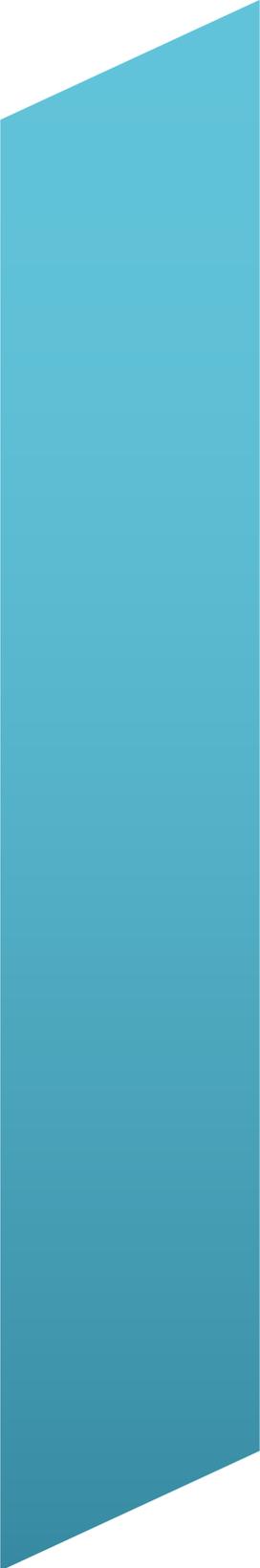


Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung



Monitoringbericht Zielsteuerung- Gesundheit

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

Berichtsjahr 2019

Abgenommen durch die
Bundes-Zielsteuerungskommission im Juni 2020

Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit

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

Autorinnen und Autoren:

Florian Bachner
Julia Bobek
Anita Haindl
Lukas Rainer
Martin Zuba

Projektassistenz:

Monika Schintlmeister

Wien, im April 2020

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

Zitiervorschlag: Bachner, Florian; Bobek, Julia; Haindl, Anita; Rainer, Lukas; Zuba, Martin (2020):
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, wie weit die im Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Ziele auf Bundes- und Landesebene erreicht wurden.

Methode

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

Ergebnisse

Der dritte umfassende Monitoringbericht der neuen Zielsteuerungsperiode (2017–2021) zeigt gemischte Ergebnisse und Trends. Für die Berichtsjahre 2018 bis 2020 kommt es gemäß den (vorläufigen) Ergebnissen des **Finanzzielmonitorings** gesamthaft zu Unterschreitungen der Ausgabenobergrenzen. Länder und gesetzliche Krankenversicherung (KV) erzielten 2018 eine Unterschreitung in der Höhe von 617 Mio. Euro (2,6 %), welche sich bis 2020 auf 202 Mio. Euro (0,8 %) reduzierte. Im Bereich der Länder konnte die AOG im Jahr 2020 knapp unterschritten werden (um 2 Mio. Euro bzw. 0,01 %), weshalb eine Überschreitung der AOG innerhalb der ZS-Periode wahrscheinlich ist. Auch im Bereich der gesetzlichen KV kam es zu einer Reduktion des Abstands zur AOG (2020: 200 Mio. Euro).

Die vorläufigen Ergebnisse für 2020 zeichnen ein Bild der öffentlichen Gesundheitsausgaben vor Covid-19, da die zum Meldezeitpunkt verfügbaren Voranschläge die finanziellen Auswirkungen nicht enthalten, die aus jenen Maßnahmen resultieren, welche die Politik zur Eindämmung der Verbreitung des Virus gesetzt hat. Die Auswirkungen dieser Maßnahmen auf die zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben sind zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht absehbar, weshalb die Voranschlagswerte für 2020 mit großer Vorsicht zu interpretieren sind.

Die 22 definierten Messgrößen der **Steuerungsbereiche** bewegen sich mehrheitlich in die intendierte Richtung. Neben vielfachen positiven Entwicklungen, z. B. hinsichtlich der Anzahl der Primärversorgungseinheiten, zeigten sich jedoch auch bei einzelnen Indikatoren Abweichungen von der beabsichtigten Zielrichtung, bzw. konnten Zielvorgaben nicht gänzlich erreicht werden. So konnte das Ziel der jährlichen Reduktion der Krankenhaushäufigkeit und Belagstagedichte um zwei Prozent das zweite Jahr in Folge nicht erreicht werden. Schätzungen der Durchimpfungsraten für Mumps/Masern/Röteln bei vierjährigen Kindern zeigten zuletzt negative Trends. Bis dato konnten zudem keine gemeinsamen sektoren- oder bundesländerübergreifenden Medikamentenbeschaffungen verzeichnet werden, und auch die Umsetzung multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer ambulanter Versorgungsformen steht noch aus. Die zu beobachtenden besetzten Ausbildungsstellen für Allgemeinmedizin sanken innerhalb dreier Jahre um 30 Prozent.

Schlussfolgerungen

Die Zielerreichung zeigt sowohl in Bezug auf die Finanzziele als auch auf die Steuerungsbereiche ein mehrheitlich positives Bild, jedoch bleiben zentrale Herausforderungen bestehen. Die zuletzt überdurchschnittlich hohen Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben haben zu einer deutlichen Annäherung an die Ausgabenobergrenze geführt. Bei anhaltendem Trend könnte dies – insbesondere im Bereich der Länder – zu einer Gefährdung der Finanzziele führen. Zudem sind die zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht absehbaren Auswirkungen von Covid-19 bei der Interpretation limitierend zu berücksichtigen. Die Monitoringergebnisse der Steuerungsbereiche zeigen zudem kritische Handlungsfelder auf, die Beachtung in den Arbeitsstrukturen der Zielsteuerung finden sollten.

Inhalt

Kurzfassung	III
Einleitung und Hintergrund.....	1
Teil A: Monitoring der Finanzzielsteuerung	2
1 Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege gemäß System of Health Accounts	3
2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben	5
2.1 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Länder	6
2.2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Gesetzliche Krankenversicherung.....	7
2.3 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Zusammenführung auf Bundesländerebene	11
3 Gesondert darzustellende Größen	14
Teil B: Monitoring der Steuerungsbereiche	17
4 Bessere Versorgung (strategisches Ziel 1).....	20
5 Bessere Qualität (strategisches Ziel 2)	31
6 Gesundere Bevölkerung (strategisches Ziel 3).....	37
7 Anhang	40
7.1 Kommentierungen zum Finanzzielmonitoring	40
7.2 Daten der Messgrößen	42
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	4
Abbildung 2.1: Entwicklung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben der Länder und der gesetzlichen KV 2010–2020 in Mio. Euro.....	5
Abbildung 3.1: Übersicht über die Messgrößenausprägungen.....	18
Abbildung 4.1: Versorgte Bevölkerung in PVE in Prozent (Messgröße 2) und PVE-Standorte	22
Abbildung 4.2: Krankenhaushäufigkeit und Belagstagedichte in Fondskrankenanstalten (FKA) (Messgrößen 4 und 5)	24
Abbildung 4.3: Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden, je Bundesland 2019 (Messgröße 6)	25
Abbildung 4.4: Ärztliche Versorgungsdichte (Messgröße 8) und Relation DGKP zu Ärztinnen/Ärzten in Fondskrankenanstalten (FKA), „Nurse to Physician Ratio“ (Messgröße 9)	28
Abbildung 5.1: Polypharmazie-Prävalenz und potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei über 70-Jährigen (Messgrößen 13 und 14)	34
Abbildung 5.2: Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer (VWD; < 3 Pflgetage) in Fondskrankenanstalten (FKA), 2017–2019 (Messgröße 15).....	36
Abbildung 6.1: Gesundere Bevölkerung: täglich Rauchende (2014), Gesundheitskompetenz (2011), gesunde Lebensjahre (2014) und kariesfreie Kinder (2016) im Bundesländervergleich (Messgrößen 19 bis 22)	38

Tabellen

Tabelle 1.1: Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in Mio. Euro, 2018	3
Tabelle 2.1: Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der Länder in Mio. Euro	6
Tabelle 2.2: Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der gesetzlichen KV in Mio. Euro und Abweichungen zur Ausgabenobergrenze nach Bundesland, zusammengeführt in Prozent	8
Tabelle 2.3: Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Mio. Euro nach Träger	9
Tabelle 2.4 (1/2): Bundesländerweise Zusammenführung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben, Länder und gesetzliche KV in Mio. Euro	12
Tabelle 3.1: Investitionen in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten sowie in den Gesundheitseinrichtungen der gesetzlichen KV, nach Bundesländern, in Euro, 2018	14
Tabelle 3.2: Aufwand Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche der gesetzlichen Krankenversicherungsträger 2018 in Euro	15
Tabelle 3.3: Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenfürsorgeanstalten sowie des Bundes 2012–2018 in Mio. Euro.....	15
Tabelle 4.1: Umgesetzte Primärversorgungseinheiten zum 31. 12. 2019 (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.).....	42
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.)	43
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	44
Tabelle 7.7: Messgröße 6: Ausgewählte Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden in Prozent der durchgeführten Leistungen 2019, Vorjahreswerte (2018) in Klammer	45
Tabelle 7.8: Messgröße 7: Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen für Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und Fachärztinnen/-ärzte	46

Tabelle 7.9: Messgröße 8: Ärztliche Versorgungsdichte (1 / 3) – Versorgungsdichte im extramuralen Bereich: Vertragsärztinnen/-ärzte (exkl. Zahnmedizin und technische Fächer) je 100.000 EW	46
Tabelle 7.10: Messgröße 8: Ärztliche Versorgungsdichte (2/3) – vertragsärztliche Versorgungsdichte im extramuralen Bereich: Zahnmedizinerinnen/-mediziner je 100.000 EW	47
Tabelle 7.11: Messgröße 8: Ärztliche Versorgungsdichte (3/3) – im intramuralen Bereich: in landesfondsfinanzierten Krankenanstalten je 100.000 EW	47
Tabelle 7.12: Messgröße 9: Relation diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger (DGKP) und Pflegefachassistenz (PFA) zu Ärztinnen/Ärzten in Fondskrankenanstalten („Nurse to Physician Ratio“)	48
Tabelle 7.13: Messgröße 10: Masern/Mumps/Röteln – Durchimpfungsrate Kinder (Zweijährige, in %)	48
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)	49
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)	50
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 Pflage tage, in Prozent aller Aufenthalte.....	51
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	52
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	53
Tabelle 7.23: Messgröße 19: Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz in Prozent der Befragten	53
Tabelle 7.24: Messgröße 20: Gesunde Lebensjahre bei der Geburt.....	54
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.....	55
Tabelle 7.27: Messgröße 22: Kariesfreie Kinder (2/2) – Gebissanierungsgrad unter sechsjährigen Kindern in Prozent	55

Abkürzungen

ÄAVE	ärztliche ambulante Versorgungseinheit
AM	Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner
AOG	Ausgabenobergrenze
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATC-Code	Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
B	Burgenland
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 und Fachärzte
FG	Fachgruppe
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
insb.	Insbesondere
K	Kärnten
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KGKK	Kärntner Gebietskrankenkasse
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie

KRBV	Krankenanstellen-Rechnungsabschluss-Berichtsverordnung
KV	Krankenversicherung
LGF	Landesgesundheitsfonds
LKF	leistungsorientierte Krankenanstellenfinanzierung
MG	Messgröße
Mio.	Millionen
MN	Maßnahme
NÖ	Niederösterreich
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OÖ	Oberösterreich
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
op. Ziel	operatives Ziel
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
PT	Pflegetag
PVE	Primärversorgungseinheit(en)
RA	Rechnungsabschluss/Rechnungsabschlüsse
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S	Salzburg
SGKK	Salzburger Gebietskrankenkasse
SHA	System of Health Accounts
St	Steiermark
STGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
SV	Sozialversicherung
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
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
VÄ	Vertragsärztinnen/-ärzte
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VB	Vereinbarung
VGKK	Vorarlberger Gebietskrankenkasse
VWD	Verweildauer
VZÄ	Vollzeitäquivalent
W	Wien
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
ZÄ	Zahnärztinnen/Zahnärzte
ZE	Zielerreichung
ZS-G	Zielsteuerung-Gesundheit

Einleitung und Hintergrund

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

Im Zielsteuerungsvertrag haben die Zielsteuerungspartner Bund, Länder und Sozialversicherung eine gemeinsame 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 dritten 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 SARS-CoV-2-Epidemie (Covid-19)

Die Coronakrise erreichte Österreich zeitgleich mit der Fälligkeit der Meldungen für das Finanzzielmonitoring (15. März 2020). Die in diesem Bericht veröffentlichten Voranschlagsdaten für das Jahr 2020 zeichnen ein Bild der öffentlichen Gesundheitsausgaben vor Covid-19. Die von der Politik gesetzten Maßnahmen zur Eindämmung der Verbreitung des Virus 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 noch nicht absehbar sind. Dies ist limitierend bei der Interpretation der Daten für 2020 jedenfalls zu berücksichtigen.

Umstrukturierung aufgrund der Organisationsreform des österreichischen Sozialversicherungssystems

Eine weitere Änderung betreffend die Voranschlagsdaten 2020 ergibt sich aufgrund der Organisationsreform des österreichischen Sozialversicherungssystems und der damit festgelegten strukturellen Veränderungen (SV OG 2018). Die Krankenversicherungsträger werden ab dem Voranschlagsmonitoring 2020 gemäß ihrer neuen Struktur abgebildet. Die bisherigen Gebietskrankenkassen werden ab 2020 als Landesstellen der ÖGK dargestellt. Folgende Details der Umstrukturierung sind ab dem Voranschlagsmonitoring 2020 zu beachten:

- » Die Landesstelle ÖGK ST beinhaltet die ehemaligen Betriebskrankenkassen BKK Voest Alpine Bahnsysteme, BKK Kapfenberg und BKK Zeltweg.
- » Die Landesstelle ÖGK NÖ beinhaltet die ehemalige BKK Mondi.
- » Die BVAEB setzt sich nicht nur aus ehemals BVA und VAEB zusammen, sondern beinhaltet zusätzlich noch Teile der ehemaligen BKK Wiener Verkehrsbetriebe.

Durch die Umstrukturierung wurde eine neue Aufteilung der AOG innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich, die seitens der gesetzlichen Krankenversicherung im April 2020 durchgeführt wurde.

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 2018 auf 26.786 Mio. Euro. **Damit wird die für diesen Zeitraum vereinbarte Ausgabenobergrenze um rund 624 Mio. Euro (bzw. 2,28 %) unterschritten** (vgl. Tabelle 1.1).

