

Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung

Monitoringbericht Zielsteuerung- Gesundheit

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

Berichtsjahr 2024

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

Impressum

Fachliche Unterstützung von der Gesundheit Österreich GmbH:

Anita Haindl
Florian Bachner
Zuzanna Brzozowska
Giorgio Carrato
Evelyn Ellmerer
Gerald Gredinger

Projektassistenz:

Ingrid Freiburger

Zitiervorschlag:

Haindl, Anita; Bachner, Florian; Brzozowska, Zuzanna; Carrato, Giorgio; Ellmerer, Evelyn; Gredinger, Gerald (2025):
Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit. Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG
Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

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

Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,
vertreten durch SL Reich (BMASGPK, Sektion VII)

Erscheinungsdatum:

April 2025

Kurzfassung

Der gesundheitspolitischen Zielsetzung der Zielsteuerung-Gesundheit folgend sind die festgelegten **Versorgungs- und Finanzziele einem Monitoring zur Messung der Zielerreichung zu unterwerfen**. Durch dieses Monitoring wird auch in der dritten Zielsteuerungsperiode 2024 bis 2028 Transparenz, Vergleichbarkeit und Aktualität eine große Bedeutung beigemessen.

Gesundheitsausgaben

Die letztverfügbaren Werte zu den **öffentlichen Gesundheitsausgaben** gemäß System of Health Accounts (SHA) sind jene für das Jahr 2023 und werden daher der Ausgabenobergrenze (AOG) der vorangegangenen Zielsteuerungsperiode gegenübergestellt. Mit öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) in der Höhe von 36.677 Mio. Euro wird die Ausgabenobergrenze um 4.498 Mio. Euro (+13,98 Prozent) überschritten (Kapitel 1).

Die Erhebung im Rahmen der Finanzzielsteuerung bei den Landesgesundheitsfonds und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger erfasst aktuelle Ausgabenentwicklungen. Auf **Landesebene** wurden für 2025 zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben in der Höhe von 18.708 Mio. Euro budgetiert. Dies entspricht einer Unterschreitung der AOG um 1.068 Mio. Euro (-5,40 Prozent) (Kapitel 2.1). Die budgetierten zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben der **gesetzlichen KV-Träger** in der Höhe von 16.749 Mio. Euro liegen bei einer Unterschreitung der AOG um 68 Mio. Euro (-0,40 Prozent) (Kapitel 2.2).

Die **Gesundheitsausgaben des Bundes** gemäß SHA lagen 2023 bei 3.954 Mio. Euro und nähern sich langsam wieder dem präpandemischen Ausgabenniveau an (Tabelle 9).

Monitoring der Steuerungsbereiche

In Teil B des Berichts wird dargestellt, inwieweit die operativen Ziele in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung in Form der vereinbarten Messgrößen erreicht wurden.

Die 29 definierten Messgrößen der Steuerungsbereiche bewegen sich mehrheitlich in die intendierte Richtung.

- Mit **77 PVE Standorten** per 31.12.2024 ist ein deutlicher Anstieg gegenüber dem Vorjahr (53) erreicht worden.
- Einige Bundesländer sind bereits nahe an die Zielwerte bei den **tagesklinischen Leistungen** (z.B. Katarakt OP) herangekommen. Bei Eingriffen wie Hernien OP oder laparoskopische Gallenblasenentfernung besteht noch hohes Ausbaupotenzial beim Großteil der Bundesländer.
- Die Anzahl an **Patient:innen mit mindestens einem Kontakt** zu einem/einer Allgemeinmediziner:in stieg seit 2017 um 5,2 Prozent, zu einer vergemeinschafteten Organisationsform um 21,3 Prozent. Die gesamten **e-card-Kontakte** bei niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen stiegen seit 2017 um 18 Prozent, jene bei Fachärzt:innen um 13 Prozent.

- Sowohl die **Krankenhaushäufigkeit** als auch die **Belagstagedichte** in Fondskrankenanstalten (FKA) sind seit 2017 um 15,9 Prozent bzw. 17,3 Prozent rückläufig. Die COVID-19 Pandemie führte zu einem rapiden Abfall der aktustationären Leistungskennzahlen, das Niveau der stationären Leistungsanspruchnahme blieb auch 2024 reduziert.
- Der Bedarf an **Pflegekräften** wächst. Es ist ein entsprechender Anstieg an Pflegeassistenz- und Pflegefachassistenz-Absolvent:innen zu verzeichnen, die Anzahl an DGKP-Absolvent:innen ist hingegen zuletzt rückläufig.
- Die Stärkung des **ambulanten KJP Angebots** zeigt sich in der österreichweiten Erhöhung des KJP Angebots, aber in drei Bundesländern reduzierte sich das KJP Angebot 2023 gegenüber dem Vorjahr.
- Der Anteil der versorgten Typ 2 Diabetiker:innen des ersten Disease-Management-Programms „**Therapie aktiv**“ stieg bis 2021 kontinuierlich an. Seither sind die Zahlen rückläufig. Die an „Therapie aktiv“ teilnehmenden Ärzt:innen verzeichnen hingegen weiterhin einen Anstieg.
- Die Anzahl der Gesundheitsberatungen bei **1450** steigt, während die Informationsgespräche bei 1450 sinken. Die Anruferzahlen variieren zwischen den Bundesländern sehr stark: die meisten Gesundheitsberatungen erfolgten 2024 in Vorarlberg (5.107 pro 100.000 EW), die wenigsten in Kärnten (921 pro 100.000 EW).
- Der Großteil der **Arzneimittelausgaben** entfällt auf den niedergelassenen Bereich, wobei der Anteil des intramuralen Bereichs jährlich ein stetiges Wachstum verzeichnet.
- Die **Durchimpfungsrate für Mumps/Masern/Röteln** bei 4-Jährigen verzeichnet seit 2021 einen Rückgang und lag 2023 bei nur 81 Prozent (WHO Ziel: 95 Prozent).
- Laut aktueller **Zahnstaturerhebung** waren rund 58 Prozent der sechs- bis siebenjährigen Kinder kariesfrei. Dies stellt eine Verbesserung gegenüber der letzten Erhebung 2016 um 3,2 Prozentpunkte dar.
- Ein positiver Trend ist beim Anteil täglich **Rauchender** zu erkennen, der zwischen 2014 und 2019 um 3,7 Prozentpunkte auf 20,6 Prozent sank.

Schlussfolgerungen

Die Zielerreichung im vorliegenden Monitoringbericht ist sowohl in Bezug auf die Finanzziele als auch auf die Steuerungsbereiche heterogen zu beurteilen. Teils signifikante Unterschiede in den Zielerreichungen zwischen den Bundesländern zeigen Handlungsbedarfe für die aktuelle Zielsteuerungsperiode bis 2028 auf.

Inhalt

Abbildungen	VI
Tabellen.....	VIII
Abkürzungen	XI
Einleitung und Hintergrund	1
Teil A: Monitoring der Finanzzielsteuerung.....	2
1 Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege gemäß System of Health Accounts.....	3
2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben	5
2.1 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Länder	6
2.2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Gesetzliche Krankenversicherung	8
2.3 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Zusammenführung auf Bundesländerebene.....	9
3 Gesondert darzustellende Größen	11
Teil B: Monitoring der Steuerungsbereiche.....	14
4 Themenbereich Versorgung und Ressourcen	19
5 Themenbereich Qualität.....	31
6 Themenbereich Digitalisierung/Daten	35
7 Themenbereich Medikamente.....	40
8 Themenbereich Gesundheitsförderung & Primärprävention & Gesundheitskompetenz & Impfungen	45
9 Anhang.....	50
9.1 Kommentierungen des Finanzzielmonitorings.....	50
9.2 Daten der Messgrößen	52
9.3 Übersicht über Ziele und Messgrößen laut Bundes-Zielsteuerungsvertrag	82
Literaturverzeichnis	84

Abbildungen

Abbildung 1: Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege 2017–2028 in Mio. Euro	4
Abbildung 2: Entwicklung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben der Länder und der gesetzlichen KV 2017–2028 in Mio. Euro	5
Abbildung 3: Übersicht über die Messgrößenausprägungen des Themenbereichs Versorgung und Ressourcen.....	15
Abbildung 4: Übersicht über die Messgrößenausprägungen des Themenbereichs Qualität.....	16
Abbildung 5: Übersicht über die Messgrößenausprägungen des Themenbereichs Digitalisierung und Daten	17
Abbildung 6: Übersicht über die Messgrößenausprägungen des Themenbereichs Medikamente	17
Abbildung 7: Übersicht über die Messgrößenausprägungen des Themenbereichs Gesundheitsförderung, Primärprävention, Gesundheitskompetenz und Impfen.....	18
Abbildung 8: Mindestens einmalige Inanspruchnahme der öffentlichen Gesundheits- versorgung, indexierte Entwicklung 2017-2023, Index 2017=100 (Messgröße 1)	20
Abbildung 9: e-card-Kontakte und spitalsambulante Frequenzen (Messgröße 3).....	20
Abbildung 10: PVE-Standorte per 31.12.2024 (Messgröße 2).....	21
Abbildung 11: Krankenhaushäufigkeit in Fondskrankenanstalten (Messgröße 4a)	22
Abbildung 12: Belagstagedichte in Fondskrankenanstalten (Messgröße 5a).....	23
Abbildung 13: Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden, je Bundesland 2024 (Messgröße 6).....	24
Abbildung 14: Ärztliche Versorgungsdichte (Messgröße 7)	26
Abbildung 15: Absolvent:innen an Medizinuniversitäten (Messgröße 10a).....	27
Abbildung 16: Pflegekräfte nach Beschäftigungsgruppen pro 100.000 Einwohner:innen (Messgröße 9).....	28
Abbildung 17: Absolvent:innen der GuK Berufe (Messgröße 10b)	29
Abbildung 18: Absolvent:innen der MTD Berufe (Messgröße 10b)	30
Abbildung 19: In Therapie Aktiv versorgte Patient:innen und teilnehmende Ärzt:innen (AM und IM) (Messgröße 13)	32
Abbildung 20: Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer (< 3 Pflgetage (PT)) in Fondskrankenanstalten (Messgröße 15).....	33
Abbildung 21: Vorzeitige Todesfälle durch behandelbare Krankheiten (Messgröße 16)	34
Abbildung 22: Anrufer:innen bei 1450 je 100.000 Einwohner:innen (Messgröße 17).....	36

Abbildung 23: Anteil der Empfehlungen für Anrufer:innen bei 1450 in Prozent, 2024 (Messgröße 17)	37
Abbildung 24: Log-ins auf dem ELGA Bürgerportal pro Bundesland und Unique Log-ins (nur für Österreich) (Messgröße 18)	38
Abbildung 25: eBefund-Transaktionen, eMedikation-Transaktionen und elmpfpass- Transaktionen durch GDA absolut in Mio. (MG 18)	39
Abbildung 26: Verhältnis der Ausgaben für Arzneimittel intramural zu den Ausgaben für Arzneimittel extramural (Messgröße 20)	41
Abbildung 27: Polypharmazie Prävalenz – über 70-jährige Anspruchsberechtigte mit mehr als 5 verschriebenen verschiedenen Wirkstoffen in zwei aufeinander folgenden Quartalen pro 1.000 Anspruchsberechtigte (Messgröße 21a)	43
Abbildung 28: Potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren – Anteil der über 65-jährigen Bevölkerung (in %), die in einem Kalenderjahr mindestens mit einem PIM-Medikament (Packung) versorgt wurde (Messgröße 21b)	44
Abbildung 29: Jahre in guter Gesundheit pro Bundesland und Geschlecht 2019 (Messgröße 22)	46
Abbildung 30: Anteil täglich Rauchender 2019, getrennt nach Frauen und Männern (Messgröße 24)	47
Abbildung 31: Anteil sechs- bis siebenjähriger Kinder mit kariesfreiem Gebiss und Sanierungsgrad des Gebisses 2024 (Messgröße 26)	48

Tabellen

Tabelle 1: Wachstumsraten der Ausgabenobergrenzen 2024 bis 2028.....	2
Tabelle 2: Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in Mio. Euro 2023.....	3
Tabelle 3: Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der Länder in Mio. Euro und Abweichungen von der Ausgabenobergrenze in Prozent.....	6
Tabelle 4: Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der gesetzlichen KV in Mio. Euro und Abweichungen von der Ausgabenobergrenze nach Bundesland, zusammengeführt in Prozent.....	8
Tabelle 5: Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Mio. Euro nach Träger.....	9
Tabelle 6: Bundesländerweise Zusammenführung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben, Länder und gesetzliche KV, in Mio. Euro.....	10
Tabelle 7: Investitionen in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten sowie in den Gesundheitseinrichtungen der gesetzlichen KV 2023 nach Bundesländern in Euro.....	11
Tabelle 8: Aufwand der gesetzlichen Krankenversicherungsträger für Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche 2023 in Euro.....	12
Tabelle 9: Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenfürsorgeanstalten sowie des Bundes 2012–2023 in Mio. Euro.....	12
Tabelle 10: Private Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege inkl. Selbstbehalten 2017 bis 2023 in Mio. Euro.....	13
Tabelle 11: Finanzierungsanteile der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherung an den Fondskrankenanstalten 2017 bis 2023 in Prozent.....	13
Tabelle 12: Kommentare zum Finanzzielmonitoring: Allgemeine Anmerkungen in den Meldeformularen.....	51
Tabelle 13: Messgröße 1: Inanspruchnahme der öffentlichen ärztlichen Gesundheits- versorgung.....	52
Tabelle 14: Messgröße 2: Umgesetzte Primärversorgungseinheiten (PVE), Gruppenpraxen und selbstständige Ambulatorien.....	54
Tabelle 15: Messgröße 3: Ambulante Frequenzen: Frequenzen spitalsambulanter und extramuraler Patient:innen in Fondskrankenanstalten und im kassenärztlichen Bereich.....	55
Tabelle 16: Messgröße 4a: Krankenhaushäufigkeit in FKA pro 1.000 Einwohner:innen der Wohnbevölkerung.....	56
Tabelle 17: Messgröße 4b: Krankenhaushäufigkeit in FKA, PRIKRAF-KA und UKH (exkl. Verlegungen aus KA) pro 1.000 Einwohner:innen der Wohnbevölkerung.....	57
Tabelle 18: Messgröße 5a: Belagstagedichte in FKA pro 1.000 Einwohner:innen der Wohnbevölkerung.....	57

Tabelle 19: Messgröße 5b: Belagstagedichte in FKA, PRIKRAF-KA und UKH pro 1.000 Einwohner:innen der Wohnbevölkerung	58
Tabelle 20: Messgröße 6: Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden in Prozent der durchgeführten Leistungen 2024, Vorjahreswerte (2023) in Klammern	59
Tabelle 21: Messgröße 7: Ärztliche Versorgungsdichte.....	60
Tabelle 22: Messgröße 8a: Ärztliche Versorgungswirksamkeit des Wahlärzt:innenbereichs (am ambulanten Bereich) in Prozent der ÄAVE pro Fachrichtung 2023, Vorjahreswerte (2022) in Klammern	61
Tabelle 23: Messgröße 8b: Ärztliche Versorgungswirksamkeit des Wahlärzt:innenbereichs (am niedergelassenen Bereich) in Prozent der ÄAVE pro Fachrichtung 2023, Vorjahreswerte (2022) in Klammern	62
Tabelle 24: Messgröße 9: Pflegekräfte pro 100.000 Einwohner:innen	63
Tabelle 25: Messgröße 10a: Absolvent:innen an Medizinuniversitäten.....	64
Tabelle 26: Messgröße 10b: Absolvent:innen ausgewählter Gesundheitsberufe	65
Tabelle 27: Messgröße 11: Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen AM/FÄ.....	65
Tabelle 28: Messgröße 12: Ambulante KJP-Angebote.....	67
Tabelle 29: Messgröße 13: In „Therapie aktiv“ versorgte Patient:innen und teilnehmende Ärzt:innen (AM und IM) (1/2) – Anteil der im Rahmen von „Therapie aktiv“ versorgten Patient:innen in Prozent an allen Patient:innen, die in die Zielgruppe des Programms fallen.....	68
Tabelle 30: Messgröße 13: In „Therapie aktiv“ versorgte Patient:innen und teilnehmende Ärzt:innen (AM und IM) (2/2) – Anteil der teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte in Prozent an allen Allgemeinmediziner:innen und Fachärztinnen/-ärzten für Innere Medizin.....	68
Tabelle 31: Messgröße 14a: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich – Anteil der österreichischen Bevölkerung, der angibt mit ausgewählten Einrichtungen der medizinischen Versorgung sehr zufrieden oder eher zufrieden zu sein in Prozent.....	69
Tabelle 32: Messgröße 14b: Erfahrung mit der medizinischen Versorgung in Österreich in Prozent.....	70
Tabelle 33: Messgröße 15: Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer in Fondskrankenanstalten – Anteil der Aufenthalte, die eine Leistung aus der LM-stat (in der jeweils gültigen Fassung) am Aufnahmetag (1. Pflegetag PT) oder am 2. PT erhalten.....	70
Tabelle 34: Messgröße 16: Vorzeitige Todesfälle durch behandelbare Krankheiten – Sterblichkeit unter 75-Jähriger, die in einem funktionierenden Gesundheitssystem durch eine effektive und zeitnahe Versorgung inklusive Sekundärprävention und Behandlung potenziell vermeidbar gewesen wäre („treatable mortality“).....	71

Tabelle 35: Messgröße 17: Anrufe bei 1450 bei pro 100.000 Einwohner:innen und Jahr	71
Tabelle 36: Messgröße 18: Nutzung ELGA durch Bürger:innen und GDA (1/2) – Nutzung ELGA Bürgerportal.....	74
Tabelle 37: Messgröße 18: Nutzung ELGA durch Bürger:innen und GDA (2/2) – eBefund- Transaktionen, eMedikation-Transaktionen und elmpfpass-Transaktionen durch GDA.....	74
Tabelle 38: Messgröße 19: Anzahl der bundesweit einheitlich eingesetzten und sektorenübergreifend finanzierten Arzneyspezialitäten	76
Tabelle 39: Messgröße 20: Verhältnis der Ausgaben für Arzneimittel intramural zu Ausgaben für Arzneimittel extramural	76
Tabelle 40: Messgröße 21a: Polypharmazie Prävalenz – Über 70-jährige Anspruchsberechtigte mit mehr als 5 verschriebenen verschiedenen Wirkstoffen in zwei aufeinander folgenden Quartalen pro 1.000 Anspruchsberechtigte.....	76
Tabelle 41: Messgröße 21b: Potentiell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren – Anteil der über 65-jährigen Bevölkerung (in %), die in einem Kalenderjahr mindestens mit einem PIM-Medikament (Packung) versorgt wurde	77
Tabelle 42: Messgröße 22: Gesunde Lebensjahre bei Geburt.....	77
Tabelle 43: Messgröße 23: Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz in Prozent.....	78
Tabelle 44: Messgröße 24: Täglich Rauchende – Anteil der Bevölkerung mit 15 Jahren oder älter in Prozent, der täglich raucht	78
Tabelle 45: Messgröße 25a: Pro Kopf Konsum Alkohol - Gramm Alkohol pro Tag und Kopf der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; in absoluten Zahlen)	78
Tabelle 46: Messgröße 25b: Problematischer Alkoholkonsum – Anteil an Personen in der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; Prozent), die mehr als 40 Gramm Alkohol (Frauen) bzw. mehr als 60 Gramm Alkohol (Männer) täglich konsumieren.....	79
Tabelle 47: Messgröße 26: Kariesfreie Kinder (1/2) – Anteil der 6-jährigen Kinder (in Prozent) mit einem kariesfreien Gebiss (d3mft - Score = 0)	79
Tabelle 48: Messgröße 26: Kariesfreie Kinder (2/2) – Anteil der 6-jährigen Kinder (in Prozent) mit hohem Sanierungsgrad des Gebisses	79
Tabelle 49: Messgröße 27: Vorzeitige Todesfälle durch vermeidbare Todesursachen pro 100.000 Einwohner:innen	80
Tabelle 50: Messgröße 28: Durchimpfungsraten Kinder für Erkrankungen mit internationalen Eliminations- und Eradikationsprogrammen/-zielen in Prozent	81
Tabelle 51: Messgröße 29: Anzahl der in einem öffentlichen Impfprogramm bereitgestellten Impfungen.....	81

Abkürzungen

ÄAVE	ärztliche ambulante Versorgungseinheit
ACN	Acute Community Nursing
AM	Allgemeinmediziner:innen
AOG	Ausgabenobergrenze
Art.	Artikel
ATC-Code	Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
B	Burgenland
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BIG	Business Intelligence im Gesundheitswesen
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumenten- schutz
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BRZ	Bundesrechenzentrum
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
B-ZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
B-ZV	Bundes-Zielsteuerungsvertrag
bzw.	beziehungsweise
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
COVID-19	coronavirus disease 2019
DACH	Deutschland, Österreich, Schweiz
DGKP	gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege
DVS	Dachverband der Sozialversicherungsträger
EKO	Erstattungskodex
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
EU	Europäische Union
EW	Einwohner:innen
exkl.	exklusive
FÄ	Fachärztinnen/Fachärzte
FKA	Fondskrankenanstalten
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
FZM	Finanzzielmonitoring
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter
gem.	gemäß
ggü.	gegenüber
GHA	Gesundheitsausgaben
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSBG	Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz
G-ZG	Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz
HLS	Health Literacy Survey
HMDB	Heilmitteldatenbank
HPV	Humane Papillomaviren

HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
IM	Innere Medizin
IP	Internetprotokoll
K	Kärnten
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KRBV	Krankenanstalten-Rechnungsabschluss-Berichtsverordnung
KV	Krankenversicherung
LGF	Landesgesundheitsfonds
lit	litera
LKF	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MG	Messgröße
Mio.	Millionen
M-POHL	Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy
NIG	Nationales Impfgremium
NÖ	Niederösterreich
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OÖ	Oberösterreich
OP	Operation
op. Ziel	operatives Ziel
Ö	Österreich
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PFA	Pflegefachassistent:in
PIM	potenziell inadäquate Medikation
präop.	präoperativ
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds
PT	Pflegetag
PVE	Primärversorgungseinheit
RA	Rechnungsabschluss
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
RSV	Respiratorischer Synzytial-Virus
S	Salzburg
SHA	System of Health Accounts
ST	Steiermark
SV	Sozialversicherung
SVS	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
T	Tirol
TEWEB	telefon- und webbasiertes Erstkontakt- und Beratungsservice
TK	Tagesklinik
TZ	Therapiezentrum
u. a.	unter anderem
UKH	Unfallkrankenhaus
V	Vorarlberg

VA	Voranschlag
VRV	Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung
VWD	Verweildauer
VZÄ	Vollzeitäquivalent
W	Wien
WHO	World Health Organization
Z	Ziffer
ZÄ	Zahnärztinnen/-ärzte
ZS-G	Zielsteuerung-Gesundheit
ZV	Zielsteuerungsvertrag
z. B.	zum Beispiel

Einleitung und Hintergrund

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

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

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

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

Teil A des Berichts widmet sich dem Monitoring der vereinbarten Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen. In Teil B des Berichts wird dargestellt, inwiefern die operativen Ziele in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung erreicht wurden. Die vereinbarten 29 Messgrößen werden einer kurzen Analyse unterzogen und grafisch aufbereitet.

Teil A: Monitoring der Finanzzielsteuerung

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

Ausgabenobergrenzen 2024 bis 2028

Im Rahmen der Verhandlungen zum Finanzausgleich 2024 wurden neue Ausgabenobergrenzen (AOG) für die dritten Zielsteuerungsperiode 2024 bis 2028 festgelegt (vgl. Art. 15a B-VG ZS-G). Die Wachstumsraten, wie auch der Startwert der AOG sind Ergebnis der Verhandlungen zum Finanzausgleich und basieren auf damals gültigen Konjunkturprognosen (z. B. BIP-Prognose des WIFO vom März 2023). Um den besonderen Herausforderungen im Gesundheitswesen wie der demografischen Entwicklung oder der gesundheitssektorspezifischen Inflation gerecht zu werden, einigte man sich auf Steigerungsraten der AOG, die über jener des prognostizierten nominellen BIP zu liegen kamen. Auch den gemäß Art.31 15a-Vereinbarung OF für die nachhaltige Stärkung des solidarischen Gesundheitssystems einzubringenden zusätzlichen Mitteln wurde Rechnung getragen, indem sie im nominellen Startwert der AOG berücksichtigt wurden.

Tabelle 1: Wachstumsraten der Ausgabenobergrenzen 2024 bis 2028

	2024	2025	2026	2027	2028
BIP Prognose (WIFO 03/2023)	6,10 %	5,20 %	4,70 %	4,00 %	4,00 %
Ausgabenobergrenzen	6,70 %	5,80 %	5,20 %	4,50 %	4,42 %

Quelle: Art. 15a B-VG ZS-G

Gesundheitsausgaben Zeitreihenrevision ab 1995

2024 führte Statistik Austria bei den Gesundheitsausgaben eine Zeitreihenrevision ab 1995 durch. Hintergrund dafür war eine umfassende Revision der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR), die wiederum vor allem bei der Berechnung der privaten Gesundheitsausgaben sowie bei den Investitionen als grundlegende Datenquelle dient.

1 Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege gemäß System of Health Accounts

Die letztverfügbaren Werte zu den öffentlichen Gesundheitsausgaben gemäß System of Health Accounts (SHA) sind jene für das Jahr 2023 und werden daher noch einer Ausgabenobergrenze aus der vorangegangenen Zielsteuerungsperiode gegenübergestellt. Die Ausgaben sind maßgeblich vom Niveausprung durch die COVID-19-Pandemie beeinflusst, so kommt es zu einer deutlichen Überschreitung der AOG im Jahr 2023.

Insgesamt belaufen sich die für die Ableitung der Ausgabenobergrenzen (AOG) maßgeblichen öffentlichen Gesundheitsausgaben gemäß dem System of Health Accounts (SHA) für das Jahr 2023 auf 36.677 Mio. Euro. Damit wird die für diesen Zeitraum vereinbarte Ausgabenobergrenze um rund 4.498 Mio. Euro (bzw. 13,98 Prozent) überschritten (vgl. Tabelle 2). Bei einem Vergleich mit dem 2023/24 paktierten Startwert in der Höhe von 37.618 Mio. Euro für die neue Zielsteuerungsperiode (vgl. Art. 15a B-VG ZS-G) ergibt sich eine Unterschreitung von 941 Mio. Euro.

Ab dem Jahr 2020 werden die Gesundheitsausgaben für die Bekämpfung der COVID-19-Pandemie (u. a. für Schutzausrüstung, Testungen, Contact-Tracing, 1450, Barackenspitäler, Medienkampagnen etc.) seitens Statistik Austria erfasst und bei der Berechnung der Gesundheitsausgaben inkludiert.

Der aus der Pandemiebekämpfung resultierende starke Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben in den Jahren 2020 und 2021 (vgl. Abbildung 1) führte von einem durchschnittlichen Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am BIP von 7,0 Prozent (2010–2019) zu einem erhöhten Anteil von 7,8 Prozent bzw. 8,6 Prozent in den ersten beiden Pandemie Jahren, worauf ein Rückgang auf 7,9 Prozent im Jahr 2022 folgte. Im Jahr 2023 stabilisierte sich der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am BIP mit 7,8 Prozent auf dem erhöhten Niveau, wenngleich ein Rückgang der pandemiebedingten Aufwendungen zu verzeichnen war.

Tabelle 2: Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in Mio. Euro 2023

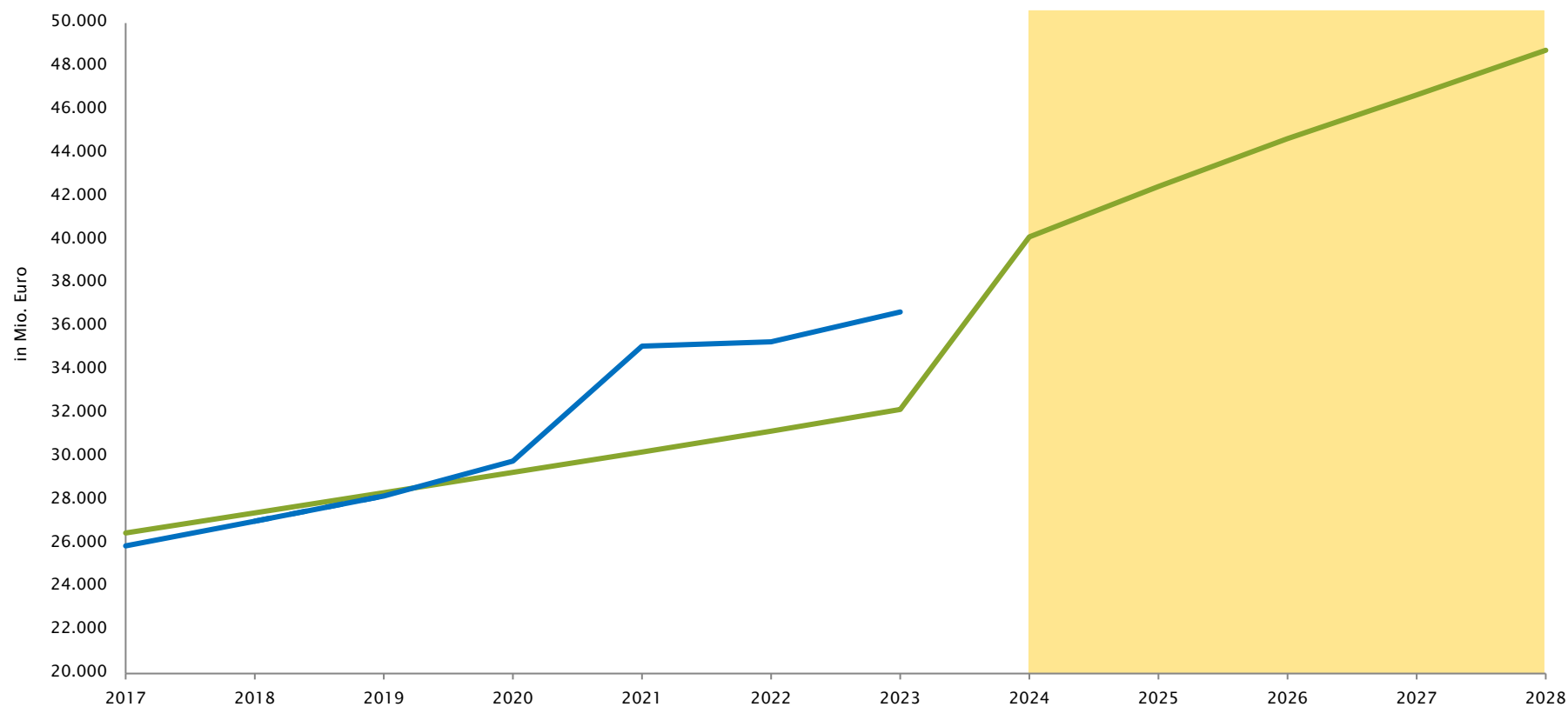
Gesamt		2023
SOLL	Ausgabenobergrenze	32.179
IST	Ausgaben gem. SHA	36.677
ANALYSE	Abweichung zur AOG absolut	+4.498
	Abweichung zur AOG in Prozent	+13,98 %

gerundet gem. G-ZG § 17 Abs. 1 Z 1

Quelle: Anhang ZV gem. G-ZG § 17 Abs. 1 Z 1, Statistik Austria 2025

Abbildung 1 stellt die AOG bis 2028 und die Entwicklung der öffentlichen GHA bis 2023 im Zeitverlauf dar. Insgesamt wuchsen die GHA im Betrachtungszeitraum 2017 bis 2023 um durchschnittlich 6,0 Prozent jährlich, wobei die Wachstumsrate von 2020 auf 2021 pandemiebedingt 17,8 Prozent betrug. Nach einem geringen Anstieg von 0,6 Prozent von 2021 auf 2022 wuchsen die öffentlichen GHA von 2022 auf 2023 um 3,9 Prozent und überschritten damit im Jahr 2023 die vereinbarte Ausgabenobergrenze um 13,98 Prozent.

Abbildung 1: Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege 2017–2028 in Mio. Euro



	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
AOG	26.483	27.410	28.342	29.277	30.214	31.181	32.179	40.138	42.466	44.674	46.684	48.747
tatsächliche Ausgaben gemäß SHA	25.888	27.028	28.191	29.801	35.098	35.298	36.677					
Zielsteuerungsperiode 2024–2028 (Monitoring)												

Ausgabenobergrenze (AOG)

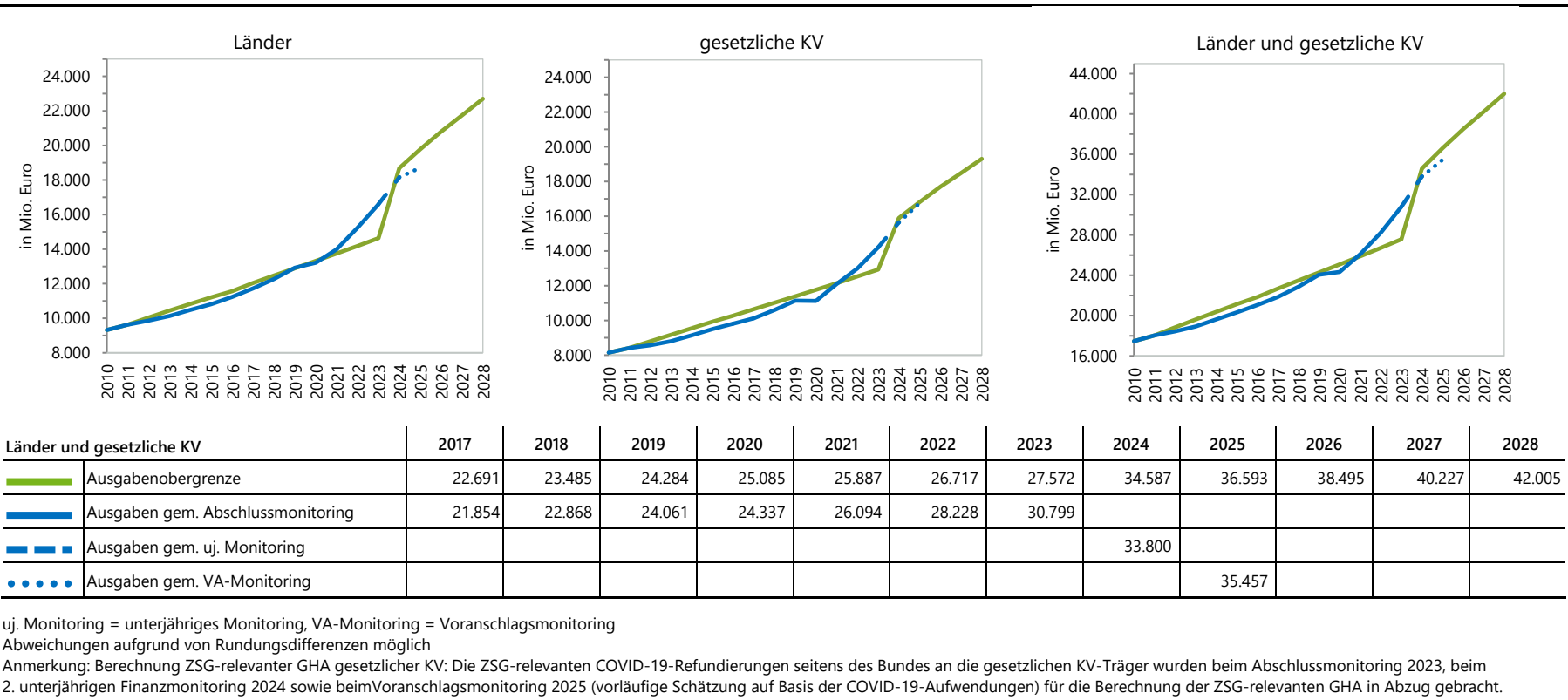
tats. Ausgaben gem. SHA

Quelle: Statistik Austria 2025 und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 1

2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben

Abbildung 2 veranschaulicht die Entwicklung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben getrennt nach den Sektoren „Länder“ und „gesetzliche Krankenversicherung“ sowie insgesamt im Vergleich zu den festgelegten Ausgabenobergrenzen ab dem Beobachtungsjahr 2017.

