

Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung



Monitoringbericht Zielsteuerung- Gesundheit

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

Berichtsjahr 2020

Abgenommen durch die
Bundes-Zielsteuerungskommission im Juli 2021

Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit

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

Autorinnen und Autoren:

Anita Haidl
Gerald Gredinger
Julia Bobek
Lukas Rainer
Martin Zuba
Florian Bachner

Projektassistenz:

Monika Schintlmeister

Wien, im April 2021

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

Zitiervorschlag: Haindl, Anita; Gredinger, Gerald; Bobek, Julia; Rainer, Lukas; Zuba, Martin; Bachner, Florian (2021): Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit. Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

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

Der Umwelt zuliebe:

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

Kurzfassung

Hintergrund

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

Methode

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

Das Monitoring der Finanzzielsteuerung knüpft an die seit 2013 bestehende Methodik an und beruht auf regelmäßigen Meldungen der Länder und der gesetzlichen Krankenversicherung. Sein Ziel ist, die Einhaltung der vereinbarten Ausgabenobergrenzen zu beobachten. Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie erfolgte zum aktuellen Monitoringzeitraum (März 2021) eine Zusatzerhebung zu den ZSG-relevanten COVID-19-Aufwendungen und ZSG-relevanten Refundierungen seitens des Bundes, um die Vollständigkeit bei der Berechnung der ZSG-relevanten GHA zu gewährleisten.

Ergebnisse

Der vierte umfassende Monitoringbericht der neuen Zielsteuerungsperiode (2017–2021) zeigt gemischte Ergebnisse und Trends. Für die Berichtsjahre 2019 bis 2021 kommt es gemäß den (vorläufigen) Ergebnissen des **Finanzzielmonitorings** bei den Ländern gesamthaft zu Überschreitungen und bei der gesetzlichen Krankenversicherung (KV) zu Unterschreitungen der Ausgabenobergrenzen. Länder und gesetzliche Krankenversicherung gemeinsam erzielten 2019 eine Unterschreitung in der Höhe von 223 Mio. Euro (0,9 %), welche sich bis 2021 auf 134 Mio. Euro (0,5 %) reduzieren wird. Im Bereich der Länder wird die AOG in den Jahren 2019, 2020 und 2021 überschritten (2021: 106 Mio. Euro bzw. 0,77 %). Auch im Bereich der gesetzlichen KV kam es gegenüber 2020 zu einer Reduktion des Abstands zur AOG (2020: 526 Mio. Euro; 2021: 240 Mio. Euro).

Die vorläufigen Ergebnisse für die Jahre 2020 und 2021 zeichnen ein Bild der öffentlichen Gesundheitsausgaben während der COVID-19-Pandemie und sind entsprechend zu interpretieren. Da zum aktuellen Meldezeitpunkt (März 2021) die finalen Rechnungsabschlüsse 2020 noch nicht vorliegen, sind die finanziellen Auswirkungen von COVID-19 auf die tatsächliche Höhe der ZSG-rele-

vanten GHA noch nicht konkret bezifferbar. Die Voranschläge 2021 spiegeln unterschiedliche Erwartungen bei den Aufwendungen für COVID-19 in den Bundesländern aufgrund zahlreicher unsicherer Planungsfaktoren wider.

Die 22 definierten Messgrößen der **Steuerungsbereiche** bewegen sich mehrheitlich in die intendierte Richtung. Generell ist bei allen Messgrößenausprägungen anzumerken, dass die Werte für 2020 im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren sind und nur eine bedingte Aussagekraft haben.

- Der Anteil der in PVEs versorgten Bevölkerung ist im Jahr 2020 weiter gestiegen.
- Es zeigt sich, dass im Pandemiejahr 2020 sowohl die Krankenhaushäufigkeit in FKA als auch die Belagsdichte in FKA stark zurückgegangen ist, was auch der Schaffung von Kapazitätsreserven und Verhinderung von Infektionseinträgen geschuldet ist.
- Schätzungen der Durchimpfungsraten für Mumps/Masern/Röteln bei vierjährigen Kindern zeigen nach einem mehrjährigen Rückgang wieder positive Trends, jedoch ist der Wert noch unter dem Wert von 2016.
- Trotz Pandemie kann ein steigender Anteil tagesklinisch oder ambulant erbrachter Leistungen festgestellt werden.
- Bis dato konnten zudem keine gemeinsamen sektoren- oder bundesländerübergreifenden Medikamentenbeschaffungen verzeichnet werden.
- Die zu beobachtenden besetzten Ausbildungsstellen sind nach mehrjährigem Rückgang zuletzt wieder moderat gestiegen, insgesamt betrug die Steigerung im Zeitraum 2016 bis 2020 2,2 Prozent.
- Die Lebenserwartung in guter Gesundheit im Jahr 2019 ist bei Frauen um 1,9 Jahre und bei Männern um 2,8 Jahre im Vergleich zu 2014 gesunken.
- Ein positiver Trend ist beim Anteil täglich Rauchender zu erkennen, der zwischen 2014 und 2019 um 3,8 Prozent auf 20,6 Prozent sank. Nach wie vor raucht jedoch ein Fünftel der Österreicherinnen/Österreicher täglich, damit liegt Österreich in diesem Bereich, international betrachtet, über dem Durchschnitt.

Schlussfolgerungen

Erstmalig seit Einführung des Monitorings ist die Zielerreichung sowohl in Bezug auf die Finanzziele als auch auf die Steuerungsbereiche heterogener zu beurteilen als in den Jahren davor. Generell sind alle Ergebnisse ab 2020 im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren, wobei grundsätzliche Herausforderungen und Handlungserfordernisse weiterhin bestehen bleiben. Beim Finanzzielmonitoring werden die Ausgabenobergrenzen in allen drei dargestellten Jahren auf Landesebene überschritten. Bei anhaltendem Trend wird dies – insbesondere im Bereich der Länder – zu einer weitreichenden Gefährdung der Finanzziele führen. Zudem sind die zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht konkret abschätzbaren finanziellen Auswirkungen von COVID-19 auf die tatsächliche Höhe der ZSG-relevanten GHA bei der Interpretation limitierend zu berücksichtigen. Die Monitoringergebnisse der Steuerungsbereiche zeigen zudem trotz COVID-19 kritische Handlungsfelder auf, die Beachtung in den Arbeitsstrukturen der Zielsteuerung finden sollten.

Inhalt

Kurzfassung	III
Einleitung und Hintergrund.....	1
Teil A: Monitoring der Finanzzielsteuerung	2
1 Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege gemäß System of Health Accounts 4	
2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben	6
2.1 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Länder	7
2.2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Gesetzliche Krankenversicherung	8
2.3 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Zusammenführung auf Bundesländerebene.....	12
3 Gesondert darzustellende Größen	15
Teil B: Monitoring der Steuerungsbereiche	17
4 Bessere Versorgung (strategisches Ziel 1).....	20
5 Bessere Qualität (strategisches Ziel 2)	31
6 Gesundere Bevölkerung (strategisches Ziel 3).....	37
7 Anhang	40
7.1 Kommentierungen zum Finanzzielmonitoring	40
7.2 Daten der Messgrößen	41
7.3 Übersicht Ziele und Messgrößen laut Bundes-Zielsteuerungsvertrag.....	56
Literaturverzeichnis	58

Abbildungen

Abbildung 1.1: Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege 2010–2021 in Mio. Euro.	5
Abbildung 2.1: Entwicklung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben der Länder und der gesetzlichen KV 2010–2020 in Mio. Euro.....	6
Abbildung 3.1: Übersicht über die Messgrößenausprägungen.....	18
Abbildung 4.1: In PVE versorgte Bevölkerung in Prozent (Messgröße 2) und PVE-Standorte.....	22
Abbildung 4.2: Krankenhaushäufigkeit und Belagstagedichte in Fondskrankenanstalten (FKA) (Messgrößen 4 und 5)	23
Abbildung 4.3: Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden, je Bundesland 2020 (Messgröße 6).....	25
Abbildung 4.4: Ärztliche Versorgungsdichte (Messgröße 8) und Relation DGKP zu Ärztinnen/Ärzten in Fondskrankenanstalten (FKA), „Nurse to Physician Ratio“ (Messgröße 9).....	28
Abbildung 5.1: Polypharmazie-Prävalenz und potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei über 70-Jährigen (Messgrößen 13 und 14).....	33
Abbildung 5.2: Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer (VWD; < 3 Pflgetage) in Fondskrankenanstalten (FKA) 2018–2020 (Messgröße 15)	36
Abbildung 6.1: Gesundere Bevölkerung: täglich Rauchende (2019), Gesundheitskompetenz (2011), gesunde Lebensjahre (2019) und kariesfreie Kinder (2016) im Bundesländervergleich (Messgrößen 19 bis 22)	38

Tabellen

Tabelle 1.1: Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in Mio. Euro 2019	4
Tabelle 2.1: Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der Länder in Mio. Euro..	7
Tabelle 2.2: Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der gesetzlichen KV in Mio. Euro und Abweichungen zur Ausgabenobergrenze nach Bundesland, zusammengeführt in Prozent	9
Tabelle 2.3: Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Mio. Euro nach Träger	10
Tabelle 2.4: Bundesländerweise Zusammenführung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben, Länder und gesetzliche KV in Mio. Euro	13
Tabelle 3.1: Investitionen in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten sowie in den Gesundheitseinrichtungen der gesetzlichen KV 2019 nach Bundesländern in Euro	15
Tabelle 3.2: Aufwand Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche der gesetzlichen Krankenversicherungsträger 2019 in Euro	16
Tabelle 3.3: Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenfürsorgeanstalten sowie des Bundes 2012–2019 in Mio. Euro.....	16
Tabelle 4.1: Umgesetzte Primärversorgungseinheiten zum 31. 12. 2020 (Messgröße 1).....	21
Tabelle 7.1: Kommentare zum Finanzzielmonitoring: Allgemeine Anmerkungen in den Meldeformularen	40
Tabelle 7.2: Messgröße 1: Umgesetzte Primärversorgungseinheiten (PVE; Stand jeweils zum 31. 12.)	41
Tabelle 7.3: Messgröße 2: In Primärversorgungseinheiten (PVE) versorgte Bevölkerung in Prozent (Stand jeweils zum 31. 12.).....	42
Tabelle 7.4: Messgröße 3: Anzahl multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich mit Versorgungsauftrag (Stand jeweils zum 31. 12.).....	42
Tabelle 7.5: Messgröße 4: Krankenhaushäufigkeit in Fondskrankenanstalten je 1.000 EW	43
Tabelle 7.6: Messgröße 5: Belagstagedichte in Fondskrankenanstalten je 1.000 EW	43
Tabelle 7.7: Messgröße 6: Ausgewählte Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden in Prozent der durchgeführten Leistungen 2020, Vorjahreswerte (2019) in Klammern	44
Tabelle 7.8: Messgröße 7: Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen für Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und Fachärztinnen/-ärzte	45
Tabelle 7.9: Messgröße 8: Ärztliche Versorgungsdichte (1 /3) – Versorgungsdichte im extramuralen Bereich: Vertragsärztinnen/-ärzte (exkl. Zahnmedizin und technische Fächer) je 100.000 EW	45

Tabelle 7.10: Messgröße 8: Ärztliche Versorgungsdichte (2/3) – vertragsärztliche Versorgungsdichte im extramuralen Bereich: Zahnmedizinerinnen/-mediziner je 100.000 EW	46
Tabelle 7.11: Messgröße 8: Ärztliche Versorgungsdichte (3/3) – intramuraler Bereich in landesfondsfinanzierten Krankenanstalten je 100.000 EW	46
Tabelle 7.12: Messgröße 9: Relation diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger (DGKP) und Pflegefachassistentinnen/-assistenten (PFA) zu Ärztinnen/Ärzten in Fondskrankenanstalten („Nurse to Physician Ratio“)	47
Tabelle 7.13: Messgröße 10: Masern/Mumps/Röteln – Durchimpfungsrate Kinder (Zweijährige) in Prozent.....	47
Tabelle 7.14: Messgröße 11: Anzahl der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrieangebote (ab 2018: Anzahl niedergelassener und in Ambulatorien tätiger Psychiaterinnen/Psychiater (VZÄ) in Ambulatorien und im niedergelassenen Kassensektor)	48
Tabelle 7.15: Messgröße 12: Umsetzungsgrad elektronische Gesundheitsakte (ELGA) – Anzahl und Anteil (in %) der Gesundheitsdiensteanbieter/-innen, die ELGA implementiert haben (gemäß ELGA-Gesetz).....	49
Tabelle 7.16: Messgröße 13: Polypharmazie-Prävalenz (über 70-jährige Anspruchsberechtigte mit mehr als fünf verschriebenen verschiedenen Wirkstoffen im jeweils zweiten Quartal) je 1.000 Anspruchsberechtigte)	49
Tabelle 7.17: Messgröße 14: Potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren (Anteil der über 70-jährigen Bevölkerung in Prozent, die in einem Kalenderjahr mindestens mit einem PIM-Medikament [Packung] versorgt wurde).....	50
Tabelle 7.18: Messgröße 15: Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer in Fondskrankenanstalten (FKA), Anteil < 3 Pflagetage, in Prozent aller Aufenthalte	50
Tabelle 7.19: Messgröße 16: In „Therapie Aktiv“ versorgte Patientinnen/Patienten und teilnehmende Ärztinnen/Ärzte (1/2) – Anteil der im Rahmen von „Therapie Aktiv“ versorgten Patientinnen/Patienten in Prozent aller Patientinnen/Patienten, die in die Zielgruppe des Programms fallen	51
Tabelle 7.20: Messgröße 16: In „Therapie Aktiv“ versorgte Patientinnen/Patienten und teilnehmende Ärztinnen/Ärzte (2/2) – Anteil der teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte in Prozent aller Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und Fachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin.....	51
Tabelle 7.21: Messgröße 17: Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen.....	52
Tabelle 7.22: Messgröße 18: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich (sehr zufrieden oder zufrieden) in Prozent der Befragten.....	52
Tabelle 7.23: Messgröße 19: Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz in Prozent der Befragten.....	53
Tabelle 7.24: Messgröße 20: Gesunde Lebensjahre bei der Geburt	53

Tabelle 7.25: Messgröße 21: Täglich Rauchende (Anteil der Bevölkerung mit 15 Jahren oder älter) in Prozent	54
Tabelle 7.26: Messgröße 22: Kariesfreie Kinder (1/2) - Anteil der sechsjährigen Kinder mit einem kariesfreien Gebiss in Prozent	54
Tabelle 7.27: Messgröße 22: Kariesfreie Kinder (2/2) - Gebissanierungsgrad unter sechsjährigen Kindern in Prozent	55

Abkürzungen

ÄAVE	ärztliche ambulante Versorgungseinheit
AM	Allgemeinmedizinerinnen/Allgemein-mediziner
AOG	Ausgabenobergrenze
Art.	Artikel
ATC-Code	Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
B	Burgenland
BIG	Business Intelligence im Gesundheitswesen
BGKK	Burgenländische Gebietskrankenkasse
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKK	Betriebskrankenkasse
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
B-ZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
B-ZV	Bundes-Zielsteuerungsvertrag
bzw.	beziehungsweise
DGKP	gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
EW	Einwohnerinnen/Einwohner
exkl.	exklusive
FÄ	Fachärztinnen/Fachärzte
FKA	Fondskrankenanstalten
gem.	gemäß
GHA	Gesundheitsausgaben
GKK	Gebietskrankenkasse
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSBG	Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz
G-ZG	Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz
HMDB	Heilmitteldatenbank
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
K	Kärnten
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KGKK	Kärntner Gebietskrankenkasse
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KRBV	Krankenanstalten-Rechnungsabschluss-Berichtsverordnung
KV	Krankenversicherung
LGF	Landesgesundheitsfonds

LKF	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MG	Messgröße
Mio.	Millionen
NÖ	Niederösterreich
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OÖ	Oberösterreich
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
op. Ziel	operatives Ziel
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖGK – B	Landesstelle Burgenland der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK – K	Landesstelle Kärnten der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK – NÖ	Landesstelle Niederösterreich der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK – OÖ	Landesstelle Oberösterreich der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK – S	Landesstelle Salzburg der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK – ST	Landesstelle Steiermark der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK – T	Landesstelle Tirol der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK – V	Landesstelle Vorarlberg der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖGK – W	Landesstelle Wien der Österreichischen Gesundheitskasse
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PFA	Pflegefachassistentin/Pflegefachassistent
PIM	potenziell inadäquate Medikation
präop.	präoperativ
PVE	Primärversorgungseinheit
RA	Rechnungsabschluss
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S	Salzburg
SGKK	Salzburger Gebietskrankenkasse
SHA	System of Health Accounts
St	Steiermark
STGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
SV	Sozialversicherung
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
SVS	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
SVT	Sonderversicherungsträger
SV OG	Sozialversicherungs-Organisationsgesetz
T	Tirol
TEWEB	telefon- und webbasiertes Erstkontakt- und Beratungsservice
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
TK	Tagesklinik
TZ	Therapiezentrum
V	Vorarlberg
VA	Voranschlag
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

VB	Vereinbarung
VGKK	Vorarlberger Gebietskrankenkasse
VWD	Verweildauer
VZÄ	Vollzeitäquivalent
W	Wien
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
ZÄ	Zahnärztinnen/Zahnärzte
ZE	Zielerreichung
ZS-G	Zielsteuerung-Gesundheit

Einleitung und Hintergrund

Indem sie das partnerschaftliche Zielsteuerungssystem etablierten, bekannten sich die Systempartner Bund, Länder und Sozialversicherung erstmals im Jahr 2013 zu einer vertraglich abgestützten Organisation der Gesundheitsversorgung, die auf Kooperation und Koordination beruht. Mit der neuen Zielsteuerungsperiode 2017–2021 wurde die partnerschaftliche Vereinbarung erneuert und bis 2021 fortgesetzt. Die Prinzipien Wirkungsorientierung, Verantwortlichkeit, Rechenschaftspflicht, Offenheit, Transparenz und Fairness stehen weiterhin im Mittelpunkt, um die qualitativ bestmögliche Gesundheitsversorgung und deren Finanzierung sicherzustellen (vgl. Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG ZS-G, BGBl. I Nr. 97/2017, Präambel).

