



Erster Umsetzungs- bericht gemäß Art. 9 Abs. 8 ZV

**Abgenommen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission
im Dezember 2025**

Impressum

Fachliche Begleitung durch den Ständigen Koordinierungsausschuss

Wissenschaftliche Unterstützung von der Gesundheit Österreich GmbH

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur
Stubenring 1, 1010 Wien

Erscheinungsdatum:

Dezember 2025

Inhalt

Tabellen.....	VI
1 Einleitung – aktuelle Gesundheitsreform	1
2 Gezieltes Investieren in ausgewählte Bereiche	4
3 Stärkung des spitalsambulanten Bereichs	6
4 Stärkung des niedergelassenen Bereichs	9
5 Entwicklung der Ausgaben im niedergelassenen und Spitalsbereich	15
6 Status der Maßnahmen des Zielsteuerungsvertrags	18
7 Fazit und Ausblick	20

Tabellen

Tabelle 1: Bereinigte Ausgabensteigerungen 2024 gegenüber 2023 der KV-Träger in Mio. Euro.....	12
Tabelle 2: Bereinigte Ausgabensteigerungen der KV-Träger: Ausgewählte Vertragspartnergruppen in Mio. Euro.....	14

Abbildungen

Abbildung 1: Zielsteuerung-Gesundheit	2
Abbildung 2: Zusätzliche Mittel für die nachhaltige Stärkung des solidarischen Gesundheitssystems im Jahr 2024.....	4
Abbildung 3: Primärversorgungseinheiten in Österreich per Juli 2025.....	10
Abbildung 4: Öffentliche Gesundheitsausgaben in Fondskrankenanstalten nach Versorgungsbereich und Finanzierungsträgern 2012–2023	16
Abbildung 5: Öffentliche Gesundheitsausgaben im niedergelassenen Bereich nach Leistungsanbietenden und Finanzierungsträgern 2012–2023	16
Abbildung 6: Private Gesundheitsausgaben nach Leistungsanbietenden und Finanzierungs- trägern 2012–2023.....	17

1 Einleitung – aktuelle Gesundheitsreform

Bund, Länder und Sozialversicherung haben sich für den Zeitraum 2024-2028 auf eine umfassende Gesundheitsreform mit zahlreichen Schwerpunkten geeinigt, um die öffentliche Gesundheitsversorgung in Österreich zu stärken. Nach dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ sollen einerseits gänzlich neue Versorgungswege beschritten und andererseits nachhaltige Strukturreformen durch gezielte Investitionen initiiert werden.

Warum braucht Österreich diese Reform?

Das österreichische Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen. Die Gesellschaft wächst, wird älter und chronische Erkrankungen nehmen zu. Dadurch steigt die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen aber auch nach Gesundheits- und Pflegepersonal. Der geringere Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter bedeutet gleichsam eine verringerte Einnahmendynamik im Gesundheitswesen (Steuer- und Beitragseinnahmen) und letztlich eingeschränkt verfügbares Personal. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben wuchsen zuletzt regelmäßig stärker als das Bruttoinlandsprodukt, was dazu führt, dass ein immer größerer Anteil der öffentlichen Budgets für Gesundheit aufgewendet wird. Die COVID-19 Pandemie hat zu außerordentlichen Niveausprüngen bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben geführt aber auch nach der Pandemie wuchsen die Ausgaben inflationsbedingt stark, anstatt zurückzugehen.

Trotz vieler Herausforderungen bietet das öffentliche Gesundheitssystem in Österreich eine hochwertige und bedarfsgerechte Versorgung an. Dies spiegelt sich auch in hohen Zufriedenheitswerten wider. Im internationalen Vergleich werden überdurchschnittlich viele Ressourcen im Sinne von Fachkräften, Spitälern und anderer Infrastruktur eingesetzt. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung wird allgemein als gut angesehen, die Leistungspakete sind umfassend und der ungedeckte Bedarf an medizinischen Leistungen ist in Österreich so gering wie in kaum einem anderen europäischen Land.¹

Um sich den Aufgaben in Zeiten angespannter öffentlicher Budgets zu stellen und das Gesundheitssystem weiterzuentwickeln bzw. zukunftsfit zu machen, arbeiten Bund, Länder und Sozialversicherung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit verstärkt zusammen. Die aktuelle Gesundheitsreform stützt sich im Wesentlichen auf zwei Säulen. Zum einen werden die Reformbemühungen der letzten Jahre im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit und ihrer Strukturen fortgesetzt und zum anderen werden zusätzliche Mittel investiert, um die Budgets von Ländern und Sozialversicherung zu entlasten und Reformen in wesentlichen Bereichen voranzutreiben.

¹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Österreich: Länderprofil Gesundheit 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.



Quelle: eigene Darstellung

Das solidarische Gesundheitssystem wird nachhaltig gestärkt

Die aktuelle Reform baut auf den bisherigen Fortschritten auf und setzt neue Impulse: Ab 2024 investiert der Bund zusätzliche Mittel, um das solidarische Gesundheitssystem nachhaltig zu stärken. Diese fließen hauptsächlich an die Sozialversicherung und die Bundesländer für den Auf- und Ausbau und die nachhaltige Ausrichtung der Versorgung. Die Abstimmung der konkreten Projekte erfolgt auf Landesebene zwischen den Zielsteuerungspartnern. Die Umsetzung und Finanzierung der Vorhaben bzw. Projekte erfolgt zum Teil gemeinsam von Ländern und Sozialversicherung. Ziel ist es, die medizinische Versorgung zu sichern und die Finanzierbarkeit des Systems unter Berücksichtigung ökonomischer Aspekte, langfristig zu gewährleisten.

Ziel des Berichts

Die Reformpartner haben sich in diesem Zusammenhang auf die Erstellung eines jährlichen Umsetzungsberichts verständigt², der nun zum ersten Mal vorliegt. Der Bericht verfolgt dabei mehrere Ziele, die nach einer kurzen Einleitung und Beschreibung in den nachfolgenden Kapiteln dargestellt werden.

- Zum einen wird darüber informiert, welche Vorhaben durch die zusätzlichen Mittel im Jahr 2024 bis Ende des ersten Quartals 2025 initiiert, ausgebaut bzw. zur Umsetzung gebracht wurden (siehe Kapitel 3 und 4). Die Vorhaben werden dabei gegliedert und zusammenfassend dargestellt. Nationale und internationale Evidenz zum Nutzen und zur Wirksamkeit dieser oder ähnlicher Vorhaben runden dabei das Bild ab.
- Weiters wird die Entwicklung der maßgeblichen Ausgaben im niedergelassenen sowie im spitalsambulantem Bereich gezeigt (siehe Kapitel 5).