Tabelle 1.1:

Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in Mio. Euro, 2018

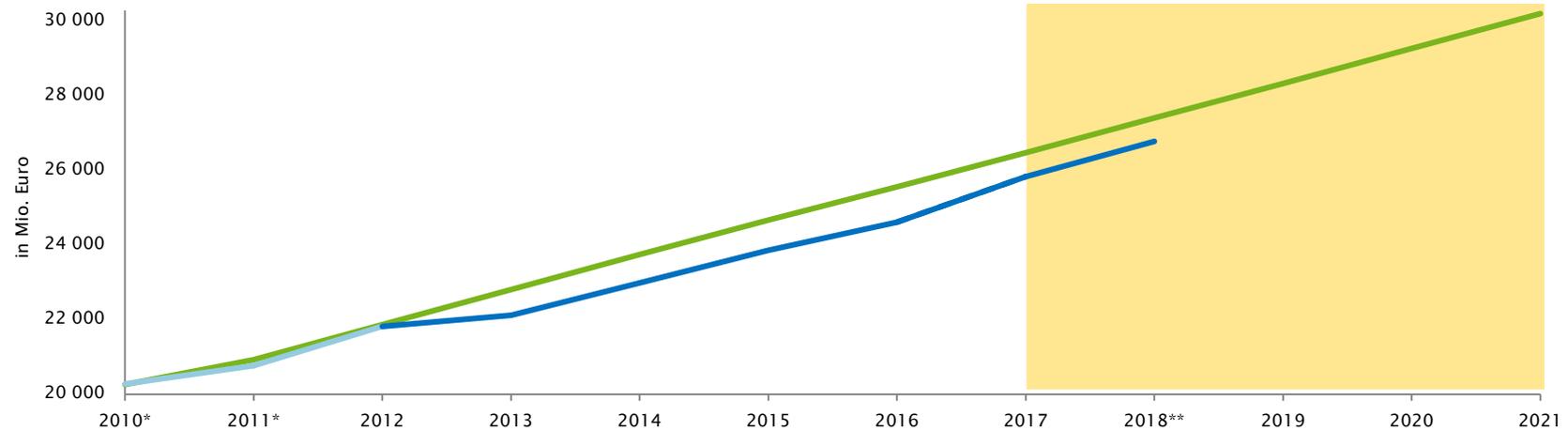
Gesamt		2018
SOLL	Ausgabenobergrenze	27.410
IST	Ausgaben gem. SHA	26.786
ANALYSE	Abweichung zur AOG absolut	-624
	Abweichung zur AOG in Prozent	-2,28 %

gerundet gem. G-ZG § 17 Abs. 1 Z 1

Quelle: Anhang ZV gem. G-ZG § 17 Abs. 1 Z 1, Statistik Austria 2020

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 2018 um durchschnittlich 3,5 Prozent jährlich. Zwischen 2017 und 2018 betrug das Wachstum 3,7 Prozent, während das nominelle BIP um 4,2 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	21.663	22.123	22.992	23.861	24.619	25.839	26.786			

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 Berichterlegung 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.

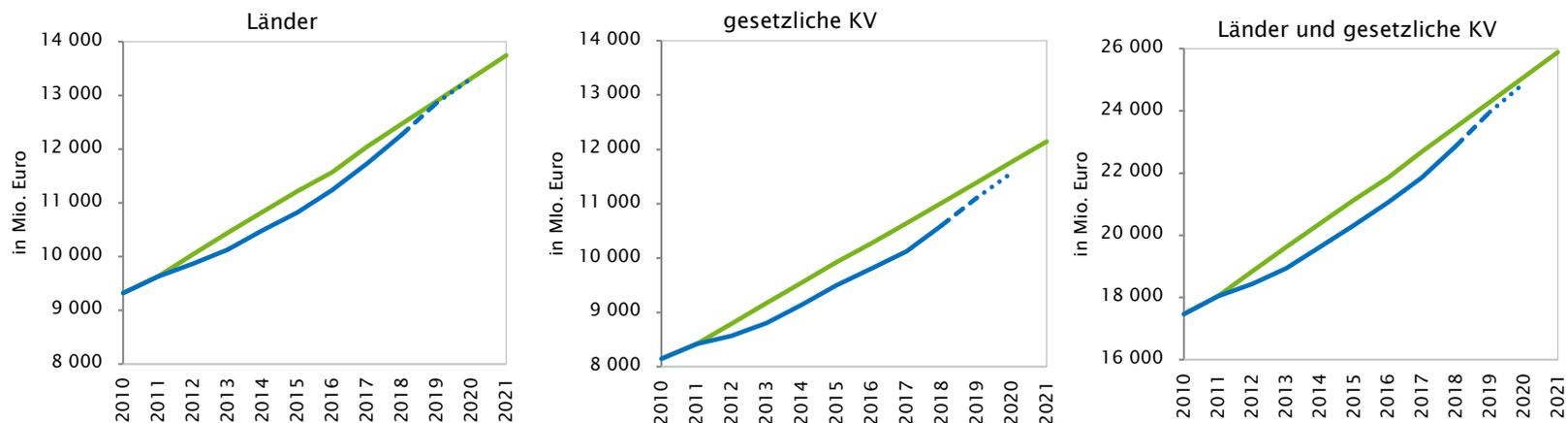
**Stand Februar 2020. Für das Jahr 2012 nach Bereinigung des GSBG-Effekts (siehe auch Monitoringbericht II/2014).

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			
	Ausgaben gem. unterjährigem Monitoring										23.964		
	Ausgaben gem. Voranschlagsmonitoring											24.884	

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 2020, 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 2020** (ausgehend von den Voranschlägen) zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben in der Höhe von 13.316 Mio. Euro prognostiziert. Dies entspricht einer knappen **Unterschreitung der vereinbarten Ausgabenobergrenzen für das Jahr 2020 um 2 Mio. Euro bzw. 0,01 Prozent**. Bei der Interpretation sind die eingangs erwähnten Unsicherheiten hinsichtlich der noch nicht abschätzbaren Auswirkungen von COVID-19 auf die tatsächliche Höhe der ZSG-relevanten GHA 2020 zu berücksichtigen.

Tabelle 2.1:
Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der Länder in Mio. Euro¹

Länder		Abschlussmonitoring	unterjähriges Monitoring	Voranschlagsmonitoring
		2018	2019	2020
SOLL	Ausgabenobergrenze	12.469	12.893	13.318
IST	Ausgaben gem. Monitoring	12.268	12.858	13.316
ANALYSE	Abweichung zur AOG absolut	-201	-35	-2
	Abweichung zur AOG in %	-1,61 %	-0,27 %	-0,01 %



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 2020, 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 vier Bundesländer die AOG überschreiten. **Die Wachstumsraten der GHA der Länder liegen seit 2017 mehrheitlich über jenen der vereinbarten Ausgabenobergrenze, was zu einer Annäherung an die Ausgabenobergrenze geführt hat und sich zuletzt in einer knappen Unterschreitung von 2 Mio. Euro für die Länder gesamthaft darstellt. Bei Fortsetzung dieses Trends ist von einer Überschreitung der Ausgabenobergrenze noch innerhalb dieser ZS-Periode auszugehen.**

- » **Wien** liegt zum aktuellen Monitoringzeitpunkt in allen drei Beobachtungsjahren (2018, 2019 und 2020) über der AOG.
- » **Burgenland, Tirol und Vorarlberg** überschreiten die AOG 2020 ebenfalls.
- » Im Jahr 2020 unterschreiten **Niederösterreich und Oberösterreich** die AOG um ein Prozent oder weniger.
- » **Oberösterreich** überschreitet im Jahr 2019 die AOG um 0,36 Prozent.

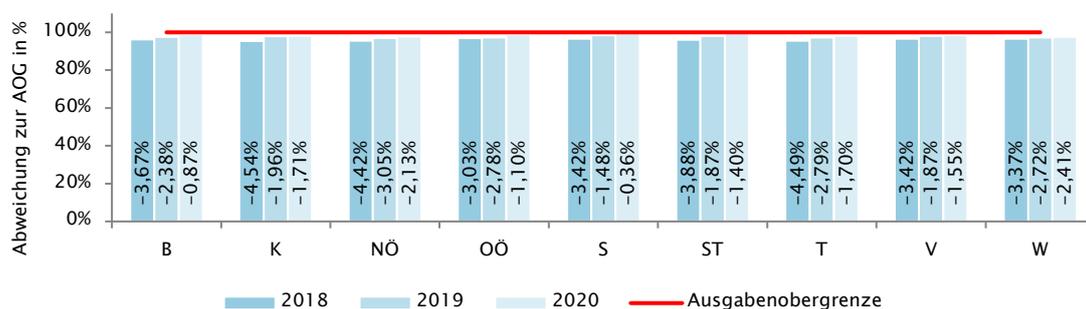
2.2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Gesetzliche Krankenversicherung

Im Bereich der **gesetzlichen Krankenversicherung** weist das Finanzmonitoring **für das Jahr 2020** zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben in der Höhe von 11.567 Mio. Euro aus (auf Basis der Voranschläge). Dies entspricht einer **Unterschreitung der vereinbarten Ausgabenobergrenze in der Höhe von 200 Mio. Euro bzw. 1,70 Prozent** (vgl. Tabelle 2.2). Bei der Interpretation der Daten für das Jahr 2020 sind – analog zu den Ländern – die eingangs erwähnten Unsicherheiten hinsichtlich der noch nicht abschätzbaren Auswirkungen von COVID-19 zu bedenken.

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
		2018	2019	2020
SOLL	Ausgabenobergrenze	11.016	11.391	11.767
IST	Ausgaben gem. Monitoring	10.600	11.106	11.567
ANALYSE	Abweichung zur AOG absolut	-416	-285	-200
	Abweichung zur AOG in %	-3,78 %	-2,50 %	-1,70 %



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 2020, und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 2

Analog dem Trend im Bereich der Länder ist **für die gesetzliche Krankenversicherung ab dem Jahr 2017 eine deutliche Annäherung an die Ausgabenobergrenze zu verzeichnen**. Die Wachstumsraten der GHA der Gebietskrankenkassen (bzw. Landesstellen der ÖGK, sofern ohne Zeitreihenbruch analysierbar) liegen seit 2017 ausnahmslos über jenen der vereinbarten AOG.

Durch das SV OG 2018² werden die Krankenversicherungsträger ab dem Voranschlagsmonitoring 2020, wie eingangs erwähnt, gemäß ihrer neuen Struktur im Monitoring der Finanzzielsteuerung abgebildet, wodurch ein Zeitreihenbruch entsteht (siehe Spalte „Voranschlagsmonitoring 2020“ in Tabelle 2.3).

Detailauswertungen auf der Ebene der einzelnen KV-Träger (siehe Tabelle 2.3) zeigen zum aktuellen Erhebungszeitpunkt (März 2020) **mehrheitlich Unterschreitungen der Ausgabenobergrenzen mit Ausnahme der ehemaligen SVA, welche die vereinbarte Ausgabenobergrenze im Jahr 2018 um 5,44 Mio. Euro (bzw. 0,75 %) und 2019 um 16,22 Mio. Euro (bzw. 2,16 %) überschritt. Auch die Landesstelle Salzburg der ÖGK überschreitet im Jahr 2020 die AOG um 1,53 Mio. Euro (bzw. 0,28 %)**. Durch das SV OG verlaufen die Abstände der einzelnen Träger 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) gemeinsam abgebildet werden.

² siehe <https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/l/2018/100>

Tabelle 2.3:

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

Krankenversicherungsträger ¹			Abschluss-	unterjähriges	Voranschlags-
			monitoring	Monitoring	monitoring
			2018	2019	2020
BGKK/ ÖGK – B	SOLL	AOG	257,91	266,69	275,49
	IST	Ausg. gem. Monitoring	248,88	260,92	274,58
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-9,03	-5,77	-0,91
		Abw. von AOG in %	-3,50 %	-2,16 %	-0,33 %
KGKK/ ÖGK – K	SOLL	AOG	518,86	536,52	554,23
	IST	Ausg. gem. Monitoring	494,29	528,16	545,85
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-24,57	-8,36	-8,38
		Abw. von AOG in %	-4,74 %	-1,56 %	-1,51 %
NÖGKK/ ÖGK – NÖ ²	SOLL	AOG	1.493,99	1.544,85	1.604,53
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.425,87	1.497,05	1.570,76
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-68,12	-47,8	-33,77
		Abw. von AOG in %	-4,56 %	-3,09 %	-2,10 %
OÖGKK/ ÖGK – OÖ	SOLL	AOG	1.323,51	1.368,57	1.413,74
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.286,85	1.330,99	1.402,05
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-36,66	-37,58	-11,69
		Abw. von AOG in %	-2,77 %	-2,75 %	-0,83 %
SGKK/ ÖGK – S	SOLL	AOG	503,09	520,21	537,39
	IST	Ausg. gem. Monitoring	487,08	515,17	538,92
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-16,01	-5,04	+1,53
		Abw. von AOG in %	-3,18 %	-0,97 %	+0,28 %
STGKK/ ÖGK – ST ²	SOLL	AOG	1.061,38	1.097,51	1.177,71
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.021,17	1.082,35	1.165,44
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-40,21	-15,16	-12,27
		Abw. von AOG in %	-3,79 %	-1,38 %	-1,04 %
TGKK/ ÖGK – T	SOLL	AOG	665,03	687,67	710,37
	IST	Ausg. gem. Monitoring	634,25	668,84	699,52
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-30,78	-18,83	-10,85
		Abw. von AOG in %	-4,63 %	-2,74 %	-1,53 %
VGKK/ ÖGK – V	SOLL	AOG	363,00	375,36	387,75
	IST	Ausg. gem. Monitoring	351,11	369,23	382,27
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-11,89	-6,13	-5,48
		Abw. von AOG in %	-3,28 %	-1,63 %	-1,41 %
WGKK/ ÖGK – W	SOLL	AOG	2.096,65	2.168,03	2.239,59
	IST	Ausg. gem. Monitoring	2.029,50	2.110,11	2.184,55
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-67,15	-57,92	-55,04
		Abw. von AOG in %	-3,20 %	-2,67 %	-2,46 %
alle GKK	SOLL	AOG	8.283,42	8.565,41	<i>ab 2020 in ÖGK enthalten</i>
	IST	Ausg. gem. Monitoring	7.979,00	8.362,82	
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-304,42	-202,59	
		Abw. von AOG in %	-3,68 %	-2,37 %	
BKK ^{2,3}	SOLL	AOG	76,67	79,28	<i>ab 2020 in ÖGK und BVAEB enthalten</i>
	IST	Ausg. gem. Monitoring	66,61	68,27	
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-10,06	-11,01	
		Abw. von AOG in %	-13,12 %	-13,89 %	
ÖGK	SOLL	AOG			8.900,80
	IST	Ausg. gem. Monitoring			8.763,94
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut			-136,86
		Abw. von AOG in %			-1,54 %