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

Integraler Bestandteil der vereinbarten Ziele ist das Monitoring der ZS-G, das sich seit Oktober 2017 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
- » jährlicher Statusbericht über die Maßnahmen zu den operativen Zielen des Ziele- und Maßnahmenkatalogs sowie über die laufenden Arbeiten zur Information der Gremien

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

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

In Teil B des Berichts wird dargestellt, inwiefern die operativen Ziele in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung erreicht wurden. Die vereinbarten 22 Messgrößen werden einer kurzen Analyse unterzogen und grafisch aufbereitet.

Teil A: Monitoring der Finanzzielsteuerung

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

Auswirkungen der COVID-19-Pandemie

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, die zum Zeitpunkt der Berichtslegung aufgrund der noch nicht finalisierten Rechnungsabschlüsse für das Jahr 2020 nicht konkret beziffert werden können. Ebenfalls fanden die finanziellen COVID-19-Auswirkungen bei der Erstellung der Voranschläge 2021 aufgrund nach wie vor bestehender zahlreicher unsicherer Planungsfaktoren (z. B. BGA- und SV-Mittel, Refundierungen seitens des Bundes) nur in eingeschränkter Form Berücksichtigung. Dies ist limitierend bei der Interpretation der Ergebnisse für 2020 und 2021 jedenfalls zu berücksichtigen.

Um die ZSG-relevanten GHA bestmöglich und vollständig zu erfassen, erfolgte vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie zum aktuellen Monitoringzeitpunkt (März 2021) eine Zusatzerhebung bei den Ländern zu den ZSG-relevanten COVID-19-Aufwendungen und ZSG-relevanten Refundierungen seitens des Bundes. Die gewonnenen Zusatzinformationen lieferten für das Jahr 2020 vor allem folgende zentrale Erkenntnisse:

- » COVID-19-Aufwendungen der Krankenanstalten (z. B. für Schutzausrüstungen, Testungen, Sicherheit und Hygiene, Barackenspitäler, COVID-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 resultiert.
- » Mindererträge der Krankenanstalten (z. B. Einnahmen aus BGA-Mitteln, von ausländischen Gastpatientinnen/-patienten, aus der Sonderklasse etc.) werden teilweise über die Betriebsabgangsdeckungen oder im Rahmen zeitnaher Zuschüsse kompensiert.
- » 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 Gemeinden) beglichen wird.

- » Die gemeldeten Werte zu den Refundierungen seitens des Bundes für ZSG-relevante Aufwendungen sind teilweise noch nicht vollständig und umfassen nur die bereits ausbezahlten Refundierungen. Zusätzlich erfolgen die Refundierungen aufgrund der unterschiedlichen Zeitpunkte der Einreichung und der folgenden Auszahlung nicht immer periodenrein, sondern erst in den darauffolgenden Jahren.

Die Zusatzerhebung im Rahmen des Finanzzielmonitorings ermöglicht eine erste Einschätzung der voraussichtlichen ZSG-relevanten öffentlichen GHA der Länder. Das Finanzzielmonitoring ist jedoch – 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-Belastungen der Bundesländer in den Jahren 2020 und 2021 zu tätigen.

1 Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege gemäß System of Health Accounts

Insgesamt belaufen sich die für die Ableitung der Ausgabenobergrenzen (AOG) maßgeblichen öffentlichen Gesundheitsausgaben gemäß dem System of Health Accounts (SHA) für das Jahr 2019 auf 28.063 Mio. Euro. **Damit wird die für diesen Zeitraum vereinbarte Ausgabenobergrenze um rund 279 Mio. Euro (bzw. 0,99 %) unterschritten** (vgl. Tabelle 1.1).

Tabelle 1.1:
Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in Mio. Euro 2019

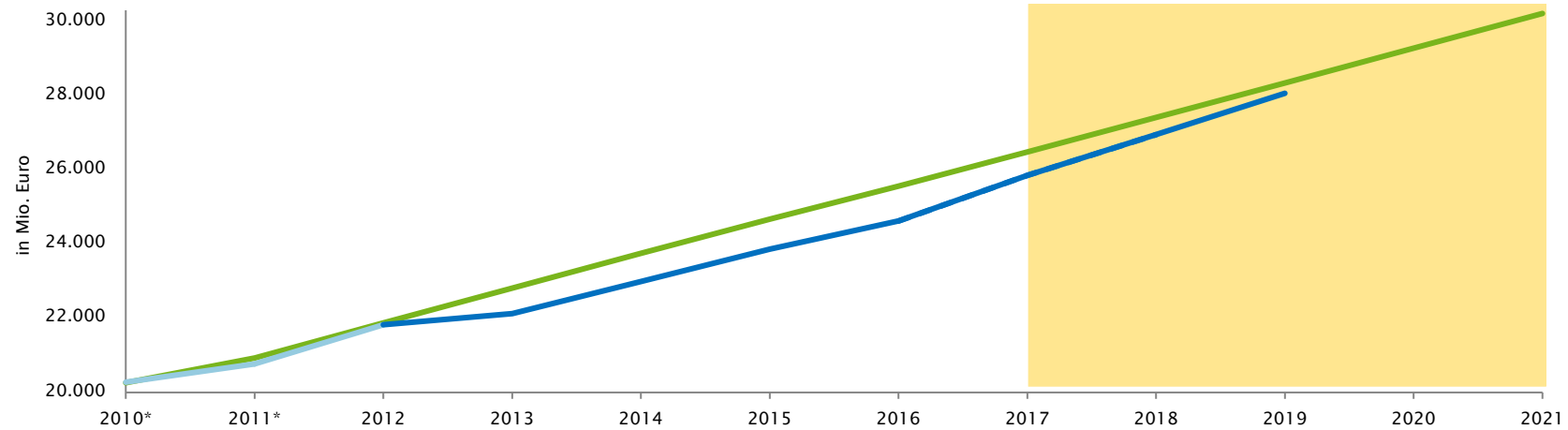
Gesamt		2019
SOLL	Ausgabenobergrenze	28.342
IST	Ausgaben gem. SHA	28.063
ANALYSE	Abweichung zur AOG absolut	-279
	Abweichung zur AOG in Prozent	-0,99 %

gerundet gem. G-ZG § 17 Abs. 1 Z 1

Quelle: Anhang ZV gem. G-ZG § 17 Abs. 1 Z 1, Statistik Austria 2021

Abbildung 1.1 stellt die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die Zielsteuerungsperiode bis 2021 im Zeitverlauf dar. Anhand der (rückwirkend) aktualisierten Zeitreihe stellen sich für das Ausgangsjahr 2010 die öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) gemäß SHA um 15 Mio. Euro höher dar. Insgesamt wuchsen die Gesundheitsausgaben im Betrachtungszeitraum 2010 bis 2019 um durchschnittlich 3,7 Prozent jährlich. Zwischen 2018 und 2019 betrug das Wachstum 4,1 Prozent, während das nominelle BIP um 3,2 Prozent zunahm.

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



	2010*	2011*	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
AOG	20.262	20.931	21.873	22.813	23.748	24.675	25.563	26.483	27.410	28.342	29.277	30.214
tatsächliche Ausgaben gemäß SHA*	20.277	20.769	21.825	22.123	22.992	23.861	24.619	25.855	26.947	28.063		

aktuelle Zielsteuerungsperiode 2017–2021 (Monitoring)

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

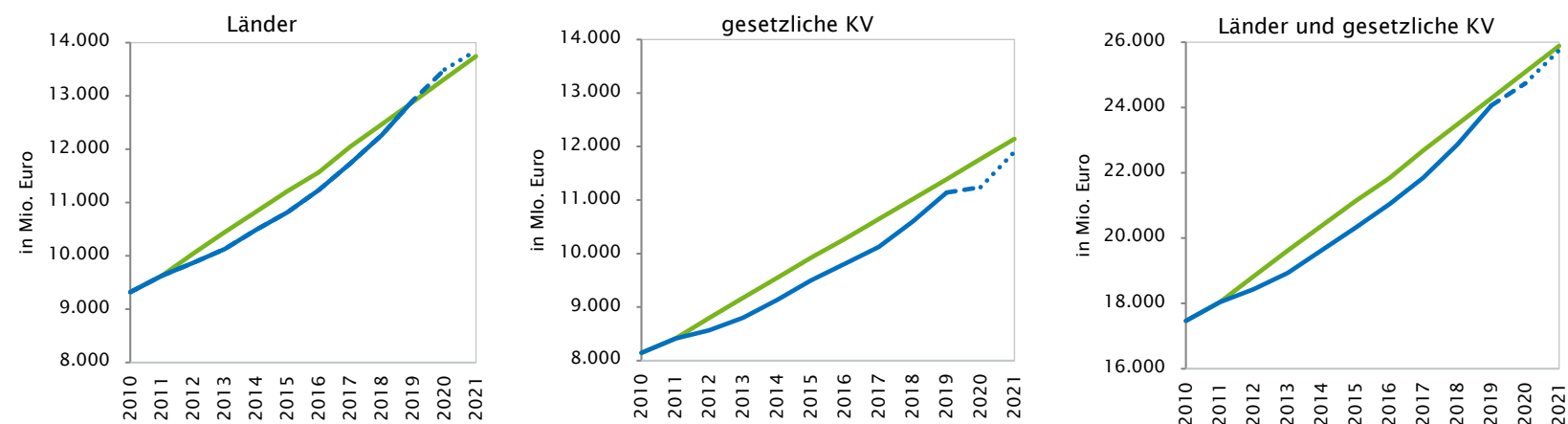
*Die Jahre 2010 und 2011 (entspricht dem Jahr 2010 plus 3,3 %) bilden die Ausgangsbasis und wurden auf der zum Zeitpunkt der Berichtslegung aktuellen Datenbasis gebildet. Durch eine Revision der SHA-Daten kommt es somit zu einem Unterschied zwischen Ausgangsbasis (Ausgaben ohne Intervention) und den tatsächlichen Ausgaben gemäß SHA. Stand Februar 2021. Für das Jahr 2012 nach Bereinigung des GSBG-Effekts (siehe auch Monitoringbericht II/2014).

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

2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben

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

Abbildung 2.1:
Entwicklung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben der Länder und der gesetzlichen KV 2010–2020 in Mio. Euro



Länder und gesetzliche KV		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	Ausgabenobergrenze	17.466	18.042	18.834	19.615	20.377	21.135	21.903	22.691	23.485	24.284	25.085	25.887
	Ausgaben gem. Abschlussmonitoring	17.466	18.042	18.435	18.930	19.624	20.318	21.048	21.854	22.868	24.061		
	Ausgaben gem. unterjährigem Monitoring											24.735	
	Ausgaben gem. Voranschlagsmonitoring												25.753

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

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2021, und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 2

2.1 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Länder

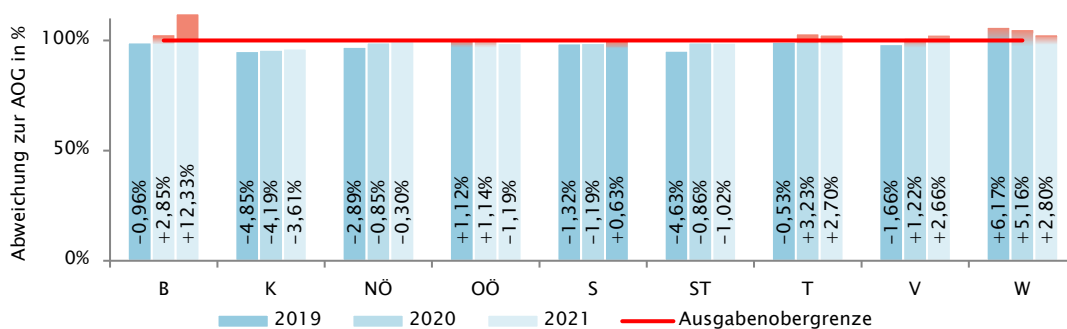
Für den Sektor der **Länder** werden zum aktuellen Monitoringzeitpunkt **für das Jahr 2021** (ausgehend von den Voranschlägen) zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben in der Höhe von 13.850 Mio. Euro prognostiziert. Dies entspricht einer **Überschreitung der vereinbarten Ausgabenobergrenzen für das Jahr 2021 um 106 Mio. Euro bzw. 0,77 Prozent**.

Erstmalig seit Einführung des Finanzzielmonitorings werden die **Ausgabenobergrenzen in allen drei dargestellten Jahren auf Landesebene überschritten**. Für das Jahr 2019 liegen die endgültigen Rechnungsabschlüsse vor, und das Ergebnis zeigt, dass die AOG der Länder im Jahr 2019 um 27 Mio. Euro bzw. 0,21 Prozent überschritten wurde. Die Überschreitungen der AOG in den Jahren 2020 (+176 Mio. Euro bzw. +1,32 Prozent) und 2021 (+106 Mio. Euro bzw. 0,77 Prozent) sind demgegenüber betragsmäßig zum aktuellen Monitoringzeitpunkt (März 2021) noch relativ volatil.

Tabelle 2.1:

Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der Länder in Mio. Euro¹

Länder		Abschlussmonitoring	unterjähriges Monitoring	Voranschlagsmonitoring
		2019	2020	2021
SOLL	Ausgabenobergrenze	12.893	13.318	13.744
IST	Ausgaben gem. Monitoring	12.920	13.495	13.850
ANALYSE	Abweichung zur AOG absolut	+27	+176	+106
	Abweichung zur AOG in %	+0,21 %	+1,32 %	+0,77 %



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

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2021, 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.

Auf Ebene der **Bundesländer** zeigen die Detailauswertungen nach wie vor teilweise Unterschreitungen der AOG, wobei im Jahr 2020 bereits fünf Bundesländer die AOG überschreiten. **Die Wachstumsraten der GHA der Länder liegen seit 2017 mehrheitlich über jenen der vereinbarten Ausgabenobergrenze, was dazu geführt hat, dass zum aktuellen Monitoringzeitpunkt (März 2021) eine Überschreitung im Jahr 2021 von 106 Mio. Euro für die Länder gesamthaft erwartet wird.**

- » **Wien** liegt zum aktuellen Monitoringzeitpunkt in allen drei Beobachtungsjahren (2019, 2020 und 2021) über der AOG.
- » **Burgenland, Tirol und Vorarlberg** werden die AOG in den Jahren 2020 und 2021 ebenfalls überschreiten.
- » **Oberösterreich** überschreitet in den Jahren 2019 und 2020 die AOG um 1,12 Prozent bzw. 1,14 Prozent.
- » Gemäß den aktuellen Voranschlagswerten für 2021 wird **Salzburg** die AOG um 0,63 Prozent überschreiten.

Bei der **Interpretation der Ergebnisse der Jahre 2020 und 2021** sind die eingangs erwähnten Limitationen hinsichtlich der noch nicht konkret abschätzbaren finanziellen Auswirkungen von COVID-19 auf die tatsächliche Höhe der ZSG-relevanten GHA mitzubersichtigen. Für das Jahr 2020 ermöglichen die Erkenntnisse aus der Zusatzerhebung der ZSG-relevanten COVID-19-Aufwendungen sowie der ZSG-relevanten Refundierungen seitens des Bundes eine **erste Einschätzung der voraussichtlichen Ergebnisse der Länder**. Bei den Werten der Voranschläge 2021 schlagen sich die erwarteten Aufwendungen für COVID-19 in den Bundesländern in sehr unterschiedlichem Ausmaß nieder. Während einzelne Bundesländer bereits sehr konkrete Annahmen in Bezug auf COVID-19-Finanzierungsströme in den Voranschlägen getroffen haben, weisen andere Bundesländer explizit auf die hohen Unsicherheiten in der Planbarkeit hin (z. B. BGA- und SV-Mittel, Höhe der Refundierungen seitens des Bundes).

Ergänzend sind jene **Limitationen** anzuführen, die sich aufgrund der Methodik bzw. der unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen sowie der Heterogenität in den Rechenwerken (z. B. Periodizität) ergeben. Das Finanzzielmonitoring ist daher als Instrument nur eingeschränkt geeignet, um konkret bezifferte Aussagen über die COVID-19-Belastungen der Bundesländer in den Jahren 2020 und 2021 zu tätigen.

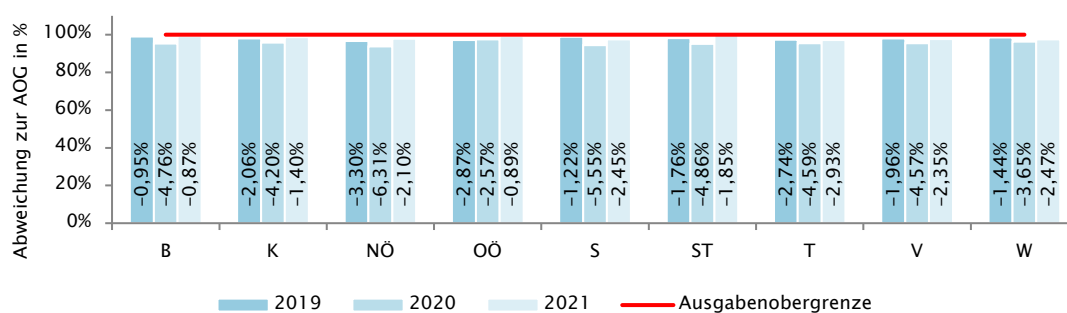
2.2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Gesetzliche Krankenversicherung

Im Bereich der **gesetzlichen Krankenversicherung** weist das Finanzmonitoring **für das Jahr 2021** zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben in der Höhe von 11.903 Mio. Euro aus (auf Basis der Voranschläge). Dies entspricht einer **Unterschreitung der vereinbarten Ausgabenobergrenze in der Höhe von 240 Mio. Euro bzw. 1,98 Prozent** (vgl. Tabelle 2.2). Bei der Interpretation der Daten für die Jahre 2020 und 2021 sind hier – analog den Ländern – die eingangs erwähnten Limitationen hinsichtlich der noch nicht abschätzbaren Auswirkungen von COVID-19 mitzubersichtigen.

Tabelle 2.2:

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

gesetzliche KV		Abschlussmonitoring	unterjähriges Monitoring	Voranschlagsmonitoring
		2019	2020	2021
SOLL	Ausgabenobergrenze	11.391	11.767	12.143
IST	Ausgaben gem. Monitoring	11.141	11.241	11.903
ANALYSE	Abweichung zur AOG absolut	-250	-526	-240
	Abweichung zur AOG in %	-2,19 %	-4,47 %	-1,98 %



Bei der Summenbildung wurde auf die nichtgerundeten ursprünglichen Ausgangswerte zurückgegriffen. Dabei kann es zu geringfügigen Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen kommen.

