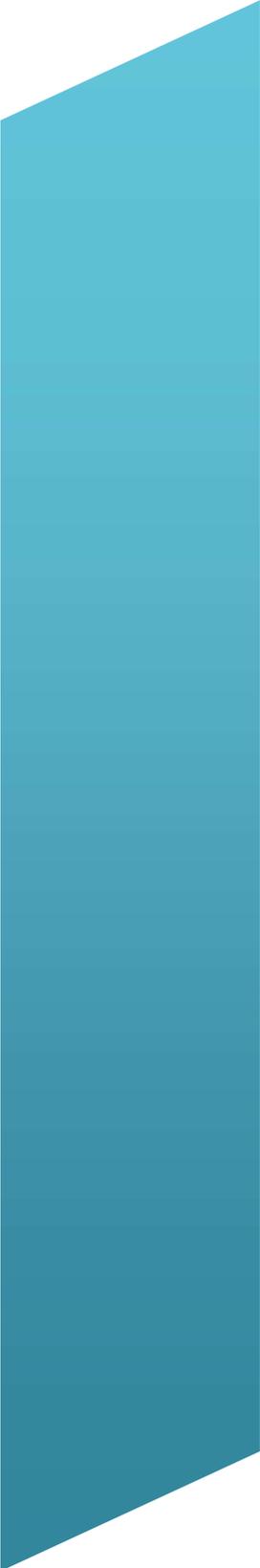


Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung



Monitoringbericht Zielsteuerung- Gesundheit

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

Berichtsjahr 2017

**Abgenommen durch die
Bundes-Zielsteuerungskommission im Juni 2018**

Monitoringbericht Zielsteuerung–Gesundheit

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

Autorinnen und Autoren:

Florian Bachner
Julia Bobek
Lena Lepuschütz
Lukas Rainer
Martin Zuba

Unter Mitarbeit von:

Ines Czasny

Projektassistenz:

Monika Schintlmeister

Fachliche Begleitung durch die PG Monitoring:

Peter Brosch
Elmar König
Sandra Marczik–Zettinig
Erich Schmatzberger
Beate Stolzlechner
Vinzent Rest

Wien, im April 2018

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz,
vertreten durch SC Clemens Auer (BMSGK, Sektion VIII)

Zitiervorschlag: Bachner, Florian; Bobek, Julia; Lepuschütz, Lena; Rainer, Lukas; Zuba, Martin
(2018): 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 und ermöglicht transparent darzustellen, wie weit die im Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Ziele auf Bundes- und Landesebene erreicht wurden. Damit wird insbesondere den handlungsleitenden Prinzipien der Transparenz und Wirkungsorientierung Rechnung getragen. Der vorliegende erste Monitoringbericht der zweiten Zielsteuerungsperiode (2017–2021) zeichnet unter anderem eine Baseline für zukünftige Messungen.

Methode/Methoden

Das Monitoring der Steuerungsbereiche weicht in der Zielsteuerungsperiode 2017–2021 vom bisher gewählten Ansatz ab und 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. Genaue Definitionen und Hinweise zur Berechnung der Messgrößen finden sich in Anhang 2 des Zielsteuerungsvertrags. Das Monitoring der Steuerungsbereiche speist sich einerseits aus bestehenden Routinedaten (z. B. LKF-Daten), andererseits aus Datenmeldungen verschiedener Zielsteuerungspartner (z. B. HVB). Messgrößen werden – soweit verfügbar – auf Landesebene aufgeschlüsselt und im Zeitverlauf dargestellt.

Das Monitoring der Finanzzielsteuerung knüpft an die seit 2013 bestehende Methodik an und beruht auf regelmäßigen Meldungen der Länder und der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ergebnisse

Der erste umfassende Monitoringbericht der neuen Zielsteuerungsperiode zeigt mehrheitlich positive Ergebnisse und Trends. Für die Berichtsjahre 2016 bis 2018 kommt es gemäß den (vorläufigen) Ergebnissen des Finanzzielmonitorings gesamthaft zu deutlichen Unterschreitungen der Ausgabenobergrenzen. Länder und gesetzliche KV erzielten 2016 eine Unterschreitung in der Höhe von 795 Mio. Euro (3,64 %), welche sich bis 2018 auf 646 Mio. Euro (2,75 %) reduziert, jedoch noch immer deutlich ausfällt.

Die Zielerreichung der operativen Ziele in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung zeigt ebenfalls mehrheitlich positive Trends, wenn auch zentrale Herausforderungen bestehen bleiben. Von den 22 definierten Messgrößen bewegt sich laut gegenwärtiger Datenverfügbarkeit nur eine, Messgröße 21 „Täglich Rauchende“, nicht in die intendierte Richtung. Für 12 Messgrößen kann zu diesem Zeitpunkt kein Trend dargestellt werden.

