$ <p>Inkludiert sind: NTA Exkludiert sind: Aufnahmeart „A“ akut</p>				
Format	Prozent; zielbezogen				
Datengrundlage	Diagnosen- und Leistungsdokumentation, BMSGPK				
Werte		2023 Anteil 1. PT	2023 Anteil 2. PT	2023 Anteil < 3 PT	Zielwert 2028 Anteil < 3 PT
	Burgenland	64,1%	32,3%	96,4%	97,3 %
	Kärnten	60,5%	34,9%	95,4%	
	Niederösterreich	60,3%	34,0%	94,3%	
	Oberösterreich	58,5%	35,5%	94,0%	
	Salzburg	57,7%	36,6%	94,3%	
	Steiermark	57,2%	35,2%	92,4%	
	Tirol	57,2%	37,8%	95,0%	
	Vorarlberg	62,9%	34,4%	97,3%	
	Wien	61,7%	32,4%	94,1%	
	Österreich	59,7%	34,6%	94,3%	

Themenbereich	Qualität						
Messgröße	(MG 16): Vorzeitige Todesfälle durch behandelbare Krankheiten						
Zielvorgabe	↓						
Definition	Sterblichkeit unter 75-Jähriger, die in einem funktionierenden Gesundheitssystem durch eine effektive und zeitnahe Versorgung inklusive Sekundärprävention und Behandlung potenziell vermeidbar gewesen wäre (englisch: treatable mortality)						
Berechnung	$\frac{\text{Anzahl Verstorbene mit behandelbarer Todesursache} < 75 \text{ Jahre}}{\text{Einwohner: innen} < 75 \text{ Jahre}} * 100.000$ <p>Altersstandardisiert nach Europäischer Standardbevölkerung 2013</p> <p>Behandelbare Todesursachen definiert nach OECD und Eurostat, 2022: https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/Annexes/hlth_cdeath_sims_an_5.pdf</p> <p>2022 waren die häufigsten behandelbaren Todesursachen in Österreich (in absteigender Reihenfolge): Ischämische Herzkrankheiten (v. a. Akuter Myokardinfarkt; diese gehen jeweils zur Hälfte in die behandelbaren und vermeidbaren Todesursachen ein), Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (v. a. Kolonkarzinom), Bösartige Neubildung der Brustdrüse, Zerebrovaskuläre Krankheiten und Diabetes Mellitus</p>						
Format	Rate (Verstorbene pro 100.000 EW)						
Datengrundlage	Todesursachenstatistik, Statistik Austria; Periodizität: jährlich verfügbar						
Werte	Bundesland	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	Burgenland	73,9	73,2	74,3	66,9	70,9	69,4
	Kärnten	75,3	70,5	71,3	69,7	66,7	66,3
	Niederösterreich	78,4	81,2	77,8	74,9	76,5	74,6
	Oberösterreich	72,6	69,6	73,5	68,7	69,0	65,8
	Salzburg	65,1	64,0	62,8	62,0	64,9	60,4
	Steiermark	74,1	74,5	72,7	68,4	69,6	69,4
	Tirol	57,8	60,2	61,3	58,8	53,2	54,9
	Vorarlberg	66,7	60,0	62,6	59,4	61,7	55,6
	Wien	92,8	90,9	81,5	84,3	85,7	81,6
	Österreich	76,3	75,4	73,6	71,3	71,8	69,6