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2021, und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 2

Für die gesetzliche Krankenversicherung ist ab dem Jahr 2017 eine deutliche Annäherung an die Ausgabenobergrenze zu verzeichnen (vgl. Abbildung 2.1). Im Jahr 2020 wird der Ausgabenanstieg durch beinahe stagnierende Werte punktuell unterbrochen, ehe die Ausgaben im Jahr 2021 wieder zunehmen. Die Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben der Landesstellen der ÖGK (bzw. der Gebietskrankenkassen, sofern dies ohne Zeitreihenbruch analysierbar ist) liegen seit 2017 mit Ausnahme des Jahres 2020 (Wachstumsrate: 1,36 %) ausnahmslos über jenen der vereinbarten AOG.

Detailauswertungen auf der Ebene der einzelnen KV-Träger (siehe Tabelle 2.3) zeigen zum aktuellen Erhebungszeitpunkt (März 2021) mehrheitlich Unterschreitungen der Ausgabenobergrenzen mit Ausnahme der ehemaligen BVA und SVA, welche die vereinbarte Ausgabenobergrenze im Jahr 2019 um 0,21 Mio. Euro bzw. 0,02 Prozent (BVA) und 22,29 Mio. Euro bzw. 2,97 Prozent (SVA) überschreiten. Durch das SV OG verlaufen die Abstände der einzelnen Träger zur AOG ab dem Jahr 2020 weniger heterogen, da Träger, die in der Vergangenheit nahe an der AOG lagen (SVA, BVA), mit Trägern, die bis über zehn Prozent unter der AOG lagen (VAEB, SVB, BKK), seither gemeinsam abgebildet werden.

Tabelle 2.3:

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

Krankenversicherungsträger ¹			Abschluss- monitoring	unterjähriges Monitoring	Voranschlags- monitoring
			2019	2020	2021
BGKK / ÖGK – B	SOLL	AOG	266,69	275,49	284,29
	IST	Ausg. gem. Monitoring	265,83	261,95	282,43
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-0,86	-13,54	-1,86
		Abw. von AOG in %	-0,32 %	-4,91 %	-0,65 %
KGKK/ ÖGK – K	SOLL	AOG	536,52	554,23	571,94
	IST	Ausg. gem. Monitoring	526,45	531,29	563,97
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-10,07	-22,94	-7,97
		Abw. von AOG in %	-1,88 %	-4,14 %	-1,39 %
NÖGKK / ÖGK – NÖ ²	SOLL	AOG	1.544,85	1.604,53	1.655,81
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.488,70	1.490,93	1.616,50
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-56,15	-113,6	-39,31
		Abw. von AOG in %	-3,63 %	-7,08 %	-2,37 %
OÖGKK / ÖGK – OÖ	SOLL	AOG	1.368,57	1.413,74	1.458,91
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.327,93	1.383,65	1.447,72
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-40,64	-30,09	-11,19
		Abw. von AOG in %	-2,97 %	-2,13 %	-0,77 %
SGKK / ÖGK – S	SOLL	AOG	520,21	537,39	554,56
	IST	Ausg. gem. Monitoring	516,24	505,36	538,94
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-3,97	-32,03	-15,62
		Abw. von AOG in %	-0,76 %	-5,96 %	-2,82 %
STGKK / ÖGK – ST ²	SOLL	AOG	1.097,51	1.177,71	1.215,34
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.081,82	1.117,89	1.190,49
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-15,69	-59,82	-24,85
		Abw. von AOG in %	-1,43 %	-5,08 %	-2,04 %
TGKK / ÖGK – T	SOLL	AOG	687,67	710,37	733,07
	IST	Ausg. gem. Monitoring	668,22	677,24	707,78
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-19,45	-33,13	-25,29
		Abw. von AOG in %	-2,83 %	-4,66 %	-3,45 %
VGKK / ÖGK – V	SOLL	AOG	375,36	387,75	400,14
	IST	Ausg. gem. Monitoring	368,43	369,83	389,89
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-6,93	-17,92	-10,25
		Abw. von AOG in %	-1,85 %	-4,62 %	-2,56 %
WGKK / ÖGK – W	SOLL	AOG	2.168,03	2.239,59	2.311,15
	IST	Ausg. gem. Monitoring	2.141,88	2.161,45	2.248,48
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-26,15	-78,14	-62,67
		Abw. von AOG in %	-1,21 %	-3,49 %	-2,71 %
alle GKK	SOLL	AOG	8.565,41	ab 2020 in ÖGK enthalten	
	IST	Ausg. gem. Monitoring	8.385,50		
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-179,91		
		Abw. von AOG in %	-2,10 %		
BKK ^{2,3}	SOLL	AOG	79,28	ab 2020 in ÖGK und BVAEB enthalten	
	IST	Ausg. gem. Monitoring	69,60		
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-9,68		
		Abw. von AOG in %	-12,21 %		
ÖGK	SOLL	AOG		8.900,80	9.185,21
	IST	Ausg. gem. Monitoring		8.499,59	8.986,20
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut		-401,21	-199,01
		Abw. von AOG in %		-4,51 %	-2,17 %

VAEB	SOLL	AOG	421,04	ab 2020 in BVAEB enthalten	
	IST	Ausg. gem. Monitoring	377,59		
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-43,45		
		Abw. von AOG in %	-10,32 %		
BVA	SOLL	AOG	1.148,66	ab 2020 in BVAEB enthalten	
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.148,87		
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	+0,21		
		Abw. von AOG in %	+0,02 %		
BVAEB ³	SOLL	AOG		1.650,75	1.703,50
	IST	Ausg. gem. Monitoring		1.565,11	1.691,73
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut		-85,64	-11,77
		Abw. von AOG in %		-5,19 %	-0,69 %
SVA	SOLL	AOG	751,17	ab 2020 in SVS enthalten	
	IST	Ausg. gem. Monitoring	773,46		
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	+22,29		
		Abw. von AOG in %	+2,97 %		
SVB	SOLL	AOG	425,44	ab 2020 in SVS enthalten	
	IST	Ausg. gem. Monitoring	385,99		
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-39,45		
		Abw. von AOG in %	-9,27 %		
SVS	SOLL	AOG		1.215,45	1.254,29
	IST	Ausg. gem. Monitoring		1.176,08	1.224,66
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut		-39,37	-29,63
		Abw. von AOG in %		-3,24 %	-2,36 %

Anmerkungen:

¹Durch das SV OG 2018 werden die Krankenversicherungsträger ab dem Jahr 2020 gemäß ihrer neuen Struktur abgebildet, wodurch eine neue Aufteilung der AOG innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich wurde, die durch die gesetzliche Krankenversicherung im April 2020 durchgeführt wurde. Die bisherigen Gebietskrankenkassen werden ab 2020 als Landesstellen der ÖGK dargestellt.

²Die Landesstellen der ÖGK ST und NÖ beinhalten ab 2020 ehemalige BKK (ST: BKK Voest Alpine Bahnsysteme, BKK Kapfenberg, BKK Zeltweg; NÖ: BKK Mondl), wodurch ein Zeitreihenbruch gegenüber der Vorperiode entsteht.

³Die BVAEB enthält ab 2020 Teile der BKK Wiener Verkehrsbetriebe, wodurch ein Zeitreihenbruch gegenüber der Summe aus BVA und VAEB der Vorperiode entsteht. Ein Teil der BKK Wiener Verkehrsbetriebe wird in eine Krankenfürsorgeanstalt überführt und ist ab 2020 in der gesonderten Darstellung der KFA enthalten.

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

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8 (Meldezeitpunkt März 2021) 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. Zu den Auswirkungen des SV OG 2018 siehe Kapitel 2.2.

Detailauswertungen zeigen für Österreich gesamthaft Unterschreitungen der Ausgabenobergrenzen (siehe Tabelle 2.4).

Folgende Ausgabendarstellungen finden sich im nächsten Abschnitt:

- » Die Spalte „gesetzl. KV gesamt“ stellt die gesamten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung regionalisiert nach Bundesländern dar.
- » Die Spalte „Land“ weist die Ausgaben länderweise aus.
- » Die Spalte „Land und gesetzl. KV“ zeigt die summierten Ausgaben jedes Landes und der gesetzlichen KV nach Bundesländern.
- » Die Spalten „GKK“ und „SVT und BKK“ listen den Anteil der Gebietskrankenkassen und den gemeinsamen Anteil von Sondersicherungsträgern und Betriebskrankenkassen nach Bundesländern.

Tabelle 2.4 (1/2):

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

			Land und gesetzl. KV			Land			gesetzl. KV gesamt		
			A	UJ	VA	A	UJ	VA	A	UJ	VA
			2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
B*	SOLL	AOG	682,29	702,77	725,24	306,34	316,44	326,57	375,95	386,33	398,67
	IST	Ausg. gem. Monit.	675,79	693,42	762,04	303,40	325,47	366,83	372,39	367,95	395,21
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-6,50	-9,35	36,80	-2,94	+9,03	+40,26	-3,56	-18,38	-3,46
		Abw. zur AOG in %	-0,95 %	-1,33 %	5,07 %	-0,96 %	+2,85 %	+12,33 %	-0,95 %	-4,76 %	-0,87 %
K	SOLL	AOG	1.616,51	1.665,81	1.719,24	854,63	882,98	911,40	761,88	782,83	807,84
	IST	Ausg. gem. Monit.	1.559,43	1.595,93	1.675,04	813,21	846,01	878,47	746,22	749,92	796,57
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-57,09	-69,88	-44,20	-41,43	-36,97	-32,93	-15,66	-32,91	-11,27
		Abw. zur AOG in %	-3,53 %	-4,20 %	-2,57 %	-4,85 %	-4,19 %	-3,61 %	-2,06 %	-4,20 %	-1,40 %
NO	SOLL	AOG	4.243,55	4.380,65	4.520,74	2.076,83	2.145,32	2.213,97	2.166,72	2.235,33	2.306,77
	IST	Ausg. gem. Monit.	4.111,93	4.221,26	4.465,57	2.016,79	2.127,04	2.207,22	2.095,14	2.094,22	2.258,35
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-131,62	-159,38	-55,17	-60,04	-18,27	-6,75	-11,58	-141,11	-48,42
		Abw. zur AOG in %	-3,10 %	-3,64 %	-1,22 %	-2,89 %	-0,85 %	-0,30 %	-3,30 %	-6,31 %	-2,10 %
OÖ	SOLL	AOG	3.871,38	3.992,99	4.121,01	2.157,48	2.228,96	2.300,61	1.713,90	1.764,03	1.820,40
	IST	Ausg. gem. Monit.	3.846,41	3.973,04	4.077,45	2.181,71	2.254,37	2.273,30	1.664,70	1.718,67	1.804,15
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-24,97	-19,95	-43,56	+24,23	+25,41	-27,31	-49,20	-45,36	-16,25
		Abw. zur AOG in %	-0,65 %	-0,50 %	-1,06 %	+1,12 %	+1,14 %	-1,19 %	-2,87 %	-2,57 %	-0,89 %
S	SOLL	AOG	1.540,83	1.587,38	1.637,34	834,76	861,46	888,23	706,07	725,92	749,11
	IST	Ausg. gem. Monit.	1.521,22	1.536,87	1.624,58	823,73	851,21	893,81	697,49	685,66	730,77
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-19,61	-50,51	-12,76	-11,03	-10,25	+5,58	-8,58	-40,26	-18,34
		Abw. zur AOG in %	-1,27 %	-3,18 %	-0,78 %	-1,32 %	-1,19 %	+0,63 %	-1,22 %	-5,55 %	-2,45 %
ST	SOLL	AOG	3.326,50	3.470,97	3.582,28	1.715,01	1.771,90	1.828,92	1.611,49	1.699,07	1.753,36
	IST	Ausg. gem. Monit.	3.218,69	3.373,16	3.531,28	1.635,64	1.756,65	1.810,30	1.583,05	1.616,51	1.720,98
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-107,81	-97,81	-51,00	-79,37	-15,25	-18,62	-28,44	-82,56	-32,38
		Abw. zur AOG in %	-3,24 %	-2,82 %	-1,42 %	-4,63 %	-0,86 %	-1,02 %	-1,76 %	-4,86 %	-1,85 %
T	SOLL	AOG	1.913,53	1.972,18	2.035,25	985,52	1.018,01	1.050,59	928,01	954,17	984,66
	IST	Ausg. gem. Monit.	1.882,89	1.961,26	2.034,78	980,29	1.050,85	1.078,93	902,60	910,41	955,85
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-30,64	-10,92	-0,47	-5,23	+32,84	+28,34	-25,41	-43,76	-28,81
		Abw. zur AOG in %	-1,60 %	-0,55 %	-0,02 %	-0,53 %	+3,23 %	+2,70 %	-2,74 %	-4,59 %	-2,93 %
V	SOLL	AOG	987,71	1.018,72	1.051,30	527,91	545,32	562,77	459,80	473,40	488,53
	IST	Ausg. gem. Monit.	969,89	1.003,73	1.054,76	519,12	551,98	577,72	450,77	451,75	477,04
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-17,82	-14,99	+3,46	-8,79	+6,66	+14,95	-9,03	-21,65	-11,49
		Abw. zur AOG in %	-1,80 %	-1,47 %	+0,33 %	-1,66 %	+1,22 %	+2,66 %	-1,96 %	-4,57 %	-2,35 %
W	SOLL	AOG	6.101,78	6.293,79	6.495,06	3.434,60	3.547,87	3.661,40	2.667,18	2.745,92	2.833,66
	IST	Ausg. gem. Monit.	6.275,02	6.376,76	6.527,54	3.646,37	3.731,07	3.763,87	2.628,65	2.645,69	2.763,67
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+173,24	+82,97	+32,48	+211,77	+183,20	+102,47	-38,53	-100,23	-69,99
		Abw. zur AOG in %	+2,84 %	+1,32 %	+0,50 %	+6,17 %	+5,16 %	+2,80 %	-1,44 %	-3,65 %	-2,47 %
O	SOLL	AOG	24.284,08	25.085,26	25.887,45	12.893,08	13.318,26	13.744,45	11.391,00	11.767,00	12.143,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	24.061,27	24.735,44	25.753,03	12.920,26	13.494,66	13.850,44	11.141,01	11.240,78	11.902,59
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-222,82	-349,82	-134,42	+27,17	+176,40	+105,99	-249,99	-526,22	-240,41
		Abw. zur AOG in %	-0,92 %	-1,39 %	-0,52 %	+0,21 %	+1,32 %	+0,77 %	-2,19 %	-4,47 %	-1,98 %

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

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

SOLL-Werte-Summen der Länder = nichtgerundete ursprüngliche Ausgangswerte; dabei kann es zu geringfügigen

Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen kommen.

*vorerst ohne Berücksichtigung der ZSG-relevanten COVID-19-Aufwendungen des Landes sowie der ZSG-relevanten COVID-19-Refundierungen seitens des Bundes.

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8 (Meldezeitpunkt März 2021) und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 3 lit c

Tabelle 2.4 (2/2):

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

			GKK	ÖGK		SVT und BKK	SVT	
			A	UJ ¹	VA ¹	A	UJ ¹	VA ¹
			2019	2020	2021	2019	2020	2021
B	SOLL	AOG	266,69	275,49	284,29	109,26	110,84	114,38
	IST	Ausg. gem. Monit.	265,83	261,95	282,43	106,56	106,00	112,78
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-0,86	-13,54	-1,86	-2,70	-4,84	-1,60
		Abw. zur AOG in %	-0,32 %	-4,91 %	-0,65 %	-2,47 %	-4,37 %	-1,40 %
K	SOLL	AOG	536,52	554,23	571,94	225,36	228,60	235,90
	IST	Ausg. gem. Monit.	526,45	531,29	563,97	219,77	218,63	232,60
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-10,07	-22,94	-7,97	-5,59	-9,97	-3,30
		Abw. zur AOG in %	-1,88 %	-4,14 %	-1,39 %	-2,48 %	-4,36 %	-1,40 %
NÖ	SOLL	AOG	1.544,85	1.604,53	1.655,81	621,87	630,80	650,96
	IST	Ausg. gem. Monit.	1.488,70	1.490,93	1.616,50	606,44	603,29	641,85
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-56,15	-113,6	-39,31	-15,43	-27,51	-9,11
		Abw. zur AOG in %	-3,63 %	-7,08 %	-2,37 %	-2,48 %	-4,36 %	-1,40 %
OÖ	SOLL	AOG	1.368,57	1.413,74	1.458,91	345,33	350,29	361,49
	IST	Ausg. gem. Monit.	1.327,93	1.383,65	1.447,72	336,77	335,02	356,43
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-0,64	-30,09	-11,19	-8,56	-15,27	-5,06
		Abw. zur AOG in %	-2,97 %	-2,13 %	-0,77 %	-2,48 %	-4,36 %	-1,40 %
S	SOLL	AOG	520,21	537,39	554,56	185,86	188,53	194,55
	IST	Ausg. gem. Monit.	516,24	505,36	538,94	181,25	180,30	191,83
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-3,97	-32,03	-15,62	-4,61	-8,23	-2,72
		Abw. zur AOG in %	-0,76 %	-5,96 %	-2,82 %	-2,48 %	-4,37 %	-1,40 %
ST	SOLL	AOG	1.097,51	1.177,71	1.215,34	513,98	521,36	538,02
	IST	Ausg. gem. Monit.	1.081,82	1.117,89	1.190,49	501,23	498,62	530,49
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-15,69	-59,82	-24,85	-12,75	-22,74	-7,53
		Abw. zur AOG in %	-1,43 %	-5,08 %	-2,04 %	-2,48 %	-4,36 %	-1,40 %
T	SOLL	AOG	687,67	710,37	733,07	240,34	243,80	251,59
	IST	Ausg. gem. Monit.	668,22	677,24	707,78	234,38	233,17	248,07
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-19,45	-33,13	-25,29	-5,96	-10,63	-3,52
		Abw. zur AOG in %	-2,83 %	-4,66 %	-3,45 %	-2,48 %	-4,36 %	-1,40 %
V	SOLL	AOG	375,36	387,75	400,14	84,44	85,65	88,39
	IST	Ausg. gem. Monit.	368,43	369,83	389,89	82,34	81,92	87,15
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-6,93	-17,92	-10,25	-2,10	-3,73	-1,24
		Abw. zur AOG in %	-1,85 %	-4,62 %	-2,56 %	-2,49 %	-4,35 %	-1,40 %
W	SOLL	AOG	2.168,03	2.239,59	2.311,15	499,15	506,33	522,51
	IST	Ausg. gem. Monit.	2.141,88	2.161,45	2.248,48	486,77	484,24	515,19
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-26,15	-78,14	-62,67	-12,38	-22,09	-7,32
		Abw. zur AOG in %	-1,21 %	-3,49 %	-2,71 %	-2,48 %	-4,36 %	-1,40 %
Ö	SOLL	AOG	8.565,41	8.900,80	9.185,21	2.825,59	2.866,20	2.957,79
	IST	Ausg. gem. Monit.	8.385,50	8.499,59	8.986,20	2.755,51	2.741,19	2.916,39
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-179,91	-401,21	-199,01	-70,08	-125,01	-41,40
		Abw. zur AOG in %	-2,10 %	-4,51 %	-2,17 %	-2,48 %	-4,36 %	-1,40 %

AOG = Ausgabenobergrenze, A = Abschlussmonitoring, UJ = unterjähriges Monitoring, VA = Vorschlagsmonitoring, SVT = Sondersicherungsträger, BKK = Betriebskrankenkassen, Ausg. = Ausgaben, Abw. = Abweichung, gem. = gemäß, abs. = absolut, Monit. = Monitoring

Anmerkungen:

¹ Durch das SV OG 2018 werden die Krankenversicherungsträger ab dem Jahr 2020 gemäß ihrer neuen Struktur im Monitoring der Finanzzielsteuerung abgebildet, wodurch ein Zeitreihenbruch entsteht.

