

**Zielsteuerung-Gesundheit**  
Bund • Länder • Sozialversicherung

# **Monitoringbericht Zielsteuerung- Gesundheit**

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

**Berichtsjahr 2018**

**Abgenommen durch die  
Bundes-Zielsteuerungskommission im Juni 2019**



# Monitoringbericht Zielsteuerung–Gesundheit

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

Autorinnen und Autoren:

Florian Bachner

Julia Bobek

Anita Haindl

Lena Lepuschütz

Lukas Rainer

Martin Zuba

Projektassistenz:

Monika Schintlmeister

Wien, im Juni 2019

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz,  
vertreten durch Sektion VIII

Zitiervorschlag: Bachner, Florian; Bobek, Julia; Haindl, Anita; Lepuschütz, Lena; Rainer, Lukas; Zuba, Martin (2019): 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](http://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 und ermöglicht transparent darzustellen, wie weit die im Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Ziele auf Bundes- und Landesebene erreicht wurden.

## Methode

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. HVB). Messgrößen werden – soweit verfügbar – auf Landesebene aufgeschlüsselt und im Zeitverlauf dargestellt.

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

## Ergebnisse

Der zweite umfassende Monitoringbericht der neuen Zielsteuerungsperiode (2017–2021) zeigt mehrheitlich positive Ergebnisse und Trends. Für die Berichtsjahre 2017 bis 2019 kommt es gemäß den (vorläufigen) Ergebnissen des **Finanzzielmonitorings** gesamthaft zu Unterschreitungen der Ausgabenobergrenzen. Länder und gesetzliche KV erzielten 2017 eine Unterschreitung in der Höhe von 837 Mio. Euro (3,7 %), welche sich bis 2019 auf 492 Mio. Euro (2,0 %) reduziert. Im Bereich der Länder hat sich der Abstand zur Ausgabenobergrenze im Zeitraum 2017–2019 mehr als halbiert und beträgt gemäß vorläufigen Werten für 2019 rund 145 Mio. Euro. Auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung kam es zu einer Reduktion des Abstandes zur AOG (2019: 346 Mio. Euro).

Die 22 definierten Messgrößen der **Steuerungsbereiche** bewegen sich mehrheitlich in die intendierte Richtung. Neben vielfachen positiven Entwicklungen, z.B. hinsichtlich der Anzahl an Primärversorgungseinheiten, zeigten sich jedoch auch bei einzelnen Indikatoren Abweichungen von der beabsichtigten Zielrichtung bzw. konnten Zielvorgaben nicht gänzlich erreicht werden. So gelang die jährliche Reduktion um 2 Prozent der Krankenhaushäufigkeit und Belagstagedichte zuletzt nicht bzw. konnte etwa nur Hälfte erreicht werden. Schätzungen der Durchimpfungsquoten für Mumps/Masern/Röteln bei 4-jährigen Kindern zeigten zuletzt fallende Trends. Bis dato konnte zudem keine gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen verzeichnet werden und auch die Umsetzung von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären ambulanten Versorgungsformen steht noch aus. Die zu beobachtenden besetzten Ausbildungsstellen für Allgemeinmedizin sanken um 22 Prozent innerhalb von zwei Jahren.

## Schlussfolgerungen

Die Zielerreichung sowohl von Finanzzielern als auch jene der Steuerungsbereiche zeigen ein

mehrheitlich positives Bild, jedoch bleiben zentrale Herausforderungen bestehen. Die zuletzt überdurchschnittlich hohen Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben haben zu einer deutlichen Annäherung an die Ausgabenobergrenze geführt. Bei anhaltendem Trend könnte dies – insbesondere im Bereich der Länder – zu einer Gefährdung der Finanzziele führen. Die Monitoring-Ergebnisse der Steuerungsbereiche zeigen zudem kritische Handlungsfelder auf, die Beachtung in den Arbeitsstrukturen der Zielsteuerung finden sollten.

# Inhalt

Kurzfassung .....	III
Einleitung und Hintergrund.....	1
Teil A: Monitoring der Finanzzielsteuerung .....	3
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 .....	9
2.3    Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Zusammenführung auf Bundesländerebene.....	11
3    Gesondert darzustellende Größen .....	14
Teil B: Monitoring der Steuerungsbereiche .....	17
4    Bessere Versorgung (strategisches Ziel 1).....	20
5    Bessere Qualität (strategisches Ziel 2) .....	31
6    Gesündere Bevölkerung (strategisches Ziel 3).....	37
7    Anhang .....	40
7.1    Kommentierungen zum Finanzzielmonitoring .....	40
7.2    Daten – Messgrößen .....	41
7.3    Übersicht Ziele und Messgrößen laut Bundes-Zielsteuerungsvertrag .....	55
Literaturverzeichnis .....	57

# Abbildungen

Abbildung 1.1: Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege, 2010–2021, in Mio. Euro.....	5
Abbildung 2.1: Entwicklung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben der Länder und der gesetzlichen KV, 2010–2019, in Mio. Euro .....	6
Abbildung 3.1: Übersicht über die Messgrößenausprägungen .....	18
Abbildung 4.1: Versorgte Bevölkerung in PVE (zielbezogen) in Prozent (Messgröße 2) und PVE-Standorte .....	22
Abbildung 4.2: Krankenhaushäufigkeit und Belagstdichte in Fondsrankenanstalten (FKA) (Messgrößen 4 und 5) .....	24
Abbildung 4.3: Tagesklinik–Leistungsbündel, die tagesklinisch–stationär oder ambulant erbracht werden, je Bundesland 2017 (Messgröße 6) .....	25
Abbildung 4.4: Ärztliche Versorgungsdichte (Messgröße 8) und Relation DGKP zu Ärztinnen/Ärzten in Fondsrankenanstalten (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).....	33
Abbildung 5.2: Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer (VWD) (<3 Pflegetage) in Fondsrankenanstalten (FKA), 2017 (Messgröße 15) .....	36
Abbildung 6.1: Gesündere Bevölkerung: täglich Rauchende (2014), Gesundheitskompetenz (2011), gesunde Lebensjahre (2014) und kariesfreie Kinder (2016) im Bundesländervergleich (Messgrößen 19 bis 22) .....	38

# Tabellen

Tabelle 1.1: Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in Mio. Euro, 2017 .....	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 zur Ausgabenobergrenze nach Bundesland zusammengeführt in Prozent .....	9
Tabelle 2.3: Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der GKK in Mio. Euro .....	10
Tabelle 2.4: Bundesweite Aufteilung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben auf die Sonderversicherungsträger und Betriebskrankenkassen, in Mio. Euro .....	11
Tabelle 2.5: Bundesländerweise Zusammenführung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben, Länder und gesetzliche KV in Mio. Euro .....	12
Tabelle 3.1: Investitionen in landesgesundheitsfondfinanzierten Krankenanstalten sowie in den Gesundheitseinrichtungen der gesetzlichen KV, nach Bundesländern in Euro, 2017 .....	14
Tabelle 3.2: Aufwand Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche der gesetzlichen Krankenversicherungsträger, in Euro, 2017 .....	15
Tabelle 3.3: Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenfürsorgeanstalten sowie des Bundes, in Mio. Euro, 2012–2017 .....	15
Tabelle 4.1: Umgesetzte Primärversorgungseinheiten zum 31.12.2018 (Messgröße 1) .....	21
Tabelle: 7.1: Kommentare zum Finanzzielmonitoring: Allgemeine Anmerkungen in den Meldeformularen .....	40
Tabelle: 7.2: Messgröße 1: Umgesetzte Primärversorgungseinheiten (PVE) (Stand jeweils zum 31.12) .....	41
Tabelle 7.3: Messgröße 2: In Primärversorgungseinheiten (PVE) versorgte Bevölkerung in Prozent (Stand jeweils zum 31. 12.) .....	41
Tabelle 7.4: Messgröße 3: Anzahl multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich mit Versorgungsauftrag (Stand jeweils zum 31.12) .....	42
Tabelle 7.5: Messgröße 4: Krankenhaushäufigkeit in Fondskrankenanstalten je 1.000 EW .....	42
Tabelle 7.6: Messgröße 5: Belagstagedichte in Fondskrankenanstalten je 1.000 EW .....	43
Tabelle 7.7: Messgröße 6: Ausgewählte Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinisch–stationär oder ambulant erbracht werden in Prozent der durchgeführten Leistungen 2017, Vorjahreswerte (2016) in Klammer .....	44

Tabelle 7.8: Messgröße 7: Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen für Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und Fachärztinnen/-ärzte.....	45
Tabelle 7.9: Messgröße 8: Ärztliche Versorgungsdichte (1/3) – Versorgungsdichte im extramuralen Bereich: Vertragsärztinnen/-ärzte (exkl. Zahnmedizin und technische Fächer) je 100.000 EW .....	45
Tabelle 7.10: Messgröße 8: Ärztliche Versorgungsdichte (2/3) – vertragsärztliche Versorgungsdichte im extramuralen Bereich: Zahnmedizinerinnen/-mediziner je 100.000 EW .....	46
Tabelle 7.11: Messgröße 8: Ärztliche Versorgungsdichte (3/3) – im intramuralen Bereich: in Fondsrankenanstalten je 100.000 EW .....	46
Tabelle 7.12: Messgröße 9: Relation diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger (DGKP) und Pflegefachassistentz (PFA) zu Ärztinnen/Ärzten in Fondsrankenanstalten („Nurse to Physician Ratio“) .....	47
Tabelle 7.13: Messgröße 10: Masern/Mumps/Röteln – Durchimpfungsrate Kinder (2-Jährige, in %) .....	47
Tabelle 7.14: Messgröße 11: Anzahl der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie-Angebote (ab 2018: Anzahl niedergelassener und in Ambulatorien tätiger Psychiaterinnen/Psychiater (VZÄ) in Ambulatorien und ndgl. Kassensektor) .....	48
Tabelle 7.15: Messgröße 12: Umsetzungsgrad elektronische Gesundheitsakte (ELGA) – Anzahl und Anteil (in %) der Gesundheitsdiensteanbieterinnen/-anbieter, die ELGA implementiert haben (gemäß ELGA-Gesetz) .....	48
Tabelle 7.16: Messgröße 13: Polypharmazie-Prävalenz (Über 70jährige Anspruchsberechtigte mit mehr als 5 verschriebenen verschiedenen Wirkstoffen in zwei aufeinander folgenden Quartalen, je 1.000 Anspruchsberechtigte) .....	49
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) .....	49
Tabelle 7.18: Messgröße 15: Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer in Fondsrankenanstalten (FKA), Anteil < 3. Pflegetage in Prozent aller Aufenthalte.....	50
Tabelle 7.19: Messgröße 16: In „Therapie Aktiv“ versorgte Patientinnen/Patienten und teilnehmende Ärztinnen/Ärzte (1/2) – Anteil von im Rahmen von „Therapie Aktiv“ versorgten Patientinnen/Patienten in Prozent aller Patientinnen/Patienten, die in die Zielgruppe des Programms fallen.....	50
Tabelle 7.20: Messgröße 16: In „Therapie Aktiv“ versorgte Patientinnen/Patienten und teilnehmende Ärztinnen/Ärzte (2/2) – Anteil der teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte in Prozent aller Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und Fachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin.....	51
Tabelle 7.21: Messgröße 17: Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen.....	51
Tabelle 7.22: Messgröße 18: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich (sehr zufrieden oder zufrieden) in Prozent der Befragten .....	52

Tabelle 7.23: Messgröße 19: Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz in Prozent der Befragten .....	52
Tabelle 7.24: Messgröße 20: Gesunde Lebensjahre bei der Geburt.....	53
Tabelle 7.25: Messgröße 21: Täglich Rauchende (Anteil der Bevölkerung mit 15 Jahren oder älter) in Prozent.....	53
Tabelle 7.26: Messgröße 22: Kariesfreie Kinder (1/2) – Anteil der 6jährigen Kinder mit einem kariesfreien Gebiss in Prozent.....	54
Tabelle 7.27: Messgröße 22: Kariesfreie Kinder (2/2) – Sanierungsgrad der 6–jährigen Kinder, in Prozent.....	54

# Abkürzungen

ÄAVE	Ärztliche ambulante Versorgungseinheit
AM	Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner
AOG	Ausgabenobergrenze
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATC-Code	Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
B	Burgenland
BGKK	Burgenländische Gebietskrankenkasse
BKK	Betriebskrankenkasse
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BVA	Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
B-ZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
B-ZV	Bundes-Zielsteuerungsvertrag
bzw.	beziehungsweise
DGKP	Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EW	Einwohnerinnen/Einwohner
exkl.	exklusiv
FÄ	Fachärzte und Fachärztinnen
FG	Fachgruppe
FKA	Fondskrankenanstalten
gem.	gemäß
GHA	Gesundheitsausgaben
GKK	Gebietskrankenkasse
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSBG	Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz
G-ZG	Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
insb.	Insbesondere
K	Kärnten
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KGKK	Kärntner Gebietskrankenkasse
KJP-Angebote	Kinder- und Jugendpsychiatrie Angebote
KRBV	Krankenanstalten-Rechnungsabschluss-Berichtsverordnung
KV	Krankenversicherung
LGF	Landesgesundheitsfonds
LKF	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MG	Messgröße
Mio.	Millionen

X

MN	Maßnahme
NÖ	Niederösterreich
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OÖ	Oberösterreich
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
Op. Ziel	Operatives Ziel
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PFA	Pflegefachassistent
PIM	Potenziell inadäquate Medikation
präop.	präoperativ
PT	Pflegetag
PVE	Primärversorgungseinheit(en)
RA	Rechnungsabschluss/Rechnungsabschlüsse
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S	Salzburg
SGKK	Salzburger Gebietskrankenkasse
SHA	System of Health Accounts
St	Steiermark
STGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
SV	Sozialversicherung
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
SVT	Sonderversicherungsträger
T	Tirol
TEWEB	Telefon- und webbasierter Erstkontakt- und Beratungsservice
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
TK	Tagesklinik
V	Vorarlberg
VA	Voranschlag/Voranschläge
VÄ	Vertragsärztinnen/-ärzte
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VB	Vereinbarung
VGKK	Vorarlberger Gebietskrankenkasse
VWD	Verweildauer
VZÄ	Vollzeitäquivalent
W	Wien
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
ZÄ	Zahnärztinnen/Zahnärzte
ZE	Zielerreichung
ZS-G	Zielsteuerung-Gesundheit



# 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. Mit der neuen Zielsteuerungsperiode 2017–2021 wurde die partnerschaftliche Vereinbarung erneuert und bis 2021 fortgesetzt. Die Prinzipien Wirkungsorientierung, Verantwortlichkeit, Rechenschaftspflicht, Offenheit, Transparenz und Fairness stehen weiterhin im Mittelpunkt, um die qualitativ bestmögliche Gesundheitsversorgung, und deren Finanzierung sicherzustellen (vgl. Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG ZS-G, BGBl. I Nr. 97/2017, Präambel).

Im Zielsteuerungsvertrag haben die Zielsteuerungspartner Bund, Länder und Sozialversicherung eine gemeinsame Reform–Agenda 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) über 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 seit Oktober 2017 wie folgt gliedert:

- » Jährlicher Bericht über die Ergebnisse des Monitorings zur Finanzzielsteuerung und des Monitorings der operativen Ziele in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung
- » Halbjährlicher Kurzbericht über die Ergebnisse des Monitorings zur Finanzzielsteuerung
- » Jährlicher Statusbericht über die Maßnahmen zu den operativen Zielen des Ziele- und Maßnahmenkatalogs sowie über die laufenden Arbeiten zur Information der Gremien

Der gegenständliche Bericht zum Monitoring der Finanzzielsteuerung und der operativen Ziele in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung stellt den zweiten Hauptbericht der neuen Reformperiode 2017–2021 dar.

Teil A des Berichtes widmet sich dem Monitoring der vereinbarten Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen. Ziel ist es, das jährliche Ausgabenwachstum von prognostizierten 3,6 Prozent im Jahr 2017 auf 3,2 Prozent im Jahr 2021 zu dämpfen.

In Teil B des Berichtes wird dargestellt, wie weit 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 *System of Health Accounts* (SHA) sowie Detailauswertungen zu zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben präsentiert. Dabei werden die Ausgaben differenziert nach Bundesländern 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, des Bundes sowie Investitionen gesondert dargestellt. Ebenfalls gesondert dargestellt werden die Ausgaben der KV-Träger für Leistungen von Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche.

# 1 Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege gemäß System of Health Accounts

Insgesamt belaufen sich die für die Ableitung der Ausgabenobergrenzen (AOG) maßgeblichen öffentlichen Gesundheitsausgaben gemäß *System of Health Accounts* (SHA) für das Jahr 2017 auf 25.895 Mio. Euro. **Damit wird die für diesen Zeitraum vereinbarte Ausgabenobergrenze um rund 588 Mio. Euro (bzw. 2,22 %) unterschritten** (vgl. Tabelle 1.1).

**Tabelle 1.1:**  
Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in Mio. Euro, 2017

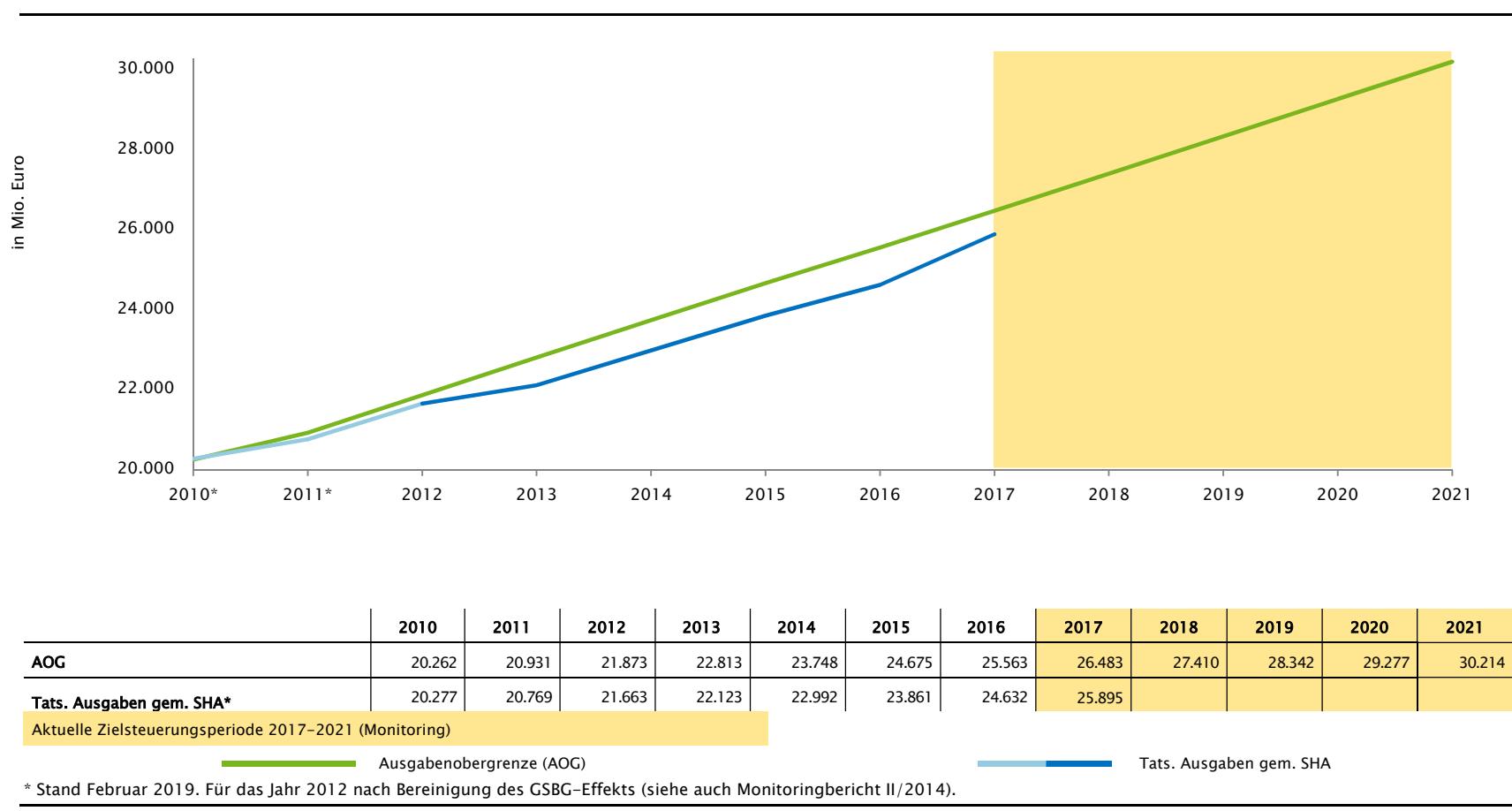
Gesamt		2017
SOLL	Ausgabenobergrenze	26.483
IST	<b>Ausgaben gem. SHA</b>	<b>25.895</b>
ANALYSE	Abweichung zur AOG absolut	-588
	Abweichung zur AOG in Prozent	-2,22 %

gerundet gem. G-ZG §17 Abs. 1 Z 1

Quelle: Anhang ZV gem. G-ZG §17 Abs. 1 Z 1, Statistik Austria 2019

Abbildung 1.1 stellt die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die Zielsteuerungsperiode bis 2021 im Zeitverlauf dar. Anhand der (rückwirkend) aktualisierten Zeitreihe stellen sich für das Ausgangsjahr 2010 die öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) gemäß SHA um 15 Mio. Euro höher dar. Insgesamt wachsen die Gesundheitsausgaben im Betrachtungszeitraum 2010 bis 2017 um durchschnittlich 3,6 Prozent jährlich. Zwischen 2016 und 2017 betrug das Wachstum 5,1 Prozent. Dies stellt die höchste jährliche Wachstumsrate seit Beginn der Betrachtung im Jahr 2010 dar und ist u. a. auf den starken Anstieg der öffentlichen Investitionen (20,0 %) sowie der Ausgaben für pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter (+6,3 %) zurückzuführen. Ohne Berücksichtigung der Investitionen stiegen die laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) um 4,3 Prozent.