Abbildung 2: Entwicklung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben der Länder und der gesetzlichen KV 2017–2028 in Mio. Euro



Quelle: Monitoring gem. ZV 2017–2023 Art. 8 bzw. ZV 2024–2028 Art. 7 (Meldezeitpunkt März 2025) und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 2

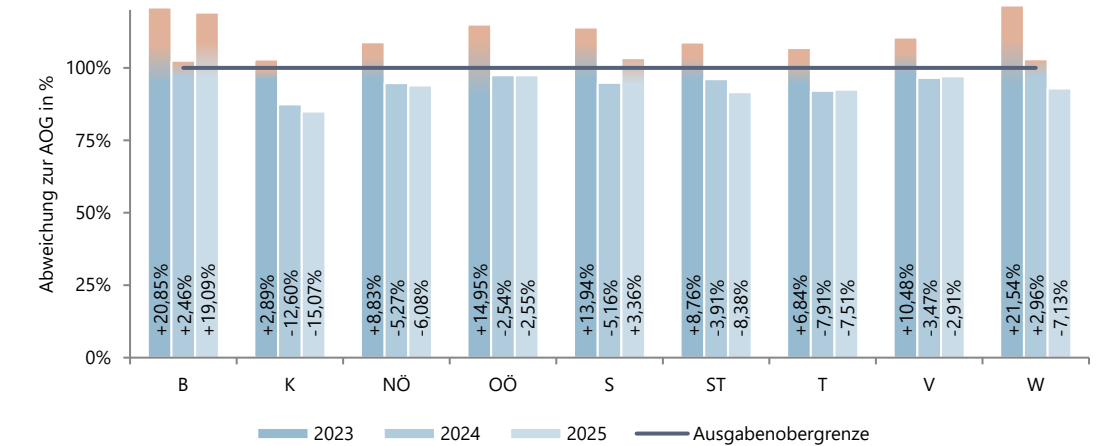
2.1 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Länder

Für den Sektor der **Länder** werden zum aktuellen Monitoringzeitpunkt für **das Jahr 2025** (ausgehend von den Voranschlägen) zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben in der Höhe von 18.708 Mio. Euro prognostiziert. Dies entspricht einer **Unterschreitung der vereinbarten Ausgabenobergrenzen für das Jahr 2025 um 1.068 Mio. Euro bzw. 5,40 Prozent**.

Ausgaben für die Behandlung von inländischen Gastpatient:innen werden bei der Erfassung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben nicht gesondert berücksichtigt bzw. ausgewiesen.

Tabelle 3: Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der Länder in Mio. Euro und Abweichungen von der Ausgabenobergrenze in Prozent¹

Länder		Abschluss-monitoring	unterjähriges Monitoring	Voranschlags-monitoring
		2023	2024	2025
SOLL	Ausgabenobergrenze	14.639	18.692	19.776
IST	Ausgaben gem. Monitoring	16.596	18.158	18.708
ANALYSE	Abweichung zur AOG absolut	+1.957	-534	-1.068
	Abweichung zur AOG in %	+13,37 %	-2,86 %	-5,40 %



Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2025, und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 2

¹ Es ist darauf hinzuweisen, dass im Zuge der Umsetzung der Haushaltsreform im Land Tirol ab dem Jahr 2018 die Betriebsabgangsdeckung des Landes zeitnäher (periodengerechter) im Landesrechnungsabschluss abgebildet wird. Im Monitoring der Finanzzielsteuerung wird zur Wahrung der Zeitreihenkontinuität die Betriebsabgangsdeckung weiterhin im zweitfolgenden Jahr berücksichtigt.

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

- **Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Steiermark, Tirol und Vorarlberg** überschreiten zum aktuellen Monitoringzeitpunkt nur im Jahr 2023 die AOG.
- **Wien** überschreitet die AOG in den Jahren 2023 und 2024.
- **Salzburg** überschreitet die AOG in den Jahren 2023 und 2025.
- Das **Burgenland** liegt zum aktuellen Monitoringzeitpunkt in allen drei Beobachtungsjahren (2023, 2024 und 2025) über der AOG.

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

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

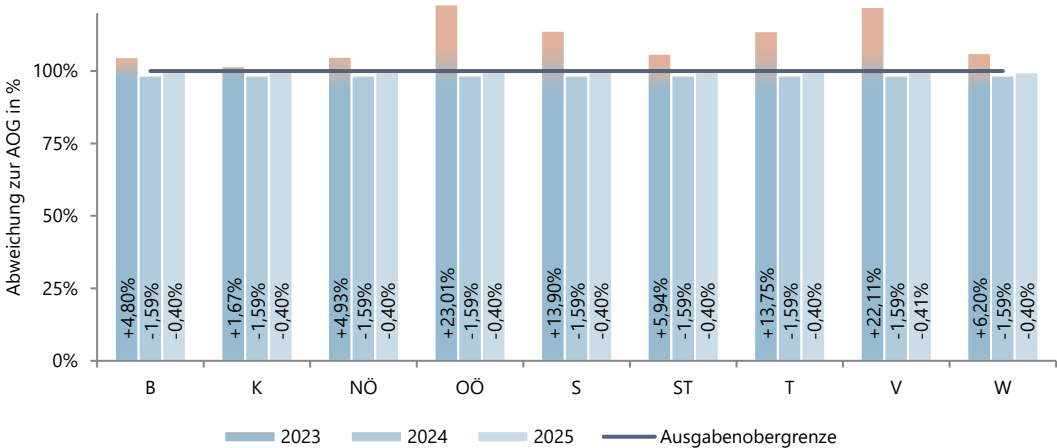
Mit der Umsetzung der Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung (**VRV**) 2015 in allen Bundesländern im Jahr 2020 sind für das Finanzzielmonitoring die Werte betreffend die **Rechenwerke der Länder** und Gemeinden aus dem **Ergebnishaushalt** heranzuziehen, um die Vergleichbarkeit mit der Gewinn-und-Verlust-Rechnung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

2.2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Gesetzliche Krankenversicherung

Im Bereich der **gesetzlichen Krankenversicherung** weist das Finanzmonitoring für das Jahr 2025 (auf Basis der Voranschläge) zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben in der Höhe von 16.749 Mio. Euro aus. Dies entspricht einer **Unterschreitung der vereinbarten Ausgabenobergrenze in der Höhe von 68 Mio. Euro bzw. 0,4 Prozent** (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der gesetzlichen KV in Mio. Euro und Abweichungen von der Ausgabenobergrenze nach Bundesland, zusammengeführt in Prozent

gesetzliche KV		Abschluss-monitoring	unterjähriges Monitoring	Voranschlags-monitoring
		2023	2024	2025
SOLL	Ausgabenobergrenze	12.933	15.895	16.817
IST	Ausgaben gem. Monitoring	14.203	15.642	16.749
ANALYSE	Abweichung zur AOG absolut	+1.270	-253	-68
	Abweichung zur AOG in %	+9,82 %	-1,59 %	-0,40 %



Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich
Anmerkungen: Berechnung ZSG-relevanter GHA gesetzlicher KV: Die ZSG-relevanten COVID-19-Refundierungen seitens des Bundes an die gesetzlichen KV-Träger wurden bei dem Abschlussmonitoring 2023, beim 2. unterjährigen Finanzmonitoring 2024 und beim Voranschlagsmonitoring 2025 (vorläufige Schätzung auf Basis der COVID-19-Aufwendungen) für die Berechnung der ZSG-relevanten GHA in Abzug gebracht.
Mit der Änderungen des § 443 ASVG und den damit verbundenen Änderungen in den Weisungen für die Rechnungsführung und Rechnungslegung der Sozialversicherungsträger, entfallen in den Erfolgsrechnungen die Landesstellen der ÖGK. Daher wird ab dem Meldezeitpunkt März 2024 die Summe der zielsteuerungsrelevanten Ausgaben aller Krankenversicherungsträger mittels Schlüssel auf die Bundesländer aufgeteilt.

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2025, und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 2

Detailauswertungen zeigen zum aktuellen Erhebungszeitpunkt (März 2025) bei der Darstellung nach KV Trägern (vgl. Tabelle 5) im Jahr 2025 **Unterschreitungen der AOG**. Analog der Ausgabensituation der Länder überschreiten alle gesetzlichen Krankenversicherungsträger die AOG im Jahr 2023 während beim 2. unterjährigen Finanzmonitoring 2024 und dem Voranschlagsmonitoring 2025 eine Unterschreitung vorliegt.

Tabelle 5: Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Mio. Euro nach Träger

Krankenversicherungsträger			Abschluss- monitoring	unterjähriges Monitoring	Voranschlags- monitoring
			2023	2024	2025
ÖGK	SOLL	AOG	9.782,79	11.973,00	12.667,00
	IST	Ausg. gem. Monitoring	10.729,35	11.818,51	12.652,28
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	+946,56	-154,49	-14,72
		Abw. von AOG in %	+9,68 %	-1,29 %	-0,12 %
BVAEB	SOLL	AOG	1.814,32	2.249,00	2.379,00
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.995,79	2.212,98	2.377,71
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	+181,47	-36,02	-1,29
		Abw. von AOG in %	+10,00 %	-1,60 %	-0,05 %
SVS	SOLL	AOG	1.335,89	1.673,00	1.771,00
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.478,24	1.610,95	1.718,97
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	+142,35	-62,05	-52,03
		Abw. von AOG in %	+10,66 %	-3,71 %	-2,94 %

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

Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich

Anmerkung: Berechnung ZSG-relevanter GHA gesetzlicher KV: Die ZSG-relevanten COVID-19-Refundierungen seitens des Bundes an die gesetzlichen KV-Träger wurden bei dem Abschlussmonitoring 2023, beim 2. unterjährigen Finanzmonitoring 2024 und beim Voranschlagsmonitoring 2025 (vorläufige Schätzung auf Basis der COVID-19-Aufwendungen) für die Berechnung der ZSG-relevanten GHA in Abzug gebracht.

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2025, und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 3 lit c

2.3 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Zusammenführung auf Bundesländerebene

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

Weiterführende Auswertungen zeigen für Österreich gesamthaft (Länder und gesetzliche Krankenversicherung) beim Abschlussmonitoring 2023 ausnahmslos eine Überschreitung und beim 2. unterjährigen Finanzmonitoring 2024 sowie beim Voranschlagsmonitoring 2025 zu einem überwiegenden Teil Unterschreitungen der Ausgabenobergrenzen (vgl. Tabelle 6)

Folgende Ausgabendarstellungen finden sich im nächsten Abschnitt:

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

Tabelle 6: Bundesländerweise Zusammenführung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben, Länder und gesetzliche KV, in Mio. Euro

			Land und gesetzliche KV			Land			gesetzliche KV gesamt		
			A	UJ	VA	A	UJ	VA	A	UJ	VA
			2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025
B	SOLL	AOG	772,43	971,85	1.028,33	347,82	473,85	501,33	424,61	498,00	527,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	865,35	975,57	1.121,91	420,36	485,48	597,04	445,00	490,09	524,87
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+92,92	+3,72	+93,58	+72,53	+11,63	+95,71	+20,39	-7,91	-2,13
		Abw. zur AOG in %	+12,03 %	+0,38 %	+9,10 %	+20,85 %	+2,46 %	+19,09 %	+4,80 %	-1,59 %	-0,40 %
K	SOLL	AOG	1.831,12	2.212,11	2.340,62	970,72	1.233,11	1.304,62	860,40	979,00	1.036,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	1.873,56	2.041,18	2.139,77	998,75	1.077,73	1.107,96	874,81	963,44	1.031,81
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+42,45	-170,93	-200,85	+28,04	-155,38	-196,66	+14,41	-15,56	-4,19
		Abw. zur AOG in %	+2,32 %	-7,73 %	-8,58 %	+2,89 %	-12,60 %	-15,07 %	+1,67 %	-1,59 %	-0,40 %
NO	SOLL	AOG	4.814,91	5.880,46	6.221,17	2.358,07	2.995,46	3.169,17	2.456,84	2.885,00	3.052,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	5.144,19	5.676,89	6.016,26	2.566,23	2.837,73	2.976,61	2.577,96	2.839,16	3.039,65
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+329,29	-203,57	-204,91	+208,16	-157,73	-192,56	+121,12	-45,84	-12,35
		Abw. zur AOG in %	+6,84 %	-3,46 %	-3,29 %	+8,83 %	-5,27 %	-6,08 %	+4,93 %	-1,59 %	-0,40 %
OÖ	SOLL	AOG	4.389,17	5.792,34	6.128,47	2.450,34	3.123,34	3.304,47	1.938,83	2.669,00	2.824,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	5.201,74	5.670,48	6.032,94	2.816,79	3.043,89	3.220,37	2.384,95	2.626,59	2.812,57
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+812,56	-121,86	-95,53	+366,44	-79,45	-84,10	+446,12	-42,41	-11,43
		Abw. zur AOG in %	+18,51 %	-2,10 %	-1,56 %	+14,95 %	-2,54 %	-2,55 %	+23,01 %	-1,59 %	-0,40 %
S	SOLL	AOG	1.743,89	2.224,09	2.353,09	946,04	1.207,09	1.277,09	797,85	1.017,00	1.076,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	1.986,71	2.145,67	2.391,65	1.077,94	1.144,83	1.320,00	908,77	1.000,85	1.071,65
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+242,82	-78,42	+38,56	+131,90	-62,26	+42,91	+110,92	-16,15	-4,35
		Abw. zur AOG in %	+13,92 %	-3,53 %	+1,64 %	+13,94 %	-5,16 %	+3,36 %	+13,90 %	-1,59 %	-0,40 %
ST	SOLL	AOG	3.815,39	4.736,51	5.011,80	1.947,96	2.522,51	2.668,80	1.867,43	2.214,00	2.343,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	4.096,97	4.602,68	4.778,59	2.118,59	2.423,86	2.445,06	1.978,38	2.178,82	2.333,52
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+281,58	-133,83	-233,21	+170,64	-98,65	-223,74	+110,95	-35,18	-9,48
		Abw. zur AOG in %	+7,38 %	-2,83 %	-4,65 %	+8,76 %	-3,91 %	-8,38 %	+5,94 %	-1,59 %	-0,40 %
T	SOLL	AOG	2.167,69	2.756,43	2.916,86	1.118,97	1.421,43	1.503,86	1.048,72	1.335,00	1.413,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	2.388,49	2.622,79	2.798,21	1.195,56	1.308,99	1.390,93	1.192,93	1.313,79	1.407,28
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+220,80	-133,64	-118,65	+76,59	-112,44	-112,93	+144,21	-21,21	-5,72
		Abw. zur AOG in %	+10,19 %	-4,85 %	-4,07 %	+6,84 %	-7,91 %	-7,51 %	+13,75 %	-1,59 %	-0,4 %
V	SOLL	AOG	1.119,71	1.472,42	1.556,58	599,40	761,42	805,58	520,31	711,00	751,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	1.297,54	1.434,71	1.530,12	662,21	735,00	782,16	635,33	699,70	747,96
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+177,83	-37,71	-26,46	+62,81	-26,42	-23,42	+115,02	-11,30	-3,04
		Abw. zur AOG in %	+15,88 %	-2,56 %	-1,70 %	+10,48 %	-3,47 %	-2,91 %	+22,11 %	-1,59 %	-0,41 %
W	SOLL	AOG	6.917,71	8.540,79	9.036,08	3.899,70	4.953,79	5.241,08	3.018,01	3.587,00	3.795,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	7.944,85	8.630,41	8.647,14	4.739,60	5.100,40	4.867,49	3.205,25	3.530,01	3.779,65
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+1.027,14	+89,62	-388,94	+839,89	+146,61	-373,59	+187,24	-56,99	-15,35
		Abw. zur AOG in %	+14,85 %	+1,05 %	-4,30 %	+21,54 %	+2,96 %	-7,13 %	+6,20 %	-1,59 %	-0,40 %
Ö	SOLL	AOG	27.572,02	34.587,00	36.593,00	14.639,02	18.692,00	19.776,00	12.933,00	15.895,00	16.817,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	30.799,41	33.800,36	35.456,58	16.596,03	18.157,92	18.707,62	14.203,38	15.642,45	16.748,96
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+3.227,38	-786,64	-1.136,42	+1.957,00	-534,08	-1.068,38	+1.270,38	-252,55	-68,04
		Abw. zur AOG in %	+11,71 %	-2,27 %	-3,11 %	+13,37 %	-2,86 %	-5,40 %	+9,82 %	-1,59 %	-0,40 %

AOG = Ausgabenobergrenze, A = Abschlussmonitoring, UJ = unterjähriges Monitoring, VA = Voranschlagsmonitoring, Ausg. = Ausgaben, Abw. = Abweichung, gem. = gemäß, abs. = absolut, Monit. = Monitoring

Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich

Anmerkungen: Berechnung ZSG-relevanter GHA gesetzlicher KV: Die ZSG-relevanten COVID-19-Refundierungen seitens des Bundes an die gesetzlichen KV-Träger wurden bei dem Abschlussmonitoring 2023, beim 2. unterjährigen Finanzmonitoring 2024 und beim Voranschlagsmonitoring 2025 (vorläufige Schätzung auf Basis der COVID-19-Aufwendungen) für die Berechnung der ZSG-relevanten GHA in Abzug gebracht.

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

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2025, und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 3 lit c

3 Gesondert darzustellende Größen

Gemäß ZV Art. 7.3 Abs. 1 lit. a bis h sind die Gesundheitsausgaben aus folgenden Bereichen gesondert darzustellen:

- Pensionsversicherung, Unfallversicherung, Krankenfürsorgeanstalten
- Gesundheitsausgaben des Bundes
- Investitionen
- Ausgaben der KV-Träger zur Erbringung der Leistungen im Bereich Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche
- private Gesundheitsausgaben inkl. Selbstbehalten
- Entwicklung der Anteile der Zielsteuerungspartner und weiteren Finanziers an den Aufwendungen für die Fondskrankenanstalten, wobei die Mittelherkunft zu berücksichtigen ist

Die Vorgehensweise bei der gesonderten Darstellung wurde im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene in Art. 7 festgelegt. Demnach sind die genannten Größen in den jeweiligen Monitoring-berichten gesondert zu analysieren; ferner sind sie nicht Gegenstand der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben und unterliegen damit auch nicht den vereinbarten Ausgabenobergrenzen.

Für Investitionen im Bereich der Länder wurden die Rechnungsabschlüsse der Krankenanstalten-träger als Grundlage herangezogen. Zur Darstellung der Investitionen im Bereich Sozialversicherung wurden die Abrechnungen der SV-eigenen Einrichtungen verwendet. Tabelle 7 zeigt die im Jahr 2023 aufgewandten Investitionen in Sachanlagen für österreichische Fondskrankenanstalten sowie für Gesundheitseinrichtungen der Sozialversicherung.

Tabelle 7: Investitionen in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten sowie in den Gesundheitseinrichtungen der gesetzlichen KV 2023 nach Bundesländern in Euro

Land	Investitionen in Fondskrankenanstalten	Investitionen in Gesundheitseinrichtungen der Sozialversicherung
	2023	2023
Burgenland	60.644.485	
Kärnten	69.443.861	
Niederösterreich	46.200.347	
Oberösterreich	170.823.212	
Salzburg	71.665.557	
Steiermark	146.713.266	
Tirol	96.364.302	
Vorarlberg	42.314.100	
Wien*	434.448.809	
GESAMT	1.138.617.939	47.909.804

Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich

*inkl. Aufwendungen für das TZ Ybbs in der Höhe von rd. 1,59 Mio. Euro (2023)

Quelle: KRBV / Quellen- und Verwendungsanalyse 2025, Abrechnung der SV-eigenen Einrichtungen (exklusive Hanusch-Krankenhaus) 2025

Für Ausgaben zur Erbringung von Leistungen im Bereich Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche wurde die Erfolgsrechnung der SV-Träger als Grundlage herangezogen. Tabelle 8 zeigt die im Jahr 2023 aufgewandten Ausgaben für Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche.

Tabelle 8: Aufwand der gesetzlichen Krankenversicherungsträger für Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche 2023 in Euro

gesetzliche KV	Aufwand der Sozialversicherungsträger für Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche
	2023
ÖGK	109.087.848
BVAEB	15.945.405
SVS	10.412.746
GESAMT	135.445.999

Quelle: Erfolgsrechnung der Sozialversicherungsträger 2023

Die Höhe der Gesundheitsausgaben von Pensionsversicherung, Unfallversicherung, Krankenfürsorgeanstalten und des Bundes wurde analog der SHA-Methodik (Statistik Austria) berechnet. Tabelle 9 zeigt diese Ausgaben für die Jahre 2012 bis 2023.

Tabelle 9: Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenfürsorgeanstalten sowie des Bundes 2012–2023 in Mio. Euro

Gesundheitsausgaben*	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Pensionsversicherung	803	857	889	902	981	1.008	1.059	1.104	973	1.121	1.208	1.328
Unfallversicherung	354	376	392	407	408	419	417	429	453	450	495	499
Krankenfürsorgeanstalten	464	477	486	500	515	531	545	567	571	631	669	738
Bund**	1.922	1.835	1.896	1.969	2.007	2.041	2.099	2.188	3.280	6.939	5.267	3.954

*Die aktuell (Stand: Februar 2025) verfügbaren Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenfürsorgeanstalten sowie des Bundes nach SHA beruhen zum Teil auf vorläufigen Daten und werden ggf. noch einer Revision unterzogen.

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

Quelle: Statistik Austria 2025

Die privaten Gesundheitsausgaben in der Höhe von 11.068 Mio. Euro im Jahr 2023 resultieren gemäß der SHA-Methodik aus der Summe der freiwilligen, privaten Kranken(zusatz)versicherungen, aus Unternehmen im Rahmen betriebsärztlicher Leistungen und aus privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (POoE) (SHA HF.2 Freiwillige Systeme der Gesundheitsfinanzierung) sowie aus den Selbstzahlungen der privaten Haushalte inkl. Selbstbehalten (SHA HF.3). Mehr als 70 Prozent davon werden durch die Selbstzahlungen der privaten Haushalte („out of pocket payments“) getragen.

Beide Kategorien (HF.2 und HF.3) können entlang mehrerer Dimensionen betrachtet werden. Enthalten sind je-weils private Ausgaben für stationäre Leistungen (inkl. Tagesklinik), extramurale ärztliche (z. B. Wahlärztinnen/-ärzte) und nichtärztliche Leistungen (z. B. Therapeutinnen/Therapeuten). Weiters enthalten sind Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung wie etwa Zahlungen

für medizi- nische und diagnostische Labore sowie Krankentransportdienste. Ein weiterer bedeutender An- teil der privaten Ausgaben entfällt auf medizinische Güter. Zu dieser Kategorie zählen neben Arzneimitteln und sonstigen Verbrauchsgütern auch therapeutische Hilfsmittel wie Brillen, Hör- hilfen, Rollstühle, Blutzuckermessgeräte u. v. m. Schließlich sind auch private Ausgaben für prä-ventive Leistungen sowie Verwaltungsaufwand umfasst².

Tabelle 10: Private Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege inkl. Selbstbehalten 2017 bis 2023 in Mio. Euro

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	WTR 17–23
private Gesundheitsausgaben inkl. Selbstbehalten	9.234	9.494	9.722	9.219	10.024	10.251	11.068	19,9 %
Anteil privater GHA an ge- samten Gesundheitsausgaben	26,3 %	26,0 %	25,6 %	23,6 %	22,2 %	22,5 %	23,2 %	

Anmerkung: Private Gesundheitsausgaben laut System of Health Accounts (SHA) resultieren aus der Summe der beiden SHA-Finanzierungssystempositionen „Freiwillige Systeme der Gesundheitsfinanzierung“ (HF.2) und „Selbstzahlungen der privaten Haushalte“ (HF.3).

WTR = Wachstumsrate

Quelle: Statistik Austria 2025

Die Darstellung der Entwicklung der Anteile der Zielsteuerungspartner und weiteren Finanziers an den Aufwendungen für die Fondskrankenanstalten zieht ebenso als Grundlage die SHA-Auswertungen von Statistik Austria heran. Tabelle 11 zeigt die Entwicklung der jeweiligen Anteile der öffentlichen Finanziers an den Aufwendungen der Fondskrankenanstalten. Die Veränderungen der Anteile zwischen Bund, Ländern und SV in den Jahren 2020 und 2021 sind auf die COVID-19-Pandemie zurückzuführen.

Tabelle 11: Finanzierungsanteile der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherung an den Fondskrankenanstalten 2017 bis 2023 in Prozent

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Bund	11,3 %	11,2 %	11,1 %	14,8 %	14,8 %	12,4 %	12,1 %
Länder	32,6 %	33,0 %	33,6 %	32,1 %	32,7 %	34,2 %	35,3 %
Gemeinden	10,6 %	10,6 %	10,4 %	10,0 %	10,1 %	10,1 %	10,4 %
SV-Träger	45,5 %	45,2 %	44,8 %	43,1 %	42,5 %	43,3 %	42,2 %

Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Statistik Austria 2025

² Für weitere Informationen zu den privaten Gesundheitsausgaben wird auf die Standarddokumentation zu dieser Statistik verwiesen:
https://www.statistik.at/fileadmin/shared/QM/Standarddokumentationen/VW/std_v_gesundheitsausgaben.pdf

Teil B: Monitoring der Steuerungsbereiche

Der gesundheitspolitischen Zielsetzung der Zielsteuerung-Gesundheit und den zugehörigen gesetzlichen Grundlagen (Art. 15a B-VG OF und Art. 15a B-VG ZS-G, Begleitgesetze³) folgend sind die festgelegten Versorgungs- und Finanzziele einem Monitoring zur Messung der Zielerreichung zu unterwerfen. Durch das Monitoring ist Transparenz, Vergleichbarkeit und Aktualität zu schaffen.

Nachdem in Teil A das Monitoring der Finanzziele erfolgte, widmet sich Teil B dem Monitoring der so genannten Steuerungsbereiche, die sich in Ergebnisorientierung, Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse gliedern.

Aufbauend darauf wurden für die Zielsteuerungsperiode 2024–2028 insgesamt vier strategische Ziele abgeleitet und dafür sechs Themenbereiche definiert. Die 17 operativen Ziele konkretisieren die Vorhaben und ordnen ihnen Zuständigkeiten, Zeitpläne und letztlich 29 Messgrößen mit Zielwerten bzw. Zielrichtungen zu (vgl. Zielsteuerungsvertrag 2024–2028⁴).

Der vorliegende Monitoringbericht gliedert sich nach den Themenbereichen gemäß Zielsteuerungsvertrag und verfolgt das Ziel, die Entwicklungen der definierten und steuerungsrelevanten Messgrößen knapp darzustellen, zu analysieren und den vereinbarten Zielwerten bzw. Zielrichtungen gegenüberzustellen.

Darüber hinaus sollen die Messgrößen auch für internationale Vergleiche und Leistungsmessungen verwendbar sein. Insofern leistet das Monitoring der Zielsteuerung-Gesundheit auch einen maßgeblichen Beitrag zu den österreichischen Bemühungen im Rahmen des Health System Performance Assessment (HSPA).

Nachfolgend erfolgt eine zusammenfassende Darstellung aller Messgrößen, die einen raschen Überblick über den aktuellen Stand der Messgrößenausprägungen ermöglicht (Abbildung 3 bis

Abbildung 7). Zusätzlich wird die Verteilung bzw. die Spannweite der Bundeslandwerte (falls verfügbar) im Vergleich zum Österreich-Wert dargestellt. Ergänzt wird die Darstellung um den Entwicklungstrend in einer Minigrafik und die Nennung der jeweils minimalen und maximalen Ausprägung der Messgrößen je Bundesland. Detaillierte Auswertungen der im Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Messgrößen finden sich im Tabellenband im Anhang (siehe Kapitel 9.2).

Die genauen Definitionen, Limitationen, Quellen und Hinweise zu den Messgrößen finden sich im Anhang des Zielsteuerungsvertrages 2024–2028.

³ [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Rechtsgrundlagen-der-Zielsteuerung-Gesundheit-ab-2024.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Rechtsgrundlagen-der-Zielsteuerung-Gesundheit-ab-2024.html)

⁴ [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Zielsteuerungsvertrag-2024-bis-2028.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Zielsteuerungsvertrag-2024-bis-2028.html)





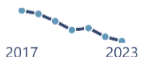
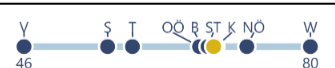
Abbildung 3: Übersicht über die Messgrößenausprägungen des Themenbereichs Versorgung und Ressourcen

Messgröße	Österreich			Bundesländer
	Zielvorgabe	Aktuellster Wert	Zeitverlauf seit 2017	Aktuellste Daten
Themenbereich Versorgung und Ressourcen				
1: Inanspruchnahme öff. Gesundheitsversorgung (mind. einmaliger Kontakt pro 1.000 EW)	~	914,6		
2: Umgesetzte PVE	↑	77		
3: Spitalsambulante Frequenzen (in Mio.)	~	19,2		
3: e-card Kontakte AM (in Mio.)	~	79,9		
3: e-card Kontakte FÄ (in Mio.)	~	28		
4a: Krankenhaushäufigkeit in FKA	~	175,1		
5a: Belagstagedichte in FKA	~	1.113,7		
6: Tagesklinische Aufenthalte (Gewichteter Durchschnitt aller Leistungsbündel)	↑	65,1%		
7: Ärztliche Versorgungsdichte (extramural pro 100.000 EW)	~	75,3		
8a: Anteil ärztliche Versorgungswirksamkeit des wahlärztlichen Bereichs (am ambulanten Bereich)	~	5,7%		
8b: Anteil ärztliche Versorgungswirksamkeit des wahlärztlichen Bereichs (am niedergelassenen Bereich)	~	7,9%		
9: Pflegekräfte (pro 100.000 EW)	~	1.613		
10a: Absolvent:innen an öffentl. Medizinuniversitäten	~	1.284		
10b: DGKP Absolvent:innen (FH + Schule)	~	2.400		
11: Besetzte Ausbildungsstellen (Allgemeinmedizin)	~	1.412		
12: Ambulante KJP-Angebote (Anzahl in VZÄ)	↑	140,5		

Zielvorgabe: Pfeil nach oben ↑ „steigend“; Pfeil nach unten ↓ „sinkend“; Tilde ~ „Beobachtungswert“, Österreich aktuellster Wert: Grün = gegenüber Vorjahr entsprechend intendierter Zielvorgabe, Rot = gegenüber Vorjahr entgegen intendierter Zielvorgabe, schwarz: Beobachtungswert
 Bundesländer: AT-Wert: gelber Punkt. Min: links, Max: rechts. Bei MG 10a und MG 10b erfolgt keine Darstellung auf BL-Ebene, da nur Werte für Österreich verfügbar ist.

Quelle: siehe Einzeltabellen im Anhang 9.2; Darstellung: GÖG

Abbildung 4: Übersicht über die Messgrößenausprägungen des Themenbereichs Qualität

Messgröße	Österreich			Bundesländer
	Zielvorgabe	Aktuellster Wert	Zeitverlauf seit 2017	Aktuellste Daten
Themenbereich Qualität				
13: in Therapie Aktiv versorgte Patient:innen	↑	25,2%		
14a: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung (sehr zufrieden + zufrieden (%) Krankenhäuser)	↑	71%		
14b: Erfahrung mit der medizinischen Versorgung (positive + eher positive Erfahrung (%) Krankenhäuser)	↑	92,7%		
15: Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer (Anteil < 3.Pflege-tag in FKA)	97,3%	94,8%		
16: Vorzeitige Todesfälle durch behandelbare Krankheiten (Verstorbene pro 100.000 EW)	↓	68,4		





Zielvorgabe: Pfeil nach oben ↑ „steigend“; Pfeil nach unten ↓ „sinkend“; Tilde ~ „Beobachtungswert“, Österreich aktuellster Wert: Grün = gegenüber Vorjahr entsprechend intendierter Zielvorgabe, Rot = gegenüber Vorjahr entgegen intendierter Zielvorgabe, schwarz: Beobachtungswert

Zeitverlauf seit 2017: Bei MG 14a und 14b Daten aufgrund Erhebungszyklus seit 2017 nur für ein Jahr verfügbar, daher keine Trendlinie möglich.

Bundesländer: AT-Wert: gelber Punkt. Min: links, Max: rechts. Bei MG 14a und MG 14b erfolgt keine Darstellung auf BL-Ebene, da Erhebungsergebnisse nur auf AT Ebene verfügbar sind.

Quelle: siehe Einzeltabellen im Anhang 9.2; Darstellung: GÖG


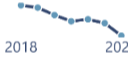



Abbildung 5: Übersicht über die Messgrößenausprägungen des Themenbereichs Digitalisierung und Daten

Messgröße	Österreich			Bundesländer
	Zielvorgabe	Aktuellster Wert	Zeitverlauf seit 2017	Aktuellste Daten
Themenbereich Digitalisierung/Daten				
17: Anrufe bei 1450 (Gesundheitsberatungen pro 100.000 EW)	↑	2.884,9		
18: Nutzung ELGA Bürgerportal (Logins pro 100.000 EW)	↑	8.995,7		

Zielvorgabe: Pfeil nach oben ↑ „steigend“; Pfeil nach unten ↓ „sinkend“; Tilde ~ „Beobachtungswert“, Österreich aktuellster Wert: Grün = gegenüber Vorjahr entsprechend intendierter Zielvorgabe, Rot = gegenüber Vorjahr entgegen intendierter Zielvorgabe, schwarz: Beobachtungswert
Bundesländer: AT-Wert: gelber Punkt. Min: links, Max: rechts.

Quelle: siehe Einzeltabellen im Anhang 9.2; Darstellung: GÖG



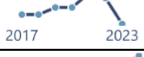
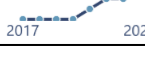
Abbildung 6: Übersicht über die Messgrößenausprägungen des Themenbereichs Medikamente

Messgröße	Österreich			Bundesländer
	Zielvorgabe	Aktuellster Wert	Zeitverlauf seit 2017	Aktuellste Daten
Themenbereich Medikamente				
19: Bundesweit einheitlich eingesetzte und sektorenübergreifend finanzierte Arzneyspezialitäten	↑	0		
20: Verhältnis der Arzneimittelausgaben extramural zu intramural (Anteil extramural (%))	~	77,6%		
21a: Polypharmazie Prävalenz (über 65-Jährige mit >5 Wirkstoffen pro 1.000 Anspruchsberechtigte)	↓	243,7		
21b: Potentiell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren (Anteil über 65-Jährige Bevölkerung mit PIM)	↓	56,3%		

Zielvorgabe: Pfeil nach oben ↑ „steigend“; Pfeil nach unten ↓ „sinkend“; Tilde ~ „Beobachtungswert“, Österreich aktuellster Wert: Grün = gegenüber Vorjahr entsprechend intendierter Zielvorgabe, Rot = gegenüber Vorjahr entgegen intendierter Zielvorgabe, schwarz: Beobachtungswert
Zeitverlauf seit 2017: Bei MG 19 Daten nur für 2024 verfügbar, daher keine Trendlinie möglich.
Bundesländer: AT-Wert: gelber Punkt. Min: links, Max: rechts. Bei MG 19 und MG 20 erfolgt keine Darstellung auf BL-Ebene, da nur Werte für Österreich verfügbar ist.

Quelle: siehe Einzeltabellen im Anhang 9.2; Darstellung: GÖG

Abbildung 7: Übersicht über die Messgrößenausprägungen des Themenbereichs Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitskompetenz und Impfen

Messgröße	Österreich			Bundesländer
	Zielvorgabe	Aktuellster Wert	Zeitverlauf seit 2017	Aktuellste Daten
Themenbereich Gesundheitsförderung & Primärprävention & Gesundheitskompetenz & Impfen				
22: Gesunde Lebensjahre bei der Geburt (Frauen und Männer)	↑	63,9		W ST B NO OÖ K V S T 62 69
23: Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz (% der Respondent:innen)	↑	52,8%		
24: Täglich Rauchende (% der Bevölkerung)	↓	20,6%		T R OÖ S K NO ST W V 18% 23%
25a: Konsum Alkohol pro Kopf (Gramm Alkohol pro Tag)	↓	25		
25b: problematischer Alkoholkonsum (% der Bevölkerung)	↓	15%		
26: Kariesfreie Kinder (Anteil 6-Jähriger mit kariesfreiem Gebiss)	↑	58,1%		NO R OÖ W S K V ST T 46% 72%
27: Vorzeitige Todesfälle durch vermeidbare Todesursachen (Verstorbene pro 100.000 EW)	↓	151,3		V T R OÖ S ST NO K W 131 171
28: MMR Durchimpfungsrate (4-Jährige mit 2 Teilimpfungen (%))	↑	81%		
29: Im ÖIP bereitgestellte Impfungen	↑	14		

Zielvorgabe: Pfeil nach oben ↑ „steigend“; Pfeil nach unten ↓ „sinkend“; Tilde ~ „Beobachtungswert“, Österreich aktuellster Wert: Grün = gegenüber Vorjahr entsprechend intendierter Zielvorgabe, Rot = gegenüber Vorjahr entgegen intendierter Zielvorgabe, schwarz: Beobachtungswert

Zeitverlauf seit 2017: Bei MG 22, MG 23, MG 24, MG 25b und MG 26 Daten aufgrund Erhebungszyklus seit 2017 nur für ein Jahr verfügbar, daher keine Trendlinie möglich.

Bundesländer: AT-Wert: gelber Punkt. Min: links, Max: rechts. Bei MG 23, MG 25a, MG 25b, MG 28 und MG 29 erfolgt keine Darstellung auf BL-Ebene, da nur Werte für Österreich verfügbar sind.