² Die Landesstellen der ÖGK ST und NÖ beinhalten ab 2020 ehemalige BKK (ST: BKK Voest Alpine Bahnsysteme, BKK Kapfenberg, BKK Zeltweg; NÖ: BKK Mondl), wodurch ein Zeitreihenbruch gegenüber der Vorperiode entsteht.

³ Die BVAEB enthält ab 2020 Teile der BKK Wiener Verkehrsbetriebe, wodurch ein Zeitreihenbruch gegenüber der Summe aus BVA und VAEB der Vorperiode entsteht. Ein Teil der BKK Wiener Verkehrsbetriebe wird in eine Krankenfürsorgeanstalt überführt und ist ab 2020 in der gesonderten Darstellung der KFA enthalten.

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8 (Meldezeitpunkt März 2021) und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 3 lit c

3 Gesondert darzustellende Größen

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

Die Vorgehensweise bei der gesonderten Darstellung wurde im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene in Art. 8 festgelegt. Demnach sind die genannten Größen in den jeweiligen Monitoring-Berichten gesondert zu analysieren; sie sind nicht Gegenstand der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben und unterliegen damit auch nicht den vereinbarten Ausgabenobergrenzen. Um Datenkonsistenz zwischen ihnen und den öffentlichen Gesundheitsausgaben nach SHA für das Jahr 2019 zu gewährleisten, werden zum aktuellen Monitoring-Zeitpunkt die Ausgaben der gesondert auszuweisenden Größen für das Jahr 2019 dargestellt.

Für Investitionen im Bereich der Länder wurden die Rechnungsabschlüsse der Krankenanstalten-träger als Grundlage herangezogen. Zur Darstellung der Investitionen im Bereich Sozialversicherung wurden die Abrechnungen der SV-eigenen Einrichtungen verwendet. Im Jahr 2019 wurden die in Tabelle 3.1 angeführten Investitionen in Sachanlagen für österreichische Fondskrankenanstalten sowie für Gesundheitseinrichtungen der Sozialversicherung aufgewandt.

Tabelle 3.1:

Investitionen in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten sowie in den Gesundheitseinrichtungen der gesetzlichen KV 2019 nach Bundesländern in Euro

Land	Investitionen in Fondskrankenanstalten	Investitionen in Gesundheitseinrichtungen der Sozialversicherung*
	2019	2019
Burgenland	18.050.435	3.079.364
Kärnten	96.677.172	1.073.131
Niederösterreich	49.503.797	6.184.346
Oberösterreich	111.445.245	14.450.339
Salzburg	60.724.448	4.459.944
Steiermark	121.801.016	40.058.721
Tirol	119.102.721	637.001
Vorarlberg	47.075.527	217.762
Wien**	428.253.859	6.790.646
GESAMT	1.052.634.220	76.951.255

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

**inkl. Aufwendungen für das TZ Ybbs in der Höhe von rd. 1,18 Mio. Euro (2019)

Quelle: KRbV / Quellen- und Verwendungsanalyse 2021, Abrechnung der SV-eigenen Einrichtungen (exklusive Hanusch-Krankenhaus) 2021

Für Ausgaben zur Erbringung von Leistungen im Bereich Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche wurde die Erfolgsrechnung der SV-Träger als Grundlage herangezogen. Im Jahr 2019 wurden die in Tabelle 3.2 angeführten Ausgaben für Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche aufgewandt.

Tabelle 3.2:
Aufwand Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche der gesetzlichen Krankenversicherungsträger 2019 in Euro

gesetzliche KV	Aufwand Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche der Sozialversicherungsträger*
	2019
GKK Burgenland	1.085.297
GKK Kärnten	3.544.147
GKK Niederösterreich	10.122.167
GKK Oberösterreich	11.511.168
GKK Salzburg	4.377.380
GKK Steiermark	8.318.337
GKK Tirol	6.279.147
GKK Vorarlberg	5.493.920
GKK Wien	19.155.706
alle Betriebskrankenkassen	514.549
VAEB	1.508.426
VA öffentlich Bediensteter	9.261.146
SVA der gewerblichen Wirtschaft	5.880.744
SVA der Bauern	2.053.102
GESAMT*	89.105.235

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

Quelle: Erfolgsrechnung der Sozialversicherungsträger 2019

Die Höhe der Gesundheitsausgaben von Pensionsversicherung, Unfallversicherung, Krankenfürsorgeanstalten und des Bundes wurden analog der SHA-Methodik (Statistik Austria) berechnet. Tabelle 3.3 zeigt die Ausgaben für die Jahre 2012–2019.

Tabelle 3.3:
Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenfürsorgeanstalten sowie des Bundes 2012–2019 in Mio. Euro

Gesundheitsausgaben*	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Pensionsversicherung	802	858	889	902	980	1.007	1.058	1.098
Unfallversicherung	353	375	392	407	407	418	416	423
Krankenfürsorgeanstalten	464	477	486	500	515	531	546	567
Bund**	1.738	1.821	1.873	1.946	1.982	2.063	2.123	2.206

*Die aktuell (Stand: Februar 2021) 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)

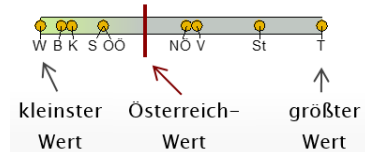
Quelle: Statistik Austria 2021

Teil B: Monitoring der Steuerungsbereiche

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

Die folgende Darstellung ermöglicht einen Überblick über den aktuellen Stand der Messgrößenausprägungen im Vergleich zum Vorjahr. Zusätzlich wird die Verteilung der Bundeslandwerte im Vergleich zum Österreich-Wert dargestellt. Ergänzt wird die Darstellung um den Entwicklungstrend und die Nennung der jeweils minimalen und maximalen Ausprägung der Messgröße je Bundesland. Detaillierte Auswertungen der im Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Messgrößen finden sich im Tabellenband im Anhang (siehe Abschnitt 7.2). Aufgrund der durch die COVID-19-Pandemie entstandenen außergewöhnlichen Belastung des österreichischen Gesundheitssystems sind die Messgrößen für das Jahr 2020 nur bedingt aussagekräftig. Zur Schaffung von Kapazitätsreserven und zur Verhinderung von Infektionseinträgen wurde in den Zeiträumen Mitte März bis Ende April sowie Oktober bis Dezember der Betrieb in den Krankenanstalten auf das medizinisch Wesentliche und Vordringliche reduziert. Dabei kam es insbesondere zu Verschiebungen geplanter Operationen.²

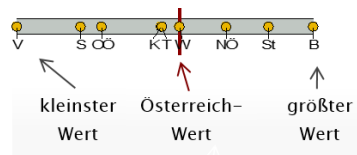
Legende A: Messgrößen, bei denen keine Werte für 2020 vorhanden sind



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

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

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



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

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

²

für eine vertiefende Analyse siehe Eglau (2021), https://jasmin.goeg.at/1507/1/Auswirkungen%20Lock-down_COVID19_G%C3%96G_bf.pdf

Abbildung 3.1:
Übersicht über die Messgrößenausprägungen

Ziel	Messgröße	Österreich		Trend	Min	Bundesländer-Spannweite		
		letzter Wert	aktueller Wert			Ö	Max	
Strategisches Ziel 1	1 Umgesetzte Primärversorgungseinheiten (PVE) Anzahl (BL-Vergleich: je 100.000 EW)	16 (0,180)	23 (0,258)	+43,8%	0			0,80
	2 In PV-Einheiten versorgte Bevölkerung	1,37%	1,87%	+36,1%	0%			4,8%
	3 Anzahl multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich ¹							196,6
	4 Krankenhaushäufigkeit in Fondskrankenanstalten Aufenthalte je 1.000 EW	203,6	168,1	-17,5%	141,1			196,6
	5 Belagstagedichte in Fondskrankenanstalten Belagstage je 1.000 EW	1 320	1 109	-16,0%	1 008			1 282
	6 Ausgewählte Tagesklinik-Leistungsbündel Gewichteter Durchschnitt aller Leistungsbündel	61,9%	64,7%	+4,5%	56,5%			78,7%
	7 Anzahl der besetzten Ausbildungsstellen ² Allgemeinmedizin	1 006	1 098	+9,1%				97,1
	8 Ärztliche Versorgungsdichte ² (VertragsärztInnen extramural außer ZÄ und techn. Fächer, je 100.000 EW)	82,4	82,2	-0,2% ↘	74,6			2,5
	9 Relation DGKP und Pflegefachassistenz zu ÄrztInnen in Fondskrankenanstalten	2,10	2,09	-0,5% ↘	1,8			2,5
	10 Masern/ Mumps/ Röteln – Durchimpfungsrate Anteil 4-jähriger Kinder mit 2 Teilimpfungen	83,8%	88,4%	+5,5% ↗				2,33
	11 Ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie-Angebote ⁴ VZÄ je 100.000 EW	0,634	0,649	+2%	0,35			2,33

Ziel	Messgröße	Österreich			Bundesländer-Spannweite		
		letzter Wert	aktueller Wert	Trend	Min	Ö	Max
Strategisches Ziel 2	12 Umsetzungsgrad ELGA <small>Anzahl (Anteil) Gesundheitsdiensteanbieter</small>	8.153 <small>(72,0%)</small>	8.894 <small>(77,1%)</small>	+9%			
	13 Polypharmazie Prävalenz <small>über 70-Jährige mit >5 Wirkstoffen, je 1000 Anspruchsberechtigte</small>	217,51	203,42	-6,5%	131,8	V S O O K T W N D S B	262,1
	14 Potentiell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren <small>Anteil über-70-jährige Bevölkerung mit PIM</small>	39,8%	36,7%	-7,8%	32,1%	V S O O W S N D B T K	39,5%
	15 Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer <small>Anteil <3. Pflegetag, Fondskrankenanstalten</small>	93,6%	92,9%	-0,7%	91,0%	S W O O S N O T K B V	96,3%
	16 In Therapie Aktiv versorgte PatientInnen	21,2%	23,7%	+11,5% ↗	7,1%	T B N D K V W S S O O	32,9%
	17 Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen ¹						
18 Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung ^{2 3} <small>sehr zufrieden + eher zufrieden, in % (Krankenhäuser/HausärztInnen)</small>	70% / 89%	71% / 88%	+1,4% ↗				
Strategisches Ziel 3	19 Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz ³ <small>% der RespondentInnen</small>		48%		37%	S W N D K O O S T B V	66%
	20 Gesunde Lebensjahre bei der Geburt ³ <small>(Männer+Frauen)</small>	66,3	63,9	-3,6% ↘	62,2	W S B N O O K V S T	69,4
	21 Täglich Rauchende ³ <small>% der Bevölkerung (Männer+Frauen)</small>	24,3%	20,6%	-15,1% ↘	18,3%	T B O O S K N D S W V	23,4%
	22 Kariesfreie Kinder ³ <small>(Anteil 6-jähriger Kinder mit kariesfreiem Gebiss)</small>	52%	55%	+5,8% ↗	45%	W B K O O S N O V S T T	71%

Anmerkungen:

¹ Werte sind nicht verfügbar

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

³ Dieser Wert beruht auf einer Umfrage mit nichtjährlicher Periodizität, es ist kein Wert für 2020 verfügbar.

⁴ Die Basis für die Berechnung der Messgröße 11 bilden die vom DVSV 2021 eingemeldeten Vollzeitäquivalente

Quelle: siehe Einzeltabellen in Anhang 7.2; Darstellung: GÖG

4 Bessere Versorgung (strategisches Ziel 1)

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

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

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

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

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

Der Ausbau von Primärversorgungseinheiten ist demnach Kernelement der Reformbemühungen und wurde bereits in der ersten Reformperiode 2013–2016 gestartet. Die Zielsteuerungspartner haben sich auf die Schaffung 75 neuer Primärversorgungseinheiten (PVE) bis 2021 verständigt (MG 1) und dafür 200 Mio. Euro zweckgewidmet (gem. Art. 31 der 15a-Vereinbarung B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens). Mit Stand 31. Dezember 2020 waren nach Meldung der Krankenversicherungsträger 23 Primärversorgungseinheiten laut Primärversorgungsgesetz in Betrieb, die sich auf insgesamt fünf Bundesländer verteilen: Raabtal im Burgenland, Böheimkirchen, Schwechat, Melker Alpenvorland und St. Pölten in Niederösterreich, Enns, Marchtrenk, Haslach, Linz und Sierning-Neuzeug in Oberösterreich, Graz-St. Leonhard, Graz-Gries, Weiz, Vorau, Gratwein-Straßengel, Mariazell, Admont, Liezen, Mureck und Fehring in der Steiermark, sowie Mariahilf, Donaustadt und Meidling in Wien (siehe Abbildung 4.1).³ In der Steiermark ist zudem ein Gesundheitszentrum in Betrieb, das im Sinne des Primärversorgungskonzepts arbeitet (Eisenerz), jedoch nicht der Definition einer Primärversorgungseinheit nach Primärversorgungsgesetz laut Meldung der KV-Träger entspricht. Primärversorgungseinheiten, die nach dem 31. 12. 2020 in Betrieb genommen wurden, werden im vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt, dies betrifft z. B. jene in der Leopoldstadt in Wien.

3

Die Anzahl der Primärversorgungseinheiten zum Stand Ende 2020 basiert auf einer Umfrage bei den Krankenversicherungsträgern, durchgeführt vom Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV).

Die 23 Primärversorgungseinheiten zum Stand Ende 2020 versorgten 1,87 Prozent der Bevölkerung. In der Steiermark wurden 4,8 Prozent, in Oberösterreich 2,08 Prozent, in Wien 1,76 Prozent, im Burgenland 2,18 Prozent und in Niederösterreich 2,24 Prozent der Bevölkerung auf diesem Wege versorgt (MG 2, siehe Abbildung 4.1). Generell ist bei allen Messgrößenausprägungen anzumerken, dass die Werte für 2020 im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren sind.

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

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

Tabelle 4.1:
Umgesetzte Primärversorgungseinheiten zum 31. 12. 2020 (Messgröße 1)

Bundesland	IST-Wert 31. 12. 2020	Ort	geplant in RSG	Zielwert 2021
Burgenland	1	Raabtal	—	3
Kärnten	—	—	5	5
Niederösterreich	4	Böheimkirchen, Schwechat, St. Pölten, Melker Alpenvorland	14	14
Oberösterreich	5	Haslach, Enns, Marchtrenk, Neuzeug-Sierning, Linz	6	13
Salzburg	—	—	5	5
Steiermark	10 (+1)	Graz-St. Leonhard, Graz-Gries, Weiz, Voralpe, Gratwein-Straßengel, Mariazell, Admont, Liezen, Mureck, Fehring, (Eisenerz)	30	11
Tirol	—	—	6	6
Vorarlberg	—	—	3	3
Wien	3	Mariahilf, Donaustadt, Meidling	36	16
Österreich gesamt	23 (+1)			75

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

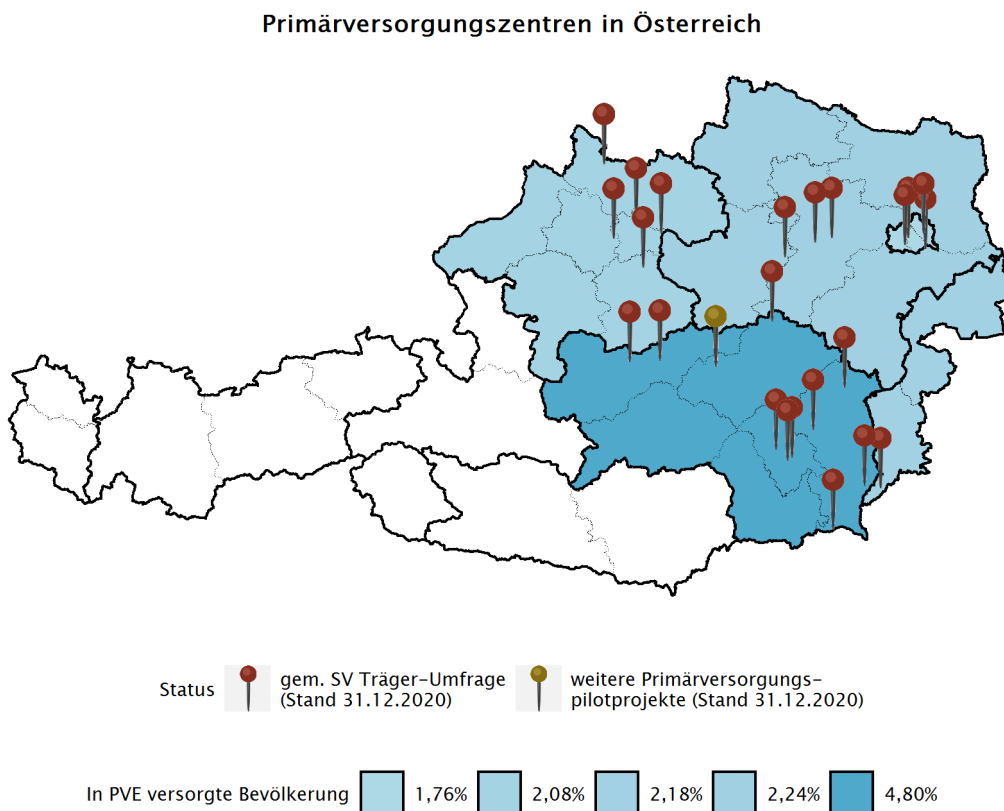
Die Berechnung der Zielwerte auf Landesebene erfolgte gemäß Bevölkerungsschlüssel kaufmännisch gerundet.