Abbildung 1.1:  
Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege, 2010–2021, in Mio. Euro



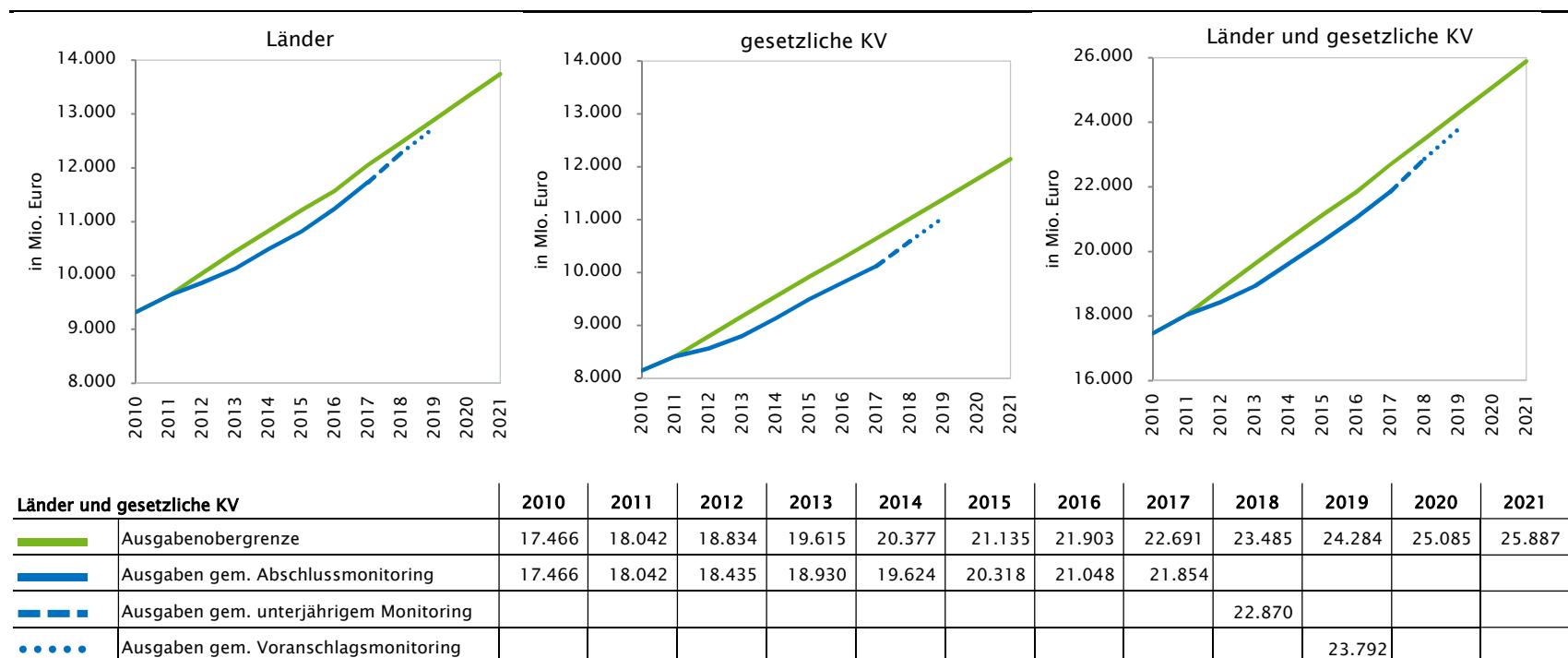
Quelle: Statistik Austria und G-ZG §17 Abs. 1 Z 1

## 2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben

Abbildung 2.1 veranschaulicht die Entwicklung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben getrennt nach den Sektoren „Länder“ und „gesetzlicher 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, 2010–2019, in Mio. Euro



Bei der Summenbildung wurde auf die ursprünglichen, nicht gerundeten Ausgangswerte zurückgegriffen, dadurch kann es zu geringfügigen Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen kommen.

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2019, und G-ZG §17 Abs. 1 Z 2

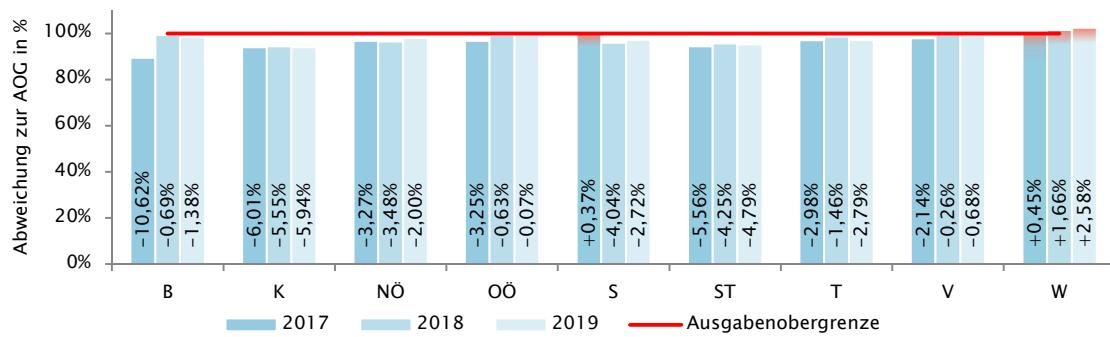
## 2.1 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Länder

Für den Sektor der **Länder** werden zum aktuellen Monitoringzeitpunkt **für das Jahr 2019** (ausgehend von den Voranschlägen) zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben in der Höhe von 12.748 Mio. Euro prognostiziert. Dies entspricht einer **Unterschreitung der vereinbarten Ausgabenobergrenzen für das Jahr 2019 um 145 Mio. Euro bzw. 1,13 Prozent**.

Tabelle 2.1:

Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der Länder, in Mio. Euro<sup>1</sup>

Länder		Abschlussmonitoring	Unterjähriges Monitoring		Voranschlagsmonitoring
			2017	2018	
SOLL	Ausgabenobergrenze		12.047	12.469	12.893
IST	<b>Ausgaben gem. Monitoring</b>		<b>11.729</b>	<b>12.275</b>	<b>12.748</b>
ANALYSE	Abweichung zur AOG absolut		-318	-194	-145
	Abweichung zur AOG in %		-2,64 %	-1,55 %	-1,13 %



Bei der Summenbildung wurde auf die ursprünglichen, nicht gerundeten Ausgangswerte zurückgegriffen, dabei kann es zu geringfügigen Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen kommen.

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2019, und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 2

Auf Ebene der **Bundesländer** zeigen die Detailauswertungen beinahe durchgängig Unterschreitungen der Ausgabenobergrenzen. **Die Wachstumsraten der GHA der Länder liegen jedoch seit 2017 mehrheitlich über jenen der vereinbarten Ausgabenobergrenze, was zu einer Annäherung an die Ausgabenobergrenze geführt hat. Bei Fortsetzung dieses Trends ist eine Überschreitung der Ausgabenobergrenze noch innerhalb der ZS-Periode wahrscheinlich.**

- » **Wien** liegt zum aktuellen Monitoringzeitpunkt in allen drei Beobachtungsjahren (2017, 2018 und 2019) über der Ausgabenobergrenze.

<sup>1</sup>

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 wird die Betriebsabgangsdeckung weiterhin im zweitfolgenden Jahr berücksichtigt.

- » **Salzburg** überschreitet im Jahr 2017 die AOG, unterschreitet diese in den Folgejahren jedoch wieder.
- » **Im Burgenland, in Oberösterreich und Vorarlberg** wird die AOG 2018 bzw. 2019 um weniger als 1 Prozent unterschritten.

Anzumerken ist, dass die im Jahr 2017 in Kraft getretene gesetzliche Befreiung der Kinder und Jugendlichen von Kostenbeiträgen gem. § 27a KAKuG und § 447 f Abs. 7 ASVG zu einer Verminderung der Kostenbeitragseinnahmen durch Private aufseiten der Landesgesundheitsfonds führte, welche durch Ausgleichszahlungen (insgesamt 15 Mio. Euro jährlich) seitens der Länder, des Bundes und der Sozialversicherung zu gleichen Teilen kompensiert wird.<sup>2</sup>

Mit der Aufnahme des Regelbetriebs wurden ab dem Jahr 2019 Aufwendungen für die telefonische Gesundheitsberatung 1450, sofern diese in den Rechenwerken der Zielsteuerungspartner bereits enthalten sind<sup>3</sup>, bei der Berechnung der zielsteuerungsrelevanten GHA berücksichtigt.

Bezüglich der in der Ärzteausbildungsordnung (ÄAO) 2015 eingeführten verpflichtenden Ausbildung von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern in einer Lehrpraxis einigten sich der Bund, die Sozialversicherung sowie die Länder gem. Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Art. 42) auf deren gemeinsame finanzielle Förderung. Inwieweit Aufwendungen zur Förderung von Lehrpraxen zielsteuerungsrelevant sind, ist noch von den Zielsteuerungspartnern gemeinschaftlich zu klären. Daher ist das Voranschlagsmonitoring für das Jahr 2019 vorbehaltlich entsprechender Änderungen zu interpretieren.

---

<sup>2</sup>

Im Einvernehmen mit den ZS-Partnern werden die Ausgleichszahlungen (Bund, SV, Länder) als nicht zielsteuerungsrelevant angesehen und entsprechend der ursprünglich privaten Selbstbehaltzahlungen im Finanzmonitoring berücksichtigt. Da der Landesanteil nicht für alle Länder explizit in den Rechenwerken ausgewiesen wird, wurde dieser für jene Länder, die diesen Betrag nicht explizit ausweisen, anhand des arithmetischen Mittels aus Bundes- und SV-Anteil ermittelt.

<sup>3</sup>

Aufwendungen für die telefonische Gesundheitsberatung 1450 sind zum aktuellen Meldezeitpunkt (März 2019) bereits in den Rechenwerken der SV sowie den Landesgesundheitsfonds von sechs Ländern (Niederösterreich, Oberösterreich, Steiermark, Tirol, Vorarlberg und Wien) budgetiert und somit in den zielsteuerungsrelevanten GHA enthalten.

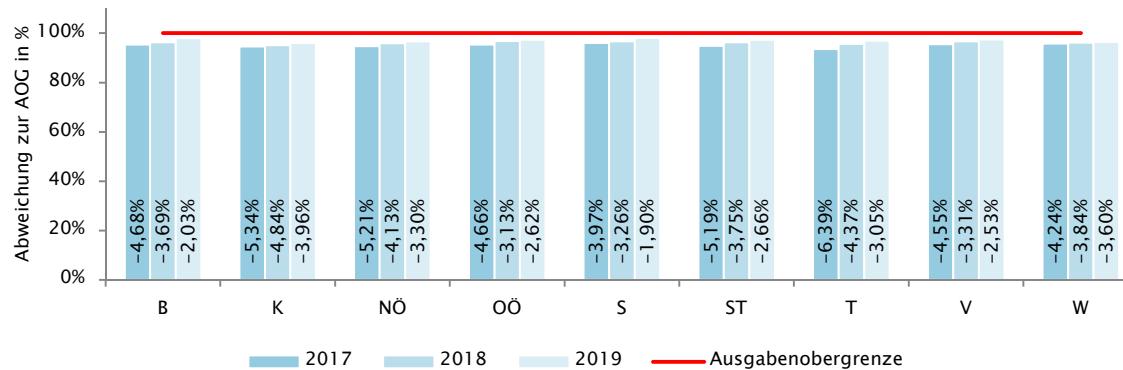
## 2.2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: gesetzliche Krankenversicherung

Im Bereich der **gesetzlichen Krankenversicherung** weist das Finanzmonitoring für das Jahr 2019 Zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben in der Höhe von 11.045 Mio. Euro aus (auf Basis der Voranschläge). Dies entspricht einer **Unterschreitung der vereinbarten Ausgabenobergrenze in der Höhe von 346 Mio. Euro bzw. 3,04 Prozent** (vgl. Tabelle 2.2).

Tabelle 2.2:

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

Gesetzliche KV		Abschlussmonitoring	Unterjähriges Monitoring	Voranschlagsmonitoring	
			2017	2018	2019
SOLL	Ausgabenobergrenze		10.644	11.016	11.391
IST	<b>Ausgaben gem. Monitoring</b>		<b>10.124</b>	<b>10.595</b>	<b>11.045</b>
ANALYSE	Abweichung zur AOG absolut		-520	-421	-346
	Abweichung zur AOG in %		-4,88 %	-3,82 %	-3,04 %



Bei der Summenbildung wurde auf die ursprünglichen, nicht gerundeten Ausgangswerte zurückgegriffen, dabei kann es zu geringfügigen Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen kommen.

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2019, und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 2

Detailauswertungen auf Ebene der einzelnen **KV-Träger** (siehe Tabelle 2.3 und Tabelle 2.4) zeigen zum aktuellen Erhebungszeitpunkt (März 2019) **durchgängig Unterschreitungen der Ausgabenobergrenzen mit Ausnahme der SVA, die die vereinbarte Ausgabenobergrenze im Jahr 2019 um 8,57 Mio. Euro (bzw. 1,14 %) überschreitet**.

Allgemein ist zu beobachten, dass die Abstände zur Ausgabenobergrenze im Trägervergleich heterogen verlaufen. Während bei den Sonder- sowie Betriebskrankenkassen Abweichungen von über 10 Prozent gegenüber der AOG erreicht wurden, lagen bei den Gebietskrankenkassen die Wachstumsraten der GHA seit 2017 ausnahmslos über jenen der vereinbarten Ausgabenobergrenze. Aus diesem Grund ist **auch für die gesetzliche Krankenversicherung ab dem Jahr 2017 eine Annäherung an die Ausgabenobergrenze zu verzeichnen**.

Tabelle 2.3:

Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der GKK in Mio. Euro

Gebietskrankenkassen (GKK)			Abschluss-monitoring	Unterjähriges Monitoring	Voranschlags-monitoring
			2017	2018	2019
BGKK	SOLL	AOG	249,20	257,91	266,69
	IST	<b>Ausg. gem. Monitoring</b>	<b>237,38</b>	<b>249,05</b>	<b>263,29</b>
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-11,82	-8,86	-3,40
		Abw. von AOG in %	-4,74 %	-3,44 %	-1,27 %
KGKK	SOLL	AOG	501,34	518,86	536,52
	IST	<b>Ausg. gem. Monitoring</b>	<b>472,87</b>	<b>492,62</b>	<b>515,08</b>
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-28,47	-26,24	-21,44
		Abw. von AOG in %	-5,68 %	-5,06 %	-4,00 %
NÖGKK	SOLL	AOG	1.443,54	1.493,99	1.544,85
	IST	<b>Ausg. gem. Monitoring</b>	<b>1.364,45</b>	<b>1.433,51</b>	<b>1.497,42</b>
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-79,09	-60,48	-47,43
		Abw. von AOG in %	-5,48 %	-4,05 %	-3,07 %
OÖGKK	SOLL	AOG	1.278,82	1.323,51	1.368,57
	IST	<b>Ausg. gem. Monitoring</b>	<b>1.218,83</b>	<b>1.286,06</b>	<b>1.337,04</b>
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-59,99	-37,45	-31,53
		Abw. von AOG in %	-4,69 %	-2,83 %	-2,30 %
SGKK	SOLL	AOG	486,10	503,09	520,21
	IST	<b>Ausg. gem. Monitoring</b>	<b>467,77</b>	<b>488,57</b>	<b>514,01</b>
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-18,33	-14,52	-6,20
		Abw. von AOG in %	-3,77 %	-2,89 %	-1,19 %
STGKK	SOLL	AOG	1.025,54	1.061,38	1.097,51
	IST	<b>Ausg. gem. Monitoring</b>	<b>969,23</b>	<b>1.024,41</b>	<b>1.074,59</b>
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-56,31	-36,97	-22,92
		Abw. von AOG in %	-5,49 %	-3,48 %	-2,09 %
TGKK	SOLL	AOG	642,58	665,03	687,67
	IST	<b>Ausg. gem. Monitoring</b>	<b>597,31</b>	<b>635,88</b>	<b>668,69</b>
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-45,27	-29,15	-18,98
		Abw. von AOG in %	-7,05 %	-4,38 %	-2,76 %
VGKK	SOLL	AOG	350,74	363,00	375,36
	IST	<b>Ausg. gem. Monitoring</b>	<b>334,75</b>	<b>351,79</b>	<b>366,98</b>
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-15,99	-11,21	-8,38
		Abw. von AOG in %	-4,56 %	-3,09 %	-2,23 %
WGKK	SOLL	AOG	2.025,85	2.096,65	2.168,03
	IST	<b>Ausg. gem. Monitoring</b>	<b>1.941,24</b>	<b>2.018,37</b>	<b>2.091,29</b>
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-84,61	-78,28	-76,74
		Abw. von AOG in %	-4,18 %	-3,73 %	-3,54 %
Ö	SOLL	AOG	8.003,71	8.283,42	8.565,41
	IST	<b>Ausg. gem. Monitoring</b>	<b>7.603,83</b>	<b>7.980,26</b>	<b>8.328,39</b>
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-399,88	-303,16	-237,02
		Abw. von AOG in %	-5,00 %	-3,66 %	-2,77 %

AOG = Ausgabenobergrenze, Ausg. = Ausgaben, Abw. = Abweichung, gem. = gemäß

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8 (Meldezeitpunkt März 2019) und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 3 lit c

Tabelle 2.4:

Bundesweite Aufteilung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben auf die Sonderversicherungsträger und Betriebskrankenkassen, in Mio. Euro

Gesetzliche KV			Abschluss-monitoring	Unterjähriges Monitoring	Voranschlags-monitoring
			2017	2018	2019
BKK	SOLL	Ausgabenobergrenze	74,08	76,67	79,28
	IST	<b>Ausgaben gem. Monitoring</b>	<b>63,52</b>	<b>65,92</b>	<b>66,93</b>
	ANALYSE	Abweichung von AOG absolut	-10,56	-10,75	-12,35
VAEB		Abweichung von AOG in %	-14,25 %	-14,02 %	-15,58 %
	SOLL	Ausgabenobergrenze	393,43	407,18	421,04
	IST	<b>Ausgaben gem. Monitoring</b>	<b>362,97</b>	<b>369,29</b>	<b>373,96</b>
BVA		Abweichung von AOG absolut	-30,46	-37,89	-47,08
	ANALYSE	Abweichung von AOG in %	-7,74 %	-9,31 %	-11,18 %
	SOLL	Ausgabenobergrenze	1.073,33	1.110,84	1.148,66
SVA	IST	<b>Ausgaben gem. Monitoring</b>	<b>1.029,95</b>	<b>1.080,37</b>	<b>1.133,49</b>
		Abweichung von AOG absolut	-43,38	-30,47	-15,17
	ANALYSE	Abweichung von AOG in %	-4,04 %	-2,74 %	-1,32 %
SVB	SOLL	Ausgabenobergrenze	701,91	726,45	751,17
	IST	<b>Ausgaben gem. Monitoring</b>	<b>696,76</b>	<b>726,42</b>	<b>759,74</b>
	ANALYSE	Abweichung von AOG absolut	-5,15	-0,03	+8,57
		Abweichung von AOG in %	-0,73 %	0,00 %	+1,14 %
	SOLL	Ausgabenobergrenze	397,54	411,44	425,44
	IST	<b>Ausgaben gem. Monitoring</b>	<b>367,42</b>	<b>372,44</b>	<b>382,23</b>
		Abweichung von AOG absolut	-30,12	-39,00	-43,21
	ANALYSE	Abweichung von AOG in %	-7,58 %	-9,48 %	-10,16 %

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8 (Meldezeitpunkt März 2019) und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 3 lit b

## 2.3 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Zusammenführung auf Bundesländerebene

Das Ausmaß, in dem die Finanzziele auf Landesebene (Länder und gesetzliche KV zusammengeführt) erreicht wurde, wird entsprechend den relevanten Bestimmungen in der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG ZS-G Art. 16 Abs. 2 Z 3 bzw. des G-ZG § 17 Abs. 1 Z 3 dargestellt.