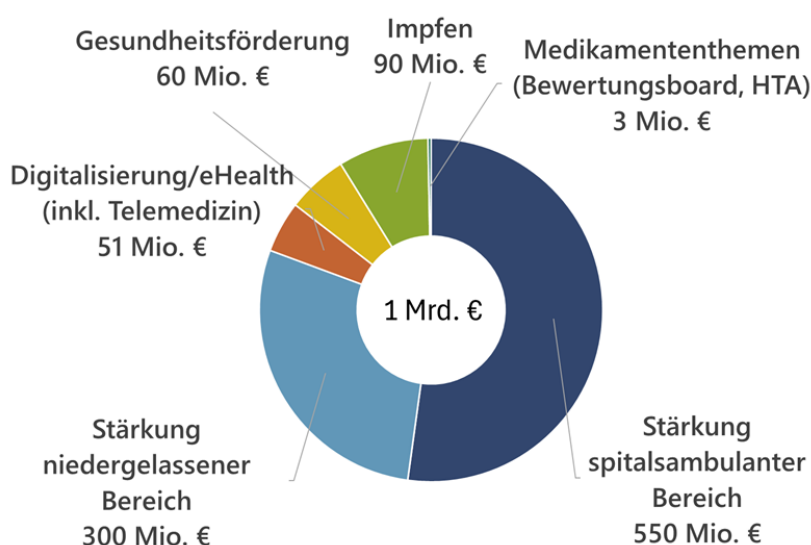
² Der vorliegende Bericht basiert auf dem ZV auf Bundesebene 2024 bis 2028 Artikel 9 (8): [https://www.sozialministerium.gv.at/The-men/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Zielsteuerungsvertrag-2024-bis-2028.html](https://www.sozialministerium.gv.at/The-men/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Zielsteuerungsvertrag-2024-bis-2028.html)

- Schließlich widmet sich ein Kurzkapitel einer konzisen Zusammenfassung des Status der Reformbemühungen der Zielsteuerung-Gesundheit (siehe Kapitel 6).
- Abgeschlossen wird der Bericht durch ein Fazit mit einem Ausblick auf die Folgejahre (siehe Kapitel 7).

2 Gezieltes Investieren in ausgewählte Bereiche

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben in Österreich gehören zu den höchsten in Europa. Im Jahr 2024 beliefen sie sich insgesamt auf über 43 Milliarden Euro³. Die öffentlichen Budgets von Bund, Ländern und Sozialversicherung gelten als angespannt. Wichtige Strukturreformen sind unumgänglich. Im Rahmen der aktuellen Gesundheitsreform sind deshalb von 2024 bis 2028 insgesamt mehr als 5,5 Milliarden Euro als zusätzliche Mittel für die nachhaltige Stärkung des solidarischen Gesundheitssystems vorgesehen. Für das Jahr 2024 sind dies rund 1 Milliarde Euro (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Zusätzliche Mittel für die nachhaltige Stärkung des solidarischen Gesundheitssystems im Jahr 2024



Quelle: eigene Darstellung

Insgesamt wird mit diesen Mitteln in sechs ausgewählte Bereiche zusätzlich investiert. Wichtig ist zu betonen, dass es sich hierbei längst nicht um alle Mittel handelt, die durch Bund, Länder und Sozialversicherung in diese Bereiche fließen, vielmehr sollen die zahlreichen laufenden Bemühungen gestärkt werden.

Mehr als die Hälfte der zusätzlichen Gelder fließt in die **Stärkung des spitalsambulanten Bereichs einschließlich Strukturreformen**, während etwas mehr als ein Viertel dem **niedergelassenen Bereich** zukommt. Im vorliegenden Bericht wird diesen beiden Sektoren besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

³ Statistik Austria (2025): Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (SHA), <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/gesundheitsausgaben>

Dabei ist zu erwähnen, dass im Sinne der partnerschaftlichen Bemühungen, viele Vorhaben gemeinsam von Ländern und Sozialversicherung umgesetzt werden (z. B. Primärversorgungseinheiten). In den Folgekapiteln 4 und 5 werden diese Vorhaben jenem Versorgungssetting zugeordnet, wo die Patientenbehandlung erfolgt bzw. die Hauptverantwortung liegt.

Darüber hinaus werden auch andere wichtige Bereiche im Gesundheitssystem mit den zusätzlichen Reformgeldern adressiert. Dem Prinzip "digital vor ambulant vor stationär" folgend, fließen mehr als 50 Millionen Euro pro Jahr als zusätzliche Mittel in den Bereich **eHealth und Digitalisierung**. Die Gesundheitshotline 1450 wird erweitert und um neue telemedizinische Services, wie etwa Videoberatungen oder Terminvermittlungen, ergänzt. Auch digitale Gesundheitsanwendungen (z. B. HerzMobil App als mobiles Gesundheitsdaten-Tagebuch) werden unterstützt und vor allem wird die elektronische Gesundheitsakte (ELGA) wesentlich weiterentwickelt.

Gesundheitsförderung trägt dazu bei, Menschen länger gesund zu halten und damit die Belastung des Gesundheitssystems zu reduzieren sowie langfristig Kosten einzusparen. Zusätzlich zu zahlreichen bereits bestehenden nationalen und regionalen Programmen fließen durch die Gesundheitsreform 60 Millionen Euro pro Jahr beispielsweise in Projekte wie die "Frühen Hilfen" für Schwangere und Eltern am Beginn ihres Familienlebens.

Impfungen sind eine der größten Errungenschaften der Medizin, die bereits Millionen von Menschen das Leben gerettet hat. 90 Millionen Euro jährlich werden künftig partnerschaftlich eingesetzt, um das österreichische Impfprogramm schrittweise auf neue Beine zu stellen und der Bevölkerung weitere Impfungen kostenlos anzubieten. So werden beispielsweise Impfungen gegen Pneumokokken und Gürtelrose für Personen über 60 und Risikogruppen sowie die Influenzaimpfung für alle, kostenlos angeboten.

Um österreichweit einen einheitlichen Einsatz von innovativen und oft hochpreisigen **Medikamenten** sicher zu stellen, stellt der Bund im Rahmen der Gesundheitsreform jährlich 3 Millionen Euro bereit, vor allem für ein Bewertungsboard für hochpreisige Medikamente.

3 Stärkung des spitalsambulanten Bereichs

Krankenhäuser sind mit modernster Technik ausgestattet und auf die Behandlung schwerer Erkrankungen und die Durchführung komplexer Operationen spezialisiert. Sie sind die teuerste Säule im österreichischen Gesundheitssystem. Dennoch werden auch Patientinnen und Patienten mit vergleichsweise einfachen Krankheitsbildern in Spitälern versorgt. Dies führt zu Verzögerungen bei der Behandlung und unnötig hohen Kosten im System. Eine Entwicklung, die angesichts knapper öffentlicher Mittel und Personalressourcen eine zunehmende Belastung darstellt. Um gegenzusteuern, werden digitale Angebote, vorgelagerte Einrichtungen, Fachambulanzen und Tageskliniken ausgebaut. Ziel ist es, Patientinnen und Patienten möglichst frühzeitig und effizient zu versorgen und nicht notwendige stationäre Aufenthalte zu vermeiden.

Zu diesem Zweck stellt der Bund den Bundesländern zusätzliche Mittel in Höhe von rund 3 Milliarden Euro über einen Zeitraum von fünf Jahren für Investitionen zur „Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und für Strukturreformen“ zur Verfügung. Zumindest rund 1,2 Milliarden Euro davon sollen dabei in folgende Bereiche fließen, wobei 35 Prozent der Mittel für bereits initiierte Vorhaben vorweg berücksichtigt werden.