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

Quelle: Meldung DVS 2021; BMSGPK (2021c)

Abbildung 4.1:

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



Anmerkung: Die Berechnung der versorgten Bevölkerung erfolgte mit 31. 12. 2020 für PVE laut DVSU-Umfrage bei den KV-Trägern und bezieht sich auf die innerhalb eines Bundeslandes versorgte Bevölkerung. Primärversorgungspilotprojekte, die nach dem 31. 12. 2020 in Betrieb genommen wurden, werden nicht dargestellt (dies betrifft z. B. jenes in Wien-Leopoldstadt).
Anmerkung: Die Werte für 2020 sind im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren.

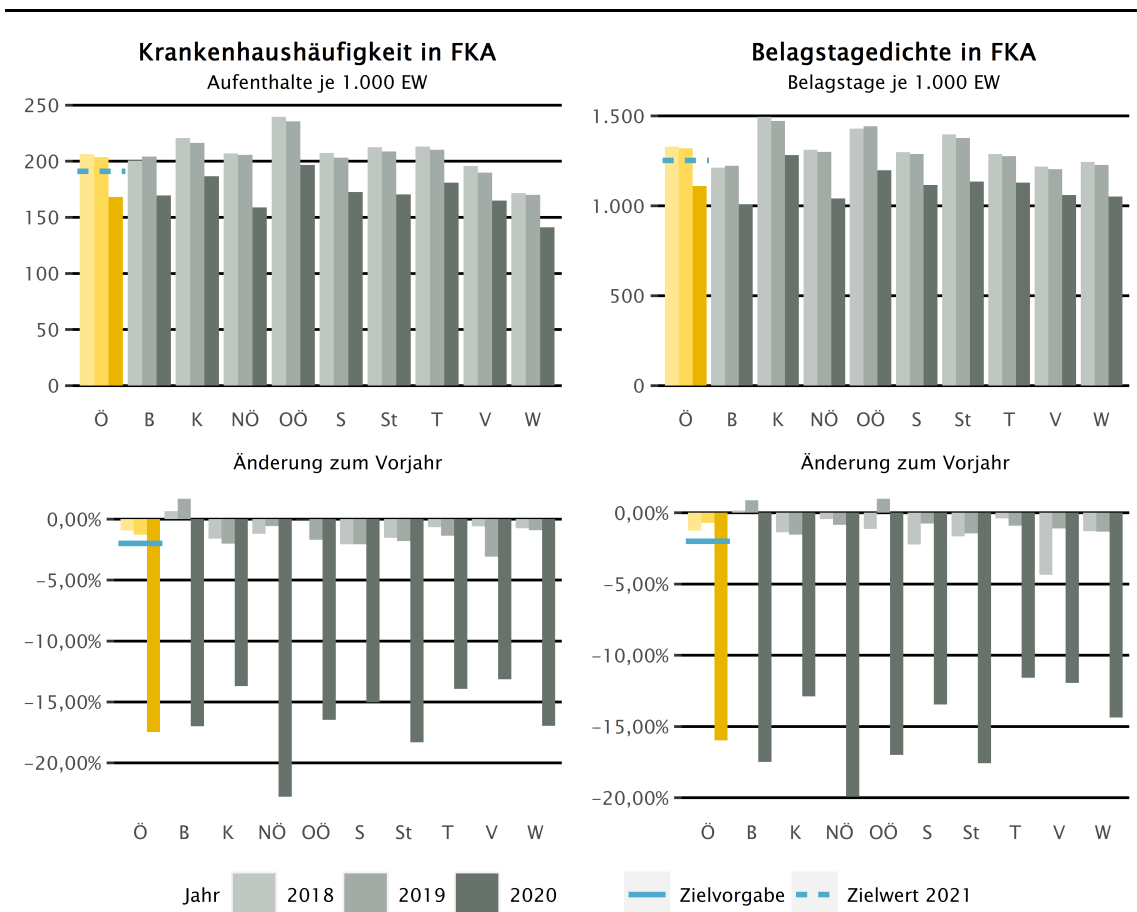
Quelle: Meldung DVSU 2021, Darstellung: GÖG

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

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

Die **Entlastung des akutstationären Bereichs** wurde bereits in der ersten Zielsteuerungsperiode (2013–2016) priorisiert. Sowohl die Anzahl der Tage, die in Relation zur Bevölkerung durchschnittlich pro Jahr im Krankenhaus verbracht werden (Belagstagedichte, Messgröße 5), als auch die Aufnahmen (mit mindestens einer Nächtigung) in Krankenanstalten in Relation zur Bevölkerung (Krankenhausthäufigkeit, Messgröße 4), sind im Jahr 2020 deutlich zurückgegangen. Die **Krankenhausthäufigkeit in FKA** sank von 2019 auf 2020 mit rund 17,5 Prozent. Die **Belagstagedichte in FKA** zeigte zwischen 2019 und 2020 eine Reduktion von 16 Prozent (siehe Abbildung 4.2). Große Teile dieses **Rückgangs sind kausal auf die COVID-19-Pandemie** zurückzuführen und in diesem Lichte zu interpretieren.

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



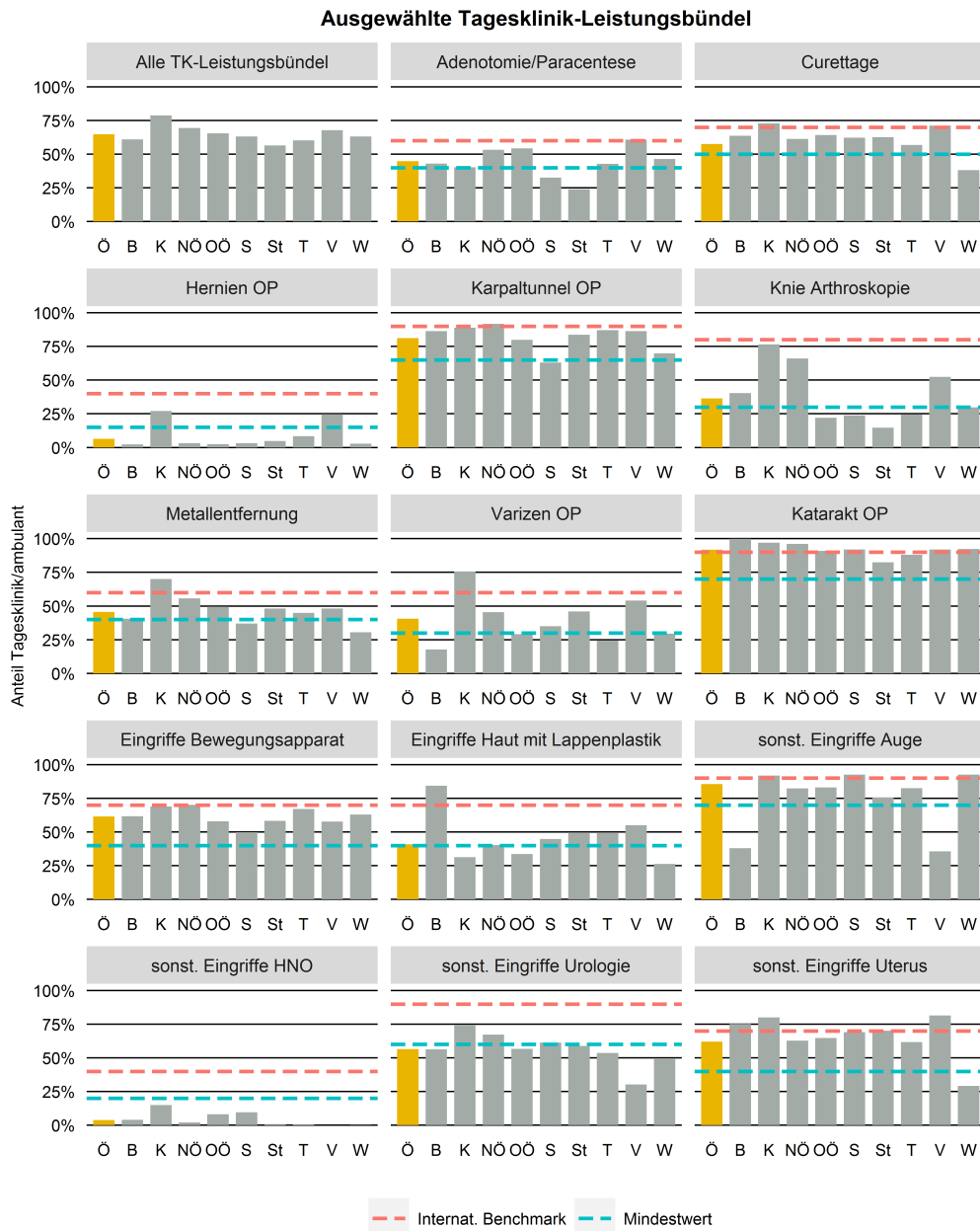
FKA = Fondskrankenanstalten (über die Landesgesundheitsfonds finanzierte Krankenanstalten)
Ausgenommen sind hier Nulltagsaufenthalte, ausländische Gastpatientinnen/-patienten und die Aufnahmeart „H“: halbstationär.
Keine Altersstandardisierung, quellbezogen nach Wohnort der Patientinnen/Patienten
Anmerkung: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

Quelle: BMSGPK (2021b); Darstellung: GÖG

Trotz Pandemie zeigte sich, wie in Abbildung 4.3 dargestellt, im steigenden Anteil tagesklinisch oder ambulant erbrachter Leistungen (Messgröße 6, tagesklinisch-stationär oder ambulant) eine positive Entwicklung. Dabei ist zu betonen, dass diese Entwicklung nicht in allen Bundesländern homogen verlief. Österreichweit betrachtet, wurden die festgelegten Mindestwerte teilweise bereits erreicht. Das Erreichen einzelner Zielwerte stellt jedoch angesichts der bisherigen Dynamik eine ambitionierte Herausforderung dar. Zum Beispiel lag der Anteil bei dem Leistungsbündel „sonstige Eingriffe HNO“ im Jahr 2019 mit 3,9 Prozent deutlich unter dem Zielwert von 20 Prozent und noch deutlicher unter dem internationalen Benchmark von 40 Prozent. Generell ist bei allen Messgrößenausprägungen anzumerken, dass die Werte für 2020 im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren sind.

Abbildung 4.3:

Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden, je Bundesland 2020 (Messgröße 6)



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

Quelle: BMSGPK (2021b); Darstellung: GÖG

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

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

Die **ärztliche Versorgungsdichte** (Messgröße 8) lag in Österreich im Jahr 2019 bei 242,1 Ärztinnen/Ärzten (Vollzeitäquivalente) in Fondskrankenanstalten je 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner (EW). Wie bei den meisten Messgrößen verteilt sich diese Dichte äußerst unterschiedlich im Bundesländervergleich. Während im Jahr 2019 in burgenländischen Fondskrankenanstalten rund 178,7 Ärztinnen/Ärzte auf 100.000 EW kamen, lag dieses Verhältnis in Wien um einiges höher, hier kamen 314 Ärztinnen/Ärzte auf 100.000 EW. Im Zeitverlauf stieg die ärztliche Versorgungsdichte in FKA in den meisten Bundesländern moderat an. Zwischen 2018 und 2019 gab es das stärkste Wachstum im Burgenland (+3,1 %), die Bundesländer Kärnten, Steiermark und Vorarlberg verzeichneten im selben Zeitraum einen minimalen Rückgang der Versorgungsdichte: Kärnten -0,1 %, Steiermark -0,5 %, Vorarlberg -1,2 %.

Im **extramuralen Bereich** gab es 2019 rund 82,2 Vertragsärztinnen/-ärzte und Ärztinnen/Ärzte in Einrichtungen der Sozialversicherung (gemessen in ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten [ÄAVE] exklusive Zahnmedizin⁴ und technischer Fächer) je 100.000 EW und 34,1 Vertragszahnmedizinerinnen/-mediziner (gemessen in ÄAVE) je 100.000 EW. Die Bundesländergegenüberstellung zeigt hier im Vergleich zur intramuralen ärztlichen Versorgungsdichte ein gegensätzliches Bild im Burgenland, das mit rund 97 ÄAVE je 100.000 EW (alle Fachrichtungen exklusive Zahnmedizin⁴ und technischer Fächer) die höchste Dichte aufweist. Die geringste Versorgungsdichte im Bereich Vertragsärztinnen/-ärzte fand sich 2019 in Oberösterreich mit 74,6, das gleichzeitig die höchste Krankenhaushäufigkeit aufweist. Österreichweit ist in jüngster Vergangenheit die ärztliche Versorgungsdichte bei Vertragsärztinnen/-ärzten leicht angestiegen (+1,5 % zwischen 2015 und 2019). Über einen längeren Zeitraum betrachtet, ist hier jedoch eine Stagnation bzw. je nach gewähltem Zeitraum ein moderates Sinken zu beobachten (-0,7 % zwischen 2013 und 2019).

Mit Stand Juni 2020 befanden sich 965 Ärztinnen/Ärzte in Basisausbildung, 1.098 Ärztinnen/Ärzte in Ausbildung für Allgemeinmedizin, weitere 5.760 Ärztinnen/Ärzte waren in einer Facharztausbildung, und 571 Ärztinnen/Ärzte befanden sich in Ausbildung in einem Additivfach. Insgesamt gab es somit 8.394 **besetzte Ausbildungsstellen** (Messgröße 7). Zu beachten ist hier, dass aufgrund der Umstellung auf die Ärzteausbildungsordnung 2015 die besetzten Ausbildungsstellen derzeit

4

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

noch nicht uneingeschränkt im historischen Zeitverlauf verglichen werden können.⁵ Aus den bisher bekannten Zeitreihen lässt sich bei den besetzten Ausbildungsstellen insgesamt ein leicht steigender Trend erkennen, von November 2016 bis Juni 2020 ist deren Anzahl um 2,2 Prozent gestiegen. Dies liegt an der Facharztausbildung (+12,5 %) und der Basisausbildung (+2,9 Prozent), sonst war im selben Zeitraum ein Rückgang bei den besetzten Ausbildungsstellen zu verzeichnen. Die Zahl der **besetzten Ausbildungsstellen in der Allgemeinmedizin** sind seit 2016 **um 23,5 % Prozent gesunken**, der Rückgang im Bereich der Additivfächer (-20,5 %) fiel etwas geringer aus.

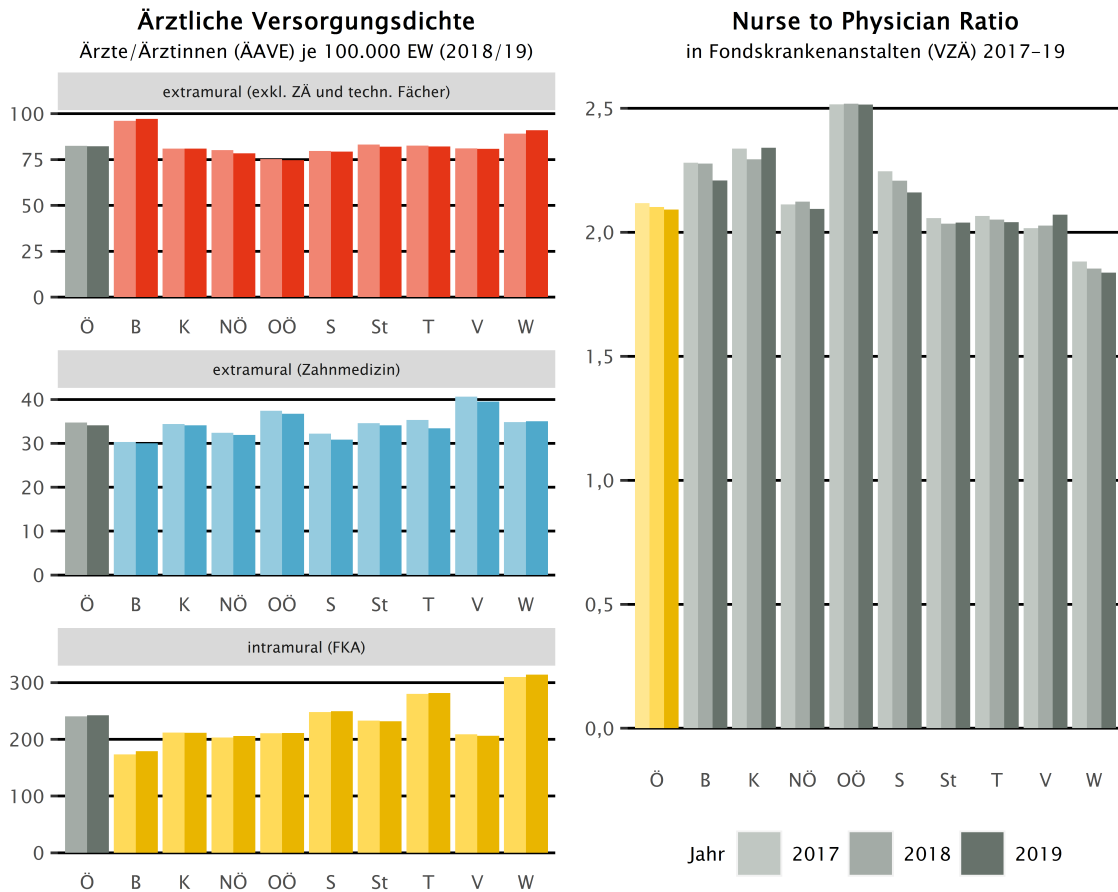
Ebenso relevant wie die Verfügbarkeit sind der adäquate Einsatz und ein effizienter Skill-Mix des notwendigen Fachpersonals. Dementsprechend wurde auch der **Anteil der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger (DGKP) und der Pflegefachassistentinnen/-assistenten (PFA) in Relation zu Ärztinnen/Ärzten** als Indikator (Messgröße 9) zur Beobachtung gewählt. Im Jahr 2019 gab es in österreichischen Fondskrankenanstalten 2,09 DGKP (in Vollzeitäquivalenten) je Ärztin/Arzt (in Vollzeitäquivalenten). Dieses Verhältnis ist seit dem Jahr 2013 (2,2) leicht gesunken, und zwar deshalb, weil die Anzahl der Ärztinnen/Ärzte im Zeitraum 2013 bis 2019 um 8,3 Prozent zugenommen hat, während sich die Anzahl der DGKP mit einem Wachstum von 2,8 Prozent nur leicht erhöht hat. In Fondskrankenanstalten waren 2019 rund 21.444 ärztliche VZÄ und rund 44.840 DGKP (in VZÄ) angestellt.