Quelle: siehe Einzeltabellen im Anhang 9.2; Darstellung: GÖG

4 Themenbereich Versorgung und Ressourcen

Der Themenbereich Versorgung und Ressourcen widmet sich schwerpunktmäßig Herausforderungen im Steuerungsbereich der Versorgungsstrukturen und der Umsetzung der im Zielsteuerungsprozess intendierten Kaskade von Patientenströmen nach dem Motto „digital vor ambulant vor stationär“. Prioritär ist demzufolge auch die Stärkung aller ambulanten Strukturen u. a. gestützt durch zusätzliche Geldmittel, die zweckgewidmet zur Stärkung des niedergelassenen und spitalsambulanten Bereichs eingebracht werden (vgl. Art. 31 Art. 15a B-VG OF).

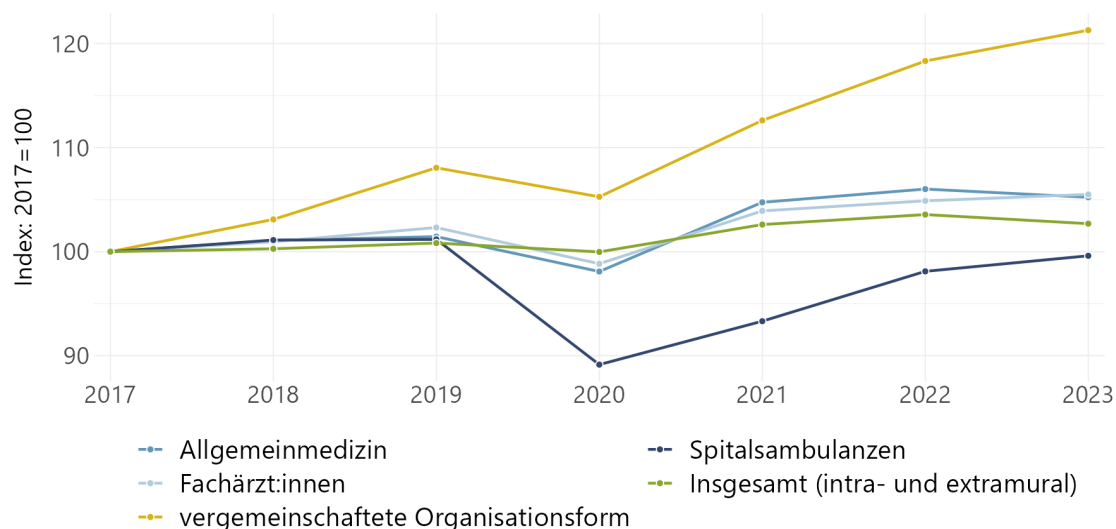
In Hinblick auf die angespannten Budgets, die demografische sowie technologische Entwicklung ist eine nachhaltige Ausrichtung und effiziente Nutzung der ambulanten Strukturen angezeigt. Das strategische Ziel 1 lautet demnach: *Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes.*

Stärkung des ambulanten Bereichs und Optimierung der Patientenströme (op. Ziel 1, 2, 3, 4)

Die operativen Ziele 1, 2 und 3 widmen sich unmittelbar einer vielschichtigen Stärkung des ambulanten Bereichs sowohl auf regulativer wie auch auf struktureller Ebene. Das Ziel dabei ist u. a. ein weiterer Auf- und Ausbau des ambulanten Bereichs, flankiert durch Maßnahmen wie Digitalisierung, Harmonisierung von Honorarkatalogen und Leistungen sowie verbesserte rechtliche Rahmenbedingungen. Gleichzeitig ist die weitere Reduktion der kostenintensiveren vollstationären Strukturen, sofern dies ohne Qualitätsverlust möglich ist, intendiert. Das operative Ziel 4 widmet sich in diesem Kontext einer Optimierung bzw. Lenkung der Patientenströme hin zum so genannten „best point of service“, der auch in telefonischen, webbasierten oder telemedizinischen Angeboten liegen kann (siehe hierzu auch Themenbereich Digitalisierung/Daten).

Messgröße 1 verdeutlicht die intendierte Verlagerung von stationären zu ambulanten Strukturen und zeigt eine Zunahme der Inanspruchnahme des öffentlichen ambulanten Gesundheitssystems (vgl. Abbildung 8). Rund 776 von 1.000 Einwohner:innen hatten im Jahr 2023 mindestens einen Kontakt zu einem oder einer niedergelassenen Kassen-Allgemeinmediziner:in, dies entspricht einer Steigerung von 5,2 Prozent gegenüber 2017. Die Bevölkerung wuchs im gleichen Zeitraum um 3,8 Prozent. Mit 721 je 1.000 Einwohner:innen waren es im fachärztlichen Bereich nur geringfügig weniger Kontakte auf 1.000 Einwohner:innen (+5,5 % ggü. 2017). Die Inanspruchnahme je 1.000 Einwohner:innen gemessen an mindestens einer Frequenz pro Jahr in den Spitalsambulanzen stagniert hingegen seit 2017.

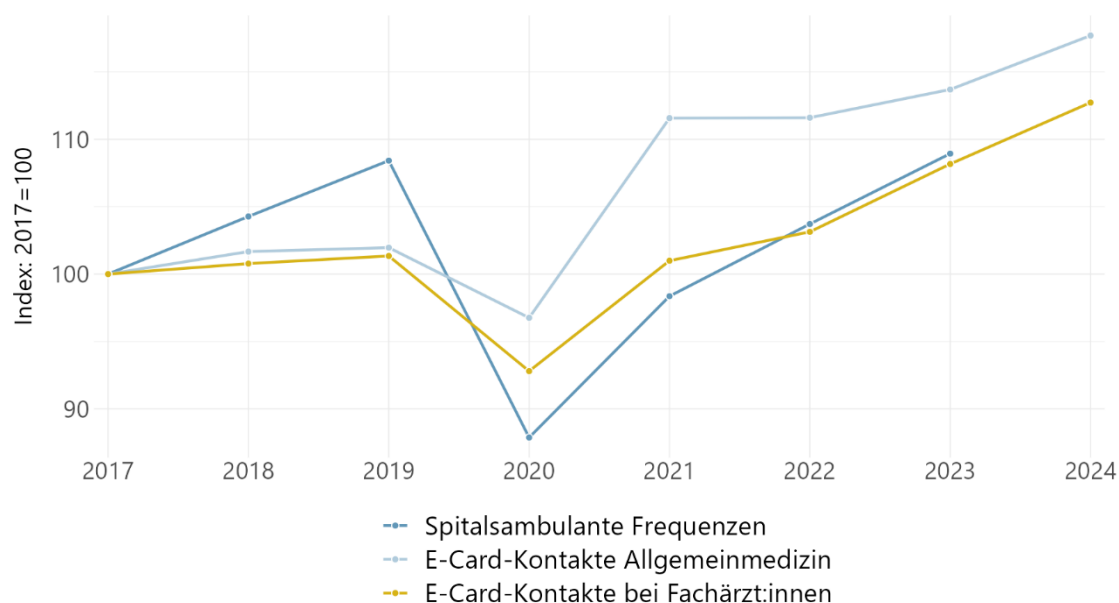
Abbildung 8: Mindestens einmalige Inanspruchnahme der öffentlichen Gesundheitsversorgung, indexierte Entwicklung 2017-2023, Index 2017=100 (Messgröße 1)



Quelle: BMSGPK (2025); Dokumentation im ambulanten Bereich (2023); Darstellung: GÖG

Dieses Bild wird auch durch Messgröße 3 untermauert. Die Summe aller e-card-Kontakte bei niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen stieg von 2017 bis 2024 um knapp 18 Prozent, jene der Fachärzt:innen um 13 Prozent (exkl. Zahnmedizin). Die spitalsambulanten Frequenzen zeigten im gleichen Zeitraum ein Wachstum von 9 Prozent (vgl. Tabelle 13).

Abbildung 9: e-card-Kontakte und spitalsambulante Frequenzen (Messgröße 3)



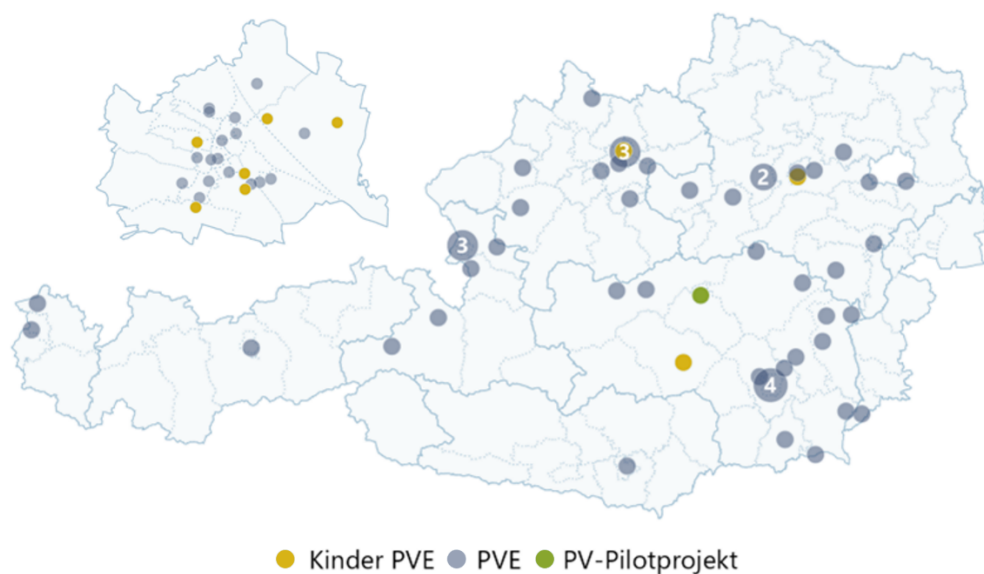
Spitalsambulante Frequenzen lagen zum Zeitpunkt der Berichtslegung nur bis zum Jahr 2023 vor.

Quelle: Krankenanstaltenstatistik und -kostenrechnung BMSGPK; Meldung DVS 2025; Darstellung: GÖG

Der niedergelassene Bereich soll auch weiterhin durch den Ausbau größerer vergemeinschafteten Organisationsformen gestärkt werden. Diese Organisationsformen bieten auf mehreren Ebenen Vorteile gegenüber Einzelpraxen, z. B. durch flexiblere Arbeitszeitmodelle, Teamwork, Skaleneffekte u.a.m.⁵ Dazu zählen neben Primärversorgungseinrichtungen (PVE), die nach wie vor einen der wichtigsten Reformbausteine darstellen, auch Gruppenpraxen und Ambulatorien. Sowohl Strukturen wie auch Inanspruchnahme zeigen aufgrund der bereits in den vergangenen Jahren begonnenen Bemühungen eine deutliche Dynamik. Messgröße 1 lässt etwa bei vergemeinschafteten Organisationsformen ein Wachstum von 21,3 % gegenüber 2017 hinsichtlich der mindestens einmaligen jährlichen Nutzung erkennen.

Die Anzahl der PVE-Zentren bzw. PVE-Netzwerken lag zum Jahresende 2024 bei 77 mit zuletzt deutlich steigender Tendenz, zum Zeitpunkt der Berichtslegung waren bereits über 90 PVE in Betrieb (inkl. Kinder-PVE). Die Zielsteuerungspartner haben sich auf die Schaffung von zumindest 133 Primärversorgungseinheiten (PVE) bis 2025 entlang der RSG-Planungen verständigt. Auch in den westlichen Bundesländern ist nun gemäß Messgröße 2 ein Sackstein PVE eine Dynamik erkennbar. Abbildung 10 zeigt die Anzahl sowie die Verteilung von PVE in Österreich. Wien stellte zum Jahresende 2024 mit 24 PVE die höchste Anzahl von PVE, gefolgt von der Steiermark (18) und Niederösterreich (12). Eine neuere Versorgungsform stellen die Kinder-PVE dar, die 2024 mit sechs an der Zahl in Wien und mit jeweils einer Einheit in Niederösterreich, Oberösterreich und der Steiermark in Betrieb standen.

Abbildung 10: PVE-Standorte per 31.12.2024 (Messgröße 2)



Quelle: Meldung DVS 2025, Darstellung: GÖG

Mit der wachsenden Bedeutung größerer ambulanter Organisationsformen hat sich auch die Anzahl der Gruppenpraxen zuletzt auf 307 im Jahr 2024 erhöht. Bei Ambulatorien ist aufgrund

⁵ siehe: <https://primaerversorgung.gv.at>

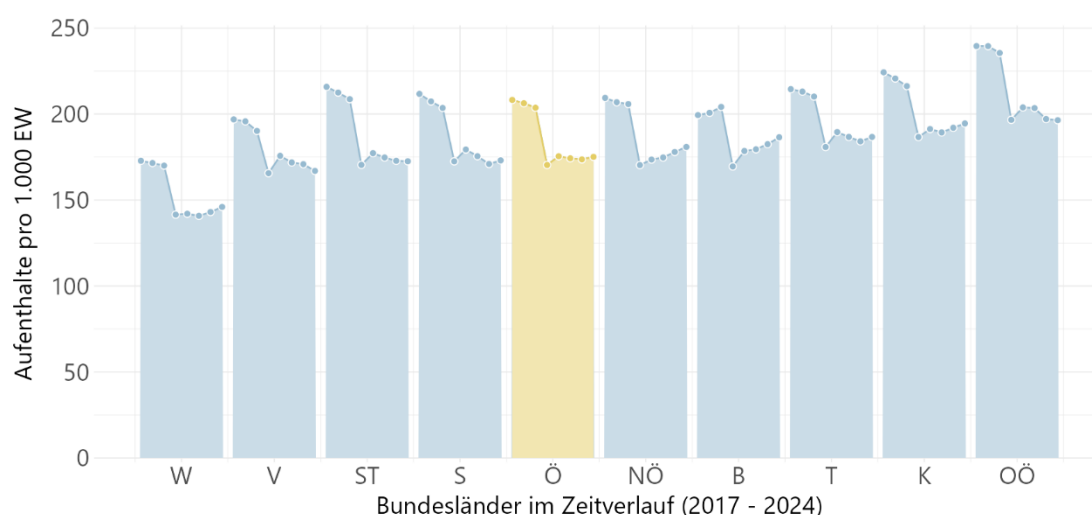
der Datenlage und Heterogenität der Einrichtungen die Einordnung der Dynamik erschwert und diese nicht eindeutig bestimmbar⁶ (vgl. Tabelle 14).

Entlastung akutstationärer Strukturen

Wie erwähnt sollte der gesundheitspolitischen Zielsetzung folgend der Ausbau bzw. die vermehrte Nutzung ambulanter Strukturen mit einer gleichzeitigen Entlastung akutstationärer Strukturen einhergehen. Nach wie vor zeichnet sich Österreich im internationalen Vergleich durch eine hohe Spitalszentriertheit in der Gesundheitsversorgung und eine überdurchschnittliche Krankenhaushäufigkeit aus. Seit Beginn der Zielsteuerung-Gesundheit 2013 werden Maßnahmen gesetzt, um den akutstationären Bereich zu entlasten.

Tatsächlich ist die Krankenhaushäufigkeit bzw. die Anzahl stationärer Aufenthalte in Fondskrankenanstalten je 1.000 Einwohner:innen mit einem Rückgang von 15,9 Prozent von 2017 bis 2024 in den letzten Jahren deutlich gesunken (Messgröße 4a). Wie auch in den Vorjahren verzeichnete Oberösterreich die höchste Krankenhaushäufigkeit mit 196,4 Aufenthalten je 1.000 Einwohner:innen in Fondskrankenanstalten, die geringste Häufigkeit wurde in Wien verzeichnet (146,0).

Abbildung 11: Krankenhaushäufigkeit in Fondskrankenanstalten (Messgröße 4a)



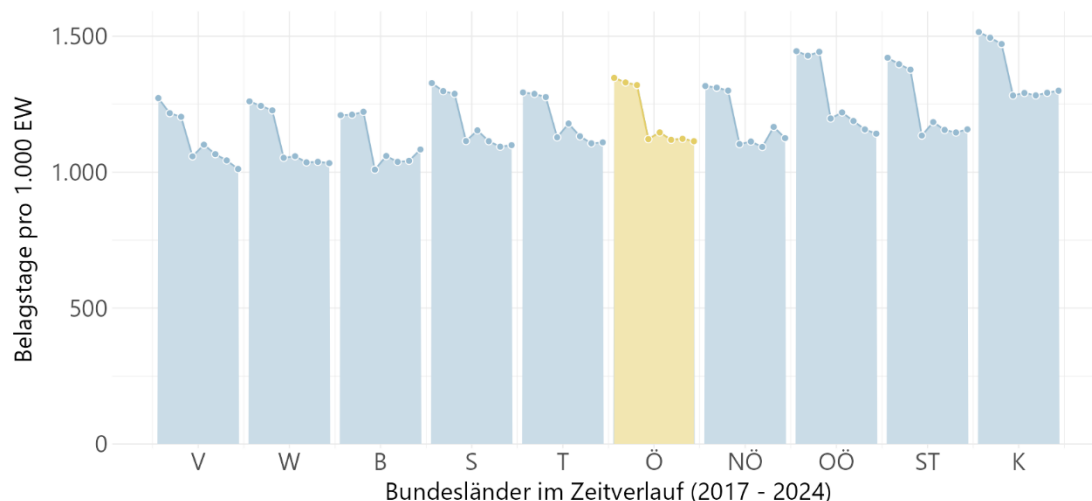
Datenbasis 2024: vorläufige Meldung der Länder mit Stand 1. April 2025

Quelle: BMSGPK (2025); Darstellung: GÖG

⁶ Die Datenbasis für diese Meldung stellen die für alle KV-Träger einheitlich aufbereiteten Dokumentationsdaten lt. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen (DokuG) dar. Die Basis für diese Daten sind qualitätsgesicherte Abrechnungsdaten der Vertragspartner:innen der Sozialversicherung, damit sind private Institute und Ambulatorien sowie selbstständige Ambulatorien der PVA und AUVA in diesen Daten nicht berücksichtigt. Die Fachgebiete 50 bis 53, 55 und 84 wurden für diese Darstellung exkludiert. Inkludiert sind alle anderen abgerechneten Fachgruppen, die entweder Fachgruppen für selbstständige Ambulatorien darstellen oder bei Leistungserbringer:innen abgerechnet wurde, die als Organisationsform "Selbstständiges Ambulatorium" in der ambulanten Datenmeldung lt. DokuGesetz zugewiesen bekamen. Weiters wurden für die Zählung der Selbstständigen Ambulatorien eine Einschränkung auf mindestens 150 Patient:innen pro Leistungsjahr getroffen. Die Informationen über die Bundesländer der Selbstständigen Ambulatorien wurden über die in der SV verfügbaren Stammdaten angereichert. Sofern kein Ort aus den Stammdaten zugewiesen werden konnte, wurde das Ambulatorium im Wert für Österreich gezählt. Daher kann der Wert Österreich von der Summe der Bundesländer abweichen. Gezählt wurden die Selbstständigen Ambulatorien pro Fachgebiet. Das bedeutet, dass - abhängig von der Organisation des jeweiligen Ambulatoriums - in manchen Fällen ein Selbstständiges Ambulatorium mehrfach gezählt wird, wenn es unterschiedliche Fachgebiete hat.

Ähnlich verhielt es sich mit der Verweildauer gemessen an der Belagstagedichte je 1.000 Einwohner:innen (Messgröße 5a), die im gleichen Zeitraum um 17,3 Prozent zurück ging. Die höchste Belagstagedichte zeigte sich zuletzt in Kärnten mit 1.299,5. Zu erwähnen ist dabei ein rapides Abfallen der akutstationären Leistungskennzahlen in allen Bundesländern während der COVID-19-Pandemie 2020–2023. Die Niveaus der stationären Leistungsanspruchnahme blieben auch 2024 unter denen vor der Pandemie.

Abbildung 12: Belagstagedichte in Fondskrankenanstalten (Messgröße 5a)



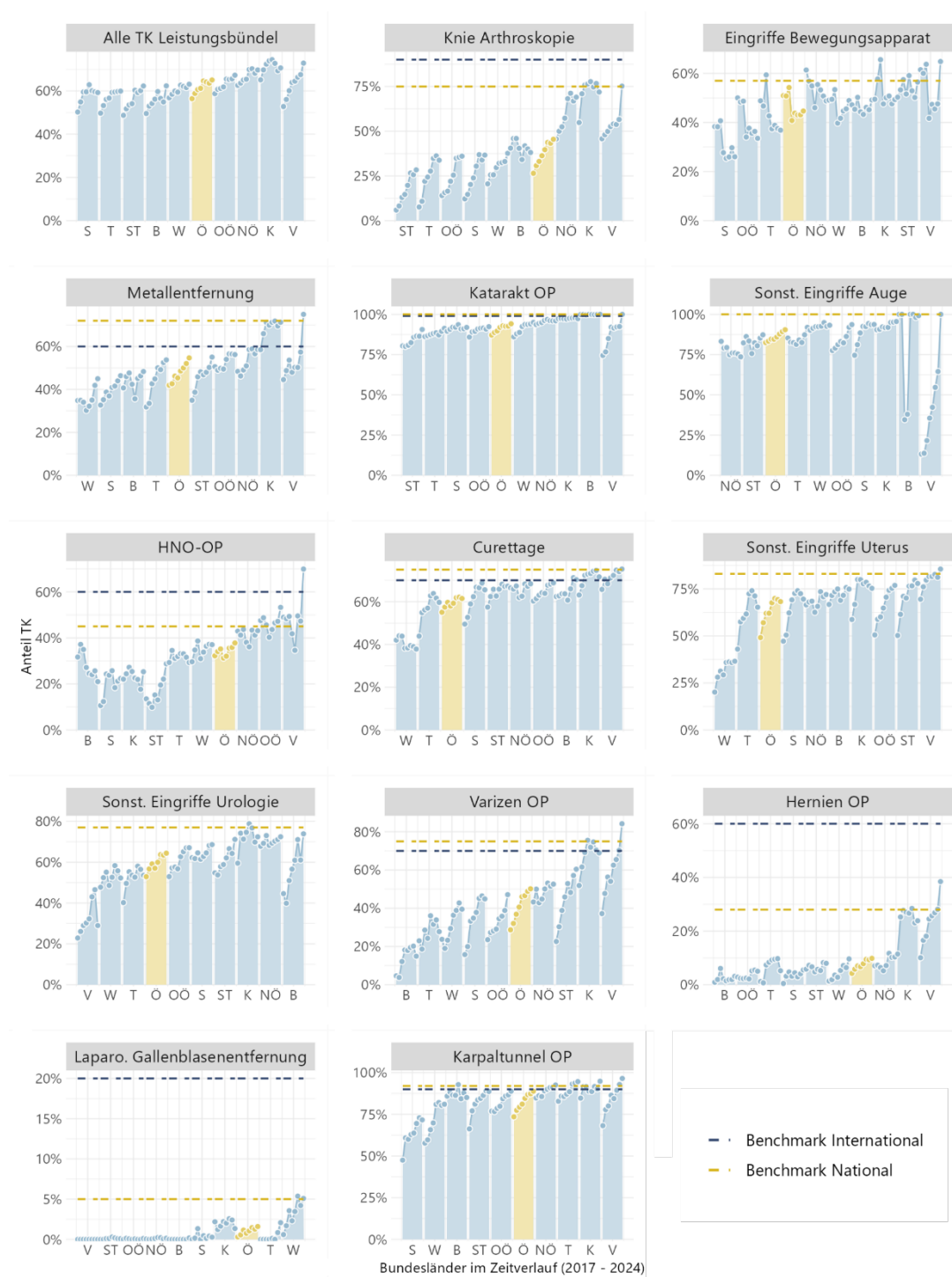
Datenbasis 2024: vorläufige Meldung der Länder mit Stand 1. April 2025

Quelle: BMSGPK (2025); Darstellung: GÖG

In den letzten Jahrzehnten hat die Anzahl chirurgischer Eingriffe, die ambulant bzw. tagesklinisch erbringbar sind, europaweit deutlich zugenommen. Fortschritte in der Medizintechnik (insbesondere die Verbreitung minimal- oder weniger invasiver Chirurgie, aber auch verbesserte Anästhetika) haben diese Entwicklung möglich gemacht. Internationale Vergleiche bescheinigen Österreich hier trotz Bemühungen in manchen Bereichen ein deutliches Aufholpotenzial (OECD 2023). Die mit Messgröße 6 verbundenen Ziele bzw. Benchmarks verdeutlichen diese Herausforderung.

Während einige Bundesländer bzw. Leistungsbündel bereits nahe an die (internationalen) Benchmarks bzw. Zielwerte herankommen (z. B. bei Katarakt-OP), gibt es bei den Eingriffen wie etwa der Hernien-OP noch größere Potenziale. Die laparoskopische Gallenblasenentfernung scheint in einigen Bundesländern kaum ambulant oder tagesklinisch erbracht zu werden. Generell sind die Unterschiede zwischen den Bundesländern häufig substanziell. Eine entsprechende Maßnahme des operativen Ziels 2 soll sich ferner fördernden und hemmenden Faktoren bei der Umsetzung tagesklinischer oder ambulanter Leistungserbringung widmen.

Abbildung 13: Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden, je Bundesland 2024 (Messgröße 6)



Datenbasis 2024: vorläufige Meldung der Länder mit Stand 1. April 2025

Quelle: BMSGPK (2025), Darstellung: GÖG

Verfügbarkeit und Einsatz von Gesundheitspersonal (op. Ziel 5)

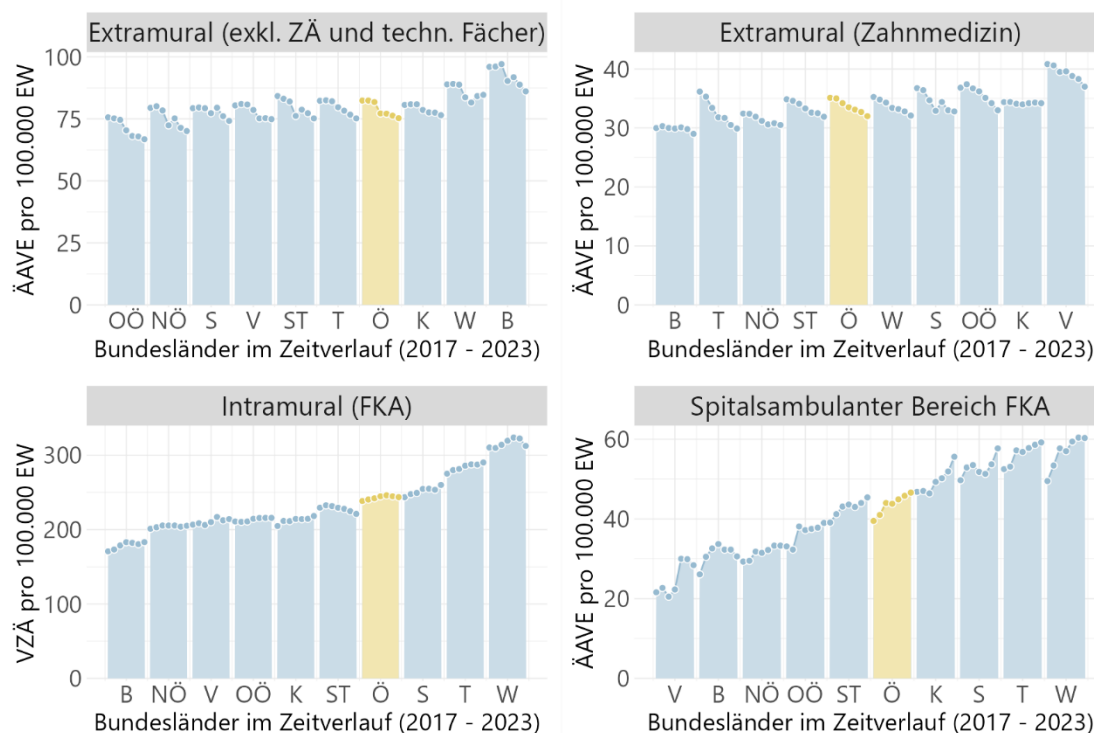
Ein funktionierendes Gesundheitssystem setzt gut ausgebildetes Gesundheitspersonal in ausreichender Anzahl voraus. Daneben ist aber auch eine ausgewogene Verteilung des Personals über alle Sektoren und Fachrichtungen hinweg, insbesondere im öffentlichen Gesundheitssystem, von essenzieller Bedeutung. Der internationale Vergleich bescheinigt Österreich zwar hohe Ärztedichten und überdurchschnittlich viel Pflegepersonal, doch zeigen sich in der Allokation über mehrere Ebenen hinweg ungünstige Verteilungen. Angesichts der demografischen Entwicklung ist die Personalfrage aus mehreren Gesichtspunkten eine der größten Herausforderungen des Gesundheitssystems. Durch die Alterung der Gesellschaft steigt die Nachfrage nach Pflege- und Gesundheitsleistung, während die verfügbaren Arbeitskräfte auf dem Arbeitsmarkt knapper werden. Das operative Ziel 5 soll die Verfügbarkeit und den Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals gewährleisten.

Neben der datenbasierten Prognose künftiger Bedarfe sind Attraktivierungsmaßnahmen insbesondere im öffentlichen Gesundheitswesen bei nahezu allen Gesundheitsberufen geplant. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auch auf die Ausbildung gelegt. Verbesserte rechtliche wie auch organisatorische Rahmenbedingungen sollen mehr Menschen dazu bewegen, verstärkt im öffentlichen Gesundheitssystem tätig zu werden.

Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitssystem

Messgröße 7 beleuchtet die ärztliche Versorgungsdichte im öffentlichen (=exklusive des wahlärztlichen Sektors) extra- als auch intramuralen Bereich. Die vertragsärztliche Versorgungsdichte (exkl. der Zahnmedizin und technischer Fächer) gemessen in ÄAVE je 100.000 Einwohner:innen, entwickelte sich in den letzten Jahren rückläufig, von 2017 bis 2023 sank sie österreichweit um 8,6 Prozent. Die stärksten Rückgänge wurden in Niederösterreich und Oberösterreich mit rund –12 Prozent verzeichnet. Beide Bundesländer haben auch historisch betrachtet vergleichsweise niedrige Vertragsarztdichten. Insbesondere Oberösterreich fiel im letzten Beobachtungsjahr mit der geringsten Vertragsarztdichte österreichweit auf (66,8), während im Burgenland 86,1 ÄAVE auf 100.000 Einwohner:innen kamen. Ähnlich verhielt es sich mit der kassenärztlichen Zahnmedizin, hier war österreichweit ein Rückgang von 8,9 Prozent zu verzeichnen.

Abbildung 14: Ärztliche Versorgungsdichte (Messgröße 7)



Datenbasis Intramural (FKA) 2024: vorläufige Meldung der Länder mit Stand 1. April 2025

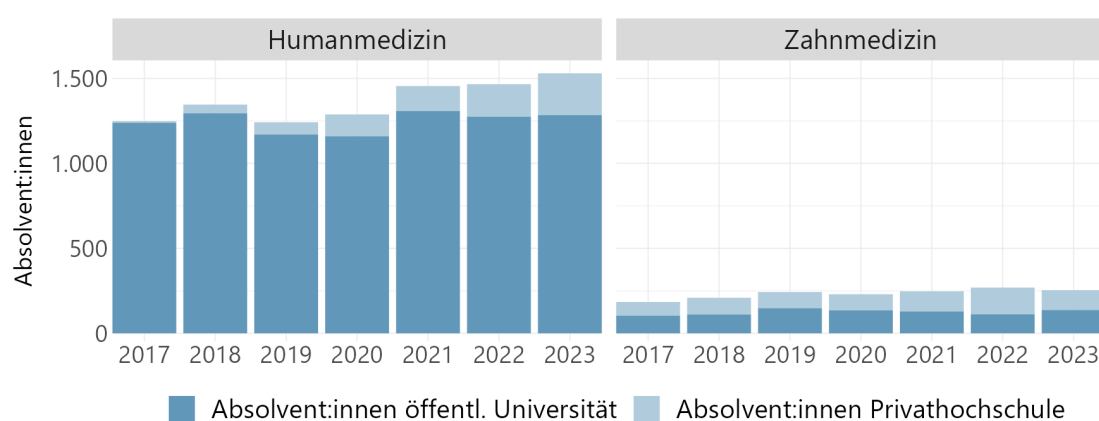
Quelle: BMSGPK (2025), Meldung DVSU 2025, Darstellung: GÖG

Im öffentlichen intramuralen Bereich (Fondskrankenanstalten) erfolgte hingegen ein Wachstum der Personalressourcen, die Vollzeitäquivalente nahmen im gesamten intramuralen Bereich um 2,2 Prozent zu und betrugen 2023 rund 244 je 100.000 Einwohner:innen. Nur in der Steiermark gab es zwischen 2017 und 2023 einen Rückgang an VZÄ (-3,6 %). Die geringste Dichte wies hierbei das Burgenland (183,2) auf, während Wien im Jahr 2023 den Spitzenwert von 312,5 belegte. Eine besondere Dynamik wies dabei der spitalsambulante Bereich auf, österreichweit kam es hier zu einem Wachstum an VZÄ von 18 Prozent. In diesen Zeitraum fallen u. a. die krankenhausesinternen Reaktionen auf die Einführung des spitalsambulanten Bepunktungsmodells (LKF-Modell – ambulant) mit Verlagerungen von Leistungen und deren Abgeltung aus dem akutstationären in den spitalsambulantem Bereich. Das höchste Wachstum zeigte sich dabei in Vorarlberg mit 31,5 Prozent, das geringste in Tirol mit 12,8 Prozent. Auch im spitalsambulantem Bereich zeigt sich die höchste Ärztedichte in Wien mit 60,3, rund die Hälfte davon war im Burgenland zu verzeichnen (30,6).

Ansichts der demografischen und verteilungspolitischen Herausforderungen kommt in diesem Kontext der Nachwuchssicherung eine entscheidende Rolle zu. Nicht nur die Anzahl der Absolvent:innen wird entscheidend sein, sondern auch die Wahl des Settings bzw. Arbeitsorts. Das operative Ziel 5 sieht dahingehend umfangreiche Analysen und Prognosen vor, die in weiterer Folge in Maßnahmen münden sollen. Messgröße 10 befasst sich mit Absolvent:innen an Medizinuniversitäten und weiterer Gesundheitsberufe. Die Anzahl an Absolvent:innen an öffentlichen Medizinuniversitäten verlief seit 2017 relativ konstant, zuletzt schlossen 1.284 Humanmediziner:innen im Studienjahr 2022/23 ab, 2017 waren es 1.239. Hinzu kamen 246 Absolvent:innen

von Privatuniversitäten, an denen sich die Anzahl von 9 im Jahr 2017 stark erhöht hat. Weiters schlossen 137 Zahnmediziner:innen an öffentlichen Universitäten ab, an privaten Hochschulen waren es mit 117 beinahe ebenso viel.

Abbildung 15: Absolvent:innen an Medizinuniversitäten (Messgröße 10a)



Quelle: Statistik Austria (Bildungsdokumentationsgesetz, Bundesstatistikgesetz 2000, Universitäts- und Hochschulstatistik- und Bildungsdokumentationsverordnung), Darstellung: GÖG

Ein unmittelbarer Zusammenhang besteht zwischen der Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen in der Allgemeinmedizin sowie der entsprechenden Zahl im Facharztbereich. Obwohl die Entwicklung in manchen Bundesländern teilweise Rückgänge der Ausbildungsstellen zeigt, ist die gesamtösterreichische Entwicklung in allen Bereichen positiv (+10 % auf 9.159 Ausbildungsstellen von 2017 bis 2023). In der Allgemeinmedizin gab es ein Plus von 14 Prozent auf 1.412, ähnlich bei den Sonderfächern (+18 %). Zur Kennzahl der genehmigten Ausbildungsstellen lag zum Zeitpunkt der Berichtslegung keine Information vor.