Themenbereich	Digitalisierung/Daten									
Messgröße	(MG 17) Anrufe bei 1450 je 100.000 Einwohner:innen und Jahr									
Zielvorgabe	↑									
Definition	<p>Anzahl der Anrufe bei der Hotline 1450, getrennt nach Bundesland und Jahr. Darstellung nach</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art der Beratungsleistung mit oder ohne Gesundheitsberatung, • Gesundheitsberatung differenziert nach Empfehlung <p>Je 100.000 Einwohner:innen Bei der regionalen Zuordnung ist der jeweilige Leistungserbringer ausschlaggebend, nicht der Wohnsitz oder Aufenthaltsort des Anrufenden (zielbezogen).</p>									
Berechnung	$\frac{\text{Anzahl Anrufe mit Gesundheitsberatung}}{\text{Einwohner:innen}} * 100.000$ $\frac{\text{Anzahl Anrufe mit Gesundheitsberatung je Empfehlung}}{\text{Einwohner:innen}} * 100.000$ <p>Aufschlüsselung der Empfehlungen nach:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 – Rettungseinsatz (höchste Versorgungsstufe) 2 – Krankenhaus 3 – 141, Notärzt:innen o.ä. 4 – Sanitäter:innen/Acute Community Nursing (ACN) 5 – Niedergelassener Bereich 6 – Apotheke 7 – Anruf bei anderer Hotline 8 – Selbstversorgung (niedrigste Versorgungsstufe) $\frac{\text{Anzahl Anrufe ohne Gesundheitsberatung}}{\text{Einwohner:innen}} * 100.000$									
Format	Rate; Zielbezogen									
Datengrundlage	Quelle: IT-SV; Anrufzahlen - A1 Reports, Gesundheitsberatungen - 1450-DWH, Einwohnerzahlen - Statistik Austria									
Werte										
Gesundheits- beratungen	Gesundheitsberatungen je 100.000 Einwohner:innen									
		B	K	NÖ	OÖ	S	STMK	T	V	W
	2020	519	1.111	4.595	455	659	851	591	5.506	2.423
	2021	490	613	4.247	491	271	977	406	4.194	2.680
	2022	344	534	4.756	429	348	1.157	1.052	4.754	3.868
2023	2.015	784	4.370	1.153	609	1.434	1.750	4.919	3.272	
"Gesundheitsberatungen je Empfehlung (pro 100.000 Einwohner:innen)"	1 – Rettungseinsatz									
		B	K	NÖ	OÖ	S	STMK	T	V	W
	2020	29	134	785	5	5	49	103	200	196
	2021	56	113	943	8	5	85	123	183	426
	2022	50	97	1.032	9	9	68	239	133	653
	2023	199	113	870	18	31	101	363	125	391
	2 – Krankenhaus (intramuraler Bereich)									
		B	K	NÖ	OÖ	S	STMK	T	V	W
	2020	59	149	876	17	40	56	138	902	332
	2021	98	84	880	36	32	91	95	677	446
	2022	72	80	994	46	35	70	207	634	503
	2023	367	188	1.089	177	93	106	256	642	598

3 – Notarzteinsätze, 141, etc.										
	B	K	NÖ	OÖ	S	STMK	T	V	W	
2020	57	199	1.091	101	62	429	60	1.067	254	
2021	149	136	1.185	121	30	403	29	1.208	453	
2022	116	146	1.456	95	44	584	93	1.459	906	
2023	560	216	1.188	299	119	715	141	1.475	615	
4 – ACN (derzeit nur in NÖ)										
	B	K	NÖ	OÖ	S	STMK	T	V	W	
2020	-	-	13	-	-	-	-	-	-	
2021	-	-	23	-	-	-	-	-	-	
2022	-	-	20	-	-	-	-	-	-	
2023	-	-	201	-	-	-	-	-	-	
5 – Niedergelassener Bereich										
	B	K	NÖ	OÖ	S	STMK	T	V	W	
2020	85	236	733	211	246	165	222	2.305	872	
2021	79	137	582	207	123	175	107	1.337	791	
2022	62	131	663	198	171	147	359	1.525	919	
2023	403	161	518	455	254	237	663	1.613	959	
6 – Apotheke										
	B	K	NÖ	OÖ	S	STMK	T	V	W	
2020	1	4	19	10	16	3	1	24	17	
2021	4	2	13	22	3	7	3	12	22	
2022	2	4	16	16	5	5	16	13	31	
2023	10	7	13	41	7	10	38	12	26	
7 – Anruf bei anderer Hotline										
	B	K	NÖ	OÖ	S	STMK	T	V	W	
2020	170	158	262	15	43	0	6	106	24	
2021	13	11	54	7	5	1	1	80	31	
2022	5	10	49	7	3	1	8	77	63	
2023	2	16	58	30	11	2	29	96	47	
8 – Selbstversorgung										
	B	K	NÖ	OÖ	S	STMK	T	V	W	
2020	15	40	132	44	68	12	22	625	145	
2021	11	25	93	41	24	26	14	432	175	
2022	8	17	80	32	24	19	49	511	349	
2023	26	12	47	82	27	28	89	513	210	
Ohne Gesundheitsberatung	Informationsgespräche (inkl. "Corona-Anrufe" - Trennung nicht möglich) je 100.000 Einwohner:innen									
		B	K	NÖ	OÖ	S	STMK	T	V	W
	2020	18.914	15.074	16.956	22.469	25.052	31.471	39.448	52.542	46.382
	2021	27.571	26.870	35.419	27.742	219.991	57.479	83.958	98.228	166.035
	2022	102.621	42.759	68.674	72.444	89.700	58.934	52.444	119.223	92.054
2023	4.245	2.337	2.211	5.548	3.858	7.302	1.790	9.621	11.344	

