



Monitoringbericht Zielsteuerung- Gesundheit

Monitoring nach Vereinbarung
gemäß Art. 15a B-VG
Zielsteuerung-Gesundheit
und Zielsteuerungsvertrag

Berichtsjahr 2023

Abgenommen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission
im Juni 2024

Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit

Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit
und Zielsteuerungsvertrag

Autorin und Autoren:

Anita Haidl
Florian Bachner
Giorgio Carrato
Gerald Gredinger

Projektassistenz:

Monika Schintlmeister

Wien, im April 2024

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,
vertreten durch Sektion VII

Zitiervorschlag: Haindl, Anita; Bachner, Florian; Carrato, Giorgio; Gredinger, Gerald (2024):
Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit. Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG
Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund

Das Monitoring der Zielsteuerung-Gesundheit ist integraler Bestandteil des Reformprozesses des öffentlichen Gesundheitswesens und ermöglicht es, transparent darzustellen, inwiefern die im Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Ziele auf Bundes- und Landesebene erreicht wurden.

Methode

Das Monitoring der Finanzzielsteuerung knüpft an die seit 2013 bestehende Methodik an und beruht auf regelmäßigen Meldungen der Länder und der gesetzlichen Krankenversicherung. Sein Ziel ist, die Einhaltung der vereinbarten Ausgabenobergrenzen zu beobachten.

Das Monitoring der Steuerungsbereiche fokussiert auf Indikatoren als Messgrößen, die von den Zielsteuerungspartnern als zumindest teilweise beeinflussbar eingestuft werden. 22 Messgrößen wurden zur Erfolgsmessung der Reform herangezogen und mit Zielwerten und Zielvorgaben versehen. Das Monitoring der Steuerungsbereiche speist sich einerseits aus bestehenden Routinedaten (z. B. LKF-Daten), andererseits aus Datenmeldungen verschiedener Zielsteuerungspartner (z. B. DVSV). Messgrößen werden – soweit verfügbar – auf Landesebene aufgeschlüsselt und im Zeitverlauf dargestellt.

Ergebnisse

Der vorliegende Monitoringbericht zeigt gemischte Ergebnisse und Trends. Für die Meldejahre 2022 bis 2024 kommt es gemäß den (vorläufigen) Ergebnissen des **Finanzzielmonitorings** bei den Ländern beim Abschlussmonitoring 2022 beinahe gesamthaft und beim 2. unterjährigen Finanzzielmonitoring 2023 vollständig zu Überschreitungen der AOG. Das Voranschlagsmonitoring 2024 resultiert bei fast allen – bis auf zwei – Bundesländern in einer Unterschreitung der AOG. Bei der gesetzlichen Krankenversicherung (KV) werden die AOG in den beiden Meldejahren 2022 und 2023 vollständig überschritten und 2024 vollständig unterschritten.

Länder und gesetzliche Krankenversicherung gemeinsam erzielten 2022 eine Überschreitung in der Höhe von 1.511,31 Mio. Euro (5,66 %), welche sich bis 2023 auf 3.127,88 Mio. Euro (11,34 %) stark erhöhte. Mit dem Beginn der neuen Zielsteuerungsperiode wird beim Voranschlagsmonitoring 2024 eine Unterschreitung der AOG um 1.297,28 Mio. Euro (3,75 %) erzielt.

Die 22 definierten Messgrößen der **Steuerungsbereiche** bewegen sich mehrheitlich in die intendierte Richtung.

- » Der Anteil der in PVE versorgten Bevölkerung ist im Jahr 2023 weiter gestiegen und beträgt 5,2 Prozent.
- » Es zeigt sich, dass im Jahr 2023 die Krankenhaushäufigkeit in FKA leicht gesunken ist, während die Belagsdichte in FKA gegenüber 2022 leicht gestiegen ist. Jedoch kam es hier im

Vergleich zu den Jahren vor der COVID-19-Pandemie zu einem starken Rückgang, was auch der Schaffung von Kapazitätsreserven und der Verhinderung von Infektionseinträgen geschuldet ist.

- » Die Durchimpfungsrate für Mumps/Masern/Röteln ging gemäß Schätzungen bei vierjährigen Kindern leicht zurück.
- » Tagesklinisch oder ambulant erbrachte Leistungen blieben ca. auf dem Niveau des Vorjahres.
- » Bis dato konnten keine gemeinsamen sektoren- oder bundesländerübergreifenden Medikamentenbeschaffungen verzeichnet werden.
- » Die Zahl der zu beobachtenden besetzten Ausbildungsstellen ist im Jahr 2023 gestiegen. Insgesamt gab es hier im Zeitraum 2016 bis 2023 eine Steigerung von 11,5 Prozent.
- » Ein positiver Trend ist beim Anteil täglich Rauchender zu erkennen, der zwischen 2014 und 2019 um 3,7 Prozentpunkte auf 20,6 Prozent sank. Nach wie vor raucht jedoch ein Fünftel der Österreicher:innen täglich, damit liegt Österreich in diesem Bereich, international betrachtet, über dem Durchschnitt.

Schlussfolgerungen

Die Zielerreichung ist im vorliegenden Monitoringbericht sowohl in Bezug auf die Finanzziele als auch auf die Steuerungsbereiche heterogen zu beurteilen. Beim Finanzzielmonitoring wurden die Ausgabenobergrenzen auf Landesebene in den beiden Beobachtungsjahren 2022 und 2023 nur mit wenigen Ausnahmen überschritten, während 2024 fast vollständig Unterschreitungen der AOG resultierten. Bei den gesetzlichen KV-Trägern wurde die AOG in den beiden Jahren 2022 und 2023 vollständig überschritten und im Beobachtungsjahr 2024 unterschritten. Die Monitoringergebnisse der Steuerungsbereiche zeigen zudem kritische Handlungsfelder auf, die Beachtung in den Arbeitsstrukturen der Zielsteuerung-Gesundheit finden sollten.

Inhalt

Kurzfassung	III
Einleitung und Hintergrund	1
Teil A: Monitoring der Finanzzielsteuerung	2
1 Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege gemäß System of Health Accounts	4
2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben	6
2.1 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Länder	7
2.2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Gesetzliche Krankenversicherung	8
2.3 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Zusammenführung auf Bundesländerebene	11
3 Gesondert darzustellende Größen	14
Teil B: Monitoring der Steuerungsbereiche	16
4 Bessere Versorgung (strategisches Ziel 1)	19
5 Bessere Qualität (strategisches Ziel 2)	31
6 Gesundere Bevölkerung (strategisches Ziel 3)	38
7 Anhang	42
7.1 Kommentierungen des Finanzzielmonitorings	42
7.2 Daten der Messgrößen	44
7.3 Übersicht über Ziele und Messgrößen laut Bundes-Zielsteuerungsvertrag	58
Literaturverzeichnis	60

Abbildungen

Abbildung 1.1: Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege 2010–2022 in Mio. Euro .5	
Abbildung 2.1: Entwicklung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben der Länder und der gesetzlichen KV 2010–2024 in Mio. Euro.....6	
Abbildung 3.1: Übersicht über die Messgrößenausprägungen.....17	
Abbildung 4.1: In PVE versorgte Bevölkerung in Prozent (Messgröße 2) und PVE-Standorte.....22	
Abbildung 4.2: Krankenhaushäufigkeit und Belagstagedichte in Fondskrankenanstalten (FKA) (Messgrößen 4 und 5)23	
Abbildung 4.3: Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden, je Bundesland 2023 (Messgröße 6)25	
Abbildung 4.4: Ärztliche Versorgungsdichte (Messgröße 8) und Relation DGKP zu Ärztinnen/Ärzten in Fondskrankenanstalten (FKA), „Nurse to Physician Ratio“ (Messgröße 9)28	
Abbildung 5.1: Polypharmazie-Prävalenz und potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei über 70-Jährigen (Messgrößen 13 und 14).....34	
Abbildung 5.2: Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer (VWD; < 3 Pflgetage) in Fondskrankenanstalten (FKA) 2021–2023 (Messgröße 15)37	
Abbildung 6.1: Gesundere Bevölkerung: täglich Rauchende (2019), gesunde Lebensjahre (2019) und kariesfreie Kinder (2016) im Bundesländervergleich (Messgrößen 20 bis 22)39	

Tabellen

Tabelle 1.1: Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in Mio. Euro 2022	4
Tabelle 2.1: Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der Länder in Mio. Euro ..	7
Tabelle 2.2: Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der gesetzlichen KV in Mio. Euro und Abweichungen von der Ausgabenobergrenze nach Bundesland, zusammengeführt in Prozent	9
Tabelle 2.3: Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Mio. Euro nach Träger	10
Tabelle 2.4 (1/2): Bundesländerweise Zusammenführung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben, Länder und gesetzliche KV, in Mio. Euro	12
Tabelle 3.1: Investitionen in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten sowie in den Gesundheitseinrichtungen der gesetzlichen KV 2022 nach Bundesländern in Euro	14
Tabelle 3.2: Aufwand der gesetzlichen Krankenversicherungsträger für Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche 2022 in Euro	15
Tabelle 3.3: Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenfürsorgeanstalten sowie des Bundes 2012–2022 in Mio. Euro.....	15
Tabelle 4.1: Umgesetzte Primärversorgungseinheiten zum 31. 12. 2023 (Messgröße 1).....	21
Tabelle 7.1: Kommentare zum Finanzzielmonitoring: Allgemeine Anmerkungen in den Meldeformularen	42
Tabelle 7.2: Messgröße 1: Umgesetzte Primärversorgungseinheiten (PVE; Stand jeweils zum 31. 12.)	44
Tabelle 7.3: Messgröße 2: In Primärversorgungseinheiten (PVE) versorgte Bevölkerung in Prozent (Stand jeweils zum 31. 12.)	45
Tabelle 7.4: Messgröße 3: Anzahl multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich mit Versorgungsauftrag (Stand jeweils zum 31. 12.).....	45
Tabelle 7.5: Messgröße 4: Krankenhaushäufigkeit in Fondskrankenanstalten je 1.000 EW.....	46
Tabelle 7.6: Messgröße 5: Belagstagedichte in Fondskrankenanstalten je 1.000 EW	46
Tabelle 7.7: Messgröße 6: Ausgewählte Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden, in Prozent der durchgeführten Leistungen 2023, Vorjahreswerte (2022) in Klammern	47
Tabelle 7.8: Messgröße 7: Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen für Allgemeinmediziner:innen und Fachärztinnen/-ärzte	48

Tabelle 7.9: Messgröße 8: Ärztliche Versorgungsdichte (1/3) – Versorgungsdichte im extramuralen Bereich: Vertragsärztinnen/-ärzte (exkl. Zahnmedizin und technischer Fächer) je 100.000 EW	48
Tabelle 7.10: Messgröße 8: Ärztliche Versorgungsdichte (2/3) – vertragsärztliche Versorgungsdichte im extramuralen Bereich: Zahnmediziner:innen je 100.000 EW	49
Tabelle 7.11: Messgröße 8: Ärztliche Versorgungsdichte (3/3) – intramuraler Bereich in landesfondsfinanzierten Krankenanstalten je 100.000 EW	49
Tabelle 7.12: Messgröße 9: Relation diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen (DGKP) und Pflegefachassistentinnen/-assistenten (PFA) zu Ärztinnen/Ärzten in Fondskrankenanstalten („Nurse to Physician Ratio“)	50
Tabelle 7.13: Messgröße 10: Masern/Mumps/Röteln – Durchimpfungsrate Kinder (Zweijährige) in Prozent.....	50
Tabelle 7.14: Messgröße 11: Anzahl der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrieangebote (ab 2018: Anzahl niedergelassener und in Ambulatorien tätiger Kinder- und Jugendpsychiater:innen (VZÄ) in Ambulatorien und im niedergelassenen Kassensektor)	51
Tabelle 7.15: Messgröße 12: Umsetzungsgrad elektronische Gesundheitsakte (ELGA) – Anzahl und Anteil (in %) der Gesundheitsdiensteanbieter:innen, die ELGA implementiert haben (gemäß ELGA-Gesetz).....	52
Tabelle 7.16: Messgröße 13: Polypharmazie-Prävalenz (über 70-jährige Anspruchsberechtigte mit mehr als fünf verschriebenen verschiedenen Wirkstoffen im jeweils zweiten Quartal) je 1.000 Anspruchsberechtigte	52
Tabelle 7.17: Messgröße 14: Potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren (Anteil der über 70-jährigen Bevölkerung in Prozent, die in einem Kalenderjahr mindestens mit einem PIM-Medikament [Packung] versorgt wurde).....	53
Tabelle 7.18: Messgröße 15: Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer in Fondskrankenanstalten (FKA) mit einem Anteil von < 3 Pflagetagen in Prozent aller Aufenthalte	53
Tabelle 7.19: Messgröße 16: In „Therapie aktiv“ versorgte Patientinnen/Patienten und teilnehmende Ärztinnen und Ärzte (1/2) – Anteil der im Rahmen von „Therapie aktiv“ versorgten Patientinnen/Patienten in Prozent an allen Patientinnen und Patienten, die in die Zielgruppe des Programms fallen	54
Tabelle 7.20: Messgröße 16: In „Therapie aktiv“ versorgte Patientinnen/Patienten und teilnehmende Ärztinnen/Ärzte (2/2) – Anteil der teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte in Prozent an allen Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und Fachärztinnen/-ärzten für Innere Medizin	54
Tabelle 7.21: Messgröße 17: Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen.....	55

Tabelle 7.22: Messgröße 18: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich (sehr zufrieden oder zufrieden) in Prozent der Befragten	55
Tabelle 7.23: Messgröße 19: Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz in Prozent der Befragten.....	55
Tabelle 7.24: Messgröße 20: Gesunde Lebensjahre bei der Geburt	56
Tabelle 7.25: Messgröße 21: Täglich Rauchende (Anteil der Bevölkerung mit 15 Jahren oder älter) in Prozent	56
Tabelle 7.26: Messgröße 22: Kariesfreie Kinder (1/2) – Anteil der sechsjährigen Kinder mit einem kariesfreien Gebiss in Prozent.....	57
Tabelle 7.27: Messgröße 22: Kariesfreie Kinder (2/2) – Gebissanierungsgrad unter sechs- jähriger Kindern in Prozent	57

Abkürzungen

ÄAVE	ärztliche ambulante Versorgungseinheit
AM	Allgemeinmediziner:innen
AOG	Ausgabenobergrenze
Art.	Artikel
ATC-Code	Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
B	Burgenland
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BIG	Business Intelligence im Gesundheitswesen
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
B-ZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
B-ZV	Bundes-Zielsteuerungsvertrag
bzw.	beziehungsweise
COVID-19	coronavirus disease 2019
DACH	Deutschland, Österreich, Schweiz
DGKP	gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
EW	Einwohner:innen
exkl.	exklusive
FÄ	Fachärztinnen/Fachärzte
FKA	Fondskrankenanstalten
FZM	Finanzzielmonitoring
gem.	gemäß
GHA	Gesundheitsausgaben
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSBG	Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz
G-ZG	Gesundheits-Zielsteuergesetz
HLS	Health Literacy Survey
HMDB	Heilmitteldatenbank
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
K	Kärnten
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KRBV	Krankenanstalten-Rechnungsabschluss-Berichtsverordnung
KV	Krankenversicherung
LGF	Landesgesundheitsfonds

lit	litera
LKF	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MG	Messgröße
Mio.	Millionen
M-POHL	Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy
NÖ	Niederösterreich
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OÖ	Oberösterreich
OP	Operation
op. Ziel	operatives Ziel
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖGK – B	Landesstelle Burgenland der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK – K	Landesstelle Kärnten der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK – NÖ	Landesstelle Niederösterreich der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK – OÖ	Landesstelle Oberösterreich der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK – S	Landesstelle Salzburg der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK – ST	Landesstelle Steiermark der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK – T	Landesstelle Tirol der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK – V	Landesstelle Vorarlberg der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK – W	Landesstelle Wien der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PFA	Pflegfachassistent:in
PIM	potenziell inadäquate Medikation
präop.	präoperativ
PV	Primärversorgung
PVE	Primärversorgungseinheit
RA	Rechnungsabschluss
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S	Salzburg
SHA	System of Health Accounts
ST	Steiermark
SV	Sozialversicherung
SVS	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
SVT	Sonderversicherungsträger
T	Tirol
TEWEB	telefon- und webbasiertes Erstkontakt- und Beratungsservice
TK	Tagesklinik
TZ	Therapiezentrum
u. a.	unter anderem
V	Vorarlberg
VA	Voranschlag
VRV	Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung
VWD	Verweildauer
VZÄ	Vollzeitäquivalent
z. B.	zum Beispiel

W	Wien
ZÄ	Zahnärztinnen/-ärzte
ZS-G	Zielsteuerung-Gesundheit
Z	Ziffer
ZV	Zielsteuerungsvertrag

Einleitung und Hintergrund

Indem sie das partnerschaftliche Zielsteuerungssystem etablierten, bekannten sich die Systempartner Bund, Länder und Sozialversicherung erstmals im Jahr 2013 zu einer vertraglich abgestützten Organisation der Gesundheitsversorgung, die auf Kooperation und Koordination beruht. Die Prinzipien Wirkungsorientierung, Verantwortlichkeit, Rechenschaftspflicht, Offenheit, Transparenz und Fairness stehen im Mittelpunkt, um die qualitativ bestmögliche Gesundheitsversorgung und deren Finanzierung sicherzustellen (vgl. Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG ZS-G, Präambel).

Im Zielsteuerungsvertrag haben die Zielsteuerungspartner Bund, Länder und Sozialversicherung eine gemeinsame Reformagenda beschlossen. Ein wesentlicher Aspekt der Zielsteuerung ist das zeitnahe und transparente Erfassen relevanter Messgrößen, die den Status quo der öffentlichen zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben sowie ausgewählter Indikatoren (Messgrößen) in puncto Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Gesundheitsversorgung abbilden. Der Monitoringbericht der Zielsteuerung-Gesundheit (ZS-G) liefert somit einen umfassenden Überblick über den Stand der Reformvorhaben sowie die gegenwärtige Entwicklung des Gesundheitswesens und ermöglicht informierte Entscheidungen in der Gesundheitspolitik.

Integraler Bestandteil der vereinbarten Ziele ist das Monitoring der ZS-G, das sich wie folgt gliedert:

- » jährlicher Bericht über die Ergebnisse des Monitorings der Finanzzielsteuerung und des Monitorings der operativen Ziele in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung
- » halbjährlicher Kurzbericht über die Ergebnisse des Monitorings der Finanzzielsteuerung

Teil A des Berichts widmet sich dem Monitoring der vereinbarten Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen. In Teil B des Berichts wird dargestellt, inwiefern die operativen Ziele in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung erreicht wurden. Die vereinbarten 22 Messgrößen werden einer kurzen Analyse unterzogen und grafisch aufbereitet.

Teil A: Monitoring der Finanzzielsteuerung

Nachfolgend werden die öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege gemäß dem System of Health Accounts (SHA) sowie Detailauswertungen zielsteuerungsrelevanter Gesundheitsausgaben präsentiert. Dabei werden die Ausgaben nach Bundesländern differenziert bzw. nach Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung bundesländerweise zusammengeführt und den vereinbarten Ausgabenobergrenzen gegenübergestellt. Dies erlaubt, das Erreichen der Finanzziele individuell nach Handlungsfeldern sowie in Hinblick auf die gemeinsame Finanzverantwortung auf Bundesländerebene zu betrachten. Im Anschluss daran werden die Gesundheitsausgaben aus den Bereichen Pensionsversicherung, Unfallversicherung, Krankenfürsorgeanstalten, jene des Bundes sowie Investitionen gesondert dargestellt. Ebenfalls gesondert dargestellt werden die Ausgaben der KV-Träger für Leistungen von Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche.

Limitationen aufgrund der COVID-19-Pandemie bei der Finanzzielsteuerung

Die von der Politik gesetzten Maßnahmen zur Eindämmung der Verbreitung der COVID-19-Pandemie und die damit verbundenen Auswirkungen auf das Wirtschaftsleben beeinflussen einnennenseitig das Beitragsaufkommen der Sozialversicherung sowie das Steueraufkommen und haben andererseits ausgabenseitig Effekte auf die zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass die Dynamik der COVID-19-Pandemie und die damit verbundene Unvorhersehbarkeit Finanzierungsentscheidungen im Gesundheitswesen wesentlich erschweren.

Um die ZSG-relevanten GHA bestmöglich und vollständig zu erfassen, werden vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie ergänzende Informationen zu den COVID-19-Finanzierungsströmen bei den Ländern und der gesetzlichen Krankenversicherung eingeholt.

FZM-Meldung der Länder

Die ergänzenden Informationen zu den COVID-19-Finanzierungsströmen lieferten vor allem folgende zentrale Erkenntnisse, die limitierend bei der Interpretation der Ergebnisse der Länder zu berücksichtigen sind:

- » COVID-19-Aufwendungen der Krankenanstalten (z. B. für Schutzausrüstungen, Testungen, Sicherheit und Hygiene, Barackenspitäler, COVID-19-Prämien, zusätzliches Personal etc.) werden in einem Großteil der Bundesländer über die Betriebsabgangsdeckungen von den Ländern (und Gemeinden) beglichen. Meist handelt es sich hierbei um einen Restbetrag, der aus einer Gegenverrechnung der Refundierungen seitens des Bundes gemäß COVID-19-Zweckzuschussgesetz und Epidemiegesetz resultiert.
- » COVID-19-Mindererträge der Krankenanstalten (z. B. Einnahmen aus BGA-Mitteln, von ausländischen Gastpatientinnen und Gastpatienten, aus der Sonderklasse etc.) wurden im Jahr 2020 und 2021 von den Ländern teilweise über die Betriebsabgangsdeckungen oder im Rahmen zeitnaher Zuschüsse kompensiert. Ein Teil dieser Vorfinanzierung der Länder wurde im Rahmen einer einmaligen Auszahlung von 750 Mio. Euro gemäß § 57a KAKuG im Jahr 2022

vom Bund gedeckt. Diese Finanzzuweisungsmittel gemäß § 57a KAKuG stammen aus dem COVID-19-Krisenbewältigungsfonds und entsprechen Gesundheitsausgaben des Bundes¹ (vgl. Tabelle 3.3).

- » Bei der Finanzierung über die Betriebsabgangsdeckung muss bei der Interpretation der einzelnen Bundesländer jeweils unterschieden werden, ob sie periodenrein erfolgt oder erst in den darauffolgenden Jahren vom Land (und von den Gemeinden) beglichen wird.
- » Ebenso erfolgen die Refundierungen seitens des Bundes gemäß COVID-19-Zweckzuschussgesetz und Epidemiegesetz aufgrund der unterschiedlichen Zeitpunkte der Einreichungen und der erfolgten Auszahlungen nicht immer periodenrein, sondern erst in den darauffolgenden Jahren.

Das Finanzzielmonitoring ist aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen in den Ländern sowie der Heterogenität in deren Rechenwerken (z. B. Periodizität) – als Instrument nur eingeschränkt geeignet, um konkret bezifferte Aussagen über die COVID-19-Belastungen der Bundesländer ab dem Jahr 2020 zu tätigen.

FZM-Meldung der gesetzlichen Krankenversicherung

Die ergänzenden Informationen zu den COVID-19-Finanzierungsströmen lieferten vor allem folgende zentrale Erkenntnisse, die limitierend bei der Interpretation der Ergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen sind:

- » Die ZSG-relevanten COVID-19-Aufwendungen der gesetzlichen KV-Träger sind per Definition vollständig in den ZSG-relevanten GHA enthalten.
- » Die ZSG-relevanten COVID-19-Refundierungen seitens des Bundes an die gesetzlichen Krankenversicherungsträger werden für die Berechnung der ZSG-relevanten Gesundheitsausgaben in Abzug gebracht.

All diese rund um die COVID-19-Finanzierungsströme gewonnenen Erkenntnisse bei den Ländern und der gesetzlichen Krankenversicherung sind bei der Interpretation der Ergebnisse ab dem Jahr 2020 limitierend mit zu berücksichtigen.

1

Bund und Länder haben sich im Dezember 2021 auf politischer Ebene auf die Höhe und länderweise Verteilung der Mittel gemäß § 57a KAKuG geeinigt. In den Arbeitsgremien der Zielsteuerung-Gesundheit wurde vereinbart, dass die Finanzzuweisungen des Bundes bezüglich COVID-19 in der Höhe von 750 Mio. Euro an die Länder (siehe § 57a KAKuG) bei der Berechnung der ZSG-relevanten GHA der Länder je zur Hälfte in den Jahren 2020 und 2021 in Abzug gebracht werden.

1 Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege gemäß System of Health Accounts

Insgesamt belaufen sich die für die Ableitung der Ausgabenobergrenzen (AOG) maßgeblichen öffentlichen Gesundheitsausgaben gemäß dem System of Health Accounts (SHA) für das Jahr 2022 auf 35.086 Mio. Euro. **Damit wird die für diesen Zeitraum vereinbarte Ausgabenobergrenze um rund 3.905 Mio. Euro** (bzw. 12,52 Prozent) **überschritten** (vgl. Tabelle 1.1).