Wahlärztinnen und Wahlärzte

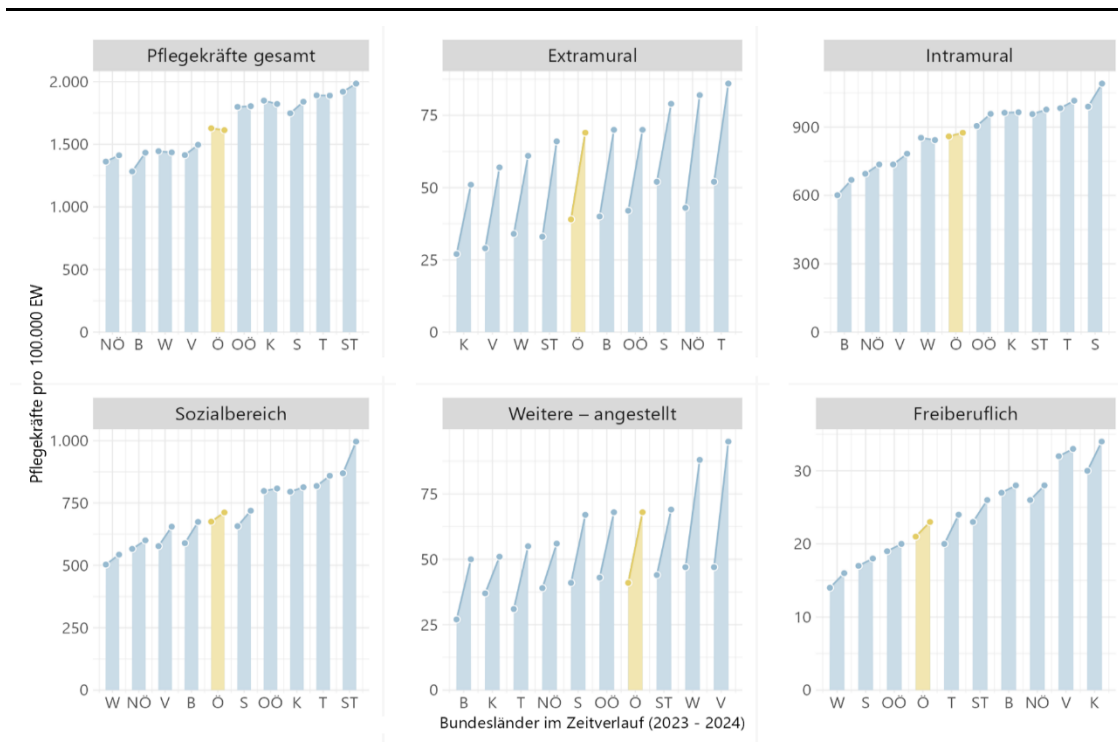
Während die Entwicklung im kassenärztlichen Segment sowohl absolut als auch bezogen auf die Bevölkerung rückläufig ist, kam es im Wahlarztbereich zu deutlichen Steigerungen. In Summe arbeiten bereits mehr ärztliche Köpfe als Wahlärzt:innen denn als Kassenärzt:innen. Ziel der Art. 15a B-VG OF sowie des Zielsteuerungsvertrages ist daher die Umleitung von Wahlärzt:innen in das öffentliche Gesundheitssystem, was auch im operativen Ziel 1 adressiert wird.

Der wahlärztliche Bereich hat nicht nur mengenmäßig stark an Bedeutung gewonnen, sondern auch hinsichtlich seiner Versorgungswirksamkeit, wie Messgröße 8 eindrücklich zeigt. Berücksichtigt man nur den niedergelassenen Bereich (exkl. Spitalsambulanzen) zeigen sich österreichweit die höchsten anteiligen wahlärztlichen Versorgungswirksamkeiten in den Fachbereichen Frauenheilkunde und Geburtshilfe (25,7 %), Psychiatrie (19,5 %) sowie Haut- und Geschlechtskrankheiten (17,4 %). Einzelne Bundesländer weisen auch wahlärztliche Versorgungswirksamkeiten von einem Drittel und mehr für bestimmte Fachrichtungen auf. Das bedeutet, dass zum Beispiel im Fachbereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe bereits mehr als ein Viertel der gesamtösterreichischen niedergelassenen Versorgung im Wahlarztsegment stattfindet.

Pflegekräfte

Neben der ärztlichen Versorgung sind Pflegekräfte ein essenzielles Schlüsselement jedes Gesundheitssystems. Einschlägige Prognosen zeigen für diesen Bereich insbesondere aufgrund des demografischen Wandels hohe Bedarfe für die kommenden Dekaden (Juraszovich et al. 2023). Messgröße 9 stellt die Ausstattung an Pflegekräften in unterschiedlichen Beschäftigungsgruppen je 100.000 Einwohner:innen dar. Als aktiv beschäftigte Pflegekräfte gelten gemäß Gesundheitsberuferegister dabei berufsberechtigte diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, Pflegefachassistent:innen sowie Pflegeassistent:innen, die angestellt oder freiberuflich tätig sind. Über alle Beschäftigungsgruppen hinweg lag die Dichte an Pflegekräften bei 1.613 je 100.000 Einwohner:innen im Jahr 2024. Bezogen auf die Bevölkerung gab es dabei die höchste Dichte in der Steiermark (1.985), am geringsten war die Dichte in Niederösterreich (1.412). Die größte Gruppe an Pflegekräften stellen intramural Angestellte dar. Im Jahr 2024 kamen in Österreich auf 100.000 Einwohner:innen 875 intramural angestellte Pflegekräfte. Der Bundesländervergleich zeigt dabei deutliche Schwankungen, die geringste Dichte zeigte sich im Burgenland mit 668 Pflegekräften je 100.000 Einwohner:innen, Salzburg kam hingegen auf 1.091. Im extramuralen Bereich fanden sich 2024 mit 69 je 100.000 Einwohner:innen deutlich weniger Pflegekräfte in Anstellung (z. B. Rettungsdienst, selbstständige Ambulatorien, PVE, Arztpraxen etc.). Im Sozialbereich lag die Pflegekräftedichte in Österreich bei 712 je 100.000 Einwohner:innen. Auch hier zeigt sich eine hohe Spannweite im Bundesländervergleich (Wien: 543 vs. Steiermark: 996).

Abbildung 16: Pflegekräfte nach Beschäftigungsgruppen pro 100.000 Einwohner:innen (Messgröße 9)

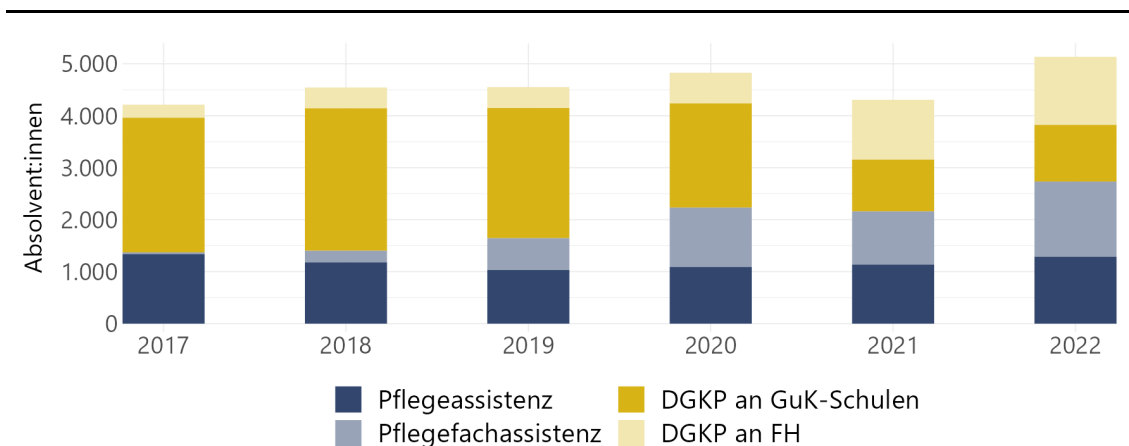


Quelle: Gesundheitsberuferegister (GBR); Darstellung: GÖG

Auch im Bereich der Pflege spielt die Ausbildungssituation eine bedeutende Rolle. Das Monitoring sieht hier die Beobachtung der Entwicklung der Zahlen der Absolvent:innen ausgewählter Gesundheitsberufe vor. Obwohl ein steigender Bedarf an DGKP prognostiziert wird, war die Anzahl entsprechender Absolvent:innen zuletzt rückläufig. An Fachhochschulen und Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege schlossen 2022 in Summe 2.578 DGKP ab, im Jahr 2017 lag diese Summe bei 2.990. Die Anzahl ausgebildeter Pflegefachassistent:innen wuchs hingegen stark von 33 im Jahr 2017 auf 1.448 im Jahr 2022, die Zahl der Pflegeassistent:innen war mit –3,9 Prozent im gleichen Zeitraum leicht rückläufig (1.286 im Jahr 2022). Ebenfalls rückläufig waren zudem die Absolvent:innenzahlen in den Bereichen Ergotherapie (–5,1 %), Biomedizinische Analytik (–4,3 %) und Diätologie (–3,3 %).

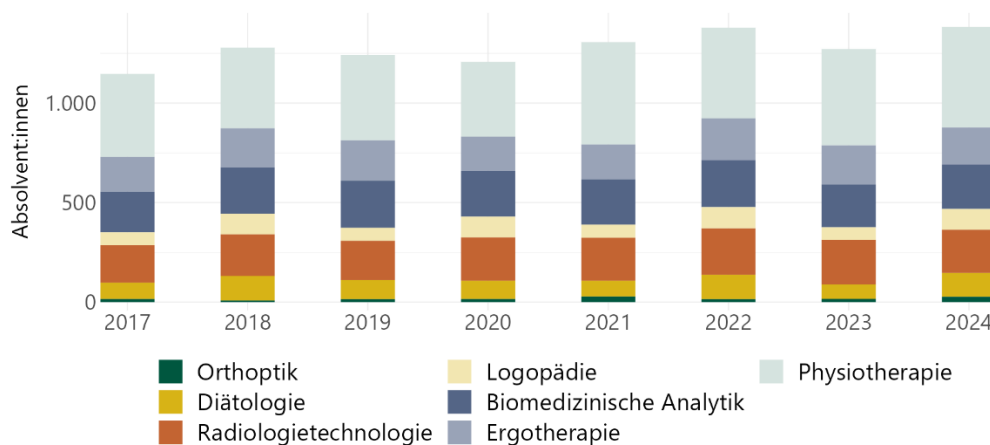
Alle weiteren dargestellten Gesundheitsberufe zeigten in der Periode 2017 bis 2022/23 ein Wachstum, allen voran Hebammen, die sich von 80 Absolvent:innen im Ausbildungsjahr 2017/18 auf 146 (+82,5 %) steigern konnten. Auch im Fach Physiotherapie zeigte sich ein Wachstum von rund 25 Prozent auf 506 Absolvent:innen.

Abbildung 17: Absolvent:innen der GuK Berufe (Messgröße 10b)



Quelle: AQ Austria (BIS-Meldung); Statistik Austria (Schul- und Hochschulstatistik); Darstellung: GÖG

Abbildung 18: Absolvent:innen der MTD Berufe (Messgröße 10b)



Quelle: AQ Austria (BIS-Meldung); Statistik Austria (Schul- und Hochschulstatistik); Darstellung: GÖG

Stärkung der psychischen Gesundheit

Im Zielsteuerungsvertrag hat man dieses Thema als Versorgungslücke im öffentlichen Sachleistungsbereich erkannt und legt daher im Themenbereich Versorgung und Ressourcen einen Schwerpunkt auf die Stärkung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung im operativen Ziel 6 (siehe hierzu auch MG 8). Das öffentliche Sachleistungssystem soll gestärkt und ein Konzept zur abgestimmten psychosozialen Versorgung auf allen Ebenen erarbeitet werden.

Die Messgröße 12 soll anhand der Entwicklung von Vollzeitäquivalenten in Angeboten der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie den Fortschritt bzw. die Zielerreichung in diesem Sektor zeigen. Österreichweit stieg die Anzahl von 92,4 VZÄ im Jahr 2018 auf 140,5 im Jahr 2023. Sowohl im niedergelassenen Bereich als auch in Spitalsambulanzen gab es Zuwächse von über 60 Prozent (vgl. Tabelle 28).

5 Themenbereich Qualität

Qualitätsthemen sind im **strategischen Ziel 2 „Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse“** mit Fokus auf die Verbesserung der integrierten Versorgung und Sicherstellung der Qualität im gesamten Gesundheitswesen (operative Ziele 7 und 8) verankert. Darüber hinaus gilt es wichtige Arbeiten in puncto Qualität fortzuführen. Dazu zählen die Weiterentwicklung der Qualitäts- und der Patientensicherheitsstrategie, die in einem breiten Beteiligungsprozess neu konzeptioniert wurden, sowie die erstmalige Erstellung einer Registerstrategie. Die kontinuierliche Arbeit an den Qualitätsstandards wird fortgesetzt; Informationen zu Qualitätsarbeit werden im Gesundheitsqualitätsportal (qualitaet-gesundheit.gv.at) zur Verfügung gestellt, solch zur Kliniksuche unter kliniksuche.gv.at. Im Bereich der Qualitätsmessung werden A-IQI, A-OQI und die Qualitätsberichterstattung weitergeführt und -entwickelt.

Verbesserung der integrierten Versorgung und Sicherstellung der Qualität im gesamten Gesundheitswesen (op. Ziele 7 und 8)

Die im **operativen Ziel 8** adressierte **Sicherstellung der Qualität im gesamten Gesundheitswesen** wird speziell im niedergelassenen Bereich ausgebaut. In einem ersten Schritt wird die Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich seit 2024 gemeinsam von ÖQMED (Selbstevaluierung) und BIQG (Stichprobenüberprüfungen sowie Kontrollen im Anlassfall) durchgeführt. Die Entwicklung unabhängiger bundesweit einheitlicher und verpflichtender Qualitätssystemen für andere Berufsgruppen ist geplant. Ein wesentlicher Baustein der Qualitätssicherung ist die Qualitätsmessung. Die Entwicklung von A-OQI (Qualitätsindikatoren aus Routinedaten) soll durch die verpflichtende ambulante Leistungs- und Diagnosencodierung vorangetrieben und die sektorenübergreifende Patientenbefragung mit Fokus auf PROMs und PREMs („patient-reported outcomes measures“ und „patient-reported experience measures“) ausgebaut werden.

Die im **operativen Ziel 7** festgelegte **Verbesserung der Integrierten Versorgung** umfasst, neben der Entwicklung weiterer Konzepte zur Versorgung von Patient:innen die chronische Erkrankungen aufweisen, die fachlich-inhaltliche Finalisierung der bereits seit Jahren in Erarbeitung befindlichen Programme für Diabetes und Herzinsuffizienz sowie die technische Umsetzung dieser Programme in ELGA als Voraussetzung für eine gelingende Implementierung. Aufgrund des engen inhaltlichen Zusammenhangs wurde in der neuen Governance beschlossen, das Thema integrierte Versorgung in das themenübergreifende Projekt „Patient:innenwege“ einzugliedern. Damit sollen die fachlich-inhaltlichen und die technischen Konzepte besser abgestimmt und zu einer raschen Umsetzung geführt werden. Gleichzeitig decken die Prozesse der integrierten Versorgung einen wesentlichen Teil der Patient:innenwege für chronische Erkrankungen ab.

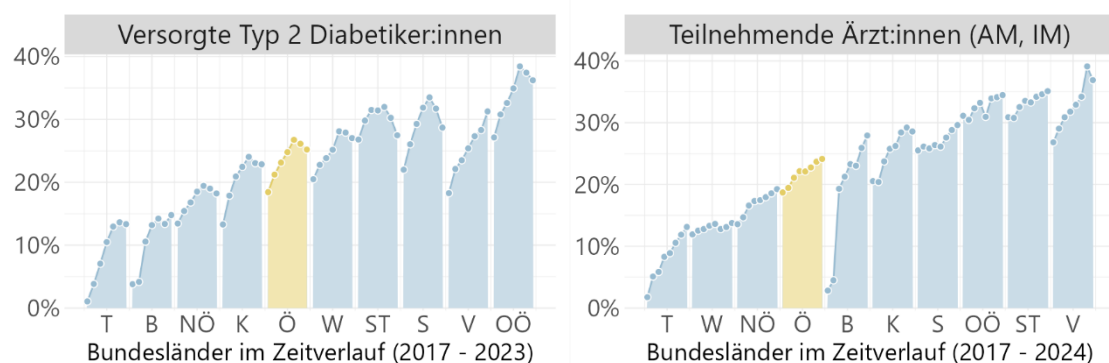
Die Verbesserung der integrierten Versorgung (op. Ziel 7) ist eine bereits etablierte Kernthematik des Zielsteuerungsprozesses. Als konkrete Maßnahmen sind hier die Qualitätsstandards für die Bereiche Diabetes und Schlaganfall fachlich-inhaltlich umzusetzen, unterstützt durch die technische Implementierung in ELGA.

Bis diese Konzepte flächendeckend umgesetzt sind, wurde als Messgröße zur Abbildung der Verbesserung der integrierten Versorgung die Teilnahme an „Therapie aktiv“ herangezogen. Jene

Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte wurden als Messgröße aufgenommen, die an „Therapie aktiv“⁷ teilnehmen (Messgröße 13). „Therapie aktiv“, das erste Disease-Management-Programm in Österreich, ist ein Betreuungs- und Therapieprogramm für Diabetes-mellitus-Typ-2 Diabetiker:innen.

Die „Therapie aktiv“-Teilnahmeraten haben sich auf ärztlicher Seite seit 2017 kontinuierlich erhöht. Demgegenüber verzeichneten die teilnehmenden Patient:innen bis 2021 zwar auch ein stetiges Wachstum, nun wird bei ihnen aber das zweite Jahr in Folge ein marginaler Rückgang beobachtet. Der Anteil der Typ-2-Diabetiker:innen, welche 2023 am Programm teilnahmen, lag österreichweit bei 25,2 Prozent und damit um 3,5 Prozent unter dem Vorjahreswert⁸ (vgl. Tabelle 29). Die „Therapie aktiv“-Teilnahmerate der niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen sowie der niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin stieg von 2023 auf 2024 von 23,7 Prozent auf 24,1 Prozent (vgl. Tabelle 30). Hierbei ist anzumerken, dass die Teilnahmeraten sowohl in Bezug auf Patientinnen/Patienten als auch auf Ärztinnen/Ärzte generell niedrig ausfallen und signifikante bundesländerspezifische Varianzen aufweisen. Der Anteil der teilnehmenden Typ-2-Diabetiker:innen lag 2023 etwa in Tirol bei 13,3 Prozent, während dort 13,12 Prozent der Ärzt:innen (2024) teilnahmen. Im Gegensatz dazu nahmen beispielsweise in Oberösterreich 36,22 Prozent der Typ-2-Diabetiker:innen (2023) sowie 34,46 Prozent der Ärztinnen/Ärzte (2024) an „Therapie aktiv“ teil.

Abbildung 19: In Therapie Aktiv versorgte Patient:innen und teilnehmende Ärzt:innen (AM und IM) (Messgröße 13)



Quelle: Meldung DVSV 2025, Darstellung: GÖG

Für eine Einschätzung der Zufriedenheit der Bevölkerung mit der medizinischen Versorgung (Messgröße 14a) werden die Resultate der ATHIS Erhebung von Statistik Austria herangezogen. Im Jahr 2019 waren 88 Prozent der Bevölkerung eher oder sehr zufrieden mit der Versorgung durch ihre praktische Ärzt:innen, 85 Prozent waren eher bzw. sehr zufrieden mit der Versorgung durch Fachärzt:innen und 71 Prozent der Bevölkerung zeigten sich eher oder sehr zufrieden mit der Versorgung in Krankenanstalten (vgl. Tabelle 31). Im Vergleich dazu zeigten sich 63 Prozent eher oder sehr zufrieden mit der Versorgung in Spitalsambulanzen. Rund die Hälfte der

⁷ <https://www.therapie-aktiv.at>

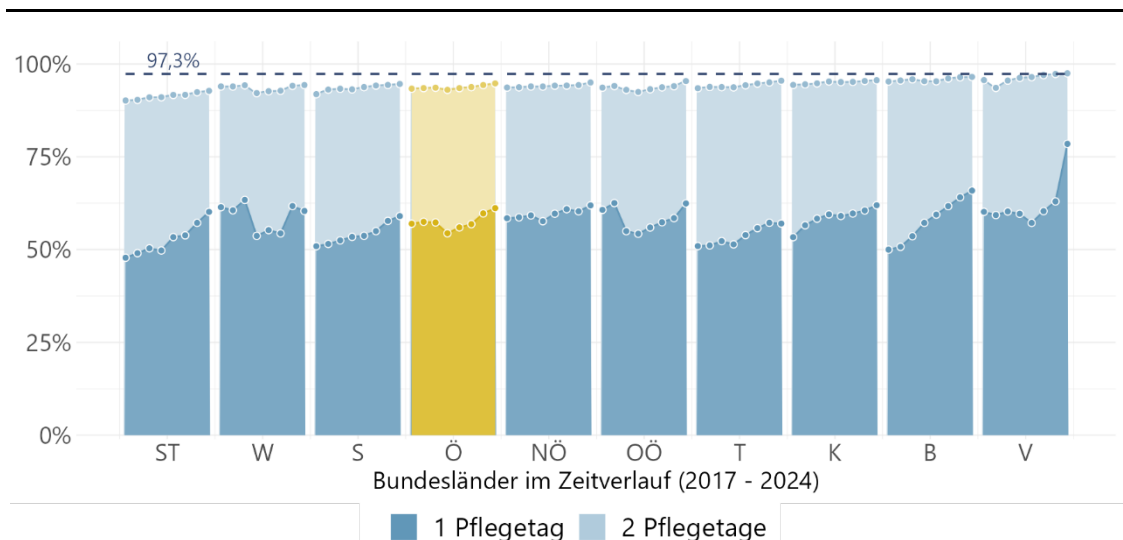
⁸ Die Diabetes-Typ-2-Prävalenz wird auf Basis der Abrechnungsdaten der Sozialversicherungsträger ermittelt (z. B. diabetesrelevante Medikamentenverordnungen, Blutzuckerbestimmungen, HbA1c-Bestimmungen) und steht zum jetzigen Zeitpunkt nur bis 2023 zur Verfügung, weshalb der Anteil der teilnehmenden Diabetiker:innen nur bis zu diesem Jahr ausgewiesen werden kann.

Bevölkerung war eher oder sehr zufrieden mit der Versorgung durch Therapeutinnen/Therapeuten, wobei bei allen Kategorien entweder leicht steigende oder gleichbleibende Trends im Vergleich zu 2016 beobachtet wurden (HVB 2016).

Ein weiterer Betrachtungswinkel ist die konkrete Erfahrung mit der medizinischen Versorgung in Österreich, die im Rahmen der sektorenübergreifenden Patientenbefragung (BMSGPK 2023) erhoben wird. Der Indikator **Qualität des Krankenhausaufenthalts** (Messgröße 14b) beschreibt wie gut das Gesundheitspersonal mit Patientinnen/Patienten kommuniziert, sie informiert und in Behandlungsentscheidungen einbezieht, sowie weiters ob das Personal ausreichend Wissen zum aktuellen Status der Erkrankung der Patient:innen hat. Der Indikator **Qualität der ärztlichen Weiterbetreuung** beschreibt wie gut die bzw. der weiterbetreuende Ärzt:in mit Patient:innen kommuniziert, sie informiert und in Behandlungsentscheidungen einbezieht, sowie weiters ob die bzw. der Ärzt:in ausreichend Wissen zum aktuellen Status der Erkrankung der Patientenschaft hat.

Während die Indikatoren der Patientenbefragung auf die Ergebnisqualität fokussieren, gilt die **präoperative Verweildauer** (Messgröße 15) in Fondskrankenanstalten als Messgröße der Prozessqualität und Maß für die Vernetzung der Versorgungsstufen. Sie wird bereits seit der ersten Zielsteuerungsperiode dargestellt. Der Anteil der Aufenthalte in Fondskrankenanstalten mit kurzer präoperativer Verweildauer, definiert als Aufnahmen mit einer Leistungserbringung in weniger als drei Pflegetagen, betrug 2023 österreichweit 94,8 Prozent und liegt damit unter dem neuen Zielwert von 97,3 Prozent (vgl. Abbildung 20). In allen Bundesländern ist hier ein positiver Trend zu identifizieren, indem der Anteil von 2023 auf 2024 stieg. Vorarlberg hat mit 97,5 Prozent bereits die Zielvorgabe erreicht. In 61,2 Prozent aller diesbezüglichen Fälle in FKA wurde die Leistungserbringung binnen eines Pflegetags umgesetzt. Den höchsten Anteil erzielte hierbei Vorarlberg mit 78,5 Prozent Aufnahmen mit einer Leistungserbringung innerhalb eines Pflege-tags, den geringsten Anteil verzeichnete man in Tirol mit 57,0 Prozent.

Abbildung 20: Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer (< 3 Pflegetage (PT)) in Fondskrankenanstalten (Messgröße 15)



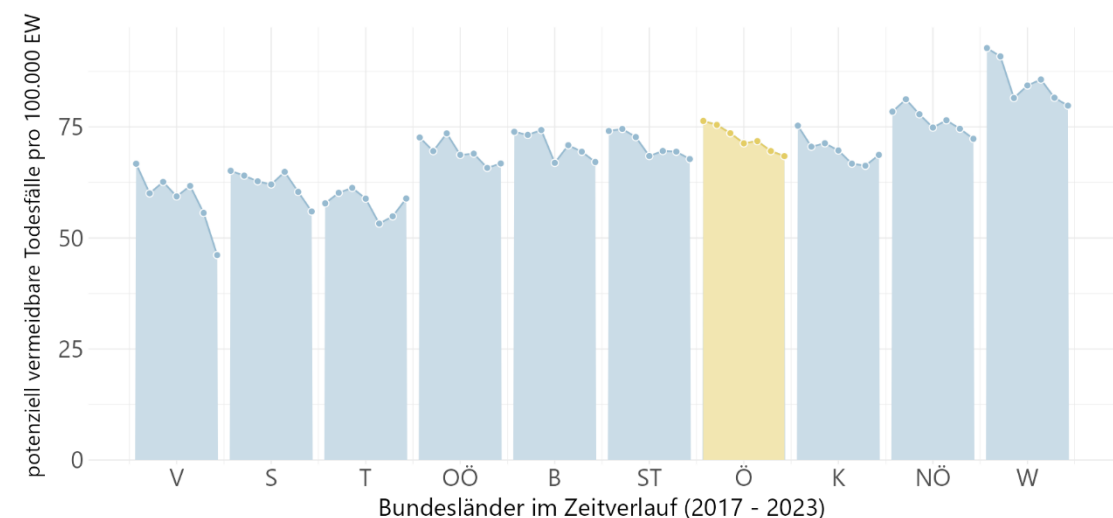
Datenbasis 2024: vorläufige Meldung der Länder mit Stand 1. April 2025

Quelle: BMSGPK (2025), Darstellung: GÖG

Die neue Messgröße 16 **Vorzeitige Todesfälle durch behandelbare Krankheiten** (treatable mortality) misst die Anzahl der Todesfälle, die durch rechtzeitige und effektive medizinische Interventionen potenziell vermeidbar gewesen wären. Diese Todesfälle treten auf, wenn Personen an Krankheiten⁹ sterben, die bei angemessener medizinischer Versorgung und Behandlung nicht zum Tod geführt hätten. Dieser Indikator dient als Maßstab für die Leistungsfähigkeit und Effektivität eines Gesundheitssystems und hilft dabei, Schwachstellen in der medizinischen Versorgung zu identifizieren und Bereiche zu bestimmen, in denen Verbesserungen notwendig sind, um die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen und zu fördern. Der Indikator wird im globalen Kontext im Rahmen von Health System Performance Assessments (HSPA) verwendet¹⁰. Er bietet ein Warnsignal für potenzielle Schwächen in Gesundheitssystemen. Ein niedriger Wert dieses Indikators deutet auf ein gut funktionierendes Gesundheitssystem hin, das in der Lage ist, rechtzeitig und effektiv auf behandelbare Krankheiten zu reagieren. Ein hoher Wert hingegen weist auf Defizite in der medizinischen Versorgung hin und signalisiert Handlungsbedarf.

In Österreich lag die Sterblichkeit der unter 75-Jährigen, die durch rechtzeitige und effektive medizinische Interventionen vermeidbar gewesen wäre im Jahr 2023 bei 68,4 Todesfälle pro 100.000 EW was gegenüber den 69,6 im Jahr 2022 einen Rückgang um -1,6 Prozent bedeutet. Auch bei dieser Messgröße waren die Schwankungen zwischen den Bundesländern beträchtlich. Wien zeigte die höchste vermeidbare Sterblichkeit mit 79,8 Verstorbenen je 100.000 Einwohner:innen, Vorarlberg kam hingegen auf nur 46,1 vermeidbare Todesfälle. Die Werte sind aber im Zeitverlauf von 2017 bis 2023 in allen Bundesländern rückläufig.

Abbildung 21: Vorzeitige Todesfälle durch behandelbare Krankheiten (Messgröße 16)



Quelle: Todesursachenstatistik, Statistik Austria, Darstellung: GÖG

⁹ 2023 waren die häufigsten behandelbaren Todesursachen in Österreich (in absteigender Reihenfolge): ischämische Herzkrankheiten (v. a. akuter Myokardinfarkt; diese gehen jeweils zur Hälfte in die behandelbaren und vermeidbaren Todesursachen ein), bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (v. a. Kolonkarzinom), bösartige Neubildung der Brustdrüse, Zerebrovaskuläre Krankheiten (v. a. intrazerebrale Blutung und Hirninfarkt) sowie Diabetes mellitus

¹⁰ OECD Health Statistics 2023, based on the WHO Mortality Database. <https://stat.link/gvxat7>

6 Themenbereich Digitalisierung/Daten

Auch dieser Themenbereich stützt sich auf das Grundprinzip der intendierten Patientenlenkung nach dem Motto „digital vor ambulant vor stationär“ sowie auf den Ausbau der öffentlichen Gesundheitstelematik-Infrastruktur als Fundament der Digitalisierung im österreichischen Gesundheitssystem. Digitale Prozesse und Anwendungen stellen ein großes Potenzial für die zukünftige Ausrichtung und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems in vielerlei Hinsicht dar.

Der Themenbereich Digitalisierung umfasst die operativen Ziele 9 bis 12, die sich der Neugestaltung der eHealth Governance, der Sicherung und Weiterentwicklung der öffentlichen Gesundheitstelematikinfrastruktur (öGTI), der Bereitstellung von Prozessen bzw. Anwendungen digital unterstützter Versorgung sowie der Verbesserung der Steuerungskompetenz im Gesundheitssystem, widmen.

Dabei soll zum einen die Gesundheitsberatung 1450 als zentraler digitaler Einstieg dienen und gemeinsam mit gesundheit.gv.at wesentlich zur Orientierung der Patientinnen und Patienten im System beitragen. Zum anderen soll die elektronische Gesundheitsakte ELGA als zentrale Infrastruktur im Bereich eHealth und Digitalisierung fungieren (BMSGPK 2024a).

Als wesentliches Element zur Steuerung und Lenkung von Patient:innen kann die Gesundheitsberatung 1450 dienen. Die telefonische Beratungsstelle ist ein von Bund, Ländern und Sozialversicherung gemeinsam betriebenes telemedizinisches Erstkontakt- und Beratungsservice, das rund um die Uhr erreichbar ist sowie Patient:innen zum „Best Point of Service“ leiten und somit Versorgungsstrukturen entlasten soll. Durch einen bundesweiten einheitlichen digitalen Algorithmus, kann die Gesundheitsberatung 1450 zur Verbesserung der Steuerung sowie der Patientenlenkung beitragen und damit die Steuerungskompetenz im Gesundheitssystem erhöhen (operatives Ziel 12). Künftig soll zum einen die Gesundheitsberatung 1450 als zentraler digitaler Einstieg dienen und zum anderen die elektronische Gesundheitsakte ELGA als Infrastruktur im Bereich E-Health und Digitalisierung fungieren (BMSGPK 2024a).

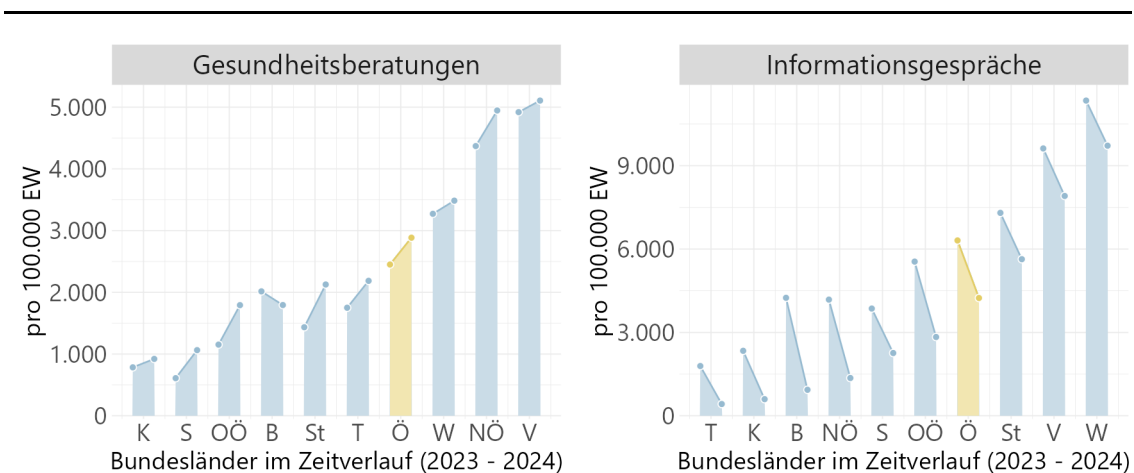
Die Messgröße 17 zeigt wie viele Anrufe bei 1450 pro Einwohner:in, Jahr und Bundesland stattfanden und unterscheidet Anrufe mit Gesundheitsberatung von Informationsgesprächen. Während es sich bei Letzteren um Informationen, wie etwa in Hinblick auf Öffnungszeiten, Gesundheitsdiensteanbieter:innen in der Nähe und Gesundheitsangebote handelt, welche von Call-Takern durchgeführt werden, werden Beratungsgespräche von medizinischem Fachpersonal, unterstützt von einem digitalen Expertensystem bzw. Algorithmus, erbracht. Österreichweit kam es bei Anrufen mit Gesundheitsberatung 2024 mit 2.885 Anrufen pro 100.000 Einwohner:innen zu einer Steigerung von 17,7 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Die meisten Anrufer:innen pro 100.000 Einwohner:innen im Bundesländervergleich hatte Vorarlberg (5.107) gefolgt von Niederösterreich, Wien, Tirol und der Steiermark. Das Burgenland (1.794) und Oberösterreich (1.792) lagen beinahe gleichauf. Die geringsten Anrufrufen in Bezug zur Bevölkerung wiesen Salzburg (1.063) und Kärnten (921) auf, wobei mit einer Zunahme von 74,5 Prozent Salzburg die höchste Steigerung gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen hatte.

Mit 4.238 Anrufer:innen pro 100.000 Einwohner:innen war der Anteil von Informationsgesprächen 2024 signifikant höher als der Anteil von Beratungsgesprächen. Spitzenreiter war hier Wien mit 9.720 Informationsgesprächen pro 100.000 Einwohner:innen gefolgt von Vorarlberg (7.911).

Die Bundesländer mit der geringsten Anzahl von Informationsgesprächen waren das Burgenland (935), Kärnten (597) und Tirol (422).

Generell lagen die Anrufrufen bei 1450 im Jahr 2024 deutlich unter den Spitzenwerten von 2021 bzw. 2022 mit 83.496 bzw. 75.095 Anrufe pro 100.000 Einwohner:innen. Dieser Unterschied ist neben dem allgemein erhöhten Informationsbedarf aufgrund der COVID-19-Pandemie auch vor dem Hintergrund der erweiterten Aufgaben, wie Verdachtsfallabklärung, Beauskunftung aller Anliegen mit COVID-19 Bezug sowie der teilweisen Terminkoordination der COVID-19-Schutzimpfung seitens 1450 im Zuge der Pandemiebekämpfung zu erklären (siehe Abbildung 22).

Abbildung 22: Anrufer:innen bei 1450 je 100.000 Einwohner:innen (Messgröße 17)



Quelle: IT-SV; Anrufrufen - A1 Reports, Gesundheitsberatungen - 1450-DWH, Darstellung: GÖG

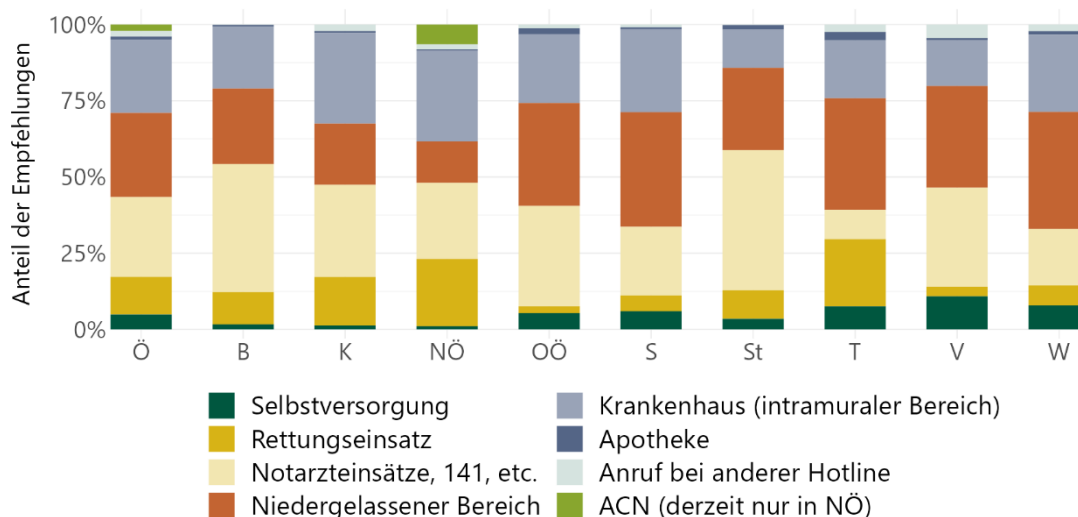
Die mit einem Anteil von 27,6 Prozent häufigste Empfehlung 2024 lautete, sich an den niedergelassenen Bereich zu wenden (vgl. Abbildung 23).