Themenbereich	Digitalisierung/Daten	
Messgröße	(MG 18) Nutzung ELGA durch Bürger:innen und GDA	
Zielvorgabe	↑	
Definition	<p>ELGA Nutzung durch GDA: Anzahl der Transaktionen über die ELGA Infrastruktur je ELGA Anwendung. Eine Transaktion ist gemäß der für ELGA relevanten IHE-Standards definiert als Interaktion eines Akteurs mit der ELGA-Infrastruktur*. Beispiele für Transaktionen sind: Aufruf einer Dokumentenübersicht, der Abruf oder das Schreiben eines ELGA-Dokuments (z.B. e-Medikationsliste, Entlassungsbrief, Befund), die Erfassung oder Änderung von Abgaben und Verordnungen im Service e-Medikation oder das Delegieren von Kontaktbestätigungen.</p> <p>ELGA Nutzung durch Bürger:innen: Anzahl der logins am ELGA Bürgerportal (differenziert nach logins und ‚Köpfen‘, dh <i>unique logins</i> je IP-Adresse)</p> <p>*vgl. Tabelle 13 in https://www.elga.gv.at/fileadmin/user_upload/Dokumente_PDF_MP4/Technisches/ELGA_Gesamtarchitektur_2.30b.pdf</p>	
Berechnung	<p>ELGA Nutzung durch GDA (Absolutzahl): Anzahl Transaktionen je Anwendung und Zeitraum (zB Quartal, Monat) (eMedikation, eBefunde, elmpfpass)</p> <p>ELGA Nutzung durch GDA (in % der GDA): Angebundene GDA, die Transaktionen durchführen in %</p> <p>ELGA Nutzung durch Bürger:innen (Rate):</p> $\frac{\text{Anzahl logins/Jahr am ELGA Bürgerportal}}{\text{Einwohner: innen}} * 100.000$ $\frac{\text{Anzahl logins (unique users) am ELGA Bürgerportal}}{\text{Einwohner: innen}} * 100.000$	
Format	Rate; Zielbezogen, Absolutzahl	
Datengrundlage	<p>ELGA GmbH, BRZ</p> <p>Anmerkung: Dashboards Verwendung je GDA & Verwendung je ELGA/eHealth-Anwendung, Transaktionsschwellenwert > 1"</p> <p>SVC (Einwohner:innen: Statistik Austria)</p>	
Werte		
	Nutzung durch Bürger:innen/Logins Bürgerportal 2023	
	je 100.000 Einwohner:innen	unique users je 100.000 Einwohner:innen
Burgenland	2.955	<i>Werte im Rahmen des Monitorings zu ergänzen</i>
Kärnten	2.816	
Niederösterreich	3.371	
Oberösterreich	3.626	
Salzburg	3.871	
Steiermark	6.652	
Tirol	4.997	
Vorarlberg	2.928	
Wien	18.610	
Österreich	7.288	

Nutzung durch GDA in Transaktionen						
	eBefunde**		eMedikation		eImpfpass	
	Absolut	in % der GDA	Absolut	in % der GDA	Absolut	in % der GDA
Krankenanstalten	18.994.749	64,2 %	7.435.474	61,5 %	3.784.107	65,3 %
Pflegeeinrichtungen	36.619	14,9 %	63.351	10,6 %	14.134	8,8 %
Ambulatorien, Institute	1.515.074	15,4 %	2.288.607	19,0 %	1.442.745	13,9 %
Apotheken	-	-	161.637.136	97,5 %	231.131	97,3 %
Ärzt:innen*	24.167.339	17,7 %	346.363.460	34,3 %	20.395.075	38,0 %
Gruppenpraxen	4.733.833	52,2 %	49.076.299	82,6 %	2.359.637	71,0 %
Alle GDA	44.713.781		517.788.028		25.867.192	

* Ärztin/Arzt = nur Ärzt:innen mit Ordinationssitz und/oder e-Card-Anschluss; exklusive Gruppenpraxen; Summe der Auswertungsrollen "Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner", "Fachärztin/Facharzt", "Fachärztin/Facharzt Arbeitsmedizin", "Fachärztin/Facharzt Labormedizin"

**eBefunde: hier werden nur lesende und schreibende Transaktionen gezählt. Eine Auswertung inklusive der suchenden Transaktionen ist möglich, muss aber durch das BRZ durchgeführt werden, da die ELGA GmbH keinen Zugriff auf die Rohdaten (Protokollierungssystem & GDA-Index) hat, sondern nur auf Standard-Dashboards, die nur im eingeschränkten Maße bearbeitet werden können."