Ab dem Jahr 2020 werden die Gesundheitsausgaben für die Bekämpfung der COVID-19-Pandemie (u. a. für Schutzausrüstung, Testungen, Contact-Tracing, 1450, Barackenspitäler, Medienkampagnen etc.) seitens der Statistik Austria erfasst und bei der Berechnung der Gesundheitsausgaben inkludiert. Der daraus resultierende starke Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben in den Jahren 2020 und 2021 (vgl. Abbildung 1.1) führte von einem durchschnittlichen **Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am BIP von 6,9 Prozent (2010–2019) zu einem erhöhten Anteil von 7,8 Prozent bzw. 8,7 Prozent in den ersten beiden Pandemie Jahren.**

Tabelle 1.1:
Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in Mio. Euro 2022

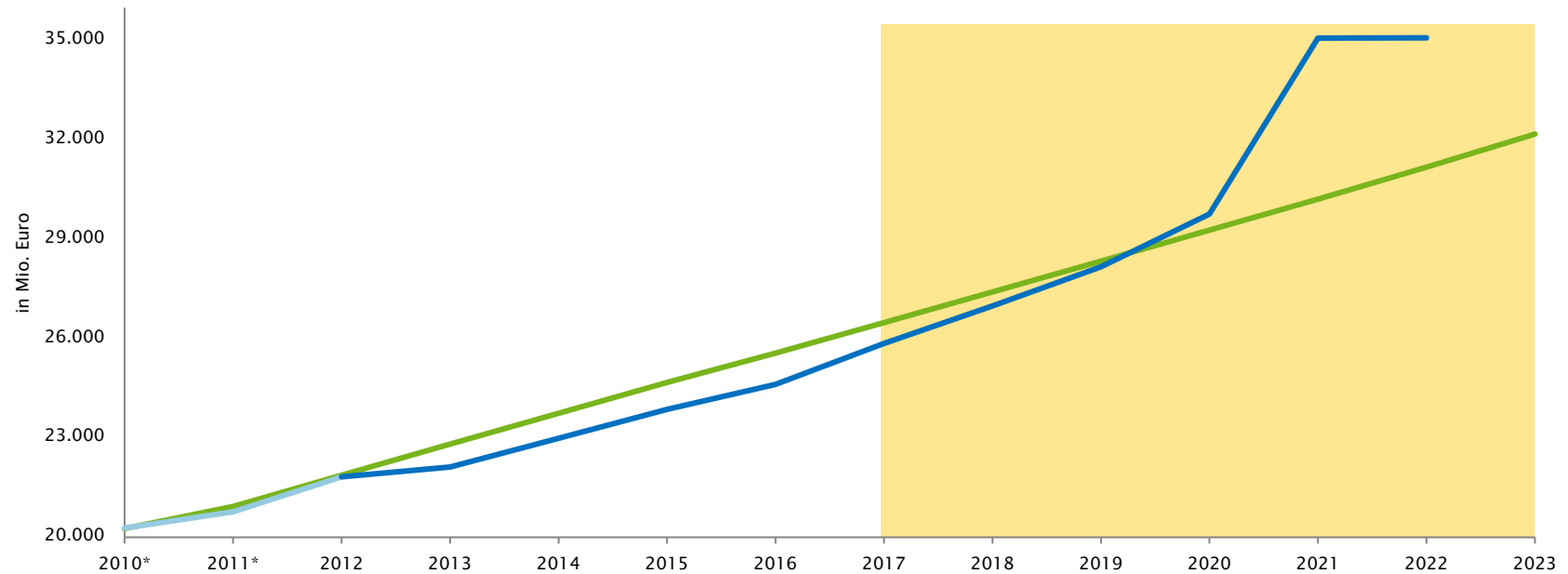
Gesamt		2022
SOLL	Ausgabenobergrenze	31.181
IST	Ausgaben gem. SHA	35.086
ANALYSE	Abweichung zur AOG absolut	+3.905
	Abweichung zur AOG in Prozent	+12,52 %

gerundet gem. G-ZG § 17 Abs. 1 Z 1

Quelle: Anhang ZV gem. G-ZG § 17 Abs. 1 Z 1, Statistik Austria 2024

Abbildung 1.1 stellt die AOG für die Zielsteuerungsperiode bis 2023 und die Entwicklung der öffentlichen GHA bis 2022 im Zeitverlauf dar. Insgesamt wuchsen die GHA im Betrachtungszeitraum 2010 bis 2022 um durchschnittlich 4,7 Prozent jährlich, wobei die **Wachstumsrate von 2020 auf 2021 pandemiebedingt 17,9 Prozent. Von 2021 auf 2022 blieben die öffentlichen GHA unverändert und überschritten damit im Jahr 2022 die vereinbarte Ausgabenobergrenze mit 12,52 Prozent.**

Abbildung 1.1:
 Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege 2010–2022 in Mio. Euro



	2010*	2011*	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
AOG	20.262	20.931	21.873	22.813	23.748	24.675	25.563	26.483	27.410	28.342	29.277	30.214	31.181	32.179
tatsächliche Ausgaben gemäß SHA*	20.277	20.769	21.825	22.123	22.992	23.861	24.619	25.855	26.990	28.171	29.763	35.078	35.086	

Zielsteuerungsperiode 2017–2023 (Monitoring)

— Ausgabenobergrenze (AOG) — tats. Ausgaben gem. SHA

*Die Jahre 2010 und 2011 (entspricht dem Jahr 2010 plus 3,3 %) bilden die Ausgangsbasis und wurden auf der zum Zeitpunkt der Berichterlegung aktuellen Datenbasis berechnet. Durch eine Revision der SHA-Daten kommt es somit zu einem Unterschied zwischen Ausgangsbasis (Ausgaben ohne Intervention) und den tatsächlichen Ausgaben gemäß SHA. Stand Februar 2024. Für das Jahr 2012 nach Bereinigung des GSBG-Effekts (siehe auch Monitoringbericht II/2014)

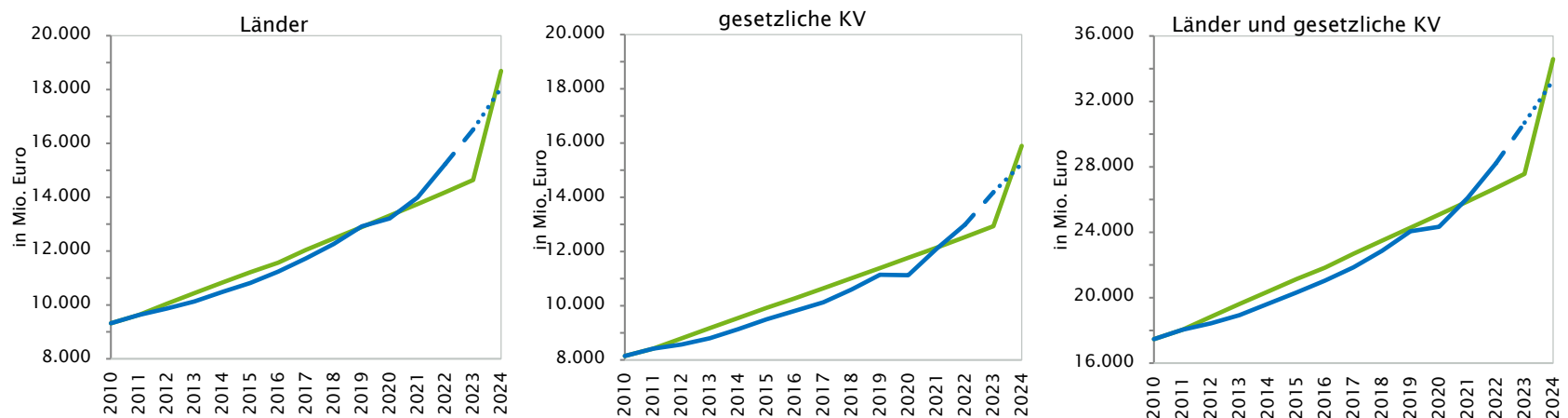
Quelle: Statistik Austria 2024 und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 1

2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben

Abbildung 2.1 veranschaulicht die Entwicklung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben getrennt nach den Sektoren „Länder“ und „gesetzliche Krankenversicherung“ sowie insgesamt im Vergleich zu den festgelegten Ausgabenobergrenzen ab dem Beobachtungsjahr 2010.

Abbildung 2.1:

Entwicklung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben der Länder und der gesetzlichen KV 2010–2024 in Mio. Euro



Länder und gesetzliche KV		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	Ausgabenobergrenze	17.466	18.042	18.834	19.615	20.377	21.135	21.903	22.691	23.485	24.284	25.085	25.887	26.717	27.572	34.587
	Ausgaben gem. Abschlussmonitoring	17.466	18.042	18.435	18.930	19.624	20.318	21.048	21.854	22.868	24.061	24.337	26.094	28.228		
	Ausgaben gem. uj. Monitoring														30.700	
	Ausgaben gem. VA-Monitoring															33.290

uj. Monitoring = unterjähriges Monitoring, VA-Monitoring = Voranschlagsmonitoring

Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich

Anmerkung: Berechnung ZSG-relevanter GHA gesetzlicher KV: Die ZSG-relevanten COVID-19-Refundierungen seitens des Bundes an die gesetzlichen KV-Träger wurden bei dem Abschlussmonitoring 2022 und dem 2. unterjährigem Finanzmonitoring 2023 (vorläufige Schätzung auf Basis der COVID-19-Aufwendungen) für die Berechnung der ZSG-relevanten GHA in Abzug gebracht.

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2024, und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 2

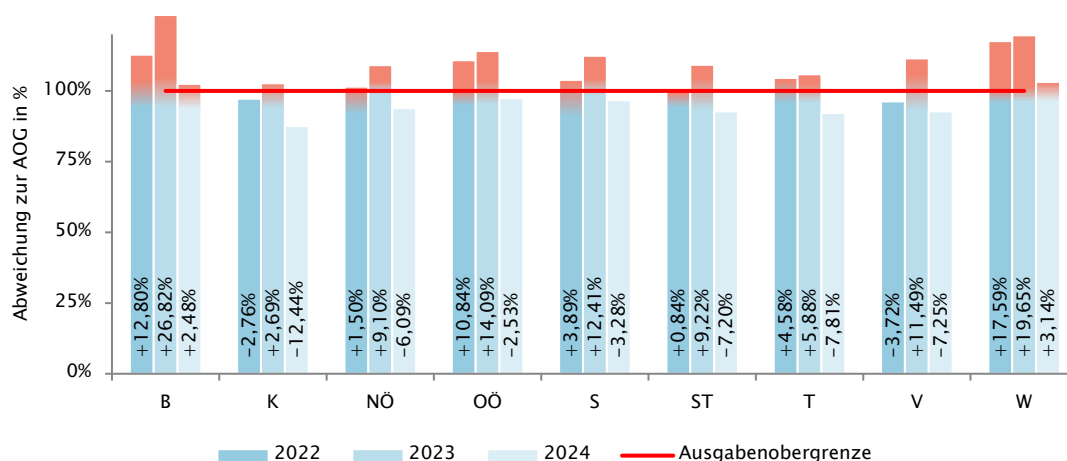
2.1 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Länder

Für den Sektor der **Länder** werden zum aktuellen Monitoringzeitpunkt **für das Jahr 2024** (ausgehend von den Voranschlägen) zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben in der Höhe von 18.057 Mio. Euro prognostiziert. Dies entspricht einer **Unterschreitung der vereinbarten Ausgabenobergrenzen für das Jahr 2024 um 635 Mio. Euro bzw. 3,40 Prozent**.

Tabelle 2.1:

Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der Länder in Mio. Euro²

Länder		Abschlussmonitoring	unterjähriges Monitoring	Voranschlagsmonitoring
		2022	2023	2024
SOLL	Ausgabenobergrenze	14.185	14.639	18.692
IST	Ausgaben gem. Monitoring	15.238	16.516	18.057
ANALYSE	Abweichung zur AOG absolut	+1.053	+1.877	-635
	Abweichung zur AOG in %	+7,42 %	+12,82 %	-3,40 %



Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2024, und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 2

Im aktuellen Betrachtungszeitraum werden folgende Über- bzw. Unterschreitungen in den Bundesländern beobachtet:

2

Es ist darauf hinzuweisen, dass im Zuge der Umsetzung der Haushaltsreform im Land Tirol ab dem Jahr 2018 die Betriebsabgangsdeckung des Landes zeitnäher (periodengerechter) im Landesrechnungsabschluss abgebildet wird. Im Monitoring der Finanzzielsteuerung wird zur Wahrung der Zeitreihenkontinuität die Betriebsabgangsdeckung weiterhin im zweitfolgenden Jahr berücksichtigt.

- » **Burgenland und Wien** liegen zum aktuellen Monitoringzeitpunkt in allen drei Beobachtungsjahren (2022, 2023 und 2024) über der AOG.
- » **Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark und Tirol** überschreiten die AOG in den Jahren 2022 und 2023.
- » **Kärnten und Vorarlberg** überschreiten zum aktuellen Monitoringzeitpunkt nur im Jahr 2023 die AOG.

Bei der **Interpretation der Ergebnisse ab dem Jahr 2020** sind die eingangs erwähnten Limitationen hinsichtlich der schwer abgrenzbaren finanziellen Auswirkungen von COVID-19 auf die ZSG-relevanten GHA der Länder mit zu berücksichtigen.

Ergänzend sind jene **Limitationen** anzuführen, die sich aufgrund der Methodik bzw. der unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen sowie der Heterogenität in den Rechenwerken (z. B. Periodizität) ergeben.

Mit der Umsetzung der Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung (**VRV**) 2015 in allen Bundesländern im Jahr 2020 sind für das Finanzzielmonitoring die Werte betreffend die **Rechenwerke der Länder** und Gemeinden aus dem **Ergebnishaushalt** heranzuziehen, um die Vergleichbarkeit mit der Gewinn-und-Verlust-Rechnung der Landesgesundheitsfonds zu optimieren.

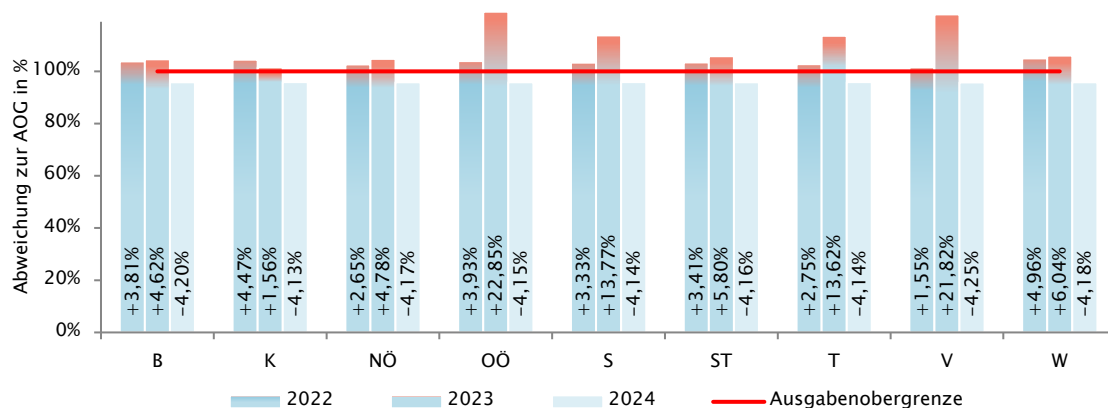
2.2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Gesetzliche Krankenversicherung

Im Bereich der **gesetzlichen Krankenversicherung** weist das Finanzmonitoring **für das Jahr 2024** (auf Basis der Voranschläge) zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben in der Höhe von 15.233 Mio. Euro aus. Dies entspricht einer **Unterschreitung der vereinbarten Ausgabenobergrenze in der Höhe von 662 Mio. Euro bzw. 4,16 Prozent** (vgl. Tabelle 2.2).

Tabelle 2.2:

Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der gesetzlichen KV in Mio. Euro und Abweichungen von der Ausgabenobergrenze nach Bundesland, zusammengeführt in Prozent

gesetzliche KV		Abschlussmonitoring	unterjähriges Monitoring	Voranschlagsmonitoring
		2022	2023	2024
SOLL	Ausgabenobergrenze	12.532	12.933	15.895
IST	Ausgaben gem. Monitoring	12.990	14.184	15.233
ANALYSE	Abweichung zur AOG absolut	+458	+1.251	-662
	Abweichung zur AOG in %	+3,66 %	+9,67 %	-4,16%



Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich

Anmerkung: Berechnung ZSG-relevanter GHA gesetzlicher KV: Die ZSG-relevanten COVID-19-Refundierungen seitens des Bundes an die gesetzlichen KV-Träger wurden bei dem Abschlussmonitoring 2022 und dem 2. unterjährigen Finanzmonitoring 2023 (vorläufige Schätzung auf Basis der COVID-19-Aufwendungen) für die Berechnung der ZSG-relevanten GHA in Abzug gebracht.

Anmerkung: Mit der Änderungen des § 443 ASVG und den damit verbundenen Änderungen in den Weisungen für die Rechnungsführung und Rechnungslegung der Sozialversicherungsträger, entfallen in den Erfolgsrechnungen die Landesstellen der ÖGK. Daher wird ab dem Meldezeitpunkt März 2024 die Summe der zielsteuerungsrelevanten Ausgaben aller Krankenversicherungsträger mittels Schlüssel auf die Bundesländer aufgeteilt und die Darstellung der ÖGK Landesstellen entfällt.

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2024, und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 2

Detailauswertungen zeigen zum aktuellen Erhebungszeitpunkt (März 2024) sowohl bei der Darstellung nach Bundesländern (vgl. Tabelle 2.2) als auch bei jener nach einzelnen KV-Trägern im Jahr 2024 (vgl. Tabelle 2.3) **größtenteils Unterschreitungen der AOG**.

Analog der Ausgabensituation der Länder wurden die AOG im Bereich der gesetzlichen KV auf Landesebene in den Jahren 2022 und 2023 nicht eingehalten. Beim 2. unterjährigen Finanzmonitoring 2023 überschreitet die gesetzliche KV die AOG in allen Bundesländern.

Tabelle 2.3:

Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Mio. Euro nach Träger

Krankenversicherungsträger			Abschluss- monitoring	unterjähriges Monitoring	Voranschlags- monitoring
			2022	2023	2024
ÖGK - B	SOLL	AOG	293,40		
	IST	Ausg. gem. Monitoring	305,05		
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	+11,65		
		Abw. von AOG in %	+3,97 %		
ÖGK - K	SOLL	AOG	590,27		
	IST	Ausg. gem. Monitoring	619,19		
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	+28,92		
		Abw. von AOG in %	+4,90 %		
ÖGK - NÖ	SOLL	AOG	1.708,85		
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.749,04		
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	+40,19		
		Abw. von AOG in %	+2,35 %		
ÖGK - OÖ	SOLL	AOG	1.505,65		
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.566,72		
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	+61,07		
		Abw. von AOG in %	+4,06 %		
ÖGK - S	SOLL	AOG	572,32		
	IST	Ausg. gem. Monitoring	591,23		
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	+18,91		
		Abw. von AOG in %	+3,30 %		
ÖGK - ST	SOLL	AOG	1.254,27		
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.297,04		
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	+42,77		
		Abw. von AOG in %	+3,41 %		
ÖGK - T	SOLL	AOG	756,55		
	IST	Ausg. gem. Monitoring	775,61		
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	+19,06		
		Abw. von AOG in %	+2,52 %		
ÖGK - V	SOLL	AOG	412,95		
	IST	Ausg. gem. Monitoring	417,64		
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	+4,69		
		Abw. von AOG in %	+1,14 %		
ÖGK - W	SOLL	AOG	2.385,19		
	IST	Ausg. gem. Monitoring	2.511,76		
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	+126,57		
		Abw. von AOG in %	+5,31 %		
ÖGK	SOLL	AOG	9.479,45	9.782,79	11.973,00
	IST	Ausg. gem. Monitoring	9.833,28	10.710,43	11.455,77
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	+353,83	+927,64	-517,23
		Abw. von AOG in %	+3,73 %	+9,48 %	-4,32 %

BVAEB	SOLL	AOG	1.758,07	1.814,32	2.249,00
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.802,14	1.993,50	2.174,77
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	+44,07	+179,18	-74,23
		Abw. von AOG in %	+2,51%	+9,88%	-3,30 %
SVS	SOLL	AOG	1.294,48	1.335,89	1.673,00
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.354,82	1.479,57	1.602,65
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	+60,34	+143,68	-70,35
		Abw. von AOG in %	+4,66%	+10,76%	-4,21 %

AOG = Ausgabenobergrenze, Ausg. = Ausgaben, Abw. = Abweichung, gem. = gemäß
Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich

Anmerkung: Berechnung ZSG-relevanter GHA gesetzlicher KV: Die ZSG-relevanten COVID-19-Refundierungen seitens des Bundes an die gesetzlichen KV-Träger wurden bei dem Abschlussmonitoring 2022 und dem 2. unterjährigen Finanzmonitoring 2023 (vorläufige Schätzung auf Basis der COVID-19-Aufwendungen) für die Berechnung der ZSG-relevanten GHA in Abzug gebracht.

Anmerkung: Mit der Änderungen des § 443 ASVG und den damit verbundenen Änderungen in den Weisungen für die Rechnungsführung und Rechnungslegung der Sozialversicherungsträger, entfallen in den Erfolgsrechnungen die Landesstellen der ÖGK. Daher wird ab dem Meldezeitpunkt März 2024 die Summe der zielsteuerungsrelevanten Ausgaben aller Krankenversicherungsträger mittels Schlüssel auf die Bundesländer aufgeteilt und die Darstellung der ÖGK Landesstellen entfällt.

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2024, und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 3 lit c

2.3 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Zusammenführung auf Bundesländerebene

Das Ausmaß, in dem die Finanzziele auf Landesebene (Länder und gesetzliche KV zusammengeführt) erreicht wurden, wird, nach Bundesländern regionalisiert, entsprechend den relevanten Bestimmungen der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG ZS-G Art. 16 bzw. des G-ZG § 17 im Folgenden dargestellt.

Detailauswertungen zeigen für Österreich gesamthaft (Länder und gesetzliche Krankenversicherung) beim Abschlussmonitoring 2022 und beim 2. unterjährigen Finanzmonitoring 2023 Überschreitungen sowie beim Voranschlagsmonitoring 2024 zu einem überwiegenden Teil Unterschreitungen der Ausgabenobergrenzen (siehe Tabelle 2.4).

Folgende Ausgabendarstellungen finden sich im nächsten Abschnitt:

- » Die Spalte „gesetzliche KV gesamt“ stellt die gesamten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung regionalisiert nach Bundesländern dar.
- » Die Spalte „Land“ weist die Ausgaben länderweise aus.
- » Die Spalte „Land und gesetzliche KV“ zeigt die summierten Ausgaben jedes Landes und der gesetzlichen KV nach Bundesländern.