Schlussfolgerungen

Das Monitoring der Ausgabenobergrenzen und vereinbarten Zielvorgaben ist integraler Bestandteil des Zielsteuerungsprozesses und ermöglicht eine Beurteilung des Fortschritts sowie falls nötig das steuernde Eingreifen der Zielsteuerungspartner.

Inhalt

Kurzfassung	III
Einleitung und Hintergrund.....	1
Teil A: Monitoring der Finanzzielsteuerung	3
1 Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege gemäß System of Health Accounts	4
2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben	5
2.1 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Länder	6
2.2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: gesetzliche Krankenversicherung	7
2.3 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Zusammenführung auf Bundesländerebene	10
3 Gesondert darzustellende Größen	13
Teil B: Monitoring der Steuerungsbereiche	15
4 Bessere Versorgung (strat. Ziel 1).....	18
5 Bessere Qualität (strat. Ziel 2)	26
6 Gesundere Bevölkerung (strat. Ziel 3).....	31
7 Anhang	34
7.1 Kommentierungen zum Finanzzielmonitoring	34
7.2 Melde- und Berichtslegungsablauf	35
7.3 Daten – Messgrößen	37
7.4 Übersicht Ziele und Messgrößen laut Bundes-Zielsteuerungsvertrag	49
Literaturverzeichnis	51

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, 2010–2018, in Mio. Euro	5
Abbildung 2.2: Übersicht über die Messgrößenausprägungen	16
Abbildung 4.1: Versorgte Bevölkerung in PVE (zielbezogen) in Prozent (Messgröße 2) und PVE-Standorte.....	20
Abbildung 4.2: Krankenhaushäufigkeit und Belagstagedichte in Fondskrankenanstalten (FKA) (Messgrößen 4 und 5)	21
Abbildung 4.3: Tagesklinik–Leistungsbündel, die tagesklinisch–stationär oder ambulant erbracht werden, je Bundesland 2017 (Messgröße 6)	22
Abbildung 4.4: Ärztliche Versorgungsdichte (Messgröße 8) und Relation DGKP zu ÄrztInnen in Fondskrankenanstalten (FKA) („Nurse to Physician Ratio“, Messgröße 9)	24
Abbildung 5.1: Polypharmazie Prävalenz und Potentiell inadäquate Medikation (PIM) bei über 70jährigen (Messgrößen 13 und 14)	28
Abbildung 5.2: Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer (VWD) (<3 Pflgetage) in Fondskrankenanstalten (FKA), 2017 (Messgröße 15)	30
Abbildung 6.1: Gesundere Bevölkerung: täglich Rauchende (2014), Gesundheitskompetenz (2011), gesunde Lebensjahre (2014) und kariesfreie Kinder (2016) im Bundesländervergleich (Messgrößen 19 bis 22)	32
Abbildung 7.1: Melde- und Berichtslegungsablauf zum Monitoring der Finanzzielsteuerung, 2017 bis 2021	35

Tabellen

Tabelle 1.1:	Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in Mio. Euro, 2016	4
Tabelle 2.1:	Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der Länder, in Mio. Euro und Abweichungen von der Ausgabenobergrenze nach Bundesland in Prozent	6
Tabelle 2.2:	Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der gesetzlichen KV, in Mio. Euro und Abweichungen von der Ausgabenobergrenze nach Bundesland zusammengeführt in Prozent	7
Tabelle 2.3:	Zielsteuerungsrelevante öffentlichen Gesundheitsausgaben, GKK Mio. Euro	8
Tabelle 2.4:	Bundesweite Aufteilung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben auf die Sondersversicherungsträger und Betriebskrankenkassen, in Mio. Euro	9
Tabelle 2.5:	Bundesländerweise Zusammenführung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben, Länder und gesetzliche KV gesamt in Mio. Euro	11
Tabelle 2.6:	Bundesländerweise Zusammenführung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben, GKK sowie SVT und BKK, in Mio. Euro.....	12
Tabelle 3.1:	Investitionen in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten sowie in den Gesundheitseinrichtungen der gesetzlichen KV, nach Bundesländern in Euro, 2016	13
Tabelle 3.2:	Aufwand der gesetzlichen Krankenversicherungsträger für Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche, in Euro, 2016.....	14
Tabelle 3.3:	Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenfürsorgeanstalten sowie des Bundes, in Mio. Euro, 2012–2016.....	14
Tabelle 4.1:	Umgesetzte Primärversorgungseinheiten zum 31.12.2017 (Messgröße 1).....	19
Tabelle 7.1:	Kommentare zum Finanzzielmonitoring: Allgemeine Anmerkungen in den Meldeformularen	34
Tabelle: 7.2	Messgröße 1: Umgesetzte Primärversorgungseinheiten (PVE) (Stand jeweils zum 31.12)	37
Tabelle 7.3:	Messgröße 2: In Primärversorgungseinheiten (PVE) versorgte Bevölkerung in Prozent (Stand jeweils zum 31.12)	37
Tabelle 7.4:	Messgröße 3: Anzahl multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich mit Versorgungsauftrag (Stand jeweils zum 31.12).....	38
Tabelle 7.5:	Messgröße 4: Krankenhaushäufigkeit in Fondskrankenanstalten je 1.000 EinwohnerInnen	38
Tabelle 7.6:	Messgröße 5: Belagstagedichte in Fondskrankenanstalten je 1.000 EinwohnerInnen	39