Themenbereich	Medikamente
Messgröße	(MG 19) Anzahl der bundesweit einheitlich eingesetzten und sektorenübergreifend finanzierten Arzneyspezialitäten
Zielvorgabe	↑
Definition	Anzahl der Arzneyspezialitäten, für die eine Vereinbarung zwischen Sozialversicherung und allen Bundesländern über den bundesweit einheitlichen Einsatz und eine sektorenübergreifende Finanzierung besteht. Das sind insbesondere jene Arzneyspezialitäten, die vom Bewertungsboard als Nahstellenprodukte festgelegt wurden und für welche eine Empfehlung zum bundesweit einheitlichen Einsatz vorliegt.
Berechnung	<i>Anzahl der Arzneyspezialitäten</i>
Format	Anzahl
Datengrundlage	Meldung durch Sozialversicherung
Werte	<i>derzeit noch keine Daten vorhanden (es gibt mit Stand April 2024 keine Arzneimittel mit bundesweit einheitlicher Regelung zum Einsatz und sektorenübergreifender Finanzierung)</i>

Themenbereich	Medikamente	
Messgröße	(MG 20) Verhältnis der Ausgaben für Arzneimittel intramural zu Ausgaben für Arzneimittel extramural	
Zielvorgabe	Beobachtungswert	
Definition	<p>Ausgaben für im extramuralen Bereich abgegebene Arzneimittel umfassen verschriebene Arzneimittel und Over-the-Counter-Produkte gemäß System of Health Accounts (HC.5.1.1-HC5.1.2).</p> <p>Ausgaben für im intramuralen Bereich abgegebene Arzneimittel umfassen einerseits die relevanten Kosten der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten (LGF KA) gemäß Krankenanstalten-Kostenrechnung (nach Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten), sowie andererseits die anhand der Anzahl der KA-Aufenthalte und der durchschnittlichen Kosten pro Aufenthaltstag in LGF KA geschätzten relevanten Kosten der nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten (NLGF KA). Die Auswahl der relevanten Kosten folgt dem Zugang in: Zimmermann, Nina; Habimana, Katharina (2017): Arzneimittelausgaben in Österreich. Gesundheit Österreich, Wien.</p> <p>Die Ausgaben werden dem System of Health Accounts-Zugang folgend inklusive Umsatzsteuer dargestellt.</p>	
Berechnung	<p><i>Ausgaben für Arzneimittel gesamt = Ausgaben intramural + Ausgaben extramural</i></p> <p><i>Ausgaben intramural = relevante Kostenpositionen der LGF KA inkl. USt + ((relevante Kostenpositionen der LGF KA inkl. USt / Anzahl Krankenhausaufenthalte in LGF KA) * Anzahl Krankenhausaufenthalte in NLGF KA)</i></p> <p><i>Ausgaben extramural = Ausgaben HC.5.1.1 + Ausgaben HC.5.1.2</i></p> <p><i>Anteil Ausgaben intramural = Ausgaben intramural / Ausgaben für Arzneimittel gesamt</i></p> <p><i>Anteil Ausgaben extramural = Ausgaben extramural / Ausgaben für Arzneimittel gesamt</i></p> <p><i>Berechnung folgt Zimmermann, Nina; Habimana, Katharina (2017): Arzneimittelausgaben in Österreich. Gesundheit Österreich, Wien</i></p>	
Format	Prozent	
Datengrundlage	<p>Statistik Austria (Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts), BMSGPK (Kostenstellenstatistik der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten bzw. Diagnosen- und Leistungsdokumentation).</p> <p>Vorläufige Daten zu den Ausgaben werden innerhalb des Folgejahres publiziert. Die Messgröße bildet daher die Ausgaben für das Vorjahr ab.</p>	
Werte		
<i>Vorläufige Werte für 2022</i>		2022
	Extramural	79.4%
	Intramural	20.6%

Themenbereich	Medikamente		
Messgröße	(MG 21a) Polypharmazie Prävalenz		
Zielvorgabe:	↓		
Definition	Über 70-jährige Anspruchsberechtigte mit mehr als 5 verschriebenen verschiedenen Wirkstoffen in zwei aufeinander folgenden Quartalen je 1.000 Anspruchsberechtigte		
Berechnung	$\frac{\text{Anspruchsberechtigte (70+) mit mehr als 5 verschiedenen Wirkstoffen}}{\text{Anspruchsberechtigte (70+) gesamt}} * 1000$ <p>Bezogen auf die letzten zwei aufeinanderfolgenden Quartale</p>		
Format	Rate; Quellbezogen		
Datengrundlage	Meldung DVSV		
Werte	Polypharmazie Prävalenz 2023 (> 5 Wirkstoffe)	Burgenland	236
		Kärnten	187
		Niederösterreich	204
		Oberösterreich	155
		Salzburg	144
		Steiermark	223
		Tirol	176
		Vorarlberg	118
		Wien	192