Tabelle 2.4 (1/2):

Bundesländerweise Zusammenführung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben, Länder und gesetzliche KV, in Mio. Euro

			Land und gesetzliche KV			Land			gesetzliche KV gesamt		
			A	UJ	VA	A	UJ	VA	A	UJ	VA
			2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024
B	SOLL	AOG	748,47	772,43	971,85	337,03	347,82	473,85	411,44	424,61	498,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	807,31	885,35	962,70	380,19	441,12	485,60	427,12	444,23	477,10
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+58,84	+112,91	-9,15	+43,16	+93,30	+11,75	+15,68	+19,62	-20,90
		Abw. zur AOG in %	+7,86 %	+14,62 %	-0,94 %	+12,80 %	+26,82 %	+2,48 %	+3,81 %	+4,62 %	-4,20 %
K	SOLL	AOG	1.774,32	1.831,12	2.212,11	940,59	970,72	1.233,11	833,73	860,40	979,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	1.785,64	1.870,69	2.018,17	914,66	996,84	1.079,65	870,98	873,85	938,52
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+11,32	+39,57	-193,94	-25,93	+26,13	-153,46	+37,25	+13,45	-40,48
		Abw. zur AOG in %	+0,64 %	+2,16 %	-8,77 %	-2,76 %	+2,69 %	-12,44 %	+4,47 %	+1,56 %	-4,13 %
NÖ	SOLL	AOG	4.665,55	4.814,91	5.880,46	2.284,88	2.358,07	2.995,46	2.380,67	2.456,84	2.885,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	4.762,96	5.147,04	5.577,94	2.319,13	2.572,74	2.813,12	2.443,83	2.574,30	2.764,82
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+97,40	+332,14	-302,52	+34,24	+214,67	-182,34	+63,16	+117,46	-120,18
		Abw. zur AOG in %	+2,09 %	+6,90 %	-5,14 %	+1,50 %	+9,10 %	-6,09 %	+2,65 %	+4,78 %	-4,17 %
OÖ	SOLL	AOG	4.253,02	4.389,17	5.792,34	2.374,30	2.450,34	3.123,34	1.878,72	1.938,83	2.669,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	4.584,12	5.177,46	5.602,56	2.631,57	2.795,62	3.044,45	1.952,55	2.381,84	2.558,11
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+331,10	+788,28	-189,78	+257,27	+345,28	-78,89	+73,83	+443,01	-110,89
		Abw. zur AOG in %	+7,79 %	+17,96 %	-3,28 %	+10,84 %	+14,09 %	-2,53 %	+3,93 %	+22,85 %	-4,15 %
S	SOLL	AOG	1.689,78	1.743,89	2.224,09	916,68	946,04	1.207,09	773,10	797,85	1.017,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	1.751,20	1.971,18	2.142,43	952,32	1.063,44	1.167,50	798,88	907,74	974,93
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+61,42	+227,29	-81,66	+35,64	+117,40	-39,59	+25,78	+109,89	-42,07
		Abw. zur AOG in %	+3,63 %	+13,03 %	-3,67 %	+3,89 %	+12,41 %	-3,28 %	+3,33 %	+13,77 %	-4,14 %
ST	SOLL	AOG	3.697,03	3.815,39	4.736,51	1.887,50	1.947,96	2.522,51	1.809,53	1.867,43	2.214,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	3.774,71	4.103,24	4.462,79	1.903,42	2.127,47	2.340,81	1.871,29	1.975,76	2.121,98
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+77,68	+287,85	-273,72	+15,91	+179,51	-181,70	+61,76	+108,33	-92,02
		Abw. zur AOG in %	+2,10 %	+7,54 %	-5,78 %	+0,84 %	+9,22 %	-7,20 %	+3,41 %	+5,80 %	-4,16 %
T	SOLL	AOG	2.100,44	2.167,69	2.756,43	1.084,24	1.118,97	1.421,43	1.016,20	1.048,72	1.335,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	2.178,04	2.376,37	2.590,15	1.133,90	1.184,81	1.310,41	1.044,14	1.191,56	1.279,74
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+77,59	+208,68	-166,28	+49,66	+65,84	-111,02	+27,94	+142,84	-55,26
		Abw. zur AOG in %	+3,69 %	+9,63 %	-6,03 %	+4,58 %	+5,88 %	-7,81 %	+2,75 %	+13,62 %	-4,14 %
V	SOLL	AOG	1.084,97	1.119,71	1.472,42	580,80	599,40	761,42	504,17	520,31	711,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	1.071,17	1.302,15	1.386,96	559,18	668,29	706,19	511,98	633,86	680,77
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-13,80	+182,44	-85,46	-21,61	+68,89	-55,23	+7,81	+113,55	-30,23
		Abw. zur AOG in %	-1,27 %	+16,29 %	-5,80 %	-3,72 %	+11,49 %	-7,25 %	+1,55 %	+21,82 %	-4,25 %
W	SOLL	AOG	6.703,12	6.917,71	8.540,79	3.778,68	3.899,70	4.953,79	2.924,44	3.018,01	3.587,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	7.512,87	7.866,43	8.546,02	4.443,42	4.666,07	5.108,80	3.069,45	3.200,36	3.437,22
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+809,76	+948,72	+5,23	+664,74	+766,37	+155,01	+145,01	+182,35	-149,78
		Abw. zur AOG in %	+12,08 %	+13,71 %	+0,06 %	+17,59 %	+19,65 %	+3,13 %	+4,96 %	+6,04 %	-4,18 %
Ö	SOLL	AOG	26.716,70	27.572,02	34.587,00	14.184,70	14.639,02	18.692,00	12.532,00	12.933,00	15.895,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	28.228,01	30.699,91	33.289,72	15.237,78	16.516,40	18.056,53	12.990,23	14.183,50	15.233,19
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+1.511,31	+3.127,88	-1.297,28	+1.053,08	+1.877,38	-635,47	+458,23	+1.250,50	-661,81
		Abw. zur AOG in %	+5,66 %	+11,34 %	-3,75 %	+7,42 %	+12,82 %	-3,40 %	+3,66 %	+9,67 %	-4,16 %

AOG = Ausgabenobergrenze, A = Abschlussmonitoring, UJ = unterjähriges Monitoring, VA = Voranschlagsmonitoring,

Ausg. = Ausgaben, Abw. = Abweichung, gem. = gemäß, abs. = absolut, Monit. = Monitoring

Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich

Anmerkung: Berechnung ZSG-relevanter GHA gesetzlicher KV: Die ZSG-relevanten COVID-19-Refundierungen seitens des Bundes an die gesetzlichen KV-Träger wurden bei dem Abschlussmonitoring 2022 und dem 2. unterjährigem Finanzmonitoring 2023 (vorläufige Schätzung auf Basis der COVID-19-Aufwendungen) für die Berechnung der ZSG-relevanten GHA in Abzug gebracht.

Anmerkung: Mit der Änderungen des § 443 ASVG und den damit verbundenen Änderungen in den Weisungen für die Rechnungsführung und Rechnungslegung der Sozialversicherungsträger, entfallen in den Erfolgsrechnungen die Landesstellen der ÖGK. Daher wird ab dem Meldezeitpunkt März 2024 die Summe der zielsteuerungsrelevanten Ausgaben aller Krankenversicherungsträger mittels Schlüssel auf die Bundesländer aufgeteilt und die Darstellung der ÖGK Landesstellen entfällt.

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2024, und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 3 lit c

Tabelle 2.4 (2/2):

Bundesländerweise Zusammenführung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben, Länder und gesetzliche KV, in Mio. Euro

			ÖGK			SVT		
			A	UJ	VA	A	UJ	VA
			2022	2023	2024	2022	2023	2024
B	SOLL	AOG	293,40			118,04		
	IST	Ausg. gem. Monit.	305,05			122,07		
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+11,65			+4,03		
		Abw. zur AOG in %	+3,97 %			+3,42 %		
K	SOLL	AOG	590,27			243,46		
	IST	Ausg. gem. Monit.	619,19			251,79		
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+28,92			+8,33		
		Abw. zur AOG in %	+4,90 %			+3,42 %		
NÖ	SOLL	AOG	1.708,85			671,82		
	IST	Ausg. gem. Monit.	1.749,04			694,79		
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+40,19			+22,97		
		Abw. zur AOG in %	+2,35 %			+3,42 %		
OÖ	SOLL	AOG	1.505,65			373,07		
	IST	Ausg. gem. Monit.	1.566,72			385,83		
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+61,07			+12,76		
		Abw. zur AOG in %	+4,06 %			+3,42 %		
S	SOLL	AOG	572,32			200,78		
	IST	Ausg. gem. Monit.	591,23			207,65		
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+18,91			+6,87		
		Abw. zur AOG in %	+3,30 %			+3,42 %		
ST	SOLL	AOG	1.254,27			555,26		
	IST	Ausg. gem. Monit.	1.297,04			574,26		
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+42,77			+19,00		
		Abw. zur AOG in %	+3,41 %			+3,42 %		
T	SOLL	AOG	756,55			259,65		
	IST	Ausg. gem. Monit.	775,61			268,53		
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+19,06			+8,88		
		Abw. zur AOG in %	+2,52 %			+3,42 %		
V	SOLL	AOG	412,95			91,22		
	IST	Ausg. gem. Monit.	417,64			94,34		
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+4,69			+3,12		
		Abw. zur AOG in %	+1,14 %			+3,43 %		
W	SOLL	AOG	2.385,19			539,25		
	IST	Ausg. gem. Monit.	2.511,76			557,69		
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+126,57			+18,44		
		Abw. zur AOG in %	+5,31 %			+3,42 %		
Ö	SOLL	AOG	9.479,45	9.782,79	11.973,00	3.052,55	3.150,21	3.922,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	9.833,28	10.710,43	11.455,77	3.156,96	3.473,08	3.777,41
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+353,83	+927,64	-517,23	+104,41	+322,87	-144,59
		Abw. zur AOG in %	+3,73 %	+9,4 8%	-4,32 %	+3,42 %	+20,63 %	-7,51 %

AOG = Ausgabenobergrenze, A = Abschlussmonitoring, UJ = unterjähriges Monitoring, VA = Voranschlagsmonitoring, SVT = Sonderversicherungsträger, Ausg. = Ausgaben, Abw. = Abweichung, gem. = gemäß, abs. = absolut, Monit. = Monitoring
Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich

Anmerkung: Berechnung ZSG-relevanter GHA gesetzlicher KV: Die ZSG-relevanten COVID-19-Refundierungen seitens des Bundes an die gesetzlichen KV-Träger wurden bei dem Abschlussmonitoring 2022 und dem 2. unterjährigen Finanzmonitoring 2023 (vorläufige Schätzung auf Basis der COVID-19-Aufwendungen) für die Berechnung der ZSG-relevanten GHA in Abzug gebracht.

Anmerkung: Mit der Änderungen des § 443 ASVG und den damit verbundenen Änderungen in den Weisungen für die Rechnungsführung und Rechnungslegung der Sozialversicherungsträger, entfallen in den Erfolgsrechnungen die Landesstellen der ÖGK. Daher wird ab dem Meldezeitpunkt März 2024 die Summe der zielsteuerungsrelevanten Ausgaben aller Krankenversicherungsträger mittels Schlüssel auf die Bundesländer aufgeteilt und die Darstellung der ÖGK Landesstellen entfällt.

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2024, und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 3 lit c

3 Gesondert darzustellende Größen

Gemäß G-ZG § 17 Abs. 1 Z 4 lit a bis f sind die Gesundheitsausgaben aus den Bereichen Pensionsversicherung, Unfallversicherung, Krankenfürsorgeanstalten, jene des Bundes sowie Investitionen und Ausgaben der KV-Träger zur Erbringung der Leistungen von Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche gesondert darzustellen.

Die Vorgehensweise bei der gesonderten Darstellung wurde im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene in Art. 8 festgelegt. Demnach sind die genannten Größen in den jeweiligen Monitoringberichten gesondert zu analysieren; sie sind nicht Gegenstand der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben und unterliegen damit auch nicht den vereinbarten Ausgabenobergrenzen. Um Datenkonsistenz zwischen ihnen und den öffentlichen Gesundheitsausgaben nach SHA für das Jahr 2022 zu gewährleisten, werden zum aktuellen Monitoringzeitpunkt die Ausgaben der gesondert auszuweisenden Größen für das Jahr 2022 dargestellt.

Für Investitionen im Bereich der Länder wurden die Rechnungsabschlüsse der Krankenanstalten-träger als Grundlage herangezogen. Zur Darstellung der Investitionen im Bereich Sozialversicherung wurden die Abrechnungen der SV-eigenen Einrichtungen verwendet. Tabelle 3.1 zeigt die im Jahr 2022 aufgewandten Investitionen in Sachanlagen für österreichische Fondskrankenanstalten sowie für Gesundheitseinrichtungen der Sozialversicherung.

Tabelle 3.1:

Investitionen in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten sowie in den Gesundheitseinrichtungen der gesetzlichen KV 2022 nach Bundesländern in Euro

Land	Investitionen in Fondskrankenanstalten	Investitionen in Gesundheitseinrichtungen der Sozialversicherung
	2022	2022
Burgenland	71.089.012	241.509
Kärnten	65.333.360	1.155.620
Niederösterreich	41.106.089	5.576.953
Oberösterreich	107.778.467	5.568.037
Salzburg	54.905.369	7.249.955
Steiermark	116.874.685	4.844.269
Tirol	66.402.812	1.281.374
Vorarlberg	45.861.403	1.200.000
Wien*	340.144.657	5.969.655
GESAMT	909.495.854	33.087.372

Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich

*inkl. Aufwendungen für das TZ Ybbs in der Höhe von rd. 1,13 Mio. Euro (2022)

Quelle: KRBV / Quellen- und Verwendungsanalyse 2024, Abrechnung der SV-eigenen Einrichtungen (exklusive Hanusch-Krankenhaus) 2024

Für Ausgaben zur Erbringung von Leistungen im Bereich Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche wurde die Erfolgsrechnung der SV-Träger als Grundlage herangezogen. Tabelle 3.2 zeigt die im Jahr 2022 aufgewandten Ausgaben für Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche.

Tabelle 3.2:

Aufwand der gesetzlichen Krankenversicherungsträger für Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche 2022 in Euro

gesetzliche KV	Aufwand der Sozialversicherungsträger für Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche
	2022
ÖGK - B	1.663.200
ÖGK - K	5.094.889
ÖGK - NÖ	15.494.150
ÖGK - OÖ	17.821.703
ÖGK - S	4.605.898
ÖGK - ST	12.589.484
ÖGK - T	4.568.000
ÖGK - V	5.167.603
ÖGK - W	28.520.431
BVAEB	14.239.543
SVS	8.917.491
GESAMT	118.682.393

Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Erfolgsrechnung der Sozialversicherungsträger 2022

Die Höhe der Gesundheitsausgaben von Pensionsversicherung, Unfallversicherung, Krankenfürsorgeanstalten und des Bundes wurde analog der SHA-Methodik (Statistik Austria) berechnet. Tabelle 3.3 zeigt diese Ausgaben für die Jahre 2012–2022.

Tabelle 3.3:

Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenfürsorgeanstalten sowie des Bundes 2012–2022 in Mio. Euro

Gesundheitsausgaben*	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Pensionsversicherung	802	858	889	902	980	1.007	1.058	1.103	974	1.123	1.197
Unfallversicherung	353	375	392	407	407	418	416	429	453	451	484
Krankenfürsorgeanstalten	464	477	486	500	515	531	546	567	571	630	670
Bund**	1.738	1.821	1.873	1.946	1.982	2.063	2.127	2.220	3.315	6.976	5.264

*Die aktuell (Stand: Februar 2024) verfügbaren Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenfürsorgeanstalten sowie des Bundes nach SHA beruhen zum Teil auf vorläufigen Daten und werden ggf. noch einer Revision unterzogen.

**für 2012 nach Bereinigung des GSBG-Effekts (siehe auch Monitoringbericht II/2014)

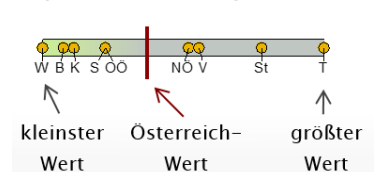
Quelle: Statistik Austria 2024

Teil B: Monitoring der Steuerungsbereiche

Im Folgenden wird anhand der im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene definierten Messgrößen und Zielwerte bzw. -vorgaben analysiert, inwiefern die Umsetzung der operativen Ziele in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung erreicht wurde.

Die folgende Darstellung ermöglicht einen Überblick über den aktuellen Stand der Messgrößenausprägungen im Vergleich zum Vorjahr. Zusätzlich wird die Verteilung der Bundeslandwerte im Vergleich zum Österreich-Wert dargestellt. Ergänzt wird die Darstellung um den Entwicklungstrend und die Nennung der jeweils minimalen und maximalen Ausprägung der Messgröße je Bundesland. Detaillierte Auswertungen der im Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Messgrößen finden sich im Tabellenband im Anhang (siehe Abschnitt 7.2). Aufgrund der durch die COVID-19-Pandemie entstandenen außergewöhnlichen Belastung des österreichischen Gesundheitssystems sind die Messgrößen ab dem Jahr 2020 nur bedingt aussagekräftig. Zur Schaffung von Kapazitätsreserven und zur Verhinderung von Infektionseinträgen wurde in den Zeiträumen Mitte März bis Ende April sowie Oktober bis Dezember 2020 der Betrieb in den Krankenanstalten auf das medizinisch Wesentliche und Vordringliche reduziert. In der dritten großen Welle der Coronapandemie ab Oktober bzw. November 2021 erreichten bzw. überschritten die hospitalisierten COVID-19-Fälle wiederum die Auslastungsgrenzen, sodass erneut eine Einschränkung der Regelversorgung notwendig wurde. Dabei kam es insbesondere zu Verschiebungen geplanter Operationen.³

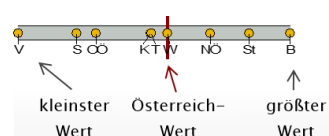
Legende A: Messgrößen, bei denen keine Werte ab 2020 vorhanden sind



Die gelben Punkte stellen Bundeslandwerte dar, sie sind entsprechend ihrer Distanz zu Minimum und Maximum bzw. zum Österreich-Wert angeordnet. (Beispiel: Der OÖ-Wert liegt etwas näher beim Österreich-Wert als beim Minimum Wien). Auf der grün schattierten Seite liegen Bundesländer mit einem höheren Grad der Zielerreichung im Vergleich zum Österreich-Durchschnitt.

Der Pfeil (↗) stellt die Entwicklung (Messgröße steigt oder sinkt) zwischen dem aktuellen und dem vorherigen Wert dar. Falls der Entwicklungstrend der Messgröße der Zielvorgabe entspricht, ist der Pfeil grün (↗) eingefärbt, andernfalls rot (↘). Für Messgrößen ohne vereinbarte Zielentwicklung ist der Pfeil grau dargestellt.

Legende B: Messgrößen, bei denen Werte ab 2020 vorhanden sind (limitierte Interpretation aufgrund der COVID-19-Pandemie)



Die gelben Punkte stellen Bundeslandwerte dar, sie sind entsprechend ihrer Distanz zu Minimum und Maximum bzw. zum Österreich-Wert angeordnet. (Beispiel: Der Wien-Wert entspricht dem Österreich-Wert, während Vorarlberg den kleinsten und das Burgenland den größten Wert hat).

Auf der linken Seite liegen Bundesländer, die unter dem Österreich-Wert liegen. Je nachdem ob das Minimum oder das Maximum weiter vom Österreich-Wert entfernt liegt, kommt das Minimum oder Maximum am äußeren Rand der Grafik zu liegen. Diese Messgrößen werden rein deskriptiv, das heißt ohne Wertung (ohne Pfeil bzw. ohne Farbe) dargestellt.

3

für eine vertiefende Analyse siehe Eglau (2022)

Abbildung 3.1:
Übersicht über die Messgrößenausprägungen

Ziel	Messgröße	letzter wert	Österreich		Trend	Min	Bundesländer-Spannbreite		Max
			aktueller wert				Ö		
Strategisches Ziel 1	1 Umgesetzte Primärversorgungseinheiten (PVE) Anzahl (BL-Vergleich: je 100.000 EW)	37 (0,413) 2022	58 (0,641) 2023	+56,8% ↗	0			1,02	
	2 In PV-Einheiten versorgte Bevölkerung	3,67% 2022	5,17% 2023	+40,9% ↗	0%			8,7%	
	3 Anzahl multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich ¹								
	4 Krankenhaushäufigkeit in Fondskrankenanstalten Aufenthalte je 1.000 EW	174,3 2022	173,6 2023	-0,4% ↘	143,1			197,1	
	5 Belagstagedichte in Fondskrankenanstalten Belagstage je 1.000 EW	1.119 2022	1.122 2023	+0,3% ↗	1.039			1.292	
	6 Ausgewählte Tagesklinik-Leistungsbündel Gewichteter Durchschnitt aller Leistungsbündel	66,4% 2022	66,4% 2023	-0,0% ↘	59,7%			72,9%	
	7 Anzahl der besetzten Ausbildungsstellen ^{2 5} Allgemeinmedizin	1.149 2022	1.412 2023	+22,9% ↗					
	8 Ärztliche Versorgungsdichte ² (VertragsärztInnen extramural außer ZÄ und techn. Fächer, je 100.000 EW)	77,1 2021	76,3 2022	-1,0% ↘	67,9			88,8	
	9 Relation DGKP und Pflegefachassistenz zu ÄrztInnen in Fondskrankenanstalten	2,05 2021	2,01 2022	-2,1% ↘	1,7			2,4	
	10 Masern/Mumps/Röteln – Durchimpfungsrate ⁵ Anteil 4-jähriger Kinder mit 2 Teilimpfungen	97,2% 2021	93,7% 2022	-3,6% ↘					
	11 Ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie-Angebote ⁴ VZÄ je 100.000 EW	0,812 2022	0,932 2023	+15% ↗	0,48			1,83	

Ziel	Messgröße	Österreich			Bundesländer-Spannbreite		
		letzter Wert	aktueller Wert	Trend	Min	Ö	Max
Strategisches Ziel 2	12 Umsetzungsgrad ELGA ⁵ Anzahl (Anteil) Gesundheitsdiensteanbieter	9.094 (79,4%)	9.243 (80,9%)	+2% ↗			
	13 Polypharmazie Prävalenz über 70-Jährige mit >5 Wirkstoffen, je 1.000 Anspruchsberechtigte	187,00	187,12	+0,1% ↗	118,0	V S OO T KW NO St B	235,8
	14 Potentiell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren Anteil über-70-jährige Bevölkerung mit PIM	34,5%	33,8%	-2,0% ↘	30,9%	V OÖS W St NÖT KB	36,7%
	15 Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer Anteil < 3. Pfliegetag, Fondskrankenanstalten	93,8%	94,3%	+0,6% ↗	92,4%	St OÖ W NÖ S T K B V	97,3%
	16 In Therapie Aktiv versorgte PatientInnen	26,7%	26,1%	-2,3% ↘	13,4%	B T NO K W V St S OO	37,4%
	17 Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen						
Strategisches Ziel 3	18 Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung ^{2 3 5} sehr zufrieden + eher zufrieden, in % (Krankenhäuser/HausärztInnen)	70,0%	71% / 88%	+1,4% ↗			
	19 Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz ^{3 5} % der RespondentInnen	48%	53%	+10,7% ↗			
	20 Gesunde Lebensjahre bei der Geburt ³ (Männer+Frauen)	66,3	63,9	-3,6% ↘	62,2	W St B NÖ OÖ K V S T	69,4
	21 Täglich Rauchende ³ % der Bevölkerung (Männer+Frauen)	24,3%	20,6%	-15,1% ↘	18,3%	T B OÖ S K NÖ St W V	23,4%
22 Kariesfreie Kinder ³ (Anteil 6-jähriger Kinder mit kariesfreiem Gebiss)	52%	55%	+5,8% ↗	45%	W B K S OÖ NÖ V St T	71%	

Anmerkungen:

¹ Werte sind nicht verfügbar.

² Bei einigen Messgrößen werden mehrere Werte erhoben, abgebildet ist jeweils nur ein Wert – die anderen Werte sind im Tabellenanhang aufgelistet.

³ Dieser Wert beruht auf einer Umfrage mit nichtjährlicher Periodizität, es ist kein Wert für 2023 verfügbar.

⁴ Die Basis für die Berechnung der Messgröße 11 bilden die vom DSVS 2024 eingemeldeten Vollzeitäquivalente.

⁵ Bei einigen Messgrößen erfolgt keine Darstellung auf Bundeslandebene, da nur der Wert für Österreich verfügbar ist.

Quelle: siehe Einzeltabellen in Anhang 7.2; Darstellung: GÖG

4 Bessere Versorgung (strategisches Ziel 1)

Das strategische Ziel 1, „Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes“, verfolgt die Sicherstellung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen anhand vier operativer Ziele, deren Erreichungsgrad mittels zwölf Messgrößen beobachtet werden soll (siehe Anhang 7.3).

Österreich weist im internationalen Vergleich nach wie vor eine der höchsten Krankenhaushäufigkeiten auf. Die Wahrscheinlichkeit, mit einem gesundheitlichen Problem hospitalisiert zu werden, ist doppelt bis dreimal so hoch wie in anderen Ländern. Dies ist nicht nur aus ökonomischer Sicht problematisch, sondern verursacht auch für die Patientinnen/Patienten unnötige Transaktionskosten und Risiken.

Ein wesentlicher Schritt zur Problemlösung ist hier eine verbesserte integrative Versorgung durch eine abgestimmte verbindliche Planung (op. Ziel 1), die etwa durch den österreichischen Strukturplan Gesundheit und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit erfolgt.

Ausbau der Primärversorgung und ambulanten Fachversorgung (op. Ziele 1.1, 1.2, 3)

Eine abgestimmte, wohnortnahe, multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung (PV) sorgt dafür, dass viele Krankheitsbilder im ambulanten bzw. niedergelassenen Bereich versorgt werden können, und entlastet somit die hochspezialisierte akutstationäre und/oder die spitals-ambulante Versorgung.

Der Ausbau von Primärversorgungseinheiten (PVE) ist demnach Kernelement der Reformbemühungen und wurde bereits in der ersten Reformperiode 2013–2016 gestartet. Die Zielsteuerungspartner haben sich auf die Schaffung 75 neuer Primärversorgungseinheiten (PVE) bis 2023 verständigt (MG 1) und dafür 200 Mio. Euro zweckgewidmet (gem. Art. 31 der 15a-Vereinbarung B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens). Mit Stand 31. Dezember 2023 waren nach Meldung der Krankenversicherungsträger 58 Primärversorgungseinheiten laut Primärversorgungsgesetz in Betrieb. Diese verteilen sich auf acht Bundesländer (siehe Abbildung 4.1).⁴

In der Steiermark ist zudem ein Gesundheitszentrum in Betrieb, das im Sinne des Primärversorgungskonzepts arbeitet (Eisenerz), jedoch laut Meldung der KV-Träger nicht der Definition einer Primärversorgungseinheit nach dem Primärversorgungsgesetz entspricht. Primärversorgungseinheiten, die nach dem 31. 12. 2023 in Betrieb genommen wurden, werden im vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt.