- a) Schmerzversorgung
- b) onkologische Versorgung
- c) spezifische Therapien bei definierten Augenerkrankungen
- d) psychische Versorgung von Kindern und Jugendlichen
- e) psychische Versorgung von Erwachsenen
- f) Versorgung von Diabeteserkrankungen
- g) Wundversorgung
- h) Versorgung von Menschen mit komplexen postviralen/postinfektiösen Syndromen
- i) kontinuierliche Versorgung von Menschen mit Herzschrittmachern
- j) Medizinische Versorgungszentren, Erstversorgungsambulanzen und Tageskliniken
- k) Telemedizinische Angebote (einschließlich Telekonsultationen) zur Forcierung von Leistungen im digitalen Bereich
- l) niederschwellige und zielgerichtete Patienteninformation sowie Steuerung von Patientenwegen

Die Bundesländer können diese zweckgewidmeten Mittel bis 2028 einsetzen. 550 Mio. Euro sind im Jahr 2024 und 577,5 Mio. Euro im Jahr 2025 an diese geflossen. Neue Strukturen erfordern Planung und Zeit, dennoch wurden bis Ende des ersten Quartals 2025 von den Ländern schon zahlreiche Vorhaben vorgesehen sowie viele weitere für 2025 und die Folgejahre. In Folge werden die Vorhaben anhand von Beispielen und Schwerpunkten dargestellt.

Zahlreiche Vorhaben bereits zu Beginn der Reformperiode

Die Umsetzung hat bereits begonnen. Über ganz Österreich verteilt werden die oben genannten Bereiche (a-j) gestärkt und weiter ausgebaut. Etwa im Bereich der Schmerzversorgung, der onkologischen spitalsambulant Versorgung oder zum Aufbau ambulanter Strukturen für Augenerkrankungen erfolgen Umsetzungsschritte. Ebenso sind neue Strukturen in der Versorgung von Diabeteserkrankungen und der Wundversorgung im Auf- oder Ausbau.

Um- und Ausbau der Spitalsambulanzen und Tageskliniken

Dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ folgend, werden zahlreiche Maßnahmen gesetzt, um mehrtägige stationäre Aufenthalte in Spitälern, die aufgrund des medizinischen und technologischen Fortschritts nicht mehr notwendig sind, zu vermeiden. Man spricht von der „Ambulantisierung“ von Leistungen, die dann in Spitalsambulanzen oder Tageskliniken bei gleicher oder besserer Qualität erbracht werden können. Viele Beispiele kommen dafür in Frage, etwa Augenoperationen, orthopädische Eingriffe, aber auch nicht-operative Leistungen wie Infusionstherapien. Alle Bundesländer setzen ihre bisherigen Bemühungen weiterhin in diese Richtung fort.

Mehrfach werden Spitalsambulanzen deutlich ausgebaut, insbesondere dort, wo Engpässe in der Versorgung bestehen. So zeigen für diese Periode relevante Beispiele Aus- bzw. Aufbauten von Ambulanzen und fallweise Tageskliniken im Bereich der Gynäkologie, Urologie, Anästhesie, HNO, Neurochirurgie und Augenheilkunde. In Kooperation mit der Sozialversicherung wird beispielsweise eine allgemeinmedizinische Ambulanz für Nicht-Versicherte errichtet.

Vorgelagerte Einrichtungen

Es werden ganz im Sinne der Reform auch Maßnahmen zur Entlastung der Spitalsambulanzen gesetzt. Viele Bundesländer investieren, teilweise gemeinsam mit der Sozialversicherung, in Spitälern vorgelagerten Erstversorgungseinheiten. Dort sollen vor allem Patient:innen versorgt werden, die eine allgemeinmedizinische Behandlung benötigen, jedoch aus verschiedensten Gründen kein entsprechendes Angebot im niedergelassenen Bereich vorfinden und deswegen die Spitäler aufsuchen. Die zusätzlichen Reformgelder werden genutzt, um diesen Bereich gezielt zu stärken. Hierbei sind auch gänzlich aus Spitälern ausgelagerte Versorgungsformen denkbar, die sowohl bestehende niedergelassene wie auch spitalsambulante Strukturen entlasten (z.B. Zentren für Menschen mit Erkrankungen und Anliegen im Bereich der Frauengesundheit inkl. sexueller Gesundheit).

Telemedizin, eHealth und Optimierung der Patientenwege

Erklärtes Ziel der Gesundheitsreform ist es, die Menschen am „Best Point of Service“ zu versorgen, also an jenem Ort, der sowohl qualitativ wie auch zeitlich und wirtschaftlich am sinnvollsten ist. Die Patientenwege diesbezüglich fachgerecht zu optimieren, erfordert insbesondere den Einsatz von eHealth und Telemedizin. Auch hier werden die zweckgewidmeten zusätzlichen Mittel eingesetzt.

Eine zentrale und lenkende Rolle kommt dabei der Gesundheitsberatung 1450 zu, die allorts gestärkt wird. Auch andere telemedizinische Angebote wurden mancherorts etabliert. So wird beispielsweise ärztliches Personal in einer sogenannten Clearingfunktion eingesetzt: Ärztliche und nicht-ärztliche Gesundheitsberufe werden via Telekommunikation direkt am Notfallort beraten. Auf Telemedizin setzt auch das Beispiel digitale Notfallversorgung für Pflegeheimbewohner:innen. Sie ermöglicht, falls nötig, zunächst über 1450 eine telemedizinische Konsultation, die bei Bedarf in eine Videokonsultation mit Notfallmediziner:innen übergeht.

Besonders anschaulich wird das Potenzial von eHealth und Telemedizin am Beispiel der integrierten telemedizinischen Versorgung von Herzinsuffizienz. Herz-Kreislauf-Erkrankungen zählen in Österreich weiterhin zu den häufigsten Todesursachen, allein die Herzinsuffizienz verursacht darüber hinaus 24.000 Krankenhausaufenthalte pro Jahr. Besorgniserregend ist dabei, dass viele Betroffene bereits innerhalb der ersten sechs Monate nach ihrer Entlassung erneut aufgenommen werden müssen. Gründe dafür sind etwa fehlende Anpassungen der Therapie, eine unregelmäßige Einnahme von Medikamenten oder eine mangelnde Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung im Alltag. Aus diesem Grund setzen mehrere Bundesländer auf die Etablierung eines integrierten telemedizinischen Angebots für Herzinsuffizienz-Patientinnen und -patienten.

4 Stärkung des niedergelassenen Bereichs

Eine Entlastung der Spitäler kann nur gelingen, wenn der niedergelassene Bereich die entsprechende Versorgung anbieten kann. Derzeit kommt es im niedergelassenen Bereich regional und in bestimmten Fächern zu Versorgungsengpässen bei Kassenärzten. Gleichzeitig beobachtet man einen Anstieg des Versorgungsangebots im privaten Sektor bei Mediziner:innen und auch anderen Gesundheitsberufen. Insbesondere für sozioökonomisch schlechter gestellte Gruppen wird der Zugang zur Gesundheitsversorgung dadurch schwieriger.