Themenbereich	Medikamente		
Messgröße	(MG 21b) Potentiell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren		
Zielvorgabe	↓		
Definition	Anteil der über 65-jährigen Bevölkerung (in %), die in einem Kalenderjahr mindestens mit einem PIM-Medikament (Packung) versorgt wurde		
Berechnung	<p>PIM-Prävalenz in Prozent der Anspruchsberechtigten. Anzahl der Verordnungen aus österreichischer PIM-Liste pro Anspruchsberechtigten in der jeweiligen Altersgruppe.</p> $\frac{\text{Anzahl der über 65-jährigen Anspruchsberechtigten mit mindestens einer PIM}}{\text{Anzahl der über 65-jährigen Anspruchsberechtigten}} * 100$		
Format	Prozent		
Datengrundlage	Quelle: Mann NK, Mathes T, Sönnichsen A, Pieper D, Klager E, Moussa M, Thürmann PA. Potentially inadequate medications in the elderly: PRISCUS 2.0—first update of the PRISCUS list. Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 3–10. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0377 Meldung DVSV		
Werte	Erfassung im Monitoring-Bericht anhand der zu diesem Zeitpunkt aktuellen PIM-Liste		

Themenbereich	Gesundheitsförderung & Primärprävention & Gesundheitskompetenz & Impfen		
Messgröße	(MG 22) Gesunde Lebensjahre bei Geburt		
Zielvorgabe:	↑		
Definition	Anzahl der zur Geburt statistisch erwartbaren Lebensjahre in (sehr) guter Gesundheit		
Berechnung	<p>Der Indikator „Gesunde Lebensjahre bei Geburt“ beschreibt die Anzahl der Lebensjahre, die in (sehr) guter Gesundheit verbracht werden können. Er wird aus einer Kombination von Sterbetafeln und Befragungsdaten (Österreichische Gesundheitsbefragung, ATHIS) berechnet. Die Operationalisierung der gesunden Lebensjahre erfolgt über die ATHIS-Frage zum selbst eingeschätzten Gesundheitszustand (Antwortkategorien "sehr gut" oder "gut").</p> <p>Die Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 inkludierte ab 15-Jährige in Privathaushalten. Die Zufallsstichprobe umfasste rund 16.000 Personen in Österreich.</p>		
Format	Anzahl		
Datengrundlage	Sterbetafeln in Verbindung mit Befragungsdaten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS); Statistik Austria (https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung-in-gesundheit)		
Werte	Gesunde Lebensjahre	Frauen (2019)	Männer (2019)
	Burgenland	64,6	60,4
	Kärnten	66,0	63,3
	Niederösterreich	63,5	61,9
	Oberösterreich	63,5	63,1
	Salzburg	68,7	67,5
	Steiermark	63,1	61,9
	Tirol	71,5	67,3
	Vorarlberg	69,9	65,3
	Wien	62,6	61,8
Österreich	64,7	63,1	

Themenbereich	Gesundheitsförderung & Primärprävention & Gesundheitskompetenz & Impfen		
Messgröße	(MG 23) Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz		
Zielvorgabe:	↑		
Definition	Anteil der Bevölkerung (in Prozent) mit „exzellenter“ oder „ausreichender“ Gesundheitskompetenz		
Berechnung	<p>Der Indikator basiert auf einem Index, der aus den 12 Fragen des HLS19-Q12 zur allgemeinen Gesundheitskompetenz berechnet und in vier Stufen der Gesundheitskompetenz kategorisiert wird (inadäquat, problematisch, ausreichend, exzellent). Die Fragen beziehen sich auf das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung.</p> <p>Die zweite österreichische Gesundheitskompetenzbefragung (HLS₁₉-AT, Datenjahr 2020) inkludierte ab 18-Jährige in Privathaushalten. Die Zufallsstichprobe umfasste rund 3.000 Personen in Österreich.</p>		
Format	Prozent		
Datengrundlage	Gesundheitskompetenzbefragung (Health Literacy Survey) HLS ₁₉ -AT (2021): Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS19-AT		
Werte			Österreich (2020*,**)
	Ausreichende Gesundheitskompetenz:		34,7 %
	Exzellente Gesundheitskompetenz:		18,1 %
	Summe:		52,8 %
* in Bezug auf den Methodeneffekt (CATI versus CAWI) adjustierte Ergebnisse (siehe Datengrundlage) ** Die Werte für 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.			