**Detailauswertungen zeigen für Österreich gesamthaft Unterschreitungen der Ausgabenobergrenzen (Tabelle 2.5).**

Folgende Ausgabendarstellungen finden sich im nächsten Abschnitt:

- » Die Spalte „gesetzl. 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 gesetzl. KV“ zeigt die summierten Ausgaben jedes Landes und der gesetzlichen KV nach Bundesländern.
- » Die Spalten „GKK“ und „SVT und BKK“ listen den Anteil der Gebietskrankenkassen und den gemeinsamen Anteil von Sonderversicherungsträgern und Betriebskrankenkassen nach Bundesländern.

Tabelle 2.5 (1/2):

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

		Land und gesetzl. KV			Land			Gesetzl. KV gesamt			
		A	UJ	VA	A	UJ	VA	A	UJ	VA	
		2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	
B	SOLL	AOG	637,53	659,84	682,29	286,23	296,26	306,34	351,30	363,58	375,95
	IST	Ausg. gem. Monitoring	590,67	644,38	670,45	255,82	294,23	302,12	334,85	350,15	368,33
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-46,86	-15,46	-11,84	-30,41	-2,03	-4,22	-16,45	-13,43	-7,62
	ANALYSE	Abw. zur AOG in %	-7,35 %	-2,34 %	-1,74 %	-10,62 %	-0,69 %	-1,38 %	-4,68 %	-3,69 %	-2,03 %
K	SOLL	AOG	1.515,12	1.568,15	1.616,51	803,20	831,35	854,63	711,92	736,80	761,88
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.428,85	1.486,39	1.535,61	754,95	785,25	803,89	673,90	701,14	731,72
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-86,27	-81,76	-80,90	-48,25	-46,10	-50,74	-38,02	-35,66	-30,16
	ANALYSE	Abw. zur AOG in %	-5,69 %	-5,21 %	-5,00 %	-6,01 %	-5,55 %	-5,94 %	-4,84 %	-4,84 %	-3,96 %
NÖ	SOLL	AOG	3.965,12	4.103,89	4.243,55	1.940,50	2.008,50	2.076,83	2.024,62	2.095,39	2.166,72
	IST	Ausg. gem. Monitoring	3.796,33	3.947,45	4.130,44	1.877,13	1.938,54	2.035,19	1.919,20	2.008,91	2.095,25
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-168,79	-156,44	-113,11	-63,37	-69,96	-41,64	-105,42	-86,48	-71,47
	ANALYSE	Abw. zur AOG in %	-4,26 %	-3,81 %	-2,67 %	-3,27 %	-3,48 %	-2,00 %	-5,21 %	-4,13 %	-3,30 %
OÖ	SOLL	AOG	3.626,71	3.753,64	3.871,38	2.025,20	2.096,17	2.157,48	1.601,51	1.657,47	1.713,90
	IST	Ausg. gem. Monitoring	3.486,37	3.688,64	3.824,91	1.959,48	2.083,06	2.155,89	1.526,89	1.605,58	1.669,02
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-140,34	-65,00	-46,47	-65,72	-13,11	-1,59	-74,62	-51,89	-44,88
	ANALYSE	Abw. zur AOG in %	-3,87 %	-1,73 %	-1,20 %	-3,25 %	-0,63 %	-0,07 %	-4,66 %	-3,13 %	-2,62 %
S	SOLL	AOG	1.426,37	1.480,95	1.540,83	766,60	798,12	834,76	659,77	682,83	706,07
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.403,02	1.426,41	1.504,73	769,45	765,87	812,05	633,57	660,54	692,68
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-23,35	-54,54	-36,10	+2,85	-32,25	-22,71	-26,20	-22,29	-13,39
	ANALYSE	Abw. zur AOG in %	-1,64 %	-3,68 %	-2,34 %	+0,37 %	-4,04 %	-2,72 %	-3,97 %	-3,26 %	-1,90 %
ST	SOLL	AOG	3.107,59	3.211,70	3.326,50	1.601,78	1.653,26	1.715,01	1.505,81	1.558,44	1.611,49
	IST	Ausg. gem. Monitoring	2.940,41	3.083,04	3.201,62	1.512,68	1.583,06	1.632,92	1.427,73	1.499,98	1.568,70
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-167,18	-128,66	-124,88	-89,10	-70,20	-82,09	-78,08	-58,46	-42,79
	ANALYSE	Abw. zur AOG in %	-5,38 %	-4,01 %	-3,75 %	-5,56 %	-4,25 %	-4,79 %	-5,19 %	-3,75 %	-2,66 %
T	SOLL	AOG	1.787,98	1.850,55	1.913,53	920,82	953,09	985,52	867,16	897,46	928,01
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.705,08	1.797,47	1.857,79	893,37	939,21	958,05	811,71	858,26	899,74
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-82,90	-53,08	-55,74	-27,45	-13,88	-27,47	-55,45	-39,20	-28,27
	ANALYSE	Abw. zur AOG in %	-4,64 %	-2,87 %	-2,91 %	-2,98 %	-1,46 %	-2,79 %	-6,39 %	-4,37 %	-3,05 %
V	SOLL	AOG	922,90	955,21	987,71	493,26	510,55	527,91	429,64	444,66	459,80
	IST	Ausg. gem. Monitoring	892,77	939,15	972,48	482,69	509,23	524,33	410,08	429,92	448,15
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-30,13	-16,06	-15,23	-10,57	-1,32	-3,58	-19,56	-14,74	-11,65
	ANALYSE	Abw. zur AOG in %	-3,26 %	-1,68 %	-1,54 %	-2,14 %	-0,26 %	-0,68 %	-4,55 %	-3,31 %	-2,53 %
W	SOLL	AOG	5.701,42	5.900,98	6.101,78	3.209,15	3.321,61	3.434,60	2.492,27	2.579,37	2.667,18
	IST	Ausg. gem. Monitoring	5.610,18	5.856,84	6.094,38	3.223,66	3.376,62	3.523,23	2.386,52	2.480,22	2.571,15
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-91,24	-44,14	-7,40	+14,51	+55,01	+88,63	-105,75	-99,15	-96,03
	ANALYSE	Abw. zur AOG in %	-1,60 %	-0,75 %	-0,12 %	+0,45 %	+1,66 %	+2,58 %	-4,24 %	-3,84 %	-3,60 %
Ö	SOLL	AOG	22.690,75	23.484,91	24.284,08	12.046,75	12.468,91	12.893,08	10.644,00	11.016,00	11.391,00
	IST	Ausg. gem. Monitoring	21.853,68	22.869,77	23.792,41	11.729,23	12.275,07	12.747,67	10.124,45	10.594,70	11.044,74
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-837,07	-615,14	-491,67	-317,52	-193,84	-145,41	-519,55	-421,30	-346,26
	ANALYSE	Abw. zur AOG in %	-3,69 %	-2,62 %	-2,02 %	-2,64 %	-1,55 %	-1,13 %	-4,88 %	-3,82 %	-3,04 %

AOG = Ausgabenobergrenze, A = Abschlussmonitoring, UJ = unterjähriges Monitoring, VA = Vorschlagsmonitoring, Ausg. = Ausgaben, Abw. = Abweichung, gem. = gemäß

SOLL-Werte-Summen der Länder = ursprüngliche, nicht gerundeten Ausgangswerte; dabei kann es zu geringfügigen Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen kommen. Bei der Bildung der IST-Werte-Summen der Länder und der gesetzlichen KV wurde – um Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen zu vermeiden – bei Bedarf von einer kaufmännischen Rundung der ursprünglichen Ausgangswerte abgesehen (betrifft Kärnten 2018 und Niederösterreich 2019).

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8 (Meldezeitpunkt März 2019) und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 3 lit c

Tabelle 2.5 (2/2):

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

		Gebietskrankenkassen (GKK)			SVT und BGKK			
		A	UJ	VA	A	UJ	VA	
		2017	2018	2019	2017	2018	2019	
B	SOLL	AOG	249,20	257,91	266,69	102,10	105,67	109,26
	IST	<b>Ausg. gem. Monitoring</b>	<b>237,38</b>	<b>249,05</b>	<b>263,29</b>	<b>97,47</b>	<b>101,10</b>	<b>105,04</b>
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-11,82	-8,86	-3,40	-4,63	-4,57	-4,22
	ANALYSE	Abw. zur AOG in %	-4,74 %	-3,44 %	-1,27 %	-4,53 %	-4,32 %	-3,86 %
K	SOLL	AOG	501,34	518,86	536,52	210,58	217,94	225,36
	IST	<b>Ausg. gem. Monitoring</b>	<b>472,87</b>	<b>492,62</b>	<b>515,08</b>	<b>201,03</b>	<b>208,52</b>	<b>216,64</b>
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-28,47	-26,24	-21,44	-9,55	-9,42	-8,72
	ANALYSE	Abw. zur AOG in %	-5,68 %	-5,06 %	-4,00 %	-4,54 %	-4,32 %	-3,87 %
NÖ	SOLL	AOG	1.443,54	1.493,99	1.544,85	581,08	601,40	621,87
	IST	<b>Ausg. gem. Monitoring</b>	<b>1.364,45</b>	<b>1.433,51</b>	<b>1.497,42</b>	<b>554,75</b>	<b>575,40</b>	<b>597,83</b>
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-79,09	-60,48	-47,43	-26,33	-26,00	-24,04
	ANALYSE	Abw. zur AOG in %	-5,48 %	-4,05 %	-3,07 %	-4,53 %	-4,32 %	-3,87 %
OÖ	SOLL	AOG	1.278,82	1.323,51	1.368,57	322,69	333,96	345,33
	IST	<b>Ausg. gem. Monitoring</b>	<b>1.218,83</b>	<b>1.286,06</b>	<b>1.337,04</b>	<b>308,06</b>	<b>319,52</b>	<b>331,98</b>
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-59,99	-37,45	-31,53	-14,63	-14,44	-13,35
	ANALYSE	Abw. zur AOG in %	-4,69 %	-2,83 %	-2,30 %	-4,53 %	-4,32 %	-3,87 %
S	SOLL	AOG	486,10	503,09	520,21	173,67	179,74	185,86
	IST	<b>Ausg. gem. Monitoring</b>	<b>467,77</b>	<b>488,57</b>	<b>514,01</b>	<b>165,80</b>	<b>171,97</b>	<b>178,67</b>
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-18,33	-14,52	-6,20	-7,87	-7,77	-7,19
	ANALYSE	Abw. zur AOG in %	-3,77 %	-2,89 %	-1,19 %	-4,53 %	-4,32 %	-3,87 %
ST	SOLL	AOG	1.025,54	1.061,38	1.097,51	480,27	497,06	513,98
	IST	<b>Ausg. gem. Monitoring</b>	<b>969,23</b>	<b>1.024,41</b>	<b>1.074,59</b>	<b>458,50</b>	<b>475,57</b>	<b>494,11</b>
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-56,31	-36,97	-22,92	-21,77	-21,49	-19,87
	ANALYSE	Abw. zur AOG in %	-5,49 %	-3,48 %	-2,09 %	-4,53 %	-4,32 %	-3,87 %
T	SOLL	AOG	642,58	665,03	687,67	224,58	232,43	240,34
	IST	<b>Ausg. gem. Monitoring</b>	<b>597,31</b>	<b>635,88</b>	<b>668,69</b>	<b>214,40</b>	<b>222,38</b>	<b>231,05</b>
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-45,27	-29,15	-18,98	-10,18	-10,05	-9,29
	ANALYSE	Abw. zur AOG in %	-7,05 %	-4,38 %	-2,76 %	-4,53 %	-4,32 %	-3,87 %
V	SOLL	AOG	350,74	363,00	375,36	78,90	81,66	84,44
	IST	<b>Ausg. gem. Monitoring</b>	<b>334,75</b>	<b>351,79</b>	<b>366,98</b>	<b>75,33</b>	<b>78,13</b>	<b>81,17</b>
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-15,99	-11,21	-8,38	-3,57	-3,53	-3,27
	ANALYSE	Abw. zur AOG in %	-4,56 %	-3,09 %	-2,23 %	-4,52 %	-4,32 %	-3,87 %
W	SOLL	AOG	2.025,85	2.096,65	2.168,03	466,42	482,72	499,15
	IST	<b>Ausg. gem. Monitoring</b>	<b>1.941,24</b>	<b>2.018,37</b>	<b>2.091,29</b>	<b>445,28</b>	<b>461,85</b>	<b>479,86</b>
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-84,61	-78,28	-76,74	-21,14	-20,87	-19,29
	ANALYSE	Abw. zur AOG in %	-4,18 %	-3,73 %	-3,54 %	-4,53 %	-4,32 %	-3,86 %
Ö	SOLL	AOG	8.003,71	8.283,42	8.565,41	2.640,29	2.732,58	2.825,59
	IST	<b>Ausg. gem. Monitoring</b>	<b>7.603,83</b>	<b>7.980,26</b>	<b>8.328,39</b>	<b>2.520,62</b>	<b>2.614,44</b>	<b>2.716,35</b>
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-399,88	-303,16	-237,02	-119,67	-118,14	-109,24
	ANALYSE	Abw. zur AOG in %	-5,00 %	-3,66 %	-2,77 %	-4,53 %	-4,32 %	-3,87 %

AOG = Ausgabenobergrenze, A = Abschlussmonitoring, UJ = unterjähriges Monitoring, VA = Voranschlagsmonitoring, SVT = Sonderversicherungsträger, BKK = Betriebskrankenkassen, Ausg. = Ausgaben, Abw. = Abweichung, gem. = gemäß

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8 (Meldezeitpunkt März 2019) und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 3 lit c

### 3 Gesondert darzustellende Größen

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

Die Vorgehensweise zur gesonderten Darstellung wurde im Zielsteuerungsvertrag auf Bundes-ebene in Art. 8 festgelegt. Demnach sind die genannten Größen in den jeweiligen Monitoring-Berichten gesondert zu analysieren; sie sind nicht Gegenstand der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben und unterliegen damit auch nicht der vereinbarten Ausgabenobergrenzen. Um Datenkonsistenz mit den öffentlichen Gesundheitsausgaben nach SHA für das Jahr 2017 zu gewährleisten, werden zum aktuellen Monitoring-Zeitpunkt die Ausgaben der gesondert auszuweisenden Größen für das Jahr 2017 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. Im Jahr 2017 wurden die in Tabelle 3.1 angeführten Investitionen in Sachanlagen für österreichische Fondskrankenanstalten sowie für Gesundheitseinrichtungen der Sozialversicherung aufgewendet.

Tabelle 3.1:

Investitionen in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten sowie in den Gesundheitseinrichtungen der gesetzlichen KV, nach Bundesländern in Euro, 2017

Land	Investitionen in Fondskrankenanstalten	Investitionen in Gesundheitseinrichtungen der Sozialversicherung*
	2017	2017
Burgenland	10.721.400	14.525.099
Kärnten	45.763.555	1.216.987
Niederösterreich	70.899.549	22.786.443
Oberösterreich	79.286.412	8.264.705
Salzburg	75.372.622	4.496.927
Steiermark	151.878.101	6.073.380
Tirol	66.536.889	8.720.704
Vorarlberg	45.043.874	153.057
Wien**	171.122.723	7.142.681
<b>GESAMT<sup>2</sup></b>	<b>716.625.125</b>	<b>73.379.981</b>

\*Bei der Summenbildung wurde auf die ursprünglichen, nicht gerundeten Ausgangswerte zurückgegriffen, dabei kann es zu geringfügigen Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen kommen.

\*\*inkl. Aufwendungen für das TZ Ybbs in der Höhe von rd. 1,60 Mio. Euro (2017)

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

Für Ausgaben zur Erbringung von Leistungen von Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche wurde die Erfolgsrechnung der SV-Träger als Grundlage herangezogen. Im Jahr 2017 wurden die in Tabelle 3.2 angeführten Ausgaben für Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche aufgewendet.

**Tabelle 3.2:**  
Aufwand Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche der gesetzlichen  
Krankenversicherungsträger, in Euro, 2017

Gesetzliche KV	Aufwand Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche der Sozialversicherungsträger*
	2017
GKK Burgenland	1.188.096
GKK Kärnten	3.947.917
GKK Niederösterreich	9.934.810
GKK Oberösterreich	10.728.677
GKK Salzburg	2.883.037
GKK Steiermark	9.518.305
GKK Tirol	6.099.024
GKK Vorarlberg	3.000.936
GKK Wien	16.771.894
Alle Betriebskrankenkassen	458.707
VAEB	1.513.082
VA öff. Bediensteter	6.590.661
SVA d. gew. Wirtschaft	4.454.942
SVA d. Bauern	1.683.244
<b>GESAMT*</b>	<b>78.773.333</b>

\*Bei der Summenbildung wurde auf die ursprünglichen, nicht gerundeten Ausgangswerte zurückgegriffen, dabei kann es zu geringfügigen Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen kommen.

Quelle: Erfolgsrechnung der Sozialversicherungsträger 2017

Die Höhe der Gesundheitsausgaben von Pensionsversicherung, Unfallversicherung, Krankenfürsorgeanstalten und des Bundes wurden analog der SHA-Methodik (Statistik Austria) berechnet. Tabelle 3.3 zeigt die Ausgaben für die Jahre 2012–2017.