Krankenversicherungsträger ¹			Abschluss- monitoring	unterjähriges Monitoring	Voranschlags- monitoring
			2018	2019	2020
VAEB	SOLL	AOG	407,18	421,04	<i>ab 2020 in BVAEB enthalten</i>
	IST	Ausg. gem. Monitoring	370,35	377,52	
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-36,83	-43,52	
		Abw. von AOG in %	-9,05 %	-10,34 %	
BVA	SOLL	AOG	1.110,84	1.148,66	<i>ab 2020 in BVAEB enthalten</i>
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.080,70	1.142,86	
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-30,14	-5,8	
		Abw. von AOG in %	-2,71 %	-0,50 %	
BVAEB ³	SOLL	AOG			1.650,75
	IST	Ausg. gem. Monitoring			1.613,59
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut			-37,16
		Abw. von AOG in %			-2,25 %
SVA	SOLL	AOG	726,45	751,17	<i>ab 2020 in SVS enthalten</i>
	IST	Ausg. gem. Monitoring	731,89	767,39	
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	+5,44	+16,22	
		Abw. von AOG in %	+0,75 %	+2,16 %	
SVB	SOLL	AOG	411,44	425,44	<i>ab 2020 in SVS enthalten</i>
	IST	Ausg. gem. Monitoring	371,49	386,87	
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-39,95	-38,57	
		Abw. von AOG in %	-9,71 %	-9,07 %	
SVS	SOLL	AOG			1.215,45
	IST	Ausg. gem. Monitoring			1.189,61
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut			-25,84
		Abw. von AOG in %			-2,13 %

Anmerkungen:

¹Durch das SV OG 2018 werden die Krankenversicherungsträger ab dem Voranschlagsmonitoring 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 2020) 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 wurde, 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
			2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
B	SOLL	AOG	659,84	682,29	702,77	296,26	306,34	316,44	363,58	375,95	386,33
	IST	Ausg. gem. Monit.	622,57	659,83	716,36	272,34	292,84	333,38	350,23	366,99	382,98
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-37,27	-22,46	+13,59	-23,92	-13,50	+16,94	-13,35	-8,96	-3,35
		Abw. zur AOG in %	-5,65 %	-3,29 %	+1,93 %	-8,07 %	-4,41 %	+5,35 %	-3,67 %	-2,38 %	-0,87 %
K	SOLL	AOG	1.568,15	1.616,51	1.665,81	831,35	854,63	882,98	736,80	761,88	782,83
	IST	Ausg. gem. Monit.	1.489,20	1.559,69	1.610,18	785,87	812,77	840,76	703,33	746,92	769,42
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-78,95	-56,82	-55,63	-45,48	-41,86	-42,22	-33,47	-14,96	-13,41
		Abw. zur AOG in %	-5,03 %	-3,52 %	-3,34 %	-5,47 %	-4,90 %	-4,78 %	-4,54 %	-1,96 %	-1,71 %
NÖ	SOLL	AOG	4.103,89	4.243,55	4.380,65	2.008,50	2.076,83	2.145,32	2.095,39	2.166,72	2.235,33
	IST	Ausg. gem. Monit.	3.940,60	4.119,31	4.310,39	1.937,88	2.018,59	2.122,69	2.002,72	2.100,72	2.187,70
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-163,29	-124,24	-70,26	-70,62	-58,24	-22,63	-92,67	-66,00	-47,63
		Abw. zur AOG in %	-3,98 %	-2,93 %	-1,60 %	-3,52 %	-2,80 %	-1,05 %	-4,42 %	-3,05 %	-2,13 %
OÖ	SOLL	AOG	3.753,64	3.871,38	3.992,99	2.096,17	2.157,48	2.228,96	1.657,47	1.713,90	1.764,03
	IST	Ausg. gem. Monit.	3.678,52	3.831,41	3.971,15	2.071,34	2.165,20	2.226,50	1.607,18	1.666,21	1.744,65
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-75,12	-39,97	-21,84	-24,83	+7,22	-2,46	-50,29	-47,69	-19,38
		Abw. zur AOG in %	-2,00 %	-1,03 %	-0,55 %	-1,18 %	+0,36 %	-0,11 %	-3,03 %	-2,78 %	-1,10 %
S	SOLL	AOG	1.480,95	1.540,83	1.587,38	798,12	834,76	861,46	682,83	706,07	725,92
	IST	Ausg. gem. Monit.	1.439,76	1.508,55	1.571,73	780,28	812,96	848,43	659,48	695,59	723,30
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-41,19	-32,28	-15,65	-17,84	-21,80	-13,03	-23,35	-10,48	-2,62
		Abw. zur AOG in %	-2,78 %	-2,09 %	-0,99 %	-2,23 %	-2,61 %	-1,51 %	-3,42 %	-1,48 %	-0,36 %
ST	SOLL	AOG	3.211,70	3.326,50	3.470,97	1.653,26	1.715,01	1.771,90	1.558,44	1.611,49	1.699,07
	IST	Ausg. gem. Monit.	3.085,27	3.226,21	3.397,05	1.587,33	1.644,92	1.721,71	1.497,94	1.581,29	1.675,34
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-126,43	-100,29	-73,92	-65,93	-70,09	-50,19	-60,50	-30,20	-23,73
		Abw. zur AOG in %	-3,94 %	-3,01 %	-2,13 %	-3,99 %	-4,09 %	-2,83 %	-3,88 %	-1,87 %	-1,40 %
T	SOLL	AOG	1.850,55	1.913,53	1.972,18	953,09	985,52	1.018,01	897,46	928,01	954,17
	IST	Ausg. gem. Monit.	1.801,15	1.871,04	1.963,95	943,95	968,89	1.025,99	857,20	902,15	937,96
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-49,40	-42,49	-8,23	-9,14	-16,63	+7,98	-40,26	-25,86	-16,21
		Abw. zur AOG in %	-2,67 %	-2,22 %	-0,42 %	-0,96 %	-1,69 %	+0,78 %	-4,49 %	-2,79 %	-1,70 %
V	SOLL	AOG	955,21	987,71	1.018,72	510,55	527,91	545,32	444,66	459,80	473,40
	IST	Ausg. gem. Monit.	931,47	973,89	1.018,95	502,03	522,69	552,91	429,44	451,20	466,04
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-23,73	-13,82	+0,23	-8,52	-5,22	+7,59	-15,22	-8,60	-7,36
		Abw. zur AOG in %	-2,48 %	-1,40 %	+0,02 %	-1,67 %	-0,99 %	+1,39 %	-3,42 %	-1,87 %	-1,55 %
W	SOLL	AOG	5.900,98	6.101,78	6.293,79	3.321,61	3.434,60	3.547,87	2.579,37	2.667,18	2.745,92
	IST	Ausg. gem. Monit.	5.879,07	6.213,93	6.323,80	3.386,55	3.619,27	3.644,05	2.492,52	2.594,66	2.679,75
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-21,91	+112,15	+30,02	+64,95	+184,67	+96,19	-86,85	-72,52	-66,17
		Abw. zur AOG in %	-0,37 %	+1,84 %	+0,48 %	+1,96 %	+5,38 %	+2,71 %	-3,37 %	-2,72 %	-2,41 %
Ö	SOLL	AOG	23.484,91	24.284,08	25.085,26	12.468,91	12.893,08	13.318,26	11.016,00	11.391,00	11.767,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	22.867,62	23.963,86	24.883,56	12.267,58	12.858,13	13.316,42	10.600,04	11.105,73	11.567,14
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-617,29	-320,22	-201,70	-201,33	-34,95	-1,84	-415,96	-285,27	-199,86
		Abw. zur AOG in %	-2,63 %	-1,32 %	-0,80 %	-1,61 %	-0,27 %	-0,01 %	-3,78 %	-2,50 %	-1,70 %

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. Bei der Bildung der IST-Werte-Summen der Länder und der gesetzlichen KV wurde – um Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen zu vermeiden – bei Bedarf von einer kaufmännischen Rundung der ursprünglichen Ausgangswerte abgesehen (dies betrifft Oberösterreich und Salzburg 2018 sowie Niederösterreich und Salzburg 2019).

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8 (Meldezeitpunkt März 2020) 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	VA ¹	A	UJ	VA ¹
				2018	2019	2020	2018	2019	2020
B	SOLL	AOG	257,91	266,69	275,49	105,67	109,26	110,84	
	IST	Ausg. gem. Monit.	248,88	260,92	274,58	101,35	106,07	108,4	
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-9,03	-5,77	-0,91	-4,32	-3,19	-2,44	
		Abw. zur AOG in %	-3,50 %	-2,16 %	-0,33 %	-4,09 %	-2,92 %	-2,20 %	
K	SOLL	AOG	518,86	536,52	554,23	217,94	225,36	228,60	
	IST	Ausg. gem. Monit.	494,29	528,16	545,85	209,04	218,76	223,57	
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-24,57	-8,36	-8,38	-8,90	-6,60	-5,03	
		Abw. zur AOG in %	-4,74 %	-1,56 %	-1,51 %	-4,08 %	-2,93 %	-2,20 %	
NÖ	SOLL	AOG	1.493,99	1.544,85	1.604,53	601,40	621,87	630,80	
	IST	Ausg. gem. Monit.	1.425,87	1.497,05	1.570,76	576,85	603,67	616,94	
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-68,12	-47,8	-33,77	-24,55	-18,20	-13,86	
		Abw. zur AOG in %	-4,56 %	-3,09 %	-2,10 %	-4,08 %	-2,93 %	-2,20 %	
OÖ	SOLL	AOG	1.323,51	1.368,57	1.413,74	333,96	345,33	350,29	
	IST	Ausg. gem. Monit.	1.286,85	1.330,99	1.402,05	320,33	335,22	342,6	
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-36,66	-37,58	-11,69	-13,63	-10,11	-7,69	
		Abw. zur AOG in %	-2,77 %	-2,75 %	-0,83 %	-4,08 %	-2,93 %	-2,20 %	
S	SOLL	AOG	503,09	520,21	537,39	179,74	185,86	188,53	
	IST	Ausg. gem. Monit.	487,08	515,17	538,92	172,4	180,42	184,38	
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-16,01	-5,04	+1,53	-7,34	-5,44	-4,15	
		Abw. zur AOG in %	-3,18 %	-0,97 %	+0,28 %	-4,08 %	-2,93 %	-2,20 %	
ST	SOLL	AOG	1.061,38	1.097,51	1.177,71	497,06	513,98	521,36	
	IST	Ausg. gem. Monit.	1.021,17	1.082,35	1.165,44	476,77	498,94	509,9	
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-40,21	-15,16	-12,27	-20,29	-15,04	-11,46	
		Abw. zur AOG in %	-3,79 %	-1,38 %	-1,04 %	-4,08 %	-2,93 %	-2,20 %	
T	SOLL	AOG	665,03	687,67	710,37	232,43	240,34	243,80	
	IST	Ausg. gem. Monit.	634,25	668,84	699,52	222,95	233,31	238,44	
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-30,78	-18,83	-10,85	-9,48	-7,03	-5,36	
		Abw. zur AOG in %	-4,63 %	-2,74 %	-1,53 %	-4,08 %	-2,93 %	-2,20 %	
V	SOLL	AOG	363	375,36	387,75	81,66	84,44	85,65	
	IST	Ausg. gem. Monit.	351,11	369,23	382,27	78,33	81,97	83,77	
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-11,89	-6,13	-5,48	-3,33	-2,47	-1,88	
		Abw. zur AOG in %	-3,28 %	-1,63 %	-1,41 %	-4,08 %	-2,93 %	-2,19 %	
W	SOLL	AOG	2.096,65	2.168,03	2.239,59	482,72	499,15	506,33	
	IST	Ausg. gem. Monit.	2.029,50	2.110,11	2.184,55	463,02	484,55	495,2	
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-67,15	-57,92	-55,04	-19,70	-14,60	-11,13	
		Abw. zur AOG in %	-3,20 %	-2,67 %	-2,46 %	-4,08 %	-2,92 %	-2,20 %	
Ö	SOLL	AOG	8.283,42	8.565,41	8.900,80	2.732,58	2.825,59	2.866,20	
	IST	Ausg. gem. Monit.	7.979	8.362,82	8.763,94	2.621,04	2.742,91	2.803,2	
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-304,42	-202,59	-136,86	-111,54	-82,68	-63,00	
		Abw. zur AOG in %	-3,68 %	-2,37 %	-1,54 %	-4,08 %	-2,93 %	-2,20 %	

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

Anmerkungen:

¹ Durch das SV OG 2018 werden die Krankenversicherungsträger ab dem Voranschlagsmonitoring 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 2020) 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 2018 zu gewährleisten, werden zum aktuellen Monitoring-Zeitpunkt die Ausgaben der gesondert auszuweisenden Größen für das Jahr 2018 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 2018 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, nach Bundesländern, in Euro, 2018

Land	Investitionen in Fondskrankenanstalten	Investitionen in Gesundheitseinrichtungen der Sozialversicherung*
	2018	2018
Burgenland	17.721.145	926.224
Kärnten	53.420.988	1.307.128
Niederösterreich	77.689.899	3.332.209
Oberösterreich	83.078.464	16.356.269
Salzburg	80.005.371	2.863.009
Steiermark	114.092.204	11.060.096
Tirol	79.097.589	356.545
Vorarlberg	37.797.976	230.945
Wien**	196.478.196	5.024.698
GESAMT	739.381.832	41.457.122

*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. 2,32 Mio. Euro (2018)

Quelle: KRBV/Quellen- und Verwendungsanalyse 2020, Abrechnung der SV-eigenen Einrichtungen (exklusive Hanusch-Krankenhaus) 2020

Für Ausgaben zur Erbringung von Leistungen im Bereich Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche wurde die Erfolgsrechnung der SV-Träger als Grundlage herangezogen. Im Jahr 2018 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 2018 in Euro

gesetzliche KV	Aufwand Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche der Sozialversicherungsträger*
	2018
GKK Burgenland	1.133.199
GKK Kärnten	3.577.549
GKK Niederösterreich	10.050.193
GKK Oberösterreich	12.648.534
GKK Salzburg	3.815.263
GKK Steiermark	8.207.319
GKK Tirol	5.505.258
GKK Vorarlberg	4.714.256
GKK Wien	17.523.572
alle Betriebskrankenkassen	461.376
VAEB	1.068.304
VA öffentlich Bediensteter	7.662.533
SVA der gewerblichen Wirtschaft	5.097.603
SVA der Bauern	1.857.098
GESAMT*	83.322.057

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

Quelle: Erfolgsrechnung der Sozialversicherungsträger 2018

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 2012–2018.

Tabelle 3.3:
Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenfürsorgeanstalten sowie des Bundes 2012–2018 in Mio. Euro

Gesundheitsausgaben*	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Pensionsversicherung	802	858	889	902	980	1.008	1.066
Unfallversicherung	353	375	392	407	407	418	421
Krankenfürsorgeanstalten	464	477	486	500	515	531	546
Bund**	1.738	1.821	1.873	1.946	1.982	2.041	2.093

*Die aktuell (Stand: Februar 2020) 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 2020

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).