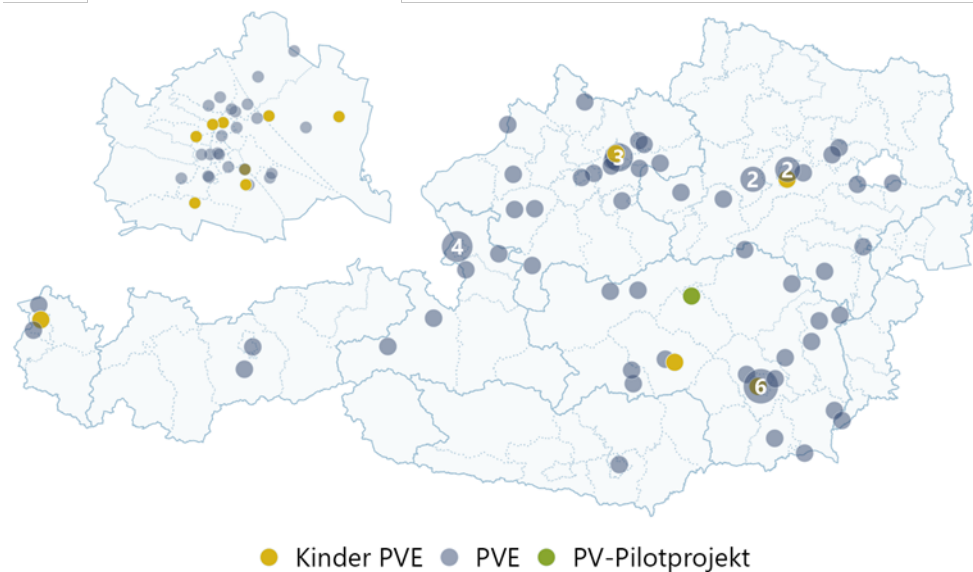
Deshalb ist der Ausbau des öffentlichen niedergelassenen Bereichs ein zentrales Ziel der Gesundheitsreform. Die Sozialversicherung erhält hierfür jährlich zusätzlich 300 Millionen Euro bis 2028. Damit sollen nicht nur zusätzliche Leistungen geschaffen und die Zahl der Kassenärztinnen und -ärzte erhöht werden, sondern auch die bestehenden Angebote qualitativ gestärkt werden. Ziel ist es, die medizinische Versorgung zu verbessern – etwa durch Telemedizin sowie erweiterte Öffnungszeiten an Tagesrandzeiten und an Wochenenden. Auch das Angebot von nicht-ärztlichen Leistungen wie Psychotherapie soll ausgeweitet werden. Einheitliche, moderne Leistungskataloge je Träger sowie ein bundesweit geltender Gesamtvertrag der ÖGK mit einheitlicher Honorierung sollen neben vielen weiteren Aktivitäten die Attraktivität der Kassenmedizin und die Qualität der Leistungen sichern. Weitere Maßnahmen, wie etwa die Optimierung der Patientenwege, sind im Rahmen der aktuellen Gesundheitsreform in Umsetzung bzw. geplant (siehe Kapitel 6).

Mehr Versorgungsangebote durch zusätzliche Kassenarztstellen

Ein Ziel besteht in der Schaffung von zusätzlichen Kassenstellen – dies insbesondere für größere, gemeinschaftlich organisierte Einheiten. Einerseits sind damit im allgemeinmedizinischen Bereich Primärversorgungseinheiten (PVE) gemeint. Andererseits braucht es aber auch in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung einen Ausbau des Angebotes, insbesondere von multiprofessionellen und fächerübergreifenden Einheiten.

Primärversorgung: die allgemeine und direkte Grundversorgung

Abbildung 3: Primärversorgungseinheiten in Österreich per Juli 2025



PVE=Primärversorgungseinheit

Inklusive Kinder-Primärversorgungseinheiten und einem Pilotprojekt, das nicht alle Kriterien einer PVE erfüllt

Quelle: Monitoringbericht Zielsteuerung Gesundheit 2025

In der Umsetzung der aktuellen Reform wird ein Schwerpunkt auf die allgemeinmedizinische Versorgung und den schnellen Ausbau einer flächendeckenden und teambasierten Primärversorgung gelegt. Im Jahr 2024 wurden beispielsweise in der Steiermark sieben PVE eingerichtet, davon ein Primärversorgungsnetzwerk. In Wien wurden zwei Gruppenpraxen und zwei Einzelordinationen zu insgesamt drei PVE ausgebaut, zwei weitere neue PVE wurden in Vertrag genommen. In Niederösterreich wurden zwei neue PVE in Betrieb genommen und eines erweitert. In Salzburg gingen vier Primärversorgungseinrichtungen in Betrieb, eine davon mit zwei Standorten. Auch in Tirol und Vorarlberg wurden je eine neue PVE eröffnet. In Oberösterreich wurde in acht bestehende Einrichtungen investiert, insbesondere in das Wundmanagement und die klinische Pharmazie; in drei dieser Einrichtungen zudem in die Aufstockung des nicht-ärztlichen Teams. Mit 1. Juli 2025 gibt es nun 100 PVEs in Österreich.

Die teambasierte **Primärversorgung in der Kinder- und Jugendheilkunde** wurde ebenfalls ausgebaut. In Niederösterreich, Steiermark und Oberösterreich startete je eine Kinder-PVE. In Wien wurden drei bestehende Versorgungsangebote sowohl qualitativ als auch quantitativ erweitert.

Ausbau der spezialisierten fachärztlichen Versorgung

Zur Ausweitung und Verbesserung der fachärztlichen Versorgung wurden von der Sozialversicherung unterschiedliche Maßnahmen gesetzt. So wurden österreichweit im Jahr 2024 über 30 neue Planstellen geschaffen und mehr als 10 bestehende Planstellen ausgeweitet. Fächer, deren

flächendeckende, kassenärztliche Nachbesetzung zuletzt herausfordernd war (z. B. Augenheilkunde, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Orthopädie, Traumatologie sowie (Kinder- und Jugend)-Psychiatrie) konnten gestärkt werden. Vielerorts wurden zudem in Kooperation mit den Bundesländern Ambulatorien gezielt ausgebaut (z.B. Allergieambulatorien).⁴

Psychische Gesundheit

Der Ausbau der psychischen Versorgungsangebote ist ein großes Anliegen. Mit Einsatz der zusätzlichen Reformmittel werden weitere Schritte gesetzt, um die öffentliche Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern. In einigen Bundesländern erhöhte die Sozialversicherung die Zahl der vollständig finanzierten Stundenkontingente. Darüber hinaus wurden neue Strukturen und Planstellen geschaffen, z.B. in Form von Ambulatorien, Therapiezentren für Kinder und Erwachsene, integrierten Versorgungsprogrammen (z.B. für Schwangere und junge Mütter) und Kassenverträgen. Ein weiteres innovatives Behandlungsangebot im Bereich der psychischen Versorgung ist so genanntes Home Treatment. Einige Bundesländer setzten hier klare Schwerpunkte unter Zuhilfenahme der zweckgewidmeten Reformmittel.

Gesundheitsberufe, Heilbehelfe, Hilfsmittel und Diagnostik

Der niedergelassene Bereich umfasst mehr als nur die ärztliche Versorgung – zahlreiche weitere Gesundheitsberufe sind ein unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitsversorgung. In mehreren Bundesländern war in diesen Berufsgruppen ein gezielter Ausbau zu beobachten. So wurden neue Stellen in der Physiotherapie, der Logopädie und Ergotherapie geschaffen.