**Tabelle 3.3:**  
Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenfürsorgeanstalten sowie des Bundes, in Mio. Euro, 2012–2017

Gesundheitsausgaben*	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Pensionsversicherung	802	858	889	902	980	1.027
Unfallversicherung	353	375	392	407	407	412
Krankenfürsorgeanstalten	464	477	486	500	515	531
Bund**	1.738	1.821	1.873	1.946	1.989	2.042

\* Die aktuell verfügbaren (Stand: Februar 2019) 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



## Teil B: Monitoring der Steuerungsbereiche

Im Folgenden wird anhand definierter Messgrößen und Zielvorgaben analysiert, wie weit die operativen Ziele des Zielsteuerungsvertrages in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung erreicht wurden.

Folgende Darstellung ermöglicht einen Überblick über den aktuellen Stand der Messgrößenausprägungen im Vergleich zum Vorjahr. Zusätzlich wird die Verteilung der Bundesland-Werte 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).

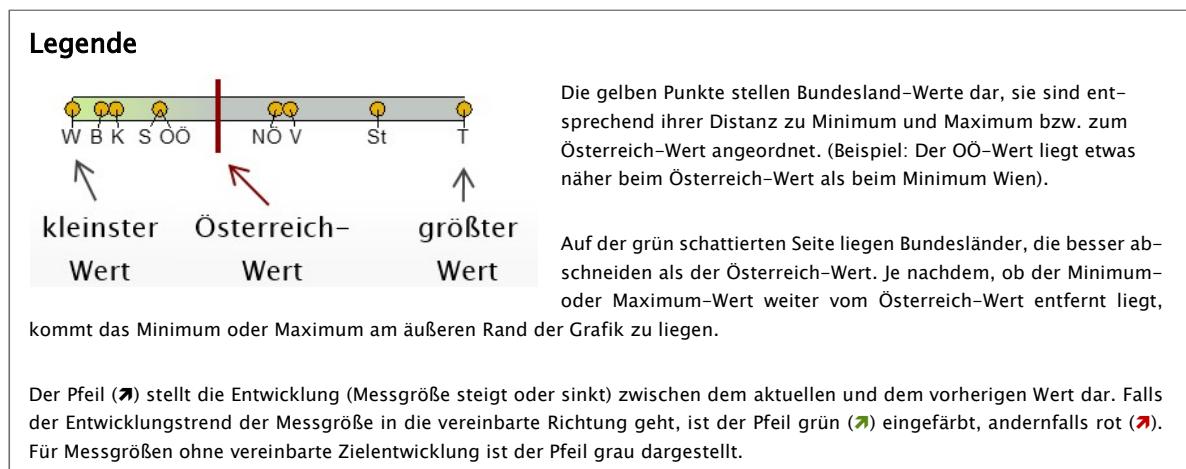
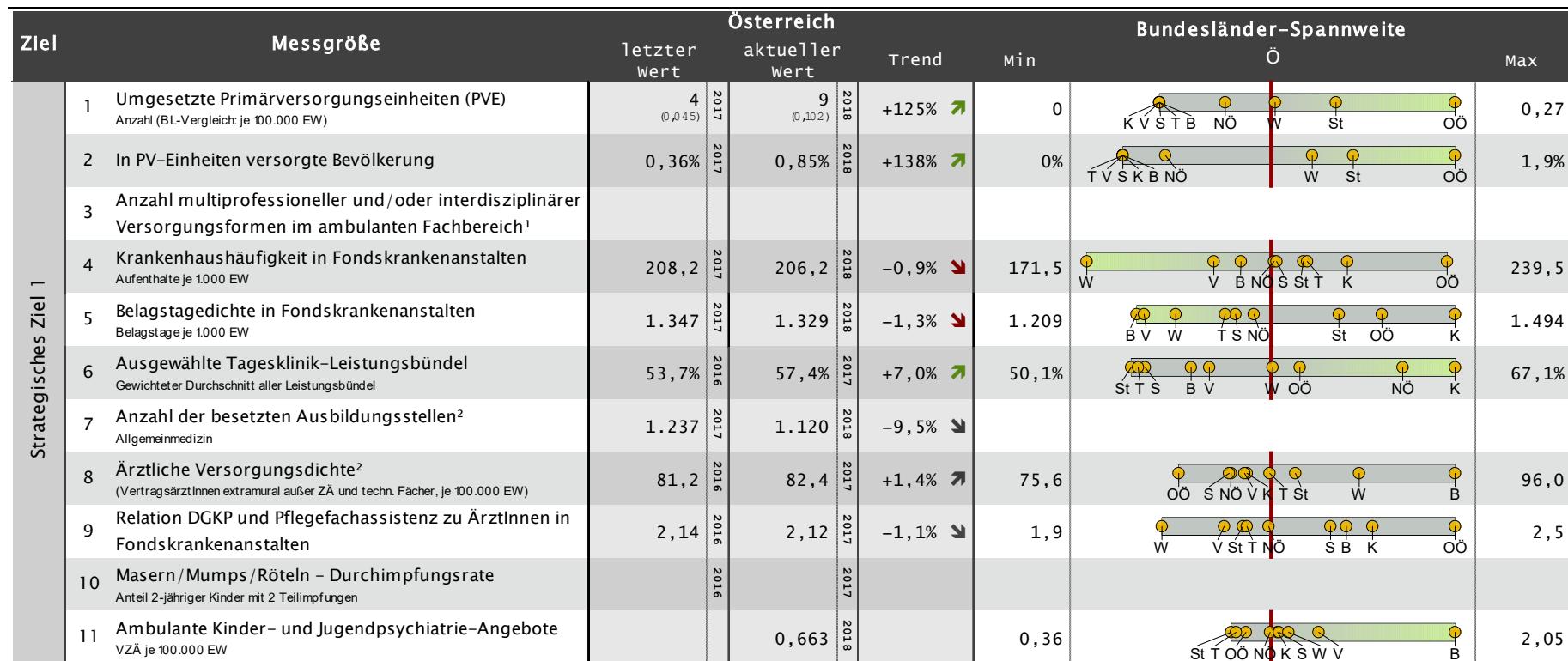


Abbildung 3.1: Übersicht über die Messgrößenausprägungen



Ziel	Messgröße	letzter Wert	aktueller Wert	Trend	Min	Bundesländer-Spannweite								Max	
						Ö	S	ÖÖ	K	T	W	NÖ	St	B	
Strategisches Ziel 2	12 Umsetzungsgrad ELGA Anzahl (Anteil) Gesundheitsdiensteanbieter	285 (2,5%)	3.743 (32,0%)	+1213%											
	13 Polypharmazie Prävalenz über 70-Jährige mit >5 Wirkstoffen, je 1.000 Anspruchsberechtigte	228,70	213,09	-6,8%	138,4	V	S	ÖÖ	K	T	W	NÖ	St	B	285,1
	14 Potentiell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren Anteil über-70-jährige Bevölkerung mit PIM	40,0%	37,8%	-5,5%	32,8%	V	ÖÖ	S	W	St	NÖ	T	KB		41,1%
	15 Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer Anteil <3. Pflegat., Fondskrankenanstalten	93,3%	93,5%	+0,1%	90,3%	St	S	V	T	NÖ	W	ÖÖ	K	B	95,5%
	16 In Therapie Aktiv versorgte PatientInnen	15,7%	18,4%	+17,4%	1,1%	T	B	K	NÖ	W	S	St	ÖÖ		27,1%
	17 Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen														
	18 Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung <sup>2,3</sup> sehr zufrieden + eher zufrieden, in % (Krankenhäuser/HausärztInnen)		70% / 89%												
	19 Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz <sup>3</sup> % der RespondentInnen		48%		37%	St	W	NÖ	K	ÖÖ	S	T	B	V	66%
Strategisches Ziel 3	20 Gesunde Lebensjahre bei der Geburt <sup>3</sup> (Männer+Frauen)	62,5	66,3	+6,0%	63,2	B	W	St	NÖ	ÖÖ	K	V	S	T	70,5
	21 Täglich Rauchende <sup>3</sup> % der Bevölkerung (Männer+Frauen)	23,2%	24,3%	+4,6%	20,9%	T	K	ÖÖ	St	NÖ	B	S	V	W	32,6%
	22 Kariesfreie Kinder <sup>3</sup> (Anteil 6-jähriger Kinder mit kariesfreiem Gebiss)	52%	55%	+5,8%	45%	W	B	K	ÖÖ	S	NÖ	V	St	T	71%

## Anmerkungen:

<sup>1</sup> Werte sind nicht verfügbar (n. v.)

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

<sup>3</sup> Dieser Wert beruht auf einer Umfrage mit nicht-jährlicher Periodizität, es ist kein Wert für 2018 verfügbar.

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 anhand von zwölf Messgrößen beobachtet werden soll (siehe Anhang 7.3).

Österreich weist im internationalen Vergleich 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 eine verbesserte integrative Versorgung durch eine abgestimmte verbindliche Planung (op. Ziel 1), die 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 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 2021 verständigt (MG 1) und dafür 200 Mio. Euro zweckgewidmet (gem. Art. 31 der 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens). Mit Stand Dezember 2018 waren nach Meldung der Krankenversicherungsträger neun Primärversorgungseinheiten laut Primärversorgungsgesetz in Betrieb (Böheimkirchen in Niederösterreich, Enns, Marchtrenk, Haslach und Sierning–Neuzeug in Oberösterreich, Graz–St. Leonhard und Weiz in der Steiermark, sowie Mariahilf und Donaustadt in Wien; siehe Abbildung 4.1).<sup>4</sup> In der Steiermark wurden zudem Gesundheitszentren in Betrieb genommen, die im Sinne der Primärversorgung arbeiten (Mariazell, Eisenerz, Voral). Die niederösterreichischen PVE in Schwechat und St. Pölten gingen erst nach dem 31. 12. 2018 in Betrieb.

<sup>4</sup>

Die Anzahl der Primärversorgungseinheiten zum Stand Ende 2018 basiert auf einer Umfrage bei den Krankenversicherungsträgern durchgeführt durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB). Aufgrund des zum Meldezeitpunkt fehlenden Gesamtvertrags erfolgte die Einschätzung ob eine Primärversorgungseinheit vorliegt, durch die KV-Träger anhand der Kriterien des Primärversorgungsgesetzes beziehungsweise des Konzepts „Das Team rund um den Hausarzt“.

Die neun Primärversorgungseinheiten zum Stand Ende 2018 versorgten 1,90 Prozent der Bevölkerung in Oberösterreich, 0,24 Prozent der Bevölkerung in Niederösterreich, 1,32 Prozent der Bevölkerung in der Steiermark und 1,08 Prozent der Bevölkerung in Wien (MG 2, siehe Abbildung 4.1).

Eine zentrale Maßnahme in diesem Bereich ist die Weiterentwicklung des Vertragswesens bzw. der Honorierungssysteme, die u. a. einen Lenkungseffekt bewirken soll, der die Patientinnen/Patienten vermehrt in Richtung Best Point of Service dirigiert (siehe auch op. Ziel 3).

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). Hierfür ist jedoch zunächst ein entsprechendes Konzept zu erarbeiten.

**Tabelle 4.1:**

Umgesetzte Primärversorgungseinheiten zum 31.12.2018 (Messgröße 1)

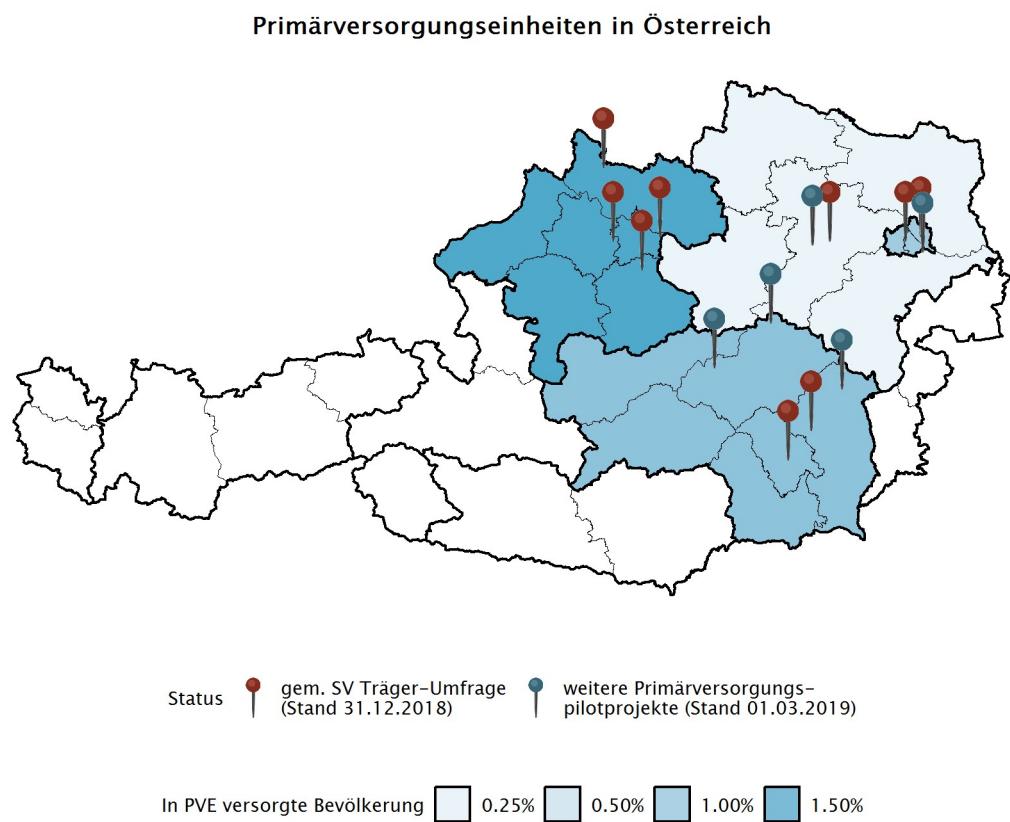
Bundesland	IST-Wert 31. 12. 2018	Ort	geplant in RSG	Zielwert 2021
Burgenland	-	-	-	3
Kärnten	-	-	6	5
Niederösterreich	1 (2)	Böheimkirchen (Schwechat*, St. Pölten*)	14	14
Oberösterreich	4	Haslach, Enns, Marchtrenk, Neuzeug-Sierning	6	13
Salzburg	-	-	5	5
Steiermark	2 (3)	Graz-St. Leonhard, Weiz (Vorau*, Eisenerz, Mariazell)	30	11
Tirol	-	-	-	6
Vorarlberg	-	-	3	3
Wien	2	Mariahilf, Donaustadt	36	16
<b>Österreich gesamt</b>	<b>9 (5)</b>			<b>75</b>

Anmerkung: PV-Pilotprojekte, die nach Stichtag 31. 12. 2018 in Betrieb genommen wurden (\*) beziehungsweise nicht der Definition einer Primärversorgungseinheit nach Primärversorgungsgesetz laut Meldung der KV Träger entsprechen, sind in Klammern angeführt.

Berechnung der Zielwerte auf Landesebene erfolgte gemäß Bevölkerungsschlüssel Kaufmännisch gerundet.

Quelle: Meldung HVB 2019; BMASGK (2019b); Statusbericht 2019

Abbildung 4.1:  
Versorgte Bevölkerung in PVE in Prozent (Messgröße 2) und PVE-Standorte



Anmerkung: Die Berechnung der versorgten Bevölkerung erfolgte mit 31.12 für PVE laut HVB-Umfrage bei den KV-Trägern und bezieht sich auf die innerhalb eines Bundeslandes versorgte Bevölkerung.

Quelle: Meldung HVB 2019, Darstellung: GÖG

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

Neben dem Ausbau ambulanter Versorgungsformen bietet sich innerhalb stationärer Versorgungsstrukturen 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 Bereiches** wurde bereits in der ersten Zielsteuerungsperiode (2013–2016) priorisiert. Sowohl bei der Anzahl der Tage, die durchschnittlich pro Jahr im Krankenhaus verbracht werden (Belagstagedichte, Messgröße 5), als auch bei der Frage, wie viele Per-

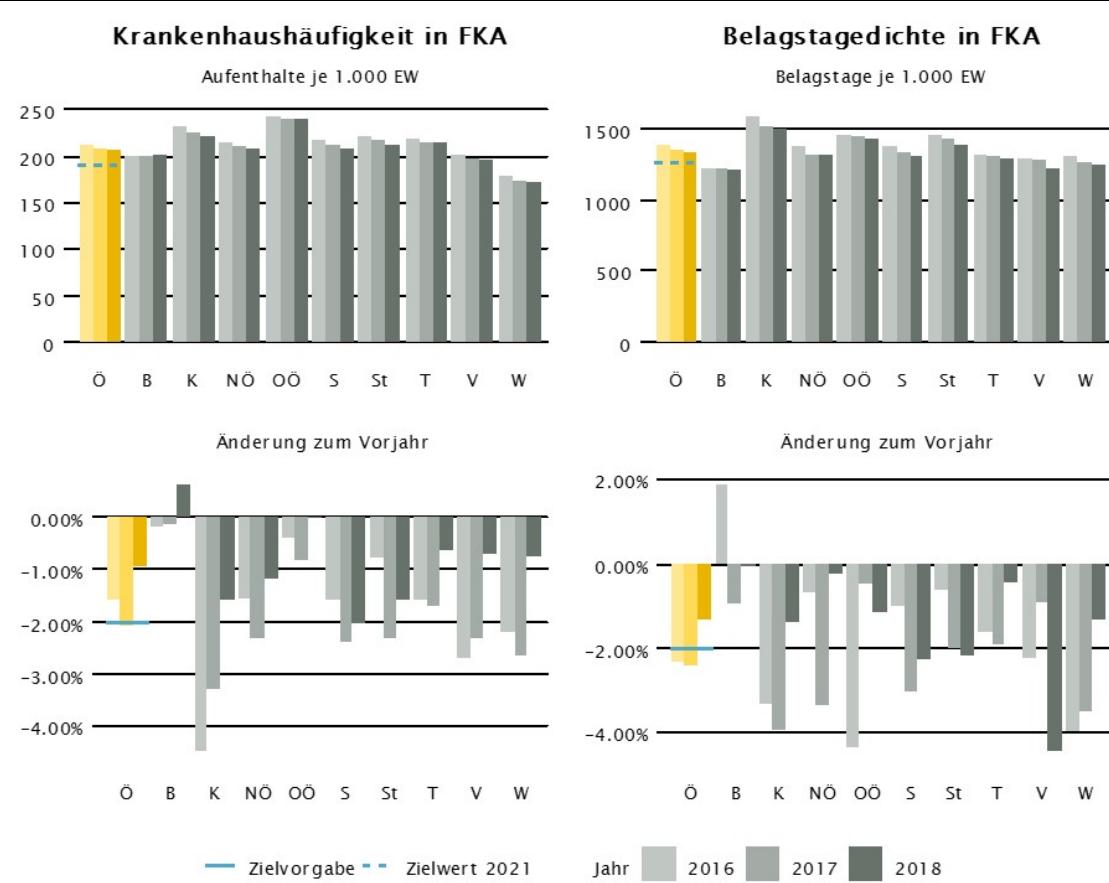
sonen pro Jahr in ein Krankenhaus aufgenommen werden und dort mindestens eine Nacht verbringen (Krankenhaushäufigkeit, Messgröße 4), sind sinkende Trends zu beobachten (siehe Abbildung 4.2). Jedoch besteht trotz einer positiv einzuschätzenden Trendentwicklung weiterhin Verbesserungspotenzial, da das Gesamtniveau in Österreich im internationalen Vergleich deutlich über dem Durchschnitt liegt. Eine jährliche Reduktion von mindestens 2 Prozent österreichweit wird daher in der aktuellen Zielsteuerungsperiode angestrebt (Basisjahr 2015).