In knapp über einem Viertel der Fälle (26,2 %) wurde der Ärztenotdienst 141 kontaktiert, ein Notarzteininsatz oder Ähnliches¹¹ ausgelöst (Dachverband der Sozialversicherungsträger et al. 2023). Knapp unter einem Viertel der Anrufer:innen wurde empfohlen, ein Krankenhaus aufzusuchen. In 12,3 Prozent der Fälle wurde die Rettung entsandt. Die Empfehlungen zur Selbstversorgung beliefen sich auf nicht ganz 5 Prozent. Der Rest entfiel auf die Kategorien Apotheke, Anruf bei anderer Hotline und Acute Community Nursing (ACN), welches zur Zeit der Datenerhebung nur in Niederösterreich verfügbar war (6,5 % in Niederösterreich). Eingedenk des österreichweit einheitlichen digitalen Abfragealgorithmus zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Empfehlung zur Selbstversorgung: Die höchsten Anteile hatten hier Vorarlberg (11,6 %) gefolgt von Wien (7,9 %) und Tirol (7,6 %). Im Burgenland und in Kärnten waren es hingegen 1,7 bzw. 1,3 Prozent. Das Burgenland (42,1 Prozent), Kärnten (30,2 Prozent) und die Steiermark (46,0 Prozent) sind auch jene Bundesländer in denen der Ärztenotdienst 141, Notarzteinätze und dergleichen, die größte Kategorie darstellten. In allen

¹¹ inkludiert diverse Angebote, z. B. Nachtärzt:innen, Visitenärzt:innen, Ärztelehrdienst, Bereitschaftsärzt:innen, hausärztlicher Notdienst (HÄND) außerhalb der Öffnungszeiten regulärer niedergelassener Versorgung, der Hausbesuche, Versorgung am Standort des Leistungserbringers (z. B. Ärztelehrdienst-Ambulanz) oder telefonische Konsultation ohne Besuch umfasst. (Vgl. (Dachverband der Sozialversicherungsträger et al. 2023))

anderen Bundesländern stellte die Empfehlung sich an den niedergelassenen Bereich zu wenden die relativ größte Kategorie dar.

Abbildung 23: Anteil der Empfehlungen für Anrufer:innen bei 1450 in Prozent, 2024
(Messgröße 17)



Quelle: IT-SV; Anrufrzahlen - A1 Reports, Gesundheitsberatungen - 1450-DWH, Darstellung: GÖG

Die elektronische Gesundheitsakte ELGA ist ein zentrales Element der österreichischen Gesundheitstelematikinfrastruktur, deren Weiterentwicklung wiederum eines der strategischen Ziele der österreichischen eHealth-Strategie ist. Ein Ziel von ELGA ist hierbei unter anderem eine Qualitätssteigerung der medizinischen Behandlung und Betreuung durch einen besseren Informationsfluss GDA-zu-GDA bzw. einer Verbesserung des Nahtstellenmanagements zwischen den verschiedenen Leistungserbringer:innen, ergänzt um den Anspruch der Transparenz gegenüber Bürger:innen und Patient:innen.

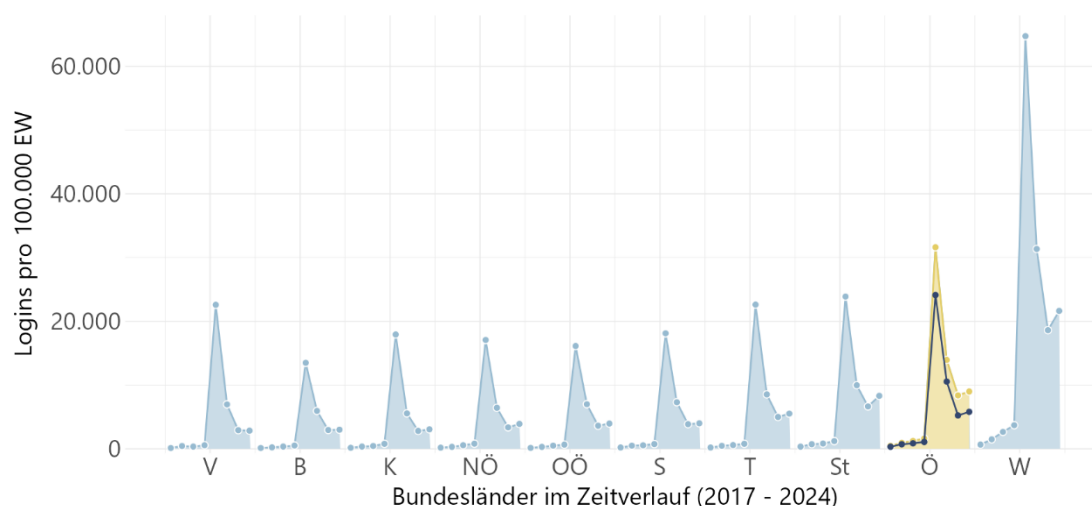
Der Indikator Nutzung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) umfasst zwei Komponenten: die Nutzung der Einsichtsmöglichkeiten über das ELGA Bürgerportal durch Bürger:innen; und die Nutzung durch GDA im Versorgungskontext (BMSGPK 2024a). Beide Elemente zusammen geben Aufschluss über den Fortschritt der Durchdringung sowohl seitens der Gesundheitsdiensteanbieter:innen, als auch auf Bevölkerungsebene (Messgröße 18).

Auf Bevölkerungsebene konnten im Jahr 2024 österreichweit 8.995,7 Zugriffe auf dem ELGA Bürgerportal pro 100.000 Einwohner:innen gezählt werden. Das entsprach einer Zunahme von 7,3 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Die meisten Nutzungen wurden 2024 mit 21.634 pro 100.000 Einwohner:innen in Wien gezählt, wo es auch zu einer Zunahme um 16,3 Prozent kam. Danach folgte die Steiermark mit 8.314,3 Logins pro 100.000 Einwohner:innen. Hier kam es mit 25 Prozent zur größten Zunahme an Zugriffen. Die geringste Nutzung pro 100.000 Einwohner:innen verzeichnete Vorarlberg mit 2.852,9, welches auch das einzige Bundesland ist, in dem es zu einem Rückgang in der Höhe von -2,6 Prozent kam.

Bei den Unique Log-ins am Bürgerportal (das heißt nur einmalige Zählung einer IP-Adresse pro Monat) betrug die Steigerung von 2023 auf 2024 10,8 Prozent und lag österreichweit bei 5.805,6

Zugriffen pro 100.000 Einwohner:innen. Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie, wurden die meisten Log-ins im Jahr 2021 gezählt (österreichweit 31.617,3 Log-ins gesamt bzw. 24.118,1 Unique Log-ins pro 100.000 Einwohner:innen).

Abbildung 24: Log-ins auf dem ELGA Bürgerportal pro Bundesland und Unique Log-ins (nur für Österreich) (Messgröße 18)



Anmerkung: Die dunkelblaue Linie im Österreichbalken zeigt den Trend der Unique Log-ins

Quelle: ELGA GmbH, BRZ, SVC; Darstellung: GÖG

2024 kam es zu 48,9 Millionen Transaktionen¹² mit eBefunden. Das war eine Steigerung von 9,5 gegenüber 2023. Der Großteil der Transaktionen entfiel mit 23,63 Millionen eBefunden auf Krankenanstalten. Niedergelassene Ärzt:innen folgten mit 17,21 Millionen, während Pflegeeinrichtungen und Ambulatorien bzw. Institute deutlich weniger Transaktionen durchführten (0,08 Millionen bzw. 3,04 Millionen).

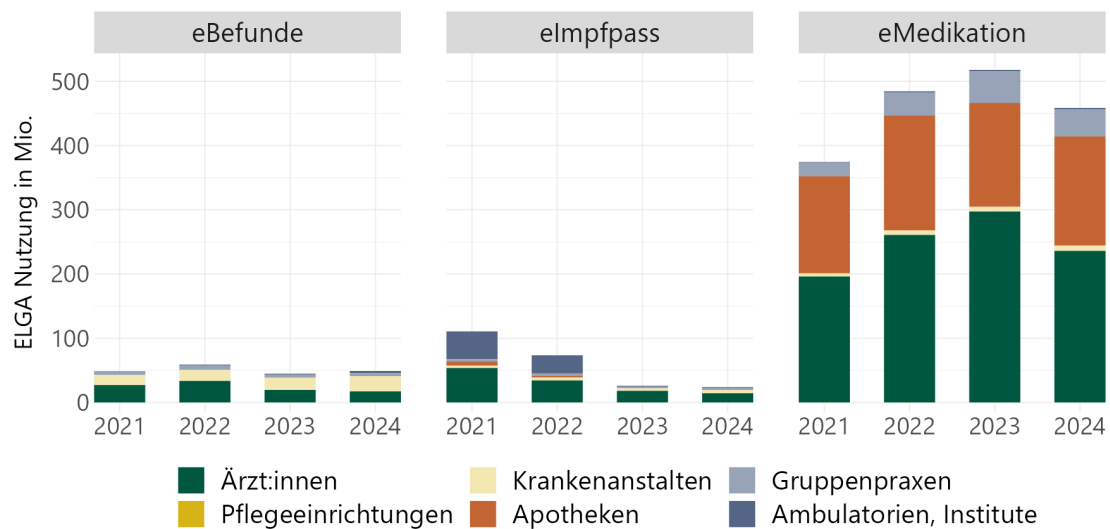
Die Anzahl der Transaktionen, die den elmpfpass (elmpfpass lesen oder elmpfpass schreiben) betreffen, betrug 2024 rund 25,6 Mio. Das war ein Rückgang um –5,7 Prozent gegenüber 2023. Niedergelassene Ärzt:innen waren mit 14,28 Millionen hierbei an erster Stelle. Krankenanstalten und Gruppenpraxen folgten mit 4,86 bzw. 2,73 Millionen, während in Pflegeeinrichtungen und Ambulatorien bzw. Instituten im Vergleich zu den anderen GDAs weniger Transaktionen durchgeführt wurden (0,02 Millionen bzw. 1,78 Millionen).

Die häufigste Transaktion betraf mit rund 458,6 Millionen insgesamt die eMedikation (eMedikation lesen oder eMedikation schreiben), wobei hier ein Rückgang um –11,4 Prozent beobachtbar war. Niedergelassene Ärzt:innen führten mit 234,0 Millionen die meisten eMedikation-Transaktionen durch. Apotheken folgten mit 169,8 Millionen, während Pflegeeinrichtungen und Ambulatorien bzw. Institute weniger Transaktionen durchführten (0,17 Millionen bzw. 2,07 Millionen).

¹² Transaktion bei ELGA bezieht sich auf jede Aktion, die im System durchgeführt wird, wie das Abrufen, Speichern oder Ändern von Gesundheitsdaten. Als Transaktionen im Zusammenhang mit eBefunden werden im Folgenden die Transaktionen eBefunde schreiben, eBefunde lesen oder eBefunde suchen verstanden.

Vgl. die Liste der Transaktionen die protokolliert werden: <https://termgit.elga.gv.at/CodeSystem-elga-auditeventtype.html>

Abbildung 25: eBefund-Transaktionen, eMedikation-Transaktionen und elmpfpass-Transaktionen durch GDA absolut in Mio. (MG 18)



Quelle: ELGA GmbH, BRZ, SVC; Darstellung: GÖG, Darstellung: GÖG

Neben der Nutzung absolut zeigt Messgröße 18 auch die ELGA-Nutzung durch GDA in Prozent der GDA, welche Transaktionen durchführen (vgl. Abbildung 25). In der Kategorie eBefunde war im Jahr 2024 der diesbezügliche Anteil bei Krankenanstalten mit 65,13 Prozent am höchsten. Gruppenpraxen folgten mit 50,6 Prozent. Niedergelassene Ärzt:innen und Pflegeeinrichtungen nutzten eBefunde zu 19,31 Prozent bzw. 18,47 Prozent, bei Ambulatorien und Instituten lag der Anteil bei 16,63 Prozent.

Im Zusammenhang mit dem elmpfpass war 2024 mit 92,40 Prozent bei Apotheken der Anteil am höchsten. Krankenanstalten und Gruppenpraxen folgten mit 64,75 bzw. 63,95 Prozent. Der Anteil bei den niedergelassenen Ärzt:innen betrug 40,13 Prozent. Bei den Ambulatorien bzw. Instituten sowie Pflegeeinrichtungen machte er 12,56 Prozent bzw. 9,20 Prozent aus.

Bei eMedikation war mit 97,49 Prozent bei den angebundenen Apotheken am höchsten. Gruppenpraxen und Krankenanstalten folgten mit 77,69 bzw. 63,98 Prozent. Bei niedergelassenen Ärzt:innen und Ambulatorien und Instituten war der Anteil 37,34 bzw. 19,23 und bei Pflegeeinrichtungen 12,89 Prozent.

7 Themenbereich Medikamente

Neben Qualitäts-, eHealth- bzw. Digitalisierungsaspekten umfasst das strategische Ziel 2 im Rahmen optimierter Versorgungs- und Behandlungsprozesse auch den Themenbereich Medikamente. Die Zielsteuerungspartner Bund, Länder und Sozialversicherung haben sich in diesem Bereich darauf verständigt, durch gemeinsame Maßnahmen einen einheitlichen und wohnortunabhängigen Zugang zu Arzneimitteln sicherzustellen. Dies betrifft jene Bereiche der Arzneimittelversorgung, in denen es aufgrund der Fragmentierung des österreichischen Gesundheitssystems zu Unterschieden im Zugang zu Arzneimitteln kommen kann.

Der Zielsteuerungsvertrag sieht die Implementierung des Bewertungsboards für ausgewählte, hochpreisige und spezialisierte Arzneimittel im intramuralen Bereich oder an der Nahtstelle zwischen extra- und intramuralem Bereich vor. Das Bewertungsboard soll durch Abgabe von Empfehlungen zur Anwendung ausgewählter Arzneyspezialitäten dafür sorgen, dass diese bundesweit einheitlich und unabhängig vom Wohnort der Patientinnen und Patienten verfügbar sind und eingesetzt werden. Zur Optimierung der Versorgung an der Nahtstelle zwischen dem extramuralen und intramuralen Bereich sieht der Zielsteuerungsvertrag neben der Implementierung des Bewertungsboards die Entwicklung von Versorgungsmodellen und sektorenübergreifenden Finanzierungskonzepten vor. Im intramuralen Bereich haben sich die Systempartner außerdem darauf geeinigt, einen Prozess dahingehend zu erarbeiten, wie eine überregionale Finanzierung ausgewählter Arzneimittel erfolgen soll. Darüber hinaus wurden im Bereich Versorgungssicherheit Maßnahmen zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung durch Lagerung von Arzneimitteln und Wirkstoffen sowie zur Erhöhung der Transparenz innerhalb der Arzneimittellieferkette und für Patient:innen festgelegt.

Optimierung der Medikamentenversorgung zur Sicherstellung eines einheitlichen, wohnortunabhängigen Zugangs zu Arzneyspezialitäten (op. Ziel 13)

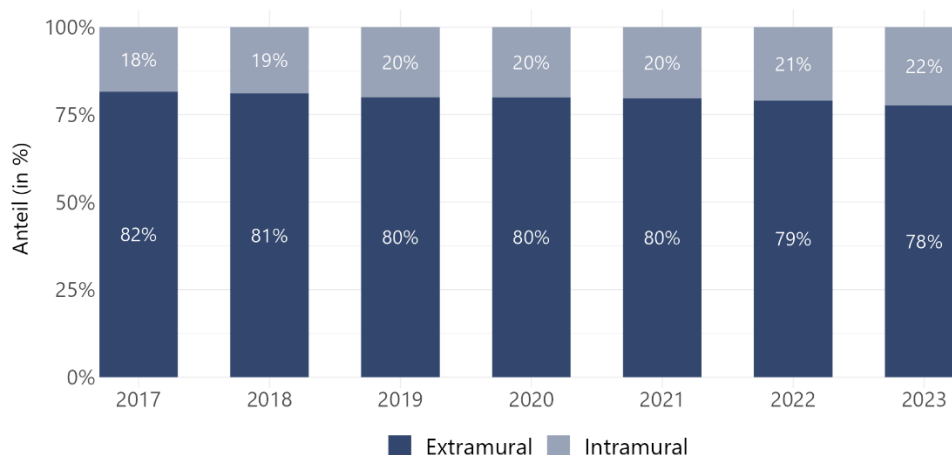
Die Arzneimittelversorgung an der Nahtstelle zwischen dem extramuralen und dem intramuralen Bereich stellt aufgrund der Fragmentierung des österreichischen Gesundheitssystems eine besondere Herausforderung für den einheitlichen und wohnortunabhängigen Zugang zu Arzneimitteln dar. Ein wichtiger Bestandteil der aktuellen Gesundheitsreform, welcher u. a. diese Herausforderung adressiert, war die Einrichtung eines Bewertungsboards für ausgewählte, hochpreisige und spezialisierte Arzneimittel, die im intramuralen Bereich oder an der Schnittstelle zwischen dem extramuralen und dem intramuralen Bereich eingesetzt werden. Im Gegensatz zum niedergelassenen Bereich, wo im etablierten EKO-Prozess einheitliche Bewertungen von Arzneimitteln stattfinden, gab es bisher in Österreich kein einheitliches System zur Bewertung neuer Arzneimittel für den intramuralen Bereich bzw. für die Nahtstelle. Das Bewertungsboard wurde 2024 ins Leben gerufen, um einen gerechten und schnellen Zugang zu ausgewählten Arzneimitteln zu gewährleisten und deren einheitliche Anwendung im intramuralen Bereich sowie an der Schnittstelle zwischen den beiden Bereichen bundesweit zu fördern.

Mit der Messgröße 19 wird der Fortschritt beim bundesweit einheitlichen Zugang und der sektorenübergreifenden Finanzierung von Arzneimitteln an der Nahtstelle zwischen dem intramuralen und extramuralen Bereich gemessen. Dabei wird die Anzahl jener Arzneyspezialitäten dokumentiert, für die eine Vereinbarung zwischen Sozialversicherung und allen Bundesländern über

ihren bundesweit einheitlichen Einsatz und ihre sektorenübergreifende Finanzierung besteht, was insbesondere auf Nahtstellenprodukte im Bewertungsboardprozess zutrifft. Im Bewertungsboard-Gründungsjahr 2024 wurden keine Empfehlungen für Nahtstellenprodukte abgegeben. Die ersten drei Produkte im Bewertungsboardprozess wurden dem intramuralen Bereich zugeordnet, und die erste Empfehlung erfolgte Anfang 2025¹³.

Die neue Messgröße 20 gibt Einblick in die Entwicklung des Verhältnisses zwischen den Arzneimittelausgaben des intramuralen und jenen des extramuralen Bereichs (Zimmermann/Habimana 2017) in Österreich. Ausgaben für im extramuralen Bereich abgegebene Arzneimittel umfassen verschriebene Arzneimittel und Over-the-Counter-Produkte¹⁴. Ausgaben für im intramuralen Bereich abgegebene Arzneimittel umfassen einerseits die relevanten Kosten der fondsfinanzierten Krankenanstalten¹⁵ sowie andererseits die anhand der Anzahl der Krankenanstaltaufenthalte und der durchschnittlichen Kosten pro Aufenthaltstag in LGF-finanzierten KA geschätzten relevanten Kosten der nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten. Abbildung 26 zeigt den Verlauf der Ausgabenanteile seit 2017. Dabei ist zu beobachten, dass der Großteil der Arzneimittelausgaben auf den niedergelassenen Bereich (Abgabe in öffentlichen Apotheken und durch hausapothekenführende Ärztinnen und Ärzte) entfällt, der Anteil des intramuralen Bereichs allerdings ein stetiges jährliches Wachstum verzeichnet. 2023 betrug der extramurale Anteil an den Arzneimittelausgaben 77,6 Prozent und der intramurale Anteil 22,4 Prozent.

Abbildung 26: Verhältnis der Ausgaben für Arzneimittel intramural zu den Ausgaben für Arzneimittel extramural (Messgröße 20)



Quelle: Statistik Austria (Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts); BMSGPK (Kostenstellenstatistik der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten bzw. Diagnosen- und Leistungsdokumentation); Darstellung: GÖG

Neben den Indikatoren zum bundesweit einheitlichen Zugang zu Arzneimitteln und deren Finanzierung werden im Rahmen des Monitorings für den Zielsteuerungsvertrag auch Indikatoren

¹³ Exagamglogene autotemcel (Exa-cel, Casgevy) [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:c472d8cc-53e1-4611-b10d-0d7ad7e285c1/Empfehlung%20zu%20Exagamglogene%20autotemcel%20\(Exa-cel%20Casgevy\).pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:c472d8cc-53e1-4611-b10d-0d7ad7e285c1/Empfehlung%20zu%20Exagamglogene%20autotemcel%20(Exa-cel%20Casgevy).pdf)

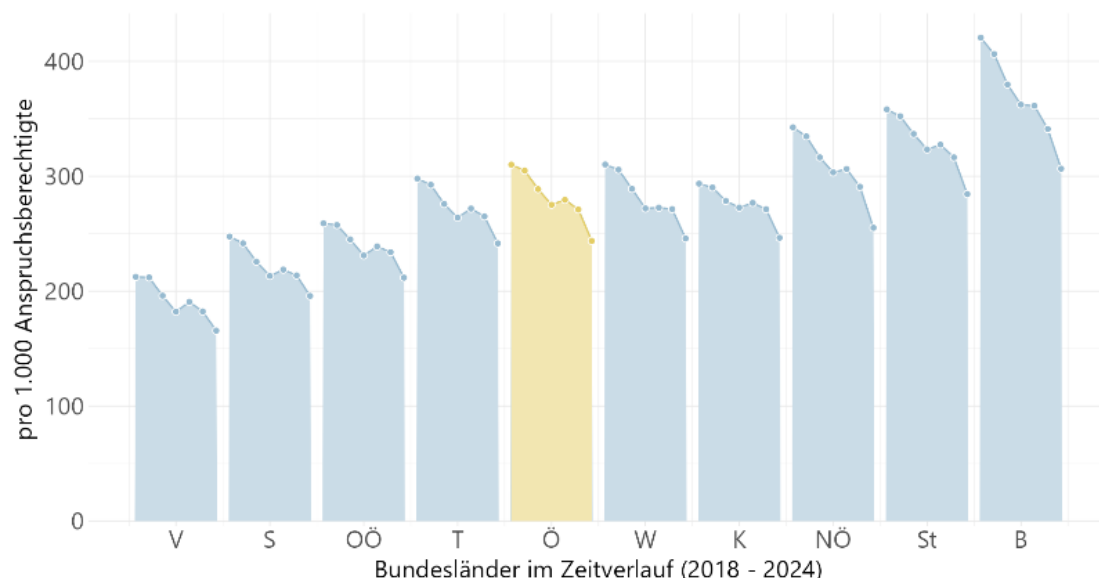
¹⁴ gemäß System of Health Accounts (HC.5.1.1 bis HC.5.1.2) inkl. Umsatzsteuer

¹⁵ Kosten für pharmazeutische Spezialitäten, Sera, Impfstoffe und Vakzine gemäß Krankenanstalten-Kostenrechnung (nach Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten),

zur Qualität der Arzneimittelverordnungen erhoben. Die gleichzeitige Einnahme mehrerer Medikamente erhöht insbesondere bei älteren und multimorbiden Menschen das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen (Keuerleber/Sauermann 2016). Die Polypharmazie-Prävalenz der über 70-Jährigen, definiert als Anspruchsberechtigte mit mehr als fünf gleichzeitig verschriebenen Wirkstoffen, je 1.000 Anspruchsberechtigte lag im Jahr 2024 zwischen 166 in Vorarlberg und 307 im Burgenland, österreichweit lag sie bei 244.¹⁶ Als Zielvorgabe im Zielsteuerungsvertrag wurde eine Senkung der Prävalenzrate vereinbart. Im Vergleich zum Vorjahr konnte die Polypharmazie-Prävalenz der über 70-Jährigen um rund 10 Prozent reduziert werden. (vgl. Tabelle 40).

¹⁶ Ausgewertet wurde die Zahl der über 70-jährigen Anspruchsberechtigten mit mehr als 5 verschiedenen Wirkstoffen (zeitgleich) im 3. und 4. Quartal des betroffenen Jahres. Arzneimittel mit einem Preis unter der Kostenerstattungsgrenze (Berücksichtigung der Abgabebedingungen lt. § 4 (1) Apothekergesamtvertrag) werden in der Regel privat von den Patient:innen bezogen und finden nur im Falle einer Rezeptgebührenbefreiung der Patient:in in den Auswertungen Berücksichtigung. Zu beachten ist, dass aufgrund der jährlichen Erhöhung der Rezeptgebühr bzw. infolge von Preissenkungen (z.B. aufgrund von Patentabläufen, der Aufnahme von Generika, etc.) ein immer größer werdender Anteil von Arzneimitteln unter die Kostenerstattungsgrenze fällt. In diesem Preisbereich ist der Sozialversicherung der überwiegende Teil der Verordnungen und Kosten nicht bekannt. Die Aussagekraft der Auswertungen ist daher in dieser Hinsicht eingeschränkt. Die Verordnungsmenge stellt die auf Kosten der sozialen Krankenversicherung erstatteten Packungen des niedergelassenen Vertragsbereichs dar. Für die Bewertung des Bundeslandes wird eine über den Zeitverlauf einheitliche Datenquelle (SAAB_ANSCHRFIT_JAHR) herangezogen. Als Bewertungsdatum wurde das Abgabedatum der Verordnung (in öffentlicher oder Hausapotheke) herangezogen. In der BIG-Standardauswertung (Würfel HDMB pseudonymisiert) wird das Abrechnungsdatum herangezogen. Personen bei denen das Wohnbundesland nicht bekannt ist, wurden exkludiert. Sowohl der Zähler als auch der Nenner haben somit die gleiche Berechnungsbasis. Es wurden die Darreichungsformen 1 (parenteral), 2 (peroral fest Formen), 3 (peroral flüssige Formen), 7 (sonstige AF mit systemischer Wirkung) für die Auswertung beachtet. Die Reichweitenberechnung wurde über Defined Daily Dose (DDD) nach WHO Definition vorgenommen. Bei zeitgleicher Abgabe mehrerer Verordnungen der gleichen Pharmazentralnummer wurde diese Reichweite vervielfacht. Bei Abgabe eines Kombinationspräparats wird ausschließlich der ATC-Code herangezogen, der im Erstattungskodex aufscheint. Es wurde die zum Auswertungszeitpunkt gültige ATC und DDD Zuordnung herangezogen. Es steht kein ATC-Code bei magistralen Zubereitungen zur Verfügung. Für die Anspruchsberechtigten und Heilmittel-Patient:innen wurden nur jene herangezogen, die im Betrachtungsjahr das Alter von 71 Jahren erreicht oder überschritten haben. Personen bei denen das Wohnbundesland nicht bekannt ist, wurden exkludiert. Berücksichtigt sind Versicherte der ÖGK, SVS und BVAEB, Mehrfachversicherungen spielen keine Rolle.

Abbildung 27: Polypharmazie Prävalenz – über 70-jährige Anspruchsberechtigte mit mehr als 5 verschriebenen verschiedenen Wirkstoffen in zwei aufeinander folgenden Quartalen pro 1.000 Anspruchsberechtigte (Messgröße 21a)



Quelle: Meldung DVS 2025; Darstellung: GÖG

Weiters wird der Anteil der über 65-Jährigen mit mindestens einer potenziell inadäquaten Medikation¹⁷ (PIM) gemessen. Als neue Berechnungsgrundlage dafür dient die PRISCUS 2.0 Liste¹⁸ (Mann et al. 2023) mit 265 potenziell inadäquater Verschreibungen für über 65-Jährige in Österreich¹⁹, die

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

¹⁷ Ausgewertet wurde die Zahl der (eindeutigen) Patient:innen eines Jahres, die im jeweiligen Jahr 66 Jahre alt oder älter wurden und mindestens ein Medikament auf Kosten der sozialen Krankenversicherung beziehen, das einem der ATC-Wirkstoffe (Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation von Arzneispezialitäten) aus der PRISCUS 2.0 Liste zugeordnet ist. Heilmittelpatient:innen haben im entsprechenden Jahr mindestens ein Heilmittel der relevanten Wirkstoffgruppen auf Kosten der sozialen Krankenversicherung bezogen. Arzneimittel mit einem Preis unter der Kostenerstattungsgrenze (Berücksichtigung der Abgabebedingungen lt. § 4 (1) Apothekergesamtvertrag) werden in der Regel privat von den Patient:innen bezogen und finden nur im Falle einer Rezeptgebührenbefreiung der Patient:in in den Auswertungen Berücksichtigung. Zu beachten ist, dass aufgrund der jährlichen Erhöhung der Rezeptgebühr bzw. infolge von Preissenkungen (z.B. aufgrund von Patentabläufen, der Aufnahme von Generika, etc.) ein immer größer werdender Anteil von Arzneimitteln unter die Kostenerstattungsgrenze fällt. In diesem Preisbereich ist der Sozialversicherung der überwiegende Teil der Verordnungen und Kosten nicht bekannt. Die Aussagekraft der Auswertungen ist daher in dieser Hinsicht eingeschränkt. Es wurde die zum Auswertungszeitpunkt gültige ATC Zuordnung herangezogen. Bei Abgabe eines Kombinationspräparats wird ausschließlich der ATC-Code herangezogen, der im Erstattungskodex aufscheint. Es steht kein ATC-Code bei magistralen Zubereitungen zur Verfügung. Die Verordnungsmenge stellt die auf Kosten der sozialen Krankenversicherung erstatteten Packungen des niedergelassenen Vertragsbereichs dar. Für die Bewertung des Bundeslandes wird eine über den Zeitverlauf einheitliche Datenquelle (SAAB_ANSCHRIFT_JAHR) herangezogen. Personen bei denen das Wohnbundesland nicht bekannt ist, wurden exkludiert. Sowohl der Zähler als auch der Nenner haben somit die gleiche Berechnungsbasis. Sowohl bei den Patient:innen als auch bei den Anspruchsberechtigten wird das Bundesland innerhalb eines Jahres mit dem „ersten Wert“ fixiert. Als Bewertungsdatum wurde das Abgabedatum der Verordnung (in öffentlicher oder Hausapotheke) herangezogen. Für die Anspruchsberechtigten und Heilmittel-Patient:innen wurden nur jene herangezogen, die im Betrachtungsjahr das Alter von 66 Jahren erreicht oder überschritten haben. Berücksichtigt sind Versicherte der ÖGK, SVS und BVAEB, Mehrfachversicherungen spielen keine Rolle.

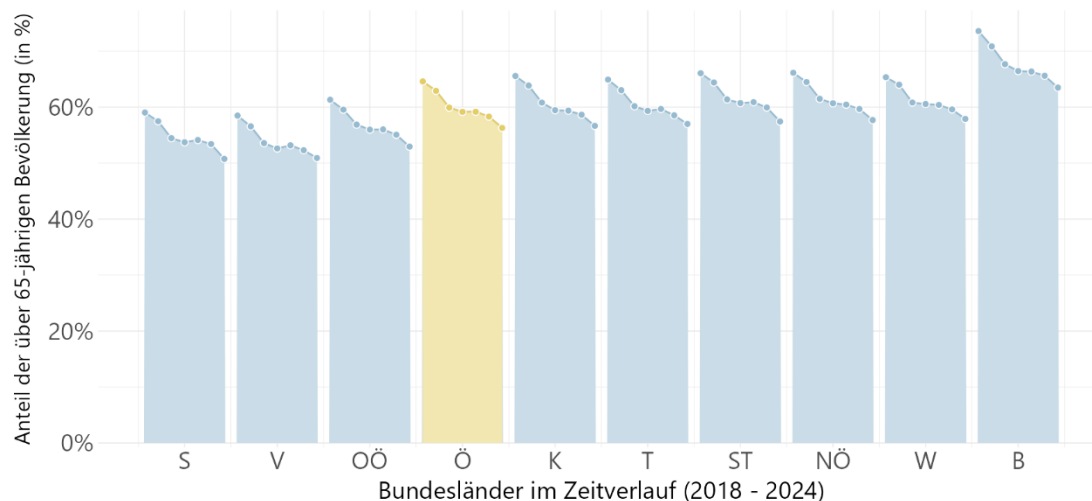
¹⁸ <https://www.priscus2-0.de>

¹⁹ Für die Berechnung dieser Messgröße lag den Monitoringberichten ZS-G bis inklusive 2024 die für Österreich entwickelte Liste mit 73 potenziell inadäquaten Verschreibungen für über 70-Jährige zugrunde (Mann et al. 2014).

Die fünf am häufigsten verschriebenen PIM Wirkstoffe sind in absteigender Reihenfolge Pantoprazol, Ginkgoblatt, Diclofenac, Spironolacton und Esomeprazol.

Im Vergleich zu 2023 kam es im Jahr 2024 zu einem Rückgang der PIM-Prävalenz von –3,5 Prozent. Im Vergleich zum letzten präpandemischen Jahr 2019 kam es sowohl österreichweit als auch in allen Bundesländern zu einem starken Rückgang der PIM-Prävalenz (vgl. Tabelle 41). Österreichweit konnte ein Rückgang der PIM-Prävalenz um 10,5 Prozent beobachtet werden, wobei keine auffälligen Unterschiede in der Entwicklung zwischen den Bundesländern beobachtbar waren. Die PIM-Prävalenz im Jahr 2024 variierte stark zwischen den Bundesländern. In Salzburg lag sie 2024 bei 50,8 Prozent, im Burgenland bei 63,5 Prozent, österreichweit betrug sie 56,3 Prozent.

Abbildung 28: Potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren – Anteil der über 65-jährigen Bevölkerung (in %), die in einem Kalenderjahr mindestens mit einem PIM-Medikament (Packung) versorgt wurde (Messgröße 21b)



Quelle: Meldung DVSV 2025; Darstellung: GÖG

8 Themenbereich Gesundheitsförderung & Primärprävention & Gesundheitskompetenz & Impfungen

Die Stärkung zielgerichteter Gesundheitsförderung und Primärprävention sowie die Stärkung der Gesundheitskompetenz spielen eine entscheidende Rolle für die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit von einzelnen Personen und der Bevölkerung insgesamt. Dies zeigt sich unter anderem anhand der Erhöhung der Zahl der gesunden Lebensjahre. Durch gezielte Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Lebensstils und die Prävention von Krankheiten sollen gesundheitliche Risiken reduziert und soll die allgemeine Gesundheit der Bevölkerung verbessert werden. Eine hohe Gesundheitskompetenz befähigt Menschen, informierte Entscheidungen über ihre Gesundheit zu treffen (Haeger et al. 2024). Die Arbeiten hierzu zielen gemeinsam darauf ab, die Lebensqualität aller Menschen zu erhalten oder zu steigern.

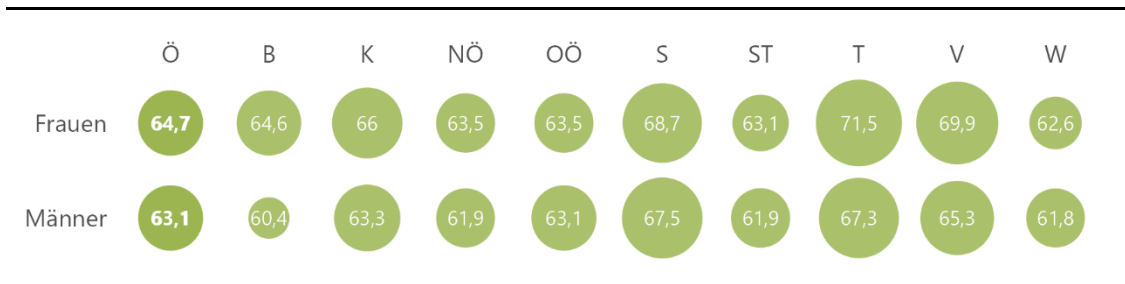
Die Messgröße 22 „Gesunde Lebensjahr bei Geburt“ kann langfristig als Indikator für den Impact von Gesundheitsförderung betrachtet werden. Tabelle 42 zeigt die Ergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS). Die Größe der Blasen beschreibt das Verhältnis des Österreichwerts und der einzelnen Bundesländer zueinander. Die Farbe zeigt die Entwicklung, wobei Grün Zunahme und Rot Abnahme gegenüber der vorangegangenen Erhebung indiziert. Im Jahr 2019 war die Lebenserwartung bei Frauen in guter Gesundheit 64,7 Jahre, während die Männer auf 63,1 Jahre kamen. Im Vergleich dazu waren es im Jahr 2006 rund 63,2 Jahre bei Frauen beziehungsweise 61,8 Jahre bei Männern gewesen. Die nächste ATHIS Erhebung findet 2025 statt, ihre Ergebnisse werden 2026 erwartet und werden Aufschluss über den tatsächlichen Trend geben.