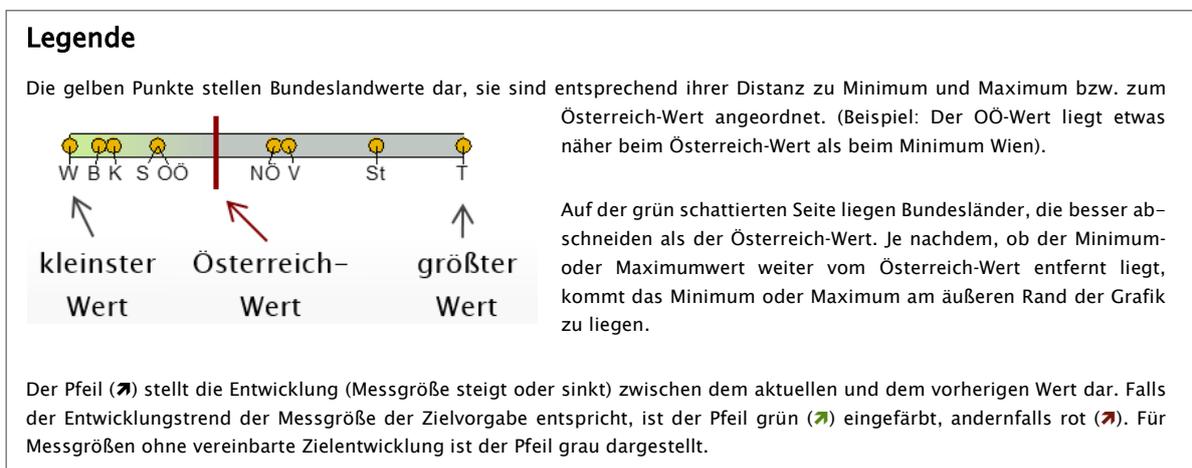


Abbildung 3.1: Übersicht über die Messgrößenprägungen

Ziel	Messgröße	Österreich		Trend	Min	Bundesländer-Spannweite		Max
		letzter wert	aktueller wert			Ö		
Strategisches Ziel 1	1 Umgesetzte Primärversorgungseinheiten (PVE) Anzahl (BL- Vergleich: je 100.000 EW)	9 <small>(0,102)</small>	16 <small>(0,180)</small>	+77,8% ↗	0			0,40
	2 In PV-Einheiten versorgte Bevölkerung	0,85%	1,37%	+62,1% ↗	0%			3,0%
	3 Anzahl multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich ¹							235,4
	4 Krankenhaushäufigkeit in Fondskrankenanstalten Aufenthalte je 1000 EW	206,3	203,1	-1,5% ↘	170,0			1.471
	5 Belagstagedichte in Fondskrankenanstalten Belagstage je 1000 EW	1.330	1.316	-1,1% ↘	1.200			74,9%
	6 Ausgewählte Tagesklinik-Leistungsbündel Gewichteter Durchschnitt aller Leistungsbündel	60,0%	62,0%	+3,4% ↗	55,8%			96,1
	7 Anzahl der besetzten Ausbildungsstellen ² Allgemeinmedizin	1.120	1.006	-10,2% ↘				2,5
	8 Ärztliche Versorgungsdichte ² (Vertragsärztinnen extramural außer ZÄ und techn. Fächer, je 100.000 EW)	82,4	82,4	-0,0% ↘	75,2			3,65
	9 Relation DGKP und Pflegefachassistenz zu Ärztinnen in Fondskrankenanstalten	2,12	2,10	-0,7% ↘	1,9			
	10 Masern/Mumps/Röteln - Durchimpfungsrate Anteil 4-jähriger Kinder mit 2 Teilimpfungen	84,0%	83,8%	-0,2% ↘				
	11 Ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie-Angebote VZÄ je 100.000 EW	0,663	0,732	+10% ↗	0,40			

Ziel	Messgröße	Österreich			Trend	Bundesländer-Spannweite		
		letzter wert	aktueller wert	Min		Ö	Max	
Strategisches Ziel 2	12 Umsetzungsgrad ELGA Anzahl (Anteil) Gesundheitsdiensteanbieter	3.743 (22,0%)	2018	8.153 (22,0%)	2019	+118%	↗	
	13 Polypharmazie Prävalenz über 70-Jährige mit >5 Wirkstoffen, je 1.000 Anspruchsberechtigte	213,09	2018	217,51	2019	+2,1%	↗	145,0
	14 Potentiell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren Anteil über-70-jährige Bevölkerung mit PIM	40,0%	2018	39,8%	2019	-0,6%	↘	35,3%
	15 Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer Anteil < 3. Pflage-tag, Fonds-kranken-anstalten	93,5%	2018	93,6%	2019	+0,1%	↗	90,9%
	16 In Therapie Aktiv versorgte PatientInnen	18,4%	2017	21,2%	2018	+15,2%	↗	3,8%
	17 Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen							
Strategisches Ziel 3	18 Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung ^{2,3} sehr zufrieden + eher zufrieden, in % (Krankenhäuser/HausärztInnen)			70% / 89%	2016			
	19 Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz ³ % der RespondentInnen			48%	2011		37%	66%
	20 Gesunde Lebensjahre bei der Geburt ³ (Männer+Frauen)	62,5	2007	66,3	2014	+6,0%	↗	63,2
	21 Täglich Rauchende ³ % der Bevölkerung (Männer+Frauen)	23,2%	2007	24,3%	2014	+4,6%	↗	20,9%
22 Kariesfreie Kinder ³ (Anteil 6-jähriger Kinder mit kariesfreiem Gebiss)	52%	2011	55%	2016	+5,8%	↗	45%	

Anmerkungen:

¹ Werte sind nicht verfügbar (n. v.)

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 2019 verfügbar.

Quelle: siehe Einzeltabellen in Anhang 7.2; Darstellung: GÖG

4 Bessere Versorgung (strategisches Ziel 1)

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

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

Ein wesentlicher Schritt zur Problemlösung ist 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 2019 waren nach Meldung der Krankenversicherungsträger 16 Primärversorgungseinheiten laut Primärversorgungsgesetz in Betrieb, die sich auf insgesamt fünf Bundesländer verteilen: Raabtal im Burgenland, Böheimkirchen, Schwechat und St. Pölten in Niederösterreich, Enns, Marchtrenk, Haslach und Sierning-Neuzeug in Oberösterreich, Graz-St. Leonhard, Graz-Grieß, Weiz, Voralpe und Gratwein-Straßengel in der Steiermark, sowie Mariahilf, Donaustadt und Meidling in Wien; siehe Abbildung 4.1.³ In der Steiermark wurden zudem Gesundheitszentren in Betrieb genommen, die im Sinne des Primärversorgungskonzepts arbeiten (Mariazell, Eisenerz), jedoch nicht der Definition einer Primärversorgungseinheit nach Primärversorgungsgesetz laut Meldung der KV-Träger entsprechen.

3

Die Anzahl der Primärversorgungseinheiten zum Stand Ende 2019 basiert auf einer Umfrage bei den Krankenversicherungsträgern, durchgeführt vom Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (DVSV).

Die 16 Primärversorgungseinheiten zum Stand Ende 2019 versorgten 1,37 Prozent der Bevölkerung. In der Steiermark wurden 2,96 Prozent, in Oberösterreich 2,02 Prozent, in Wien 1,60 Prozent, im Burgenland 1,45 Prozent und in Niederösterreich 1,32 Prozent der Bevölkerung auf diesem Wege versorgt (MG 2, siehe Abbildung 4.1).

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

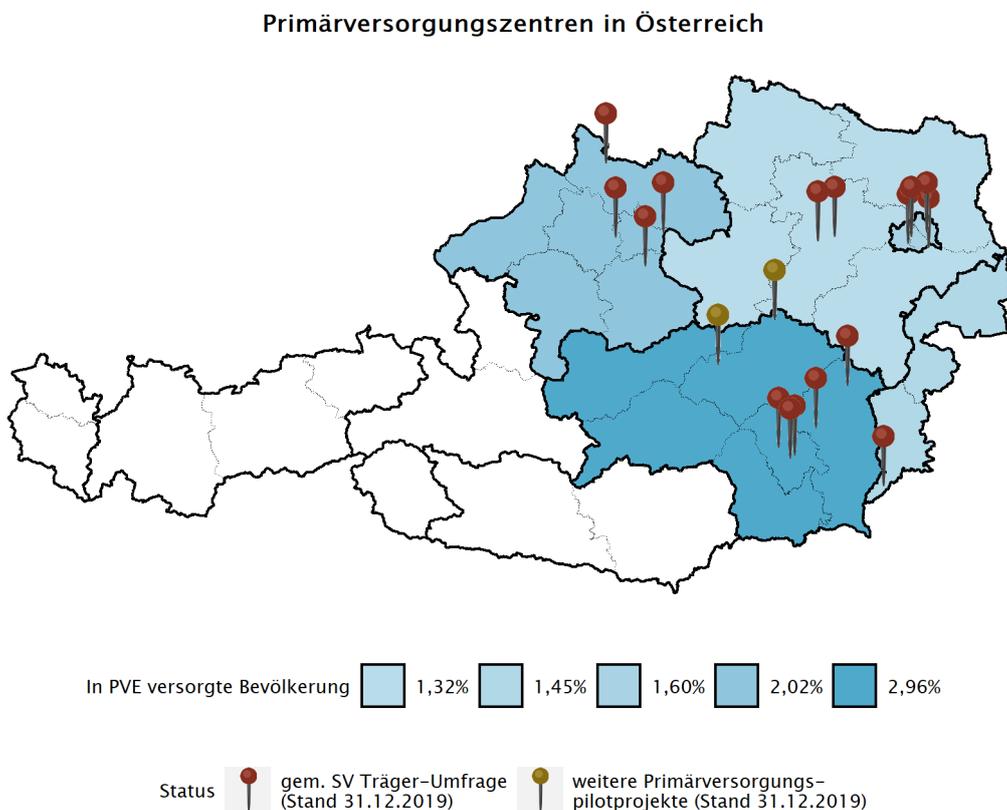
Tabelle 4.1:
Umgesetzte Primärversorgungseinheiten zum 31. 12. 2019 (Messgröße 1)

Bundesland	IST-Wert 31. 12. 2019	Ort	geplant in RSG	Zielwert 2021
Burgenland	1	Raabtal	—	3
Kärnten	—	—	5	5
Niederösterreich	3	Böheimkirchen, Schwechat, St. Pölten	14	14
Oberösterreich	4	Haslach, Enns, Marchtrenk, Neuzeug-Siering	6	13
Salzburg	—	—	5	5
Steiermark	5 (+2)	Graz-St. Leonhard, Graz-Grieß, Weiz, Vorau, Gratwein-Straßengel, (Eisenerz, Mariazell)	30	11
Tirol	—	—	6	6
Vorarlberg	—	—	3	3
Wien	3	Mariahilf, Donaustadt, Meidling	36	16
Österreich gesamt	16 (+2)			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.

Quelle: Meldung DVSV 2020; BMSGPK (2020c)

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



Anmerkung: Die Berechnung der versorgten Bevölkerung erfolgte mit 31. 12. 2019 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. 2019 in Betrieb genommen wurden, werden nicht dargestellt (dies betrifft z. B. Mureck in der Steiermark).

Quelle: Meldung DVSU 2020, 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 bei der Anzahl der Tage, die durchschnittlich pro Jahr im Kran-

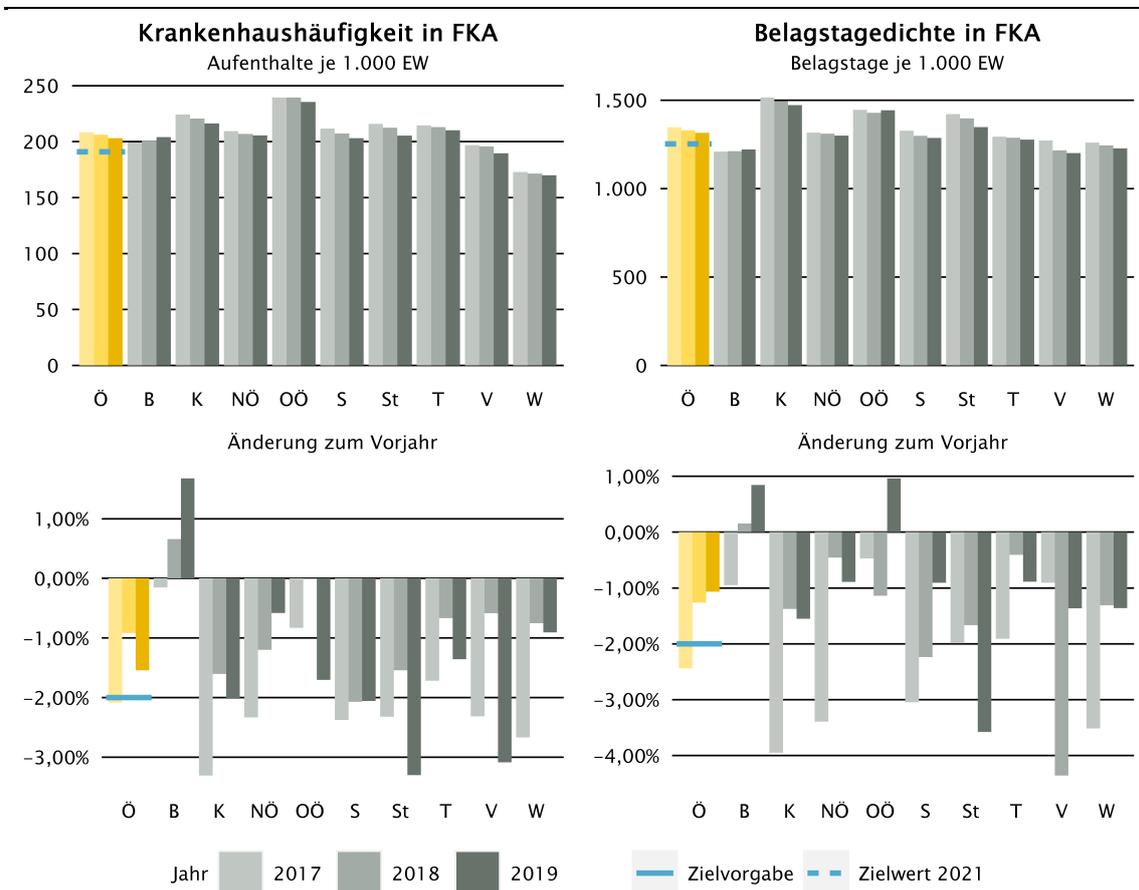
kenhaus verbracht werden (Belagstagedichte, Messgröße 5), als auch bei der Frage, wie viele Personen pro Jahr in ein Krankenhaus aufgenommen werden und dort mindestens eine Nacht verbringen (Krankenhaushäufigkeit, Messgröße 4), sind sinkende Trends zu beobachten (siehe Abbildung 4.2). Jedoch besteht trotz einer positiv einzuschätzenden Trendentwicklung weiterhin Verbesserungspotenzial, da das Gesamtniveau in Österreich im internationalen Vergleich deutlich über dem Durchschnitt liegt. Eine jährliche Reduktion von mindestens zwei Prozent österreichweit wird daher in der aktuellen Zielsteuerungsperiode angestrebt (Basisjahr 2015).