5

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

Abbildung 4.4:

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



ÄAVE: ärztliche ambulante Versorgungseinheiten, VZÄ: Vollzeitäquivalente

Quelle: Meldung DSVS 2021, BMSGPK (2021b); Darstellung: GÖG

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

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

Die **Durchimpfungsrate bezüglich Masern/Mumps/Röteln bei Kindern** (Messgröße 10), das heißt der Anteil der Zweijährigen mit zwei Teilimpfungen, wurde im Jahr 2016 auf 70,77 Prozent geschätzt. Bei vierjährigen Kindern lag die jüngst verfügbare Schätzung (für 2019) der Durchimpfungsrate bei 88,4 Prozent, was gegenüber dem Jahr davor einen Anstieg von 4,6 Prozentpunkten darstellt (siehe Tabelle 7.13). Durch die Einführung des E-Impfpasses wird zukünftig eine genauere Erfassung ermöglicht werden. Österreich hat sich auch außerhalb der Zielsteuerung Gesundheit Durchimpfungsraten von 95 Prozent zum Ziel gesetzt (Kohortenschutz). Die Masernimpfung wird als Kombinationsimpfstoff gemeinsam mit Komponenten gegen Mumps und Röteln (MMR) verabreicht und wird an öffentlichen Impfstellen kostenfrei abgegeben. Zwei Dosen Masern-Mumps-Röteln-Impfstoff werden ab dem vollendeten neunten Lebensmonat empfohlen. Bei Erstimpfung im ersten Lebensjahr soll die zweite Impfung nach drei Monaten verabreicht werden. Bei Erstimpfung nach dem ersten Lebensjahr erfolgt die zweite Impfung frühestmöglich – mit einem Mindestabstand von vier Wochen.⁶ Gemäß Daten des BMSGPK wurde das Ziel einer 95-Prozent-Durchimpfungsrate mit zwei Impfdosen im Jahr 2019 nicht erreicht. Für die Altersgruppe der Zwei- bis Fünfjährigen konnte für die erste Impfung das Ziel einer 95-Prozent-Durchimpfungsrate erreicht werden, jedoch liegt die Durchimpfungsrate für die zweite Teilimpfung bei rund 88 Prozent, wodurch rund 32.000 Kinder in dieser Altersgruppe eine zweite Impfung erhalten sollten. Kinder werden tendenziell später geimpft als im österreichischen Impfplan vorgesehen. So wurden nur 78 Prozent der ersten Impfdosen und 44 Prozent der zweiten Impfdosen Kindern unter zwei Jahren verabreicht.⁷

Um die **psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen** zu verbessern und einer mangelberufbedingten Unterversorgung in diesem Bereich gegenzusteuern, wurde im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2017 die Notwendigkeit des Ausbaus ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Einheiten (KJP-Einheiten) erkannt und dieser Sektor mit entsprechenden Planungsrichtwerten versehen. Je 250.000 EW soll es mindestens eine KJP-Einheit geben (BMGF 2017). In den Zielsteuerungsvertrag wurde ebenfalls die Erhöhung der Zahl **ambulanter kinder- und ju-**

6

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

7

siehe <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Masern---Elimination-und-Durchimpfungsraten/Durchimpfungsraten---Nationaler-Aktionsplan.html>

gendpsychiatrischer Angebote als Zielvorgabe aufgenommen (Messgröße 11). Mit Stand Dezember 2020 gab es laut Meldung der ÖGK insgesamt 32 niedergelassene KJP-VZÄ und 26,2 Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater (in VZÄ) in Ambulatorien. Gemessen an Vollzeitäquivalenten, gab es die höchste Dichte an KJP-Angeboten je 250.000 EW im Burgenland (5,8), gefolgt von Kärnten und Vorarlberg (je 2,2) und Wien (2,0). In Oberösterreich gab es hier 2020 die geringste Dichte mit einem Wert von 0,9 vor der Steiermark (1,0). Die Verringerung der Versorgungsdichte in Salzburg auf 1,2 kann u. a. dadurch erklärt werden, dass eine ärztliche Stelle kurz vor Datenerstichtag frei geworden ist und die angestrebte Nachbesetzung bis Ende 2020 noch nicht durchgeführt werden konnte.⁸ Generell ist bei allen Messgrößenausprägungen anzumerken, dass die Werte für 2020 im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren sind.

8

Datenmeldung DSVS 2021

5 Bessere Qualität (strategisches Ziel 2)

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

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

Der ELGA-Rollout ist mittlerweile weit fortgeschritten. Mit Stand März 2021 hatten 53,4 Prozent aller Krankenanstalten ELGA in Betrieb, wobei ELGA in den Fondskrankenanstalten zur Gänze implementiert ist (Messgröße 12). Von weiteren Gesundheitseinrichtungen hatten etwa sechseinhalb Prozent der Pflegeeinrichtungen, dreizehn Prozent der Ambulatorien, 98 Prozent der Apotheken und 92 Prozent der niedergelassenen Vertragsärztinnen/-ärzte (inklusive Gruppenpraxen) ELGA in Betrieb (siehe Anhang 7.2). Eine besonders starke Dynamik der ELGA-Implementierung im Zeitraum 2018–2020 ist bei den Vertragsärztinnen/-ärzten mit einem Anstieg von 37 Prozent auf 92 Prozent sowie bei den Apotheken mit einem Anstieg von 42 Prozent auf 98 Prozent zu beobachten. Mit Stand März 2021 hatten österreichweit insgesamt 77 Prozent der im GDA-Index⁹ erfassten Einrichtungen ELGA in Betrieb, was gegenüber dem letzten Berichtszeitpunkt (72 %) eine weitere Steigerung darstellt.

Optimierung der Medikamentenversorgung (op. Ziel 5 und 7)

Der gezielte Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien wie zum Beispiel der E-Medikation soll mittelfristig auch zu einer Verbesserung in der Medikamentenversorgung führen. Dementsprechend wurden die Messgrößen „Polypharmazie-Prävalenz“ (Messgröße 13) und „Potenziell inadäquate Medikation“ (Messgröße 14) gewählt, um unter anderem Aufschluss über das Erreichen des operativen Ziels 5, „Gezielter Einsatz von IKT zur Patientenversorgung, Systemsteuerung und Innovation“, zu geben.

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

9

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

mehr als fünf gleichzeitig verschriebenen Wirkstoffen, je 1.000 Anspruchsberechtigte lag im Jahr 2020 zwischen 132 in Vorarlberg und 262 im Burgenland, österreichweit lag sie bei 203.¹⁰ Als Zielvorgabe im Zielsteuerungsvertrag wurde eine Senkung der Prävalenzrate vereinbart. Im Jahr 2020 wurde sowohl für Österreich (-6,9 %) gesamt als auch für jedes Bundesland für sich ein Rückgang der Polypharmazieprävalenz verzeichnet. Generell ist bei allen Messgrößenausprägungen anzumerken, dass die Werte für 2020 im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren sind.

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

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

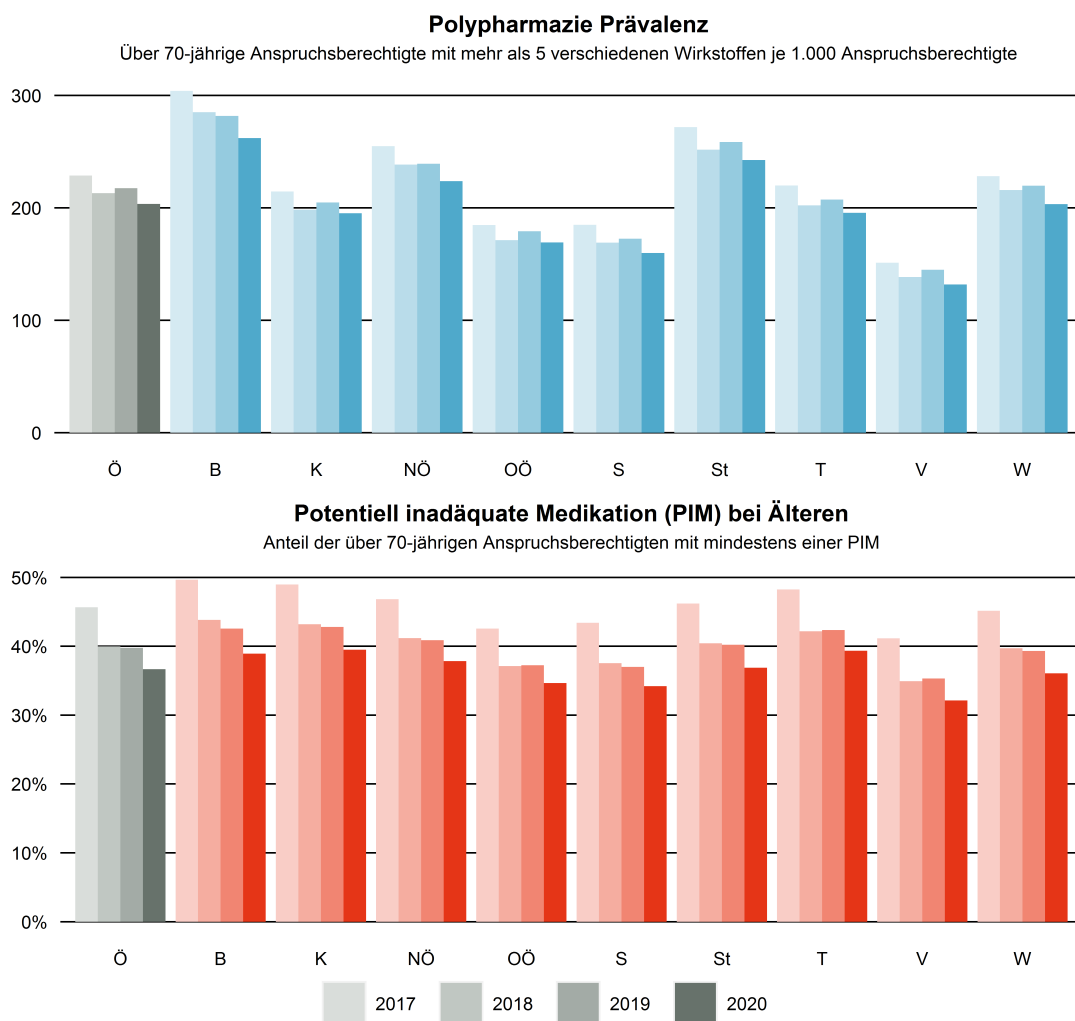
Wie aus der Abbildung 5.1 ersichtlich wird, variiert der Wert ebenfalls stark zwischen den Bundesländern. In Vorarlberg lag die PIM-Prävalenz bei 32,1 Prozent, in Kärnten bei 39,5 Prozent, österreichweit betrug sie 36,7 Prozent. Im Vergleich zu den 2019 gemeldeten Werten konnte österreichweit ein Rückgang der PIM-Prävalenz um 7,8 Prozent (bzw. 3,1 Prozentpunkte) beobachtet werden. Die größten Rückgänge waren in Vorarlberg (-9,0 %) und im Burgenland (-8,5 %) zu beobachten. Die geringsten Rückgänge gab es in Tirol (-7,2 %) sowie in Kärnten (-7,7 %), wo etwa **vier von zehn Anspruchsberechtigten über 70** zumindest **eine potenziell inadäquate Medikation** erhielten.

10

Die Berechnung bezieht sich bei der Messgröße 13 auf Verordnungen, die im zweiten Quartal des jeweiligen Jahres zeitgleich abgegeben wurden, und bei der Messgröße 14 auf Verordnungen des gesamten jeweiligen Kalenderjahres. Arzneimittel unter der Kostenerstattungsgrenze (Berücksichtigung der Abgabebedingungen lt. § 4 [1] Apothekergesamtvertrag) finden nur im Falle einer Rezeptgebührenbefreiung der Patientin oder des Patienten in den Auswertungen Berücksichtigung. Die Verordnungsmenge stellt die auf Kosten der sozialen Krankenversicherung erstatteten Packungen des niedergelassenen Vertragsbereichs dar. Als Bewertungsdatum wurde das Abgabedatum der Verordnung (in öffentlicher oder Hausapotheke) herangezogen. In der BIG-Standardauswertung (Würfel HMDB pseudonymisiert) wird das Abrechnungsdatum herangezogen. Für die Bewertung des Bundeslandes wird eine über den Zeitverlauf einheitliche und somit besser vergleichbare Datenquelle (VS_STAMM_JAHR) herangezogen. In der BIG-Standardauswertung wurden die Zuordnungen zu den Bundesländern vor 2018 anders berechnet. Mehrfachversicherungen spielen keine Rolle, da für die Berechnung der „Anspruchsberechtigten“ der Wohnort als Bundesland pro Auswertung fixiert wurde. Sowohl der Zähler (Anspruchsberechtigte mit mehr als fünf verschiedenen Wirkstoffen) als auch der Nenner haben somit die gleiche Berechnungsbasis. Entsprechend der übergebenen Definition wurden nur die Darreichungsformen 1 (parenteral), 2 (peroral feste Formen), 3 (peroral flüssige Formen), 7 (sonstige AF mit systemischer Wirkung) für die Auswertung beachtet. Die Reichweitenberechnung wurde über die „defined daily dose“ (DDD) nach WHO-Definition vorgenommen. Bei zeitgleicher Abgabe mehrerer Verordnungen der gleichen Pharmazentralnummer wurde diese Reichweite vervielfacht. Bei Abgabe eines Kombinationspräparats wird ausschließlich der ATC-Code herangezogen, der im Erstattungskodex aufscheint. Es steht kein ATC-Code bei magistralen Zubereitungen zur Verfügung. Für die Anspruchsberechtigten und Heilmittelpatientinnen/-patienten wurden nur solche herangezogen, die 2019 das Alter von 71 Jahren erreicht oder überschritten hatten. Personen, deren Wohnbundesland nicht bekannt ist, wurden exkludiert.

Das operative Ziel 7 hat zum Zweck, die Medikamentenversorgung sektorenübergreifend gemeinsam zu optimieren. Als konkrete Maßnahme soll zum Beispiel eine Analyse der erforderlichen Grundlagen einer sektoren-, bundesländer- und EU-Mitgliedstaaten-übergreifenden Beschaffung von Medikamenten durchgeführt werden. Darüber hinaus sollen unter anderem auch Grundlagen für die Beschaffung und Abgabe von Medikamenten in Wohn- und Pflegeheimen geschaffen werden. Mit Stand Dezember 2020 waren noch **keine gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen**, und zwar weder sektorenübergreifend noch bundesländerübergreifend, umgesetzt (Messgröße 17).

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



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

Quelle: Meldung DVSV 2021, Darstellung: GÖG

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

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

Die **präoperative Verweildauer** (Messgröße 15) in Fondskrankenanstalten gilt als Indikator der Prozessqualität und Anzeichen für die Integration der Versorgungsstufen. Diese Messgröße wurde bereits im Rahmen des Monitorings der ersten Zielsteuerungsperiode dargestellt. Der Anteil der Aufenthalte in Fondskrankenanstalten mit kurzer präoperativer Verweildauer, definiert als Aufnahmen mit einer Leistungserbringung in weniger als drei Pflgetagen, betrug 2020 österreichweit 92,9 Prozent und liegt damit knapp unter dem Zielwert von 94 Prozent (siehe Abbildung 5.2). Dieser Zielwert wurde 2020 von drei Bundesländern erreicht (Burgenland, Kärnten und Vorarlberg). In 54,4 Prozent aller Fälle in FKA wurde die Leistungserbringung binnen eines Pflgetages umgesetzt. Den höchsten Anteil erzielte hierbei Vorarlberg mit 59,6 Prozent Aufnahmen mit einer Leistungserbringung innerhalb eines Pflgetages, den geringsten Anteil verzeichnete man in der Steiermark mit 49,8 Prozent. Generell ist bei allen Messgrößenausprägungen anzumerken, dass die Werte für 2020 im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren sind.

Ebenso als Messgröße (16) zur Abbildung der Verbesserung der integrierten Versorgung aufgenommen wurden jene **Patientinnen/Patienten** sowie Ärztinnen/Ärzte, **die an „Therapie Aktiv“ teilnehmen**, einem Betreuungs- und Therapieprogramm für Typ-2-Diabetikerinnen/-Diabetiker, welches das erste Disease-Management-Programm in Österreich darstellt. Die „Therapie Aktiv“-Teilnahmeraten haben sich sowohl auf ärztlicher Seite wie auch bezüglich der teilnehmenden Patientinnen/Patienten in den letzten Jahren erhöht. Der Anteil der Typ-2-Diabetikerinnen/-Diabetiker, welche am Programm teilnahmen, lag 2019 österreichweit bei 23,7 Prozent und damit um 2,4 Prozentpunkte über dem Vorjahreswert.¹¹ Ebenso erhöhte sich die Teilnahmerate der niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner sowie niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin im Zeitraum 2019 bis 2020 von 16,7 Prozent auf 17,7 Prozent. Hierbei ist anzumerken, dass die Teilnahmeraten sowohl in Bezug auf Patientinnen/Patienten als auch auf Ärztinnen/Ärzte generell niedrig ausfallen und starke bundesländerspezifische Varianzen aufweisen. Der Anteil der teilnehmenden Typ-2-Diabetiker/-innen lag etwa 2019 in Tirol bei 7,11 Prozent, während dort 6,14 Prozent der Ärztinnen/Ärzte (2020) teilnahmen. Im Gegensatz dazu nahmen beispielsweise in Oberösterreich 32,9 Prozent der Typ-2-Diabetiker/-innen (2019) sowie 26,4 Prozent der Ärztinnen/Ärzte (2020) an „Therapie Aktiv“ teil. Generell ist bei allen Messgrößenausprägungen anzumerken, dass die Werte für 2020 im Lichte der COVID-19-Pandemie zu interpretieren sind.