²⁰.

Starke Unterschiede auf regionaler Ebene zeigen sich insbesondere in Anbetracht einer durchschnittlichen Lebenserwartung in guter Gesundheit in Wien von 62,2 Jahren (Frauen: 62,6; Männer: 61,8) im Vergleich zu 69,4 Jahren in Tirol (Frauen: 71,5; Männer: 67,3; vgl. Abbildung 29).

²⁰ Der Vergleich mit 2006 erfolgt hier aus folgenden Gründen: Die 2014 durchgeführte Gesundheitsbefragung (ATHIS 2014) war im Gegensatz zur Befragung 2019 (computerunterstützte persönliche Interviews) eine telefonische Erhebung bei Personen in Privathaushalten, ergänzt um einen Selbstausfüller für die Beantwortung sensibler bzw. komplexer Fragen. Die 2014 verwendete Rekrutierungs- und Erhebungsmethode hat sich als nicht optimal für die Gesundheitsbefragung erwiesen. Durch die Rekrutierung der Stichprobe aus dem Mikrozensus kam es insbesondere in der Gruppe der Älteren zu hohen Verweigerungsraten, die durch Hochrechnungen ausgeglichen wurden. Dennoch kann eine gewisse Verzerrung nicht ausgeschlossen werden, da insbesondere ältere Personen, die in einem schlechteren Gesundheitszustand waren, in der Befragung nicht erreicht werden konnten und es dadurch tendenziell zu einer Übergewichtung bzw. Überrepräsentation der gesünderen Bevölkerung gekommen sein kann. Klimont (2020): Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 – Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Statistik Austria – Bundesanstalt Statistik Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien

Abbildung 29: Jahre in guter Gesundheit pro Bundesland und Geschlecht 2019 (Messgröße 22)



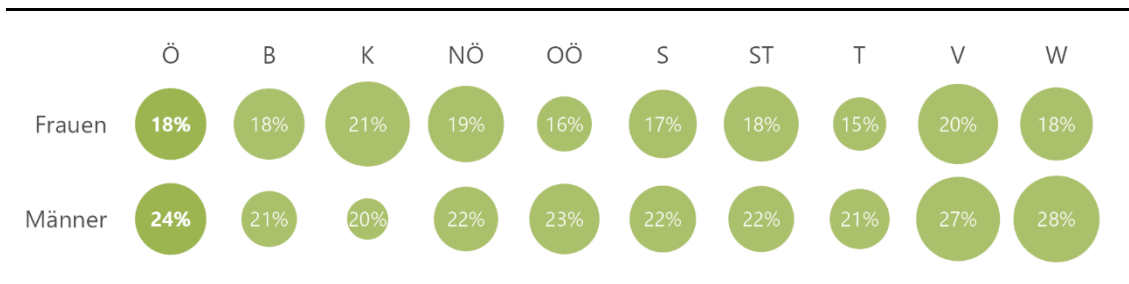
Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS); Darstellung: GÖG

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit soll die Gesundheitskompetenz (Messgröße 23) anhand definierter Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene gestärkt werden. 2019 wurde nach 2011 die letzte Österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung (HLS₁₉-AT) im Rahmen des internationalen Health Literacy Survey (HLS₁₉), eines Projekts des WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL), durchgeführt (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL 2021). Für die repräsentative österreichische Erhebung wurden 2020 in Österreich rund 3.000 Erwachsene (≥ 18 Jahre) telefonisch befragt (Griebler et al. 2021). Aufgrund der veränderten Methodik der Erhebung im Vergleich zu jener im Jahr 2011 wurden die Ergebnisse des Jahres 2011 unter Berücksichtigung von Bildung, Ausbildung/Studium im Gesundheitsbereich, Erwerbsstatus, finanzieller Situation, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad, Bundeslandzugehörigkeit, selbsteingeschätztem Gesundheitszustand und chronischen Erkrankungen adjustiert. Darüber hinaus kann aufgrund zu geringer Stichprobengrößen für einzelne Bundesländer kein Vergleich auf dieser Ebene stattfinden, im vorliegenden Bericht werden daher nur Werte für Österreich gesamt dargestellt.

Generell zeigten 2019 in Österreich 53 Prozent der Bevölkerung eine exzellente oder ausreichende Gesundheitskompetenz (Griebler et al. 2021), was im Vergleich zu 2011 einen Zuwachs von ca. fünf Prozentpunkten bedeutet (vgl. Tabelle 43) (M-POHL 2021). Im europäischen Vergleich zeigte sich Österreich hier allerdings weiterhin unterdurchschnittlich. Laut den Ergebnissen des Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS₁₉) verfügen über alle teilnehmenden Staaten hinweg ca. 55 Prozent der Befragten über eine exzellente oder eine ausreichende Gesundheitskompetenz.

Der Anteil täglich Rauchender (Messgröße 24) ist ein weitverbreiteter Indikator im Bereich Prävention. Im Jahr 2019 rauchten 20,6 Prozent und damit rund ein Fünftel der Österreicher:innen täglich. Beim Rauchverhalten zeigen sich geschlechtsbezogene Unterschiede: 23,5 Prozent der Männer und 17,8 Prozent der Frauen über 15 Jahre rauchen täglich. Wiederum zeigt sich eine starke regionale Varianz mit durchschnittlich 18,3 Prozent täglich Rauchender in Tirol im Vergleich zu 23,4 Prozent in Vorarlberg. Im Zeitraum 2014–2019 ist die Raucherrate gemäß Daten von Statistik Austria von 24,3 Prozent auf 20,6 Prozent gesunken (vgl. Tabelle 44). Dieser sinkende Trend gilt sowohl für Männer (von 26,5 % 2014 auf 23,5 % 2019) als auch für Frauen (von 22,1 % 2014 auf 17,8 % 2019). International liegt Österreich in diesem Bereich substantiell über dem Durchschnitt anderer europäischer Länder (Deutschland 2017: 18,8 %; England 2018: 16,6 %; Schweden 2018: 10,1 %) (OECD 2021).

Abbildung 30: Anteil täglich Rauchender 2019, getrennt nach Frauen und Männern (Messgröße 24)



Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS); Darstellung: GÖG

Alkohol ist die am weitesten verbreitete gesundheitsgefährdende psychoaktive Substanz in Österreich. Im Gegensatz zu illegalen Substanzen und Tabak bleibt der Alkoholkonsum bei vielen Menschen über den gesamten Lebensverlauf relativ konstant. Viele beginnen bereits in jungen Jahren mit dem Konsum und setzen ihn bis ins hohe Alter fort. Nur wenige Menschen hören im Laufe ihres Lebens vollständig mit dem Alkoholkonsum auf (Anzenberger et al. 2024).

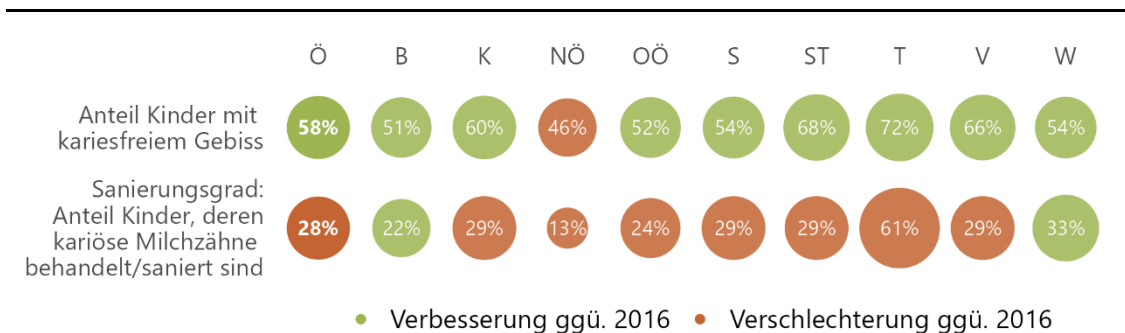
In den Jahren 2022/23 lag der tägliche Pro-Kopf-Konsum (MG 25a) der Bevölkerung ab 15 Jahren bei etwa 25 Gramm Alkohol, was ungefähr einem halben Liter Bier oder einem Viertelliter Wein entspricht. In den letzten Jahren hat sich der Pro-Kopf-Konsum der erwachsenen Bevölkerung nur geringfügig verändert (Anzenberger et al. 2024). Schwerwiegende gesundheitliche Probleme durch Alkoholkonsum entstehen hauptsächlich durch chronischen Missbrauch oder Alkoholabhängigkeit, was vor allem Erwachsene mittleren oder höheren Alters betrifft. Als Grenzwerte für eine Konsummenge mit deutlich erhöhtem Risiko einer Gesundheitsgefährdung werden ein täglicher Konsum von 40 Gramm Alkohol für Frauen (das entspricht z. B. knapp unter einem Liter Bier) und 60 Gramm Alkohol für Männer definiert. Die Messgröße 25b, Problematischer Alkoholkonsum zeigt, dass auf Basis der korrigierten Angaben der Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2020 bei 15 Prozent (18,5 Prozent der Männer bzw. 10,5 Prozent der Frauen) der Bevölkerung von gesundheitsgefährdendem Alkoholkonsum ausgegangen werden kann (Strizek et al. 2024).

Die Zahngesundheit von Kindern wurde im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ebenfalls als Indikator im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention definiert (Messgröße 26). Abbildung 31 zeigt den Anteil der sechs- bis siebenjährigen Kinder mit kariesfreiem Gebiss sowie den Sanierungsgrad des Gebisses (Anteil der zahnärztlich behandelten/sanierten kariösen Milchzähne (z.B. durch Füllungen), gemessen am d_{3mft} -Wert²¹). Die Größe der Blasen beschreibt das Verhältnis des Österreichwerts und der einzelnen Bundesländer zueinander. Die Farbgebung zeigt die Entwicklung im Vergleich zur vorangegangenen Zahnstatuserhebung, wobei Grün eine Zunahme und Rot eine Abnahme indiziert. Wie in Tabelle 47 ersichtlich, waren laut der Zahnstatuserhebung 2024 (Schwarz/Kölldorfer 2025) rund 58 Prozent der sechs- bis siebenjährigen Kinder kariesfrei, was eine leichte Verbesserung um 3,2 Prozent gegenüber 2016 darstellt. Es zeigen sich starke regionale Unterschiede, und zwar innerhalb einer Bandbreite von 72 Prozent kariesfreien Kindern in Tirol bis zu 46 Prozent in Niederösterreich. Der Sanierungsgrad lag bei 28 Prozent, was bedeutet, dass ein erheblicher Anteil (72 Prozent) kariöser Milchzähne weiterhin

²¹durchschnittliche Anzahl der kariösen (d3), fehlenden (m) und gefüllten (f) Milchzähne pro Kind

unbehandelt blieb oder in einem fortgeschrittenen Stadium extrahiert wurden. Dies deutet darauf hin, dass weiterhin Barrieren für eine adäquate zahnmedizinische Versorgung bestehen. Im Vergleich dazu erreichen führende europäische Länder wie Dänemark (86 Prozent) und Norwegen (83 Prozent) deutlich höhere Werte (Bachner et al. 2018; Bodenwinkler et al. 2017). Auffällige Unterschiede zeigten sich auch innerhalb der Bundesländer: In Niederösterreich lag der Sanierungsgrad bei nur 13 Prozent, während Tirol mit 61 Prozent das einzige Bundesland ist, das einen Sanierungsgrad über 60 Prozent erreichte (vgl. Tabelle 48).

Abbildung 31: Anteil sechs- bis siebenjähriger Kinder mit kariesfreiem Gebiss und Sanierungsgrad des Gebisses 2024 (Messgröße 26)



Der Sanierungsgrad von 28% bedeutet, dass 28% der Kinder mit kariösen Milchzähnen zahnärztlich behandelt/saniert sind (z.B.: mit Füllungen) bzw. dass 72% der Kinder mit kariösen Milchzähnen unbehandelt sind. Die Zielvorgabe ist ein hoher Sanierungsgrad.

Quelle: Zahnstatuserhebung 2024; Darstellung: GÖG

Messgröße 27 „Vorzeitige Todesfälle durch vermeidbare Todesursachen“ misst die Anzahl der Todesfälle, die durch präventive und gesundheitsfördernde (Public Health) Interventionen vermeidbar gewesen wären. Diese Todesfälle treten auf, wenn Personen an Krankheiten sterben, die durch (Primär)Präventionsmaßnahmen, wie Impfungen, Gesundheitsaufklärung oder Lebensstiländerungen, vermeidbar wären. Der Indikator dient als Maßstab für die Effektivität von Präventionsstrategien und Gesundheitsförderungsprogrammen, hilft dabei, die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen sowie zu fördern und wird im globalen Kontext im Rahmen von Health System Performance Assessments (HSPA) verwendet. Er weist auf potenzielle Schwächen in der präventiven Gesundheitsversorgung hin (Papanicolas et al. 2022).

Ein niedriger Wert dieser Messgröße deutet auf ein gut funktionierendes System hin, das in der Lage ist, durch präventive Maßnahmen und Gesundheitsförderung vorzeitige Todesfälle zu verhindern. Ein hoher Wert hingegen weist auf Defizite in der präventiven Gesundheitsversorgung hin und signalisiert Handlungsbedarf. In Österreich lag die Sterblichkeit der unter 75-Jährigen, die durch effektive Public Health Maßnahmen potenziell vermeidbar gewesen wäre im Jahr 2023 bei 151,3 Todesfällen pro 100.000 EW was gegenüber den 165,5 entsprechenden Todesfällen pro 100.000 EW im Jahr 2022 einen Rückgang um –8,6 Prozent bedeutet, wobei in Österreich in den Jahren 2020 bis 2022 mehr Menschen als im Durchschnitt vor der COVID-19-Pandemie verstorben sind. Im europäischen Vergleich (EUROSTAT) lag Österreich hier knapp unter dem EU-Durchschnitt von 168,1 Todesfällen pro 100.000 EW. Im Vergleich mit der DACH-Region liegt Österreich ca. gleichauf mit Deutschland (2022: 165,4) und hinter der Schweiz mit 106,3 einschlägigen Todesfällen pro 100.000 EW.

Etablierung und Erweiterung des Österreichischen Impfprogramms sowie Verbesserung der Impfakzeptanz (op. Ziel 16)

Im Rahmen des operativen Ziels 16 wird an der strategischen Weiterentwicklung des österreichischen Impfprogramms gearbeitet. Dies umfasst die Erweiterung der öffentlich finanzierten Impfungen auf Basis einer wissenschaftlich fundierten Priorisierung sowie die Erweiterung der Impfsettings und den Ausbau niederschwelliger Zugänge zu Impfangeboten. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Schaffung geeigneter rechtlicher Rahmenbedingungen und der gezielten Förderung der Impfakzeptanz in der Bevölkerung. Das Ziel hier ist, bestehende Impfлücken zu schließen und die Durchimpfungsraten nachhaltig zu steigern.

Messgröße 28 stellt u. a. die Durchimpfungsrate in puncto Masern, Mumps und Röteln (MMR) dar, die bei Zweijährigen in Österreich im Jahr 2023 bei 78 Prozent lag und damit leicht anstieg, nachdem sie von 87 Prozent im Jahr 2020 auf 76 Prozent im Jahr 2022 gesunken war. Bei Vierjährigen erreichte die Durchimpfungsrate im Jahr 2023 81 Prozent (BMSGPK 2025). Das WHO-Ziel liegt hier bei 95 Prozent (WHO Regional Office for Europe 2024).

Zu den empfohlenen Impfungen im kostenfreien Impfprogramm gehört auch die 6-fach-Impfung gegen Diphtherie, Wundstarrkrampf (Tetanus), Keuchhusten (Pertussis), Kinderlähmung (Poliomyelitis), Haemophilus influenzae B und Hepatitis B. Hier liegen die Durchimpfungsraten bei Zweijährigen und Vierjährigen jeweils bei 87 Prozent. Bei der Gruppe der 2- bis 4-Jährigen konnte zumindest das Ziel einer 95 Prozent-Durchimpfungsrate mit der ersten Teilimpfung erreicht werden.

Die 4-fach-Impfung gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis und Poliomyelitis (BMSGPK 2020) wird ab dem 6. Lebensjahr empfohlen. In Österreich hatten im Jahr 2023 87 Prozent der Zehnjährigen die 4-fach-Auffrischungsimpfung erhalten, was einen Rückgang gegenüber 2022 um -8,4 Prozent bedeutet.

Die HPV-Impfung schützt vor Gebärmutterhalskrebs und anderen Erkrankungen, die durch humane Papillomaviren (HPV) verursacht werden. Bei den 14-Jährigen haben im Jahr 2023 bereits 60 Prozent eine Impfung und 51 Prozent zwei Impfungen erhalten. In dieser Altersgruppe sind die Mädchen mit 60 Prozent deutlich häufiger 2-fach geimpft als die Buben mit 42 Prozent. Österreich ist damit weit vom WHO-Ziel einer 90-prozentigen Durchimpfungsrate bei 14-jährigen Mädchen ((WHO Europa 2022) entfernt.

Das operative Ziel 16 setzte sich u.a. das Ziel die Anzahl der in einem öffentlichen Impfprogramm bereitgestellten Impfungen zu erhöhen (Messgröße 29). Im Basisjahr 2023 wurden im ÖIP 13 Impfungen bereitgestellt und gleichzeitig 18 Impfungen vom Nationalen Impfgremium (NIG) empfohlen. Im Impfplan 2024/25 (BMSGPK 2024c) werden die folgenden Impfungen vom Nationalen Impfgremium empfohlen und für definierte Altersgruppen kostenlos zur Verfügung gestellt: RSV, Rotavirus, Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae B, Hepatitis B, Pneumokokken, Masern, Mumps, Röteln, Meningokokken ACWY, Humane Papillomaviren, Influenza und COVID-19. Darüber hinaus werden Impfungen gegen Meningokokken B, FSME, Varizellen und Herpes Zoster empfohlen (vgl. (BMSGPK 2024b).

9 Anhang

9.1 Kommentierungen des Finanzzielmonitorings

Berücksichtigung der COVID-19-Pandemie bei der Finanzzielsteuerung

Die von der Politik gesetzten Maßnahmen zur Eindämmung der Verbreitung der COVID-19-Pandemie und die damit verbundenen Auswirkungen auf das Wirtschaftsleben beeinflussen einnahmenseitig das Beitragsaufkommen der Sozialversicherung sowie das Steueraufkommen und haben andererseits ausgabenseitig Effekte auf die zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben. Wenn auch im Vergleich zu den Jahren 2020–2023 deutlich reduziert, gab es auch im Jahr 2024 noch finanzielle Auswirkungen der COVID-19-Pandemie. Die dazu vorliegenden, ergänzenden Informationen werden nachfolgend dargestellt.

FZM-Meldung der Länder

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

- COVID-19-Aufwendungen der Krankenanstalten (z. B. für Schutzausrüstungen, Testungen, Sicherheit und Hygiene, Barackenspitäler, COVID-19-Prämien, zusätzliches Personal etc.) werden in einem Großteil der Bundesländer über die Betriebsabgangsdeckungen von den Ländern (und Gemeinden) beglichen. Meist handelt es sich hierbei um einen Restbetrag, der aus einer Gegenverrechnung der Refundierungen seitens des Bundes gemäß COVID-19-Zweckzuschussgesetz und Epidemiegesetz resultiert.
- Bei der Finanzierung über die Betriebsabgangsdeckung muss bei der Interpretation der einzelnen Bundesländer jeweils unterschieden werden, ob sie periodenrein erfolgt oder erst in den darauffolgenden Jahren vom Land (und von den Gemeinden) beglichen wird.
- Ebenso erfolgen die Refundierungen seitens des Bundes gemäß COVID-19-Zweckzuschussgesetz und Epidemiegesetz aufgrund der unterschiedlichen Zeitpunkte der Einreichungen nicht immer periodenrein, sondern erst in den darauffolgenden Jahren.

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

FZM-Meldung der gesetzlichen Krankenversicherung

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

- Die ZSG-relevanten COVID-19-Aufwendungen der gesetzlichen KV-Träger sind per Definition vollständig in den ZSG-relevanten GHA enthalten.

- Die ZSG-relevanten COVID-19-Refundierungen seitens des Bundes an die gesetzlichen Krankenversicherungsträger werden für die Berechnung der ZSG-relevanten Gesundheitsausgaben in Abzug gebracht.

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

Die meldeverantwortlichen Stellen konnten zu den jeweiligen Einzelpositionen der ermittelten zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben (Ausgaben gem. Monitoring) Anmerkungen einbringen. Diese sind in den jeweiligen Meldeformularen für das Finanzzielmonitoring dokumentiert und hier in Tabelle 12 wiedergegeben.

Tabelle 12: Kommentare zum Finanzzielmonitoring: Allgemeine Anmerkungen in den Meldeformularen

meldeverantwortliche Stelle	allgemeine Anmerkungen gem. Meldeformular I/2025
Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (DVSV) für alle Träger	Datenquellen: 2023: Endgültige Erfolgsrechnungen (§§ 3 und 7 der Rechnungsvorschriften). 2024: Vorläufige Erfolgsrechnungen (§ 17 der Rechnungsvorschriften) - Stand 15. Februar 2025.
Kärnten	Daten für 2023 des Kärntner Gesundheitsfonds beruhen auf dem RA 2023, Daten für 2024 des Kärntner Gesundheitsfonds beruhen auf dem VA 2024 plus ggf. Hochrechnungen. Daten für 2025 beruhen auf dem VA 2025. Daten des Landes Kärnten für 2023 anhand des RA 2023, Daten des Landes Kärnten für 2024 anhand des VA 2024 bzw. aktueller Abschätzungen. Daten für 2025 beruhen auf dem VA 2025.
Salzburg	Es wurden wunschgemäß aus dem SAP Abfragen aus der Ergebnisrechnung und nicht mehr aus der Finanzierungsrechnung durchgeführt; die Werte der BAD-Aufwendungen des Landes für 2023 entsprechen dem Rechnungsabschlusswert; die Werte der Aufwendungen des Landes für 2024 sind Voranschlagswerte bzw. aktuelle Abschätzungen, jene für 2025 Voranschlagswerte.
Vorarlberg	Daten des Jahres 2023 auf Basis Rechnungsabschluss Daten des Jahres 2024 auf Basis Hochrechnung Daten des Jahres 2025 auf Basis Voranschlag Anmerkung zur VA 2024 vs. HR 2024: da zum Zeitpunkt Beschluss VA 2024 (Dez. 23) neuer FAG noch nicht fixiert war, konnten folgende Mittel noch nicht im VA 2024 vorgesehen werden: Einnahmen und Ausgaben Art 31 Mittel (jew 22,258 Mio.), Einnahmen PFG (5,2 Mio f. EEZG, 1,5 Mio. f PFG), Ausgaben Beitrag f LGFF (90k); somit Delta HR zu VA rund 29 Mio. (Einnahmen)

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2025

Für Details hinsichtlich der Finanzzielsteuerungsmethodik wird auf Abschnitt 5 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.

9.2 Daten der Messgrößen

Im Folgenden werden die Auswertungen der im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene (2024) definierten 29 Messgrößen tabellarisch festgehalten. Für detaillierte Definitionen und Beschreibungen der Messgrößen siehe Anlage 2 des Zielsteuerungsvertrags auf Bundesebene.

Tabelle 13: Messgröße 1: Inanspruchnahme der öffentlichen ärztlichen Gesundheitsversorgung

	Patient:innen aller Versorgungsstufen inkl. des intramuralen Bereichs: mind. eine Inanspruchnahme im Jahr pro 1.000 EW											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	940,5	944,3	946,7	938,5	973,0	971,4	959,6					
K	909,5	911,6	915,5	911,0	938,7	941,7	934,3					
NÖ	929,6	935,3	935,7	921,7	963,7	969,9	960,4					
OÖ	887,5	887,6	889,1	883,4	905,3	907,0	898,7					
S	902,2	904,9	915,5	911,5	941,3	942,3	934,6					
ST	914,0	918,9	924,8	914,0	944,9	951,1	942,3					
T	893,5	897,0	905,8	903,7	931,1	936,1	930,0					
V	898,4	900,9	901,5	892,6	912,1	918,0	913,7					
W	884,2	881,3	886,1	872,9	900,2	912,0	903,3					
Ö	890,7	893,1	898,1	890,5	913,9	922,4	914,6					

	Allgemeinmedizinische GDA mit Kassenvertrag (Einzelordinationen, Gruppenpraxen, Ambulatorien; inkl. AM-PVE): mind. eine Inanspruchnahme im Jahr pro 1.000 EW											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	840,6	847,4	849,3	823,5	880,9	879,9	868,1					
K	735,8	744,5	749,7	727,4	787,9	794,0	784,7					
NÖ	794,5	807,5	805,7	771,3	843,2	845,3	838,7					
OÖ	761,0	765,6	766,4	741,8	785,3	789,5	782,0					
S	734,5	738,3	746,6	737,5	809,0	801,6	791,2					
ST	778,7	785,4	786,2	763,4	824,4	830,2	818,4					
T	737,1	741,7	751,9	734,1	788,2	788,3	782,1					
V	709,3	717,5	714,4	686,2	729,7	734,9	726,2					
W	682,3	690,2	692,0	659,8	699,8	722,6	725,3					
Ö	737,0	744,9	747,6	722,9	771,9	781,3	775,5					

	Fachärztliche GDA mit Kassenvertrag (Einzelordination, Gruppenpraxis, Ambulatorium; inkl. PVE-KIJU; exkl. Zahnmedizin): mind. eine Inanspruchnahme im Jahr pro 1.000 EW											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	755,0	763,0	769,4	743,1	794,5	785,8	787,8					
K	709,6	715,3	715,0	709,1	747,9	745,7	751,0					
NÖ	733,3	740,6	747,1	713,1	767,6	765,6	767,7					
OÖ	631,0	635,0	644,2	615,7	650,7	652,0	661,5					
S	684,7	693,9	710,6	689,5	699,4	728,3	733,2					
ST	685,3	695,3	708,1	683,0	726,4	732,4	733,6					
T	678,3	686,0	692,1	682,8	726,7	726,5	725,0					
V	642,8	660,5	666,4	643,7	677,5	678,2	689,0					
W	720,2	720,0	729,3	700,2	736,7	746,2	748,5					
Ö	683,2	689,7	699,1	675,3	710,0	716,6	720,8					

	PVE gemäß Primärversorgungsgesetz (PrimVG) mit Kassenvertrag inkl. Netzwerke, inkl. „Kinder-PVE“: mind. eine Inanspruchnahme im Jahr pro 1.000 EW											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B						28,0	30,8					
K						15,9	17,6					
NÖ						43,6	58,6					
OÖ						31,1	41,5					
S						22,0	27,9					
ST						56,6	55,7					
T						1,1	1,3					
V						1,1	11,7					
W						40,6	73,5					
Ö						32,8	45,3					

	Vergemeinschaftete Organisationsform mit Kassenvertrag (Gruppenpraxen, Ambulatorien inkl. kasseneigener Amb., PVE inkl. PVN): mind. eine Inanspruchnahme im Jahr pro 1.000 EW											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	591,7	610,2	627,5	602,7	658,2	663,5	678,9					
K	333,8	355,1	373,2	387,1	424,7	447,0	447,3					
NÖ	626,5	642,6	668,3	641,2	706,2	721,0	728,4					
OÖ	401,6	397,3	434,5	437,4	453,4	487,4	524,7					
S	486,4	517,8	546,6	541,0	525,8	602,8	612,7					
ST	389,7	414,3	439,7	431,2	480,7	509,9	522,3					
T	278,2	278,8	282,5	281,3	304,0	322,9	326,8					
V	376,9	436,4	448,5	418,7	473,0	471,9	482,3					
W	615,0	624,2	643,6	610,7	657,0	679,6	688,9					
Ö	475,2	489,9	513,5	500,3	535,2	562,3	576,4					

	Spitalsambulanzen in FKA: mind. eine Inanspruchnahme im Jahr pro 1.000 EW											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	398,7	404,4	409,8	342,2	361,4	388,6	405,3					
K	442,3	449,1	451,6	397,3	427,1	450,6	461,2					
NÖ	407,7	409,2	407,9	342,5	362,1	387,9	399,8					
OÖ	450,6	450,7	451,1	445,3	462,0	461,0	450,0					
S	378,6	387,5	376,8	343,4	359,8	382,0	392,0					
ST	398,8	402,6	409,8	349,2	375,5	394,4	406,3					
T	448,9	453,6	456,5	418,8	443,4	463,0	466,3					
V	419,7	454,0	418,8	373,6	402,7	448,8	455,0					
W	354,0	355,2	357,3	288,8	298,6	316,2	323,3					
Ö	397,7	402,1	402,4	354,5	371,1	390,2	396,1					

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Exkludiert sind: ausländische Gastpatient:innen; Patient:innen ohne Pseudonym; Inanspruchnahmen außerhalb des öffentlichen Sachleistungsbereichs (z.B. Alten- und Pflegeheime, Wahlärzt:innen); keine Altersstandardisierung

Quelle: BMSGPK (2025); Dokumentation im ambulanten Bereich (2023)

Tabelle 14: Messgröße 2: Umgesetzte Primärversorgungseinheiten (PVE), Gruppenpraxen und selbstständige Ambulatorien

	PVE inkl. „Kinder-PVE“ (inkl. Pilotprojekte*) (Stichtag 31.12.)												RSG 2025**
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	
B	0	0	1	1	1	1	1	1					3
K	0	0	0	0	1	1	1	1					5
NÖ	0	1	3	4	4	6	9	12					20
OÖ	2	4	4	5	6	8	10	11					25
S	0	0	0	0	2	2	3	7					5
ST	(4)	2 (3)	5 (2)	10 (1)	10 (1)	10 (1)	10 (1)	18 (1)					30
T	0	0	0	0	0	0	0	1					6
V	0	0	0	0	0	0	1	2					3
W	2	2	3	3	5	9	18	24					36
Ö	4 (4)	9 (3)	16 (2)	18 (1)	29 (1)	37 (1)	53 (1)	77 (1)					133

	„Kinder-PVE“ (Stichtag 31.12.)											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B							0	0				
K							0	0				
NÖ							0	1				
OÖ							0	1				
S							0	0				
ST							0	1				
T							0	0				
V							0	0				
W							5	6				
Ö							5	9				

	Gruppenpraxen mit ÖGK-Vertrag, exkl. Job-Sharing (Stichtag 1.10.)											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B							3	3				
K							21	22				
NÖ							38	39				
OÖ							78	83				
S							28	26				
ST							14	16				
T							1	1				
V							2	2				
W							116	115				
Ö							301	307				

	Selbstständige Ambulatorien*** (Stichtag 31.12.)											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	25	23	26	26	21	15	14					
K	49	48	50	47	46	46	50					
NÖ	59	55	59	55	60	57	57					
OÖ	62	47	47	44	46	54	52					
S	45	48	49	49	55	58	51					
ST	92	105	108	102	94	94	102					
T	50	44	41	39	42	46	48					
V	10	9	9	9	10	8	11					
W	257	262	250	249	257	256	252					
ubk.	1	0	0	5	8	0	0					

	Selbstständige Ambulatorien*** (Stichtag 31.12.)											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Ö	650	641	639	625	639	634	637					

Zielvorgabe: steigend (bei PVE: gemäß RSG)

ubk. = unbekannt: sofern kein Ort aus den Stammdaten zugewiesen werden konnte, wurde das Ambulatorium im Wert für Österreich gezählt. Daher kann der Wert Österreich von der Summe der Bundesländer abweichen.

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

** gem. RSG 2025; Aktualisierung nach Vorliegen der RSG 2030

*** Die Basis für diese Daten sind qualitätsgesicherte Abrechnungsdaten der Vertragspartner:innen der SV, damit sind private Institute und Ambulatorien sowie selbstständige Ambulatorien der PVA und AUYA in diesen Daten nicht berücksichtigt. Für die Zählung der Selbstständigen Ambulatorien wurde eine Einschränkung auf mindestens 150 Patient:innen pro Leistungsjahr getroffen.

Quelle: Meldung DVSU 2025

Tabelle 15: Messgröße 3: Ambulante Frequenzen: Frequenzen spitalsambulanter und extramuraler Patient:innen in Fondsrankenanstalten und im kassenärztlichen Bereich

	e-card-Kontakte Allgemeinmedizin in Mio.											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	2,90	2,93	2,93	2,71	3,16	3,12	3,12	3,23				
K	4,28	4,35	4,37	4,21	4,85	4,83	4,87	5,03				
NÖ	14,91	15,16	15,10	14,10	16,27	16,05	16,33	16,93				
OÖ	10,94	11,16	11,25	10,47	11,89	11,86	12,08	12,42				
S	3,93	4,01	4,07	3,94	4,74	4,55	4,60	4,81				
ST	11,11	11,17	11,10	10,70	12,53	12,40	12,52	12,89				
T	6,19	6,31	6,30	6,06	7,09	6,83	6,86	7,14				
V	2,28	2,34	2,33	2,26	2,48	2,47	2,50	2,58				
W	11,34	11,59	11,76	11,21	12,72	13,65	14,29	14,86				
Ö	67,87	69,01	69,20	65,67	75,73	75,75	77,17	79,88				

	e-card-Kontakte bei Fachärzt:innen (exkl. technische und zahnmedizinische Fachgebiete) in Mio.											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	0,78	0,80	0,81	0,75	0,83	0,83	0,86	0,88				
K	1,61	1,60	1,65	1,54	1,69	1,73	1,78	1,84				
NÖ	4,19	4,19	4,24	3,83	4,11	4,10	4,24	4,36				
OÖ	3,09	3,12	3,17	2,88	3,13	3,20	3,37	3,57				
S	1,45	1,47	1,47	1,37	1,49	1,51	1,59	1,64				
ST	3,31	3,30	3,32	3,04	3,34	3,39	3,54	3,68				
T	2,03	2,08	2,10	2,00	2,19	2,18	2,23	2,33				
V	1,06	1,07	1,09	1,05	1,12	1,13	1,19	1,22				
W	7,34	7,41	7,33	6,60	7,19	7,54	8,08	8,49				
Ö	24,85	25,05	25,19	23,06	25,10	25,63	26,88	28,02				

	e-card-Kontakte bei Fachärzt:innen für zahnmedizinische Fachgebiete in Mio.											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	0,34	0,35	0,36	0,33	0,38	0,38	0,39	0,41				
K	0,71	0,71	0,73	0,67	0,76	0,76	0,80	0,85				
NÖ	2,07	2,09	2,11	1,87	2,08	2,12	2,23	2,30				
OÖ	1,73	1,76	1,79	1,58	1,75	1,74	1,82	1,88				
S	0,65	0,65	0,65	0,57	0,64	0,63	0,66	0,68				
ST	1,63	1,64	1,68	1,48	1,61	1,62	1,67	1,74				
T	0,91	0,89	0,88	0,76	0,84	0,82	0,86	0,89				
V	0,50	0,50	0,50	0,46	0,52	0,52	0,54	0,56				
W	2,47	2,48	2,53	2,23	2,50	2,50	2,63	2,76				
Ö	11,01	11,07	11,24	9,96	11,08	11,08	11,59	12,06				

	Spitalsambulante Frequenzen in Mio.											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	0,42	0,47	0,50	0,38	0,42	0,46	0,51					
K	1,18	1,25	1,29	1,08	1,19	1,23	1,29					
NÖ	2,95	2,98	3,05	2,40	2,72	3,02	3,17					
OÖ	3,15	3,18	3,52	2,82	3,15	3,32	3,47					
S	1,13	1,24	1,26	1,07	1,22	1,29	1,33					
ST	2,13	2,26	2,35	1,83	2,08	2,23	2,36					
T	2,01	2,07	2,10	1,79	1,95	2,05	2,12					
V	0,69	0,68	0,66	0,64	0,70	0,76	0,78					
W	3,98	4,26	4,39	3,48	3,91	3,94	4,18					
Ö	17,63	18,39	19,12	15,50	17,34	18,29	19,21					

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Exkludiert sind: spitalsambulant: In-vitro-Untersuchungen ohne Untersuchung bzw. Behandlung an ambulanten Patient:innen zählen nicht als Frequenzen. Weiters nicht als Frequenzen zu zählen sind Kontakte administrativer Natur oder wenn Patient:innen, ohne dass eine Untersuchung/Behandlung bzw. ein medizinisches Beratungsgespräch erfolgt ist, einer anderen Kostenstelle zugewiesen werden.