Themenbereich	Gesundheitsförderung & Primärprävention & Gesundheitskompetenz & Impfen
Messgröße	(MG 24) Täglich Rauchende
Zielvorgabe	↓
Definition	Anteil der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; in %), der täglich raucht nach Geschlecht
Berechnung	$\frac{\text{Anzahl der täglich rauchenden Befragten}}{\text{alle Befragten}} * 100$
Format	Prozent
Datengrundlage	ATHIS, EHIS; Statistik Austria, Eurostat
Werte	23,5 % der Männer über 15 Jahre (2019) 17,8 % der Frauen über 15 Jahre (2019)

Themenbereich	Gesundheitsförderung & Primärprävention & Gesundheitskompetenz & Impfen
Messgröße	(MG 25a) Pro Kopf Konsum Alkohol
Zielvorgabe	↓
Definition	Gramm Alkohol pro Tag und Kopf der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; in absoluten Zahlen)
Berechnung	$\frac{\text{Summe d. offiziell erfassten Alkohols (Wein, Bier, Spirit.) + Dunkelzifferschätzung}}{\text{Wohnbevölkerung 15 Jahre oder älter}} \div 365$
Format	Absolutzahl
Datengrundlage	Statistik Austria, Bundesministerium für Finanzen, Bevölkerungsbefragung zu Substanzkonsum
Werte	25,0 Gramm (2022, Daten jährlich verfügbar)

Themenbereich	Gesundheitsförderung & Primärprävention & Gesundheitskompetenz & Impfen
Messgröße	(MG 25b) problematischer Alkoholkonsum
Zielvorgabe	↓
Definition	Anteil an Personen in der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; Prozent), die mehr als 40 Gramm Alkohol (Frauen) bzw. mehr als 60 Gramm Alkohol (Männer) konsumieren
Berechnung	$\frac{\text{Personen mit mehr als 40 bzw. 60 Gramm Alkohol pro Tag}}{\text{alle Befragte}} * 100$ Erläuterung: Berechnung Gramm Alkohol pro Tag = Summe aus (Konsumfrequenz in den letzten 30 Tagen * durchschnittliche Konsummenge pro Konsumtag * Alkoholgehalt) für Wein, Bier, Spirituosen, Obstwein/Most. Summe des Gesamtsamples adjustiert laut Wirtschaftsdaten (Summe des offiziell erfassten Alkohol (Wein, Bier, Spirit.) + Dunkelzifferschätzung).
Format	Prozent
Datengrundlage	Bevölkerungsbefragung zu Substanzkonsum (Rohdaten adjustiert anhand des Pro-Kopf-Konsums laut Wirtschaftsdaten)
Werte	15 % (2020, nächste Daten voraussichtlich 2026 verfügbar)

Themenbereich	Gesundheitsförderung & Primärprävention & Gesundheitskompetenz & Impfen
Messgröße	(MG 26) Kariesfreie Kinder
Zielvorgabe	↑
Definition	Anteil der 6-jährigen Kinder (in %) mit einem kariesfreien Gebiss (d3mft - Score = 0) und 6-jährige Kinder mit hohem Sanierungsgrad
Berechnung	$\text{Anteil Kinder mit kariesfreiem Gebiss} = \frac{\text{Anzahl Kinder mit } d3mft = 0}{\text{alle untersuchten Kinder}} * 100$ $\text{Anteil mit hohem Sanierungsgrad} = \frac{\text{Anzahl Kinder mit mind. 80 \% saniertem Gebiss}}{\text{alle untersuchten Kinder}} * 100$ <p>Der Sanierungsgrad wird dabei durch den prozentuellen Anteil an gefüllten Zähnen am gesamten d3mft zum Ausdruck (ft dividiert durch d3mft) gebracht. Darstellung je Bundesland.</p>
Format	Prozent
Datengrundlage	Zahnstaturerhebung
Werte	Gegenwärtig ist österreichweit gut die Hälfte (55 %) der Sechsjährigen kariesfrei (d3mft = 0). Der Sanierungsgrad (Care Index Percentage) beträgt lediglich 39 Prozent. Das bedeutet, dass über die Hälfte der als kariös befundenen Milchzähne (61 %) keine Sanierung aufweist (2016).