Insgesamt wurde ein starker Anstieg der Inanspruchnahme von Heilbehelfen und Hilfsmittel einschließlich der medizinischen Rehabilitation verzeichnet. In der Diagnostik wurde u.a. das Leistungsangebot erweitert, sodass seit 1.1.2024 das Prostata-MRT und das Coronar-CT österreichweit auch im Leistungskatalog der ÖGK verankert sind. Damit ist die bundesweite Verfügbarkeit nun bei allen Sozialversicherungsträgern gegeben.

⁴ Erklärungen zu unterschiedlichen Versorgungsformen, Fachausdrücken und zu diversen Abkürzungen können dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2023 und dessen Glossar entnommen werden: https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/%C3%96SG_2023_-_Textband_Stand_25.04.2025.pdf

Ausgabensteigerungen

Die Sozialversicherung berichtet jährlich über die mit diesen zusätzlichen Mitteln (300 Mio. Euro pro Jahr) getätigten Vorhaben und weist anhand einer bereinigten Ausgabensteigerung die Verwendung aus.⁵ Vereinbarte Tarifierhöhungen mit der Ärzteschaft, die nicht in mehr Leistungen für die Patient:innen münden, werden in diesem Zusammenhang nicht als Ausbau der Versorgung betrachtet und von der Ausgabensteigerung abgezogen. Gleiches gilt für zusätzliche Bundes-Mittel, die die Sozialversicherung für ähnliche Zwecke aus dem Gesundheitsreformmaßnahmen-Finanzierungsgesetz (GesReFFinG) erhält.

Die bereinigte Ausgabensteigerung des Jahres 2024 beträgt insgesamt rund 341,8 Mio. Euro, wie aus Tabelle 1 hervorgeht.

Tabelle 1: Bereinigte Ausgabensteigerungen 2024 gegenüber 2023 der KV-Träger in Mio. Euro.

in Mio. Euro	KV-Träger gesamt	ÖGK	BVAEB	SVS
SUMME bereinigte Ausgabensteigerung	+ 341,81	+ 262,23	+ 45,80	+ 33,79
Ausgabensteigerung 2024 gegenüber 2023	+ 691,28	+ 521,85	+ 106,27	+ 63,16
abzgl. darin enthaltene Tarifvalorisierungen	- 289,98	- 212,28	- 54,59	- 23,11
abzgl. Stellen/Finanzierung gemäß GesReFFinG	- 59,50	- 47,35	- 5,89	- 6,26

Anmerkung: Es finden Aufwendungen der KV-Träger für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen, Heilbehelfe und Hilfsmittel, Zahnbehandlungen und Zahnersatz, medizinische Hauskrankenpflege, Hebammen, medizinische Rehabilitation Berücksichtigung. Keine Berücksichtigung finden Heilmittel (Arzneien), Geldleistungen, Verwaltungskosten und wahlärztlichen Leistungen.

GesReFFinG = Gesundheitsreformmaßnahmen-Finanzierungsgesetz

ÖGK=Österreichische Gesundheitskasse

BVAEB=Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau

SVS= Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen

Quelle: Geschäftsbericht 2024 der KV-Träger

Tabelle 2 veranschaulicht die Entwicklung der Ausgaben in ausgewählten Fachbereichen auf regionaler Ebene. Im Bereich der Allgemeinmedizin schlägt sich vor allem der Ausbau der Primärversorgungseinheiten deutlich in einem Ausgabenanstieg von über 48 Mio. Euro nieder. Dieser Zuwachs ist nicht ausschließlich auf die Neugründung von Primärversorgungseinheiten (PVE), sondern auch auf Leistungserweiterungen und eine verstärkte Inanspruchnahme bestehender Einrichtungen zurückzuführen. Beispielsweise in den Bereichen Augenheilkunde (+21,55 Mio. Euro), HNO-Heilkunde (+10,44 Mio. Euro), Orthopädie (+12,46 Mio. Euro) sowie Zahnmedizin (+37,55 Mio. Euro) zeigten sich bereinigte Mehrausgaben im Jahr 2024 gegenüber 2023. Ein bedeutender Anteil des Ausgabenanstieges (22,6 %) ergab sich darüber hinaus aus Mehraufwendungen für Heilbehelfe, Hilfsmittel und nicht zuletzt für die medizinische Rehabilitation (+77,41 Mio. Euro).

Obwohl die Ausgaben in der bundesweiten Betrachtung durchgehend ein Wachstum zeigen und dies auch vielfach mit einem Mehr an Leistung begründet werden kann, kam es in manchen Bundesländern und Fachrichtungen auch zu Ausgabenrückgängen. Alle KV-Träger waren davon

⁵ Gemäß Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene 2024-2028 Artikel 9 (7)

in unterschiedlichem Ausmaß betroffen. Diese Rückgänge können verschiedene Ursachen haben und z. B. durch Leistungsverschiebungen über Bundeslandgrenzen oder Versorgungsformen hinweg entstehen, wobei keine geplanten Leistungsreduktionen im Kassenbereich passierten. Zudem benötigen unbesetzte Vertragsstellen Zeit für eine Nachbesetzung, neu besetzte Stellen wiederum Zeit, um sich zu etablieren. Für manche Einrichtungen gab es zum Zeitpunkt der Erfassung noch keine Abrechnung.

In einigen Bundesländern werden bei einzelnen Fachbereichen (medizinische und chemische Labordiagnostik sowie Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie) für die bereinigten Ausgabensteigerung Null-Werte ausgewiesen. Dies kann z. B. durch pauschalisierte Abgeltungen begründet sein oder wenn auf andere Vertragspartner:innen (z. B. selbständige Ambulatorien) zurückgegriffen wird, die nicht nach Fachrichtungen gegliedert werden können. So ist es beispielsweise möglich, dass KV-Träger in einzelnen Bundesländer Laborleistungen gänzlich in Instituten zu kaufen.

Tabelle 2: Bereinigte Ausgabensteigerungen der KV-Träger: Ausgewählte Vertragspartnergruppen in Mio. Euro

Ausgewählte Vertragspartnergruppen in Mio. Euro	Summe	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
Ärzt:innen für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde und PVE ⁶	58,895	1,134	2,394	13,387	3,871	3,257	7,685	5,387	2,330	19,448
davon PVE (inkl. Kinder-PVE)	48,424	0,090	0,198	7,178	4,068	2,738	8,815	1,839	1,900	21,598
FA für Augenheilkunde und Optometrie	21,550	0,658	1,690	4,030	1,911	0,526	2,373	2,929	0,533	6,901
FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten	3,535	0,044	0,818	-1,098	0,289	0,054	0,222	0,765	-0,217	2,659
FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	0,397	-0,277	0,086	-0,800	0,452	-0,213	0,857	0,135	0,278	-0,121
FA für Innere Medizin	17,608	0,532	1,285	3,452	2,692	0,729	1,441	0,832	0,519	6,125
FA für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	10,442	0,326	0,486	2,629	2,409	0,081	0,227	0,021	0,022	4,241
FA für Orthopädie und orthopädische Chirurgie	12,460	0,554	0,652	2,261	0,648	0,309	1,417	0,562	0,161	5,896
FA für Psychiatrie	5,184	0,142	0,293	0,371	0,811	0,227	0,945	-0,059	0,280	2,174
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie	3,471	0,000	0,097	-0,163	0,615	0,250	1,114	0,111	0,214	1,233
FA für medizinische und chemische Labordiagnostik	35,460	0,000	2,989	0,000	2,619	7,112	1,229	4,605	0,000	16,907
Vertragszahnärzt:innen	37,554	0,850	3,760	3,735	4,090	1,792	4,010	2,427	1,656	15,233
Heilbehelfe & Hilfsmittel & Medizinische REHA	77,405	2,503	5,626	12,351	15,070	3,928	11,728	4,990	2,921	18,288

Anmerkung: eine bereinigte Ausgabensteigerung von 0 Euro kann daraus resultieren, dass in diesem Bundesland keine vertragsärztlichen Leistungen in diesem Fachgebiet abgerechnet wurden oder eine Pauschalhonorierung vereinbart ist, wodurch 2023 und 2024 idente Honorierungen verrechnet wurden.