Quelle: Krankenanstaltenstatistik und -kostenrechnung BMSGPK; Meldung DVSU 2025

Tabelle 16: Messgröße 4a: Krankenhaushäufigkeit in FKA pro 1.000 Einwohner:innen der Wohnbevölkerung

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	199,4	200,7	204,1	169,5	178,5	179,5	182,5	186,5				
K	224,3	220,7	216,2	186,6	191,3	189,3	192,0	194,5				
NÖ	209,4	206,9	205,7	170,3	173,5	174,7	177,9	180,8				
OÖ	239,5	239,5	235,4	196,6	203,8	203,5	197,1	196,4				
S	211,7	207,3	203,1	172,5	179,4	175,5	170,9	173,1				
ST	215,8	212,5	208,7	170,4	177,2	174,7	172,7	172,5				
T	214,5	213,0	210,2	180,8	189,5	186,7	184,1	186,7				
V	196,9	195,7	189,7	165,6	175,7	172,3	170,6	166,9				
W	172,8	171,5	170,0	141,5	142,0	140,8	143,1	146,0				
Ö	208,2	206,3	203,6	170,4	175,5	174,3	173,6	175,1				

Zielvorgabe: Beobachtungswert; Datenbasis 2024: vorläufige Meldung der Länder mit Stand 1. April 2025

Exkludiert sind: NTA; ausländische Gastpatient:innen; Aufnahmeart „H“ halbstationär. Keine Altersstandardisierung

Quelle: BMSGPK (2025)

Tabelle 17: Messgröße 4b: Krankenhaushäufigkeit in FKA, PRIKRAF-KA und UKH (exkl. Verlegungen aus KA) pro 1.000 Einwohner:innen der Wohnbevölkerung

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	197,8	199,9	203,1	168,7	178,1	179,8	183,4	187,3				
K	248,5	244,3	237,9	204,9	211,1	209,1	211,1	213,5				
NÖ	210,0	207,7	206,4	170,2	176,7	178,3	181,8	184,3				
OÖ	241,8	241,8	237,5	198,6	206,3	205,8	199,8	195,8				
S	228,9	223,1	218,9	185,8	193,7	190,0	185,6	179,0				
ST	234,2	230,9	227,4	186,8	195,5	193,9	191,9	186,5				
T	220,4	218,7	216,4	186,1	195,7	193,7	190,9	181,6				
V	188,4	185,5	179,9	156,1	166,1	163,0	161,6	157,1				
W	190,8	188,7	187,1	155,6	155,3	153,5	155,5	158,5				
Ö	217,8	215,6	212,8	178,0	184,1	183,1	182,5	181,0				

Zielvorgabe: Beobachtungswert; Datenbasis 2024: vorläufige Meldung der Länder mit Stand 1. April 2025
 Exkludiert sind: NTA; ausländische Gastpatient:innen; Aufnahmeart „H“ halbstationär; Entlassungsart „Transfer in ein anderes KH“; keine Altersstandardisierung

Quelle: BMSGPK (2025)

Tabelle 18: Messgröße 5a: Belagstagedichte in FKA pro 1.000 Einwohner:innen der Wohnbevölkerung

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	1.209,6	1.211,5	1.221,9	1.009,1	1.059,5	1.037,9	1.041,7	1.083,4				
K	1.515,3	1.494,5	1.471,4	1.281,9	1.291,3	1.282,3	1.292,0	1.299,5				
NÖ	1.316,9	1.310,9	1.299,8	1.103,3	1.112,5	1.092,7	1.166,4	1.125,3				
OÖ	1.445,0	1.428,6	1.442,6	1.197,3	1.219,7	1.188,2	1.157,1	1.141,6				
S	1.327,7	1.298,0	1.288,2	1.114,3	1.153,6	1.113,8	1.093,6	1.099,3				
ST	1.420,8	1.397,1	1.376,9	1.134,5	1.184,2	1.155,3	1.145,8	1.157,5				
T	1.293,2	1.288,0	1.276,2	1.127,9	1.178,6	1.131,9	1.106,1	1.109,6				
V	1.272,4	1.216,9	1.203,5	1.058,1	1.101,0	1.066,2	1.043,1	1.011,7				
W	1.260,3	1.243,8	1.227,2	1.052,7	1.058,7	1.035,9	1.037,9	1.033,2				
Ö	1.346,7	1.329,8	1.320,2	1.121,5	1.146,1	1.118,8	1.122,6	1.113,7				

Zielvorgabe: Beobachtungswert; Datenbasis 2024: vorläufige Meldung der Länder mit Stand 1. April 2025
 Exkludiert sind: NTA, ausländische Gastpatient:innen, Aufnahmeart „H“-halbstationär; Aufenthalte länger als 28 Belagstage eingeschlossen. Keine Altersstandardisierung

Quelle: BMSGPK (2025)

Tabelle 19: Messgröße 5b: Belagstagedichte in FKA, PRIKRAF-KA und UKH pro 1.000 Einwohner:innen der Wohnbevölkerung

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	1.229,8	1.231,8	1.241,4	1.025,6	1.078,8	1.059,9	1.062,8	1.101,6				
K	1.680,6	1.654,7	1.628,9	1.414,6	1.432,4	1.417,4	1.421,1	1.428,8				
NÖ	1.348,2	1.342,7	1.329,7	1.130,0	1.148,9	1.129,3	1.203,4	1.158,9				
OÖ	1.488,2	1.471,2	1.483,0	1.234,1	1.259,0	1.225,1	1.193,9	1.158,8				
S	1.453,6	1.418,7	1.404,1	1.214,5	1.251,9	1.208,8	1.188,6	1.149,0				
ST	1.535,3	1.510,2	1.490,4	1.229,3	1.286,8	1.252,4	1.239,2	1.216,5				
T	1.366,9	1.358,6	1.348,5	1.191,7	1.242,4	1.195,7	1.164,0	1.111,7				
V	1.279,2	1.223,5	1.211,2	1.065,1	1.108,3	1.073,0	1.048,7	1.013,7				
W	1.361,6	1.339,9	1.324,9	1.132,8	1.131,3	1.103,9	1.105,1	1.096,5				
Ö	1.423,2	1.404,1	1.393,9	1.184,1	1.210,9	1.181,0	1.183,2	1.157,0				

Zielvorgabe: Beobachtungswert; Datenbasis 2024: vorläufige Meldung der Länder mit Stand 1. April 2025
 Exkludiert sind: NTA, ausländische Gastpatient:innen, Aufnahmeart „H“-halbstationär; Aufenthalte länger als 28
 Belagstage eingeschlossen. Keine Altersstandardisierung

Quelle: BMSGPK (2025)

Tabelle 20: Messgröße 6: Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden in Prozent der durchgeführten Leistungen 2024, Vorjahreswerte (2023) in Klammern

	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Ö	BM nat.**	BM int.*
HNO-OP	21,0 (25,7)	25,3 (17,7)	43,1 (41,2)	53,3 (47,2)	22,4 (21,2)	28,8 (22,1)	29,3 (31,6)	69,9 (47,3)	37,1 (37,2)	37,8 (35,9)	45	60
Curettage	70,3 (71,2)	71,6 (74,6)	68,4 (67,2)	68,8 (68,2)	65,5 (68,7)	67,2 (67,1)	59,7 (61,6)	75,2 (74,1)	37,8 (39,0)	61,5 (62,1)	75	70
sonst. Eingriffe Uterus	74,9 (75,7)	75,3 (76,5)	72,0 (70,8)	76,9 (75,3)	69,6 (72,5)	77,9 (79,7)	65,3 (71,2)	85,5 (81,2)	36,5 (35,8)	68,2 (69,3)	83	–
sonst. Eingriffe Urologie	73,9 (61,0)	72,4 (69,8)	72,5 (71,1)	67,1 (67,0)	68,6 (68,2)	71,1 (64,3)	53,6 (56,5)	28,9 (46,5)	52,2 (55,8)	64,4 (63,4)	77	–
Varizen OP	14,9 (20,2)	69,0 (70,4)	52,6 (51,5)	47,1 (38,9)	44,9 (46,4)	60,4 (57,1)	27,7 (33,9)	84,2 (70,3)	39,5 (42,8)	50,2 (48,9)	75	70
Hernien OP***	3,1 (1,9)	23,8 (23,1)	10,3 (10,2)	5,0 (5,4)	5,5 (4,1)	8,0 (8,2)	5,2 (9,7)	38,5 (28,1)	9,6 (6,4)	9,8 (9,3)	28	60
Laparoskopische Gallenblasenent- fernung	0,2 (0,0)	1,3 (2,4)	0,1 (0,05)	0,1 (0,0)	0,3 (0,4)	0,08 (0,1)	2,1 (0,8)	0,0 (0,0)	5,1 (4,2)	1,6 (1,3)	5	20
Karpaltunnel OP	85,1 (87,9)	94,8 (90,2)	92,6 (91,2)	88,8 (86,6)	71,6 (72,9)	88,7 (89,0)	94,6 (93,7)	96,5 (92,9)	81,0 (80,4)	88,8 (87,3)	92	90
Knie Arthroskopie	38,1 (40,1)	71,9 (76,7)	69,0 (66,9)	36,0 (35,4)	36,6 (33,9)	28,4 (25,7)	33,8 (36,2)	75,2 (56,6)	37,6 (33,0)	45,5 (43,3)	75	90
Eingriffe Bewe- gungsapparat	49,2 (45,2)	49,3 (47,6)	48,8 (50,7)	33,5 (36,3)	26,0 (29,7)	56,5 (50,2)	36,8 (37,5)	64,8 (47,6)	48,9 (45,5)	44,7 (43,1)	57	–
Metallentfernung	48,3 (46,3)	71,3 (69,6)	58,6 (56,6)	56,2 (56,5)	46,4 (44,0)	55,1 (50,3)	53,8 (52,5)	75,0 (57,4)	45,0 (41,9)	54,7 (52,1)	72	60
Katarakt OP	100,0 (99,9)	97,3 (97,8)	96,0 (96,0)	92,3 (90,8)	91,9 (91,0)	90,6 (86,4)	91,3 (89,5)	100,0 (92,4)	95,0 (94,1)	94,2 (92,7)	100	99
sonst. Eingriffe Auge	99,2 (98,1)	95,6 (95,2)	73,6 (75,4)	93,7 (92,0)	93,7 (93,6)	87,3 (85,3)	91,9 (87,3)	100,0 (64,5)	93,2 (92,5)	90,4 (89,3)	100	–
Alle TK Leistungs- bündel	62,4 (54,9)	70,7 (69,4)	69,7 (68,2)	67,3 (65,6)	59,3 (59,6)	62,3 (60,1)	59,9 (59,8)	72,9 (67,6)	63,1 (61,6)	65,1 (63,6)		

Zielvorgabe: steigend (siehe leistungsspezifische Werte)

Datenbasis 2024: vorläufige Meldung der Länder mit Stand 1. April 2025

BM nat. = nationaler Benchmark, BM int. = internationaler Benchmark

* Fischer S, Zechmeister-Koss I. Tageschirurgie. Systematischer Review. HTA-Projektbericht Nr. 64; 2012. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

** Wert des Bundeslandes mit dem höchsten Anteil an tagesklinischen/ambulanten Leistungen; Datenjahr 2022

*** Die Ursachen der im internationalen Vergleich sehr niedrigen tagesklinischen Rate von Hernien OP sind zu analysieren.

Exkludiert sind: Leistungen, die in Aufenthalten mit mehr als 4 Belagstagen erbracht wurden. Inkludiert sind: ambulant erbrachte Leistungen bei ambulanten Besuchen. Keine Altersstandardisierung

Quelle: BMSGPK (2025)

Tabelle 21: Messgröße 7: Ärztliche Versorgungsdichte

	extramural (exkl. Zahnmedizin und techn. Fächer) pro 100.000 EW											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	96,0	96,1	97,1	90,3	91,8	88,8	86,1					
K	80,6	80,9	80,9	78,6	77,6	77,5	76,5					
NÖ	79,5	80,1	78,4	72,4	75,2	71,4	70,1					
OÖ	75,6	75,2	74,6	70,4	68,1	67,9	66,8					
S	79,3	79,6	79,3	77,3	79,5	76,1	74,2					
ST	84,2	83,1	82,0	76,2	78,7	77,3	75,2					
T	82,3	82,5	82,1	79,7	78,3	76,7	75,2					
V	80,4	81,0	80,8	78,6	75,2	75,3	74,9					
W	88,9	89,1	88,8	83,7	81,6	84,2	84,7					
Ö	82,4	82,4	81,8	77,2	77,1	76,3	75,3					
	extramural Zahnmedizin pro 100.000 EW											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	30,0	30,3	30,0	29,9	30,1	29,8	29,0					
K	34,4	34,4	34,1	34,0	34,2	34,3	34,2					
NÖ	32,4	32,4	31,9	31,2	30,6	30,8	30,5					
OÖ	36,8	37,4	36,7	36,2	35,1	34,2	33,0					
S	36,7	36,4	34,7	32,9	34,4	33,0	32,8					
ST	34,9	34,6	34,1	33,3	32,6	32,5	31,9					
T	36,2	35,3	33,4	31,8	31,7	30,5	29,9					
V	40,8	40,6	39,5	39,6	38,8	38,3	37,0					
W	35,2	34,8	34,3	33,4	33,2	32,8	32,1					
Ö	35,1	35,0	34,2	33,5	33,1	32,7	32,0					
	intramural FKA pro 100.000 EW											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	170,8	173,3	178,7	183,1	182,2	180,5	183,2					
K	204,9	211,6	211,4	214,4	214,1	214,6	218,3					
NÖ	201,2	203,1	205,5	205,5	205,5	203,9	205,2					
OÖ	210,9	210,4	211,0	214,6	215,6	215,8	215,8					
S	243,6	247,7	249,3	254,7	254,9	253,5	260,1					
ST	229,5	232,7	231,6	229,4	227,9	224,8	221,1					
T	275,2	279,9	281,5	285,9	287,7	287,4	290,3					
V	206,7	208,6	206,2	210,1	217,0	212,5	214,2					
W	310,3	309,8	314,0	319,5	323,7	322,5	312,5					
Ö	238,5	240,5	242,1	244,8	246,1	244,8	243,7					
	Spitalsambulanter Bereich FKA pro 100.000 EW											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	26,1	30,5	32,6	33,7	32,3	32,3	30,6					
K	46,8	47,0	46,4	49,3	50,2	51,9	55,6					
NÖ	29,3	29,5	31,8	31,5	32,2	33,3	33,3					
OÖ	33,1	32,3	38,1	37,2	37,5	37,8	39,0					
S	49,7	52,9	53,5	51,8	51,3	53,7	57,7					
ST	39,1	41,2	43,1	43,6	43,0	44,0	45,4					
T	52,5	53,1	57,2	56,8	57,8	58,6	59,2					
V	21,6	22,7	20,5	22,3	30,0	29,9	28,4					
W	49,5	53,4	57,7	57,0	59,4	60,4	60,3					
Ö	39,5	41,0	44,0	43,8	44,9	45,8	46,6					

Zielvorgabe: Beobachtungswert; Anmerkung: inkl. ÄAVE der Eigenen Einrichtungen der SV

Datenbasis Intramural (FKA) 2024: vorläufige Meldung der Länder mit Stand 1. April 2025

Quelle: Meldung KA Statistik (BMSGPK), Meldung DVS 2025, Regiomed

Tabelle 22: Messgröße 8a: Ärztliche Versorgungswirksamkeit des Wahlärzt:innenbereichs (am ambulanten Bereich) in Prozent der ÄAVE pro Fachrichtung 2023, Vorjahreswerte (2022) in Klammern

Fachrichtung	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Ö
(AM) Allgemeinmedizin	0,9 (0,8)	1,6 (2,1)	1,7 (1,8)	2,6 (2,7)	1,7 (1,4)	2,4 (1,9)	2,5 (2,4)	1,9 (2,1)	1,2 (1,2)	1,9 (1,9)
(AU) Augenheilkunde und Optometrie	20,5 (17,9)	11,1 (11,6)	7,4 (7,9)	7,7 (7,7)	10,1 (10,0)	12,7 (10,6)	13,7 (13,1)	10,4 (10,9)	3,4 (3,4)	8,5 (8,2)
(CH) Chirurgie	1,0 (1,1)	3,5 (4,0)	2,8 (2,8)	4,2 (4,2)	5,4 (5,3)	3,3 (2,2)	6,4 (6,2)	6,8 (6,2)	1,5 (1,6)	3,3 (3,2)
(DER) Haut- und Geschlechtskrankheiten	16,7 (19,0)	10,7 (9,7)	16,5 (15,6)	12,5 (12,7)	8,6 (8,3)	10,8 (9,2)	17,0 (15,2)	25,5 (25,2)	5,2 (5,8)	10,9 (10,7)
(GGH) Frauenheilkunde und Geburtshilfe	17,6 (14,2)	15,0 (16,1)	16,1 (16,2)	15,4 (17,1)	16,5 (17,1)	22,2 (22,4)	20,3 (19,3)	15,6 (16,6)	8,5 (8,9)	15,4 (15,8)
(HNO) Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	3,1 (3,6)	3,5 (2,7)	6,1 (6,7)	5,5 (5,9)	5,1 (3,9)	8,6 (8,0)	3,3 (3,2)	3,4 (3,8)	2,2 (1,6)	4,5 (4,2)
(IM) Innere Medizin	12,0 (8,8)	6,1 (5,2)	6,6 (5,7)	6,8 (6,4)	5,3 (5,6)	4,5 (4,0)	11,2 (10,8)	11,2 (10,1)	1,2 (1,1)	5,2 (4,7)
(KI) Kinder- und Jugendheilkunde	5,1 (4,8)	11,5 (12,6)	18,7 (17,7)	6,3 (6,6)	6,4 (5,9)	5,8 (5,4)	3,9 (3,1)	3,9 (4,2)	3,1 (2,9)	6,6 (6,3)
(KJP) Kinder- und Jugendpsychiatrie	0,0 (0,0)	4,6 (5,2)	0,8 (0,8)	3,1 (2,8)	0,2 (0,02)	2,5 (5,0)	1,2 (0,7)	0,0 (0,001)	5,3 (5,3)	3,0 (3,2)
(NEU) Neurologie	9,6 (10,1)	8,3 (8,6)	10,1 (10,0)	3,9 (4,1)	6,0 (5,3)	6,8 (5,9)	3,8 (3,5)	9,3 (8,0)	4,9 (5,1)	6,0 (5,8)
(OR) Orthopädie und (UC) Unfallchirurgie	5,8 (5,2)	4,6 (4,9)	5,8 (6,1)	4,8 (4,5)	4,5 (4,3)	6,8 (7,0)	9,2 (8,6)	9,3 (8,3)	2,6 (2,5)	5,1 (5,0)
(PSY) Psychiatrie	10,7 (10,7)	10,1 (8,5)	8,6 (9,9)	9,8 (10,0)	20,8 (25,9)	8,3 (6,8)	10,6 (9,7)	13,4 (14,7)	13,4 (15,0)	11,8 (12,6)
(PUL) Lungenkrankheiten	0,4 (0,8)	0,1 (0,07)	2,6 (2,1)	0,4 (0,5)	3,1 (3,9)	0,4 (1,2)	3,7 (2,8)	32,3 (12,6)	2,9 (3,0)	2,7 (2,3)
(URO) Urologie	4,9 (5,0)	7,8 (7,2)	9,6 (9,9)	4,8 (4,7)	1,8 (1,9)	7,6 (7,3)	4,1 (4,1)	15,6 (14,4)	2,4 (2,5)	5,6 (5,5)

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Quelle: Meldung DVS 2025, Regiomed

Tabelle 23: Messgröße 8b: Ärztliche Versorgungswirksamkeit des Wahlärzt:innenbereichs (am niedergelassenen Bereich) in Prozent der ÄAVE pro Fachrichtung 2023, Vorjahreswerte (2022) in Klammern

Fachrichtung	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Ö
(AM) Allgemeinmedizin	0,9 (0,8)	1,6 (2,1)	1,7 (1,8)	2,6 (2,8)	1,7 (1,4)	2,4 (1,9)	2,5 (2,4)	1,9 (2,1)	1,2 (1,2)	1,9 (1,9)
(AU) Augenheilkunde und Optometrie	20,6 (18,1)	16,3 (16,8)	9,8 (10,4)	12,5 (12,4)	17,2 (16,8)	20,0 (16,9)	22,7 (21,5)	13,2 (14,3)	5,5 (5,6)	13,0 (12,6)
(CH) Chirurgie	4,4 (6,4)	19,9 (23,2)	8,2 (8,3)	20,0 (19,2)	18,8 (18,2)	37,0 (28,7)	30,8 (29,8)	33,5 (31,5)	5,4 (5,7)	14,1 (13,7)
(DER) Haut- und Geschlechtskrankheiten	16,7 (19,0)	19,2 (16,6)	24,0 (22,4)	18,3 (18,8)	14,1 (13,6)	17,1 (14,5)	26,1 (23,0)	35,4 (36,5)	9,1 (10,0)	17,4 (16,9)
(GGH) Frauenheilkunde und Geburtshilfe	27,3 (22,4)	27,9 (28,4)	27,0 (27,3)	24,4 (26,2)	29,6 (28,6)	36,1 (35,4)	37,2 (34,6)	22,6 (23,8)	14,2 (14,3)	25,7 (25,7)
(HNO) Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	4,6 (5,4)	5,6 (4,3)	8,2 (9,0)	8,7 (9,3)	11,0 (8,1)	12,3 (10,5)	6,3 (6,1)	4,7 (5,2)	3,2 (2,5)	6,9 (6,5)
(IM) Innere Medizin	23,9 (20,7)	16,1 (14,3)	16,1 (16,7)	22,4 (21,8)	16,8 (17,3)	12,9 (11,8)	26,7 (26,5)	22,6 (21,0)	3,1 (3,5)	13,8 (13,6)
(KI) Kinder- und Jugendheilkunde	10,0 (10,4)	18,9 (20,2)	36,4 (33,2)	12,6 (12,7)	13,6 (11,2)	11,7 (10,8)	10,1 (7,9)	5,7 (6,3)	6,8 (6,5)	13,5 (12,8)
(KJP) Kinder- und Jugendpsychiatrie	0,0 (0,0)	6,0 (7,1)	2,1 (2,2)	4,3 (4,3)	0,6 (0,06)	12,7 (24,7)	2,2 (1,5)	0,0 (0,003)	7,7 (8,4)	5,3 (6,0)
(NEU) Neurologie	15,3 (16,1)	21,6 (21,6)	15,6 (15,3)	9,8 (10,2)	11,9 (12,3)	14,6 (12,5)	11,3 (11,5)	12,9 (10,7)	9,9 (10,3)	12,6 (12,4)
(OR) Orthopädie und (UC) Unfallchirurgie	15,1 (13,9)	22,0 (22,9)	16,4 (17,0)	17,4 (16,5)	22,3 (22,0)	17,4 (17,5)	29,5 (27,5)	23,3 (21,2)	5,2 (5,1)	14,2 (13,9)
(PSY) Psychiatrie	13,5 (14,1)	15,3 (11,0)	15,3 (17,2)	21,1 (21,1)	47,4 (53,3)	12,9 (10,1)	32,1 (29,1)	16,0 (17,6)	18,0 (20,2)	19,5 (20,5)
(PUL) Lungenkrankheiten	0,4 (0,8)	0,2 (0,1)	3,2 (2,6)	0,6 (0,7)	6,1 (7,3)	0,5 (1,4)	4,1 (3,1)	33,9 (13,2)	4,8 (5,2)	3,7 (3,3)
(URO) Urologie	8,8 (8,8)	13,0 (11,9)	14,2 (14,7)	8,9 (8,7)	2,7 (2,7)	10,4 (9,8)	8,1 (8,4)	27,2 (25,1)	3,6 (3,9)	8,9 (8,9)

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Quelle: Meldung DVS 2025, Regiomed

Tabelle 24: Messgröße 9: Pflegekräfte pro 100.000 Einwohner:innen

	Extramural (Rettungsdienst, Selbstständiges Ambulatorium, Arzt/Ärztin, PVE, GuK oder MTD) pro 100.000 EW					
	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	40	70				
K	27	51				
NÖ	43	82				
OÖ	42	70				
S	52	79				
ST	33	66				
T	52	86				
V	29	57				
W	34	61				
Ö	39	69				

	Intramural (Krankenhaus, Blutspendeeinrichtung, Gewebebank/Gewebeentnahmeeinrichtung, Kuranstalt) pro 100.000 EW					
	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	601	668				
K	963	965				
NÖ	695	736				
OÖ	905	958				
S	990	1.091				
ST	957	977				
T	983	1.016				
V	736	783				
W	853	843				
Ö	859	875				

	Sozialbereich (Pflegeeinrichtung, Behindertenbetreuungseinrichtung, mobile Dienste) pro 100.000 EW					
	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	589	674				
K	795	813				
NÖ	566	600				
OÖ	798	808				
S	657	719				
ST	869	996				
T	818	859				
V	577	655				
W	503	543				
Ö	675	712				

	Weitere – angestellt (Ausbildungseinrichtung, Forschungseinrichtung, Straf- und Maßnahmenvollzug, Sonstiges (Industrie, Bund, SV) pro 100.000 EW					
	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	27	50				
K	37	51				
NÖ	39	56				
OÖ	43	68				
S	41	67				
ST	44	69				
T	31	55				
V	47	95				
W	47	88				
Ö	41	68				

	Freiberuflich (ausschließlich freiberuflich tätig) pro 100.000 EW					
	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	27	28				
K	30	34				
NÖ	26	28				
OÖ	19	20				
S	17	18				
ST	23	26				
T	20	24				
V	32	33				
W	14	16				
Ö	21	23				

	Pflegekräfte gesamt pro 100.000 EW					
	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	1.283	1.433				
K	1.849	1.822				
NÖ	1.362	1.412				
OÖ	1.799	1.805				
S	1.748	1.840				
ST	1.920	1.985				
T	1.891	1.889				
V	1.414	1.496				
W	1.445	1.435				
Ö	1.628	1.613				

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Pflegekräfte können in mehreren Beschäftigungsgruppen tätig sein, wodurch die Summe aller Beschäftigungsgruppen abweichen kann. Im Vergleich zu Vorjahresberichten sind Mehrfachzuordnungen deutlich gestiegen. Dies kann sich aus der Verlängerung der Registrierung ergeben, die für eine hohe Anzahl der registrierten Berufsangehörigen auch im Jahr 2024 erfolgte. Zudem wurden qualitätsverbessernde Maßnahmen durchgeführt, die zu einem Anstieg der Settingangaben führten.

Quelle: Gesundheitsberuferegister (GBR)

Tabelle 25: Messgröße 10a: Absolvent:innen an Medizinuniversitäten

Studienjahr	Öffentliche Universitäten*		Privathochschulen**	
	Humanmedizin	Zahnmedizin	Humanmedizin	Zahnmedizin
2016/17	1.239	104	9	80
2017/18	1.295	111	51	98
2018/19	1.170	148	72	95
2019/20	1.160	135	128	95
2020/21	1.308	128	147	119
2021/22	1.275	112	191	157
2022/23	1.284	137	246	117

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Die Anzahl an Absolvent:innen eines Bachelor- oder Doktoratsstudiums „Humanmedizin“ wird nicht dargestellt.

* Medizinische Universität Graz, Medizinische Universität Innsbruck, Medizinische Universität Wien, Universität Linz

** Danube Private University, Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Sigmund Freud Privatuniversität

Quelle: Statistik Austria (Bildungsdokumentationsgesetz, Bundesstatistikgesetz 2000, Universitäts- und Hochschulstatistik- und Bildungsdokumentationsverordnung)

Tabelle 26: Messgröße 10b: Absolvent:innen ausgewählter Gesundheitsberufe

Fachrichtung	Anzahl der FH-Bachelorabsolvent:innen von gesundheitswissenschaftlicher Studiengängen nach Studienjahr											
	2016/ 2017	2017/ 2018	2018/ 2019	2019/ 2020	2020/ 2021	2021/ 2022	2022/ 2023	2023/ 2024	2024/ 2025	2025/ 2026	2026/ 2027	2027/ 2028
MTD	Physiotherapie	417	405	430	376	514	455	484	506			
	Ergotherapie	175	196	202	171	175	210	196	186			
	Biomedizinische Analytik	203	233	237	231	228	236	215	223			
	Logopädie	65	104	65	104	66	107	64	105			
	Radiologie-technologie	189	209	197	218	216	233	224	217			
	Diätologie	82	123	97	92	79	123	72	119			
	Orthoptik	15	8	14	15	28	14	16	27			
Hebammen		84	80	141	74	137	106	147	146			
DGKP an FH		252	400	403	589	1.151	1.310	1.488	1.658			

Fachrichtung	Anzahl der Ausbildungsabschlüsse an Bildungseinrichtungen für Berufe gemäß GuKG nach Ausbildungsjahr											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
DGKP an GuK-Schulen		2.590	2.740	2.503	2.006	996	1.090					
Pflegefachassistenz		33	224	612	1.142	1.023	1.448					
Pflegeassistenz		1.338	1.179	1.033	1.090	1.137	1.286					

Zielvorgabe: Beobachtungswert

MTD = medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe; DGKP = diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege; FH = Fachhochschule; GuKG = Gesundheits- und Krankenpflegegesetz

Quelle: AQ Austria (BIS-Meldung); Statistik Austria (Schul- und Hochschulstatistik)

Tabelle 27: Messgröße 11: Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen AM/FÄ

	Basisausbildung – besetzte Ausbildungsstellen											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	12	16	18	26	21	20	22					
K	38	49	45	54	63	46	77					
NÖ	246	196	147	112	135	164	154					
OÖ	137	116	119	125	136	115	165					
S	52	55	45	59	56	75	101					
ST	181	126	103	130	115	133	145					
T	126	110	101	101	100	92	105					
V	70	69	50	64	52	57	51					
W	321	299	269	332	328	334	314					
Ö	1.183	1.036	897	1.003	1.006	1.036	1.134					

	Allgemeinmedizin – besetzte Ausbildungsstellen											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	28	13	22	34	36	33	48					
K	63	44	36	60	37	47	64					
NÖ	225	220	202	215	212	207	244					
OÖ	161	133	118	181	199	187	226					
S	51	40	45	77	77	68	95					
ST	255	246	203	201	197	170	159					
T	124	99	92	121	121	134	144					
V	58	63	70	70	80	77	89					
W	272	262	218	296	270	226	343					
Ö	1.237	1.120	1.006	1.255	1.229	1.149	1.412					

	Sonderfächer – besetzte Ausbildungsstellen											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	134	137	143	151	149	136	159					
K	322	344	321	346	350	370	374					
NÖ	750	792	824	872	878	858	907					
OÖ	786	828	833	883	872	887	880					
S	355	429	423	451	438	426	456					
ST	761	823	807	843	834	807	803					
T	614	685	659	692	696	678	703					
V	198	213	208	229	223	221	234					
W	1.339	1.389	1.415	1.563	1.587	1.581	1.700					
Ö	5.259	5.640	5.633	6.030	6.027	5.964	6.216					

	Additivfach – besetzte Ausbildungsstellen											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	8	10	8	7	6	5	5					
K	42	37	39	39	32	24	18					
NÖ	69	62	60	65	50	56	49					
OÖ	111	98	94	87	70	64	63					
S	53	43	50	50	49	45	28					
ST	101	107	109	120	81	82	75					
T	44	36	37	37	41	37	28					
V	34	30	26	22	20	18	16					
W	203	164	165	172	147	119	115					
Ö	665	587	588	599	496	450	397					

	besetzte Ausbildungsstellen gesamt											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	182	176	191	218	212	194	234					
K	465	474	441	499	482	487	533					
NÖ	1.290	1.270	1.233	1.264	1.275	1.285	1.354					
OÖ	1.195	1.175	1.164	1.276	1.277	1.253	1.334					
S	511	567	563	637	620	614	680					
ST	1.298	1.302	1.222	1.294	1.227	1.192	1.182					
T	908	930	889	951	958	941	980					
V	360	375	354	385	375	373	390					
W	2.135	2.114	2.067	2.363	2.332	2.260	2.472					
Ö	8.344	8.383	8.124	8.887	8.758	8.599	9.159					

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Quelle: Ärztekammer, BMSGPK, Länder

Tabelle 28: Messgröße 12: Ambulante KJP-Angebote

	Niedergelassener Bereich (VZÄ)										
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0				
K	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	4,0				
NÖ	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	11,0				
OÖ	5,0	5,0	5,0	6,0	7,0	7,0	8,0				
S	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	3,0	3,0				
ST	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	5,0	5,0				
T	3,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	0,0				
V	4,0	3,5	3,5	3,8	3,8	4,5	4,5				
W	6,0	6,0	6,0	7,0	14,0	14,0	15,0				
Ö	31,0	37,3	31,5	33,8	44,8	48,5	50,5				
	Ambulatorien (VZÄ)										
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	6,0	6,0	6,9	5,1	5,1	5,1	3,5				
K	2,0	3,0	2,9	2,9	2,9	2,9	2,5				
NÖ	2,0	2,0	0,8	0,2	0,2	0,2	0,8				
OÖ	2,0	2,0	0,3	0,3	0,3	0,3	0,5				
S	2,0	2,0	1,1	1,7	1,5	2,0	4,2				
ST	4,5	5,0	5,0	4,0	3,8	3,6	3,6				
T	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0				
V	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0				
W	9,0	8,0	9,3	15,6	15,6	21,9	24,3				
Ö	27,5	28,0	26,2	29,7	29,2	35,9	39,3				
	Spitalsambulanzen (ÄAVE)										
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0					
K	3,6	4,1	3,1	3,3	2,8	2,5					
NÖ	6,6	13,7	13,7	14,4	15,1	15,6					
OÖ	3,1	4,9	3,9	4,6	3,9	3,2					
S	3,5	3,5	2,2	2,2	3,9	4,7					
ST	2,0	6,2	6,2	6,2	7,1	9,4					
T	2,2	3,6	3,9	5,3	4,3	3,5					
V	0,4	2,3	2,4	2,3	2,4	2,5					
W	12,5	18,3	24,7	19,9	17,3	14,7					
Ö	34,0	56,7	60,0	58,0	56,8	56,1					
	Ambulante KJP Angebote (VZÄ) gesamt										
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	6,0	6,0	6,9	5,1	5,1	5,1					
K	7,6	9,1	8,0	8,1	7,6	7,3					
NÖ	17,6	24,7	23,5	23,6	24,3	24,8					
OÖ	10,1	11,9	9,1	10,8	11,2	10,4					
S	7,5	7,5	5,3	5,9	7,4	9,7					
ST	6,5	11,2	11,2	10,2	13,8	18,0					
T	5,2	7,6	7,9	9,3	8,3	7,5					
V	4,4	5,8	5,9	6,1	6,1	7,0					
W	27,5	32,3	40,0	42,4	46,9	50,6					
Ö	92,5	121,9	117,8	121,5	130,7	140,5					

Zielvorgabe: steigend

Zu ambulanten KJP-Angeboten zählen z.B. Kinder- und Jugendpsychiater:innen mit Kassenvertrag, Ambulatorien mit niederschwelligem Zugang und mehreren Berufsgruppen (Psychologie, Physiotherapie, Sozialpädagogik etc.) sowie Angebote in Spitalsambulanzen
 Inkludiert: nur vertragsärztliche Einheiten bzw. VZÄ in Spitalsambulanzen
 Datengrundlage für die Spitalsambulanzen ist die KA-Kostenstellenstatistik des BMSGPK. Es werden die VZÄ je KA-Kostenstelle für KJP mit dem Anteil ambulanter Frequenzen an den Gesamtfrequenzen gewichtet. Diese gewichteten VZÄ entsprechen den ÄAVE für Spitalsambulanzen im Regiomed-System der Sozialversicherung.