Zuletzt konnten beide Ziele, auf ganz Österreich bezogen, nicht erreicht werden, die **Krankenhaushäufigkeit in FKA** sank mit rund 0,9 Prozent von 2017 auf 2018 im geringsten Ausmaß seit Beginn der Zielsteuerung-Gesundheit im Jahr 2013 (Basis vorläufige Datenübermittlung mit Stand April 2019). Nur in Salzburg (-2,07 %) konnte das Ziel der jährlichen Reduktion um 2 Prozent erreicht werden.

Zu einer Nichtereichung der Zielsetzung kam es bundesweit auch beim Indikator **Belagstagedichte in FKA** mit einer Reduktion von 1,3 Prozent zwischen 2017 und 2018. In Salzburg, der Steiermark und in Vorarlberg konnte das Ziel auf Landesebene erreicht werden. Hervorzuheben ist der überproportional starke Rückgang in Vorarlberg (-4,5 %).

Abbildung 4.2:

Krankenhaushäufigkeit und Belagstagedichte in Fondsärztlichen Krankenanstalten (FKA)  
(Messgrößen 4 und 5)



FKA = Fondsärztlichen Krankenanstalten (über die Landesgesundheitsfonds finanzierte Krankenanstalten)

Exklusive: Nulltagsaufenthalte; ausländische Gastpatientinnen/-patienten; Aufnahmearzt „H“: halbstationär

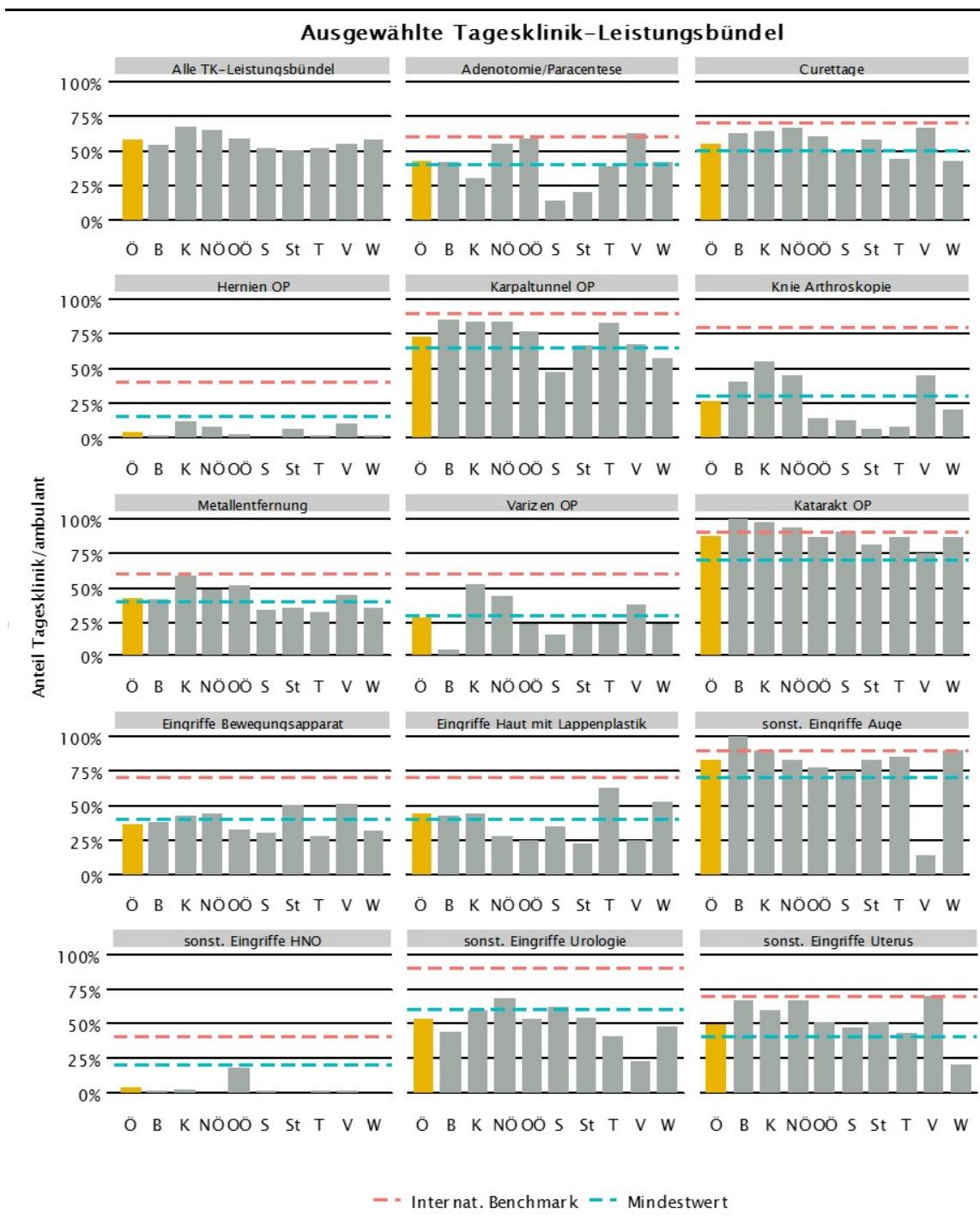
Keine Altersstandardisierung, quellbezogen nach Wohnort der Patientinnen/Patienten

Quelle: BMASGK (2019a); Darstellung: GÖG

Eine weitere positive Entwicklung zeigt sich im steigenden Anteil tagesklinisch erbrachter Leistungen (Messgröße 6, tagesklinisch–stationär oder ambulant), wie in Abbildung 4.3 dargestellt. Dabei ist zu betonen, dass die Entwicklung nicht in allen Bundesländern homogen verläuft. Österreichweit 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 Hernien–OPs im Jahr 2017 mit 4,2 Prozent deutlich unter dem Zielwert von 15 Prozent und noch deutlicher unter dem internationalen Benchmark von 40 Prozent.

Abbildung 4.3:

Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinisch–stationär oder ambulant erbracht werden, je Bundesland 2017 (Messgröße 6)



Quelle: BMASGK (2019a); 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 2017 bei 238,5 Ärztinnen/Ärzten (Vollzeitäquivalente) in Fondsärztekranikenanstalten je 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner (EW). Wie bei den meisten Messgrößen verteilt sich diese Dichte äußerst unterschiedlich im Bundesländervergleich. Während in burgenländischen Fondsärztekranikenanstalten rund 170,8 Ärztinnen/Ärzte auf 100.000 EW kamen, lag dieses Verhältnis in Wien bei annähernd doppelt so vielen Ärztinnen/Ärzten (310,3). Im Zeitverlauf stieg die ärztliche Versorgungsdichte in FKA in den meisten Bundesländern moderat an. Zwischen 2016 und 2017 gab es das stärkste Wachstum im Burgenland (+4,3 %).

Im **extramuralen Bereich** gab es 2017 rund 82,4 Vertragsärztinnen/-ärzte und Ärztinnen/Ärzte in Einrichtungen der Sozialversicherung (gemessen in ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE) exklusive Zahnmedizin<sup>5</sup> und technischer Fächer) je 100.000 EW und 35,1 Vertragszahnmedizinerinnen/-mediziner (gemessen in ÄAVE) je 100.000 EW. Der Bundesländervergleich zeigt hier im Vergleich zur intramuralen ärztlichen Versorgungsdichte ein gegensätzliches Bild im Burgenland, das mit rund 96 ÄAVE je 100.000 EW (alle Fachrichtungen exklusive Zahnmedizin<sup>5</sup> und technischer Fächer) die höchste Dichte aufweist. Die geringste Versorgungsdichte im Bereich Vertragsärztinnen/-ärzte findet sich 2017 in Oberösterreich mit 75,6, das gleichzeitig die höchste Krankenhaushäufigkeit aufweist. Österreichweit ist in jüngster Vergangenheit die ärztliche Versorgungsdichte bei Vertragsärztinnen/-ärzten leicht angestiegen (+1,7 % zwischen 2015 und 2017); über einen längeren Zeitraum betrachtet, ist jedoch eine Stagnation bzw. je nach gewähltem Zeitraum ein moderates Sinken zu beobachten (-0,5 % zwischen 2013 und 2017).

---

<sup>5</sup>

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

Mit Stand November 2018 befanden sich 1.036 Ärztinnen/Ärzte in Basisausbildung, 1.120 Ärztinnen/Ärzte in Ausbildung für Allgemeinmedizin, weitere 5.640 Ärztinnen/Ärzte waren in einer Facharztausbildung, und 587 Ärztinnen/Ärzte befanden sich in Ausbildung zu einem Additivfach. Insgesamt gab es somit 8.383 **besetzte Ausbildungsstellen** (Messgröße 7). Zu beachten ist hier, dass aufgrund der Umstellung auf die Ärzteausbildungsordnung 2015 die besetzten Ausbildungsstellen derzeit noch nicht uneingeschränkt im historischen Zeitverlauf verglichen werden können.<sup>6</sup> Aus den bisher bekannten Zeitreihen lässt sich insgesamt ein positiver Trend bei besetzten Ausbildungsstellen erkennen, von November 2016 bis November 2018 ist deren Anzahl um 2,1 Prozent gestiegen. Das Wachstum lässt sich jedoch nur auf Anstiege in der Basisausbildung (+10,4 %) und der Facharztausbildung (+10,1 %) zurückführen. Die **besetzten Ausbildungsstellen in der Allgemeinmedizin** sind im selben Zeitraum um 22 Prozent gesunken.

Ebenso relevant wie die Verfügbarkeit sind der adäquate Einsatz und ein effizienter Skill-Mix des notwendigen Fachpersonals. Dementsprechend wurde auch der **Anteil der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger (DGKP) und der Pflegefachassistentinnen/-assistenten (PFA) in Relation zu Ärztinnen/Ärzten** als Indikator (Messgröße 9) zur Beobachtung gewählt.<sup>7</sup> Im Jahr 2017 gab es in österreichischen Fondsrankenanstalten 2,12 DGKP (in Vollzeitäquivalenten) je Ärztin/Arzt (in Vollzeitäquivalenten). Dieses Verhältnis ist seit dem Jahr 2013 (2,2) leicht gesunken, und zwar deshalb, da die Anzahl der Ärztinnen/Ärzte im Zeitraum 2013 bis 2017 um 5,6 Prozent zugenommen hat, während sich die Anzahl der DGKP mit einem Wachstum von 1,5 Prozent nur leicht erhöht hat. In Fondsrankenanstalten waren 2017 rund 20.920 ärztliche VZÄ und rund 44.291 DGKP (in VZÄ) angestellt.

---

<sup>6</sup>

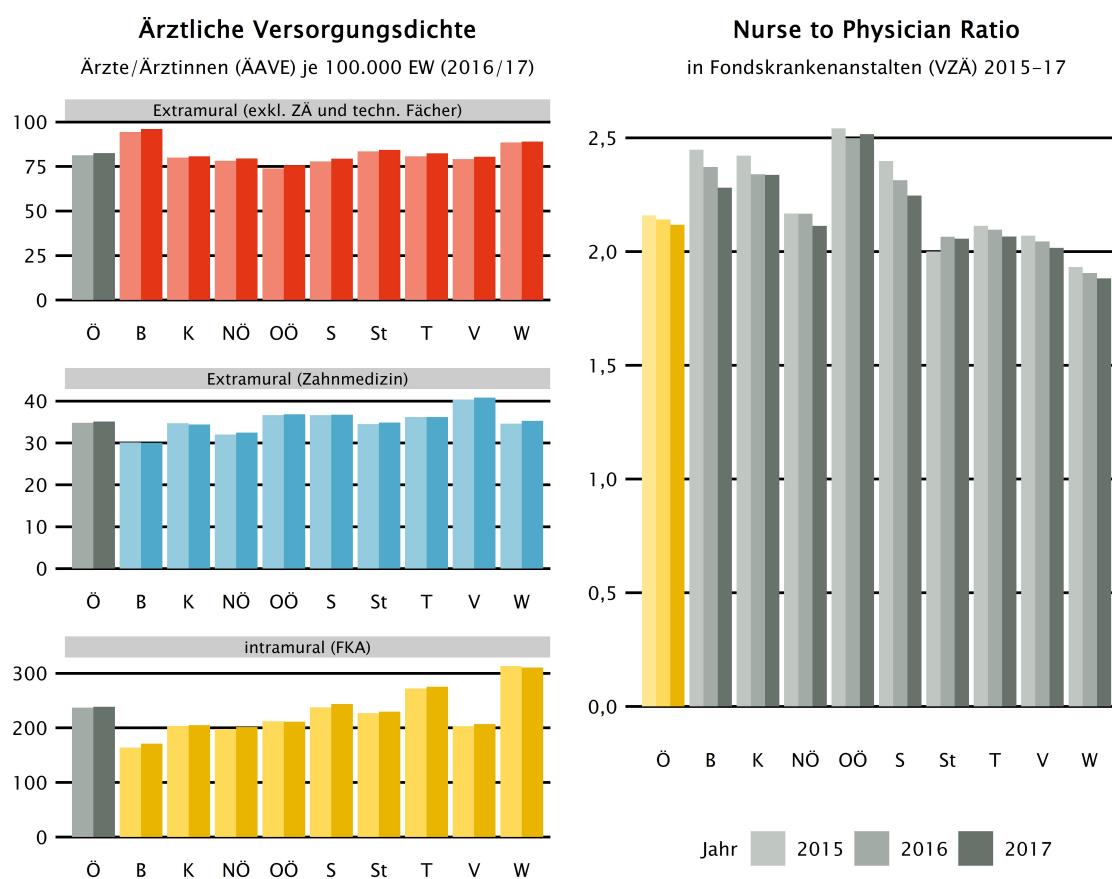
Die Anzahl der genehmigten Ausbildungsstellen (Messgröße 7, Teil 2) kann aufgrund der unzureichenden Datenlage derzeit nicht dargestellt werden. Zwar existieren Informationen zu genehmigten Ausbildungsstellen bzw. Ausbildungsstätten, allerdings kann daraus nicht die Anzahl der tatsächlich besetzbaren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

<sup>7</sup>

Im Beobachtungsjahr 2016 waren noch keine PFA berufstätig.

Abbildung 4.4:

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



ÄAVE: Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten, VZÄ: Vollzeitäquivalente

Quelle: Meldung HVB 2019, BMASGK (2019a); 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 Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen umgesetzt. Zum Beispiel soll die Abwicklung von Impfungen optimiert, Frühe Hilfen sollen weiterentwickelt und niederschwellige Angebote im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich erweitert werden.

Die **Durchimpfungsrate für Masern/Mumps/Röteln bei Kindern** (Messgröße 10), das heißt der Anteil der Zweijährigen mit zwei Teilimpfungen, wurde im Jahr 2016 mit 70,77 Prozent geschätzt. Bei vierjährigen Kindern lag die jüngst verfügbare Schätzung (für 2017) der Durchimpfungsrate bei 84 Prozent, was gegenüber dem Vorjahr einen Rückgang um fünf Prozentpunkte darstellt (siehe Tabelle 7.13).<sup>8</sup> Die Einführung des E-Impfpasses wird zukünftig eine genauere Erfassung ermöglichen. Österreich hat sich auch außerhalb der Zielsteuerung Durchimpfungsquoten 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 (MMR) werden ab dem vollendeten 9. Lebensmonat empfohlen. Bei Erstimpfung im 1. Lebensjahr soll die 2. Impfung nach drei Monaten verabreicht werden. Bei Erstimpfung nach dem 1. Lebensjahr erfolgt die 2. Impfung frühestmöglich – mit einem Mindestabstand von vier Wochen.<sup>9</sup> Gemäß Daten des BMASGK wurde das Ziel einer 95-%-Durchimpfungsrate im Jahr 2017 mit zwei Impfdosen nicht erreicht. Für die Altersgruppe der 2- bis 5-Jährigen konnte für die erste Impfung das Ziel einer 95-%-Durchimpfungsrate erreicht werden, jedoch liegt die Durchimpfungsrate für die zweite Teiimpfung konstant bei rund 81 Prozent, wodurch rund 48.000 Kinder in dieser Altersgruppe eine zweite Impfung erhalten sollten. Kinder werden tendenziell später als im österreichischen Impfplan vorgesehen geimpft, so wurden nur 75 % der ersten Impfdosen und 38,5 % der zweiten Impfdosen Kindern unter 2 Jahren verabreicht.<sup>10</sup>

Um die **Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die psychosoziale Probleme aufweisen**, zu verbessern und einer Unterversorgung aufgrund von Mangelberufen entgegenzusteuern, wurde im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2017 die Notwendigkeit des Ausbaus ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer (KJP) Einheiten erkannt, und diese wurden mit entsprechenden Planungsrichtwerten versehen. Je 250.000 EW soll es mindestens eine KJP-Einheit geben (BMGF 2017). In den Zielsteuerungsvertrag wurde ebenfalls die Erhöhung der **ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Angebote** als Zielvorgabe aufgenommen (Messgröße 11). Mit Stand September 2018 gab es laut Meldung der Gebietskrankenkassen insgesamt 31 niedergelassene VZÄ

<sup>8</sup>

Siehe: [https://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/data/aut.pdf](https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/aut.pdf)

<sup>9</sup>

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

<sup>10</sup>

Siehe: [https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/7/5/CH4062/CMS1540470756902/kurzbericht\\_masern.pdf](https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/7/5/CH4062/CMS1540470756902/kurzbericht_masern.pdf)

und 27,5 Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater (in VZÄ) in Ambulatorien. Gemessen an Vollzeitäquivalenten, gab es damit die höchste Dichte an KJP-Angeboten je 250.000 EW im Burgenland (5,1) gefolgt von Vorarlberg (2,6) und Wien (2,0). In der Steiermark gab es 2018 die geringste Dichte mit einem Wert von 0,9.

## 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 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. Auch das neue Regierungsprogramm hebt die Rolle von Digitalisierung und Telemedizin als Unterstützung des Gesundheitswesens hervor (Bundeskanzleramt 2018). Eine sichere und effiziente Betriebsführung der etablierten elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) im Routinebetrieb zu gewährleisten ist eine laufende Aufgabe der nächsten Jahre. ELGA inklusive E-Befund und E-Medikation fristgerecht zu etablieren ist eine konkrete Maßnahme des Zielsteuerungsvertrags. Zusätzlich soll die ELGA-Infrastruktur für E-Health-Anwendungen weiterentwickelt und die Konzeption und Umsetzung von E-Health-Anwendungen wie zum Beispiel dem E-Impfpass vorangetrieben werden.

Der ELGA-Rollout ist mittlerweile weit fortgeschritten. Mit Stand Dezember 2018 hatten 53,0 Prozent aller Krankenanstalten und 96,4 Prozent aller Fondskrankenanstalten ELGA in Betrieb (Messgröße 12). Von weiteren Gesundheitseinrichtungen hatten etwa 2 Prozent der Pflegeeinrichtungen, 6 Prozent der Ambulatorien, rund 42 Prozent der Apotheken und ca. 37 Prozent der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte (Vertragsärztinnen/-ärzte und freiwillig teilnehmende Wahlärztinnen/-ärzte) ELGA in Betrieb (siehe Anhang 7.2). Rund ein Drittel (32 %) der im GDA-Index<sup>11</sup> erfassten Einrichtungen hatte mit Jänner 2019 österreichweit ELGA in Betrieb.

### Optimierung der Medikamentenversorgung (op. Ziel 5 und 7)

Der gezielte Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien wie zum Beispiel der E-Medikation soll mittelfristig auch zu einer Verbesserung in der Medikamentenversorgung führen. 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 multimorbidien Menschen erhöht sich durch die Einnahme mehrerer Medikamente gleichzeitig das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen (Keuerleber/Sauermann 2016). Die **Polypharmazieprävalenz der über 70-Jährigen**, definiert als Anspruchsberechtigte mit mehr als fünf verschriebenen Wirkstoffen je 1.000 Anspruchsberechtigte, lag im Jahr

---

11

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.gesundheit.gv.at/elga/was-ist-elga/bausteine-komponenten>).