4

Die Anzahl der Primärversorgungseinheiten zum Stand Ende 2023 basiert auf einer Umfrage bei den Krankenversicherungsträgern, durchgeführt vom Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV).

Die 58 erreichten Primärversorgungseinheiten zum Stand Ende 2023 stellen gut 77 Prozent des für das Jahr 2023 angepeilten Zielwerts von 75 Primärversorgungseinheiten dar. Diese 58 PVE versorgten im Jahr 2023 5,2 Prozent der Bevölkerung. Im Burgenland wurden 2,4 Prozent, in Kärnten 1,7 Prozent, in Niederösterreich 6,0 Prozent, in Oberösterreich 5,0 Prozent, in Salzburg 3,0 Prozent, in der Steiermark 6,6 Prozent, in Wien 8,7 Prozent und in Vorarlberg 1,2 Prozent der Bevölkerung auf diesem Wege versorgt (MG 2, siehe Abbildung 4.1). In Österreich gesamt hat der Anteil der durch Primärversorgungseinheiten versorgten Bevölkerung von 2022 auf 2023 zugenommen (siehe Tabelle 7.3).

Gemessen an den für Ende 2023 vereinbarten Zielwerten in den Bundesländern, stellt sich die Lage dort unterschiedlich dar. Während in Tirol (0 von 6 vereinbarten) bis Ende Dezember 2023 noch keine Primärversorgungseinheiten in Betrieb genommen wurden, lagen Vorarlberg (1 von 3 vereinbarten), Burgenland (1 von 3 vereinbarten), Kärnten (1 von 5 vereinbarten) und Salzburg (2 von 5 vereinbarten PVE) noch unter der Hälfte des für 2023 vereinbarten Zielwerts. In Niederösterreich (10 von 14 vereinbarten) und Oberösterreich (8 von 13 vereinbarten PVE) wurde mehr als die Hälfte der bis 2023 vereinbarten Primärversorgungseinheiten in Betrieb genommen. In der Steiermark stehen exklusive des PV-Pilotprojekts in Eisenerz, das nicht der Definition einer Primärversorgungseinheit nach dem Primärversorgungsgesetz entspricht, zehn realisierte Primärversorgungseinheiten elf solchen, die für das Jahr 2023 vereinbart wurden, gegenüber und in Wien wurden bis Ende 2023 zwanzig PVE in Betrieb genommen, der Zielwert 2023 liegt dort bei 16. Generell ist bei allen Messgrößenausprägungen anzumerken, dass die Werte ab 2020 im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren sind.

Eine zentrale Maßnahme in diesem Bereich ist die Weiterentwicklung des Vertragswesens bzw. der Honorierungssysteme, die u. a. einen Lenkungseffekt bewirken sollen, der die Patientinnen und Patienten vermehrt in Richtung des Best Point of Service weisen soll (siehe auch op. Ziel 3). Am 2. April 2019 wurde der bundesweite Gesamtvertrag Primärversorgung zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer finalisiert. Der bundesweite Gesamtvertrag regelt als Rahmenvertrag die Hauptpunkte der Primärversorgung, die österreichweit gelten, und lässt regionale Spielräume offen, die es erlauben, auf lokale Bedürfnisse eingehen zu können.

Zudem soll die bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung ebenfalls entlastend auf den akutstationären Bereich wirken (op. Ziel 1.2). Es ist daher geplant, die Anzahl multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich zu steigern (MG 3).

Tabelle 4.1:

Umgesetzte Primärversorgungseinheiten zum 31. 12. 2023 (Messgröße 1)

Bundesland	IST-Wert 31. 12. 2023	Ort	geplant in RSG	Zielwert 2023
Burgenland	1	Raabtal	3	3
Kärnten	1	Klagenfurt Nord	5	5
Niederösterreich	10	Böheimkirchen, Breitenfurt, Schwarzatal, Melker Alpenvorland, Melk, Purgstall, Schwechat, St. Pölten, Tullnerfeld, Wiener Neustadt	14	14
Oberösterreich	11	Enns, Haslach, Marchtrenk, Sierning-Neuzeug, Linz (Kinderärzte), Linz-Grüne Mitte, Linz-Domplatz, Ried-Neuhofen, Traun, Vöcklamarkt	25	13
Salzburg	4	Fuschl und St. Gilgen, Zell am See, Mittersill, Hallein	5	5
Steiermark	10 (+1)	Admont, Fehring, Gratwein-Straßengel, Graz-Gries, Graz-St. Leonhard, Liezen, Mariazell, Mureck, Vorau, Weiz, (Eisenerz)	30	11
Tirol	—	—	6	6
Vorarlberg	1	Bregenz	3	3
Wien	20	Donaustadt, Augarten, Sonnwendviertel, Döbling, Josefstadt, Küniglberg, Margareten, Oberdöbling, Simmering, Fünfhaus, Wilhelmstraße, West, Favoriten, Donauinsel (Kinder), KIZ Docs for Kids, Cape 10 (Kinder), KIZ Leuchtturm, KIZ Gesund Wachsen	36	16
Österreich gesamt	58 (+1)			75

Anmerkung: Das eine PV-Pilotprojekt, das laut Meldung der KV-Träger nicht der Definition einer Primärversorgungseinheit nach dem Primärversorgungsgesetz entspricht, ist in Klammern angeführt.

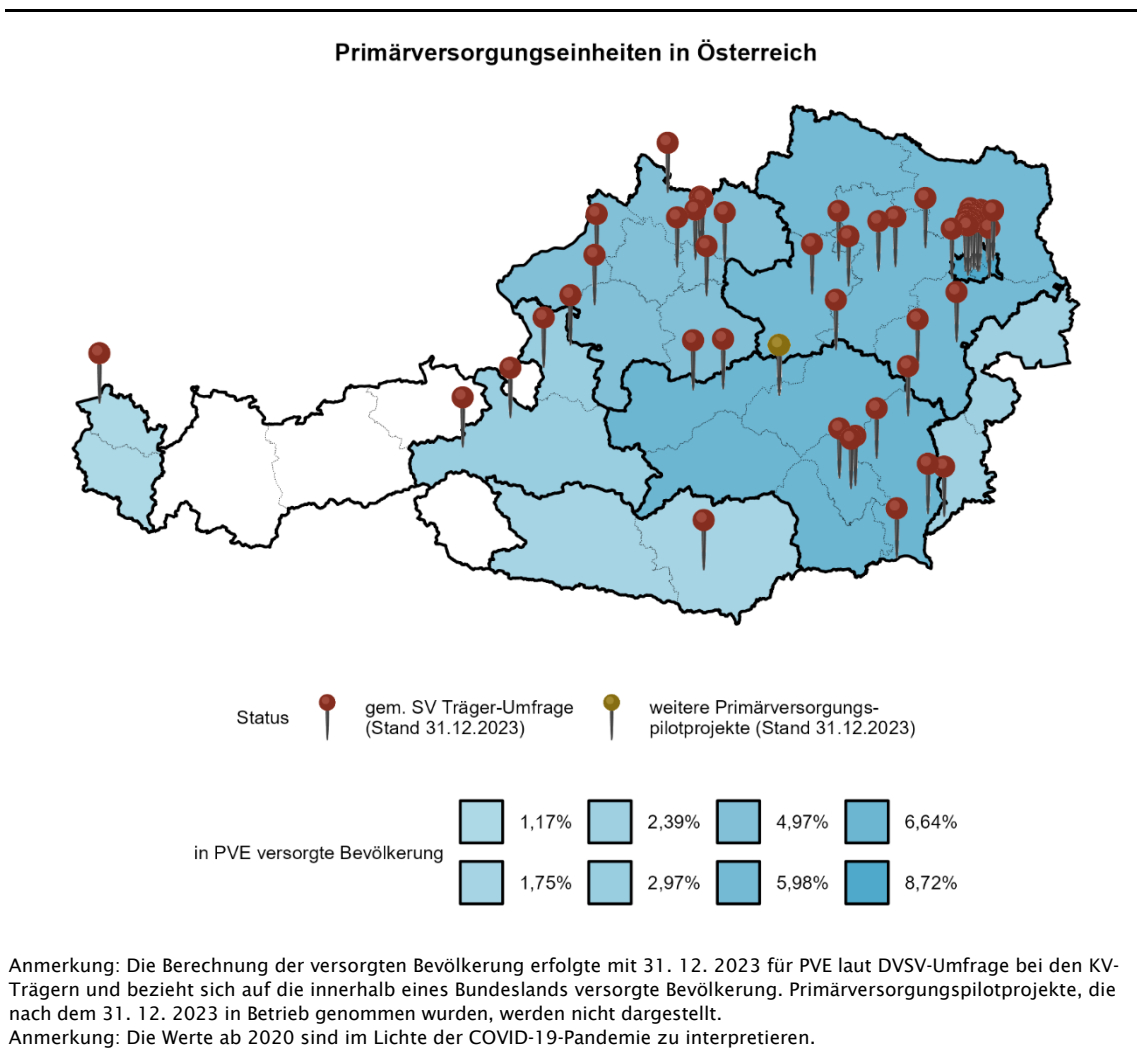
Die Berechnung der Zielwerte auf Landesebene erfolgte gemäß Bevölkerungsschlüssel kaufmännisch gerundet.

Anmerkung: Die Werte ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: Meldung DSVS 2024; BMSGPK (2022)

Abbildung 4.1:

In PVE versorgte Bevölkerung in Prozent (Messgröße 2) und PVE-Standorte



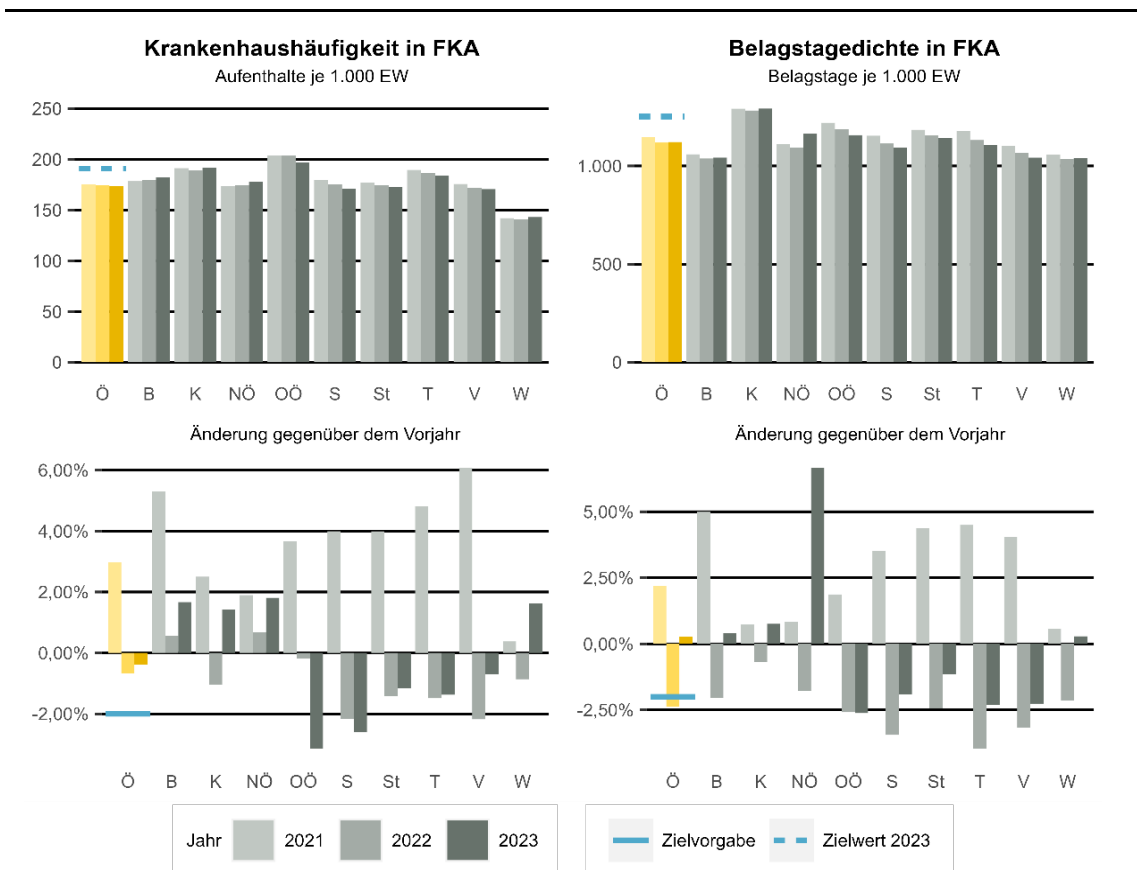
Quelle: Meldung DVSU 2024, Darstellung: GÖG

Entwicklungen der bedarfsgerechten Anpassung der stationären Versorgung (op. Ziel 1.3)

Neben dem Ausbau ambulanter Versorgungsformen bergen auch Maßnahmen innerhalb stationärer Versorgungsstrukturen ein erhebliches Potenzial zur Optimierung bzw. Effizienzsteigerung, ohne dabei die Qualität zu gefährden. Neue Technologien und Versorgungsformen ermöglichen es in vielen Fällen, Hospitalisierungen zu vermeiden. Hier sind vor allem tagesklinisch bzw. ambulant erbringbare Leistungen zu nennen, die bei besserer oder gleicher Qualität längere Aufenthalte obsolet machen (op. Ziel 1.3).

Die **Entlastung des akutstationären Bereichs** wurde bereits in der ersten Zielsteuerungsperiode (2013–2016) priorisiert. Sowohl die Anzahl der Tage, die in Relation zur Bevölkerung durchschnittlich pro Jahr im Krankenhaus verbracht werden (Belagstagedichte, Messgröße 5), als auch die Aufnahmen (mit mindestens einer Nächtigung) in Krankenanstalten in Relation zur Bevölkerung (Krankenhausthäufigkeit, Messgröße 4) blieben 2023 im Vergleich zu 2022 relativ konstant. Die **Krankenhausthäufigkeit in FKA** fiel von 2022 auf 2023 um rund -0,4 Prozent. Die **Belagstagedichte in FKA** zeigte zwischen 2022 und 2023 einen minimalen Anstieg von 0,3 Prozent (siehe Abbildung 4.2). Jedoch sank die **Krankenhausthäufigkeit in FKA** von 2019, dem letzten Jahr vor der COVID-19-Pandemie, auf 2023 um rund 14,7 Prozent, und die **Belagstagedichte in FKA** zeigte im selben Vergleichszeitraum eine Reduktion von 15,0 Prozent. Große Teile dieses **Rückgangs sind kausal auf die COVID-19-Pandemie** zurückzuführen und in diesem Lichte zu interpretieren.

Abbildung 4.2:
Krankenhausthäufigkeit und Belagstagedichte in Fondskrankenanstalten (FKA)
(Messgrößen 4 und 5)



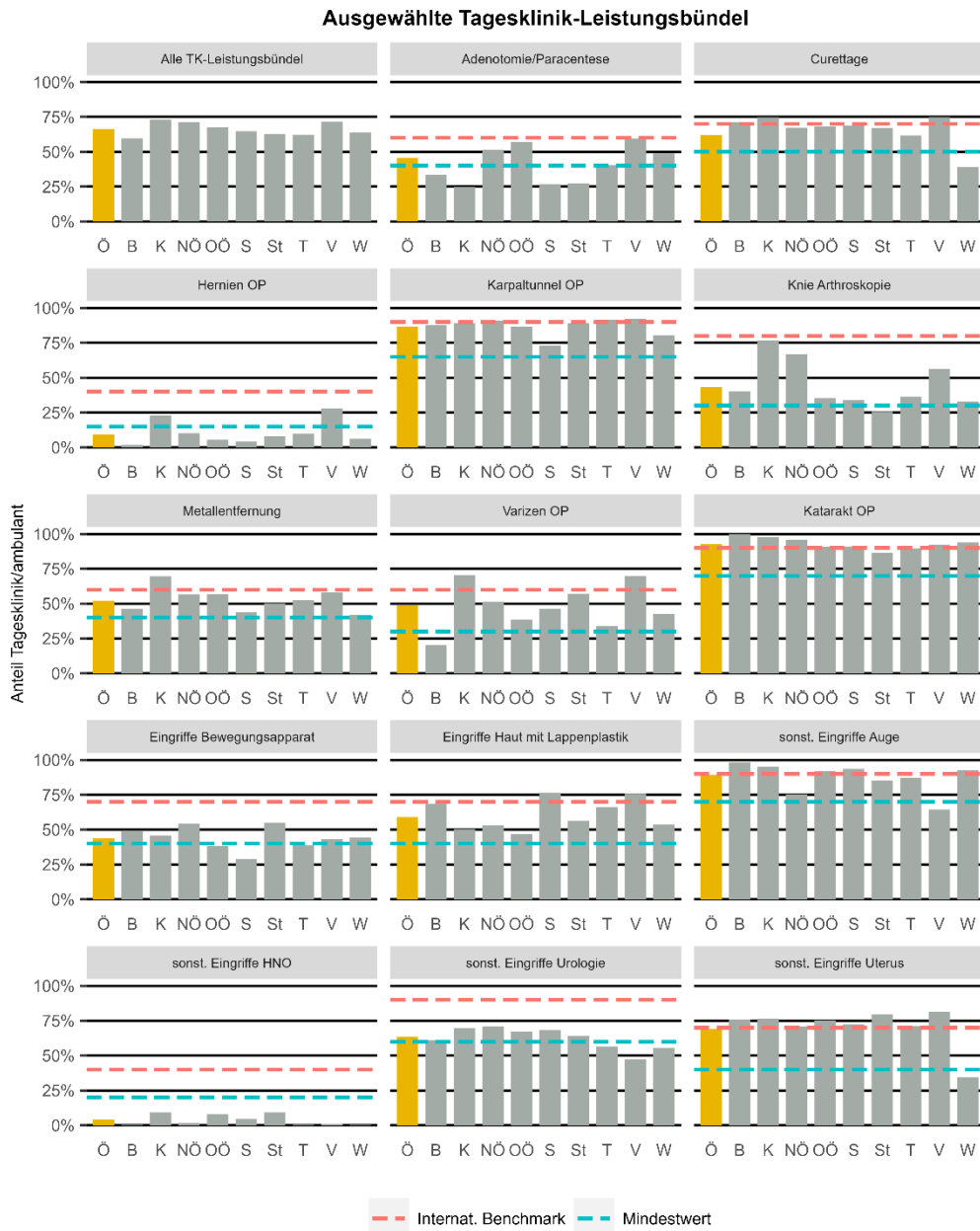
FKA = Fondskrankenanstalten (über die Landesgesundheitsfonds finanzierte Krankenanstalten)
 Ausgenommen sind hier Nulltagesaufenthalte, ausländische Gastpatientinnen/-patienten und die Aufnahmeart „H“ (halbstationär).
 Keine Altersstandardisierung, quellbezogen nach Wohnort der Patientinnen/Patienten
 Anmerkung: Die Werte ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: BMSGPK (2024b); Darstellung: GÖG

Es zeigt sich, wie in Abbildung 4.3 dargestellt, ein beinahe gleichbleibender Anteil tagesklinisch oder ambulant erbrachter Leistungen (Messgröße 6, tagesklinisch-stationär oder ambulant). Österreichweit betrachtet, wurden die festgelegten Mindestwerte teilweise bereits erreicht. Das Erreichen einzelner Zielwerte stellt jedoch angesichts der bisherigen Dynamik eine ambitionierte Herausforderung dar. Zum Beispiel lag der Anteil bei dem Leistungsbündel „sonstige Eingriffe HNO“ im Jahr 2023 mit 4,3 Prozent deutlich unter dem Zielwert von 20 Prozent und noch deutlicher unter dem internationalen Benchmark von 40 Prozent. Generell ist bei allen Messgrößenausprägungen anzumerken, dass die Werte ab 2020 im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren sind.

Abbildung 4.3:

Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden, je Bundesland 2023 (Messgröße 6)



Anmerkung: Die Werte ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: BMSGPK (2024b); Darstellung: GÖG

Entwicklungen der Verfügbarkeit und des Einsatzes von Gesundheitspersonal (op. Ziel 2)

Die Verfügbarkeit und der adäquate Einsatz des für qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals stellen einen der wichtigsten Grundsteine einer funktionierenden Gesundheitsversorgung dar. Die Nachwuchssicherung ist dabei eine wesentliche Herausforderung.

Die **ärztliche Versorgungsdichte** (Messgröße 8) lag in Österreich im Jahr 2022 bei 244,8 Ärztinnen/Ärzten (Vollzeitäquivalente) in Fondskrankenanstalten je 100.000 Einwohner:innen (EW). Wie bei den meisten Messgrößen verteilt sich diese Dichte äußerst unterschiedlich im Bundesländervergleich. Während im Jahr 2022 in burgenländischen Fondskrankenanstalten rund 180,5 Ärztinnen/Ärzte auf 100.000 EW kamen, war dieses Verhältnis in Wien deutlich höher, hier kamen 322,5 Ärztinnen/Ärzte auf 100.000 EW. Im Zeitverlauf ging die ärztliche Versorgungsdichte in FKA in den meisten Bundesländern geringfügig zurück. Zwischen 2021 und 2022 gab es hier nur ein geringes Wachstum in Oberösterreich (+0,1 %) und Kärnten (+0,2%). Alle übrigen Bundesländer verzeichneten einen minimalen Rückgang der Versorgungsdichte von 2021 auf 2022: die Steiermark (-1,4 %), das Burgenland (-0,9 %), Salzburg (-0,5 %), Tirol (-0,1 %), Vorarlberg (-2,1 %) und Wien (-0,4 %).

Im **extramuralen Bereich** gab es 2022 rund 76,3 Vertragsärztinnen/-ärzte und Ärztinnen/Ärzte in Einrichtungen der Sozialversicherung (gemessen in ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten [ÄAVE] exklusive Zahnmedizin⁵ und technischer Fächer) je 100.000 EW und 32,7 Vertragszahnmediziner:innen (gemessen in ÄAVE) je 100.000 EW. Die Bundesländergegenüberstellung zeigt hier im Vergleich zur intramuralen ärztlichen Versorgungsdichte ein gegensätzliches Bild im Burgenland, das mit rund 88,8 ÄAVE je 100.000 EW (alle Fachrichtungen exklusive Zahnmedizin⁵ und technischer Fächer) die höchste Dichte aufweist. Die geringste Versorgungsdichte im Bereich Vertragsärztinnen/-ärzte fand sich 2021 mit 67,9 in Oberösterreich, das gleichzeitig die höchste Krankenhaushäufigkeit aufweist. Österreichweit ist von 2021 auf 2022 die ärztliche Versorgungsdichte bei Vertragsärztinnen/-ärzten annähernd gleich geblieben (-1,0 %, vgl. Tabelle 7.9). Von 2019 auf 2020 sank sie um -5,6 Prozent, davor kam es, über einen längeren Zeitraum hinweg betrachtet, zu geringen Rückgängen (-0,6 % von 2014 auf 2019).

Mit Stand November 2023 befanden sich 1.134 Ärztinnen/Ärzte in Basisausbildung, 1.412 Ärztinnen/Ärzte in Ausbildung für Allgemeinmedizin, weitere 6.216 Ärztinnen/Ärzte waren in einer Facharztausbildung, und 397 Ärztinnen/Ärzte befanden sich in Ausbildung in einem Additivfach. Insgesamt gab es somit 9.159 **besetzte Ausbildungsstellen** (Messgröße 7). Zu beachten ist hier,

5

Fachärztinnen/-ärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Dr.ⁱⁿ/Dr. med. dent., Dentistinnen/Dentisten, Kieferorthopädinnen/-orthopäden sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurginnen/-chirurgen

dass aufgrund der Umstellung auf die Ärzteausbildungsordnung 2015 die besetzten Ausbildungsstellen noch nicht uneingeschränkt im historischen Zeitverlauf verglichen werden können.⁶ Während sich aus den bisher bekannten Zeitreihen bei den besetzten Ausbildungsstellen aller Fächer ein leicht steigender Trend von November 2016 bis November 2021 erkennen ließ, sank die Anzahl auszubildender Ärztinnen/Ärzte zwischenzeitlich von November 2021 auf November 2022 um 1,8 Prozent. Von 2022 auf 2023 kam es wiederum zu einem Wachstum von 6,5 Prozent (vgl. Tabelle 7.8). Die Zahl der Ausbildungsstellen im Bereich der Basisausbildung ist vom Jahr 2016 auf das Jahr 2023 um 20,9 Prozent gestiegen, von 2022 auf 2023 kam es zu einem Anstieg von 9,5 Prozent. Im Bereich der Facharztausbildung ist die Anzahl der besetzten Ausbildungsstellen 2023 im Vergleich zu 2016 um 21,4 Prozent gestiegen, von 2022 auf 2023 kam es hier zu einem Anstieg von 4,2 Prozent. Die Zahl der besetzten Ausbildungsstellen in der Allgemeinmedizin ist seit 2016 um 1,9 % Prozent gesunken. Hierzu ist zu bemerken das die **Zahl der Ausbildungsstellen in der Allgemeinmedizin im Jahr 2023 im Vergleich zu 2022 um 22,9 Prozent gestiegen** ist. Der Rückgang im Bereich der Additivfächer von 2016 auf 2023 beläuft sich auf -44,7 Prozent, da mit der neuen ärztlichen Ausbildungsordnung 2015 seither keine neuen Ausbildungsstellen in Additivfächern besetzt werden.