Quelle: Meldung DVS 2025

Tabelle 29: Messgröße 13: In „Therapie aktiv“ versorgte Patient:innen und teilnehmende Ärzt:innen (AM und IM) (1/2) – Anteil der im Rahmen von „Therapie aktiv“ versorgten Patient:innen in Prozent an allen Patient:innen, die in die Zielgruppe des Programms fallen

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	3,80	4,16	10,56	13,19	14,22	13,38	14,78					
K	13,29	17,87	20,91	22,45	24,04	23,05	22,86					
NÖ	13,44	15,43	16,79	18,51	19,43	19,00	18,22					
OÖ	27,13	30,78	32,60	34,92	38,42	37,43	36,22					
S	22,00	26,04	29,28	31,86	33,49	31,71	28,69					
ST	26,79	29,80	31,50	31,42	31,98	30,25	27,47					
T	1,06	3,83	7,05	10,49	12,96	13,63	13,34					
V	18,27	22,11	23,50	25,39	27,33	28,30	31,27					
W	20,49	22,77	23,84	25,16	28,10	27,90	27,02					
Ö	18,43	21,22	23,12	24,79	26,74	26,12	25,20					

Zielvorgabe: steigend

Quelle: Meldung DVS 2025

Tabelle 30: Messgröße 13: In „Therapie aktiv“ versorgte Patient:innen und teilnehmende Ärzt:innen (AM und IM) (2/2) – Anteil der teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte in Prozent an allen Allgemeinmediziner:innen und Fachärztinnen/-ärzten für Innere Medizin

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	2,83	4,50	19,30	21,25	23,29	23,02	25,91	27,92				
K	20,54	20,39	23,73	25,77	26,22	28,41	29,20	28,57				
NÖ	13,57	14,68	16,59	17,32	17,46	17,95	18,57	19,24				
OÖ	31,11	30,45	32,33	33,21	30,94	33,92	34,12	34,46				
S	25,51	26,13	25,82	26,37	26,12	27,59	28,80	29,61				
ST	30,88	30,76	32,53	33,53	33,28	34,20	34,61	35,10				
T	1,76	5,10	5,85	8,29	8,89	10,56	11,87	13,12				
V	26,82	29,03	30,87	31,77	32,89	34,20	39,10	36,89				
W	11,92	12,53	12,78	13,31	13,62	12,78	13,11	13,76				
Ö	18,70	19,44	21,08	22,14	22,10	22,75	23,68	24,13				

Zielvorgabe: steigend

Quelle: Meldung DVS 2025

Tabelle 31: Messgröße 14a: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich – Anteil der österreichischen Bevölkerung, der angibt mit ausgewählten Einrichtungen der medizinischen Versorgung sehr zufrieden oder eher zufrieden zu sein in Prozent

	Krankenhaus		
	2016	2019	2026
Sehr zufrieden	37	41	
Eher zufrieden	33	30	
Summe*	70	71	
Mittelwert**	1,9	1,73	
	Spitalsambulanzen		
	2016	2019	2026
Sehr zufrieden	28	32	
Eher zufrieden	30	31	
Summe*	58	63	
Mittelwert**	2,12	1,98	
	Fachärzt:innen		
	2016	2019	2026
Sehr zufrieden	48	51	
Eher zufrieden	36	34	
Summe*	84	85	
Mittelwert**	1,61	1,6	
	Praktische Ärzt:innen Hausärzt:innen		
	2016	2019	2026
Sehr zufrieden	60	61	
Eher zufrieden	29	27	
Summe*	89	88	
Mittelwert**	1,51	1,51	
	Therapeut:innen		
	2016	2019	2026
Sehr zufrieden	31	32	
Eher zufrieden	19	18	
Summe*	50	50	
Mittelwert**	1,62	1,57	

Zielvorgabe: steigend

Frage aus dem Fragebogen: „Unabhängig davon, ob Sie in letzter Zeit eine der folgenden Gesundheitseinrichtungen in Anspruch genommen haben, wie zufrieden sind Sie mit der medizinischen Versorgung in Österreich?“

Antwortkategorien mittels fünfstufiger Likertskala und einer Kategorie „nicht zutreffend“

* exklusive Kategorie „nicht zutreffend“

** Mittelwert bezieht sich auf die gesamte Likertskala 1-5.

Quelle: Statistik Austria (2021)

Tabelle 32: Messgröße 14b: Erfahrung mit der medizinischen Versorgung in Österreich in Prozent

	Qualität des Krankenhausaufenthaltes (Indikator 1)		
	2015	2022	
Positive Erfahrung	66,3	65,0	
Eher positive Erfahrung	26,6	27,7	
Positive Erfahrung Insgesamt	92,9	92,7	

	Qualität der ärztlichen Weiterbetreuung (Indikator 2)		
	2015	2022	
Positive Erfahrung	81,1	82,2	
Eher positive Erfahrung	16,7	15,8	
Positive Erfahrung Insgesamt	97,8	98,0	

Zielvorgabe: gleichbleibend / steigend

Indikator 1 führt als Index die Ergebnisse der Fragen zur Erfahrung im Krankenhaus zusammen (Sektorenübergreifende Patient:innenbefragung, Fragen: 2t-2ae; ohne 2z&2ab*)**.

Indikator 2 führt als Index die Ergebnisse der Fragen zur Erfahrung mit der ärztlichen Weiterbetreuung im niedergelassenen Bereich zusammen (Sektorenübergreifende Patient:innenbefragung, Fragen: 3d – 3i*).

* Nummerierung gemäß PaBe 2022

** enthält auch Erfahrungen betreffend Pflegepersonal

Antwortkategorien mittels vierstufiger Likertskala (stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu) exkl. Ausweichkategorie Werte

Quelle: BMSGPK (2023)

Tabelle 33: Messgröße 15: Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer in Fondsrankenanstalten – Anteil der Aufenthalte, die eine Leistung aus der LM-stat (in der jeweils gültigen Fassung) am Aufnahmetag (1. Pflege-tag PT) oder am 2. PT erhalten.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	Ziel
B	95,3	95,5	95,9	95,4	95,4	96,1	96,4	96,5					97,3
K	94,4	94,5	94,8	95,3	95,1	95,2	95,4	95,6					
NÖ	93,6	93,7	93,9	93,5	94,2	94,2	94,3	95,0					
OÖ	93,6	94,1	93,0	92,5	92,9	93,7	94,0	95,4					
S	91,9	93,1	93,3	93,1	93,8	94,2	94,3	94,6					
ST	90,2	90,3	91,0	91,0	91,6	91,7	92,4	92,7					
T	93,5	93,8	93,8	93,7	94,3	94,7	95,0	95,5					
V	95,7	93,6	95,5	96,3	96,5	97,0	97,3	97,5					
W	93,9	93,9	94,3	92,1	92,6	92,8	94,1	94,3					
Ö	93,3	93,5	93,6	92,9	93,4	93,8	94,3	94,8					

Zielvorgabe: 97,3 %; Datenbasis 2024: vorläufige Meldung der Länder mit Stand 1. April 2025

Inkludiert sind: NTA; exkludiert sind: Aufnahmeart „A“ akut

Quelle: BMSGPK (2025)

Tabelle 34: Messgröße 16: Vorzeitige Todesfälle durch behandelbare Krankheiten – Sterblichkeit unter 75-Jähriger, die in einem funktionierenden Gesundheitssystem durch eine effektive und zeitnahe Versorgung inklusive Sekundärprävention und Behandlung potenziell vermeidbar gewesen wäre („treatable mortality“)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	73,89	73,20	74,30	66,90	70,88	69,42	67,10					
K	75,27	70,55	71,32	69,69	66,73	66,26	68,70					
NÖ	78,43	81,22	77,85	74,85	76,50	74,59	72,32					
OÖ	72,62	69,56	73,55	68,70	68,98	65,77	66,77					
S	65,12	64,03	62,75	62,04	64,88	60,37	55,96					
ST	74,09	74,54	72,71	68,45	69,58	69,42	67,76					
T	57,79	60,17	61,27	58,84	53,23	54,87	58,88					
V	66,71	60,04	62,62	59,35	61,72	55,64	46,14					
W	92,76	90,87	81,50	84,33	85,67	81,57	79,79					
Ö	76,34	75,45	73,58	71,30	71,80	69,56	68,43					

Zielvorgabe: sinkend

Altersstandardisiert nach Europäischer Standardbevölkerung 2013

Behandelbare Todesursachen definiert nach OECD und Eurostat, 2022:

https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/Annexes/hlth_cdeath_sims_an_5.pdf

2022 waren die häufigsten behandelbaren Todesursachen in Österreich (in absteigender Reihenfolge):

ischämische Herzkrankheiten (v. a. akuter Myokardinfarkt; diese gehen jeweils zur Hälfte in die behandelbaren und vermeidbaren Todesursachen ein), bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (v. a. Kolonkarzinom), bösartige Neubildung der Brustdrüse, zerebrovaskuläre Krankheiten und Diabetes mellitus

Quelle: Todesursachenstatistik, Statistik Austria

Tabelle 35: Messgröße 17: Anrufe bei 1450 bei pro 100.000 Einwohner:innen und Jahr

	Gesundheitsberatungen gesamt pro 100.000 EW								
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	519	490	344	2.015	1.794				
K	1.111	613	534	784	921				
NÖ	4.595	4.247	4.756	4.370	4.946				
OÖ	455	491	429	1.153	1.792				
S	659	271	348	609	1.063				
ST	851	977	1.157	1.434	2.127				
T	591	406	1.052	1.750	2.186				
V	5.506	4.194	4.754	4.919	5.107				
W	2.423	2.680	3.868	3.272	3.485				
Ö	2.010	1.893	2.334	2.451	2.885				

	Gesundheitsberatung mit der Empfehlung ‚Rettungseinsatz‘ pro 100.000 EW								
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	29	56	50	199	169				
K	134	113	97	113	135				
NÖ	785	943	1.032	870	989				
OÖ	5	8	9	18	38				
S	5	5	9	31	50				
ST	49	85	68	101	174				
T	103	123	239	363	448				
V	200	183	133	125	148				
W	196	426	653	391	204				
Ö	226	311	381	318	323				

	Gesundheitsberatung mit der Empfehlung ‚Krankenhaus (intramuraler Bereich)‘ pro 100.000 EW								
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	58	97	71	367	328				
K	149	84	79	188	254				
NÖ	872	876	982	1.089	1.341				
OÖ	17	36	45	177	387				
S	40	32	34	93	264				
ST	56	90	69	106	233				
T	137	94	205	256	386				
V	898	672	627	642	701				
W	330	443	490	598	787				
Ö	314	330	369	460	629				

	Gesundheitsberatung mit der Empfehlung ‚Notarzteinsätze, 141 etc.‘ pro 100.000 EW								
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	57	149	116	560	675				
K	199	136	146	216	257				
NÖ	1.091	1.185	1.456	1.188	1.123				
OÖ	101	121	95	299	565				
S	62	30	44	119	218				
ST	429	403	584	715	854				
T	60	29	93	141	197				
V	1.067	1.208	1.459	1.475	1.518				
W	254	453	906	615	575				
Ö	409	470	657	624	687				

	Gesundheitsberatung mit der Empfehlung ‚ACN (derzeit nur in NÖ)‘ pro 100.000 EW								
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B									
K									
NÖ	13	23	20	201	292				
OÖ									
S									
ST									
T									
V									
W									
Ö	2	4	4	38	55				

	Gesundheitsberatung mit der Empfehlung ‚niedergelassener Bereich‘ pro 100.000 EW								
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	85	79	62	403	396				
K	236	137	131	161	171				
NÖ	733	582	663	518	611				
OÖ	211	207	198	455	579				
S	246	123	171	254	365				
ST	165	175	147	237	502				
T	222	107	359	663	746				
V	2.305	1.337	1.525	1.613	1.558				
W	872	791	919	959	1.193				
Ö	539	427	497	583	722				

	Gesundheitsberatung mit der Empfehlung ‚Apotheke‘ pro 100.000 EW								
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	1	4	2	10	7				
K	4	2	4	7	5				
NÖ	19	13	16	13	16				
OÖ	10	22	16	41	35				
S	16	3	5	7	6				
ST	3	7	5	10	27				
T	1	3	16	38	56				
V	24	12	13	12	32				
W	17	22	31	26	35				
Ö	12	13	16	21	27				

	Gesundheitsberatung mit der Empfehlung ‚Anruf bei anderer Hotline‘ pro 100.000 EW								
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	170	13	5	2	2				
K	158	11	10	16	18				
NÖ	262	54	49	58	76				
OÖ	15	7	7	30	20				
S	43	5	3	11	9				
ST	0	1	1	2	4				
T	6	1	8	29	50				
V	106	80	77	96	209				
W	24	31	63	47	67				
Ö	81	23	29	35	48				

	Gesundheitsberatung mit der Empfehlung ‚Selbstversorgung‘ pro 100.000 EW								
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	15	11	8	26	27				
K	40	25	17	12	11				
NÖ	132	93	80	47	49				
OÖ	44	41	32	82	92				
S	68	24	24	27	58				
ST	12	26	19	28	64				
T	22	14	49	89	155				
V	625	432	511	513	507				
W	145	175	349	210	244				
Ö	102	90	128	106	128				

	Informationsgespräche ohne Gesundheitsberatung (inkl. "Corona-Anrufe" - Trennung nicht möglich) pro 100.000 Einwohner:innen								
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	18.914	27.571	102.621	4.245	935				
K	15.074	26.870	42.759	2.337	597				
NÖ	19.311	37.894	70.919	4.180	1.358				
OÖ	22.469	27.742	72.444	5.548	2.834				
S	25.052	219.991	89.700	3.858	2.257				
ST	31.471	57.479	58.934	7.302	5.635				
T	39.448	83.958	52.444	1.790	422				
V	52.542	98.228	119.223	9.621	7.911				
W	46.382	166.035	92.054	11.344	9.720				
Ö	30.632	83.496	75.095	6.310	4.238				

Zielvorgabe: steigend

Bei der regionalen Zuordnung ist der oder die jeweilige Leistungserbringer:in ausschlaggebend, nicht der Wohnsitz oder Aufenthaltsort der oder des Anrufenden (zielbezogen).

Gesundheitsberatung differenziert nach Empfehlung

Quelle: IT-SV; Anrufrufen - A1 Reports, Gesundheitsberatungen - 1450-DWH

Tabelle 36: Messgröße 18: Nutzung ELGA durch Bürger:innen und GDA (1/2) – Nutzung ELGA Bürgerportal

	Nutzung ELGA Bürgerportal pro 100.000 EW											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	138,0	237,8	365,3	523,4	13.494,8	5.952,6	2.954,7	3.004,8				
K	170,7	362,1	447,8	789,6	17.935,6	5.561,3	2.815,7	3.064,0				
NÖ	190,5	315,4	572,1	813,7	17.077,9	6.440,4	3.370,6	3.914,1				
OÖ	154,6	309,3	503,0	662,6	16.129,0	7.002,1	3.626,5	3.969,0				
S	216,5	501,6	559,4	751,2	18.119,0	7.309,9	3.870,7	4.009,9				
ST	348,3	731,7	834,8	1.216,0	23.879,8	9.974,8	6.652,2	8.314,3				
T	210,5	476,2	592,9	793,3	22.618,5	8.542,8	4.996,6	5.524,7				
V	132,7	447,7	360,6	570,3	22.589,8	6.971,8	2.927,9	2.852,9				
W	666,4	1.495,8	2.660,2	3.708,1	64.723,8	31.344,5	18.609,9	21.634,5				
unbek.	166,3	292,5	225,5	179,0	2.784,2	1.378,1	1.094,7	569,6				
Ö	472,2	949,7	1.247,0	1.617,6	31.617,3	13.949,1	8.382,4	8.995,7				

	Nutzung ELGA Bürgerportal - Unique User pro 100.000 EW											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Ö	327,5	717,7	865,8	1.084,9	24.118,1	10.550,3	5.240,3	5.805,6				

Zielvorgabe: steigend

unbek. = unbekannt: die Summe der Bundesländer ergibt nur einen Teil der Gesamtzugriffe, da aufgrund von Cookie-Einstellungen die Region nicht immer festgestellt werden kann.

Anmerkung: Zuordnung der Bundesländer erfolgt über die regionale Lokalisierung der IP-Adresse beim Log-in (unabhängig vom Wohnsitz). Bei Unique Usern wird die IP-Adresse beim Log-in nur einmalig pro Monat gezählt.

Quelle: ELGA GmbH; BRZ; SVC

Tabelle 37: Messgröße 18: Nutzung ELGA durch Bürger:innen und GDA (2/2) – eBefund-Transaktionen, eMedikation-Transaktionen und elmpfpass-Transaktionen durch GDA

eBefunde	eBefund-Transaktionen durch GDA absolut in Mio.							
	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Krankenanstalten	15,7	17,2	19,0	23,6				
Pflegeeinrichtungen	0,0	0,0	0,0	0,1				
Ambulatorien, Institute	1,1	1,2	1,5	3,0				
Ärzt:innen*	27,0	33,5	19,4	17,2				
Gruppenpraxen	4,6	7,1	4,7	5,0				
Alle GDA	48,4	58,9	44,7	48,9				

eBefunde	eBefund-Transaktionen durch GDA in % der angebundenen GDA							
	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Krankenanstalten	63,30	65,92	64,15	65,13				
Pflegeeinrichtungen	8,17	8,09	14,85	18,47				
Ambulatorien, Institute	12,23	16,31	15,36	16,63				
Ärzt:innen*	23,55	26,45	18,95	19,31				
Gruppenpraxen	50,16	66,04	52,20	50,61				
Alle GDA	23,53	26,69	20,18	20,80				

eMedikation	eMedikation-Transaktionen durch GDA absolut in Mio.							
	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Krankenanstalten	5,00	6,99	7,44	8,19				
Pflegeeinrichtungen	0,02	0,02	0,06	0,17				
Ambulatorien, Institute	1,21	1,97	2,29	2,07				
Apotheken	151,04	178,92	161,64	169,83				
Ärzt:innen*	196,07	260,79	297,29	235,95				
Gruppenpraxen	21,09	35,80	49,08	42,37				
Alle GDA	374,43	484,49	517,79	458,58				

eMedikation	eMedikation-Transaktionen durch GDA in % der angebundenen GDA							
	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Krankenanstalten	62,55	63,67	61,51	63,98				
Pflegeeinrichtungen	3,49	3,74	10,62	12,89				
Ambulatorien, Institute	15,40	19,59	19,00	19,23				
Apotheken	96,56	97,25	97,47	97,49				
Ärzt:innen*	34,20	35,90	36,63	37,34				
Gruppenpraxen	62,50	78,62	81,25	77,69				
Alle GDA	37,01	39,08	40,18	40,84				

elmpfpass	elmpfpass-Transaktionen durch GDA absolut in Mio.							
	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Krankenanstalten	3,54	4,51	3,78	4,86				
Pflegeeinrichtungen	0,07	0,04	0,01	0,02				
Ambulatorien, Institute	43,01	28,26	1,44	1,78				
Apotheken	6,73	3,02	0,23	0,06				
Ärzt:innen*	53,55	34,20	18,04	14,28				
Gruppenpraxen	3,71	3,39	2,36	2,73				
Alle GDA	140,57	79,79	27,17	25,61				

elmpfpass	elmpfpass-Transaktionen durch GDA in % der angebundenen GDA							
	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Krankenanstalten	63,67	66,67	65,28	64,75				
Pflegeeinrichtungen	8,17	8,00	8,81	9,20				
Ambulatorien, Institute	14,38	16,42	13,88	12,56				
Apotheken	96,56	97,25	97,27	92,40				
Ärzt:innen*	47,52	42,60	40,52	40,13				
Gruppenpraxen	55,19	68,55	69,94	63,95				
Alle GDA	47,55	44,30	42,79	41,96				

Zielvorgabe: steigend

Anmerkung: Dashboards Verwendung der ELGA-Transaktionen (Lesen und/oder Schreiben) je GDA und Verwendung je ELGA/eHealth-Anwendung (eBefund, eMedikation oder elmpfpass)

* Ärzt:innen = nur Ärzt:innen mit Ordinationssitz und/oder e-card-Anschluss; exklusive Gruppenpraxen

Quelle: ELGA GmbH; BRZ; SVC

Tabelle 38: Messgröße 19: Anzahl der bundesweit einheitlich eingesetzten und sektorenübergreifend finanzierten Arzneyspezialitäten

	2024	2025	2026	2027	2028
Österreich	0				

Zielvorgabe: steigend

Quelle: Meldung DVSV 2025

Tabelle 39: Messgröße 20: Verhältnis der Ausgaben für Arzneimittel intramural zu Ausgaben für Arzneimittel extramural

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
extramural	81,56	81,06	79,99	79,93	79,66	79,02	77,61					
intramural	18,44	18,94	20,01	20,07	20,34	20,98	22,39					

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Die Auswahl der relevanten Kosten sowie die Berechnung folgt Zimmermann, Nina; Habimana, Katharina (2017): Arzneimittelausgaben in Österreich. Gesundheit Österreich, Wien

Quelle: Statistik Austria (Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts), BMSGPK (Kostenstellenstatistik der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten bzw. Diagnosen- und Leistungsdokumentation).

Tabelle 40: Messgröße 21a: Polypharmazie Prävalenz – Über 70-jährige Anspruchsberechtigte mit mehr als 5 verschriebenen verschiedenen Wirkstoffen in zwei aufeinander folgenden Quartalen pro 1.000 Anspruchsberechtigte

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	421	406	380	362	361	341	307				
K	294	290	279	273	277	271	247				
NÖ	343	335	316	303	306	291	255				
OÖ	259	258	245	231	239	234	212				
S	248	242	226	213	219	214	196				
ST	358	352	337	323	328	316	284				
T	298	293	276	264	272	265	242				
V	213	212	196	182	191	182	166				
W	310	306	289	272	273	271	246				
Ö	310	305	289	275	279	271	244				

Zielvorgabe: sinkend

bezogen auf die letzten zwei aufeinanderfolgenden Quartale

Quelle: Meldung DVSV 2025

Tabelle 41: Messgröße 21b: Potentiell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren – Anteil der über 65-jährigen Bevölkerung (in %), die in einem Kalenderjahr mindestens mit einem PIM-Medikament (Packung) versorgt wurde

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	73,59	70,85	67,67	66,45	66,35	65,60	63,49				
K	65,56	63,85	60,81	59,46	59,37	58,64	56,66				
NÖ	66,14	64,49	61,49	60,69	60,45	59,67	57,69				
OÖ	61,32	59,55	56,88	55,98	56,01	55,07	52,95				
S	59,03	57,48	54,46	53,73	54,13	53,41	50,75				
ST	66,05	64,40	61,38	60,73	60,89	59,93	57,44				
T	64,92	63,02	60,16	59,33	59,68	58,54	57,00				
V	58,49	56,57	53,57	52,62	53,18	52,30	50,92				
W	65,35	64,01	60,82	60,56	60,39	59,59	57,90				
Ö	64,59	62,91	59,92	59,16	59,17	58,31	56,29				

Zielvorgabe: sinkend

Quelle: Meldung DVS 2025

Tabelle 42: Messgröße 22: Gesunde Lebensjahre bei Geburt

	2006/2007		2014		2019	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
B	61,6	61,2	61,7	64,7	64,6	60,4
K	62,0	62,5	66,5	66,5	66,0	63,3
NÖ	61,8	62,3	66,3	65,3	63,5	61,9
OÖ	62,8	62,9	67,3	65,2	63,5	63,1
S	66,1	63,8	71,0	69,3	68,7	67,5
ST	61,7	61,8	65,0	65,2	63,1	61,9
T	67,4	61,2	71,6	69,4	71,5	67,3
V	69,3	66,6	71,0	67,9	69,9	65,3
W	60,8	60,0	64,4	65,2	62,6	61,8
Ö	63,2	61,8	66,6	65,9	64,7	63,1

Zielvorgabe: steigend

Die Periodizität orientiert sich am ATHIS-Zyklus. Die Datenerhebung für die Werte 2014 fand rein telefonisch statt (CATI). 2019 fand die Datenerhebung mittels computergestützter persönlicher Interviews statt, und ca. ein Zehntel wurde webbasiert erhoben. Die Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 inkludierte ab 15-Jährige in Privathaushalten. Die Zufallsstichprobe umfasste rund 16.000 Personen in Österreich.

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

Tabelle 43: Messgröße 23: Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz in Prozent

	2011	2020*	
Ausreichende Gesundheitskompetenz	30,8	34,7	
Exzellente Gesundheitskompetenz	16,9	18,1	
Summe	47,7	52,8	

Zielvorgabe: steigend

*in Bezug auf den Methodeneffekt (CATI versus CAWI) adjustierte Ergebnisse (siehe Datengrundlage)

Der Indikator basiert auf einem Index, der aus den 12 Fragen des HLS19-Q12 zur allgemeinen Gesundheitskompetenz berechnet und in vier Stufen der Gesundheitskompetenz kategorisiert wird (inadäquat, problematisch, ausreichend, exzellent). Die Fragen beziehen sich auf das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung.

Die zweite österreichische Gesundheitskompetenzbefragung (HLS19-AT, Datenjahr 2020) inkludierte ab 18-Jährige in Privathaushalten. Die Zufallsstichprobe umfasste rund 3.000 Personen in Österreich

Quelle: Griebler et al. (2021)

Tabelle 44: Messgröße 24: Täglich Rauchende – Anteil der Bevölkerung mit 15 Jahren oder älter in Prozent, der täglich raucht

	2006/2007			2014			2019		
	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt
B	21,5	33,8	27,5	20,4	24,2	22,2	17,7	20,7	19,2
K	19,4	25,7	22,3	19,2	23,8	21,4	20,8	19,8	20,3
NÖ	18,8	25,2	21,8	20,3	23,6	21,9	18,7	22,0	20,3
OÖ	21,1	24,4	22,7	17,8	25,9	21,8	15,6	23,2	19,4
S	21,3	28,5	24,7	19,3	26,2	22,7	17,2	22,4	19,8
ST	15,6	25,1	20,1	19,2	24,5	21,8	18,5	22,3	20,3
T	20,3	32,1	26,1	19,1	22,8	20,9	15,4	21,3	18,3
V	22,9	28,3	25,5	24,8	29,9	27,3	19,6	27,2	23,4
W	19,8	30,4	24,6	31,8	33,4	32,6	18,1	28,1	22,9
Ö	19,4	27,3	23,2	22,1	26,5	24,3	17,8	23,5	20,6

Zielvorgabe: sinkend

Die Periodizität orientiert sich am ATHIS-Zyklus.

Quelle: ATHIS, EHIS; Statistik Austria, Eurostat

Tabelle 45: Messgröße 25a: Pro Kopf Konsum Alkohol - Gramm Alkohol pro Tag und Kopf der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; in absoluten Zahlen)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Ö	25,3	25,2	25,8	24,9	24,3	25,2	25,0					

Zielvorgabe: sinkend

Quelle: Statistik Austria, Bundesministerium für Finanzen, Bevölkerungsbefragung zu Substanzkonsum

Tabelle 46: Messgröße 25b: Problematischer Alkoholkonsum – Anteil an Personen in der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; Prozent), die mehr als 40 Gramm Alkohol (Frauen) bzw. mehr als 60 Gramm Alkohol (Männer) täglich konsumieren

	2008	2015	2020	2026
Ö	17	14	15	

Zielvorgabe: sinkend

Berechnung Gramm Alkohol pro Tag = Summe aus (Konsumfrequenz in den letzten 30 Tagen * durchschnittliche Konsummenge pro Konsumtag * Alkoholgehalt) für Wein, Bier, Spirituosen, Obstwein/Most. Summe des Gesamtsamples adjustiert laut Wirtschaftsdaten (Summe des offiziell erfassten Alkohol (Wein, Bier, Spirituosen) + Dunkelzifferschätzung).

Quelle: Bevölkerungsbefragung zu Substanzkonsum (Rohdaten adjustiert anhand des Pro-Kopf-Konsums laut Wirtschaftsdaten)

Tabelle 47: Messgröße 26: Kariesfreie Kinder (1/2) – Anteil der 6-jährigen Kinder (in Prozent) mit einem kariesfreien Gebiss (d3mft - Score = 0)

	2011	2016	2024
B	36	47	51
K	61	48	60
NÖ	46	59	46
OÖ	56	51	52
S	37	51	54
ST	64	66	68
T	74	71	72
V	n.v.	60	66
W	n.v.	45	54
Ö	52	55	58

Zielvorgabe: steigend

n. v. = Daten nicht verfügbar

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

Quelle: Bodenwinkler et al. (2017); Bodenwinkler et al. (2012); Schwarz/Kölldorfer (2025)

Tabelle 48: Messgröße 26: Kariesfreie Kinder (2/2) – Anteil der 6-jährigen Kinder (in Prozent) mit hohem Sanierungsgrad des Gebisses

	2011	2016	2024
B	33	19	22
K	60	37	29
NÖ	24	36	13
OÖ	54	44	24
S	54	55	29
ST	47	46	29
T	73	71	61
V	n.v.	51	29
W	n.v.	26	33
Ö	40	39	28

Zielvorgabe: steigend

n. v. = Daten nicht verfügbar

Der Sanierungsgrad wird durch den prozentuellen Anteil an gefüllten Zähnen am gesamten d3mft-Wert zum Ausdruck gebracht (ft dividiert durch d3mft). Der Sanierungsgrad von 28% bedeutet, dass 28% der Kinder mit kariösen Milchzähnen zahnärztlich behandelt/saniert sind (z.B.: mit Füllungen) bzw. dass 72% der Kinder mit kariösen Milchzähnen unbehandelt sind.

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

Quelle: Bodenwinkler et al. (2017); Bodenwinkler et al. (2012); Schwarz/Kölldorfer (2025)

Tabelle 49: Messgröße 27: Vorzeitige Todesfälle durch vermeidbare Todesursachen pro 100.000 Einwohner:innen

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	155,52	161,16	155,23	142,99	159,44	154,02	138,28					
K	168,67	176,96	164,17	176,02	188,65	169,19	162,19					
NÖ	156,33	157,20	155,08	166,51	181,93	169,08	157,78					
OÖ	148,47	143,02	142,92	161,59	162,41	150,32	138,74					
S	141,56	135,79	136,36	140,85	165,87	144,05	143,03					
ST	160,15	150,75	147,09	173,16	167,65	163,92	151,44					
T	129,97	138,21	144,08	147,57	141,60	147,97	132,39					
V	144,24	131,30	123,98	148,22	148,97	146,45	130,86					
W	187,09	195,31	179,82	200,59	212,64	196,79	171,48					
Ö	158,93	158,94	153,87	168,83	176,05	165,48	151,30					

Zielvorgabe: sinkend

Altersstandardisiert nach Europäischer Standardbevölkerung 2013

vermeidbare Todesursachen definiert nach OECD und Eurostat, 2022:

https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/Annexes/hlth_cdeath_sims_an_5.pdf

2022 waren die häufigsten vermeidbare Todesursachen in Österreich (in absteigender Reihenfolge): bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (v. a. Lungenkrebs), ischämische Herzkrankheiten (v. a. akuter Myokardinfarkt; diese gehen jeweils zur Hälfte in die behandelbaren und vermeidbaren Todesursachen ein), COVID-19, Krankheiten der Leber (v. a. alkoholische Leberkrankheit), chronische Krankheiten der unteren Atemwege (v. a. COPD), bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (v. a. Leberkrebs), sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen (v. a. vorsätzliche Selbstbeschädigung und Unfallverletzungen)

Quelle: Todesursachenstatistik, Statistik Austria

Tabelle 50: Messgröße 28: Durchimpfungsraten Kinder für Erkrankungen mit internationalen Eliminations- und Eradikationsprogrammen/-zielen in Prozent

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
2 Dosen MMR Zweijährige*	76	76	89	87	75	76	78					
2 Dosen MMR Vierjährige+	85	85	88	88	94	92	81					
3 Dosen 6-fach-Impfung Zweijährige**	81	81	82	81	85	82	87					
3 Dosen 6-fach-Impfung Vierjährige**	87	82	84	85	85	84	87					
Auffrischungsimpfung 4-fach-Impfung Zehnjährige***	70	95	90	75	92	95	87					
2 Dosen HPV 14-Jährige	16	32	43	45	48	53	51					

Zielvorgabe: steigend

Berechnungen mittels agenten – basiertem dynamischen Simulationsmodell der TU Wien

* MMR Masern-Mumps-Röteln-Kombinationsimpfung

** 6-fach-Impfung gegen Diphtherie, Wundstarrkrampf, Keuchhusten, Kinderlähmung, Haemophilus influenzae B, Hepatitis B

*** 4-fach-Impfung gegen Diphtherie, Wundstarrkrampf, Keuchhusten und Kinderlähmung

Quelle: Meldung BMSGPK

Tabelle 51: Messgröße 29: Anzahl der in einem öffentlichen Impfprogramm bereitgestellten Impfungen

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Im ÖIP bereitgestellte Impfungen	11	11	11	11	12	13	13	14				
Vom NIG empfohlene Impfungen	18	18	18	18	18	19	18	18				

Zielvorgabe: steigend

Quelle: Meldung BMSGPK

9.3 Übersicht über Ziele und Messgrößen laut Bundes-Zielsteuerungsvertrag

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

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

Quelle: Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene

Literaturverzeichnis

Anzenberger, Judith ; Akartuna, Deniz; Busch, Martin; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja; Strizek, Julian (2024): Epidemiologiebericht Sucht 2024. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Hg. v. Gesundheit Österreich, Wien

BMSGPK (2025): Durchimpfungsraten & Nationaler Aktionsplan [online]. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://www.sozialministerium.at/The-men/Gesundheit/Impfen/Masern---Elimination-und-Durchimpfungsraten/Durchimpfungsraten---Nationaler-Aktionsplan.html> [Zugriff am 3.4.2025]

BMSGPK (2020): Impfungen für Schulkinder und Jugendliche. Hg. v. BMSGPK, Wien

BMSGPK (2023): Sektorenübergreifende Patientenbefragung. Ergebnisbericht 2022. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

BMSGPK (2024a): eHealth-Strategie Österreich. v1.0 im Juni 2024. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

BMSGPK (2024b): Impfplan Österreich 2024/2025 Tabelle. Version 1.1. vom 18. Dezember 2024. BMSGPK, Wien

BMSGPK (2024c): Impfplan Österreich 2024/2025. Version 1.1. vom 18.12.2024. Hg. v. BMSGPK, Wien

BMSGPK (2025): Diagnosen und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Bodenwinkler, Andrea; Kerschbaum, Johann; Sax, Gabriele (2012): Zahnstatus 2011. Sechsjährige in Österreich. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Hg. v. 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

Dachverband der Sozialversicherungsträger; Gesundheit Österreich GmbH; BMSGPK (2023): Evaluation 2023. Gesundheitsberatung 1450, Wien

EUROSTAT Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex. [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_apr\\$defaultview/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_apr$defaultview/default/table?lang=en). European Union [online] [Zugriff am 3.4.2025]

Griebler, Robert; Straßmayr, Christa; Mikšová, Dominika; Link, Thomas; Nowak, Peter (2021): Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS19 AT. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Haeger, C.; Gellert, P.; Messer, M. (2024): Gesundheitsökonomie und Versorgungswissenschaft. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit Berlin, Heidelberg

- 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
- Juraszovich, Brigitte; Rappold, Elisabeth; Gyimesi, Michael (2023): Pflegepersonalprognose. Update bis 2050. Aktualisierung der Pflegepersonalbedarfsprognose 2030. Ergebnisbericht. Hg. v. Gesundheit Österreich, 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.; Hölzl, D.; Keuerleber, S.; Scheuringer, M.; Meyer, G. (2014): Potentially inappropriate medication in older persons in Austria: A nationwide prevalence study. In: European Geriatric Medicine 5/6:399-405
- Mann, N.K.; Mathes, T.; Sönnichsen, A.; Pieper, D.; Klager, E.; Moussa, M.; Thürmann, P.A. (2023): Potentially inadequate medications in the elderly: PRISCUS 2.0—first update of the PRISCUS list. In: Dtsch Arztebl Int 120/:3-10
- OECD (2021): Daily smokers. Daily smokers is the population aged 15 years and over who report that they smoke tobacco every day [online]. <https://www.oecd.org/en/data/indicators/daily-smokers.html> [Zugriff am 2.4.2025]
- OECD (2023): Health at a Glance 2023. Hg. v. OECD Indicators. OECD Paris
- Papanicolas, I.; Rajan, D.; Karanikolos, M.; A., Soucat.; Figueras, J. (2022): Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Health Policy Series, 57. Auflage, Geneva, World Health Organization
- Schwarz, Tanja; Kölldorfer, Benjamin (2025): Österreichische Zahnstatuserhebung 2023/24 – Annex. 6- bis 7-jährige Kinder. Hg. v. Österreich, Gesundheit, Wien
- Statistik Austria (2021): Gesundheitsbefragung ATHIS Ergebnisse 2019. unveröffentlicht, Wien
- Strizek, Julian; Akartuna, Deniz; Gaiswinkler, Sylvia; Nowotny, Monika; Puhm, Alexandra; Uhl, Alfred (2024): Handbuch Alkohol Österreich. Band 3: Ausgewählte Themen. Hg. v. Gesundheit Österreich, Wien
- The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (2021): International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL. Hg. v. Austrian National Public Health Institute, Vienna
- WHO Europa (2022): Der Krebs, den wir eliminieren können – WHO/Europa appelliert dringend an Mitgliedstaaten, Gebärmutterhalskrebs in die Geschichtsbücher zu verbannen. <https://www.who.int/europe/de/news/item/12-09-2022-the-cancer-we-can-eliminate---who->

[europe-urges-member-states-to-consign-cervical-cancer-to-history](#) [online] [Zugriff am 4.4.2025]

WHO Regional Office for Europe (2024): European Immunization Agenda 2030 – implementation framework. Bd. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Hg. v. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen

Zimmermann, Nina; Habimana, Katharina (2017): Arzneimittelausgaben in Österreich. Hg. v. Gesundheit Österreich, Wien