In den letzten beiden Beobachtungsjahren konnten beide Ziele, auf ganz Österreich bezogen, nicht erreicht werden. Die **Krankenhaushäufigkeit in FKA** sank mit rund 1,5 Prozent von 2018 auf 2019 zwar etwas stärker als im Jahr davor, die Zielvorgabe konnte jedoch nur in vier Bundesländern (Kärnten, Salzburg, Steiermark und Vorarlberg) erreicht werden.

Zu einer Nichterreichung der Zielsetzung kam es bundesweit auch beim Indikator **Belagstagedichte in FKA** mit einer Reduktion von 1,1 Prozent zwischen 2018 und 2019. Dies stellt die geringste Reduktion seit Beginn der Zielsteuerung-Gesundheit im Jahr 2013 dar (Basis vorläufige Datenübermittlung mit Stand April 2020). Auf Landesebene konnte das Ziel nur in der Steiermark (-3,6 %) erreicht werden.

Abbildung 4.2:

Krankenhaushäufigkeit 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

Quelle: BMSGPK (2020b); Darstellung: GÖG

Eine positive Entwicklung zeigt sich, wie in Abbildung 4.3 dargestellt, im steigenden Anteil tagesklinisch oder ambulant erbrachter Leistungen (Messgröße 6, tagesklinisch-stationär oder ambulant). Dabei ist zu betonen, dass diese Entwicklung nicht in allen Bundesländern homogen verläuft. 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 3,3 Prozent deutlich unter dem Zielwert von 20 Prozent und noch deutlicher unter dem internationalen Benchmark von 40 Prozent.

Abbildung 4.3:

Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden, je Bundesland 2019 (Messgröße 6)



Quelle: BMSGPK (2020b); 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 2018 bei 240,5 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 2018 in burgenländischen Fondskrankenanstalten rund 173,3 Ärztinnen/Ärzte auf 100.000 EW kamen, lag dieses Verhältnis in Wien bei annähernd doppelt so vielen Ärztinnen/Ärzten (309,8). Im Zeitverlauf stieg die ärztliche Versorgungsdichte in FKA in den meisten Bundesländern moderat an. Zwischen 2017 und 2018 gab es das stärkste Wachstum in Kärnten (+3,3 %), nur Oberösterreich und Wien verzeichneten im selben Zeitraum einen minimalen Rückgang der Versorgungsdichte (jeweils -0,2 %).

Im **extramuralen Bereich** gab es 2018 rund 82,4 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 34,7 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 96 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 2018 in Oberösterreich mit 75,2, das gleichzeitig die höchste Krankenhaushäufigkeit aufweist. Österreichweit ist in jüngster Vergangenheit die ärztliche Versorgungsdichte bei Vertragsärztinnen/-ärzten leicht angestiegen (+1,7 % zwischen 2015 und 2018). Über einen längeren Zeitraum betrachtet, ist hier jedoch eine Stagnation bzw. je nach gewähltem Zeitraum ein moderates Sinken zu beobachten (-0,5 % zwischen 2013 und 2018).

4

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

Mit Stand November 2019 befanden sich 897 Ärztinnen/Ärzte in Basisausbildung, 1.006 Ärztinnen/Ärzte in Ausbildung für Allgemeinmedizin, weitere 5.633 Ärztinnen/Ärzte waren in einer Facharztausbildung, und 588 Ärztinnen/Ärzte befanden sich in Ausbildung zu einem Additivfach. Insgesamt gab es somit 8.124 **besetzte Ausbildungsstellen** (Messgröße 7). Zu beachten ist hier, dass aufgrund der Umstellung auf die Ärzteausbildungsordnung 2015 die besetzten Ausbildungsstellen derzeit noch nicht uneingeschränkt im historischen Zeitverlauf verglichen werden können.⁵ Aus den bisher bekannten Zeitreihen lässt sich bei den besetzten Ausbildungsstellen insgesamt nach einem anfänglichen Anstieg ein rückläufiger Trend erkennen, von November 2016 bis November 2019 ist deren Anzahl um 1,1 Prozent gesunken. Mit Ausnahme der Facharztausbildung (+10,0 %) war im selben Zeitraum ein Rückgang bei den besetzten Ausbildungsstellen zu verzeichnen. Die **besetzten Ausbildungsstellen in der Allgemeinmedizin sind um 30 Prozent gesunken**. Der Rückgang im Bereich der Basisausbildung (-4,4 %) und der Additivfächer (-18,1 %) fiel etwas geringer aus.

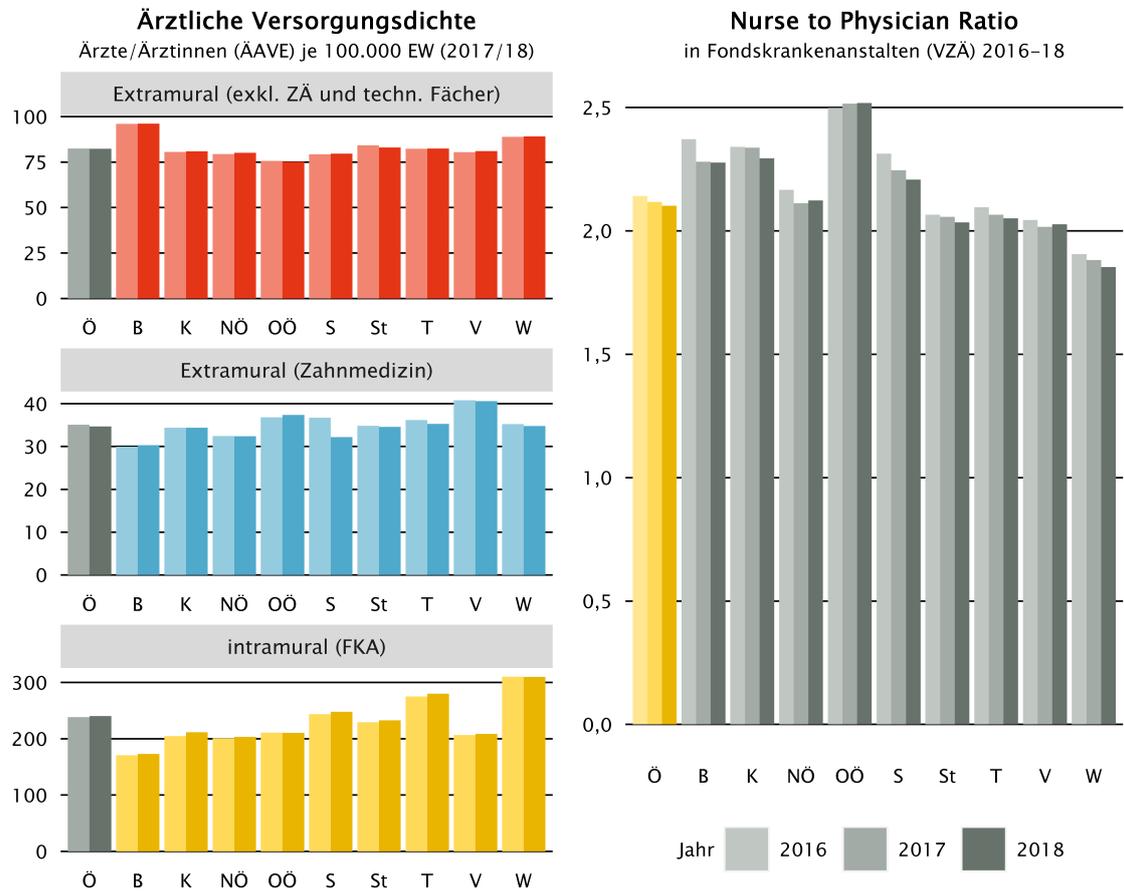
Ebenso relevant wie die Verfügbarkeit sind der adäquate Einsatz und ein effizienter Skill-Mix des notwendigen Fachpersonals. Dementsprechend wurde auch der **Anteil der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger (DGKP) und der Pflegefachassistentinnen/-assistenten (PFA) in Relation zu Ärztinnen/Ärzten** als Indikator (Messgröße 9) zur Beobachtung gewählt. Im Jahr 2018 gab es in österreichischen Fondskrankenanstalten 2,10 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 2018 um 7,1 Prozent zugenommen hat, während sich die Anzahl der DGKP mit einem Wachstum von 2,2 Prozent nur leicht erhöht hat. In Fondskrankenanstalten waren 2018 rund 21.214 ärztliche VZÄ und rund 44.593 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 Ausbildungsstellen kommen darf, wodurch eine Auswertung der genehmigten Ausbildungsstellen zusätzlich erschwert wird.

Abbildung 4.4:

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



ÄAVE: ärztliche ambulante Versorgungseinheiten, VZÄ: Vollzeitäquivalente

Quelle: Meldung DSVS 2020, BMSGPK (2020b); 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 2018) der Durchimpfungsrate bei 83,8 Prozent, was gegenüber dem Jahr davor einen minimalen Rückgang von 0,2 Prozentpunkten und gegenüber dem Jahr 2016 einen Rückgang um über fünf Prozentpunkte darstellt (siehe Tabelle 7.13). Die Einführung des E-Impfpasses wird zukünftig eine genauere Erfassung ermöglichen. Österreich hat sich auch außerhalb der Zielsteuerung 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 (MMR) 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 2018 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 82 Prozent, wodurch rund 47.000 Kinder in dieser Altersgruppe eine zweite Impfung erhalten sollten. Kinder werden tendenziell später geimpft als im österreichischen Impfplan vorgesehen. So wurden nur 80 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 Unterversorgung in diesem Bereich aufgrund von Mangelberufen 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 jugendpsychiatrischer Angebote** als Zielvorgabe aufgenommen (Messgröße 11). Mit Stand Dezember 2019 gab es laut Meldung der Gebietskrankenkassen insgesamt 37,3 niedergelassene VZÄ und 28,0 Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater (in VZÄ) in Ambulatorien, was gegenüber

⁶ siehe <https://www.gesundheit.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/impfungen/mmr-impfung>

⁷ siehe https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:38a74e1a-87dd-4446-b848-bad0bb4817b3/Masern-Durchimpfungsraten_2018.pdf

dem Vorjahr insgesamt eine Steigerung von 58,5 auf 65,2 VZÄ (+11,5 %) darstellt. Gemessen an Vollzeitäquivalenten, gab es die höchste Dichte an KJP-Angeboten je 250.000 EW im Burgenland (9,1) gefolgt von Kärnten und Vorarlberg (je 2,2) und Wien (2,0). In der Steiermark gab es 2019 die geringste Dichte mit einem Wert von 1,0, die aber bereits gegenüber dem Vorjahr (0,9) gesteigert werden konnte.

5 Bessere Qualität (strategisches Ziel 2)

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

Der gezielte Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien für eine bessere und effizientere Versorgung bzw. Systemsteuerung bietet großes Potenzial und Innovationsmöglichkeiten, ist jedoch auch mit großen Herausforderungen in Bezug auf die Implementierung verbunden. Auch das Regierungsprogramm 2020 hebt die Rolle von Digitalisierung und Telemedizin als Unterstützung des Gesundheitswesens hervor (Bundeskanzleramt 2020). 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 2020 hatten 55,0 Prozent aller Krankenanstalten ELGA in Betrieb, wobei ELGA in den Fondskrankenanstalten seit dem letzten Berichtszeitpunkt nunmehr zur Gänze implementiert werden konnte (Messgröße 12). Von weiteren Gesundheitseinrichtungen hatten etwa vier Prozent der Pflegeeinrichtungen, elf Prozent der Ambulatorien, 97 Prozent der Apotheken und 86 Prozent der niedergelassenen Vertragsärztinnen/-ärzte (inklusive Gruppenpraxen) ELGA in Betrieb (siehe Anhang 7.2). Eine besonders starke Dynamik der ELGA-Implementierung ist bei den Apotheken und Vertragsärztinnen/-ärzten zu beobachten, die den Anteil gegenüber dem letzten Berichtszeitpunkt mehr als verdoppeln konnten. Mit Stand März 2020 hatten österreichweit insgesamt 72 Prozent der im GDA-Index⁸ erfassten Einrichtungen ELGA in Betrieb, was gegenüber dem letzten Berichtszeitpunkt (32 %) eine starke 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

⁸

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>).

(Keuerleber/Sauermann 2016). Die **Polypharmazieprävalenz der über 70-Jährigen**, definiert als Anspruchsberechtigte mit mehr als fünf gleichzeitig verschriebenen Wirkstoffen je 1.000 Anspruchsberechtigte, lag im Jahr 2019 zwischen 145 in Vorarlberg und 282 im Burgenland, österreichweit lag sie bei 218.⁹ Als Zielvorgabe im Zielsteuerungsvertrag wurde eine Senkung der Prävalenzrate vereinbart. Während die Bundesländerraten im Jahr 2018 zurückgingen¹⁰, wurde im Jahr 2019 – mit Ausnahme des Burgenlands (-1,1 %) ein leichter Anstieg der Polypharmazieprävalenz verzeichnet. Abbildung 5.1 zeigt die Unterschiede zwischen den Bundesländern im Jahr 2018.

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

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

Wie aus der nachstehenden Abbildung 5.1 ersichtlich wird, variiert der Wert ebenfalls stark zwischen den Bundesländern. In Vorarlberg lag die PIM-Prävalenz bei 35,3 Prozent, in Kärnten bei 42,8 Prozent, österreichweit betrug sie 39,8 Prozent. Im Vergleich zu den 2018 gemeldeten Werten konnte österreichweit nur ein minimaler Rückgang der PIM-Prävalenz beobachtet werden, wodurch nach wie vor **vier von zehn Anspruchsberechtigten über 70** zumindest **eine potenziell inadäquate Medikation** erhalten. Im Jahr 2018 konnte ein deutlicher Rückgang der PIM-Prävalenz

9

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] Apothekergesamvertrag) 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 Heilmittel-Patientinnen/-Patienten wurden nur solche herangezogen, die 2019 das Alter von 71 Jahren erreicht oder überschritten hatten. Personen, deren Wohnbundesland nicht bekannt ist, wurden exkludiert.

¹⁰ Aufgrund einer Änderung in der Berechnung zwischen dem Jahr 2017 und 2018 hat sich die Anzahl anspruchsberechtigter Personen (Nenner) erhöht, während die absolute Anzahl von Polypharmaziepatientinnen/-patienten oder PIM-Patientinnen/-Patienten (Zähler) gesunken ist. Ein Teil des Rückgangs lässt sich daher auf die veränderte Berechnungsmethode zurückführen.