2018 zwischen 138 in Vorarlberg und mehr als doppelt so hoch im Burgenland mit 285, österreichweit lag sie bei 213.<sup>13</sup> Als Zielvorgabe im Zielsteuerungsvertrag wurde eine Senkung der Prävalenzrate vereinbart. Der Vergleich zwischen den Jahren 2017 und 2018 zeigt, dass die Prävalenzraten in allen Bundesländern rückläufig sind, die stärksten Rückgänge konnten in Salzburg (-8,6 %) und in Vorarlberg (-8,6 %) verzeichnet werden. Den geringsten Rückgang gab es in Wien (-5,3 %).<sup>12</sup> Abbildung 5.1 zeigt die Unterschiede zwischen den Bundesländern im Jahr 2018.

Ebenso gemessen wird der **Anteil der über 70-Jährigen mit mindestens einer potenziell inadäquaten Medikation** (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. Ginko-Präparate),
- » schädlich für die Patientinnen/Patienten sein können oder
- » für die wirkungsvollere, sicherere Alternativen bestehen.

Wie aus der nachstehenden Abbildung 5.1 ersichtlich wird, variiert der Wert ebenfalls stark zwischen den Bundesländern. In Vorarlberg lag die PIM-Prävalenz bei rund 32,8 Prozent, im Burgenland bei 41,1 Prozent, österreichweit betrug sie 37,8 Prozent.<sup>13</sup> Im Vergleich zu den 2017 gemeldeten Werten kann ein Rückgang der PIM-Prävalenz beobachtet werden, der wiederum am stärksten in Salzburg und Vorarlberg ausfiel. Auch hier gilt es wieder die Fußnote 13 zu beachten. Nach wie vor erhält mehr als ein Drittel der Anspruchsberechtigten über 70 zumindest eine potenziell inadäquate Medikation.

Das operative Ziel 7 zielt darauf ab, die Medikamentenversorgung sektorenübergreifend gemeinsam zu optimieren. Als konkrete Maßnahme soll zum Beispiel eine Analyse der erforderlichen Grundlagen einer sektoren-, bundesländer- und EU-Mitgliedstaaten-übergreifenden Beschaffung von Medikamenten durchgeführt werden. Darüber hinaus sollen des Weiteren unter anderem auch

12

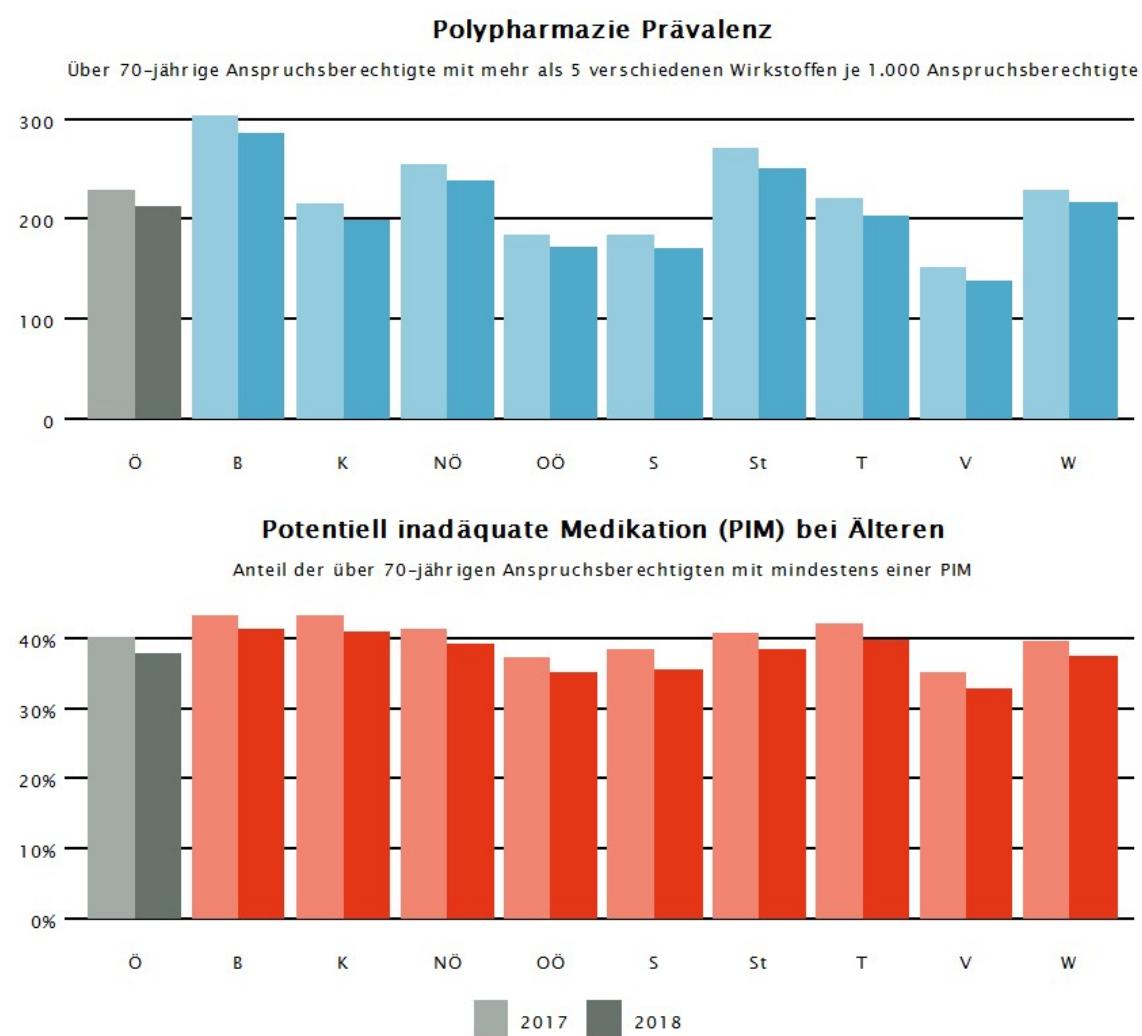
Aufgrund einer Änderung in der Berechnung hat sich die Anzahl anspruchsberechtigter Personen (Nenner) erhöht, während die absolute Anzahl von Polypharmaziepatientinnen/-patienten oder PIM-Patientinnen/-Patienten (Zähler) gesunken ist. Ein Teil des Rückgangs lässt sich daher auf die veränderte Berechnungsmethode zurückführen.

13

Die Berechnung bezieht sich auf Verordnungen, die vom 1. bis zum 3. Quartal 2017 abgegeben wurden. Arzneimittel unter der Kostenerstattungsgrenze finden nur im Falle einer Rezeptgebührenbefreiung der Patientin / des Patienten Berücksichtigung. Bundeslandzuordnungen erfolgten nach Wohnort der Patientinnen/Patienten (quellbezogen). Jahresauswertungen sind nur eingeschränkt miteinander vergleichbar, da die jährliche Rezeptgebührenanpassung Auswirkungen auf die in den Abrechnungsdaten enthaltenen Verordnungszahlen hat. Der Zeitraum (2. Quartal) bezieht sich auf das Abgabedatum der Verordnung (in öffentlichen Apotheken oder Hausapotheke). Da auch mehrfach versicherte Anspruchsberechtigte in der Auswertung berücksichtigt werden, wurde für die Berechnung der „Anspruchsberechtigten“ der Wohnort als Bundesland pro Auswertung fixiert. Es wurden nur die Darreichungsformen parenteral, peroral feste Formen, peroral flüssige Formen und sonstige AF mit systemischer Wirkung für die Auswertung beachtet. Nur jene Arzneimittel finden in der Auswertung Berücksichtigung, denen ein ATC-Code zugeordnet ist (magistrale Zubereitungen sind nicht berücksichtigt). Bei Abgabe eines Kombinationspräparats wird ausschließlich der ATC-Code herangezogen, der im Erstattungskodex aufscheint. Die Anzahl der Wirkstoffe ergibt sich aus der Anzahl der unterschiedlichen ATC-Codes. Für die Anspruchsberechtigten und Heilmittel-Patientinnen/-Patienten wurden nur solche herangezogen, die 2018 das Alter von 71 Jahren erreicht oder überschritten hatten.

Grundlagen für die Beschaffung und Abgabe von Medikamenten in Wohn- und Pflegeheimen geschaffen werden. Mit Stand Dezember 2018 waren noch keine **gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen**, sowohl sektorenübergreifend als auch bundesländerübergreifend, umgesetzt (Messgröße 17).

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



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

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

Die **präoperative Verweildauer** (Messgröße 15) in Fondsrankrankenanstalten gilt als Indikator der Prozessqualität und Anzeichen für die Integration der Versorgungsstufen. Die Messgröße wurde bereits im Rahmen des Monitorings der ersten Zielsteuerungsperiode dargestellt. Der Anteil der Aufenthalte in Fondsrankrankenanstalten mit kurzer präoperativer Verweildauer, definiert als Aufnahmen mit einer Leistungserbringung in weniger als drei Pflegetagen, betrug 2018 österreichweit 93,5 Prozent und liegt damit knapp unter dem Zielwert von 94 Prozent (siehe Abbildung 5.2). Der Zielwert wurde 2018 von vier Bundesländern erreicht (Burgenland, Kärnten, Oberösterreich und Wien). In 57,6 Prozent aller Fälle in FKA wurde die Leistungserbringung binnen eines Pflegetages umgesetzt. Den höchsten Anteil erzielte hierbei Oberösterreich mit 62,5 Prozent Aufnahmen mit einer Leistungserbringung innerhalb eines Pflegetages, den geringsten Anteil verzeichnete man im Burgenland mit 50,7 Prozent.

Ebenso als Messgröße (16) aufgenommen wurden die in „Therapie Aktiv“ **versorgten Patientinnen/Patienten** sowie teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte. Mit dem Indikator soll die Verbesserung der integrierten Versorgung gemessen werden. „Therapie Aktiv“ ist ein Betreuungs- und Therapieprogramm für Typ-2-Diabetikerinnen/-Diabetiker und das erste Disease-Management-Programm in Österreich. Die Teilnahmeraten haben sich sowohl auf ärztlicher Seite wie auch bezüglich der teilnehmenden Patientinnen/Patienten in den letzten Jahren erhöht. Der Anteil der Typ-2-Diabetikerinnen/-Diabetiker, welche am Programm teilnahmen, lag 2017 österreichweit bei 18,43 Prozent und damit um 2,7 Prozentpunkte über dem Vorjahreswert.<sup>14</sup> Ebenso erhöhte sich die Teilnahmerate der niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner im Zeitraum 2017 bis 2018 von 15,18 Prozent auf 16,21 Prozent. Hierbei ist anzumerken, dass die Teilnahmeraten sowohl von Patientinnen/Patienten als auch von Ärztinnen/Ärzten generell niedrig ausfallen und starke bundesländerspezifische Varianzen aufweisen. Der Anteil der teilnehmenden Typ-2-Diabetikerinnen/-Diabetiker lag etwa 2017 im Burgenland bei 3,8 Prozent, während 3,1 Prozent der Ärztinnen/Ärzte teilnahmen. Im Gegensatz dazu nahmen beispielsweise in Oberösterreich 27,1 Prozent der Typ-2-Diabetikerinnen/-Diabetiker an „Therapie Aktiv“ teil sowie 24,5 Prozent der Ärztinnen/Ärzte.

Zur **Stärkung der Sachleistungsversorgung** wird versucht, örtliche, zeitliche und soziale Zugangsbarrieren abzubauen. Zum Beispiel sollen anhand einer Analyse Maßnahmen zur Verbesserung des

14

Die Diabetes-Typ-2-Prävalenz wird auf Basis der Abrechnungsdaten der Sozialversicherungsträger ermittelt (z. B. diabetes-relevante Medikamentenverordnungen, Blutzuckerbestimmungen, HbA1c-Bestimmungen) und steht zum jetzigen Zeitpunkt nur bis 2017 zur Verfügung, weshalb der Anteil der teilnehmenden Diabetikerinnen/Diabetiker nur bis 2017 ausgewiesen werden kann.

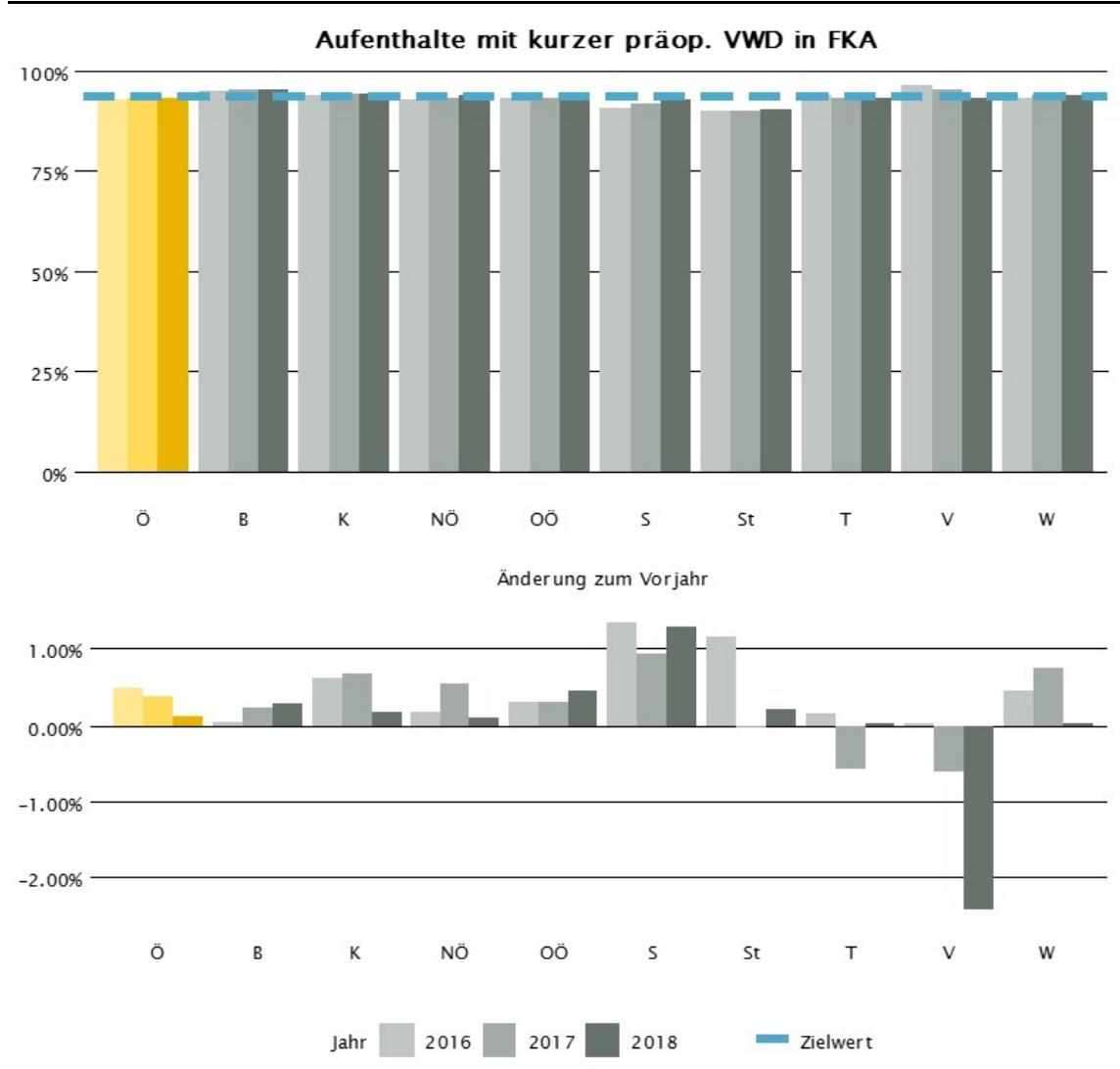
Zugangs abgeleitet werden und ein Öffnungszeiten- und Wartzeitenmonitoring etabliert werden. Ein verbessertes Sachleistungsangebot soll auch positive Auswirkungen auf die **Zufriedenheit der Bevölkerung mit der medizinischen Versorgung** haben (Messgröße 18).

Im Jahr 2016 waren 89 Prozent der Bevölkerung zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrer praktischen Ärztin / ihrem praktischen Arzt, 85 Prozent waren zufrieden bzw. sehr zufrieden mit der Versorgung durch Fachärztinnen/-ärzte, und 70 Prozent der Bevölkerung zeigten sich zufrieden oder sehr zufrieden mit der Versorgung in Krankenanstalten. Im Vergleich dazu zeigten sich 58 Prozent zufrieden oder sehr zufrieden mit der Versorgung in Spitalsambulanzen. Rund die Hälfte der Bevölkerung war zufrieden oder sehr zufrieden mit der Versorgung durch Therapeutinnen/Therapeuten (HVB 2016). Da die Zufriedenheit der österreichischen Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung bereits vergleichsweise hoch ist, wurde als Zielvorgabe lediglich ein steigender oder gleichbleibender Trend vereinbart. Die Messung einer Veränderung wird auf Basis einer weiteren Befragung vor Ende der Zielsteuerungsperiode möglich sein.