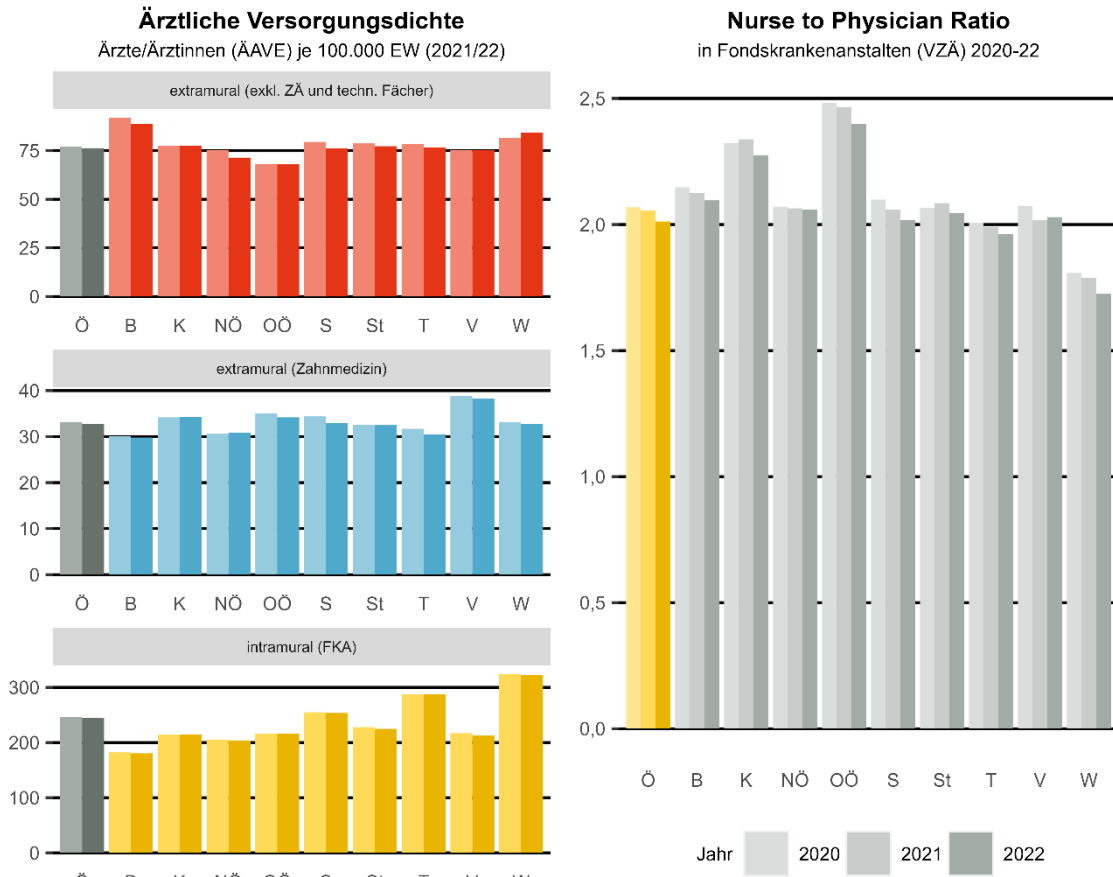
Ebenso relevant wie die generelle Verfügbarkeit sind der adäquate Einsatz und ein effizienter Skill-Mix des notwendigen Fachpersonals. Dementsprechend wurde auch der **Anteil der diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger:innen (DGKP) und der Pflegefachassistentinnen/-assistenten (PFA) in Relation zu Ärztinnen/Ärzten** als Indikator (Messgröße 9) zur Beobachtung gewählt. Im Jahr 2022 gab es in österreichischen Fondskrankenanstalten 2,01 DGKP (in Vollzeitäquivalenten) je Ärztin/Arzt (in Vollzeitäquivalenten). Dieses Verhältnis ist seit dem Jahr 2013 (2,2) leicht gesunken, und zwar deshalb, weil die Anzahl der Ärztinnen/Ärzte im Zeitraum 2013 bis 2022 um 11,0 Prozent zugenommen hat, während sich die Anzahl der DGKP mit einem Wachstum von 1,4 Prozent nicht im selben Ausmaß erhöht hat. In Fondskrankenanstalten waren 2022 rund 21.981 ärztliche VZÄ und rund 44.231 DGKP (in VZÄ) angestellt. Die Zahlen ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

6

Die Anzahl der genehmigten Ausbildungsstellen (Messgröße 7, Teil 2) kann aufgrund der unzureichenden Datenlage derzeit nicht dargestellt werden. Zwar existieren Informationen zu genehmigten Ausbildungsstellen bzw. Ausbildungsstätten, allerdings kann daraus nicht die Anzahl der tatsächlich besetzbaren Stellen abgeleitet werden. Erstens ist unklar, ob eine genehmigte Ausbildungsstelle auch mit einem Dienstposten hinterlegt ist. Zweitens können Ausbildungsstellen zwar für verschiedene Teilbereiche genehmigt sein (Sonderfachgrundausbildung, Sonderfachschwerpunktausbildung), woraus allerdings nur eine gewisse Summe besetzt werden kann. Drittens setzt die sogenannte Abschmelzungsregel fest, dass es in Abteilungen mit neuen und alten Ausbildungsstellen durch diese Umstellung zu keiner Erhöhung der Zahl der Ausbildungsstellen kommen darf, wodurch eine Auswertung der genehmigten Ausbildungsstellen zusätzlich erschwert wird.

Abbildung 4.4:

Ärztliche Versorgungsdichte (Messgröße 8) und Relation DGKP zu Ärztinnen/Ärzten in Fondskrankenanstalten (FKA), „Nurse to Physician Ratio“ (Messgröße 9)



ÄAVE: ärztliche ambulante Versorgungseinheiten, VZÄ: Vollzeitäquivalente

Anmerkung: Die Werte ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: Meldung DSVS 2024, BMSGPK (2024b); Darstellung: GÖG

Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen (op. Ziel 4)

Im Rahmen des operativen Ziels 4, „Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen“, werden konkrete Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt. Zum Beispiel sollte die Abwicklung von Impfungen optimiert werden und sollten Frühe Hilfen weiterentwickelt sowie niederschwellige Angebote im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich erweitert werden.

Die **Durchimpfungsrate bezüglich Masern/Mumps/Röteln bei Kindern** (Messgröße 10), das heißt der Anteil der Zweijährigen mit zwei Teilimpfungen, lag im Jahr 2022 bei rund 76 Prozent. Auffällig ist, dass es in dieser Altersgruppe zu einem Rückgang der Durchimpfungsrate kam: Hatten im Jahr 2020 bereits über 88 Prozent der Zweijährigen die zweite Teilimpfung erhalten, lag die Durchimpfungsrate bei den Zweijährigen im Jahr 2022 bei nur ca. 76 Prozent für die zweite Teilimpfung. Somit wurde gemäß BMSGPK das Ziel einer 95-Prozent-Durchimpfungsrate mit zwei Impfdosen im Jahr 2022 für diese Altersgruppe nicht erreicht. Diese Ergebnisse sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Bei vierjährigen Kindern lag die jüngste verfügbare Schätzung (für 2022) der Durchimpfungsrate bei 93,7 Prozent (siehe Tabelle 7.13). Hierbei ist anzumerken, dass laut einer Erklärung seitens des Bundesministeriums im Jahr 2019 aufgrund der Masernausbrüche „[...] mehr als um die Hälfte mehr Masernimpfungen im kostenfreien Kinderimpfprogramm abgegeben wurden als in durchschnittlichen Vorjahren [...] und so in dieser Altersgruppe die Durchimpfungsrate kurzfristig deutlich erhöht werden konnte.“⁷ Österreich hat sich auch außerhalb der Zielsteuerung-Gesundheit Durchimpfungsraten von 95 Prozent zum Ziel gesetzt (Kohortenschutz). Die Masernimpfung wird als Kombinationsimpfstoff gemeinsam mit Komponenten gegen Mumps und Röteln (MMR) verabreicht und wird an öffentlichen Impfstellen kostenfrei abgegeben. Zwei Dosen Masern-Mumps-Röteln-Impfstoff werden ab dem vollendeten neunten Lebensmonat empfohlen. Bei Erstimpfung im ersten Lebensjahr soll die zweite Impfung nach drei Monaten verabreicht werden. Bei Erstimpfung nach dem ersten Lebensjahr erfolgt die zweite Impfung frühestmöglich – mit einem Mindestabstand von vier Wochen.⁸ In der Altersgruppe der Zwei- bis Fünfjährigen zeigt sich, dass in den Vorjahren die Kleinkinder nicht ausreichend geimpft wurden. Mittlerweile sind in dieser Altersgruppe 8 % der Kinder komplett ungeimpft, sodass das Ziel einer 95 %-Durchimpfungsrate nicht einmal bei der ersten Teilimpfung erreicht werden kann. Auch die zweite Teilimpfung haben nur rund 87 % der Kinder bereits erhalten. Konkret heißt das, dass bei fast 19.000 Kindern in dieser Altersgruppe zumindest die zweite Teilimpfung fehlt und weitere 28.200 Kinder noch gar keine

7

Bundesministerium für Soziales Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Sektion VII – Öffentliche Gesundheit und Gesundheitssystem Gruppe A / Abteilung 10 – Impfwesen

8

siehe <https://www.gesundheit.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/impfungen/mmr-impfung>

Impfung erhalten haben. Vor allem die Kinder des 2019er- und 2020er-Jahrgangs weisen niedrige Durchimpfungsraten auf. (BMSGPK 2023)

Um die **psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen** zu verbessern und einer Unter-versorgung in diesem Bereich gegenzusteuern, wurde im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2017 die Notwendigkeit des Ausbaus ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Einheiten (KJP-Einheiten) erkannt und dieser Sektor mit entsprechenden Planungsrichtwerten versehen. Je 250.000 EW soll es mindestens eine KJP-Einheit geben (BMGF 2017). Auch in den Zielsteuerungsvertrag wurde die Erhöhung der Zahl **ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Angebote** als Zielvorgabe aufgenommen (Messgröße 11). Mit Stand Dezember 2023 gab es laut Meldung der ÖGK insgesamt 48,5 niedergelassene KJP-VZÄ und 35,9 Kinder- und Jugendpsychiatern:innen (in VZÄ) in Ambulatorien. Gemessen an Vollzeitäquivalenten, gab es die höchste Dichte an KJP-Angeboten je 250.000 EW in Wien (4,6), gefolgt vom Burgenland (4,3), von Vorarlberg (2,7), Salzburg (2,2), Kärnten (2,1) und der Steiermark (1,7). In Oberösterreich gab es hier 2022 die geringste Dichte mit einem Wert von 1,2 hinter Niederösterreich und Tirol (jeweils 1,3). Generell ist bei allen Messgrößenausprägungen anzumerken, dass die Werte ab 2020 im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren sind.

5 Bessere Qualität (strategisches Ziel 2)

Gezielter Einsatz von IKT zur Patientenversorgung, Systemsteuerung und Innovation (op. Ziel 5)

Der gezielte Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) für eine bessere und effizientere Versorgung bzw. Systemsteuerung bietet großes Potenzial und Innovationsmöglichkeiten, ist jedoch auch mit großen Herausforderungen in Bezug auf die Implementierung verbunden. Eine sichere und effiziente Betriebsführung der etablierten elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) im Routinebetrieb zu gewährleisten ist eine dauerhafte Aufgabe. ELGA inklusive e-Impfpass, E-Befund und E-Medikation, deren Einführung bereits erfolgte, fristgerecht zu etablieren ist eine konkrete Maßnahme des Zielsteuerungsvertrags. Zusätzlich soll die ELGA-Infrastruktur für E-Health-Anwendungen weiterentwickelt und sollen die Konzeption sowie die Umsetzung von E-Health-Anwendungen vorangetrieben werden.

Der ELGA-Rollout ist mittlerweile weit fortgeschritten. Mit Stand Februar 2023 hatten 68,2 Prozent aller Krankenanstalten ELGA in Betrieb, wobei ELGA in den Fondskrankenanstalten zur Gänze implementiert ist (Messgröße 12). In Hinblick auf weitere Gesundheitseinrichtungen hatten etwa vierzehn Prozent der Pflegeeinrichtungen, 22,2 Prozent der Ambulatorien, 97,4 Prozent der Apotheken und 95,1 Prozent der niedergelassenen Vertragsärztinnen/-ärzte (inklusive Gruppenpraxen) ELGA in Betrieb (vgl. Tabelle 7.15). Eine besonders starke Dynamik der ELGA-Implementierung im Zeitraum 2018–2023 ist bei den Vertragsärztinnen/-ärzten mit einem Anstieg von 37 Prozent auf 95 Prozent sowie bei den Apotheken mit einem Anstieg von 42 Prozent auf 97 Prozent zu beobachten. Aufgrund des hohen Sättigungsgrads gab es hier zuletzt von 2022 auf 2023 kaum mehr merkliche Veränderungen. Mit Stand März 2023 hatten österreichweit insgesamt 80,9 Prozent der im GDA-Index⁹ erfassten Einrichtungen ELGA in Betrieb.

Optimierung der Medikamentenversorgung (op. Ziele 5 und 7)

Auch hinsichtlich Verbesserungen bei der Medikamentenversorgung wird dem Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zum Beispiel im Rahmen der E-Medikation hohes Potenzial eingeräumt. Dementsprechend wurden die Messgrößen „Polypharmazie-Prävalenz“ (Messgröße 13) und „Potenziell inadäquate Medikation“ (Messgröße 14) gewählt, um unter anderem Aufschluss über das Erreichen des operativen Ziels 5, „Gezielter Einsatz von IKT zur Patientenversorgung, Systemsteuerung und Innovation“, zu geben.

Insbesondere bei älteren und multimorbiden Menschen erhöht sich durch die gleichzeitige Einnahme mehrerer Medikamente das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen (Keuerleber/Sauermann 2016). Die **Polypharmazie-Prävalenz der über 70-Jährigen**, definiert als Anspruchsberechtigte mit

9

Der Gesundheitsdiensteanbieter-Index (GDA-Index) ist das zentrale Verzeichnis aller Personen und Einrichtungen des Gesundheitswesens, die gesetzlich berechtigt sind, in Gesundheitsdaten von Patientinnen/Patienten mittels ELGA Einsicht zu nehmen. Das sind Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Ambulatorien und Apotheken (siehe <https://www.elga.gv.at/faq/technische-bausteine-von-elga>).

mehr als fünf gleichzeitig verschriebenen Wirkstoffen, je 1.000 Anspruchsberechtigte lag im Jahr 2022 zwischen 118 in Vorarlberg und 242 im Burgenland, österreichweit lag sie bei 187.¹⁰ Als Zielvorgabe im Zielsteuerungsvertrag wurde eine Senkung der Prävalenzrate vereinbart. Im Vergleich zum Vorjahr blieb die Polypharmazie-Prävalenz der über 70-Jährigen 2022 konstant. Der Vergleich mit 2019, dem letzten Jahr vor der COVID-19-Pandemie, zeigt sowohl für Österreich gesamt (-14,2 %) als auch für jedes Bundesland Rückgänge der Polypharmazie-Prävalenz (vgl. Tabelle 7.16). Generell ist bei allen Messgrößenausprägungen anzumerken, dass die Werte ab 2020 im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren sind.

Ebenso gemessen wird der **Anteil der über 70-Jährigen mit mindestens einer potenziell inadäquaten Medikation** (PIM; Messgröße 14). Dieser Berechnung liegt eine für Österreich entwickelte Liste 73 potenziell inadäquater Verschreibungen für über 70-Jährige zugrunde (Mann et al. 2014), die

- » keine nachweisliche Wirkung zeigen (z. B. Ginkgo-Präparate),
- » schädlich für die Patientinnen/Patienten sein können oder
- » für die wirkungsvollere, sicherere Alternativen bestehen.

Wie aus der nachstehenden Abbildung 5.1 ersichtlich wird, verhält sich die PIM-Prävalenz beinahe isomorph zur Polypharmazie-Prävalenz der über 70-Jährigen. Im Vergleich zu 2022 kam es im Jahr 2023 zu einem leichten Rückgang der PIM-Prävalenz von -2 Prozent, während die Polypharmazie-Prävalenz gleich blieb. Im Vergleich zum letzten präpandemischen Jahr 2019 kam es sowohl österreichweit als auch in allen Bundesländern zu einem Rückgang der PIM-Prävalenz (vgl. Tabelle 7.17). Österreichweit konnte ein Rückgang der PIM-Prävalenz um 13,8 Prozent (bzw. 6 Prozentpunkte) beobachtet werden, in den Bundesländern variierten die Rückgänge zwischen -16,5 Prozent in Tirol und -13,8 Prozent im Burgenland. Die PIM-Prävalenz im Jahr 2023 variierte stark

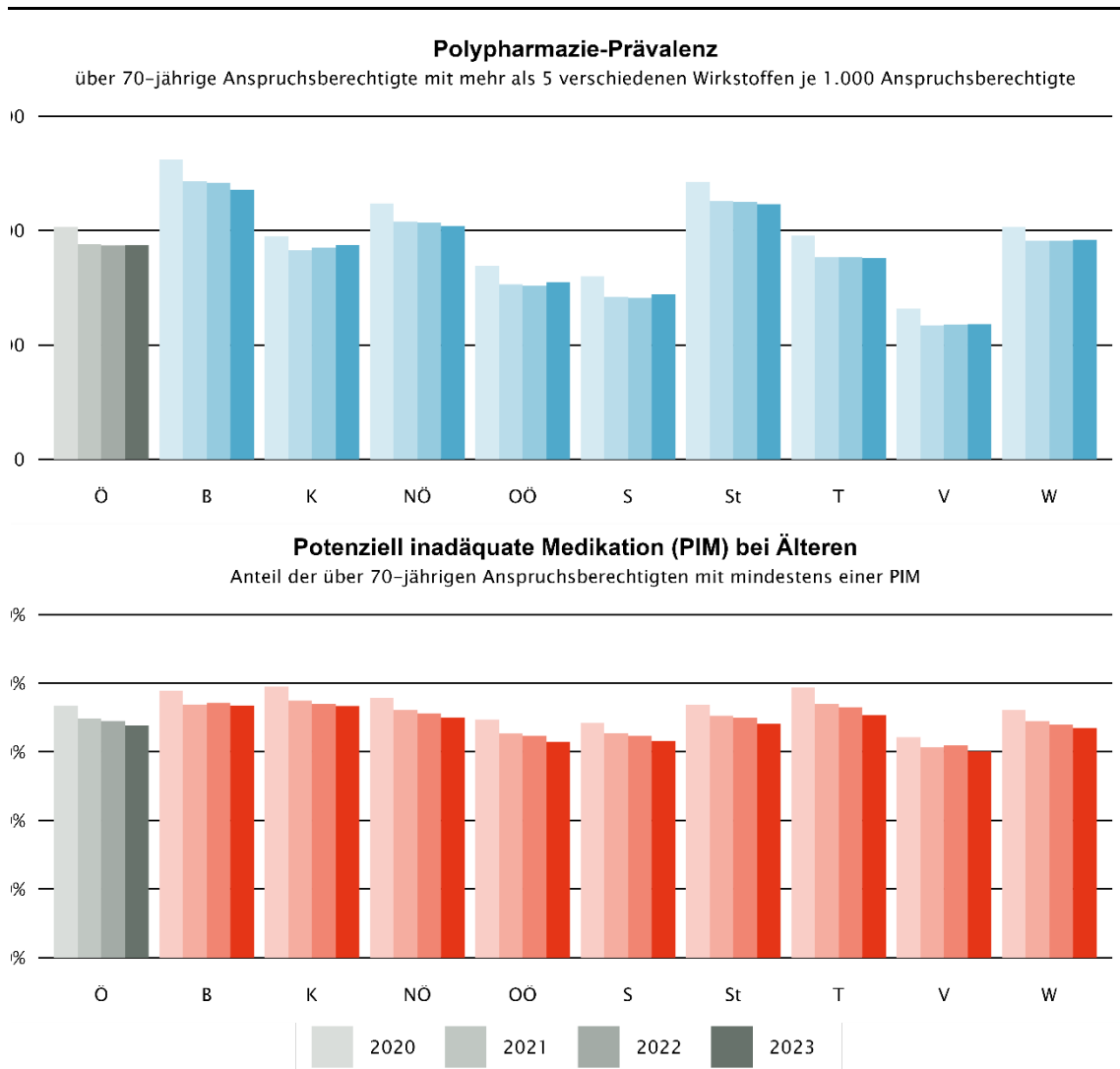
10

Die Berechnung bezieht sich bei der Messgröße 13 auf Verordnungen, die im zweiten Quartal des jeweiligen Jahres zeitgleich abgegeben wurden, und bei der Messgröße 14 auf Verordnungen des gesamten jeweiligen Kalenderjahres. Arzneimittel unter der Kostenerstattungsgrenze (Berücksichtigung der Abgabebedingungen lt. § 4 [1] Apothekergesamtvertrag) finden nur im Falle einer Rezeptgebührenbefreiung der Patientin oder des Patienten in den Auswertungen Berücksichtigung. Die Verordnungsmenge stellt die auf Kosten der sozialen Krankenversicherung erstatteten Packungen des niedergelassenen Vertragsbereichs dar. Als Bewertungsdatum wurde das Abgabedatum der Verordnung (in einer öffentlichen oder einer Hausapotheke) herangezogen. In der BIG-Standardauswertung (Würfel HMDB pseudonymisiert) wird das Abrechnungsdatum herangezogen. Für die Bewertung des Bundeslands wird eine über den Zeitverlauf einheitliche und somit besser vergleichbare Datenquelle (VS_STAMM_JAHR) herangezogen. In der BIG-Standardauswertung wurden die Zuordnungen zu den Bundesländern vor 2018 anders berechnet. Mehrfachversicherungen spielen keine Rolle, da für die Berechnung der „Anspruchsberechtigten“ pro Auswertung zur Bestimmung der Bundeslandzugehörigkeit der Wohnort fixiert wurde. Sowohl der Zähler (Anspruchsberechtigte mit mehr als fünf verschiedenen Wirkstoffen) als auch der Nenner haben somit die gleiche Berechnungsbasis. Entsprechend der übergebenen Definition wurden nur die Darreichungsformen 1 (parenteral), 2 (peroral feste Formen), 3 (peroral flüssige Formen), 7 (sonstige AF mit systemischer Wirkung) für die Auswertung beachtet. Die Reichweitenberechnung wurde über die „defined daily dose“ (DDD) nach WHO-Definition vorgenommen. Bei zeitgleicher Abgabe mehrerer Verordnungen der gleichen Pharmazentralnummer wurde diese Reichweite vervielfacht. Bei Abgabe eines Kombinationspräparats wurde ausschließlich der ATC-Code herangezogen, der im Erstattungskodex aufscheint. Bei magistralen Zubereitungen steht kein ATC-Code zur Verfügung. Für die Anspruchsberechtigten und Heilmittelpatientinnen/-patienten wurden nur solche herangezogen, die 2022 das Alter von 71 Jahren erreicht oder überschritten hatten. Personen, deren Wohnbundesland nicht bekannt ist, wurden exkludiert.

zwischen den Bundesländern. In Vorarlberg lag die PIM-Prävalenz 2023 bei 30,0 Prozent, im Burgenland bei 36,7 Prozent, österreichweit betrug sie 34,5 Prozent.

Das operative Ziel 7 hat zum Zweck, die Medikamentenversorgung sektorenübergreifend gemeinsam zu optimieren. Als konkrete Maßnahme soll hier zum Beispiel eine Analyse der erforderlichen Grundlagen einer sektoren-, bundesländer- und EU-Mitgliedstaaten-übergreifenden Beschaffung von Medikamenten durchgeführt werden. Darüber hinaus sollen unter anderem auch Grundlagen für die Beschaffung und Abgabe von Medikamenten in Wohn- und Pflegeheimen geschaffen werden. Mit Stand Dezember 2022 waren **keine gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen**, und zwar weder sektorenübergreifend noch bundesländerübergreifend, umgesetzt (Messgröße 17).