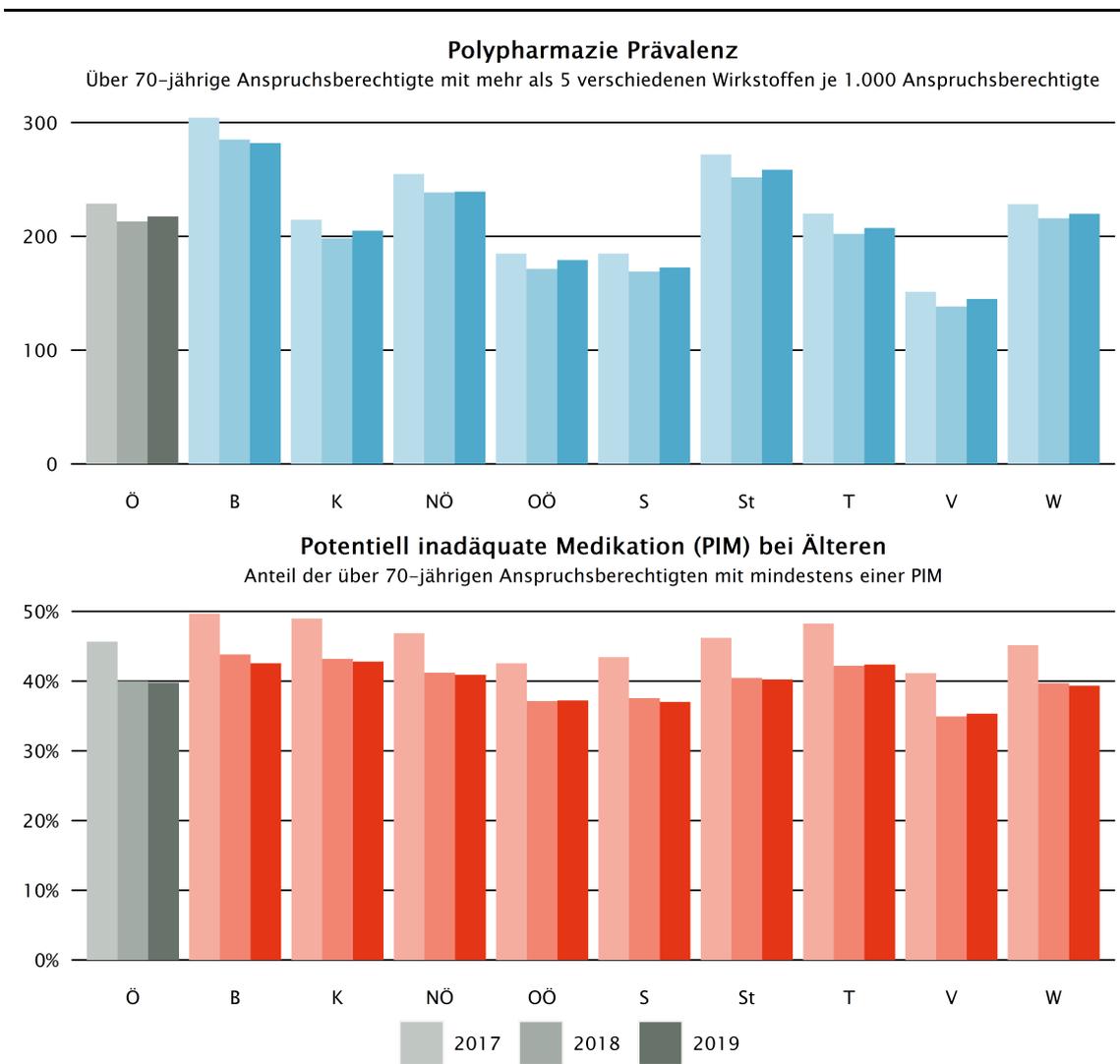
erzielt werden (-12,4 %), der in Vorarlberg (-15,1 %) am stärksten ausfiel.¹¹ Auch hier gilt es wieder die Fußnote 9 zu beachten.

Das operative Ziel 7 zielt darauf ab, die Medikamentenversorgung sektorenübergreifend gemeinsam zu optimieren. Als konkrete Maßnahme soll zum Beispiel eine Analyse der erforderlichen Grundlagen einer sektoren-, bundesländer- und EU-Mitgliedstaaten-übergreifenden Beschaffung von Medikamenten durchgeführt werden. Darüber hinaus sollen unter anderem auch Grundlagen für die Beschaffung und Abgabe von Medikamenten in Wohn- und Pflegeheimen geschaffen werden. Mit Stand Dezember 2019 waren noch keine **gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen**, sowohl sektorenübergreifend als auch bundesländerübergreifend, umgesetzt (Messgröße 17).

¹¹

Die Werte für die Jahre 2017 und 2018 wurden anhand der aktuellen Berechnungsmethode revidiert, weshalb es zu Abweichungen gegenüber dem Monitoringbericht 2019/I kommen kann.

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



Quelle: Meldung DVSV 2020, Darstellung: GÖG

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

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

Die **präoperative Verweildauer** (Messgröße 15) in 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 2019 österreichweit 93,6 Prozent und liegt damit knapp unter dem Zielwert von 94 Prozent (siehe Abbildung 5.2). Der Zielwert wurde 2019 von vier Bundesländern erreicht (Burgenland, Kärnten, Vorarlberg und Wien). In 57,3 Prozent aller Fälle in FKA wurde die Leistungserbringung binnen eines Pflgetages umgesetzt. Den höchsten Anteil erzielte hierbei Wien mit 63,4 Prozent Aufnahmen mit einer Leistungserbringung innerhalb eines Pflgetages, den geringsten Anteil verzeichnete man in der Steiermark mit 50,4 Prozent.

Ebenso als Messgröße (16) zur Abbildung der Verbesserung der integrierten Versorgung aufgenommen wurden jene **Patientinnen/Patienten** sowie Ärztinnen/Ärzte, die an „**Therapie Aktiv**“ teilnahmen, 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 2018 österreichweit bei 21,2 Prozent und damit um 2,8 Prozentpunkte über dem Vorjahreswert.¹² Ebenso erhöhte sich die Teilnahmerate der niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner sowie niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin im Zeitraum 2018 bis 2019 von 16,2 Prozent auf 16,7 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 2018 im Burgenland bei 4,2 Prozent, während 3,1 Prozent der Ärztinnen/Ärzte teilnahmen. Im Gegensatz dazu nahmen beispielsweise in Oberösterreich 30,8 Prozent der Typ-2-Diabetiker/-innen sowie 24,5 Prozent der Ärztinnen/Ärzte an „Therapie Aktiv“ teil.

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 2016 waren 89 Prozent der Bevölkerung zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrer praktischen Ärztin / ihrem praktischen Arzt, 85 Prozent waren zufrieden bzw. sehr zufrieden mit der Versorgung durch Fachärztinnen/-ärzte, und 70 Prozent der Bevölkerung zeigten sich zufrieden oder sehr zufrieden mit der Versorgung in Krankenanstalten. Im Vergleich dazu zeigten sich

12

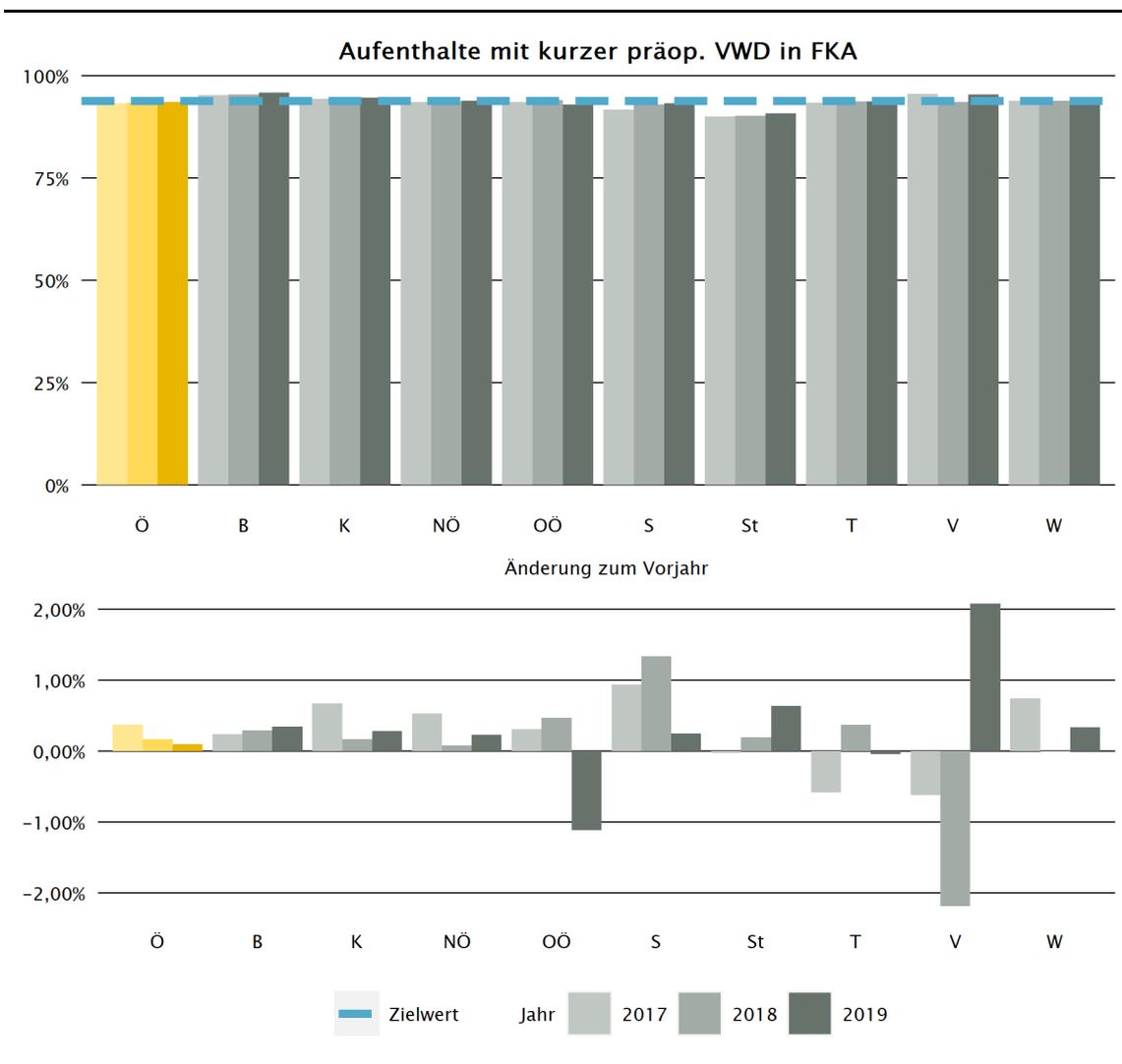
Die Diabetes-Typ-2-Prävalenz wird auf Basis der Abrechnungsdaten der Sozialversicherungsträger ermittelt (z. B. diabetesrelevante Medikamentenverordnungen, Blutzuckerbestimmungen, HbA1c-Bestimmungen) und steht zum jetzigen Zeitpunkt nur bis 2018 zur Verfügung, weshalb der Anteil der teilnehmenden Diabetiker/-innen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

58 Prozent zufrieden oder sehr zufrieden mit der Versorgung in Spitalsambulanzen. Rund die Hälfte der Bevölkerung war zufrieden oder sehr zufrieden mit der Versorgung durch Therapeutinnen/Therapeuten (HVB 2016). Da die Zufriedenheit der österreichischen Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung bereits vergleichsweise hoch ist, wurde als Zielvorgabe lediglich ein steigender oder gleichbleibender Trend vereinbart. Die Messung einer Veränderung wird auf Basis einer weiteren Befragung vor Ende der Zielsteuerungsperiode möglich sein.

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

Abbildung 5.2:

Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer (VWD; < 3 Pflgetage) in Fondskrankenanstalten (FKA), 2017-2019 (Messgröße 15)



Quelle: BMSGPK (2020b); 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.

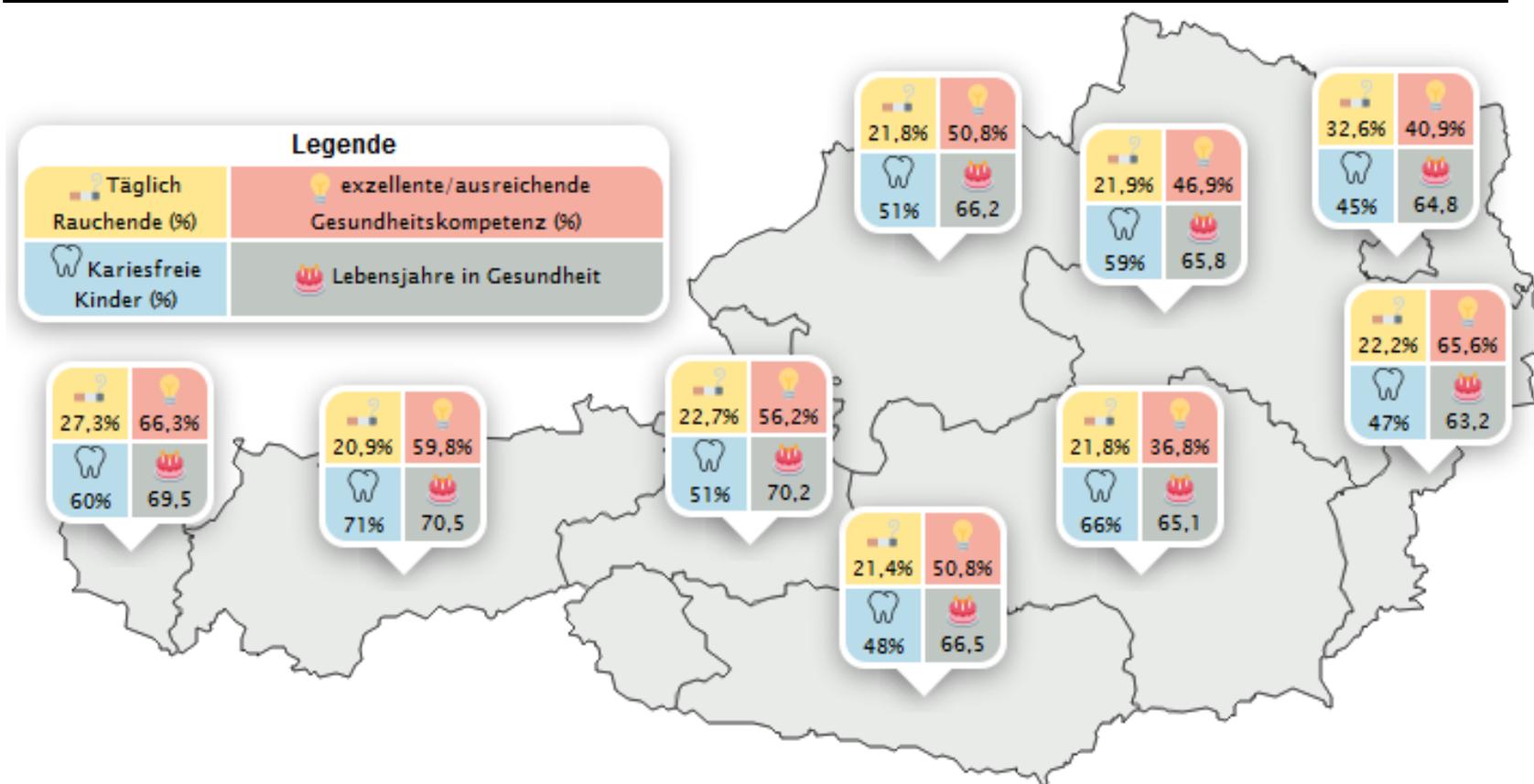
Stärkung der Gesundheitskompetenz (op. Ziel 10)

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 Mitgliedstaat. 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. Dementsprechend ergibt sich daraus die Möglichkeit, etwaige Veränderungen der Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung vor Ende der Zielsteuerungsperiode 2021 abzubilden.