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 Pflegetage) in Fondskrankenanstalten (FKA), 2017 (Messgröße 15)



Quelle: BMASGK (2019a); Darstellung: GÖG

## 6 Gesündere Bevölkerung (strategisches Ziel 3)

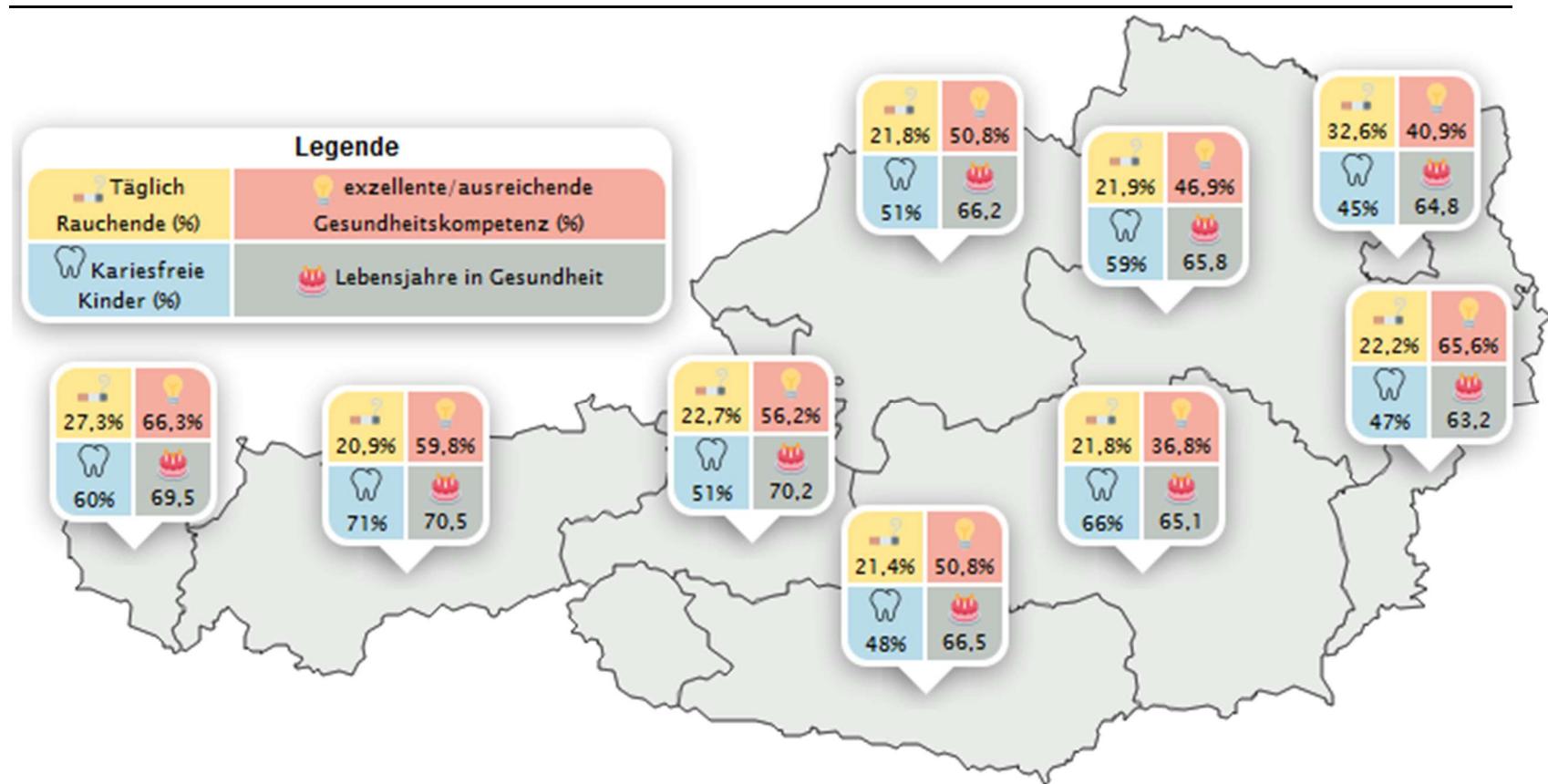
Das strategische Ziel 3, „Gesundheitsförderung und Prävention: Erhöhung der Zahl der gesunden Lebensjahre und Verbesserung der Lebensqualität von erkrankten Personen“, strebt anhand zweier operativer Ziele („Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung“ und „Stärkung von zielgerichteter Gesundheitsförderung und Prävention“) eine gesündere Bevölkerung an. Der Reformerfolg 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. Die letzte Gesundheitskompetenzbefragung (Health Literacy Survey) wurde 2011 in acht europäischen Ländern (Österreich, Bulgarien, Deutschland, Griechenland, Irland, Niederlande, Polen und Spanien) durchgeführt und umfasste 1.000 Befragte pro Mitgliedstaat. Darüber hinaus wurden in Österreich Zusatzerhebungen in den Bundesländern durchgeführt, um Aussagen auf Bundesländerebene zu ermöglichen (Pelikan et al. 2013). Diese Erhebung wird 2019 erneut durchgeführt und wird Erkenntnisse in Hinblick auf die Entwicklung der österreichischen Gesundheitskompetenz im europäischen Vergleich liefern. Dementsprechend ergibt sich daraus die Möglichkeit, etwaige Veränderungen der Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung vor Ende der Zielsteuerungsperiode 2021 abzubilden.

Generell zeigten 2011 in Österreich 48,4 Prozent der Bevölkerung **exzellente (11,2 %) oder ausreichende (37,2 %) Gesundheitskompetenz** (Pelikan J. M. et al. 2012). Diese variierte stark zwischen einzelnen Bundesländern mit 66,3 Prozent in Vorarlberg im Vergleich zu 36,8 Prozent in der Steiermark (siehe Abbildung 6.1). Im europäischen Vergleich zeigte sich Österreich hier unterdurchschnittlich. Unter den acht befragten Mitgliedstaaten verzeichneten nur Bulgarien und Spanien einen geringeren Bevölkerungsanteil mit ausreichender bzw. exzellenter Gesundheitskompetenz.

Abbildung 6.1:  
Gesündere Bevölkerung: täglich Rauchende (2014), Gesundheitskompetenz (2011), gesunde Lebensjahre (2014) und kariesfreie Kinder (2016) im Bundesländervergleich (Messgrößen 19 bis 22)



Quellen: Bodenwinkler et al. (2017); Klimont/Klotz (2016); Pelikan et al. (2013); Statistik Austria (2015); Darstellung: GÖG  
Anmerkung: Bei den gesunden Lebensjahren bei der Geburt wurde ein 50/50 Durchschnitt für Männer und Frauen errechnet

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

Im Jahr 2014 verbrachten Frauen in Österreich 66,6 **Jahre in guter Gesundheit**, Männer 65,9 Jahre (Messgröße 20). Im Vergleich dazu waren es im Jahr 2006 noch rund 63,2 Jahre bei Frauen beziehungsweise 61,8 Jahre bei Männern. Folglich konnten innerhalb von acht Jahren 3,4 Jahre an Lebenserwartung in guter Gesundheit für Frauen beziehungsweise 4,1 solcher Jahre für Männer gewonnen werden. Starke Unterschiede zeigen sich hier wiederum auf regionaler Ebene mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung in guter Gesundheit im Burgenland von 63,2 Jahren (Frauen: 61,7; Männer: 64,7) im Vergleich zu 70,5 (Frauen: 71,6; Männer: 69,4) in Tirol (siehe Abbildung 6.1).

Die nächste ATHIS-Befragung ist für 2019 geplant, anhand deren es möglich sein wird, Veränderungen hinsichtlich der subjektiv in guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre während der Zielsteuerungsperiode darzustellen. Die Zielsteuerungspartner intendieren hierbei einen weiterhin positiven Trend.

Der **Anteil täglich Rauchender** ist ein weitverbreiteter Indikator im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Im Jahr 2014 rauchten 24,3 Prozent und damit rund ein Viertel der Österreicherinnen/Österreicher täglich. Beim Rauchverhalten zeigen sich geschlechtsbezogene Unterschiede, 26,5 Prozent der Männer und 22,1 Prozent der Frauen über 15 Jahre rauchen täglich. Wiederum zeigt sich eine starke regionale Varianz mit durchschnittlich 20,9 Prozent täglich Rauchender in Tirol im Vergleich zu 32,6 Prozent in Wien (siehe Abbildung 6.1). In den letzten Jahren ist die Raucherrate gemäß der Statistik Austria von 23,2 Prozent im Jahr 2006 auf 24,3 Prozent im Jahr 2014 insgesamt gestiegen. Während bei den Männern ein leicht sinkender Trend feststellbar ist, steigt die Raucherrate bei Frauen. International liegt Österreich in diesem Bereich signifikant über dem Durchschnitt (Deutschland 2013: 20,9 %; England 2016: 16,1 %; Schweden 2015: 11,2 %) (OECD 2018). Die Zielsteuerungspartner intendieren hierbei eine Trendwende, weitere Vergleichswerte werden nach der nächsten ATHIS-Erhebung 2019 verfügbar sein.

Die **Zahngesundheit** von Kindern wurde ebenfalls als Indikator im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der Zielsteuerung definiert (Messgröße 22). Laut Zahnstatuserhebung 2016 waren rund 55 Prozent der 6-jährigen Kinder kariesfrei. Wiederum zeigen sich starke regionale Unterschiede von etwa 71 Prozent kariesfreier Kinder in Tirol im Vergleich zu 45 Prozent in Wien (siehe Abbildung 6.1). Der Sanierungsgrad bei 6-jährigen 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 Zahnstatuserhebung 2011 ist keine gesicherte Aussage möglich. Auffällige Veränderungen ergeben sich jedoch in einzelnen Bundesländern, insbesondere ist der Sanierungsgrad im Burgenland, in Kärnten und Oberösterreich im Zeitraum 2011 bis 2016 deutlich gesunken (siehe Tabelle 7.27).

## 7 Anhang

### 7.1 Kommentierungen zum Finanzzielmonitoring

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. Die Anmerkungen zum Finanzzielmonitoring sind in Tabelle: 7.1 dargestellt.

Tabelle: 7.1:

Kommentare zum Finanzzielmonitoring: Allgemeine Anmerkungen in den Meldeformularen

Meldever-antwortliche Stelle	Allgemeine Anmerkungen gem. Meldeformular I/2019
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) für alle Träger	Datenquellen: 2017: Endgültige Erfolgsrechnungen (§§ 3 und 7 der Rechnungsvorschriften) 2018: Vorläufige Erfolgsrechnungen (§ 17 der Rechnungsvorschriften), Stand 15. Februar 2019 2019: Voranschläge (§19 der Rechnungsvorschriften)
Kärnten	Daten für 2017 des Kärntner Gesundheitsfonds beruhen auf dem endgültigen RA 2017, Daten für 2018 des Kärntner Gesundheitsfonds beruhen auf dem VA 2018 plus ggf. Hochrechnungen, Daten des Landes Kärnten für 2019 anhand des VA 2019 bzw. aktueller Abschätzungen ermittelt.
Salzburg	Für 2018 handelt es sich bereits um (vorläufige) Rechnungsschlusswerte, für 2019 um Voranschlagswerte von Land und Gemeinden. * NEU ab 2016 "Tauernklinik": umfassend die bisherigen Fondsrankenanstalten Zell am See und Mittersill; ** Die Zahlungen der Gemeinde Zell am See für Betriebsabgang des Tauernklinikums und Abschaffung der Selbstträgerschaft bei Familienbeihilfen sind zum Teil gemeinsam bei der Post 752 dargestellt. *** Das KH Hallein ist seit 2017 nicht mehr Rechtsträgerin der Betriebsgesellschaft, sondern wurden deren Anteile inzwischen von der SALK übernommen. **** Ab 2018 ist die Gebarung des Landes auf das Drei-Komponenten-Rechnungswesen im Sinne der VRV 2015 umgestellt, daher gibt es durchwegs neue Ansatz- und Kontenbezeichnungen. Bei der "Sozialhilfe" sind die bisherigen zwei Ansätze und drei Posten im VA 2018 in einem einzigen Ansatz mit einem einzigen Konto aufgegangen und wurden dann aus Transparenzgründen wieder getrennt; im VA 2018 befand sich ein geringfügiger Betrag (63.800 €) dabei, der die Pflegeanstalt für chronisch Kranke Abtenau betraf.
Tirol	Analog zu den vorangegangenen Meldungen wird darauf hingewiesen, dass die Ausgabensumme lt. der vorliegenden Meldung für Prognosen der zukünftigen Finanzierungssituation der Tiroler Fondsrankenanstalten nur eingeschränkt geeignet ist.
Vorarlberg	Daten des Jahres 2017 auf Basis des Rechnungsschlusses Daten des Jahres 2018 auf Basis der Hochrechnung Daten des Jahres 2019 auf Basis des Voranschlags

RA = Rechnungsschluss; VA = Voranschlag; VRV = Voranschlags- und Rechnungsschlussverordnung

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2019

Für Details hinsichtlich der Methodik zur Finanzzielsteuerung 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 – 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 Zielsteuerungsvertrages auf Bundesebene.

Tabelle: 7.2

Messgröße 1: Umgesetzte Primärversorgungseinheiten (PVE) (Stand jeweils zum 31.12.)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Zielwert 2021
Burgenland		–	–				3
Kärnten		–	–				5
Niederösterreich		–	1 (2)				14
Oberösterreich		2 (1)	4				13
Salzburg		–	–				5
Steiermark		(4)	2 (3)				11
Tirol		–	–				6
Vorarlberg		–	–				3
Wien		2	2				16
<b>Österreich</b>		<b>4 (5)</b>	<b>9 (5)</b>				<b>75</b>

Anmerkung: PV-Pilotprojekte, die nach Stichtag 31.12.2018 in Betrieb genommen wurden beziehungsweise nicht der Definition einer Primärversorgungseinheit nach Primärversorgungsgesetz laut Meldung der KV-Träger entsprechen, werden in Klammer angeführt. Exklusive PV-Netzwerk-Projekte

Berechnung der Zielwerte auf Landesebene erfolgte gemäß Bevölkerungsschlüssel kaufmännisch gerundet.

Zielvorgabe: 75 PVE österreichweit

Quelle: Meldung HVB 2019; BMASGK (2019b)

Tabelle 7.3:

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

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Burgenland		–	–			
Kärnten		–	–			
Niederösterreich		–	0,243			
Oberösterreich		0,903	1,898			
Salzburg		–	–			
Steiermark		–	1,317			
Tirol		–	–			
Vorarlberg		–	–			
Wien		0,899	1,082			
<b>Österreich</b>		<b>0,356</b>	<b>0,846</b>			

Anmerkung: Die Berechnung der versorgten Population erfolgte mit 31.12 für PVE laut HVB Umfrage der KV-Träger. Die Bundeslandwerte beziehen sich auf die innerhalb des Bundeslandes versorgte Bevölkerung.

Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Meldung HVB 2019

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
Burgenland		-	-			
Kärnten		-	-			
Niederösterreich		-	-			
Oberösterreich		-	-			
Salzburg		-	-			
Steiermark		-	-			
Tirol		-	-			
Vorarlberg		-	-			
Wien		-	-			
<b>Österreich</b>		<b>n. v.</b>	<b>n. v.</b>			

n. v. = nicht verfügbar, derzeit nicht definiert

Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Meldung HVB, Länder 2019

Tabelle 7.5:

Messgröße 4: Krankenhaushäufigkeit in Fondsrankenanstalten je 1.000 EW

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Zielwert 2021
Burgenland	213,3	207,1	200,1	199,7	199,4	200,6			
Kärnten	254,9	253,4	242,8	231,9	224,3	220,6			
Niederösterreich	226,3	222,5	217,8	214,4	209,4	206,9			
Oberösterreich	251,5	248,2	242,5	241,5	239,5	239,5			
Salzburg	233,5	228,7	220,3	216,9	211,7	207,3			
Steiermark	230,3	229,4	222,7	220,9	215,8	212,3			
Tirol	232,8	228,6	221,7	218,2	214,5	213,0			
Vorarlberg	208,7	212,3	207,1	201,6	196,9	195,5			
Wien	192,0	186,8	181,5	177,6	172,8	171,5			
<b>Österreich</b>	<b>225,7</b>	<b>222,3</b>	<b>216,1</b>	<b>212,6</b>	<b>208,2</b>	<b>206,2</b>			<b>191</b>
Veränderung zum Vorjahr*		-1,50%	-2,80%	-1,61%	-2,09%	-0,94%			

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

Anmerkung: \*Die Berechnung der Wachstumsraten im Vergleich zum Vorjahr erfolgt auf Basis von ungerundeten Echtwerten

Datenbasis: Vorläufige Meldung der Länder mit Stand April 2019

Quelle: BMASGK (2019a)

Tabelle 7.6:

Messgröße 5: Belagstagedichte in Fondsrankenanstalten je 1.000 EW

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Zielwert 2021
Burgenland	1.264,4	1.233,3	1.198,7	1.221,1	1.209,6	1.208,6			
Kärnten	1.716,9	1.691,4	1.632,2	1.577,7	1.515,3	1.493,9			
Niederösterreich	1.450,6	1.420,3	1.372,4	1.363,1	1.316,9	1.313,5			
Oberösterreich	1.534,7	1.509,0	1.518,5	1.451,9	1.445,0	1.428,3			
Salzburg	1.460,4	1.429,6	1.383,4	1.369,4	1.327,7	1.297,1			
Steiermark	1.535,4	1.535,0	1.459,2	1.449,7	1.420,8	1.389,8			
Tirol	1.401,2	1.374,4	1.340,1	1.318,4	1.293,2	1.287,7			
Vorarlberg	1.394,5	1.345,2	1.313,8	1.284,0	1.272,4	1.215,4			
Wien	1.473,7	1.422,2	1.361,0	1.306,3	1.260,3	1.243,6			
<b>Österreich</b>	<b>1.486,8</b>	<b>1.456,8</b>	<b>1.413,3</b>	<b>1.380,4</b>	<b>1.346,7</b>	<b>1.328,8</b>			<b>1.252</b>
Veränderung zum Vorjahr*		-2,02%	-2,99%	-2,33%	-2,44%	-1,33%			

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

Anmerkung: \*Die Berechnung der Wachstumsraten erfolgt auf Basis von ungerundeten Echtwerten

Datenbasis: Vorläufige Meldung der Länder mit Stand April 2019

Quelle: BMASGK (2019a)

Tabelle 7.7:

Messgröße 6: Ausgewählte Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinisch–stationär oder ambulant erbracht werden in Prozent der durchgeführten Leistungen 2017, Vorjahreswerte (2016) in Klammer

	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö	Zielwert 2021
Adenotomie/ Paracentese	41,0 (37,0)	30,2 (24,6)	54,8 (53,1)	58,5 (59,2)	13,9 (10,0)	19,4 (11,1)	38,4 (35,8)	62,9 (63,6)	40,4 (41,5)	42,3 (41,1)	40
Curettage	62,4 (64,3)	63,1 (57,7)	66,4 (64,4)	60,3 (60,8)	49,5 (32,9)	57,4 (45,2)	43,9 (36,3)	65,7 (60,8)	42,0 (40,8)	55,0 (51,2)	50
Eingriffe Bewegungsapparat	38,0 (34,8)	42,4 (35,7)	43,9 (43,1)	32,7 (35,0)	29,3 (17,1)	50,5 (43,6)	27,9 (24,9)	51,9 (52,4)	30,7 (26,0)	35,8 (32,9)	40
Eingriffe Haut mit Lappenplastik	42,6 (47,4)	43,8 (30,5)	26,8 (24,8)	24,7 (21,6)	35,2 (32,7)	22,1 (16,1)	62,6 (70,3)	24,9 (18,4)	52,7 (45,5)	43,3 (41,3)	40
Hernien OP	0,9 (0,4)	11,4 (3,9)	7,0 (8,5)	2,8 (3,4)	0,5 (0,7)	5,8 (3,6)	1,2 (0,6)	10,1 (12,2)	1,4 (0,7)	4,2 (3,8)	15
Karpaltunnel OP	85,9 (91,2)	84,7 (79,2)	84,8 (82,5)	76,9 (73,8)	47,5 (23,9)	66,3 (44,5)	82,8 (72,9)	68,2 (72,0)	57,7 (50,5)	73,5 (65,3)	65
Katarakt OP	99,9 (99,4)	97,3 (91,7)	93,7 (93,1)	85,9 (82,5)	89,6 (83,9)	80,4 (76,9)	86,2 (85,8)	74,5 (73,8)	86,1 (83,6)	87,1 (84,4)	70
Knie Arthroskopie	40,5 (42,2)	54,8 (34,9)	45,6 (41,2)	14,0 (13,0)	12,2 (4,7)	5,9 (1,9)	7,6 (4,7)	45,8 (43,3)	20,6 (15,2)	26,5 (22,1)	30
Metallentfernung	40,7 (37,2)	58,5 (40,7)	48,4 (45,5)	50,6 (51,1)	32,7 (27,7)	35,0 (26,8)	31,8 (29,0)	44,6 (42,7)	34,8 (33,3)	42,0 (38,8)	40
sonst. Eingriffe Auge	100,0 (99,7)	90,4 (88,0)	83,2 (77,3)	77,5 (75,5)	74,6 (62,5)	82,3 (61,5)	85,3 (90,8)	13,2 (12,8)	90,2 (88,3)	82,5 (77,8)	70
sonst. Eingriffe HNO	1,4 (0,0)	2,6 (0,8)	0,2 (1,2)	18,3 (12,1)	2,1 (2,2)	0,6 (0,3)	1,7 (2,2)	1,8 (0,7)	0,8 (0,7)	4,6 (3,1)	20
sonst. Eingriffe Urologie	44,6 (44,6)	59,5 (52,8)	67,8 (67,3)	52,9 (58,0)	62,2 (59,9)	54,8 (51,6)	40,2 (40,2)	22,8 (24,2)	47,7 (50,3)	52,9 (53,4)	60
sonst. Eingriffe Uterus	66,7 (68,4)	58,7 (52,5)	66,5 (64,1)	50,5 (48,1)	47,2 (25,4)	50,2 (42,4)	43,0 (32,6)	69,5 (59,7)	20,1 (13,9)	49,1 (43,2)	40
Varizen OP	4,6 (3,5)	51,9 (43,5)	43,3 (41,3)	23,5 (24,2)	15,8 (14,0)	22,6 (19,4)	23,0 (15,0)	37,2 (36,9)	23,7 (12,8)	28,7 (24,6)	30
<b>Gewichteter Mittelwert (Fälle)</b>	<b>53,3 (52,2)</b>	<b>67,1 (59,6)</b>	<b>64,3 (62,0)</b>	<b>58,9 (57,5)</b>	<b>50,9 (41,7)</b>	<b>50,1 (43,0)</b>	<b>50,5 (48,6)</b>	<b>54,2 (52,6)</b>	<b>57,5 (53,6)</b>	<b>57,4 (53,7)</b>	