11

Die Diabetes-Typ-2-Prävalenz wird auf Basis der Abrechnungsdaten der Sozialversicherungsträger ermittelt (z. B. diabetesrelevante Medikamentenverordnungen, Blutzuckerbestimmungen, HbA1c-Bestimmungen) und steht zum jetzigen Zeitpunkt nur bis 2019 zur Verfügung, weshalb der Anteil der teilnehmenden Diabetiker/-innen nur bis 2018 ausgewiesen werden kann.

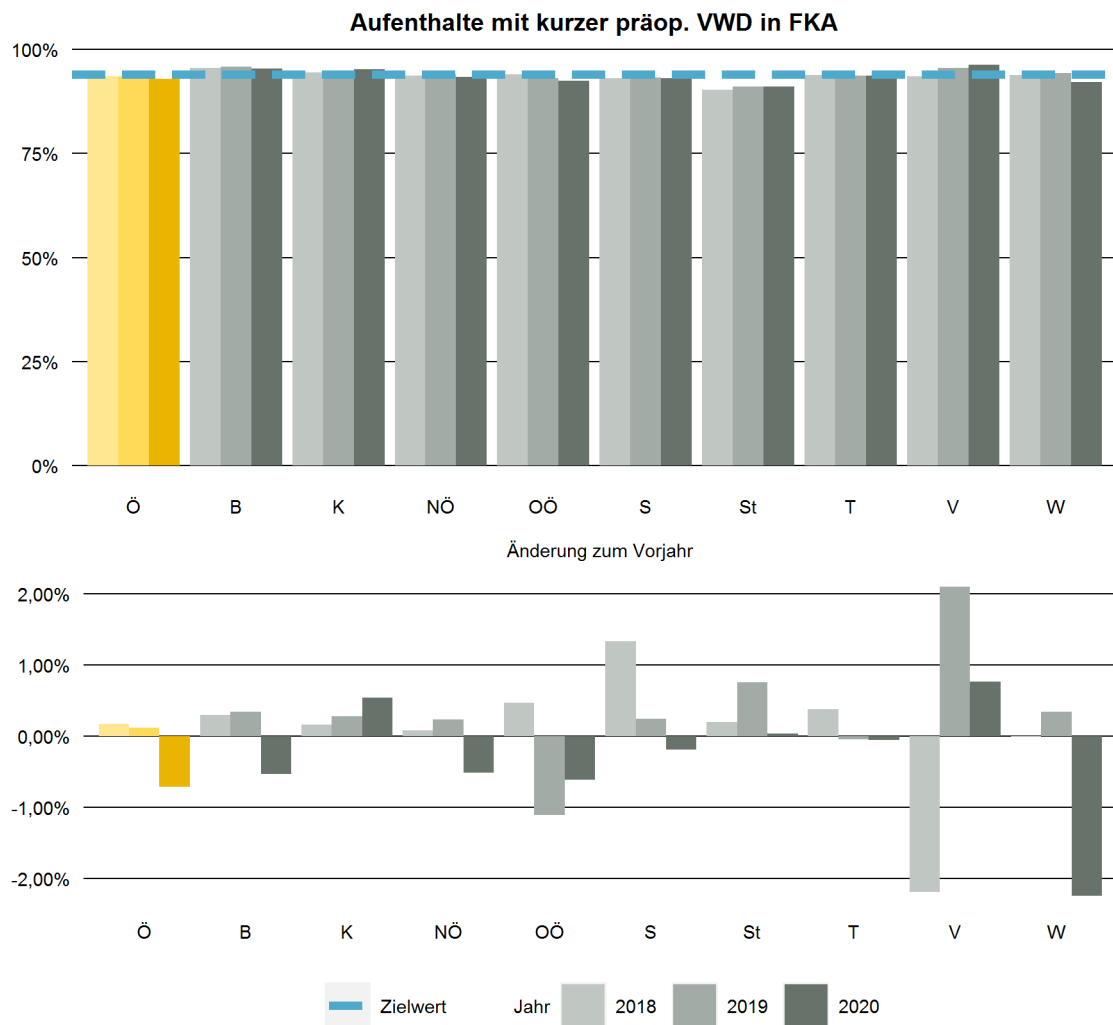
Zur **Stärkung der Sachleistungsversorgung** wird versucht, örtliche, zeitliche und soziale Zugangsbarrieren abzubauen. Zum Beispiel sollen anhand einer Analyse Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs abgeleitet werden, und ein Öffnungszeiten- und Wartezeitenmonitoring soll etabliert werden. Ein verbessertes Sachleistungsangebot soll auch positive Auswirkungen auf die **Zufriedenheit der Bevölkerung mit der medizinischen Versorgung** haben (Messgröße 18).

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

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

Abbildung 5.2:

Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer (VWD; < 3 Pflage tage) in
Fon dskranken an stalten (FKA) 2018–2020 (Messgröße 15)



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

Quelle: BMSGPK (2021b); Darstellung: GÖG

6 Gesundere Bevölkerung (strategisches Ziel 3)

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

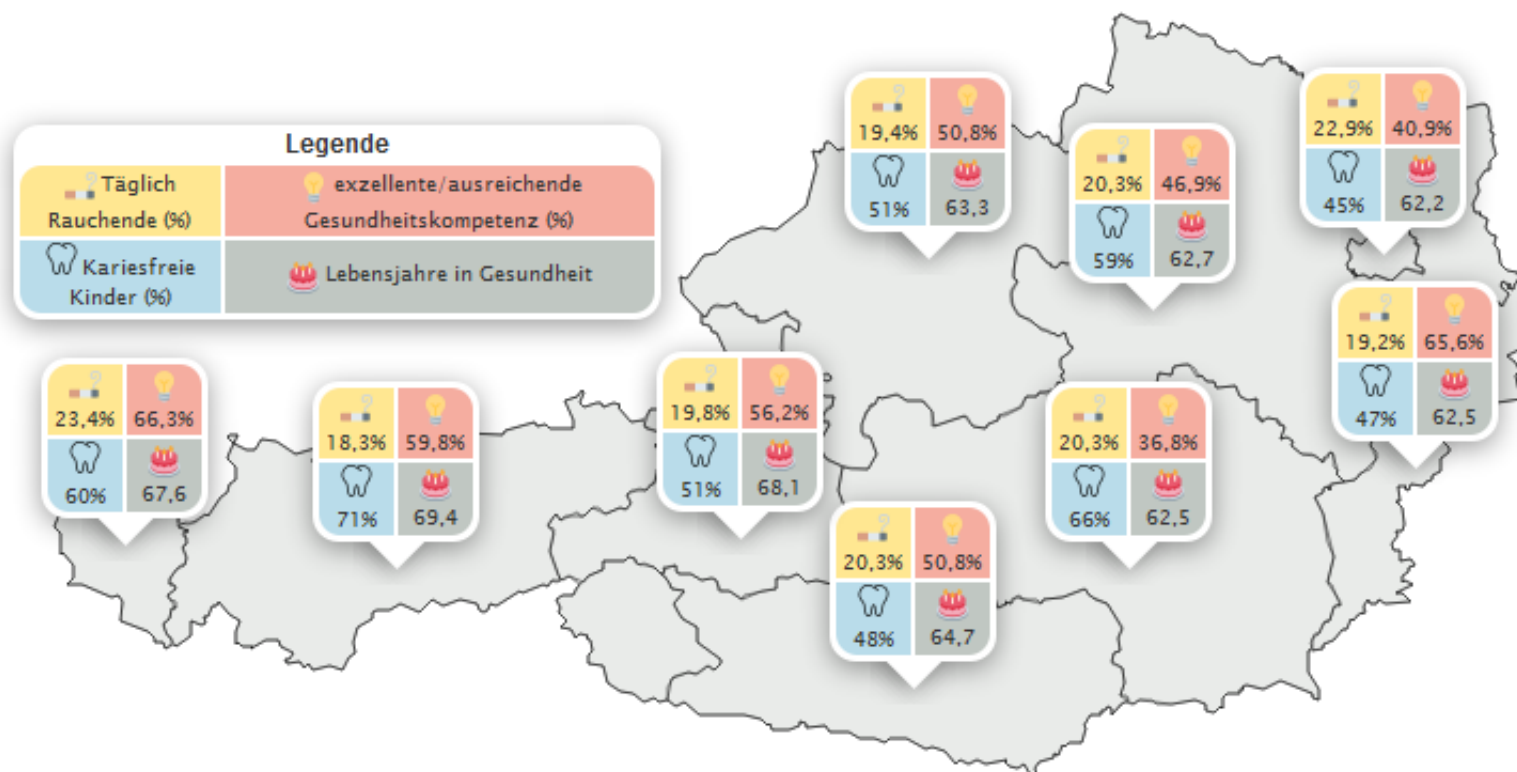
Stärkung der Gesundheitskompetenz (op. Ziel 10)

Im Rahmen des Zielsteuerungsvertrags soll die **Gesundheitskompetenz** (Messgröße 19) anhand definierter Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene gestärkt werden. Die letzte Gesundheitskompetenzbefragung (Health Literacy Survey) wurde 2011 in acht europäischen Ländern (Österreich, Bulgarien, Deutschland, Griechenland, Irland, Niederlande, Polen und Spanien) durchgeführt und umfasste 1.000 Befragte pro Staat. Darüber hinaus wurden in Österreich Zusatzerhebungen in den Bundesländern durchgeführt, um Aussagen auf Bundesländerebene zu ermöglichen (Pelikan et al. 2013). Diese Erhebung wurde 2019 erneut durchgeführt und wird Erkenntnisse in Hinblick auf die Entwicklung der österreichischen Gesundheitskompetenz im europäischen Vergleich liefern. Ergebnisse der neuen Befragung werden erst im Laufe des Jahres 2021 vorliegen, weshalb sie für den gegenständlichen Bericht noch nicht berücksichtigt werden konnten.

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

Abbildung 6.1:

Gesündere Bevölkerung: täglich Rauchende (2019), Gesundheitskompetenz (2011), gesunde Lebensjahre (2019) und kariesfreie Kinder (2016) im Bundesländervergleich (Messgrößen 19 bis 22)



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

Quellen: Bodenwinkler et al. (2017); Klimont/Klotz (2016); Pelikan et al. (2013); Statistik Austria (2015); Statistik Austria (2021b); Statistik Austria (2021a); Darstellung: GÖG

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

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

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

Der **Anteil täglich Rauchender** ist ein weitverbreiteter Indikator im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Im Jahr 2019 rauchten 20,6 Prozent und damit rund ein Fünftel der Österreicherinnen/Österreicher 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 (siehe Abbildung 6.1). Im Zeitraum 2014–2019 ist die Raucherrate gemäß Daten der Statistik Austria von 24,3 Prozent auf 20,6 Prozent insgesamt gesunken. Dieser sinkende Trend gilt sowohl für Männer (26,5 % 2014 auf 23,5 % 2019) als auch für Frauen (22,1 % 2014 auf 17,8 % 2019). International liegt Österreich in diesem Bereich signifikant über dem EU-Durchschnitt (Deutschland 2017: 18,8 %; England 2018: 16,6 %; Schweden 2018: 10,1 %; OECD 2021).

Die **Zahngesundheit** von Kindern wurde im Rahmen der Zielsteuerung ebenfalls als Indikator im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention definiert (Messgröße 22). Laut Zahnstuserhebung 2016 waren rund 55 Prozent der sechsjährigen Kinder kariesfrei. Wiederum zeigen sich starke regionale Unterschiede von etwa 71 Prozent kariesfreien Kinder in Tirol im Vergleich zu 45 Prozent in Wien (siehe Abbildung 6.1). Der Sanierungsgrad bei sechsjährigen Kindern liegt österreichweit bei 39 Prozent. Dies bedeutet, dass über die Hälfte der als kariös befundenen Milchzähne keine Sanierung aufweist. Die führenden europäischen Länder erreichen hierbei Werte von über 80 Prozent (z. B. Dänemark 86 % oder Norwegen 83 %; Bachner et al. 2018; Bodenwinkler et al. 2017). Über die Änderung des Österreich-Werts gegenüber der Zahnstuserhebung 2011 ist keine gesicherte Aussage möglich. Auffällige Veränderungen ergaben sich jedoch in einzelnen Bundesländern, insbesondere ist der Sanierungsgrad im Burgenland, in Kärnten und Oberösterreich im Zeitraum 2011 bis 2016 deutlich gesunken (siehe Tabelle 7.27).

7 Anhang

7.1 Kommentierungen zum Finanzzielmonitoring

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

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

meldeverantwortliche Stelle	allgemeine Anmerkungen gem. Meldeformular I/2021
Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (DVS) für alle Träger	Datenquellen: 2019: endgültige Erfolgsrechnungen (§§ 3 und 7 der Rechnungsvorschriften). 2020: vorläufige Erfolgsrechnungen (§ 17 der Rechnungsvorschriften) – Stand 15. August 2020.
Oberösterreich	Begründung 2019: Überschreitung der Ausgabenobergrenze: Die Mehreinnahmen (= Aufwand LKF-Ersätze) der Hauptverbandsmittel wirken sich erst im zweitfolgenden Jahr im Landesvoranschlag abgangsmindernd und auf die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben aus. Begründung 2020: Überschreitung der Ausgabenobergrenze: Die Überschreitung resultiert aus der im Dez. 2020 vorgezogenen Leistungsausgleichszahlung an die Ordenskrankenanstalten. Ungeachtet dessen ist noch nicht absehbar, welche finanziellen Folgen die COVID-Krise im Rechnungsabschluss 2020 nach sich zieht. Begründung 2021: Unterschreitung: Es ist noch nicht absehbar, welche finanziellen Folgen die COVID-Krise im Rechnungsabschluss 2021 nach sich zieht.
Salzburg	Für 2019 sind bzgl. des Landes und der Gemeinden die endgültigen RA-Werte enthalten; für 2020 sind voraussichtliche RA-Werte enthalten, für 2021 sind die Voranschlagswerte eingetragen.
Tirol	Anmerkungen zur Corona-Pandemie: Die wirtschaftlichen Auswirkungen der umfassenden Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des COVID-19-Virus auf die Finanzierung der LGF-Krankenanstalten und insbesondere auf das System der Finanzzielsteuerung (Länder) lassen sich wie folgt gliedern: 1. konjunkturkrisenbedingt eingeknickte BGA-, SV- und USt- Mittel; 2. „sonstige“ Mindererträge der LGF-Krankenanstalten – insbesondere in der LGF-Auslandsabrechnung und bei öffentlich-rechtlichen Gebühren; 3. „COVID-Mehraufwendungen“ der LGF-Krankenanstalten (Saldo aus Mehr- und Minderaufwendungen) Die Erhebungsmethodik wirft zahlreiche definitorische und erfassungstechnische Fragen auf, es stellt sich auch die Frage der verwaltungswirtschaftlichen Vertretbarkeit einiger von GÖG abgefragter Erhebungsbereiche. Weiters sei die Frage der Sinnhaftigkeit eines Vergleiches der AOG (welche in Unkenntnis der Corona-Pandemie vereinbart wurden) mit den erwarteten ÖGA (inkl. Auswirkungen von Corona) aufgeworfen.
Vorarlberg	Daten des Jahres 2019 auf Basis Rechnungsabschluss Daten des Jahres 2020 auf Basis Hochrechnung Daten des Jahres 2021 auf Basis Voranschlag

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

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2021

Für Details hinsichtlich der Finanzzielsteuerungsmethodik wird auf Abschnitt 6 Art. 17 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG ZS-G verwiesen, welcher Festlegungen zur Ermittlung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben trifft, sodass die für die Finanzzielsteuerung als relevant definierten Gesundheitsausgaben im Bereich der Länder und der gesetzlichen Krankenversicherung transparent und nachvollziehbar ermittelt werden können. Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie erfolgte zum aktuellen Monitoringzeitraum (März 2021) eine Zusatzerhebung zu den ZSG-relevanten COVID-19-Aufwendungen und ZSG-relevanten Refundierungen seitens des Bundes, um die Vollständigkeit bei der Berechnung der ZSG-relevanten GHA zu gewährleisten.

7.2 Daten der Messgrößen

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

Tabelle 7.2:

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

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

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

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

Zielvorgabe: 75 PVE österreichweit

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

Quelle: Meldung DVSV 2021; BMSGPK (2021c)

Tabelle 7.3:

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

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Burgenland		—	—	1,454	2,180	
Kärnten		—	—	—	—	
Niederösterreich		—	0,243	1,319	2,241	
Oberösterreich		0,903	1,898	2,018	2,083	
Salzburg		—	—	—	—	
Steiermark		—	1,317	2,957	4,799	
Tirol		—	—	—	—	
Vorarlberg		—	—	—	—	
Wien		0,899	1,082	1,602	1,763	
Österreich		0,356	0,846	1,371	1,866	

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

Zielvorgabe: steigender Trend

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

Quelle: Meldung DVSV 2021

Tabelle 7.4:

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

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

n. v. = nicht verfügbar, derzeit nicht definiert

Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Meldung DVSV, Länder 2021

Tabelle 7.5:

Messgröße 4: Krankenhaushäufigkeit in Fondskrankenanstalten je 1.000 EW

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Zielwert 2021
Burgenland	213,3	207,1	200,1	199,7	199,4	200,7	204,1	169,4	
Kärnten	254,9	253,4	242,8	231,9	224,3	220,7	216,2	186,6	
Niederösterreich	226,3	222,5	217,8	214,4	209,4	206,9	205,7	158,8	
Oberösterreich	251,5	248,2	242,5	241,5	239,5	239,5	235,4	196,6	
Salzburg	233,5	228,7	220,3	216,9	211,7	207,3	203,1	172,5	
Steiermark	230,3	229,4	222,7	220,9	215,8	212,5	208,7	170,4	
Tirol	232,8	228,6	221,7	218,2	214,5	213,0	210,2	180,9	
Vorarlberg	208,7	212,3	207,1	201,6	196,9	195,7	189,7	164,7	
Wien	192,0	186,8	181,5	177,6	172,8	171,5	170,0	141,1	
Österreich	225,7	222,3	216,1	212,6	208,2	206,3	203,6	168,1	191
Veränderung zum Vorjahr*		-1,50 %	-2,80 %	-1,61 %	-2,09 %	-0,92 %	-1,27 %	-17,47 %	

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

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

Datenbasis: vorläufige Meldung der Länder mit Stand März 2021

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

Quelle: BMSGPK (2021 b)

Tabelle 7.6:

Messgröße 5: Belagstagedichte in Fondskrankenanstalten je 1.000 EW

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Zielwert 2021
Burgenland	1.264,4	1.233,3	1.198,7	1.221,1	1.209,6	1.211,5	1.221,9	1.008,1	
Kärnten	1.716,9	1.691,4	1.632,2	1.577,7	1.515,3	1.494,5	1.471,4	1.281,7	
Niederösterreich	1.450,6	1.420,3	1.372,4	1.363,1	1.316,9	1.310,9	1.299,8	1.040,6	
Oberösterreich	1.534,7	1.509,0	1.518,5	1.451,9	1.445,0	1.428,6	1.442,6	1.197,4	
Salzburg	1.460,4	1.429,6	1.383,4	1.369,4	1.327,7	1.298,0	1.288,2	1.114,8	
Steiermark	1.535,4	1.535,0	1.459,2	1.449,7	1.420,8	1.397,1	1.376,9	1.134,8	
Tirol	1.401,2	1.374,4	1.340,1	1.318,4	1.293,2	1.288,0	1.276,2	1.128,2	
Vorarlberg	1.394,5	1.345,2	1.313,8	1.284,0	1.272,4	1.216,9	1.203,5	1.059,7	
Wien	1.473,7	1.422,2	1.361,0	1.306,3	1.260,3	1.243,8	1.227,2	1.050,9	
Österreich	1.486,8	1.456,8	1.413,3	1.380,4	1.346,7	1.329,8	1.320,2	1.109,3	1.252
Veränd. zum Vorjahr*		-2,02 %	-2,99 %	-2,33 %	-2,44 %	-1,26 %	-0,72 %	-15,97 %	

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

*Die Berechnung der Wachstumsraten erfolgt auf Basis ungerundeter Echtwerte.