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

Abbildung 6.1:

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



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

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

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

Anhand der ATHIS-Befragung 2020 wird es möglich sein, Veränderungen hinsichtlich der subjektiv in guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre während der Zielsteuerungsperiode darzustellen. Die Zielsteuerungspartner intendieren hierbei einen weiterhin positiven Trend. Ergebnisse der neuen Befragung werden erst im Laufe des Jahres 2020 vorliegen, weshalb diese für den gegenständlichen Bericht noch nicht berücksichtigt werden konnten.

Der **Anteil täglich Rauchender** ist ein weitverbreiteter Indikator im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Im Jahr 2014 rauchten 24,3 Prozent und damit rund ein Viertel der Österreicherinnen/Österreicher täglich. Beim Rauchverhalten zeigen sich geschlechtsbezogene Unterschiede, 26,5 Prozent der Männer und 22,1 Prozent der Frauen über 15 Jahre rauchen täglich. Wiederum zeigt sich eine starke regionale Varianz mit durchschnittlich 20,9 Prozent täglich Rauchender in Tirol im Vergleich zu 32,6 Prozent in Wien (siehe Abbildung 6.1). Im Zeitraum 2006–2014 ist die Raucherrate gemäß Daten der Statistik Austria von 23,2 Prozent im Jahr 2006 auf 24,3 Prozent im Jahr 2014 insgesamt gestiegen. Während bei den Männern ein leicht sinkender Trend feststellbar ist, steigt die Raucherrate bei Frauen. International liegt Österreich in diesem Bereich signifikant über dem Durchschnitt (Deutschland 2013: 20,9 %; England 2016: 16,1 %; Schweden 2015: 11,2 %) (OECD 2018). Die Zielsteuerungspartner intendieren in diesem Bereich eine Trendwende, weitere Vergleichswerte werden nach der Veröffentlichung der ATHIS-Erhebung 2019 im Laufe des Jahres 2020 verfügbar sein.

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 kariesfreier 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 ergeben sich jedoch in einzelnen Bundesländern, insbesondere ist der Sanierungsgrad im Burgenland, in Kärnten und Oberösterreich im Zeitraum 2011 bis 2016 deutlich gesunken (siehe Tabelle 7.27).

7 Anhang

7.1 Kommentierungen zum Finanzzielmonitoring

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

Tabelle: 7.1:

Kommentare zum Finanzzielmonitoring: Allgemeine Anmerkungen in den Meldeformularen

meldeverantwortliche Stelle	allgemeine Anmerkungen gem. Meldeformular I/2020
Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (DVS) für alle Träger	Datenquellen: 2018: endgültige Erfolgsrechnungen (§§ 3 und 7 der Rechnungsvorschriften). 2019: vorläufige Erfolgsrechnungen (§ 17 der Rechnungsvorschriften) – Stand 15. Februar 2020 2020: Voranschläge (§ 19 der Rechnungsvorschriften)
Kärnten	Daten für 2018 des Kärntner Gesundheitsfonds beruhen auf dem endgültigen RA 2018, Daten für 2019 des Kärntner Gesundheitsfonds beruhen auf dem VA 2019 plus ggf. Hochrechnungen, Daten für 2020 des Kärntner Gesundheitsfonds beruhen auf dem VA 2020. Daten des Landes Kärnten für 2018 anhand des RA 2018, Daten des Landes Kärnten für 2019 anhand des VA 2019 bzw. aktueller Abschätzungen und Daten des Landes Kärnten für 2020 anhand des VA 2020
Oberösterreich	Begründung 2019 Überschreitung der Ausgabenobergrenze: Die aktuell prognostizierten Mehreinnahmen (= Aufwand LKF-Ersätze) der Hauptverbandsmittel wirken sich erst im zweitfolgenden Jahr im Landesvoranschlag abgangsmindernd und auf die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben aus.
Salzburg	Für 2018 sind die endgültigen RA-Werte enthalten; für 2019 sind vorläufige RA-Werte für Land und Gemeinden angeführt; für 2020 sind die Voranschlagswerte eingetragen. *NEU ab 2016 „Tauernklinik“: umfassend die bisherigen Fondskrankenanstalten Zell am See und Mittersill; **Die Zahlungen der Gemeinde Zell am See für Betriebsabgang des Tauernklinikums und Abschaffung der Selbstträgerschaft bei Familienbeihilfen sind zum Teil gemeinsam bei der Post 752 dargestellt. ***Das KH Hallein ist seit 2017 nicht mehr Rechtsträgerin der Betriebsgesellschaft, deren Anteile wurden inzwischen von der SALK übernommen. ****Ab 2018 ist die Gebarung des Landes auf das Drei-Komponenten-Rechnungswesen im Sinne der VRV 2015 umgestellt, daher gibt es durchwegs neue Ansatz- und Kontenbezeichnungen. Bei der „Sozialhilfe“ sind die bisherigen zwei Ansätze und drei Posten im VA 2018 in einem einzigen Ansatz mit einem einzigen Konto aufgegangen und wurden dann aus Transparenzgründen wieder getrennt; im VA 2018 befand sich ein geringfügiger Betrag (63.800 €) dabei, der die Pflegeanstalt für chronisch Kranke Abtenau betraf.
Tirol	Analog zu den vorangegangenen Meldungen wird darauf hingewiesen, dass die Ausgaben-summe lt. der vorliegenden Meldung für Prognosen der zukünftigen Finanzierungssituation der Tiroler Fondskrankenanstalten nur eingeschränkt geeignet ist.
Vorarlberg	Daten des Jahres 2018 auf Basis Rechnungsabschluss Daten des Jahres 2019 auf Basis Hochrechnung Daten des Jahres 2020 auf Basis Voranschlag

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

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2020

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

7.2 Daten der Messgrößen

Im Folgenden werden die Auswertungen der im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene (2017) definierten 22 Messgrößen tabellarisch festgehalten. Für detaillierte Definitionen und Beschreibungen der Messgrößen siehe Anhang 2 des Zielsteuerungsvertrags auf Bundesebene.

Tabelle: 7.2:

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

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

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

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

Zielvorgabe: 75 PVE österreichweit

Quelle: Meldung DVS 2020; BMSGPK (2020c)

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		
Kärnten		-	-	-		
Niederösterreich		-	0,243	1,319		
Oberösterreich		0,903	1,898	2,018		
Salzburg		-	-	-		
Steiermark		-	1,317	2,957		
Tirol		-	-	-		
Vorarlberg		-	-	-		
Wien		0,899	1,082	1,602		
Österreich		0,356	0,846	1,371		

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

Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Meldung DVS 2020

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. = nicht verfügbar, derzeit nicht definiert
Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Meldung DVSV, Länder 2020

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		
Kärnten	254,9	253,4	242,8	231,9	224,3	220,7	216,2		
Niederösterreich	226,3	222,5	217,8	214,4	209,4	206,9	205,7		
Oberösterreich	251,5	248,2	242,5	241,5	239,5	239,5	235,4		
Salzburg	233,5	228,7	220,3	216,9	211,7	207,3	203,1		
Steiermark	230,3	229,4	222,7	220,9	215,8	212,5	205,5		
Tirol	232,8	228,6	221,7	218,2	214,5	213,0	210,2		
Vorarlberg	208,7	212,3	207,1	201,6	196,9	195,7	189,7		
Wien	192,0	186,8	181,5	177,6	172,8	171,5	170,0		
Österreich	225,7	222,3	216,1	212,6	208,2	206,3	203,1		191
Veränderung zum Vorjahr*		-1,50 %	-2,80 %	-1,61 %	-2,09 %	-0,92 %	-1,54 %		

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

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

Datenbasis: vorläufige Meldung der Länder mit Stand April 2020

Quelle: BMSGPK (2020b)

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	1.221,7		
Kärnten	1.716,9	1.691,4	1.632,2	1.577,7	1.515,3	1.494,5	1.471,3		
Niederösterreich	1.450,6	1.420,3	1.372,4	1.363,1	1.316,9	1.310,9	1.299,2		
Oberösterreich	1.534,7	1.509,0	1.518,5	1.451,9	1.445,0	1.428,6	1.442,4		
Salzburg	1.460,4	1.429,6	1.383,4	1.369,4	1.327,7	1.298,0	1.286,2		
Steiermark	1.535,4	1.535,0	1.459,2	1.449,7	1.420,8	1.397,1	1.347,2		
Tirol	1.401,2	1.374,4	1.340,1	1.318,4	1.293,2	1.288,0	1.276,6		
Vorarlberg	1.394,5	1.345,2	1.313,8	1.284,0	1.272,4	1.216,9	1.200,3		
Wien	1.473,7	1.422,2	1.361,0	1.306,3	1.260,3	1.243,8	1.226,9		
Österreich	1.486,8	1.456,8	1.413,3	1.380,4	1.346,7	1.329,8	1.315,6		1.252
Veränd. zum Vorjahr*		-2,02 %	-2,99 %	-2,33 %	-2,44 %	-1,26 %	-1,07 %		

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

*Die Berechnung der Wachstumsraten erfolgt auf Basis ungerundeter Echtwerte.

Datenbasis: vorläufige Meldung der Länder mit Stand April 2020

Quelle: BMSGPK (2020b)

Tabelle 7.7:

Messgröße 6: Ausgewählte Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden in Prozent der durchgeführten Leistungen 2019, Vorjahreswerte (2018) in Klammer

	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö	Zielwert 2021
Adenotomie/ Parazentese	46,1 (48,3)	37,0 (33,3)	56,0 (53,4)	57,0 (60,1)	32,4 (17,0)	14,5 (16,5)	39,5 (43,6)	63,1 (61,9)	52,3 (46,8)	46,5 (44,9)	40
Curettag	63,7 (62,7)	72,3 (67,5)	67,3 (65,9)	63,1 (61,4)	59,0 (52,7)	65,9 (62,4)	56,2 (54,9)	68,6 (70,5)	43,9 (44,0)	59,7 (57,5)	50
Eingriffe Bewegungsapparat	39,7 (34,2)	54,5 (47,9)	43,5 (42,7)	34,3 (33,7)	28,3 (28,2)	57,6 (53,9)	41,8 (31,6)	54,2 (56,7)	37,0 (32,6)	40,9 (37,8)	40
Eingriffe Haut mit Lappenplastik	32,8 (35,2)	44,5 (44,2)	33,3 (27,8)	31,9 (31,3)	52,7 (49,1)	35,8 (23,1)	60,4 (59,0)	47,0 (20,1)	50,8 (49,5)	47,0 (43,5)	40
Hernien-OP	6,0 (1,9)	27,7 (25,2)	6,4 (7,3)	2,3 (2,3)	4,7 (3,2)	6,9 (7,2)	7,4 (0,7)	18,1 (16,5)	3,6 (1,9)	7,0 (5,8)	15
Karpaltunnel OP	86,6 (88,3)	91,5 (91,5)	85,6 (86,1)	78,6 (76,7)	59,9 (60,9)	81,2 (77,1)	85,7 (85,8)	80,0 (77,8)	65,7 (59,7)	79,3 (77,4)	65
Katarakt-OP	99,7 (99,9)	97,2 (97,4)	94,9 (94,4)	89,5 (89,1)	92,0 (90,7)	80,8 (80,1)	87,4 (86,7)	85,0 (76,7)	88,8 (87,9)	89,7 (88,7)	70
Kniearthroskopie	45,9 (45,9)	75,8 (70,9)	52,5 (50,0)	16,4 (15,7)	20,2 (14,7)	13,8 (8,2)	22,0 (10,8)	49,9 (48,0)	25,6 (25,5)	33,3 (30,7)	30
Metallentfernung	47,7 (46,0)	71,2 (66,0)	49,2 (46,3)	49,8 (49,0)	38,7 (35,2)	46,4 (38,7)	42,7 (33,5)	53,8 (48,8)	34,3 (34,9)	46,3 (42,6)	40
sonst. Eingriffe Auge	34,5 (100,0)	92,2 (90,8)	79,4 (79,1)	81,3 (79,0)	88,5 (81,2)	83,4 (86,2)	82,5 (82,7)	21,9 (13,7)	92,3 (91,3)	84,6 (83,4)	70
sonst. Eingriffe HNO	5,0 (0,7)	11,7 (9,3)	0,7 (0,2)	7,6 (7,4)	4,2 (1,6)	0,8 (1,6)	2,1 (2,2)	2,3 (3,1)	0,3 (0,8)	3,1 (2,9)	20
sonst. Eingriffe Urologie	51,0 (39,9)	71,3 (74,2)	73,0 (69,3)	57,6 (57,2)	64,6 (61,8)	57,6 (53,7)	55,2 (49,6)	32,2 (26,1)	55,2 (52,4)	59,4 (56,7)	60
sonst. Eingriffe Uterus	73,5 (71,5)	80,0 (66,7)	68,5 (68,0)	60,1 (58,9)	62,2 (50,5)	71,0 (61,5)	59,3 (57,5)	79,7 (76,1)	31,4 (28,1)	62,0 (57,0)	40
Varizen-OP	12,1 (3,8)	69,2 (61,6)	42,8 (50,0)	28,1 (27,3)	33,3 (19,9)	39,9 (30,3)	28,6 (18,6)	56,2 (47,7)	23,4 (19,0)	37,0 (32,0)	30
gewichteter Mittelwert (Fälle)	57,5 (55,9)	74,9 (72,2)	67,0 (65,4)	61,7 (61,2)	60,5 (56,0)	55,8 (53,2)	57,4 (54,2)	62,4 (57,6)	60,7 (59,3)	62,0 (60,0)	

Zielvorgabe: steigender Trend, leistungsspezifische Zielwerte 2021

Quelle: BMSGPK (2020b)