Zielvorgabe: steigender Trend, leistungsspezifische Zielwerte 2021

Werte für 2018 sind aufgrund noch nicht vorliegender ambulanter Daten zum Zeitpunkt der Berichtslegung nicht verfügbar

Quelle: BMASGK (2019a)

**Tabelle 7.8:**

**Messgröße 7: Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen für Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und Fachärztinnen/-ärzte**

Stellenart	Besetzte Ausbildungsstellen			Genehmigte Ausbildungsstellen		
	11/2016	11/2017	11/2018	2016	2017	2018
Basisausbildung	938	1.183	1.036	n. v.	n. v.	n. v.
Allgemeinmedizin	1.435	1.237	1.120	n. v.	n. v.	n. v.
Sonderfächer	5.122	5.259	5.640	n. v.	n. v.	n. v.
Additivfach	718	665	587	n. v.	n. v.	n. v.
<b>Summe</b>	<b>8.213</b>	<b>8.344</b>	<b>8.383</b>	n. v.	n. v.	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

Quelle: BMASGK/ÖÄK (2019)

**Tabelle 7.9:**

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

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Burgenland	96,2	96,4	92,9	94,3	96,0				
Kärnten	81,3	80,9	79,7	80,0	80,6				
Niederösterreich	78,4	77,9	77,3	78,1	79,5				
Oberösterreich	77,1	75,5	73,7	73,8	75,6				
Salzburg	79,4	78,3	77,1	77,8	79,3				
Steiermark	85,9	84,9	83,7	83,4	84,2				
Tirol	81,6	82,5	81,0	80,7	82,3				
Vorarlberg	77,7	79,3	78,8	79,1	80,4				
Wien	90,4	89,8	88,5	88,5	88,9				
<b>Österreich</b>	<b>82,8</b>	<b>82,3</b>	<b>81,0</b>	<b>81,2</b>	<b>82,4</b>				

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Quelle: Meldung HVB 2019, Regiomed

**Tabelle 7.10:**

**Messgröße 8: Ärztliche Versorgungsdichte (2/3) – vertragsärztliche Versorgungsdichte im extramuralen Bereich: Zahnmedizinerinnen/-mediziner je 100.000 EW**

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

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Quelle: Meldung HVB 2019, Regiomed

**Tabelle 7.11:**

**Messgröße 8: Ärztliche Versorgungsdichte (3/3) – im intramuralen Bereich: in Fondskrankenanstalten je 100.000 EW**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Burgenland	162,4	162,3	158,7	163,7	170,8				
Kärnten	198,9	199,6	199,5	203,3	204,9				
Niederösterreich	193,4	195,9	198,2	197,7	201,2				
Oberösterreich	209,3	207,6	209,7	212,0	210,9				
Salzburg	234,1	233,1	231,0	237,2	243,6				
Steiermark	224,6	225,8	232,6	226,9	229,5				
Tirol	266,9	268,5	268,4	272,1	275,2				
Vorarlberg	182,3	197,5	202,8	202,8	206,7				
Wien	320,6	318,8	317,5	313,1	310,3				
<b>Österreich</b>	<b>234,4</b>	<b>235,3</b>	<b>237,0</b>	<b>236,9</b>	<b>238,5</b>				

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Quelle: BMASGK (2019a)

**Tabelle 7.12:**

**Messgröße 9: Relation diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger (DGKP) und Pflegefachassistentz (PFA) zu Ärztinnen/Ärzten in Fondsrankenanstalten („Nurse to Physician Ratio“)**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Burgenland	2,30	2,34	2,45	2,37	2,28				
Kärnten	2,39	2,41	2,42	2,34	2,34				
Niederösterreich	2,22	2,18	2,17	2,17	2,11				
Oberösterreich	2,50	2,56	2,54	2,50	2,52				
Salzburg	2,35	2,37	2,40	2,31	2,25				
Steiermark	2,06	2,05	2,00	2,07	2,06				
Tirol	2,15	2,13	2,11	2,10	2,07				
Vorarlberg	2,16	2,07	2,07	2,04	2,02				
Wien	2,05	2,02	1,93	1,91	1,88				
<b>Österreich</b>	<b>2,20</b>	<b>2,19</b>	<b>2,16</b>	<b>2,14</b>	<b>2,12</b>				

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Quelle: BMASGK (2019a)

**Tabelle 7.13:**

**Messgröße 10: Masern/Mumps/Röteln – Durchimpfungsrate Kinder (2-Jährige, in %)<sup>15</sup>**

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Österreich (2-Jährige)</b>	70,77					
<b>Österreich (4-Jährige)*</b>	89	84				

Zielvorgabe: steigender Trend

Anmerkung: \*Zusätzlich zur Durchimpfungsrate der 2-Jährigen lt. Definition der Messgröße wird die Durchimpfungsrate der 4-Jährigen aufgrund der besseren Datenverfügbarkeit angeführt.

Quelle: Meldung BMASGK 2018, \*(WHO/UNICEF 2018)

<sup>15</sup>

Bei Messgröße 10 „Masern/Mumps/Röteln– Durchimpfungsrate Kinder“ handelt es sich um den Anteil der 2-Jährigen mit 2 Teilimpfungen und nicht wie fälschlicherweise im Anhang 2 des Zielsteuerungsvertrags ausgewiesen 3 Teilimpfungen.

**Tabelle 7.14:**

**Messgröße 11: Anzahl der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie-Angebote (ab 2018: Anzahl niedergelassener und in Ambulatorien tätiger Psychiaterinnen/Psychiater (VZÄ) in Ambulatorien und ndgl. Kassensektor)**

	2017* (Einrichtungen)	2018 (VZÄ)			2019 (VZÄ)		
		Ambulatorien	Ambulatorien	Ndgl.	Summe	Ambulatorien	Ndgl.
Burgenland	2	6	0	6,0			
Kärnten	4	2	2	4,0			
Niederösterreich	0	2	9	11,0			
Oberösterreich	4	2	5	7,0			
Salzburg	1	2	2	4,0			
Steiermark	0	4,5	0	4,5			
Tirol	0	0	3	3,0			
Vorarlberg	2	0	4	4,0			
Wien	3	9	6	15,0			
<b>Österreich</b>	<b>12</b>	<b>27,5</b>	<b>31,0</b>	<b>58,5</b>			

Zielvorgabe: steigender Trend

Anmerkung: \*Zeitreihenbruch: Für das Jahr 2017 wurde nur die Anzahl Ambulatorien dargestellt. Ab dem Jahr 2018 werden die Vollzeitäquivalente (VZÄ) an Psychiaterinnen/Psychiater im extramuralen Bereich differenziert nach Beschäftigung in Ambulatorien (Amb.) sowie als niedergelassene Vertragsärztinnen/-ärzte (ndgl.) dargestellt.

Quelle: Erhebung Landes-Zielsteuerungskommissionen, 2019

**Tabelle 7.15:**

**Messgröße 12: Umsetzungsgrad elektronische Gesundheitsakte (ELGA) – Anzahl und Anteil (in %) der Gesundheitsdiensteanbieterinnen/-anbieter, die ELGA implementiert haben (gemäß ELGA-Gesetz)**

GDA	2017*		2018		2019		2020
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %			
Krankenanstalten	131	48,34	141	53,01			
Pflegeeinrichtungen	11	1,13	22	2,08			
Ambulatorien, Institute	38	6,29	58	6,20			
Apotheken	15	1,06	602	42,36			
Ärztinnen/Ärzte	90	1,13	2.920	36,50			
<b>Österreich</b>	<b>285</b>	<b>2,53</b>	<b>3.743</b>	<b>32,04</b>			

Die Berechnung des Anteils der GDA die ELGA umgesetzt haben liegt einer Meldung der ELGA GmbH basierend auf dem GDA-Index zugrunde, wonach für das Jahr 2018 die Gesamtanzahl der Krankenanstalten 266, der Pflegeeinrichtungen 1.058, der Ambulatorien sowie Institute 936, der Apotheken ca. 1.421, und der niedergelassenen Vertragsärztinnen/-ärzte ca. 8.000, beträgt (Stand Jänner 2019).

\*Zahlen für das Jahr 2017 wurden anhand aktueller Informationen revidiert

Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Meldung ELGA GmbH 2019

**Tabelle 7.16:**

**Messgröße 13: Polypharmazie-Prävalenz (Über 70jährige Anspruchsberechtigte mit mehr als 5 verschriebenen verschiedenen Wirkstoffen in zwei aufeinander folgenden Quartalen, je 1.000 Anspruchsberechtigte)**

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Burgenland	-	304	285			
Kärnten	-	215	198			
Niederösterreich	-	255	239			
Oberösterreich	-	185	171			
Salzburg	-	185	169			
Steiermark	-	272	252			
Tirol	-	220	202			
Vorarlberg	-	151	138			
Wien	-	228	216			
<b>Österreich</b>	<b>-</b>	<b>229*</b>	<b>213</b>			

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

Zielvorgabe: sinkender Trend

Quelle: Meldung HVB 2019

**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
Burgenland	56,7	n. v.	43,2	41,1			
Kärnten	45,9	n. v.	43,2	41,0			
Niederösterreich	53,4	n. v.	41,1	39,0			
Oberösterreich	49,6	n. v.	37,2	35,1			
Salzburg	50,4	n. v.	38,1	35,5			
Steiermark	54,0	n. v.	40,7	38,4			
Tirol	51,9	n. v.	42,1	39,7			
Vorarlberg	44,3	n. v.	35,2	32,8			
Wien	52,1	n. v.	39,4	37,3			
<b>Österreich</b>	<b>51,6*</b>		<b>40,0*</b>	<b>37,8</b>			

n. v.=Daten nicht verfügbar

\*Der Österreich-Wert für die Jahre 2017 und 2018 wurde als gewichteter Durchschnitt aus den Bundesland-Werten berechnet, wobei die Wohnbevölkerung über 70 Jahre zur Gewichtung herangezogen wurde.

Zielvorgabe: sinkender Trend

Quelle: Mann et al. (2014), Meldung HVB 2019

Tabelle 7.18:

Messgröße 15: Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer in Fondskrankenanstalten (FKA), Anteil < 3. Pflegetage in Prozent aller Aufenthalte

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

Zielvorgabe: 94 Prozent bis 2021

Quelle: BMASGK (2019a)

Tabelle 7.19:

Messgröße 16: In „Therapie Aktiv“ versorgte Patientinnen/Patienten und teilnehmende

Ärztinnen/Ärzte (1/2) – Anteil von im Rahmen von „Therapie Aktiv“ versorgten

Patientinnen/Patienten in Prozent aller Patientinnen/Patienten, die in die Zielgruppe des Programms fallen

	2016*	2017	2018	2019	2020	2021
Burgenland	3,52	3,80				
Kärnten	6,65	13,29				
Niederösterreich	11,06	13,44				
Oberösterreich	23,89	27,13				
Salzburg	18,27	22,00				
Steiermark	24,22	26,79				
Tirol	0,00	1,06				
Vorarlberg	14,95	18,27				
Wien	18,11	20,49				
<b>Österreich</b>	<b>15,69</b>	<b>18,43</b>				

Zielvorgabe: steigender Trend

\*Zahlen für das Jahr 2016 wurden anhand aktueller Informationen revidiert

Datenbasis: Vorläufige Meldung der Länder mit Stand April 2019

Quelle: Meldung HVB 2019

**Tabelle 7.20:**

**Messgröße 16: In „Therapie Aktiv“ versorgte Patientinnen/Patienten und teilnehmende Ärztinnen/Ärzte (2/2) – Anteil der teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte in Prozent aller Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und Fachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin<sup>16</sup>**

	2016*	2017*	2018	2019	2020	2021
Burgenland	2,56	2,49	3,13			
Kärnten	11,03	15,43	16,20			
Niederösterreich	9,12	10,55	12,31			
Oberösterreich	22,14	23,82	24,47			
Salzburg	22,48	22,58	22,86			
Steiermark	21,67	22,49	22,93			
Tirol	0,00	1,31	4,52			
Vorarlberg	16,78	20,00	22,40			
Wien	9,45	10,77	11,61			
<b>Österreich</b>	<b>13,66</b>	<b>15,18</b>	<b>16,21</b>			

Zielvorgabe: steigender Trend

\*Zahlen für die Jahre 2016 und 2017 wurden anhand aktueller Informationen revidiert

Quelle: Meldung HVB 2019

**Tabelle 7.21:**

**Messgröße 17: Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen**

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Burgenland		–	–			
Kärnten		–	–			
Niederösterreich		–	–			
Oberösterreich		–	–			
Salzburg		–	–			
Steiermark		–	–			
Tirol		–	–			
Vorarlberg		–	–			
Wien		–	–			
<b>Österreich</b>		<b>0</b>	<b>0</b>			

Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Meldung HVB, Erhebung Landes-Zielsteuerungskommissionen 2019

16

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

**Tabelle 7.22:**

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

	2016					
Fachärztinnen/-ärzte	85					
Krankenhaus	70					
praktische(r) Ärztin/Arzt, Hausärztin/-arzt	89					
Spitalsambulanzen	58					
Therapeutin/Therapeut	50					

Zielvorgabe: steigender oder konstanter Trend

Quelle: Bundes-Zielsteuerungskommission (2016)

**Tabelle 7.23:**

**Messgröße 19: Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz in Prozent der Befragten**

	2011	2019				
Burgenland	65,6					
Kärnten	50,8					
Niederösterreich	46,9					
Oberösterreich	50,8					
Salzburg	56,2					
Steiermark	36,8					
Tirol	59,8					
Vorarlberg	66,3					
Wien	40,9					
<b>Österreich</b>	<b>48,4</b>					

Zielvorgabe: steigender Trend  
Nächste Erhebung Ende 2019

Quelle: Pelikan et al. (2013)

**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		
Kärnten	62,0	62,5	66,5	66,5		
Niederösterreich	61,8	62,3	66,3	65,3		
Oberösterreich	62,8	62,9	67,3	65,2		
Salzburg	66,1	63,8	71,0	69,3		
Steiermark	61,7	61,8	65,0	65,2		
Tirol	67,4	61,2	71,6	69,4		
Vorarlberg	69,3	66,6	71,0	67,9		
Wien	60,8	60,0	64,4	65,2		
<b>Österreich</b>	<b>63,2</b>	<b>61,8</b>	<b>66,6</b>	<b>65,9</b>		

Periodizität orientiert sich an ATHIS-Zyklus

Zielvorgabe: steigender Trend

Quellen: Klimont/Ihle (2009); Klimont/Klotz (2016)

**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	
Kärnten	22,3	21,4	
Niederösterreich	21,8	21,9	
Oberösterreich	22,7	21,8	
Salzburg	24,7	22,7	
Steiermark	20,1	21,8	
Tirol	26,1	20,9	
Vorarlberg	25,5	27,3	
Wien	24,6	32,6	
<b>Österreich</b>	<b>23,2</b>	<b>24,3</b>	

Zielvorgabe: sinkender Trend

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

**Tabelle 7.26:**

**Messgröße 22: Kariesfreie Kinder (1/2) – Anteil der 6jährigen 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					
<b>Österreich*</b>	<b>52</b>	<b>55</b>					

\*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) – Sanierungsgrad der 6-jährigen Kinder, in Prozent<sup>17</sup>**

	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					
<b>Österreich*</b>	<b>40</b>	<b>39</b>					

\*2011: Der Österreich-Wert exkludiert die Bundesländer Vorarlberg und Wien. n. v.=Daten nicht verfügbar  
Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Bodenwinkler et al. (2017)

17

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

## 7.3 Übersicht Ziele und Messgrößen laut Bundes-Zielsteuerungsvertrag

Strategische Dimension Strategische Ziele	Operative Dimension Operative Ziele	Messgrößen	Zielwerte/-vorgaben
<b>Bessere Versorgung</b>  <b>S1: Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Resourceneinsatzes</b>	<b>Bedarfs-gerechte Versorgungsstrukturen</b>	1: Verbesserung der integrativen Versorgung durch gemeinsame abgestimmte verbindliche Planung und Umsetzung der folgenden Ziele (1.1 bis 1.3)	<i>Messgrößen und Zielwerte/Zielvorgaben sind direkt den operativen Zielen 1.1. bis 1.3 zugeordnet. Diese sind in der Analyse gemeinsam zu betrachten.</i>
		1.1: Primärversorgungsmodelle auf- und ausbauen	(1) Umgesetzte PV-Einheiten (2) In PV-Einheiten versorgte Bevölkerung <i>Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße: Anteil von Fällen mit abgeschlossener Behandlung</i>
		1.2: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung	(3) Anzahl multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich mit Versorgungsauftrag <i>Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße zur Versorgungswirksamkeit von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären ambulanten Versorgungsformen</i>
		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
	<b>Die richtige Versorgung („The right care“)</b>	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“)
		3: Stärkere Ausrichtung des Vertragswesens und der Honorierungssysteme am Versorgungsbedarf bei gleichzeitiger Unterstützung der Zielsetzungen der ZS-G (insbesondere Versorgung am „Best Point of Service“) und der Anforderungen an die Versorgungsformen	<i>Messgrößen siehe op. Ziele 1.1 bis 1.3.</i>
		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 <i>Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße zu TEWEB auf Basis der Evaluierung der Pilotprojekte</i>	↑ ↓ ↓
			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	<i>Messgrößen im Zusammenhang mit den weiterführenden Arbeiten zur Qualitätsmessung im ambulanten Bereich noch zu entwickeln</i>	
		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 2017

## 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
- BMASGK (2019a): Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- BMASGK (2019b): Statusbericht. Zur Umsetzung der Maßnahmen und laufenden Arbeiten des Zielsteuerungsvertrages. Status zum 31.12.2018. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- BMASGK/ÖÄK (2019): Ausbildungsstellenverwaltung ASV: Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung nach Stellenart. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz/Österreichische Ärztekammer, 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
- 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-Zahnstatuserhebung 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
- Bundeskanzleramt (2018): Zusammen. Für unser Österreich. Regierungsprogramm 2017 – 2022. Bundeskanzleramt, Wien
- 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; Sauermann, 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:

Mann, E.; Haastert, B.; Frühwald, T.; Sauermann, R.; Hinteregger, M.; Hödl, 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:

OECD (2018): OECD Health Statistics. Non-Medical Determinants of Health, Tobacco Consumption [Online]. <http://stats.oecd.org> [Zugriff am 4. April 2018]

Pelikan J.M.; Röthlin F.; Ganahl K. (2012): Comparative Report on Health Literacy in eight EU Member States. Hg. v. 2009–2012, The European Health Literacy Project

Pelikan, JM; Röthlin, F; Ganahl, K (2013): Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung-nach Bundesländern und im internationalen Vergleich. Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Bundesländer-Studie LBIHPR Forschungsbericht (noch nicht veröffentlicht), Wien

Statistik Austria (2008): Gesundheitsdeterminanten, aktueller Raucherstatus 2006/2007 [online]. [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/rauchen/index.html](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](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/rauchen/105592.html) [Zugriff am 22. März 2018]

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