Themenbereich	Gesundheitsförderung & Primärprävention & Gesundheitskompetenz & Impfen						
Messgröße	(MG 27): Vorzeitige Todesfälle durch vermeidbare Todesursachen						
Zielvorgabe	↓						
Definition	Sterblichkeit unter 75-Jähriger, die durch effektive Public Health Interventionen und Primärprävention potenziell vermeidbar gewesen wäre (englisch: preventable mortality)						
Berechnung	$\frac{\text{Anzahl Verstorbene mit vermeidbarer Todesursache} < 75 \text{ Jahre}}{\text{Einwohner: innen} < 75 \text{ Jahre}} * 100.000$ <p>Altersstandardisiert nach Europäischer Standardbevölkerung 2013</p> <p>* vermeidbare Todesursachen definiert nach OECD und Eurostat, 2022: https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/Annexes/hlth_cdeath_sims_an_5.pdf</p> <p>2022 waren die häufigsten vermeidbare Todesursachen in Österreich (in absteigender Reihenfolge): Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (v. a. Lungenkrebs), Ischämische Herzkrankheiten (v. a. Akuter Myokardinfarkt; diese gehen jeweils zur Hälfte in die behandelbaren und vermeidbaren Todesursachen ein), COVID-19, Krankheiten der Leber (v. a. Alkoholische Leberkrankheit), Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (v. a. COPD), Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (v. a. Leberkrebs), Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen (v. a. vorsätzliche Selbstbeschädigung und Unfallverletzungen)</p>						
Format	Rate (Verstorbene pro 100.000 EW)						
Datengrundlage	Todesursachenstatistik, Statistik Austria; Periodizität: jährlich verfügbar						
Werte	Bundesland	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	Burgenland	155,5	161,2	155,2	143,0	159,4	154,0
	Kärnten	168,7	177,0	164,2	176,0	188,6	169,2
	Niederösterreich	156,3	157,2	155,1	166,5	181,9	169,1
	Oberösterreich	148,5	143,0	142,9	161,6	162,4	150,3
	Salzburg	141,6	135,8	136,4	140,8	165,9	144,1
	Steiermark	160,2	150,8	147,1	173,2	167,7	163,9
	Tirol	130,0	138,2	144,1	147,6	141,6	148,0
	Vorarlberg	144,2	131,3	124,0	148,2	149,0	146,4
	Wien	187,1	195,3	179,8	200,6	212,6	196,8
	Österreich	158,9	158,9	153,9	168,8	176,0	165,5

Themenbereich	Gesundheitsförderung & Primärprävention & Gesundheitskompetenz & Impfen			
Messgröße	(MG 28) Durchimpfungsraten Kinder für Erkrankungen mit internationalen Eliminations- und Eradikationsprogrammen/-zielen			
Zielvorgabe	↑			
Definition	Anteil der Kinder (in %), die im jeweiligen Alter mit der angeführten Anzahl an Dosen geimpft wurden			
Berechnung	Berechnungen mittels agenten – basiertem dynamischen Simulationsmodell der TU Wien			
Format	Prozent			
Datengrundlage	Meldung BMSGPK			
Werte		2021	2022	2023
	2 Dosen MMR-Impfung, Zweijährige*	74	75,6	77,8
	2 Dosen MMR-Impfung, Vierjährige*	>95	93,7	80,5
	3 Dosen 6-fach-Impfung, Zweijährige**	81,5	72,6	86,6
	3 Dosen 6-fach-Impfung, Vierjährige**	86,4	83,5	83,4
	Auffrischungsimpfung 4-fach-Impfung***, 10-Jährige	88,3	89,9	82,6
	2 Dosen HPV-Impfung, 14-Jährige	55,7	53,1	n.v.
* MMR Masern-Mumps-Röteln-Kombinationsimpfung				
** 6-fach-Impfung gegen Diphtherie, Wundstarrkrampf, Keuchhusten, Kinderlähmung, Haemophilus influenzae B, Hepatitis B				
*** 4-fach-Impfung gegen Diphtherie, Wundstarrkrampf, Keuchhusten und Kinderlähmung				

Themenbereich	Gesundheitsförderung & Primärprävention & Gesundheitskompetenz & Impfen	
Messgröße	(MG 29) Anzahl der in einem öffentlichen Impfprogramm bereitgestellten Impfungen	
Zielvorgabe	↑	
Definition	Anzahl der in öffentlichen Impfprogrammen bereitgestellten Impfungen	
Berechnung	Anzahl von in öffentlichen Impfprogrammen bereitgestellten Impfungen Anzahl der laut jeweils aktuell gültigem Impfplan Österreich (basierend auf den Empfehlungen des Nationalen Impfgremiums) allgemein empfohlenen Impfungen	
Format	Anzahl	
Datengrundlage	Empfohlene und finanzierte Impfungen entsprechend Übersichtstabelle Impfplan Österreich	
Werte		2023
	Im ÖIP bereitgestellte Impfungen	13
	Vom NIG empfohlene Impfungen	18