Abbildung 5.1:
Polypharmazie-Prävalenz und potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei über 70-Jährigen
(Messgrößen 13 und 14)



Anmerkung: Die Werte ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: Meldung DVSV 2024; Darstellung: GÖG

Verbesserung der integrierten Versorgung, Stärkung der Sachleistungsversorgung und Sicherstellung der Ergebnisqualität (op. Ziele 6, 8 und 9)

Die Verbesserung der integrierten Versorgung (op. Ziel 6) ist ebenfalls eine der Kernthematiken des Zielsteuerungsprozesses. Als konkrete Maßnahmen sollen hier zum Beispiel Qualitätsstandards für die Bereiche Diabetes und Schlaganfall umgesetzt werden.

Die **präoperative Verweildauer** (Messgröße 15) in Fondskrankenanstalten gilt als Indikator der Prozessqualität und als Anzeichen für die Integration der Versorgungsstufen. Diese Messgröße wurde bereits im Rahmen des Monitorings der ersten Zielsteuerungsperiode dargestellt. Der Anteil der Aufenthalte in Fondskrankenanstalten mit kurzer präoperativer Verweildauer, definiert als Aufnahmen mit einer Leistungserbringung in weniger als drei Pflgetagen, betrug 2023 österreichweit 94,3 Prozent und liegt damit knapp über dem Zielwert von 94 Prozent (vgl. Abbildung 5.2). Dieser Zielwert wurde 2023 von allen Bundesländern bis auf die Steiermark, wo der Wert mit 92,4 Prozent knapp unter dem Zielwert liegt, erreicht. In 59,7 Prozent aller Fälle in FKA wurde die Leistungserbringung binnen eines Pflgetags umgesetzt. Den höchsten Anteil erzielte hierbei das Burgenland mit 64,1 Prozent Aufnahmen mit einer Leistungserbringung innerhalb eines Pflgetags, den geringsten Anteil verzeichnete man in der Steiermark und in Tirol mit je 57,2 Prozent. Generell ist bei allen Messgrößenausprägungen anzumerken, dass die Werte ab 2020 im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren sind.

Ebenso als Messgröße zur Abbildung der Verbesserung der integrierten Versorgung aufgenommen wurden jene **Patientinnen/Patienten** sowie Ärztinnen/Ärzte, **die an „Therapie aktiv“ teilnehmen** (Messgröße 16), einem Betreuungs- und Therapieprogramm für Typ-2-Diabetiker:innen, welches das erste Disease-Management-Programm in Österreich darstellt. Die „Therapie Aktiv“-Teilnahmeraten haben sich sowohl auf ärztlicher Seite wie auch bezüglich der teilnehmenden Patientinnen/Patienten in den letzten Jahren erhöht. Der Anteil der Typ-2-Diabetiker:innen, welche am Programm teilnahmen, lag 2022 österreichweit bei 26,1 Prozent und damit beinahe gleichauf mit dem Vorjahreswert¹¹ (vgl. Tabelle 7.19). Die „Therapie aktiv“-Teilnahmerate der niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen sowie der niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin fiel von 2021 auf 2022 von 18,0 Prozent auf 16,6 Prozent (vgl. Tabelle 7.20). Hierbei ist anzumerken, dass die Teilnahmeraten sowohl in Bezug auf Patientinnen/Patienten als auch auf Ärztinnen/Ärzte generell niedrig ausfallen und starke bundesländerspezifische Varianzen aufweisen. Der Anteil der teilnehmenden Typ-2-Diabetiker:innen lag 2022 etwa in Tirol bei 13,6 Prozent, während dort 7,5 Prozent der Ärztinnen/Ärzte (2023) teilnahmen. Im Gegensatz dazu nahmen beispielsweise in Oberösterreich 37,4 Prozent der Typ-2-Diabetiker:innen (2022) sowie 24,6 Prozent der Ärztinnen/Ärzte (2022) an „Therapie aktiv“ teil. Der Anteil der teilnehmenden Typ-2-Diabetiker:innen steigt stärker als jener der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte. Generell ist bei allen Messgrößenausprägungen anzumerken, dass die Werte ab 2020 im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren sind.

Zur **Stärkung der Sachleistungsversorgung** wird versucht, örtliche, zeitliche und soziale Zugangsbarrieren abzubauen. Zum Beispiel sollen anhand einer Analyse Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zur Sachleistungsversorgung abgeleitet werden und soll ein Öffnungszeiten- und Warte-

11

Die Diabetes-Typ-2-Prävalenz wird auf Basis der Abrechnungsdaten der Sozialversicherungsträger ermittelt (z. B. diabetesrelevante Medikamentenverordnungen, Blutzuckerbestimmungen, HbA1c-Bestimmungen) und steht zum jetzigen Zeitpunkt nur bis 2022 zur Verfügung, weshalb der Anteil der teilnehmenden Diabetiker:innen nur bis zu diesem Jahr ausgewiesen werden kann.

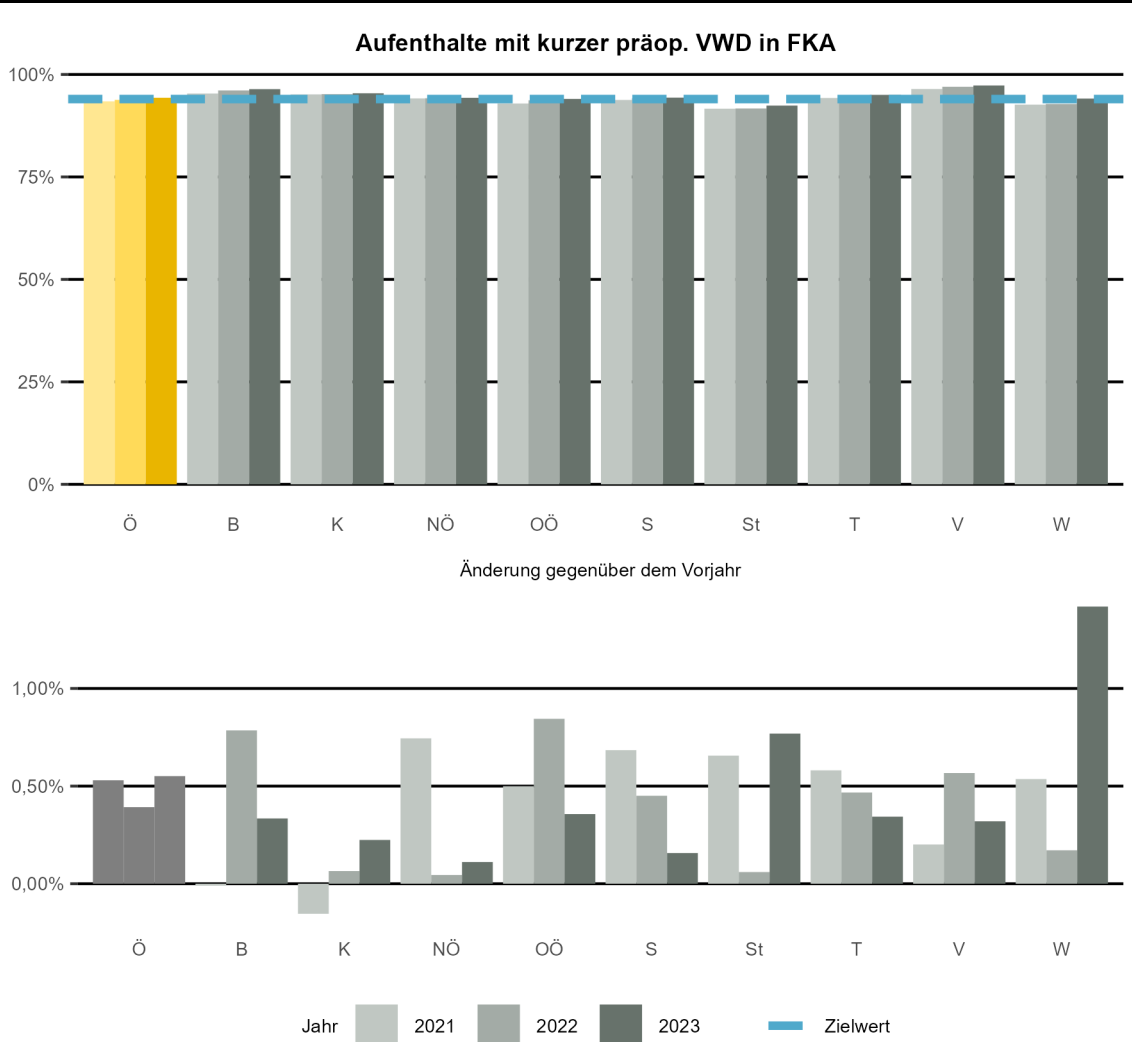
zeitenmonitoring etabliert werden. Ein verbessertes Sachleistungsangebot soll auch positive Auswirkungen auf die **Zufriedenheit der Bevölkerung mit der medizinischen Versorgung** haben (Messgröße 18).

Im Jahr 2019 waren 88 Prozent der Bevölkerung eher oder sehr zufrieden mit der Versorgung durch ihre praktische Ärztin / ihren praktischen Arzt, 85 Prozent waren eher bzw. sehr zufrieden mit der Versorgung durch Fachärztinnen/-ärzte, und 71 Prozent der Bevölkerung zeigten sich eher oder sehr zufrieden mit der Versorgung in Krankenanstalten (siehe Tabelle 7.22). Im Vergleich dazu zeigten sich 63 Prozent eher oder sehr zufrieden mit der Versorgung in Spitalsambulanzen. Rund die Hälfte der Bevölkerung war eher oder sehr zufrieden mit der Versorgung durch Therapeutinnen/Therapeuten (Statistik Austria 2021a), wobei bei allen Kategorien entweder leicht steigende oder gleichbleibende Trends im Vergleich zu 2016 beobachtet werden (HVB 2016). Da die Zufriedenheit der österreichischen Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung bereits vergleichsweise hoch ist, wurde hier als Zielvorgabe lediglich ein steigender oder gleichbleibender Trend vereinbart.

Im Rahmen des operativen Ziels 8, „Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich“, soll unter anderem das Konzept zur Qualitätsmessung im ambulanten Bereich weiterentwickelt werden. Messgrößen in diesem Zusammenhang sind noch zu entwickeln.

Abbildung 5.2:

Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer (VWD; < 3 Pflgetage) in
Fondskrankenanstalten (FKA) 2021–2023 (Messgröße 15)



Anmerkung: Die Werte ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: BMSGPK (2024b); Darstellung: GÖG

6 Gesundere Bevölkerung (strategisches Ziel 3)

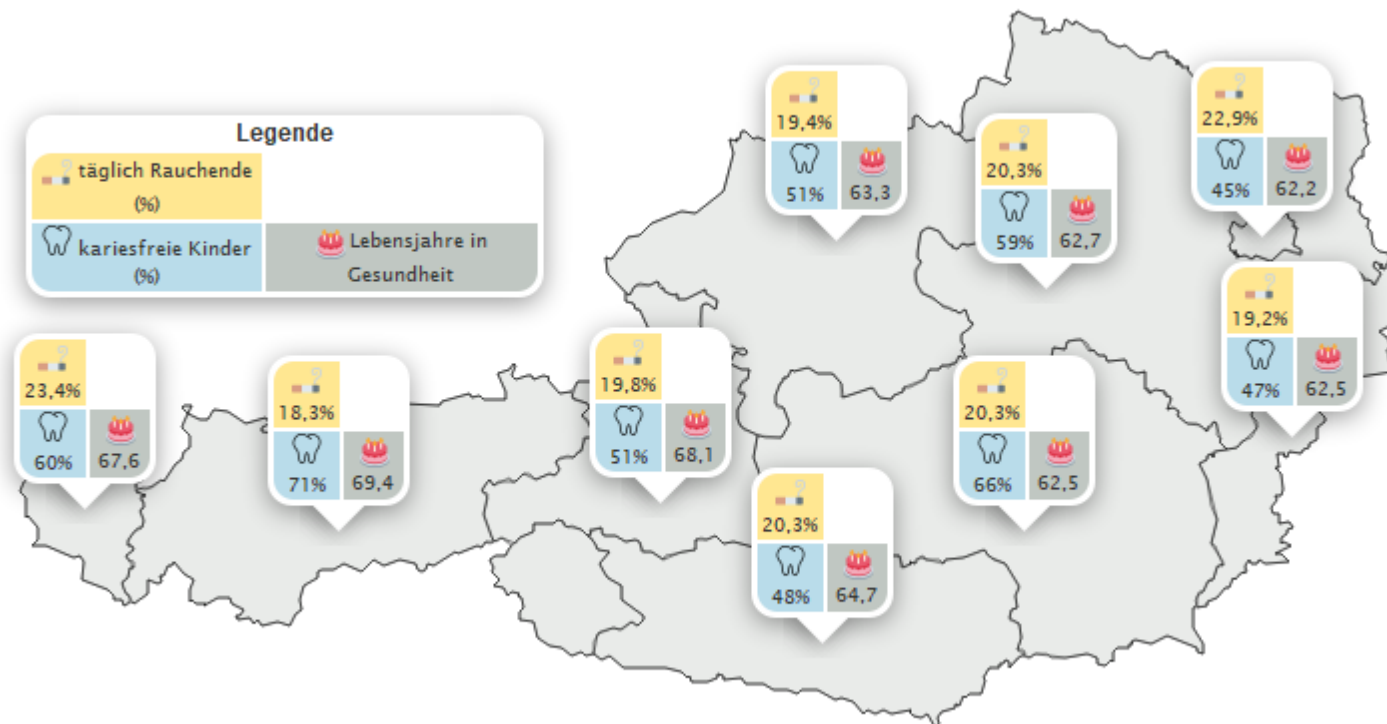
Das strategische Ziel 3, „Gesundheitsförderung und Prävention: Erhöhung der Zahl der gesunden Lebensjahre und Verbesserung der Lebensqualität von erkrankten Personen“, strebt anhand zweier operativer Ziele („Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung“ und „Stärkung von zielgerichteter Gesundheitsförderung und Prävention“) eine gesündere Bevölkerung an. Der Reform-erfolg soll dabei anhand von vier Messgrößen ersichtlich werden.

Stärkung der Gesundheitskompetenz (op. Ziel 10)

Im Rahmen des Zielsteuerungsvertrags soll die **Gesundheitskompetenz** (Messgröße 19) anhand definierter Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene gestärkt werden. 2019 wurde nach 2011 die letzte Österreichische Gesundheitskompetenzerhebung (HLS₁₉-AT) als Teil des internationalen Health Literacy Survey (HLS₁₉), eines Projekts des WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL), durchgeführt (M-POHL 2021). Für die repräsentative österreichische Erhebung wurden 2020 in Österreich rund 3.000 Erwachsene (≥ 18 Jahre) telefonisch befragt (Griebler 2021). Aufgrund der veränderten Methodik der Erhebung im Vergleich zu jener im Jahr 2011 wurden die Ergebnisse des Jahres 2011 unter Berücksichtigung von Bildung, Ausbildung/Studium im Gesundheitsbereich, Erwerbsstatus, finanzieller Situation, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad, Bundeslandzugehörigkeit, selbsteingeschätztem Gesundheitszustand, chronischen Erkrankungen adjustiert. Darüber hinaus kann aufgrund zu geringer Stichprobengrößen für einzelne Bundesländer kein Vergleich auf dieser Ebene stattfinden, im vorliegenden Bericht werden daher nur Werte für Österreich gesamt dargestellt.

Generell zeigten 2019 in Österreich 52,8 Prozent der Bevölkerung eine exzellente oder ausreichende Gesundheitskompetenz (Griebler 2021), was im Vergleich zu 2011 einen Zuwachs von ca. fünf Prozentpunkten bedeutet (vgl. Tabelle 7.23) (M-POHL 2021). Im europäischen Vergleich zeigte sich Österreich hier unterdurchschnittlich. Laut den Ergebnissen des Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS₁₉) verfügen über alle teilnehmenden Staaten hinweg ca. 55 Prozent der Befragten über eine exzellente oder eine ausreichende Gesundheitskompetenz.

Abbildung 6.1:
 Gesundere Bevölkerung: täglich Rauchende (2019), gesunde Lebensjahre (2019) und kariesfreie Kinder (2016) im Bundesländervergleich
 (Messgrößen 20 bis 22)



Anmerkung: Bei den zum Zeitpunkt der Geburt zu erwartenden gesunden Lebensjahren wurde ein 50:50-Durchschnitt für Männer und Frauen errechnet.

Quellen: Bodenwinkler et al. (2017), Klimont/Klotz (2016), Statistik Austria (2015), Statistik Austria (2021b), Statistik Austria (2021a); Darstellung: GÖG

Entwicklungen in der Gesundheitsförderung und Prävention (op. Ziel 11)

Im Jahr 2019 verbrachten Frauen in Österreich 64,7 **Jahre in guter Gesundheit**, Männer 63,1 Jahre (Messgröße 20). Im Vergleich dazu waren es im Jahr 2014 rund 66,6 Jahre bei Frauen beziehungsweise 65,9 Jahre bei Männern gewesen. Folglich ging die Lebenserwartung in guter Gesundheit bei Frauen um 1,9 Jahre und bei Männern um 2,8 Jahre zurück.

Gemäß Statistik Austria erklärt sich dieser Rückgang wie folgt: Die 2014 durchgeführte Gesundheitsbefragung (ATHIS 2014) war im Gegensatz zur Befragung 2019 (computerunterstützte persönliche Interviews) eine telefonische Erhebung bei Personen in Privathaushalten, ergänzt um einen Selbstausfüller für die Beantwortung sensibler bzw. komplexer Fragen. Die 2014 verwendete Rekrutierungs- und Erhebungsmethode hat sich als nicht optimal für die Gesundheitsbefragung erwiesen. Durch die Rekrutierung der Stichprobe aus dem Mikrozensus kam es insbesondere in der Gruppe der Älteren zu hohen Verweigerungsraten, die durch Hochrechnungen ausgeglichen wurden. Dennoch kann eine gewisse Verzerrung nicht ausgeschlossen werden, da insbesondere ältere Personen, die in einem schlechteren Gesundheitszustand waren, in der Befragung nicht erreicht werden konnten und es dadurch tendenziell zu einer Übergewichtung bzw. Überrepräsentation der gesünderen Bevölkerung gekommen sein kann (Klimont 2020).¹² Zudem gibt es Hinweise darauf, dass heikle Fragen bei einer telefonischen Befragung positiver beantwortet werden als bei einem persönlichen Interview.

Starke Unterschiede zeigen sich hier wiederum auf regionaler Ebene mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung in guter Gesundheit in Wien von 62,2 Jahren (Frauen: 62,6; Männer: 61,8) im Vergleich zu 69,4 Jahren in Tirol (Frauen: 71,5; Männer: 67,3; vgl. Abbildung 6.1).

Der **Anteil täglich Rauchender** ist ein weitverbreiteter Indikator im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Im Jahr 2019 rauchten 20,6 Prozent und damit rund ein Fünftel der Österreicher:innen täglich. Beim Rauchverhalten zeigen sich geschlechtsbezogene Unterschiede: 23,5 Prozent der Männer und 17,8 Prozent der Frauen über 15 Jahre rauchen täglich. Wiederum zeigt sich eine starke regionale Varianz mit durchschnittlich 18,3 Prozent täglich Rauchender in Tirol im Vergleich zu 23,4 Prozent in Vorarlberg (vgl. Abbildung 6.1). Im Zeitraum 2014–2019 ist die Raucherrate gemäß Daten der Statistik Austria von 24,3 Prozent auf 20,6 Prozent insgesamt gesunken (vgl. Tabelle 7.25). Dieser sinkende Trend gilt sowohl für Männer (von 26,5 % 2014 auf 23,5 % 2019) als auch für Frauen (von 22,1 % 2014 auf 17,8 % 2019). International liegt Österreich in diesem Bereich substanziell über dem EU-Durchschnitt (Deutschland 2017: 18,8 %; England 2018: 16,6 %; Schweden 2018: 10,1 %) (OECD 2021).

12

Klimont (2020): Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 – Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Statistik Austria – Bundesanstalt Statistik Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien

Die **Zahngesundheit von Kindern** wurde im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ebenfalls als Indikator im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention definiert (Messgröße 22). Laut der Zahnstuserhebung 2016 waren rund 55 Prozent der sechsjährigen Kinder kariesfrei. Wiederum zeigen sich starke regionale Unterschiede, und zwar innerhalb einer Bandbreite von 71 Prozent kariesfreien Kindern in Tirol bis zu 45 Prozent ebensolcher Kinder in Wien (vgl. Abbildung 6.1 bzw. Tabelle 7.26). Der Sanierungsgrad bei sechsjährigen Kindern liegt österreichweit bei 39 Prozent. Dies bedeutet, dass über die Hälfte der als kariös befundenen Milchzähne keine Sanierung aufweist. Die führenden europäischen Länder erreichen hierbei Werte von über 80 Prozent (z. B. Dänemark 86 % oder Norwegen 83 %) (Bachner et al. 2018; Bodenwinkler et al. 2017). Über die Änderung des Österreich-Werts gegenüber der Zahnstuserhebung 2011 ist keine gesicherte Aussage möglich. Auffällige Veränderungen ergaben sich jedoch in einzelnen Bundesländern, insbesondere ist der Sanierungsgrad im Burgenland, in Kärnten und Oberösterreich im Zeitraum 2011 bis 2016 deutlich gesunken (vgl. Tabelle 7.27). Die für das Jahr 2021/22 geplante Zahnstuserhebung wurde aufgrund der COVID-19-Pandemie in die zweite Hälfte des Jahres 2023 verschoben, die Ergebnisse der Analyse werden im Laufe des Jahres 2024 vorliegen.

7 Anhang

7.1 Kommentierungen des Finanzzielmonitorings

Die meldeverantwortlichen Stellen konnten zu den jeweiligen Einzelpositionen der ermittelten zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben (Ausgaben gem. Monitoring) Anmerkungen einbringen. Diese sind in den jeweiligen Meldeformularen für das Finanzzielmonitoring dokumentiert und hier in Tabelle 7.1 wiedergegeben.

Tabelle 7.1:
Kommentare zum Finanzzielmonitoring: Allgemeine Anmerkungen in den Meldeformularen

meldeverantwortliche Stelle	allgemeine Anmerkungen gem. Meldeformular I/2024
Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (DVSV) für alle Träger	Datenquellen: 2022: endgültige Erfolgsrechnungen (§§ 3 und 7 der Rechnungsvorschriften) 2023: vorläufige Erfolgsrechnungen (§ 17 der Rechnungsvorschriften) – Stand 15. Februar 2024 2024: Voranschlag (§ 19 der Rechnungsvorschriften)
Kärnten	Daten für 2022 des Kärntner Gesundheitsfonds beruhen auf dem RA 2022, Daten für 2023 des Kärntner Gesundheitsfonds beruhen auf dem VA 2023 plus ggf. Hochrechnungen, Daten für 2024 beruhen auf dem VA 2024.
Oberösterreich	Die Überschreitung der Ausgaben erfolgt vor allem durch die stark gestiegenen exogenen Faktoren, welchen die Budgetierung des Gesundheitsbereiches unterliegt. Diese sind beispielsweise die Gehaltsvalorisierungen (+9,15 %).
Salzburg	Es wurden wunschgemäß aus dem SAP Abfragen aus der Ergebnisrechnung und nicht mehr aus der Finanzierungsrechnung durchgeführt; die Werte der BAD-Aufwendungen des Landes für 2022 entsprechen dem Rechnungsabschlusswert; die Werte der Aufwendungen des Landes für 2023 sind Voranschlagswerte bzw. aktuelle Abschätzungen, jene für 2024 Voranschlagswerte.
Tirol	<p>1. Generelle Hinweise zu den methodischen "Herausforderungen" und der dadurch nur eingeschränkten Aussagekraft der ermittelten ÖGA (ergänzend zu den bisherigen Stellungnahmen): trotz größter Anstrengungen in der Vorbereitungsphase der sgn. Finanzzielsteuerung, ein adäquates System der Zählweise der ÖGA zu finden, welches für Vergleichszwecke tauglich ist (Soll-Ist-Vergleich, BL-Vergleich, Zeitvergleich, Sektorenvergleich), verbleiben quasi unlösbare Probleme: Sichtweise Zahllast der Financiers vs. Sichtweise einer periodenreinen Aufwands/Ertragszurechnung bei den LGF-KA, Trennlinie zwischen laufendem Betrieb und Investitionsgeschehen, Beihilfe nach dem GSBG (ein Teil betrifft das Investitionsgeschehen), Zeitreihenbrüche durch Systemanpassungen bei der Finanzierung (z.B. bei der Änderungen der Betriebsabgangsdeckungsmethodik i.Z. mit der VRV-Umsetzung oder der Frage des Einbezuges der LGF-Kofinanzierungsbeiträge für Gesundheitsberatung 1450), Zeitreihenkontinuität bei gesetzlichen Änderungen (z.B. Entfall Spitalskostenbeitrag für Kinder und Jugendliche – Berücksichtigung von Ersatzzahlungen von Bund und SV), BL-Vergleichbarkeit durch unterschiedliche Ausgestaltungen je BL bzw. LGF nur eingeschränkt gegeben, Abgrenzung zur Wissenschaft und Lehre bei den Universitätsspitalern, Prinzipienfrage bei der Aufteilung der Bundessumme der AOG auf die BL, etc.</p> <p>Eine spezielle methodische Herausforderung kann sich ergeben, wenn der Bund zusätzlich zu den BGA-Mitteln und den GSBG-Mitteln (diese sind als Mittel der LGF „automatisch“ mitberücksichtigt) Direktzahlungen an die FKA leistet (wie anlässlich der Covid-Pandemie). Insoweit es sich um Mittel für den laufenden Betrieb handelt, müssten diese in die ÖGA evt. mit einbezogen werden (denn die Bundeszahlungen an die FKA verringern die BAD der Länder).</p> <p>2. Abschließender Hinweis: die außerordentlich professionelle Ausarbeitung der Monitoringberichte (auch hinsichtlich Layout und Grafiken) könnte bei nur halbinformierten LeserInnen den Eindruck von inhaltlicher Klarheit und Präzision der Finanzzielsteuerung erwecken, welche aber</p>

meldeverantwortliche Stelle	allgemeine Anmerkungen gem. Meldeformular I/2024
	eben nicht in dieser Form besteht. Insoweit könnten die Darlegungen daher letztendlich auch z.T. irreführend sein.
Vorarlberg	Daten des Jahres 2022 auf Basis Rechnungsabschluss Daten des Jahres 2023 auf Basis Hochrechnung Daten des Jahres 2024 auf Basis Voranschlag

RA = Rechnungsabschluss, VA = Voranschlag, VRV = Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2024

Für Details hinsichtlich der Finanzzielsteuerungsmethodik wird auf Abschnitt 6 Art. 17 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG ZS-G verwiesen, welcher Festlegungen zur Ermittlung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben trifft, sodass die für die Finanzzielsteuerung als relevant definierten Gesundheitsausgaben im Bereich der Länder und der gesetzlichen Krankenversicherung transparent und nachvollziehbar ermittelt werden können.