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	2016	2017	2018	2019
Basisausbildung	938	1.183	1.036	897	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Allgemeinmedizin	1.435	1.237	1.120	1.006	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Sonderfächer	5.122	5.259	5.640	5.633	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Additivfach	718	665	587	588	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Summe	8.213	8.344	8.383	8.124	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

Quelle: BMSGPK (2020a)

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			
Kärnten	81,3	80,9	79,7	80,0	80,6	80,9			
Niederösterreich	78,4	77,9	77,3	78,1	79,5	80,1			
Oberösterreich	77,1	75,5	73,7	73,8	75,6	75,2			
Salzburg	79,4	78,3	77,1	77,8	79,3	79,6			
Steiermark	85,9	84,9	83,7	83,4	84,2	83,1			
Tirol	81,6	82,5	81,0	80,7	82,3	82,5			
Vorarlberg	77,7	79,3	78,8	79,1	80,4	81,0			
Wien	90,4	89,8	88,5	88,5	88,9	89,1			
Österreich	82,8	82,3	81,0	81,2	82,4	82,4			

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Quelle: Meldung DVS 2020, 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			
Kärnten	35,5	34,7	34,1	34,7	34,4	34,4			
Niederösterreich	31,4	31,0	30,7	32,0	32,4	32,4			
Oberösterreich	37,3	37,3	35,7	36,6	36,8	37,4			
Salzburg	37,6	36,8	36,0	36,6	36,7	32,2			
Steiermark	33,4	33,0	32,6	34,5	34,9	34,6			
Tirol	36,5	35,6	34,7	36,1	36,2	35,3			
Vorarlberg	39,0	38,4	39,3	40,4	40,8	40,6			
Wien	35,3	34,7	34,2	34,6	35,2	34,8			
Österreich	34,9	34,5	33,8	34,8	35,1	34,7			

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Quelle: Meldung DVS 2020, Regiomed

Tabelle 7.11:

Messgröße 8: Ärztliche Versorgungsdichte (3/3) – im intramuralen 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			
Kärnten	198,9	199,6	199,5	203,2	204,9	211,6			
Niederösterreich	192,7	195,3	198,3	197,8	201,2	203,1			
Oberösterreich	209,5	207,9	209,7	212,1	210,9	210,4			
Salzburg	233,3	232,3	230,9	237,1	243,6	247,7			
Steiermark	224,5	225,6	232,8	227,1	229,5	232,7			
Tirol	266,9	268,5	268,4	272,0	275,2	279,9			
Vorarlberg	182,3	197,5	202,9	202,8	206,7	208,6			
Wien	320,6	318,8	317,5	313,1	310,3	309,8			
Österreich	234,4	235,3	237,0	236,9	238,5	240,5			

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Quelle: BMSGPK (2020b)

Tabelle 7.12:

Messgröße 9: Relation diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger (DGKP) und Pflegefachassistenz (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			
Kärnten	2,39	2,41	2,42	2,34	2,34	2,29			
Niederösterreich	2,22	2,18	2,17	2,17	2,11	2,12			
Oberösterreich	2,50	2,56	2,54	2,50	2,52	2,52			
Salzburg	2,35	2,37	2,40	2,31	2,25	2,21			
Steiermark	2,06	2,05	2,00	2,07	2,06	2,03			
Tirol	2,15	2,13	2,11	2,10	2,07	2,05			
Vorarlberg	2,16	2,07	2,07	2,04	2,02	2,03			
Wien	2,05	2,02	1,93	1,91	1,88	1,85			
Österreich	2,20	2,19	2,16	2,14	2,12	2,10			

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Quelle: BMSGPK (2020b)

Tabelle 7.13:

Messgröße 10: Masern/Mumps/Röteln – Durchimpfungsrate Kinder (Zweijährige, in %) ¹³

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

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) für das Jahr 2018

¹³

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

Tabelle 7.14:

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

	2017*	2018			2019		
	(Einrichtungen)	(VZÄ)			(VZÄ)		
	Ambulatorien	Ambulatorien	ndgl.	Summe	Ambulatorien	ndgl.	Summe
Burgenland	2	6,0	0	6,0	6,0	4,8	10,8
Kärnten	4	2,0	2	4,0	3,0	2,0	5,0
Niederösterreich	0	2,0	9	11,0	2,0	9,0	11,0
Oberösterreich	4	2,0	5	7,0	2,0	5,0	7,0
Salzburg	1	2,0	2	4,0	2,0	2,0	4,0
Steiermark	0	4,5	0	4,5	5,0	0,0	5,0
Tirol	0	0,0	3	3,0	0,0	4,0	4,0
Vorarlberg	2	0,0	4	4,0	0,0	3,5	3,5
Wien	3	9,0	6	15,0	8,0	7,0	15,0
Österreich	12	27,5	31	58,5	28,0	37,3	65,2

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.

Quelle: Meldung DVSV 2020

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 %		
Krankenanstalten	131	48,34	141	53,01	144	54,96		
Pflegeeinrichtungen	11	1,13	22	2,08	42	3,56		
Ambulatorien, Institute	38	6,29	58	6,20	99	11,01		
Apotheken	15	1,06	602	42,36	1.377	96,90		
Ärztinnen/Ärzte	90	1,13	2.920	36,50	6.491	86,01		
Österreich	285	2,53	3.743	32,04	8.153	72,01		

Der Berechnung des Anteils der GDA, die ELGA umgesetzt haben, liegt eine Meldung der ELGA GmbH, basierend auf dem GDA-Index, zugrunde, wonach für das Jahr 2019 die Gesamtanzahl der Krankenanstalten 262, der Pflegeeinrichtungen 1.179, der Ambulatorien sowie Institute 899, der Apotheken ca. 1.421 und der niedergelassenen Vertragsärztinnen/-ärzte (inkl. Gruppenpraxen) 7.547 beträgt (Stand März 2020).

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

Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Meldung ELGA GmbH 2020

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		
Kärnten	-	215	198	205		
Niederösterreich	-	255	239	239		
Oberösterreich	-	185	171	179		
Salzburg	-	185	169	173		
Steiermark	-	272	252	259		
Tirol	-	220	202	207		
Vorarlberg	-	151	138	145		
Wien	-	228	216	220		
Österreich	-	229*	213	218		

*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

Quelle: Meldung DVS 2020

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		
Kärnten	45,9	45,4	49,0	43,2	42,8		
Niederösterreich	53,4	44,2	46,8	41,2	40,9		
Oberösterreich	49,6	40,3	42,6	37,1	37,2		
Salzburg	50,4	41,3	43,4	37,6	37,0		
Steiermark	54,0	44,2	46,2	40,4	40,2		
Tirol	51,9	44,7	48,3	42,2	42,4		
Vorarlberg	44,3	38,8	41,1	34,9	35,3		
Wien	52,1	43,0	45,1	39,7	39,3		
Österreich	51,6*	43,2	45,7	40,0	39,8		

*Der Österreich-Wert für das Jahr 2012 wurde als gewichteter Durchschnitt aus den Bundeslandwerten berechnet, wobei die Wohnbevölkerung über 70 Jahre zur Gewichtung herangezogen wurde.
Die Werte für die Jahre 2016 bis 2018 wurden anhand aktueller Daten und einer aktuellen Berechnungsmethode rückwirkend revidiert.
Zielvorgabe: sinkender Trend

Quelle: Mann et al. (2014), Meldung DVS 2020

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		
Kärnten	92,6	92,5	93,2	93,7	94,4	94,5	94,8		
Niederösterreich	92,8	92,7	93,0	93,2	93,6	93,7	93,9		
Oberösterreich	91,8	92,4	93,1	93,3	93,6	94,1	93,0		
Salzburg	88,4	89,2	89,8	91,0	91,9	93,1	93,3		
Steiermark	89,5	89,8	89,1	90,2	90,2	90,3	90,9		
Tirol	93,3	93,7	93,9	94,0	93,5	93,5	93,8		
Vorarlberg	95,4	95,1	96,2	96,2	95,7	93,3	95,5		
Wien	91,4	92,3	92,8	93,3	93,9	94,0	94,2		
Österreich	91,7	92,2	92,6	93,0	93,3	93,5	93,6		

Zielvorgabe: 94 Prozent bis 2021

Quelle: BMSGPK (2020b)

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			
Kärnten	6,65	13,29	17,87			
Niederösterreich	11,06	13,44	15,43			
Oberösterreich	23,89	27,13	30,78			
Salzburg	18,27	22,00	26,04			
Steiermark	24,22	26,79	29,80			
Tirol	0,00	1,06	3,83			
Vorarlberg	14,95	18,27	22,11			
Wien	18,11	20,49	22,77			
Österreich	15,69	18,43	21,22			

Zielvorgabe: steigender Trend

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

Datenbasis: vorläufige Meldung der Länder mit Stand April 2020

Quelle: Meldung DVSV 2020

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 Medizin¹⁴

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

Zielvorgabe: steigender Trend

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

Quelle: Meldung DVSV 2020

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		

Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Meldung DVSV, Erhebung Landes-Zielsteuerungskommissionen 2020

14

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

Tabelle 7.22:

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

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

Zielvorgabe: steigender oder konstanter Trend

Quelle: Bundes-Zielsteuerungskommission (2016)

Tabelle 7.23:

Messgröße 19: Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz in Prozent der Befragten

	2011	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		
Kärnten	62,0	62,5	66,5	66,5		
Niederösterreich	61,8	62,3	66,3	65,3		
Oberösterreich	62,8	62,9	67,3	65,2		
Salzburg	66,1	63,8	71,0	69,3		
Steiermark	61,7	61,8	65,0	65,2		
Tirol	67,4	61,2	71,6	69,4		
Vorarlberg	69,3	66,6	71,0	67,9		
Wien	60,8	60,0	64,4	65,2		
Österreich	63,2	61,8	66,6	65,9		

Die Periodizität orientiert sich am ATHIS-Zyklus.
Zielvorgabe: steigender Trend

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

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

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

Zielvorgabe: sinkender Trend

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

Tabelle 7.26:

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

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

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

n. v. = Daten nicht verfügbar

Zielvorgabe: steigender Trend

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

Tabelle 7.27:

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

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

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

n. v. = Daten nicht verfügbar

Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Bodenwinkler et al. (2017)

15

Messgröße 22 bildet den Sanierungsgrad ab, das heißt den prozentuellen Anteil gefüllter Zähne an allen kariös geschädigten Zähnen. Die Messgrößenbeschreibung in Anhang 2 des Zielsteuerungsvertrags bezieht sich fälschlicherweise auf Kinder mit einem mindestens zu 80 % 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	Bedarfs-gerechte Versorgungs-strukturen	1: Verbesserung der integrativen Versorgung durch gemeinsame abgestimmte verbindliche Planung und Umsetzung der folgenden Ziele (1.1 bis 1.3)	<i>Messgrößen und Zielwerte/Zielvorgaben sind direkt den operativen Zielen 1.1. bis 1.3 zugeordnet. Diese sind in der Analyse gemeinsam zu betrachten.</i>	
			1.1: Primärversorgungsmodelle auf- und ausbauen	(1) Umgesetzte PV-Einheiten (2) In PV-Einheiten versorgte Bevölkerung <i>Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße: Anteil von Fällen mit abgeschlossener Behandlung</i>	75 ↑
			1.2: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung	(3) Anzahl multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich mit Versorgungsauftrag <i>Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße zur Versorgungswirksamkeit von multiprofessionellen und/oder interdisziplinären ambulanten Versorgungsformen</i>	↑
			1.3: Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen	(4) Krankenhaushäufigkeit in FKA (5) Belagstagedichte in FKA (6) Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden	-2 % jährl. -2 % jährl. pro Leistungs-bündel definiert
		Die richtige Versorgung („The right care“)	2: Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals (Skill-Mix, Nachwuchssicherung, demographische Entwicklung) sicherstellen	(7) Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen AM/FÄ (8) Ärztliche Versorgungsdichte (9) Relation DGKP und PFA zu Ärztinnen/Ärzten in FKA („Nurse to Physician Ratio“)	Beobachtungswert Beobachtungswert Beobachtungswert
			3: Stärkere Ausrichtung des Vertragswesens und der Honorierungssysteme am Versorgungsbedarf bei gleichzeitiger Unterstützung der Zielsetzungen der ZS-G (insbesondere Versorgung am „Best Point of Service“) und der Anforderungen an die Versorgungsformen	<i>Messgrößen siehe op. Ziele 1.1 bis 1.3.</i>	
			4: Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen	(10) Masern/Mumps/Röteln – Durchimpfungsrate Kinder (11) Ambulante KJP-Angebote	↑ ↑

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

Quelle: Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene 2017

Literaturverzeichnis

- Bachner, Florian; Griebler, Robert; Schmidt, Andrea; Mathis-Edenhofer, Stefan; Rainer, Lukas; Bobek, Julia (2018): Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept. Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen (Baselinebericht) Aktualisierte Fassung 2017. Zur Vorlage an die Bundes-Zielsteuerungskommission. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- 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 (2020a): ASV Meldungsstatistik: Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung (Stand: November 2019). Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz/Österreichische Ärztekammer, Wien
- BMSGPK (2020b): Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2020c): Statusbericht. Zur Umsetzung der Maßnahmen und laufenden Arbeiten des Zielsteuerungsvertrages. Status zum 31.12.2019. 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-Zahnstaterhebung 2016: Sechsjährige in Österreich. Zahnstatus sechsjähriger Kinder mit und ohne Migrationshintergrund. Wissenschaftlicher Bericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Bundes-Zielsteuerungskommission (Hg.) (2016): Bevölkerungsbefragung 2016. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Bundeskanzleramt (2020): Aus Verantwortung für Österreich. Regierungsprogramm 2020–2024. Bundeskanzleramt, Wien
- HVB (2016): Bevölkerungsbefragung 2016. Erhebung des Wissensstandes der Bevölkerung zu gesundheitspolitischen Themen mit besonderem Fokus auf die aktuelle Gesundheitsreform. Hg. v. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger unter Mitarbeit der Gesundheit Österreich und des Teams für Qualitätsentwicklung und Service Management. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

- Keuerleber, Simon; 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.; Sauermaun, R.; Hinteregger, M.; Hölzl, D.; Keuerleber, S.; Scheuringer, M.; Meyer, G. (2014): Potentially inappropriate medication in older persons in Austria: A nationwide prevalence study. In: European Geriatric Medicine 5/6:
- OECD (2018): OECD Health Statistics. Non-Medical Determinants of Health, Tobacco Consumption [Online]. <http://stats.oecd.org> [Zugriff am 4. April 2018]
- Pelikan J.M.; Röthlin F.; Ganahl K. (2012): Comparative Report on Health Literacy in eight EU Member States. Hg. v. 2009–2012, The European Health Literacy Project
- Pelikan, JM; Röthlin, F; Ganahl, K (2013): Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung–nach Bundesländern und im internationalen Vergleich. Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Bundesländer–Studie LBIHPR Forschungsbericht, 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]
- WHO/UNICEF (2018): Austria: WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2017 revision. World Health Organisation, Copenhagen