Datenbasis: vorläufige Meldung der Länder mit Stand März 2021

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

Quelle: BMSGPK (2021 b)

Tabelle 7.7:

Messgröße 6: Ausgewählte Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden in Prozent der durchgeführten Leistungen 2020, Vorjahreswerte (2019) in Klammern

	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö	Zielwert 2021
Adenotomie/ Parazentese	43,1 (46,1)	40,3 (37,0)	53,2 (56,0)	54,4 (57,0)	32,5 (32,4)	23,9 (14,4)	42,9 (39,5)	60,8 (63,4)	46,3 (52,3)	44,7 (46,5)	40
Curettag	63,6 (63,7)	72,9 (72,3)	61,3 (67,3)	64,2 (63,1)	62,3 (59,0)	62,7 (65,8)	56,9 (56,2)	71,1 (68,4)	38,2 (43,9)	57,6 (59,7)	50
Eingriffe Bewegungsapparat	61,6 (39,7)	68,9 (54,5)	70,1 (43,3)	57,9 (34,3)	49,9 (28,3)	58,2 (56,1)	67,1 (43,5)	57,7 (52,5)	63,0 (37,4)	61,5 (41,1)	40
Eingriffe Haut mit Lappenplastik	84,2 (32,8)	31,2 (44,5)	40,3 (33,3)	33,6 (31,8)	44,7 (52,6)	49,1 (35,7)	49,0 (60,3)	55,0 (44,7)	26,3 (50,7)	40,8 (46,9)	40
Hernien-OP	2,2 (6,0)	27,0 (27,7)	3,1 (6,4)	2,4 (2,3)	3,1 (4,7)	4,8 (6,7)	8,4 (7,4)	24,6 (18,1)	2,8 (3,6)	6,5 (7,0)	15
Karpaltunnel-OP	86,4 (86,6)	88,9 (91,5)	91,7 (85,6)	79,8 (78,6)	62,9 (60,0)	83,6 (81,1)	87,0 (85,7)	86,4 (80,0)	69,7 (65,7)	81,2 (79,3)	65
Katarakt-OP	99,9 (99,7)	97,0 (97,2)	96,2 (94,9)	90,9 (89,5)	92,0 (92,0)	82,4 (80,8)	88,1 (87,4)	92,0 (85,0)	92,4 (88,7)	91,7 (89,7)	70
Kniearthroskopie	40,4 (45,9)	76,4 (75,8)	66,0 (52,5)	22,0 (16,4)	23,8 (20,2)	14,6 (13,0)	24,4 (22,0)	52,5 (49,9)	29,7 (25,6)	36,4 (33,1)	30
Metallentfernung	40,7 (47,7)	70,0 (71,2)	55,6 (49,1)	49,5 (49,8)	37,0 (38,8)	48,2 (45,9)	44,9 (42,7)	48,1 (53,7)	30,5 (34,0)	45,6 (46,2)	40
sonst. Eingriffe Auge	37,9 (34,5)	91,8 (92,2)	82,3 (79,4)	83,1 (81,3)	92,5 (88,5)	75,7 (83,5)	82,5 (82,4)	35,7 (21,6)	92,5 (92,3)	85,6 (84,6)	70
sonst. Eingriffe HNO	4,1 (5,0)	15,0 (11,7)	2,1 (0,7)	8,1 (7,7)	9,7 (4,2)	0,8 (0,7)	0,6 (2,1)	0,0 (2,3)	0,2 (0,3)	3,9 (3,1)	20
sonst. Eingriffe Urologie	56,3 (51,0)	74,6 (71,3)	67,2 (73,0)	56,7 (57,6)	61,4 (64,6)	58,8 (57,9)	53,6 (55,3)	30,3 (29,0)	49,2 (55,1)	56,5 (59,1)	60
sonst. Eingriffe Uterus	75,2 (73,5)	80,0 (80,0)	62,7 (68,5)	64,8 (60,1)	69,2 (62,2)	70,1 (71,0)	61,7 (59,3)	81,5 (79,7)	29,2 (31,2)	62,0 (62,0)	40
Varizen-OP	17,8 (12,1)	75,5 (69,2)	45,4 (42,8)	29,1 (28,1)	35,0 (33,3)	45,9 (38,9)	24,2 (28,6)	54,0 (56,3)	29,4 (23,3)	40,6 (36,9)	30
gewichteter Mittelwert (Fälle)	61,0 (57,5)	78,7 (74,9)	69,4 (67,0)	65,5 (61,7)	63,2 (60,5)	56,5 (55,2)	60,2 (57,5)	67,8 (61,9)	63,1 (60,7)	64,7 (61,9)	

Zielvorgabe: steigender Trend, leistungsspezifische Zielwerte 2021

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

Quelle: BMSGPK (2021 b)

Tabelle 7.8:

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

Stellenart	besetzte Ausbildungsstellen					genehmigte Ausbildungsstellen			
	11/2016	11/2017	11/2018	11/2019	06/2020	2016	2017	2018	2019
Basisausbildung	938	1.183	1.036	897	965	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Allgemeinmedizin	1.435	1.237	1.120	1.006	1.098	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Sonderfächer	5.122	5.259	5.640	5.633	5.760	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Additivfach	718	665	587	588	571	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Summe	8.213	8.344	8.383	8.124	8.394	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.

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

n. v. = Daten derzeit nicht verfügbar

Zielvorgabe: Beobachtungswert

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

Quelle: BMSGPK (2021a)

Tabelle 7.9:

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

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

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Quelle: Meldung DVSV 2021, Regiomed

Tabelle 7.10:

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

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

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Quelle: Meldung DVS 2021, Regiomed

Tabelle 7.11:

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

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

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Quelle: BMSGPK (2021b)

Tabelle 7.12:

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

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

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Quelle: BMSGPK (2021 b)

Tabelle 7.13:

Messgröße 10: Masern/Mumps/Röteln – Durchimpfungsrate Kinder (Zweijährige) in Prozent¹²

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Österreich (Zweijährige)	70,77					
Österreich (Vierjährige)*	89	84	83,8	88,4		

Zielvorgabe: steigender Trend

*Zusätzlich zur Durchimpfungsrate der Zweijährigen lt. Definition der Messgröße wird die Durchimpfungsrate der Vierjährigen aufgrund der besseren Datenverfügbarkeit angeführt.

Quelle: Meldung BMSGK (2018), *WHO/UNICEF (2018) für die Jahre 2016–2017 sowie Meldung BMSGPK (2020, 2021) für die Jahre 2018–2019

12

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

Tabelle 7.14:

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

	2017*	2018			2019			2020		
	(Einrichtungen)	(VZÄ)			(VZÄ)			(VZÄ)		
	Ambulatorien	Ambulatorien	ndgl.	Summe	Ambulatorien	ndgl.	Summe	Ambulatorien	ndgl.	Summe
Burgenland	2	6,0	0	6,0	6,0	0	6,0	6,9	0	6,9
Kärnten	4	2,0	2	4,0	3,0	2	5,0	2,9	2	4,9
Niederösterreich**	0	(2,0)	9	9,0 (+2)	(2,0)	9	9,0 (+2)	0,8	9	9,8
Oberösterreich**	4	(2,0)	5	5,0 (+2)	(2,0)	5	5,0 (+2)	0,3	5	5,3
Salzburg	1	2,0	2	4,0	2,0	2	4,0	1,1	2	3,1
Steiermark	0	4,5	0	4,5	5,0	0	5,0	5,0	0	5,0
Tirol	0	0,0	3	3,0	0,0	4	4,0	0,0	4	4,0
Vorarlberg	2	0,0	4,0	4,0	0,0	3,5	3,5	0,0	3,5	3,5
Wien	3	9,0	6	15,0	8,0	6	14,0	9,3	6	15,3
Österreich**	12	23,5 (+4)	31,0	54,5 (+4)	24,0 (+4)	31,5	55,5 (+4)	26,2	31,5	57,7

Zielvorgabe: steigender Trend

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

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

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

Quelle: Meldung DVSV 2021

Tabelle 7.15:

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

GDA	2017*		2018		2019		2020	
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %
Krankenanstalten	131	48,34	141	53,01	144	54,96	140	53,44
Pflegeeinrichtungen	11	1,13	22	2,08	42	3,56	78	6,48
Ambulatorien, Institute	38	6,29	58	6,20	99	11,01	120	13,47
Apotheken	15	1,06	602	42,36	1.377	96,90	1.398	97,69
Ärztinnen/Ärzte	90	1,13	2.920	36,50	6.491	86,01	7.158	92,30
Österreich	285	2,53	3.743	32,04	8.153	72,01	8.894	77,05

Der Berechnung des Anteils der GDA, die ELGA umgesetzt haben, liegt eine Meldung der ELGA GmbH, basierend auf dem GDA-Index, zugrunde. Für das Jahr 2020 betrug die Gesamtanzahl der Krankenanstalten 262, der Pflegeeinrichtungen 1.204, der Ambulatorien sowie Institute 891, der Apotheken ca. 1.431 und der niedergelassenen Vertragsärztinnen/-ärzte (inkl. Gruppenpraxen) 7.755 (Stand Feb. 2021).

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

Zielvorgabe: steigender Trend

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

Quelle: Meldung ELGA GmbH 2021

Tabelle 7.16:

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

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Burgenland	—	304	285	282	262	
Kärnten	—	215	198	205	195	
Niederösterreich	—	255	239	239	224	
Oberösterreich	—	185	171	179	169	
Salzburg	—	185	169	173	160	
Steiermark	—	272	252	259	243	
Tirol	—	220	202	207	196	
Vorarlberg	—	151	138	145	132	
Wien	—	228	216	220	203	
Österreich	—	229*	213	218	203	

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

Zielvorgabe: sinkender Trend

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

Quelle: Meldung DVSV 2021

Tabelle 7.17:

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

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

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

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

Zielvorgabe: sinkender Trend

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

Quelle: Mann et al. (2014), Meldung DVS 2021

Tabelle 7.18:

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

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

Zielvorgabe: 94 Prozent bis 2021

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

Quelle: BMSGPK (2021b)

Tabelle 7.19:

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

	2016*	2017	2018	2019	2020	2021
Burgenland	3,52	3,80	4,16	11,14		
Kärnten	6,65	13,29	17,87	21,17		
Niederösterreich	11,06	13,44	15,43	17,42		
Oberösterreich	23,89	27,13	30,78	32,92		
Salzburg	18,27	22,00	26,04	29,66		
Steiermark	24,22	26,79	29,80	31,69		
Tirol	0,00	1,06	3,83	7,11		
Vorarlberg	14,95	18,27	22,11	23,58		
Wien	18,11	20,49	22,77	24,70		
Österreich	15,69	18,43	21,22	23,66		

Zielvorgabe: steigender Trend

*Die Zahlen für das Jahr 2016 wurden anhand aktueller Informationen revidiert.

Quelle: Meldung DVSV 2021

Tabelle 7.20:

Messgröße 16: In „Therapie Aktiv“ versorgte Patientinnen/Patienten und teilnehmende Ärztinnen/Ärzte (2/2) – Anteil der teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte in Prozent aller Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und Fachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin¹³

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

Zielvorgabe: steigender Trend

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

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

Quelle: Meldung DVSV 2021

13

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

Tabelle 7.21:

Messgröße 17: Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen

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

Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Meldung DVSV 2021

Tabelle 7.22:

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

	2016	2019				
Fachärztinnen/-ärzte	85	85				
Krankenhaus	70	71				
praktische(r) Ärztin/Arzt, Hausärztin/-arzt	89	88				
Spitalsambulanzen	58	63				
Therapeutin/Therapeut	50	50				

Zielvorgabe: steigender oder konstanter Trend.

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

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

Tabelle 7.23:

Messgröße 19: Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz in Prozent der Befragten

	2011	2020				
Burgenland	65,6					
Kärnten	50,8					
Niederösterreich	46,9					
Oberösterreich	50,8					
Salzburg	56,2					
Steiermark	36,8					
Tirol	59,8					
Vorarlberg	66,3					
Wien	40,9					
Österreich	48,4					

Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Pelikan et al. (2013)

Tabelle 7.24:

Messgröße 20: Gesunde Lebensjahre bei der Geburt

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

Die Periodizität orientiert sich am ATHIS-Zyklus.

Zielvorgabe: steigender Trend

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

Tabelle 7.25:

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

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

Zielvorgabe: sinkender Trend

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

Tabelle 7.26:

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

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

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

n. v. = Daten nicht verfügbar

Zielvorgabe: steigender Trend

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

Tabelle 7.27:

Messgröße 22: Kariesfreie Kinder (2/2) – Gebissanierungsgrad unter sechsjährigen Kindern in Prozent¹⁴

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

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

n. v. = Daten nicht verfügbar

Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Bodenwinkler et al. (2017)

14

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

7.3 Übersicht Ziele und Messgrößen laut Bundes-Zielsteuerungsvertrag

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

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

Quelle: Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene 2017

Literaturverzeichnis

- Bachner, Florian; Griebler, Robert; Schmidt, Andrea; Mathis-Edenhofer, Stefan; Rainer, Lukas; Bobek, Julia (2018): Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept. Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen (Baselinebericht). Aktualisierte Fassung 2017. Zur Vorlage an die Bundes-Zielsteuerungskommission. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- BMGF (2017): ÖSG 2017 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- BMSGPK (2021a): ASV Meldungsstatistik: Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung (Stand: Juni 2020). Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz/Österreichische Ärztekammer, Wien
- BMSGPK (2021b): Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2021c): Statusbericht. Zur Umsetzung der Maßnahmen und laufenden Arbeiten des Zielsteuerungsvertrages. Status zum 31. 12. 2020. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Bodenwinkler, Andrea; Kerschbaum, Johann; Sax, Gabriele (2012): Zahnstatus 2011. Sechsjährige in Österreich. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit / Gesundheit Österreich GmbH – Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Bodenwinkler, Andrea; Sax, Gabriele; Kerschbaum, Hans (2017): Länder-Zahnstatuserhebung 2016: Sechsjährige in Österreich. Zahnstatus sechsjähriger Kinder mit und ohne Migrationshintergrund. Wissenschaftlicher Bericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Bundes-Zielsteuerungskommission (Hg.) (2016): Bevölkerungsbefragung 2016. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- HVB (2016): Bevölkerungsbefragung 2016. Erhebung des Wissensstandes der Bevölkerung zu gesundheitspolitischen Themen mit besonderem Fokus auf die aktuelle Gesundheitsreform. Hg. v. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger unter Mitarbeit der Gesundheit Österreich und des Teams für Qualitätsentwicklung und Service Management. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Keuerleber, Simon; Sauermaun, Robert (2016): Polypharmazie – Aktivitäten der österreichischen Sozialversicherung. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 166/5–6:173–178
- Klimont, Jeanette; Ihle, Petra (2009): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: ausgewählte Ergebnisse für Bundesländer. In: Statistische Nachrichten 10/2009

- Klimont, Jeanette; Klotz, Johannes (2016): Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung. Auswertungen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014. In: Statistische Nachrichten 9/2016
- 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:
- OECD (2021): Daily smokers (indicator) [online]. OECD. <https://data.oecd.org/healthrisk/daily-smokers.htm> [Zugriff am 27. März 2021]
- Pelikan J. M.; Röthlin F.; Ganahl K. (2012): Comparative Report on Health Literacy in eight EU Member States. Hg. v. 2009–2012, The European Health Literacy Project
- Pelikan, J. M.; Röthlin, F.; Ganahl, K. (2013): Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung – nach Bundesländern und im internationalen Vergleich. Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Bundesländer-Studie LBIHPR Forschungsbericht, Wien
- Statistik Austria (2008): Gesundheitsdeterminanten, aktueller Raucherstatus 2006/2007 [online]. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/rauchen/index.html [Zugriff am 5. April 2018]
- Statistik Austria (2015): Gesundheitsdeterminanten, aktueller Raucherstatus 2014 [online]. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/rauchen/105592.html [Zugriff am 22. März 2018]
- Statistik Austria (2021a): Gesundheitsbefragung ATHIS. Ergebnisse 2019. Unveröffentlicht
- Statistik Austria (2021b): Gesundheitsdeterminanten, aktueller Raucherstatus 2019 [online]. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/rauchen/index.html#:~:text=2019%20gab%20es%20in%20%C3%96sterreich,fr%C3%BCheren%20Raucherinnen%20und%20Raucher%20ab. [Zugriff am 29. März 2021]
- WHO/UNICEF (2018): Austria: WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2017 revision. World Health Organization, Copenhagen