7.2 Daten der Messgrößen

Im Folgenden werden die Auswertungen der im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene (2017) definierten 22 Messgrößen tabellarisch festgehalten. Für detaillierte Definitionen und Beschreibungen der Messgrößen siehe Anhang 2 des Zielsteuerungsvertrags auf Bundesebene. Generell ist bei allen Messgrößenausprägungen anzumerken, dass die Werte ab 2020 im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren sind.

Tabelle 7.2:

Messgröße 1: Umgesetzte Primärversorgungseinheiten (PVE; Stand jeweils zum 31. 12.)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Zielwert 2023
Burgenland		—	—	1	1	1	1	1	3
Kärnten		—	—	—	—	1	1	1	5
Niederösterreich		—	1 (+2)	3	4	4	6	10	14
Oberösterreich		2 (1)	4	4	5	6	8	11	13
Salzburg		—	—	—	—	2	2	4	5
Steiermark		(4)	2 (+3)	5 (+2)	10 (+1)	10 (+1)	10 (+1)	10 (+1)	11
Tirol		—	—	—	—	—	0	0	6
Vorarlberg		—	—	—	—	—	0	1	3
Wien		2	2	3	3	5	9	20	16
Österreich		4 (+5)	9 (+5)	16 (+2)	23 (+1)	29 (+1)	37 (+1)	58 (+1)	75

Anmerkung: PV-Pilotprojekte, die laut Meldung der KV-Träger nicht der Definition einer Primärversorgungseinheit nach Primärversorgungsgesetz entsprechen, werden in Klammern angeführt.

Die Berechnung der Zielwerte auf Landesebene erfolgte gemäß Bevölkerungsschlüssel kaufmännisch gerundet.

Zielvorgabe: 75 PVE österreichweit

Anmerkung: Die Werte ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: Meldung DVSV 2024; BMSGPK (2022)

Tabelle 7.3:

Messgröße 2: In Primärversorgungseinheiten (PVE) versorgte Bevölkerung in Prozent
(Stand jeweils zum 31. 12.)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Burgenland		—	—	1,454	2,180	2,804	2,688	2,393
Kärnten		—	—	—	—	1,370	1,588	1,749
Niederösterreich		—	0,243	1,319	2,241	5,100	4,513	5,984
Oberösterreich		0,903	1,898	2,018	2,083	2,943	3,756	4,973
Salzburg		—	—	—	—	2,197	2,305	2,974
Steiermark		—	1,317	2,957	4,799	6,545	6,646	6,639
Tirol		—	—	—	—	—	—	-
Vorarlberg		—	—	—	—	—	—	1,170
Wien		0,899	1,082	1,602	1,763	2,968	4,533	8,719
Österreich		0,356	0,846	1,371	1,866	3,287	3,666	5,166

Anmerkung: Die Berechnung der versorgten Population erfolgte mit 31. 12. für PVE laut DVSV-Umfrage der KV-Träger. Die Bundeslandwerte beziehen sich auf die innerhalb des Bundeslandes versorgte Bevölkerung.

Zielvorgabe: steigender Trend

Anmerkung: Die Werte ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: Meldung DVSV 2024

Tabelle 7.4:

Messgröße 3: Anzahl multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich mit Versorgungsauftrag (Stand jeweils zum 31. 12.)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Burgenland		—	—	—	—	—	—	—
Kärnten		—	—	—	—	—	—	—
Niederösterreich		—	—	—	—	—	—	—
Oberösterreich		—	—	—	—	—	—	—
Salzburg		—	—	—	—	—	—	—
Steiermark		—	—	—	—	—	—	—
Tirol		—	—	—	—	—	—	—
Vorarlberg		—	—	—	—	—	—	—
Wien		—	—	—	—	—	—	—
Österreich		n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.

n. v. = nicht verfügbar, derzeit nicht definiert

Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Meldung DVSV, Länder 2023

Tabelle 7.5:

Messgröße 4: Krankenhaushäufigkeit in Fondskrankenanstalten je 1.000 EW

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Zielwert 2023
Burgenland	213,3	207,1	200,1	199,7	199,4	200,7	204,1	169,5	178,5	179,5	182,5	
Kärnten	254,9	253,4	242,8	231,9	224,3	220,7	216,2	186,6	191,3	189,3	192,0	
Niederösterreich	226,3	222,5	217,8	214,4	209,4	206,9	205,7	170,3	173,5	174,7	177,9	
Oberösterreich	251,5	248,2	242,5	241,5	239,5	239,5	235,4	196,6	203,8	203,5	197,1	
Salzburg	233,5	228,7	220,3	216,9	211,7	207,3	203,1	172,5	179,4	175,5	170,9	
Steiermark	230,3	229,4	222,7	220,9	215,8	212,5	208,7	170,4	177,2	174,7	172,7	
Tirol	232,8	228,6	221,7	218,2	214,5	213,0	210,2	180,8	189,5	186,7	184,1	
Vorarlberg	208,7	212,3	207,1	201,6	196,9	195,7	189,7	165,6	175,7	172,3	170,6	
Wien	192,0	186,8	181,5	177,6	172,8	171,5	170,0	141,5	142,0	140,8	143,1	
Österreich	225,7	222,3	216,1	212,6	208,2	206,3	203,6	170,4	175,5	174,3	173,6	191
Veränderung gegenüber dem Vorjahr*		-1,50 %	-2,80 %	-1,61 %	-2,09 %	-0,92 %	-1,27 %	-16,34 %	2,99 %	-0,68 %	-0,38 %	

Zielvorgabe: Reduktion österreichweit um mindestens 2 % jährlich; Basisjahr 2015

*Die Berechnung der Wachstumsraten im Vergleich zum Vorjahr erfolgt auf Basis ungerundeter Echtwerte.

Datenbasis: vorläufige Meldung der Länder mit Stand April 2023

Anmerkung: Die Werte ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: BMSGPK (2024b)

Tabelle 7.6:

Messgröße 5: Belagstagedichte in Fondskrankenanstalten je 1.000 EW

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Zielwert 2023
Burgenland	1.264,4	1.233,3	1.198,7	1.221,1	1.209,6	1.211,5	1.221,9	1.009,1	1.059,5	1.037,9	1.042,1	
Kärnten	1.716,9	1.691,4	1.632,2	1.577,7	1.515,3	1.494,5	1.471,4	1.281,9	1.291,3	1.282,3	1.292,0	
Niederösterreich	1.450,6	1.420,3	1.372,4	1.363,1	1.316,9	1.310,9	1.299,8	1.103,3	1.112,5	1.092,7	1.165,4	
Oberösterreich	1.534,7	1.509,0	1.518,5	1.451,9	1.445,0	1.428,6	1.442,6	1.197,3	1.219,7	1.188,2	1.157,0	
Salzburg	1.460,4	1.429,6	1.383,4	1.369,4	1.327,7	1.298,0	1.288,2	1.114,3	1.153,6	1.113,8	1.092,5	
Steiermark	1.535,4	1.535,0	1.459,2	1.449,7	1.420,8	1.397,1	1.376,9	1.134,5	1.184,2	1.155,3	1.142,0	
Tirol	1.401,2	1.374,4	1.340,1	1.318,4	1.293,2	1.288,0	1.276,2	1.127,9	1.178,6	1.131,9	1.105,6	
Vorarlberg	1.394,5	1.345,2	1.313,8	1.284,0	1.272,4	1.216,9	1.203,5	1.058,1	1.101,0	1.066,2	1.042,0	
Wien	1.473,7	1.422,2	1.361,0	1.306,3	1.260,3	1.243,8	1.227,2	1.052,7	1.058,7	1.035,9	1.038,9	
Österreich	1.486,8	1.456,8	1.413,3	1.380,4	1.346,7	1.329,8	1.320,2	1.121,5	1.146,1	1.118,8	1.121,9	1.252
Veränderung gegenüber dem Vorjahr*		-2,02 %	-2,99 %	-2,33 %	-2,44 %	-1,26 %	-0,72 %	-15,06 %	2,19 %	-2,38 %	0,28 %	

Zielvorgabe: Reduktion österreichweit um mindestens 2 % jährlich; Basisjahr 2015

*Die Berechnung der Wachstumsraten erfolgt auf Basis ungerundeter Echtwerte.

Datenbasis: vorläufige Meldung der Länder mit Stand April 2023

Anmerkung: Die Werte ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: BMSGPK (2024b)

Tabelle 7.7:

Messgröße 6: Ausgewählte Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden, in Prozent der durchgeführten Leistungen 2023, Vorjahreswerte (2022) in Klammern

	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö	Zielwert 2023
Adenotomie/ Parazentese	33,6 (32,9)	24,7 (30,8)	51,4 (55,4)	56,9 (57,6)	26,9 (23,5)	27,1 (27,2)	40,5 (42,0)	59,3 (63,8)	48,7 (49,8)	45,6 (46,7)	40
Curettage	71,2 (66,0)	74,6 (74,3)	67,2 (68,3)	68,1 (67,7)	68,7 (66,5)	67,1 (68,2)	61,6 (63,8)	74,7 (74,7)	39,0 (39,5)	62,1 (61,8)	50
Eingriffe Bewegungsapparat	48,5 (48,1)	45,9 (50,0)	54,4 (55,0)	38,5 (37,2)	29,0 (27,0)	55,1 (57,2)	38,7 (39,4)	43,2 (43,8)	44,2 (44,3)	43,8 (43,9)	40
Eingriffe Haut mit Lappenplastik	68,3 (59,3)	50,3 (71,1)	53,0 (46,4)	46,7 (45,4)	76,4 (74,4)	56,4 (49,2)	66,3 (58,6)	75,7 (69,3)	53,7 (41,1)	59,0 (54,1)	40
Hernien-OP	1,9 (1,8)	23,1 (28,4)	10,2 (11,7)	5,4 (5,2)	4,1 (2,9)	8,2 (5,3)	9,7 (9,5)	28,1 (26,8)	6,4 (7,1)	9,3 (9,4)	15
Karpaltunnel-OP	87,7 (84,3)	89,2 (91,6)	91,1 (91,0)	86,6 (85,9)	72,9 (69,5)	89,0 (86,3)	91,5 (90,6)	92,4 (89,4)	80,3 (82,1)	86,7 (86,4)	65
Katarakt-OP	99,9 (99,8)	97,8 (97,7)	96,0 (96,1)	90,9 (91,5)	91,0 (91,0)	86,4 (86,5)	89,5 (87,2)	92,4 (92,2)	94,1 (93,7)	92,7 (92,6)	70
Knierarthroskopie	40,1 (41,8)	76,7 (74,7)	66,9 (71,2)	35,5 (34,9)	33,9 (36,9)	25,7 (26,6)	36,3 (34,8)	56,2 (53,7)	33,0 (32,4)	43,3 (43,7)	30
Metallentfernung	46,3 (45,1)	69,6 (71,8)	56,6 (58,9)	56,7 (56,6)	44,0 (41,6)	50,3 (48,0)	52,5 (49,2)	58,1 (50,2)	41,9 (35,0)	52,1 (50,0)	40
sonst. Eingriffe Auge	98,1 (100,0)	95,2 (95,0)	75,4 (76,0)	91,9 (86,3)	93,6 (94,3)	85,3 (80,5)	87,3 (82,5)	64,5 (54,6)	92,6 (94,9)	89,3 (87,8)	70
sonst. Eingriffe HNO	0,5 (2,1)	9,3 (15,3)	1,9 (1,5)	8,1 (8,9)	4,5 (5,7)	9,4 (4,8)	0,7 (1,0)	1,0 (0,0)	0,3 (0,5)	4,3 (4,4)	20
sonst. Eingriffe Urologie	61,0 (71,0)	69,8 (76,8)	71,1 (70,3)	67,1 (65,1)	68,2 (64,5)	64,2 (66,6)	56,5 (58,0)	47,2 (43,1)	55,7 (58,3)	63,5 (63,7)	60
sonst. Eingriffe Uterus	75,7 (71,6)	76,5 (78,5)	70,8 (73,6)	75,2 (74,3)	72,5 (74,0)	79,7 (76,6)	71,2 (74,0)	81,4 (82,7)	34,6 (36,2)	69,3 (69,9)	40
Varizen-OP	20,2 (19,5)	70,4 (74,7)	51,5 (53,1)	38,6 (35,8)	46,4 (45,2)	57,1 (48,3)	33,9 (31,6)	69,8 (65,5)	42,8 (38,9)	48,8 (46,6)	30
gewichteter Mittelwert (Fälle)	59,7 (60,9)	72,9 (76,7)	71,1 (72,8)	67,4 (66,6)	64,7 (64,4)	62,8 (61,5)	62,2 (61,3)	71,5 (69,5)	63,8 (63,6)	66,4 (66,4)	

Zielvorgabe: steigender Trend, leistungsspezifische Zielwerte 2023

Anmerkung: Die Werte ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: BMSGPK (2024b)

Tabelle 7.8:

Messgröße 7: Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen für Allgemeinmediziner:innen und Fachärztinnen/-ärzte

Stellenart	besetzte Ausbildungsstellen								genehmigte Ausbildungsstellen
	11/2016	11/2017	11/2018	11/2019	06/2020	11/2021	11/2022	11/2023	2016 bis 2023
Basisausbildung	938	1.183	1.036	897	965	1.006	1.036	1.134	n. v.
Allgemeinmedizin	1.435	1.237	1.120	1.006	1.098	1.229	1.149	1.412	n. v.
Sonderfächer	5.122	5.259	5.640	5.633	5.760	6.027	5.964	6.216	n. v.
Additivfach	718	665	587	588	571	496	450	397	n. v.
Summe	8.213	8.344	8.383	8.124	8.394	8.758	8.599	9.159	n. v.

Hinweis: Aufgrund der Umstellung auf die Ärzteausbildungsordnung 2015 können die besetzten Ausbildungsstellen derzeit noch nicht uneingeschränkt im Zeitverlauf verglichen werden.

n. v. = Daten derzeit nicht verfügbar

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Anmerkung: Die Werte ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: BMSGPK (2024a)

Tabelle 7.9:

Messgröße 8: Ärztliche Versorgungsdichte (1 / 3) – Versorgungsdichte im extramuralen Bereich: Vertragsärztinnen/-ärzte (exkl. Zahnmedizin und technischer Fächer) je 100.000 EW

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*	2020	2021	2022	2023
Burgenland	96,2	96,4	92,9	94,3	96,0	96,1	97,1	90,3	91,8	88,8	
Kärnten	81,3	80,9	79,7	80,0	80,6	80,9	80,9	78,6	77,6	77,5	
Niederösterreich	78,4	77,9	77,3	78,1	79,5	80,1	78,4	72,4	75,2	71,4	
Oberösterreich	77,1	75,5	73,7	73,8	75,6	75,2	74,6	70,4	68,1	67,9	
Salzburg	79,4	78,3	77,1	77,8	79,3	79,6	79,3	77,3	79,5	76,1	
Steiermark	85,9	84,9	83,7	83,4	84,2	83,1	82,0	76,2	78,7	77,3	
Tirol	81,6	82,5	81,0	80,7	82,3	82,5	82,1	79,7	78,3	76,7	
Vorarlberg	77,7	79,3	78,8	79,1	80,4	81,0	80,8	78,6	75,2	75,3	
Wien	90,4	89,8	88,5	88,5	88,9	89,1	88,8	83,7	81,6	84,2	
Österreich	82,8	82,3	81,0	81,2	82,4	82,4	81,8	77,2	77,1	76,3	

Zielvorgabe: Beobachtungswert

*Die Zahlen für das Jahr 2019 wurden anhand aktueller Informationen revidiert.

Anmerkung: Die Werte ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: Meldung DVSV 2024, Regiomed

Tabelle 7.10:

Messgröße 8: Ärztliche Versorgungsdichte (2/3) – vertragsärztliche Versorgungsdichte im extramuralen Bereich: Zahnmediziner:innen je 100.000 EW

	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	2019*	2020	2021	2022	2023
Burgenland	31,5	30,9	29,5	30,1	30,0	30,3	30,0	29,9	30,1	29,8	
Kärnten	35,5	34,7	34,1	34,7	34,4	34,4	34,1	34,0	34,2	34,3	
Niederösterreich	31,4	31,0	30,7	32,0	32,4	32,4	31,9	31,2	30,6	30,8	
Oberösterreich	37,3	37,3	35,7	36,6	36,8	37,4	36,7	36,2	35,1	34,2	
Salzburg	37,6	36,8	36,0	36,6	36,7	32,2	34,7	32,9	34,4	33,0	
Steiermark	33,4	33,0	32,6	34,5	34,9	34,6	34,1	33,3	32,6	32,5	
Tirol	36,5	35,6	34,7	36,1	36,2	35,3	33,4	31,8	31,7	30,5	
Vorarlberg	39,0	38,4	39,3	40,4	40,8	40,6	39,5	39,6	38,8	38,3	
Wien	35,3	34,7	34,2	34,6	35,2	34,8	34,3	33,4	33,2	32,8	
Österreich	34,9	34,5	33,8	34,8	35,1	34,7	34,2	33,5	33,1	32,7	

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Anmerkung: Die Werte ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: Meldung DVS 2024, Regiomed

Tabelle 7.11:

Messgröße 8: Ärztliche Versorgungsdichte (3/3) – intramuraler Bereich in landesfondsfinanzierten Krankenanstalten je 100.000 EW

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Burgenland	166,2	166,1	157,7	162,7	170,8	173,3	178,7	183,1	182,2	180,5	
Kärnten	198,9	199,6	199,5	203,2	204,9	211,6	211,4	214,4	214,1	214,6	
Niederösterreich	192,7	195,3	198,3	197,8	201,2	203,1	205,5	205,5	205,5	203,9	
Oberösterreich	209,5	207,9	209,7	212,1	210,9	210,4	211,0	214,6	215,6	215,8	
Salzburg	233,3	232,3	230,9	237,1	243,6	247,7	249,3	254,7	254,9	253,5	
Steiermark	224,5	225,6	232,8	227,1	229,5	232,7	231,6	229,4	227,9	224,8	
Tirol	266,9	268,5	268,4	272,0	275,2	279,9	281,5	285,9	287,7	287,4	
Vorarlberg	182,3	197,5	202,9	202,8	206,7	208,6	206,2	210,1	217,0	212,5	
Wien	320,6	318,8	317,5	313,1	310,3	309,8	314,0	319,5	323,7	322,5	
Österreich	234,4	235,3	237,0	236,9	238,5	240,5	242,1	244,8	246,1	244,8	

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Anmerkung: Die Werte ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: BMSGPK (2024b)

Tabelle 7.12:

Messgröße 9: Relation diplomierte Gesundheits- und Krankenpflieger:innen (DGKP) und Pflegefachassistentinnen/-assistenten (PFA) zu Ärztinnen/Ärzten in Fondskrankenanstalten („Nurse to Physician Ratio“)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Burgenland	2,30	2,34	2,45	2,37	2,28	2,28	2,21	2,15	2,12	2,10	
Kärnten	2,39	2,41	2,42	2,34	2,34	2,29	2,34	2,32	2,34	2,28	
Niederösterreich	2,22	2,18	2,17	2,17	2,11	2,12	2,09	2,07	2,06	2,06	
Oberösterreich	2,50	2,56	2,54	2,50	2,52	2,52	2,51	2,48	2,47	2,40	
Salzburg	2,35	2,37	2,40	2,31	2,25	2,21	2,16	2,10	2,06	2,02	
Steiermark	2,06	2,05	2,00	2,07	2,06	2,03	2,04	2,07	2,09	2,05	
Tirol	2,15	2,13	2,11	2,10	2,07	2,05	2,04	2,01	1,99	1,96	
Vorarlberg	2,16	2,07	2,07	2,04	2,02	2,03	2,07	2,07	2,02	2,03	
Wien	2,05	2,02	1,93	1,91	1,88	1,85	1,84	1,81	1,79	1,72	
Österreich	2,20	2,19	2,16	2,14	2,12	2,10	2,09	2,07	2,05	2,01	

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Anmerkung: Die Werte ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: BMSGPK (2024b)

Tabelle 7.13:

Messgröße 10: Masern/Mumps/Röteln – Durchimpfungsrate Kinder (Zweijährige) in Prozent¹³

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Österreich (Zweijährige)	70,77				88	74	76	
Österreich (Vierjährige)*	89	84	83,8	88,4	88,04	97,15	93,7	

Zielvorgabe: steigender Trend

*Zusätzlich zur Durchimpfungsrate der Zweijährigen laut Definition der Messgröße wird die Durchimpfungsrate der Vierjährigen aufgrund der besseren Datenverfügbarkeit im Falle Letzterer angeführt.

Anmerkung: Die Werte ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: Meldung BMSGK (2018), WHO/UNICEF (2018) für die Jahre 2016–2017,
Meldung BMSGPK (2020–2024) für die Jahre 2018–2022 (Vierjährige),
Meldung BMSGPK (2024) für das Jahr 2022 (Zweijährige),
sowie BMSGPK (2022a) für die Jahre 2020–2021 (Zweijährige)

13

Bei Messgröße 10, „Masern/Mumps/Röteln-Durchimpfungsrate Kinder“ handelt es sich um den Anteil der Zweijährigen mit zwei Teilimpfungen und nicht – wie fälschlicherweise im Anhang 2 des Zielsteuerungsvertrags ausgewiesen – mit drei Teilimpfungen.

Tabelle 7.14:

Messgröße 11: Anzahl der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrieangebote (ab 2018: Anzahl niedergelassener und in Ambulatorien tätiger Kinder- und Jugendpsychiater:innen (VZÄ) in Ambulatorien und im niedergelassenen Kassensektor)

	2017*	2018			2019			2020			2021			2022			2023		
	(Einrichtungen)	(VZÄ)			(VZÄ)			(VZÄ)			(VZÄ)			(VZÄ)			(VZÄ)		
	Ambulatorien	Ambulatorien	ndgl.	Summe	Ambulatorien	ndgl.	Summe	Ambulatorien	ndgl.	Summe	Ambulatorien	ndgl.	Summe	Ambulatorien	ndgl.	Summe	Ambulatorien	ndgl.	Summe
Burgenland	2	6,0	0	6,0	6,0	0	6,0	6,9	0	6,9	5,1	0,0	5,1	5,1	0,0	5,1	5,1	0,0	5,1
Kärnten	4	2,0	2	4,0	3,0	2	5,0	2,9	2	4,9	2,9	2,0	4,9	2,9	2,0	4,9	2,9	2,0	4,9
Niederösterreich**	0	(2,0)	9	9,0 (+2)	(2,0)	9	9,0 (+2)	0,8	9	9,8	0,2	9,0	9,2	0,2	9,0	9,2	0,2	9,0	9,2
Oberösterreich**	4	(2,0)	5	5,0 (+2)	(2,0)	5	5,0 (+2)	0,3	5	5,3	0,3	6,0	6,3	0,3	7,0	7,3	0,3	7,0	7,3
Salzburg	1	2,0	2	4,0	2,0	2	4,0	1,1	2	3,1	1,7	2,0	3,7	1,5	2,0	3,5	2,0	3,0	5,0
Steiermark	0	4,5	0	4,5	5,0	0	5,0	5,0	0	5,0	4,0	0,0	4,0	3,8	3,0	6,8	3,6	5,0	8,6
Tirol	0	0,0	3	3,0	0,0	4	4,0	0,0	4	4,0	0,0	4,0	4,0	0,0	4,0	4,0	0,0	4,0	4,0
Vorarlberg	2	0,0	4,0	4,0	0,0	3,5	3,5	0,0	3,5	3,5	0,0	3,8	3,8	0,0	3,8	3,8	0,0	4,5	4,5
Wien	3	9,0	6	15,0	8,0	6	14,0	9,3	6	15,3	15,6	7,0	22,6	15,6	14,0	29,6	21,9	14,0	35,9
Österreich**	12	23,5 (+4)	31,0	54,5 (+4)	24,0 (+4)	31,5	55,5 (+4)	26,2	31,5	57,7	29,7	33,8	63,4	29,2	44,8	73,9	35,9	48,5	84,4

Zielvorgabe: steigender Trend

*Zeitreihenbruch: Für das Jahr 2017 wurde nur die Anzahl der Ambulatorien dargestellt. Ab dem Jahr 2018 werden die Vollzeitäquivalente (VZÄ) an Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiatern im extramuralen Bereich differenziert nach Beschäftigung in Ambulatorien sowie als niedergelassene Vertragsärztinnen/-ärzte (ndgl.) dargestellt.