PVE=Primärversorgungseinheiten; FA=Fachärzt:innen; REHA=Rehabilitation

Quelle: Geschäftsbericht 2024 der KV-Träger

⁶ Durch den Ausbau von PVE kommt es in den Fachgebieten Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendheilkunde zu einer Verschiebung der Versorgung von Einzel- und Gruppenpraxen hin zu PVE. In einzelnen Bundesländern war diese Verlagerung derart stark ausgeprägt, dass der Leistungsaufwand in Einzel- und Gruppenpraxen rückläufig war, der Gesamtaufwand (inkl. PVE) für Allgemeinmedizin bzw. Kinder- und Jugendheilkunde allerdings dennoch anstieg. In diesen Fällen ist die Aufwandssteigerung in PVE höher, als die Aufwandssteigerung der gesamten allgemeinmedizinischen und pädiatrischen Versorgung (Einzel-, Gruppenpraxen und PVE).

5 Entwicklung der Ausgaben im niedergelassenen und Spitalsbereich

Das Gesundheitssystem in Österreich ist ein komplexes Geflecht aus Zuständigkeiten und Finanzierungsströmen. Eingriffe und Strukturreformen in einem Sektor, wirken sich dadurch oft auch in anderen Sektoren aus. Eine Entlastung von Spitalsambulanzen geht folglich mit erhöhten Frequenzen im niedergelassenen Bereich einher, sofern dort die notwendigen Strukturen verfügbar sind. Dies hat auch eine veränderte Ausgabenstruktur der verantwortlichen Reformpartner zur Folge. Deshalb ist es wichtig, auch die Gesamtentwicklung der Ausgaben getrennt nach Sektoren zu beobachten.

Im Jahr 2023 wurden in Österreich insgesamt 22,8 Milliarden Euro an öffentlichen Mitteln für Spitäler und die ambulante Gesundheitsversorgung ausgegeben. Dazu zählen: die von den Bundesländern betriebenen Fondskrankenanstalten, Kassenarztpraxen (inkl. Zahnärzt:innen), ambulante Gesundheitszentren (z. B. selbstständige Ambulatorien und Einrichtungen der Sozialversicherung) sowie weitere Gesundheitsberufe wie Therapeut:innen.

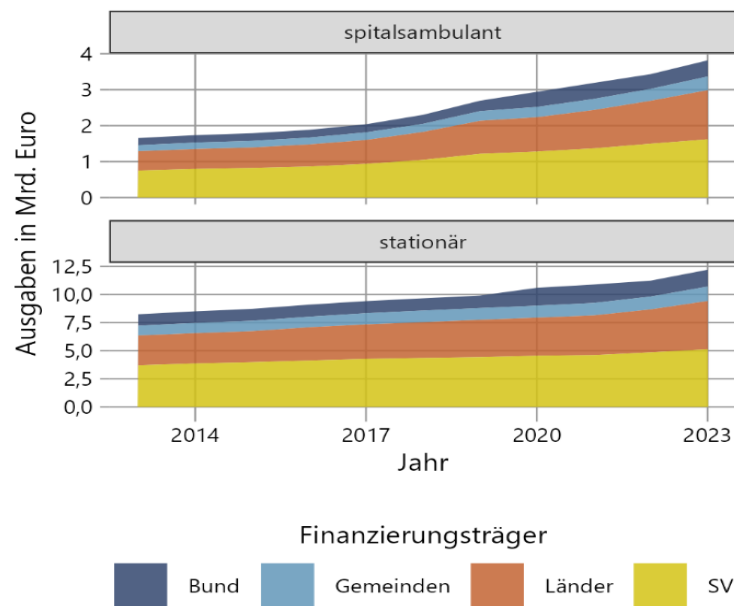
Die Darstellungen und Berechnungen beruhen auf Daten der Statistik Austria und basieren auf dem internationalen Standard System of Health Accounts (SHA). Sie sind auch Teil der Datengrundlage für die Finanzzielsteuerung⁷. Aufgrund der retrospektiven Erfassung der Gesundheitsausgaben und der vereinbarten Meldeschienen ist eine umfassende Darstellung der Gesundheitsausgaben stets erst mit etwas Zeitverzug möglich. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts beziehen sich die letztverfügbaren Daten auf 2023.

In den Fondskrankenanstalten zeigt sich, dass von 2012 bis 2023 aufgrund der gesundheitspolitischen Prioritätensetzung (etwa der Einführung des spitalsambulanten LKF-Modells⁸) die spitalsambulanten Ausgaben mit 150 Prozent (das entspricht 9 % pro Jahr) deutlich stärker als die Ausgaben im stationären Bereich (53 % oder 4 % pro Jahr) gestiegen sind (gesamt 69 % bzw. 5 % pro Jahr). Zum Vergleich: Die Verbraucherpreise (Inflation) stiegen zwischen 2012 und 2023 um 36 Prozent und die Wirtschaftsleistung um 49 Prozent.

⁷ Siehe Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit Artikel 18

⁸ Die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung ersetzte 2019 das bisherige Finanzierungsmodell der Spitalsambulanzen, siehe BMASGPK (2025): LKF-Modell 2025 für den spitalsambulanten Bereich. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

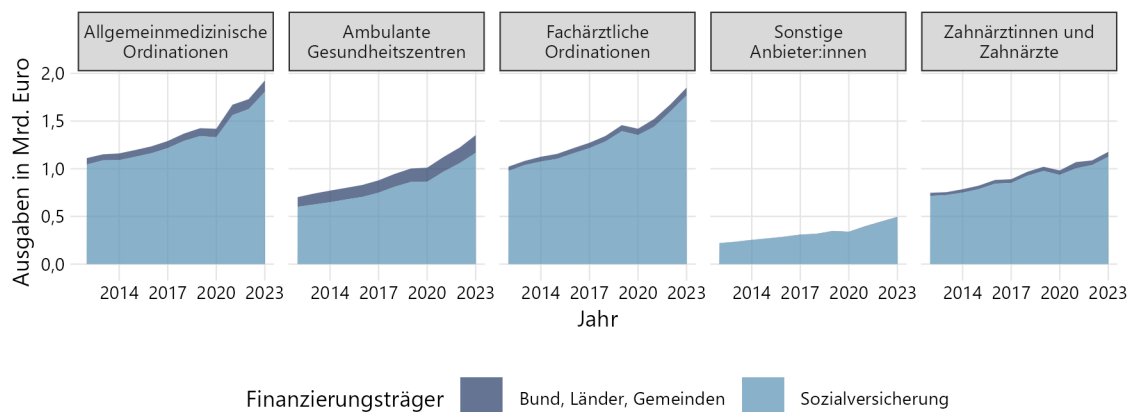
Abbildung 4: Öffentliche Gesundheitsausgaben in Fondskrankenanstalten nach Versorgungsbereich und Finanzierungsträgern 2012–2023