Anlage 3 – Abkürzungsverzeichnis

ÄAVE	Ärztliche ambulante Versorgungseinheit
A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
AM	Allgemeinmediziner:in
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
B-KUVG	Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BSVG	Bauern-Sozialversicherungsgesetz
BT	Belagstag
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
CT	Computertomographie
d3mft	Decayed, Missing and Filled Teeth per child (Indikator zur Kariesprävalenz)
DGKP	Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege
eIDAS	electronic IDentification, Authentication and trust Services
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EMA	European Medicines Agency
FÄ	Fachärzt:innen
FKA	Fondskrankenanstalt
ft	filled teeth (Zähne mit Zahnfüllung)
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter:innen
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSVG	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz
G-ZG	Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz
Health CERT	Health Computer Emergency Response Team
HLS	Health Literacy Population Survey
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
HTA	Health Technology Assessment
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
ICD-10	International Classification of Diseases; 10. Revision
IM	(Fachärzt:innen) Innere Medizin
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KIJU	Kinder- und Jugendheilkunde
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KV	Krankenversicherung
LEICON	Standardprodukt Leistungscontrolling (Gesundheitsökonomisches Controllinginstrument der SV)
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LM	Leistungsmatrix (LM-stat: Leistungsmatrix stationär; LM-amb: Leistungsmatrix ambulant)
MEL	Medizinische Einzelleistung
MR	Magnetresonanztomographie
NTA	Null-Tages-Aufenthalt
öGTI	Öffentliche Gesundheitstelematikinfrastruktur
ÖPGK	Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit

PA	Pflegeassistenz
PFA	Pflegefachassistenz
PIM	Potentiell inadäquate Medikation
PRÄOP	Qualitätsstandard präoperative Diagnostik
PT	Pflegetag
PV	Primärversorgung
PVE	Primärversorgungseinheit
PVN	Primärversorgungsnetzwerk
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SAN	Sanatorium
SHA	System of Health Accounts
SUPRA	Suizidprävention Austria
TK	Tagesklinik
UKH	Unfallkrankenhaus
ÜRVP	Überregionale Versorgungsplanung
VWD	Verweildauer
VZÄ	Vollzeitäquivalent
ZS-G	Zielsteuerung-Gesundheit

Anlage 4

Muster für die Darstellung der Vorhaben gemäß Art. 3 Abs. 2 Z 5 im Jahresarbeitsprogramm

Zielsetzung gemäß ZMK (operatives Ziel, Maßnahme)	Vorhaben	Geplante Einheiten/Stellen	Umsetzungsverantwortliche (Land/SV)
Bundesland:			

Zielsetzung gem. ZMK	Vorhaben	Bundesland	Geplante Einheiten/Stellen	Umsetzungsverantwortliche (Land/SV)
Niedergelassener Bereich				

Zielsteuerungsvertrag

Zielsteuerung-Gesundheit

für die Jahre 2024 bis 2028

Für den Bund

Der Bundesminister für Soziales, Gesundheit,
Pflege und Konsumentenschutz

Zielsteuerungsvertrag

Zielsteuerung-Gesundheit

für die Jahre 2024 bis 2028

Für den Dachverband der Sozialversicherungsträger

Der Vorsitzende der Konferenz

Der Büroleiter des Dachverbands
der Sozialversicherungsträger

Zielsteuerungsvertrag

Zielsteuerung-Gesundheit

für die Jahre 2024 bis 2028

Für das Land Burgenland

Der Landeshauptmann

Zielsteuerungsvertrag

Zielsteuerung-Gesundheit

für die Jahre 2024 bis 2028

Für das Land Kärnten

Der Landeshauptmann

Zielsteuerungsvertrag

Zielsteuerung-Gesundheit

für die Jahre 2024 bis 2028

Für das Land Niederösterreich

Die Landeshauptfrau

Zielsteuerungsvertrag

Zielsteuerung-Gesundheit

für die Jahre 2024 bis 2028

Für das Land Oberösterreich

Der Landeshauptmann

Zielsteuerungsvertrag

Zielsteuerung-Gesundheit

für die Jahre 2024 bis 2028

Für das Land Salzburg

Der Landeshauptmann

Zielsteuerungsvertrag

Zielsteuerung-Gesundheit

für die Jahre 2024 bis 2028

Für das Land Steiermark

Der Landeshauptmann

Zielsteuerungsvertrag

Zielsteuerung-Gesundheit

für die Jahre 2024 bis 2028

Für das Land Tirol

Der Landeshauptmann

Zielsteuerungsvertrag

Zielsteuerung-Gesundheit

für die Jahre 2024 bis 2028

Für das Land Vorarlberg

Der Landeshauptmann

Zielsteuerungsvertrag

Zielsteuerung-Gesundheit

für die Jahre 2024 bis 2028

Für das Land Wien

Der Landeshauptmann