**Werte in Klammern stellen keine VZÄ dar, sondern es handelt sich dabei um Personen (Niederösterreich/Oberösterreich Ambulatorien 2018/2019)

Anmerkung: Die Werte ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: Meldung DVS 2024

Tabelle 7.15:

Messgröße 12: Umsetzungsgrad elektronische Gesundheitsakte (ELGA) – Anzahl und Anteil (in %) der Gesundheitsdiensteanbieter:innen, die ELGA implementiert haben (gemäß ELGA-Gesetz)

GDA	2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %
Krankenanstalten	131	48,34	141	53,01	144	54,96	140	53,44	180	67,92	183	68,80	180	68,20
Pflegeeinrichtungen	11	1,13	22	2,08	42	3,56	78	6,48	109	9,15	109	9,22	161	13,9
Ambulatorien, Institute	38	6,29	58	6,20	99	11,01	120	13,47	202	22,85	211	22,49	195	22,18
Apotheken	15	1,06	602	42,36	1.377	96,90	1.398	97,69	1.406	97,44	1.414	97,99	1.425	97,40
Ärztinnen/Ärzte	90	1,13	2.920	36,50	6.491	86,01	7.158	92,30	7.178	94,09	7.177	94,06	7.282	95,08
Österreich	285	2,53	3.743	32,04	8.153	72,01	8.894	77,05	9.075	79,52	9.094	79,36	9.243	80,92

Der Berechnung des Anteils der GDA, die ELGA umgesetzt haben, liegt eine Meldung der ELGA GmbH, basierend auf dem GDA-Index, zugrunde. Für das Jahr 2022 betrug die Gesamtanzahl der Krankenanstalten 266, der Pflegeeinrichtungen 1.182, der Ambulatorien sowie Institute 938, der Apotheken ca. 1.443 und der niedergelassenen Vertragsärztinnen/-ärzte (inkl. Gruppenpraxen) ca. 7.630 (Stand Feb. 2023).

Zielvorgabe: steigender Trend

Anmerkung: Die Werte ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: Meldung ELGA GmbH 2024

Tabelle 7.16:

Messgröße 13: Polypharmazie-Prävalenz (über 70-jährige Anspruchsberechtigte mit mehr als fünf verschriebenen verschiedenen Wirkstoffen im jeweils zweiten Quartal) je 1.000 Anspruchsberechtigte

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Burgenland	—	304	285	282	262	243	242	236
Kärnten	—	215	198	205	195	183	185	187
Niederösterreich	—	255	239	239	224	208	207	204
Oberösterreich	—	185	171	179	169	153	152	155
Salzburg	—	185	169	173	160	142	141	144
Steiermark	—	272	252	259	243	226	225	223
Tirol	—	220	202	207	196	177	177	176
Vorarlberg	—	151	138	145	132	117	118	118
Wien	—	228	216	220	203	191	191	192
Österreich	—	229*	213	218	203	188	187	187

*Der Österreich-Wert für das Jahr 2017 wurde als gewichteter Durchschnitt aus den Bundeslandwerten berechnet, wobei die Wohnbevölkerung über 70 Jahre zur Gewichtung herangezogen wurde.

Zielvorgabe: sinkender Trend

Anmerkung: Die Werte ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: Meldung DVSV 2024

Tabelle 7.17:

Messgröße 14: Potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren (Anteil der über 70-jährigen Bevölkerung in Prozent, die in einem Kalenderjahr mindestens mit einem PIM-Medikament [Packung] versorgt wurde)

	2012	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Burgenland	56,7	47,6	49,7	43,8	42,6	38,9	36,9	37,1	36,7
Kärnten	45,9	45,4	49,0	43,2	42,8	39,5	37,4	37,0	36,7
Niederösterreich	53,4	44,2	46,8	41,2	40,9	37,8	36,1	35,6	35,0
Oberösterreich	49,6	40,3	42,6	37,1	37,2	34,7	32,6	32,3	31,5
Salzburg	50,4	41,3	43,4	37,6	37,0	34,2	32,7	32,3	31,6
Steiermark	54,0	44,2	46,2	40,4	40,2	36,9	35,3	34,9	34,1
Tirol	51,9	44,7	48,3	42,2	42,4	39,3	37,0	36,5	35,4
Vorarlberg	44,3	38,8	41,1	34,9	35,3	32,1	30,6	30,9	30,0
Wien	52,1	43,0	45,1	39,7	39,3	36,1	34,5	33,9	33,5
Österreich	51,6*	43,2	45,7	40,0	39,8	36,7	34,9	34,5	33,8

*Der Österreich-Wert für das Jahr 2012 wurde als gewichteter Durchschnitt aus den Bundeslandwerten berechnet, wobei die Wohnbevölkerung über 70 Jahre zur Gewichtung herangezogen wurde.

Die Werte für die Jahre 2016 bis 2018 wurden anhand aktueller Daten und einer aktuellen Berechnungsmethode rückwirkend revidiert.

Zielvorgabe: sinkender Trend

Anmerkung: Die Werte für 2020–2022 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: Mann et al. (2014), Meldung DVSV 2024

Tabelle 7.18:

Messgröße 15: Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer in Fondskrankenanstalten (FKA) mit einem Anteil von < 3 Pflgetagen in Prozent aller Aufenthalte

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Zielwert 2023	
Burgenland	95,0	94,9	95,0	95,0	95,3	95,5	95,9	95,4	95,3	96,1	96,4		
Kärnten	92,6	92,5	93,2	93,7	94,4	94,5	94,8	95,3	95,1	95,2	95,4		
Niederösterreich	92,8	92,7	93,0	93,2	93,6	93,7	93,9	93,5	94,2	94,2	94,3		
Oberösterreich	91,8	92,4	93,1	93,3	93,6	94,1	93,0	92,5	93,2	93,7	94,0		
Salzburg	88,4	89,2	89,8	91,0	91,9	93,1	93,3	93,1	93,8	94,2	94,3		
Steiermark	89,5	89,8	89,1	90,2	90,2	90,3	91,0	91,0	91,7	91,7	92,4		
Tirol	93,3	93,7	93,9	94,0	93,5	93,5	93,8	93,7	94,3	94,7	95,0		
Vorarlberg	95,4	95,1	96,2	96,2	95,7	93,3	95,5	96,3	96,5	97,0	97,3		
Wien	91,4	92,3	92,8	93,3	93,9	94,0	94,3	92,1	92,7	92,8	94,1		
Österreich	91,7	92,2	92,6	93,0	93,3	93,5	93,6	92,9	93,5	93,8	94,3		94

Zielvorgabe: 94 Prozent bis 2023

Anmerkung: Die Werte ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: BMSGPK (2024b)

Tabelle 7.19:

Messgröße 16: In „Therapie aktiv“ versorgte Patientinnen/Patienten und teilnehmende Ärztinnen und Ärzte (1/2) – Anteil der im Rahmen von „Therapie aktiv“ versorgten Patientinnen/Patienten in Prozent an allen Patientinnen und Patienten, die in die Zielgruppe des Programms fallen

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Burgenland	3,52	3,80	4,16	11,14	13,19	14,22	13,38	
Kärnten	6,65	13,29	17,87	21,17	22,45	23,99	23,05	
Niederösterreich	11,06	13,44	15,43	17,42	18,51	19,43	19,00	
Oberösterreich	23,89	27,13	30,78	32,92	34,92	38,42	37,43	
Salzburg	18,27	22,00	26,04	29,66	31,86	33,48	31,71	
Steiermark	24,22	26,79	29,80	31,69	31,42	31,98	30,25	
Tirol	0,00	1,06	3,83	7,11	10,49	12,96	13,63	
Vorarlberg	14,95	18,27	22,11	23,58	25,39	27,33	28,30	
Wien	18,11	20,49	22,77	24,70	25,16	28,10	27,90	
Österreich	15,69	18,43	21,22	23,66	24,79	26,74	26,12	

Zielvorgabe: steigender Trend

Anmerkung: Die Werte ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: Meldung DVSV 2024

Tabelle 7.20:

Messgröße 16: In „Therapie aktiv“ versorgte Patientinnen/Patienten und teilnehmende Ärztinnen/Ärzte (2/2) – Anteil der teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte in Prozent an allen Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und Fachärztinnen/-ärzten für Innere Medizin¹⁴

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Burgenland	2,56	2,49	3,13	15,57	17,19	18,12	17,47	16,67
Kärnten	11,03	15,43	16,20	17,27	19,86	20,54	20,80	18,52
Niederösterreich	9,12	10,55	12,31	12,93	13,52	13,87	14,06	12,49
Oberösterreich	22,14	23,82	24,47	24,56	26,39	26,93	24,90	24,55
Salzburg	22,48	22,58	22,86	22,16	22,89	23,08	23,26	22,82
Steiermark	21,67	22,49	22,93	23,53	25,08	24,94	26,16	24,19
Tirol	0,00	1,31	4,52	5,10	6,14	6,98	8,08	7,54
Vorarlberg	16,78	20,00	22,40	23,55	25,84	25,75	29,28	25,47
Wien	9,45	10,77	11,61	11,57	12,03	12,03	11,57	10,26
Österreich	13,66	15,18	16,21	16,66	17,70	18,04	18,09	16,57

Zielvorgabe: steigender Trend

Anmerkung: Die Werte ab 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

Quelle: Meldung DVSV 2024

14

Anmerkung: Die Anzahl der Ärztinnen/Ärzte für das Jahr 2016 wurde noch nicht validiert.

Tabelle 7.21:

Messgröße 17: Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Burgenland		—	—	—	—	—	—	—
Kärnten		—	—	—	—	—	—	—
Niederösterreich		—	—	—	—	—	—	—
Oberösterreich		—	—	—	—	—	—	—
Salzburg		—	—	—	—	—	—	—
Steiermark		—	—	—	—	—	—	—
Tirol		—	—	—	—	—	—	—
Vorarlberg		—	—	—	—	—	—	—
Wien		—	—	—	—	—	—	—
Österreich		0	0	0	0	0	0	0

Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Meldung DVSV 2023

Tabelle 7.22:

Messgröße 18: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich (sehr zufrieden oder zufrieden) in Prozent der Befragten

	2016	2019				
Fachärztinnen/-ärzte	85	85				
Krankenhaus	70	71				
praktische Ärztin / praktischer Arzt, Hausärztin/-arzt	89	88				
Spitalsambulanzen	58	63				
Therapeut:in	50	50				

Zielvorgabe: steigender oder konstanter Trend.

Anmerkung: Die Datenerhebung für die Werte 2016 fand rein telefonisch statt (CATI). 2019 fand die Datenerhebung mittels computergestützter persönlicher Interviews statt, und ca. ein Zehntel wurde webbasiert erhoben.

Quelle: Bundes-Zielsteuerungskommission (2016), Statistik Austria (2021a)

Tabelle 7.23:

Messgröße 19: Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz in Prozent der Befragten

	2011	2020				
Österreich	47,7	52,8				

Zielvorgabe: steigender Trend

Anmerkung: Aufgrund der veränderten Methodik der Erhebung im HLS₁₉-AT wurden die Ergebnisse des Jahres 2011 unter Berücksichtigung von Bildung, Ausbildung/Studium im Gesundheitsbereich, Erwerbsstatus, finanzieller Situation, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad, Bundeslandzugehörigkeit, selbsteingeschätztem Gesundheitszustand, chronischen Erkrankungen adjustiert. Darüber hinaus kann aufgrund zu geringer Stichprobengrößen für einzelne Bundesländer kein Vergleich auf dieser Ebene stattfinden, und es werden im vorliegenden Bericht daher nur Werte für Österreich gesamt dargestellt.

Quelle: Griebler (2021)

Tabelle 7.24:
Messgröße 20: Gesunde Lebensjahre bei der Geburt

	2006/2007		2014		2019	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Burgenland	61,6	61,2	61,7	64,7	64,6	60,4
Kärnten	62,0	62,5	66,5	66,5	66,0	63,3
Niederösterreich	61,8	62,3	66,3	65,3	63,5	61,9
Oberösterreich	62,8	62,9	67,3	65,2	63,5	63,1
Salzburg	66,1	63,8	71,0	69,3	68,7	67,5
Steiermark	61,7	61,8	65,0	65,2	63,1	61,9
Tirol	67,4	61,2	71,6	69,4	71,5	67,3
Vorarlberg	69,3	66,6	71,0	67,9	69,9	65,3
Wien	60,8	60,0	64,4	65,2	62,6	61,8
Österreich	63,2	61,8	66,6	65,9	64,7	63,1

Die Periodizität orientiert sich am ATHIS-Zyklus.

Anmerkung: Die Datenerhebung für die Werte 2014 fand rein telefonisch statt (CATI). 2019 fand die Datenerhebung mittels computergestützter persönlicher Interviews statt, und ca. ein Zehntel wurde webbasiert erhoben.

Zielvorgabe: steigender Trend

Quellen: Klimont/Ihle (2009); Klimont/Klotz (2016); Statistik Austria (2021a)

Tabelle 7.25:
Messgröße 21: Täglich Rauchende (Anteil der Bevölkerung mit 15 Jahren oder älter) in Prozent

	2006/2007	2014	2019
Burgenland	27,5	22,2	19,2
Kärnten	22,3	21,4	20,3
Niederösterreich	21,8	21,9	20,3
Oberösterreich	22,7	21,8	19,4
Salzburg	24,7	22,7	19,8
Steiermark	20,1	21,8	20,3
Tirol	26,1	20,9	18,3
Vorarlberg	25,5	27,3	23,4
Wien	24,6	32,6	22,9
Österreich	23,2	24,3	20,6

Die Periodizität orientiert sich am ATHIS-Zyklus.

Zielvorgabe: sinkender Trend

Quelle: Statistik Austria (2008); Statistik Austria (2015); Statistik Austria (2021b)

Tabelle 7.26:

Messgröße 22: Kariesfreie Kinder (1/2) – Anteil der sechsjährigen Kinder mit einem kariesfreien Gebiss in Prozent

	2011	2016					
Burgenland	36	47					
Kärnten	61	48					
Niederösterreich	46	59					
Oberösterreich	56	51					
Salzburg	37	51					
Steiermark	64	66					
Tirol	74	71					
Vorarlberg	n. v.	60					
Wien	n. v.	45					
Österreich*	52	55					

*2011: Der Österreich-Wert exkludiert die Bundesländer Vorarlberg und Wien.

n. v. = Daten nicht verfügbar

Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Bodenwinkler et al. (2012); Bodenwinkler et al. (2017)

Tabelle 7.27:

Messgröße 22: Kariesfreie Kinder (2/2) – Gebissanierungsgrad unter sechsjährigen Kindern in Prozent¹⁵

	2011	2016					
Burgenland	33	19					
Kärnten	60	37					
Niederösterreich	24	36					
Oberösterreich	54	44					
Salzburg	54	55					
Steiermark	47	46					
Tirol	73	71					
Vorarlberg	n. v.	51					
Wien	n. v.	26					
Österreich*	40	39					

*2011: Der Österreich-Wert exkludiert die Bundesländer Vorarlberg und Wien.

n. v. = Daten nicht verfügbar

Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Bodenwinkler et al. (2017)

15

Messgröße 22 bildet den Sanierungsgrad ab, das heißt den prozentuellen Anteil gefüllter Zähne an allen kariös geschädigten Zähnen. Die Messgrößenbeschreibung in Anhang 2 des Zielsteuerungsvertrags bezieht sich fälschlicherweise auf Kinder mit einem mindestens zu 80 Prozent sanierten Gebiss. Informationen zum Anteil der Sanierung sind auf individueller Basis nicht verfügbar.

7.3 Übersicht über Ziele und Messgrößen laut Bundes-Zielsteuerungsvertrag

Strategische Dimension Strategische Ziele		Operative Dimension Operative Ziele		Messgrößen	Zielwerte/ -vorgaben
Bessere Versorgung	S1: Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes	Bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen	1: Verbesserung der integrativen Versorgung durch gemeinsame abgestimmte verbindliche Planung und Umsetzung der folgenden Ziele (1.1 bis 1.3)	Messgrößen und Zielwerte/Zielvorgaben sind direkt den operativen Zielen 1.1 bis 1.3 zugeordnet. Diese sind in der Analyse gemeinsam zu betrachten.	
			1.1: Primärversorgungsmodelle auf- und ausbauen	(1) Umgesetzte PV-Einheiten (2) In PV-Einheiten versorgte Bevölkerung Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße: Anteil von Fällen mit abgeschlossener Behandlung	75 ↑
			1.2: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung	(3) Anzahl multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich mit Versorgungsauftrag Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße zur Versorgungswirksamkeit von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären ambulanten Versorgungsformen	↑
			1.3: Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen	(4) Krankenhaushäufigkeit in FKA (5) Belagstagedichte in FKA (6) Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden	-2 % jährl. -2 % jährl. pro Leistungs- bündel definiert
		Die richtige Versorgung („The right care“)	2: Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals (Skill-Mix, Nachwuchssicherung, demographische Entwicklung) sicherstellen	(7) Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen AM/FÄ (8) Ärztliche Versorgungsdichte (9) Relation DGKP und PFA zu Ärztinnen/Ärzten in FKA („Nurse to Physician Ratio“)	Beobachtungswert Beobachtungswert Beobachtungswert
			3: Stärkere Ausrichtung des Vertragswesens und der Honorierungssysteme am Versorgungsbedarf bei gleichzeitiger Unterstützung der Zielsetzungen der ZS-G (insbesondere Versorgung am „Best“)	Messgrößen siehe op. Ziele 1.1 bis 1.3	

			Point of Service“) und der Anforderungen an die Versorgungsformen		
			4: Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen	(10) Masern/Mumps/Röteln – Durchimpfungsrate Kinder (11) Ambulante KJP-Angebote	↑ ↑
Bessere Qualität	S2: Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse	Besser koordinierte Versorgung	5: Gezielter Einsatz von IKT zur Patientenversorgung, Systemsteuerung und Innovation	(12) Umsetzungsgrad ELGA (13) Polypharmazie-Prävalenz (14) Potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße zu TEWEB auf Basis der Evaluierung der Pilotprojekte	↑ ↓ ↓
			6: Verbesserung der integrierten Versorgung	(15) Aufenthalte mit kurzer präop. VWD in FKA (16) In „Therapie aktiv“ versorgte Patientinnen/Patienten und teilnehmende Ärztinnen/Ärzte (AM und IM)	94 % ↑
			7: Medikamentenversorgung sektorenübergreifend gemeinsam optimieren	(17) Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen	↑
			8: Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich	Messgrößen im Zusammenhang mit den weiterführenden Arbeiten zur Qualitätsmessung im ambulanten Bereich sind noch zu entwickeln.	
		Behandlung, zum richtigen Zeitpunkt	9: Zur Stärkung der Sachleistungsversorgung örtliche, zeitliche und soziale Zugangsbarrieren abbauen	(18) Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich	→↑
Gesündere Bevölkerung	S3: Gesundheitsförderung und Prävention: Erhöhung der Zahl der gesunden Lebensjahre und Verbesserung der Lebensqualität von erkrankten Personen	Gesund bleiben	10: Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung	(19) Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz	↑
		Gesünder leben	11: Stärkung von zielgerichteter Gesundheitsförderung und Prävention	(20) Gesunde Lebensjahre bei der Geburt (21) Täglich Rauchende (22) Kariesfreie Kinder	↑ ↓ ↑
„Better value“	S4: Gewährleistung einer nachhaltigen Finanzierbarkeit der öffentlichen Gesundheitsausgaben	Nachhaltigkeit sichern	Messgrößen und Zielwerte siehe Finanzzielsteuerung bzw. Einhaltung der Ausgabenobergrenzen Art. 7		

Quelle: Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene

Literaturverzeichnis

- Bachner, Florian; Griebler, Robert; Schmidt, Andrea; Mathis-Edenhofer, Stefan; Rainer, Lukas; Bobek, Julia (2018): Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept. Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen (Baselinebericht). Aktualisierte Fassung 2017. Zur Vorlage an die Bundes-Zielsteuerungskommission. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- BMGF (2017): ÖSG 2017 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- BMSGPK (2022): Statusbericht zur Umsetzung der Maßnahmen und laufenden Arbeiten des Zielsteuerungsvertrages. Status zum 31.12.2020. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2022a): Kurzbericht Masern 2021 Evaluierung der Masern-Durchimpfungsraten mit einem dynamischen agentenbasierten Simulationsmodell. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) Wien
- BMSGPK (2024a): ASV Meldungsstatistik: Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung (Stand: Nov 2023). Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz/Österreichische Ärztekammer, Wien
- BMSGPK (2024b): Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Bodenwinkler, Andrea; Kerschbaum, Johann; Sax, Gabriele (2012): Zahnstatus 2011. Sechsjährige in Österreich. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit / Gesundheit Österreich GmbH – Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Bodenwinkler, Andrea; Sax, Gabriele; Kerschbaum, Hans (2017): Länder-Zahnstatushebung 2016: Sechsjährige in Österreich. Zahnstatus sechsjähriger Kinder mit und ohne Migrationshintergrund. Wissenschaftlicher Bericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Bundes-Zielsteuerungskommission (Hg.) (2016): Bevölkerungsbefragung 2016. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Eglau, Karin (2022): Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Spitalsversorgung anhand ausgewählter Bereiche
- Griebler, Robert; Straßmayr, Christa; Mikšová, Dominika; Link, Thomas; Nowak, Peter (2021): Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der österreichischen

Gesundheitskompetenzerhebung HLS19-AT. Bundesministerium für Soziales,
Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

HVB (2016): Bevölkerungsbefragung 2016. Erhebung des Wissensstandes der Bevölkerung zu gesundheitspolitischen Themen mit besonderem Fokus auf die aktuelle Gesundheitsreform. Hg. v. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger unter Mitarbeit der Gesundheit Österreich und des Teams für Qualitätsentwicklung und Service Management. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Keuerleber, Simon; Sauermaun, Robert (2016): Polypharmazie – Aktivitäten der österreichischen Sozialversicherung. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 166/5-6:173-178

Klimont, Jeanette; Ihle, Petra (2009): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: ausgewählte Ergebnisse für Bundesländer. In: Statistische Nachrichten 10/2009

Klimont, Jeanette; Klotz, Johannes (2016): Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung. Auswertungen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014. In: Statistische Nachrichten 9/2016

M-POHL, The HLS19 Consortium of the WHO Action Network (2021): International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL. Hg. v. M-POHL, The HLS19 Consortium of the WHO Action Network, Vienna

Mann, E.; Haastert, B.; Frühwald, T.; Sauermaun, R.; Hinteregger, M.; Hölzl, D.; Keuerleber, S.; Scheuringer, M.; Meyer, G. (2014): Potentially inappropriate medication in older persons in Austria: A nationwide prevalence study. In: European Geriatric Medicine 5/6:399-405

OECD (2021): Daily smokers (indicator) [online]. OECD.
<https://data.oecd.org/healthrisk/daily-smokers.htm> [Zugriff am 27. März 2021]

Statistik Austria (2008): Gesundheitsdeterminanten, aktueller Raucherstatus 2006/2007 [online].
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/rauchen/index.html [Zugriff am 5. April 2018]

Statistik Austria (2015): Gesundheitsdeterminanten, aktueller Raucherstatus 2014 [online].
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/rauchen/105592.html [Zugriff am 22. März 2018]

Statistik Austria (2021a): Gesundheitsbefragung ATHIS Ergebnisse 2019. unveröffentlicht

Statistik Austria (2021b): Gesundheitsdeterminanten, aktueller Raucherstatus 2019 [online].
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheitsdeterminanten/rauchen/index.html#:~:text=2019%20gab%20es%20in%20%C3%96sterreich,fr%C3%BCheren%20Raucherinnen%20und%20Raucher%20ab. [Zugriff am 29. März 2021]

WHO/UNICEF (2018): Austria: WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2017 revision. World Health Organisation, Copenhagen