Quelle: Eigene Darstellung nach Statistik Austria 2025

Auch im niedergelassenen Bereich sind die Gesundheitsausgaben mit +79 % von 2012 bis 2023 oder 5 % pro Jahr stärker angestiegen als das Preisniveau oder die Wirtschaftsleistung. Öffentliche Ausgaben stiegen für sonstige Leistungsanbieter:innen, ambulante Gesundheitszentren und fachärztliche Ordinationen etwas stärker als etwa für Zahnärztinnen und Zahnärzte.

Abbildung 5: Öffentliche Gesundheitsausgaben im niedergelassenen Bereich nach Leistungsanbietenden und Finanzierungsträgern 2012–2023



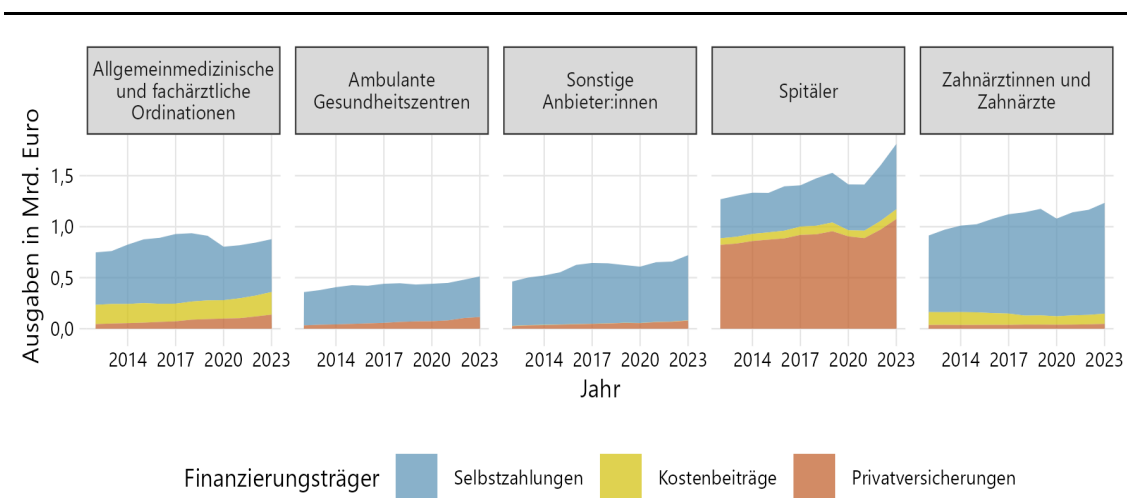
Anmerkung: Finanzierungsanteile der Gebietskörperschaften umfassen Beihilfen nach dem GSBG, Ausgaben im Rahmen der Sozial- und Behindertenhilfe sowie z. B. von Ländern finanzierte präventive Angebote, die ambulant erbracht werden (z. B. mobiler Röntgenbus zur Früherkennung von Tuberkulose). Primärversorgungseinheiten werden nach Rechtsform den allgemeinmedizinischen Ordinationen oder den ambulanten Gesundheitszentren zugeordnet (Ambulatorien).

Quelle: Eigene Darstellung nach Statistik Austria 2025

Private Gesundheitsausgaben

Ausgaben der privaten Haushalte (inkl. Privatversicherungen) für die in Abbildung 6 dargestellten Bereiche beliefen sich 2023 auf 5,1 Milliarden Euro, wobei der größte Anteil auf Ordinationen (2,1 Milliarden, davon 1,2 Milliarden für Zahnmedizin) und Spitäler (1,8 Milliarden, davon 1,1 Milliarden von Privatversicherungen) entfällt. Der Großteil dieser Ausgaben entfällt auf Selbstzahlungen, insbesondere in Ordinationen (inkl. Zahnmedizin). Auch Kostenbeiträge (z. B. Selbstbehalte beim Arztbesuch) spielen hier eine gewisse Rolle. Privatversicherungen sind hauptsächlich in Spitälern ein relevanter Finanzierungsträger (z. B. Sonderklasse). Es zeigt sich darüber hinaus, dass die privaten Gesundheitsausgaben mit 3 Prozent pro Jahr langsamer wachsen als die öffentlichen Gesundheitsausgaben.

Abbildung 6: Private Gesundheitsausgaben nach Leistungsanbietenden und Finanzierungsträgern 2012–2023



Quelle: Eigene Darstellung nach Statistik Austria 2025

6 Status der Maßnahmen des Zielsteuerungsvertrags

Der Zielsteuerungsvertrag 2024-2028 legt vier strategische Ziele fest, die durch 17 operative Ziele konkretisiert werden. Zur Erreichung dieser Ziele sind jeweils entsprechende Maßnahmen auf Bundes- und Länderebene vereinbart.

Jährlich wird im Rahmen der Statusübersicht der Bearbeitungsfortschritt dargestellt. Im Folgenden werden die Ergebnisse daraus zusammengefasst. Gemeinsam mit den Informationen zur Umsetzung der Strukturvorhaben (siehe Kapitel 3 und 4) ergibt sich so ein abgerundetes Bild über den Fortschritt der Gesundheitsreform.

Mit Stand 31.12.2024 befanden sich die meisten vereinbarten Maßnahmen auf Bundes- wie auch auf Landesebene erwartungsgemäß noch in Arbeit. Die Umsetzung ist für viele Vorhaben zu einem späteren Zeitpunkt vorgesehen. Darüber hinaus haben einige Maßnahmen laufenden Charakter und ergo kein Enddatum. Trotz des frühen Beobachtungszeitpunkts konnten jedoch in mehreren Themenbereichen bereits sichtbare Fortschritte erzielt werden:

- Die Gesundheitsberatung 1450 wurde rechtlich als offizieller Gesundheitsdiensteanbieter anerkannt, der die elektronische Gesundheitsakte (ELGA) nützen darf.
- Eine strukturierte Analyse bestehender Zufriedenheitsbefragungen in verschiedenen Gesundheitsberufen und Versorgungsbereichen wurde durchgeführt.
- Die Berufsbilder und rechtlichen Rahmenbedingungen für Gesundheitsberufe – insbesondere für medizinisch-technische Dienste und Psychotherapeut:innen – wurden überarbeitet und an aktuelle Anforderungen angepasst.
- Im Bereich Planung wurden im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG), die für die Umsetzung der Verbindlichkeit der Planung auf regionaler Ebene (den Regionalen Strukturplänen Gesundheit) notwendigen Vorgaben festgelegt. Ferner wurden u.a. die Planungsrichtwerte für und der Großgeräteplan auf Grundlage der zwischen SV und Ländern erarbeiteten Zielbilder 2030 aktualisiert und ein Versorgungsmodell Schmerzversorgung in den ÖSG aufgenommen.
- Auch im Bereich Qualität konnten wichtige Grundlagen – etwa zur Methodik für Qualitätssicherung – abgeschlossen werden.
- Die neue EU-Verordnung zur Bewertung von Gesundheitstechnologien (HTA) wurde in nationales Recht überführt.
- Die ELGA GmbH wurde zu einer effizienten eHealth-Einrichtung ausgebaut, die die Planung und Koordination der Weiterentwicklung von eHealth und ELGA übernimmt. Gleichzeitig wurde eine neue Governance-Struktur etabliert, um die Steuerung im Bereich eHealth zu optimieren. Zudem werden die bestehenden Berichts- und Monitoringstrukturen der ELGA GmbH erweitert und an die Zielsteuerungsstrukturen angebunden, um eine transparente und effiziente Kontrolle der Prozesse zu gewährleisten.
- Ein Bewertungsboard für ausgewählte, hochpreisige und spezialisierte Arzneimittel im intramuralen Bereich oder an der Nahtstelle zwischen extra- und intramuralem Bereich wurde implementiert und hat bereits erste Empfehlungen abgegeben.
- Die Einkommenssituation von Gesundheitsberufen wurde anhand verfügbarer Daten wissenschaftlich untersucht.

- Priorisierungen hinsichtlich der Steuerung von Patient:innenwegen gemäß dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ konnten konzeptiv getroffen werden.
- Das LKF-Modell wird und wurde laufend weiterentwickelt. Arbeitsschwerpunkte lagen 2024 u.a. in der Neukalkulation und Aktualisierung von Dokumentationsgrundlagen.
- Das Nationale Impfgremium (NIG) hat eine Priorisierungsliste von Impfstoffen für das öffentliche Impfprogramm erarbeitet.

Bei einem derart ambitionierten, komplexen und vielschichtigen Prozess, wie der Zielsteuerung-Gesundheit kann es naturgemäß auch zu Verzögerungen kommen.

- Unter anderem nimmt die Prüfung möglicher Anreize und Änderungen der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen zur Stärkung des öffentlichen Gesundheitssystems und zur Eindämmung des wahlärztlichen Bereichs mehr Zeit in Anspruch als ursprünglich vorgesehen.
- Die geplante Festlegung einer einheitlichen Vorgehensweise zur Langzeitbeatmung – inklusive der notwendigen Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Versorgung – konnte bislang noch nicht abgeschlossen werden.
- Die Messgrößen für das Grobkonzept zur Steuerung von Patient:innenwegen konnten noch nicht festgelegt werden.
- Das geplante gemeinsame Maßnahmenpaket von Bund, Ländern und Sozialversicherung, mit dem die Gesundheitsberufe nachhaltig attraktiv gestaltet und die Verfügbarkeit des benötigten Gesundheitspersonals sichergestellt werden sollen, musste Stand Ende 2024 noch finalisiert werden.
- Eine Ist-Analyse zu Verfügbarkeit und Einsatz von Gesundheitspersonal konnte nicht fristgerecht Ende 2024 abgenommen werden. Sie soll als Grundlage für künftige Anpassungen der Datengrundlagen und ein regelmäßiges Monitoring sowie für die Bedarfsplanung ausgewählter Gesundheitsberufe, dienen.
- Die geplante Entwicklung einer bundesweiten Strategie für Qualitätsregister im Gesundheitswesen – inklusive klarer Kriterien für deren Einsatz – konnte bis 2024 nicht abgeschlossen werden.
- Die Ausarbeitung eines Konzepts zur Umsetzung einer behördlichen Datenauswerteplattform konnte nicht wie vorgesehen bis Ende 2024 abgeschlossen werden.
- Im Bereich Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz wurde zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung noch kein abgestimmter Steuerungsmechanismus zur besser abgestimmten Zusammenarbeit beschlossen.
- Die konkrete technische Umsetzung der verpflichtenden digitalen Erfassung von Diagnosen durch die Vertragspartner der Sozialversicherung im ambulanten Bereich ist noch final zu klären.

7 Fazit und Ausblick

Mit der Gesundheitsreform 2024–2028 setzen Bund, Länder und Sozialversicherung ein deutliches Signal für die nachhaltige Stärkung des solidarischen Gesundheitssystems. Aufbauend auf den bisherigen Reformbemühungen werden durch zusätzliche Mittel in Höhe von insgesamt mehr als 5,5 Milliarden Euro wesentliche Impulse gesetzt, um die Versorgung der Bevölkerung qualitativ und flächendeckend abzusichern.

Das Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ dient dabei als Leitlinie für die Neuausrichtung der Patientenwege und die effizientere Nutzung von Ressourcen. Besonderes Gewicht liegt auf der Stärkung des spitalsambulanten Bereichs sowie des niedergelassenen Sektors. Zahlreiche Projekte in den Bundesländern – vom Aufbau spezialisierter Ambulanzen und Tageskliniken über Investitionen in Telemedizin, digitale Anwendungen bis hin zur Etablierung neuer Primärversorgungseinheiten und Kassenstellen – zeigen, dass die zusätzlichen, zweckgewidmeten Reformmittel rasch Wirkung entfalten und sich bereits zu Beginn der Periode Strukturvorhaben abzeichnen.

Die genannten Vorhaben haben sich vielfach bereits in anderen Ländern bewährt und zeigen dort nachweislich die intendierte Wirkung. Sie kommen unmittelbar bei den Patientinnen und Patienten an und verbessern den Zugang zum Gesundheitssystem und die Versorgungsqualität. Ein besonderes Augenmerk wird auf den Bereich der psychischen Gesundheit, insbesondere für Kinder und Jugendliche, etwa mit innovativen Ansätzen wie beispielsweise Home Treatment gelegt.

Dennoch bleiben die Herausforderungen groß: Die öffentlichen Gesundheitsausgaben werden weiter steigen, gleichzeitig sind Strukturreformen unumgänglich. Es gilt, gemeinsame Lösungen zu erarbeiten, die auch in Zukunft die Versorgungsqualität sicherstellen und zugleich das notwendige Maß an Effektivität und Effizienz mit sich bringen. Die Überwindung der fragmentierten Zuständigkeiten durch die Zielsteuerung Gesundheit wird auch in Zukunft kein einfaches Unterfangen darstellen – ist aber angesichts der Probleme, die der demografische Wandel mit sich bringt, notwendiger denn je. Verzögerungen bei der Umsetzung von Maßnahmen, wie in Kapitel 6 ausgeführt, verdeutlichen die Komplexität des Reformprozesses.

Dieser erstmals erschienene Bericht dient dazu, die mit den zusätzlichen Mitteln finanzierten Vorhaben zusammenzufassen und damit eine Darstellung der wesentlichen Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen im Lichte der Reformziele zu geben. Für die Sozialversicherung sind bereits für den vorliegenden Bericht konkretere Beschreibungen und auch eine Darstellung des Mitteleinsatzes vorgesehen (siehe Kapitel 4). Die Übersicht über den konkreten Mitteleinsatz zur Stärkung des spitalsambulanten Bereichs sowie für Strukturreformen der Länder erfolgt gemäß Zielsteuerungsvertrag ab dem folgenden Bericht 2026.