Tabelle 7.7:	Messgröße 6: Ausgewählte Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinikstationär oder ambulant erbracht werden in Prozent der durchgeführten Leistungen (2017).....	39
Tabelle 7.8:	Messgröße 7: Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen für AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen	40
Tabelle 7.9:	Messgröße 8: Ärztliche Versorgungsdichte (1/3) – Versorgungsdichte im extramuralen Bereich: VertragsärztInnen (exkl. Zahnmedizin und technische Fächer) je 100.000 EinwohnerInnen.....	40
Tabelle 7.10:	Messgröße 8: Ärztliche Versorgungsdichte (2/3) – vertragsärztliche Versorgungsdichte im extramuralen Bereich: ZahnmedizinerInnen je 100.000 EinwohnerInnen	41
Tabelle 7.11:	Messgröße 8: Ärztliche Versorgungsdichte (3/3) – im intramuralen Bereich: in Fondskrankenanstalten je 100.000 EinwohnerInnen	41
Tabelle 7.12:	Messgröße 9: Relation diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (DGKP) und Pflegefachassistenz (PFA) zu ÄrztInnen in Fondskrankenanstalten („Nurse to Physician Ratio“)	42
Tabelle 7.13:	Messgröße 10: Masern/Mumps/Röteln – Durchimpfungsrate Kinder (2-Jährige, in %)	42
Tabelle 7.14:	Messgröße 11: Anzahl der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie-Angebote.....	42
Tabelle 7.15:	Messgröße 12: Umsetzungsgrad Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) Anzahl und Anteil (in %) der Gesundheitsdiensteanbieter, die ELGA implementiert haben (gemäß ELGA-Gesetz)	43
Tabelle 7.16:	Messgröße 13: Polypharmazie-Prävalenz (Über 70jährige Anspruchsberechtigte mit mehr als 5 verschriebenen verschiedenen Wirkstoffen in zwei aufeinander folgenden Quartalen, je 1.000 Anspruchsberechtigte)	43
Tabelle 7.17:	Messgröße 14: Potentiell 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).....	44
Tabelle 7.18:	Messgröße 15: Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer in Fondskrankenanstalten (FKA), Anteil < 3. Pflage-tag (PT) in Prozent aller Aufenthalte.....	44
Tabelle 7.19:	Messgröße 16: In Therapie Aktiv versorgte PatientInnen und teilnehmende ÄrztInnen (1/2) – Anteil von im Rahmen von Therapie Aktiv versorgten PatientInnen in Prozent aller PatientInnen, die in die Zielgruppe des Programmes fallen	45
Tabelle 7.20:	Messgröße 16: In Therapie Aktiv versorgte PatientInnen und teilnehmende ÄrztInnen (2/2) – Anteil der teilnehmenden ÄrztInnen in Prozent aller AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen für Innere Medizin.....	45
Tabelle 7.21:	Messgröße 17: Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen.....	46

Tabelle 7.22: Messgröße 18: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich (sehr zufrieden oder zufrieden) in Prozent der Befragten	46
Tabelle 7.23: Messgröße 19: Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz in Prozent der Befragten	46
Tabelle 7.24: Messgröße 20: Gesunde Lebensjahre bei der Geburt.....	47
Tabelle 7.25: Messgröße 21: Täglich Rauchende (Anteil der Bevölkerung mit 15 Jahren oder älter) in Prozent	47
Tabelle 7.26: Messgröße 22: Kariesfreie Kinder (1/2) – Anteil der 6jährigen Kinder mit einem kariesfreien Gebiss in Prozent	48
Tabelle 7.27: Messgröße 22: Kariesfreie Kinder (2/2) – Sanierungsgrad der 6-jährigen Kinder, in Prozent.....	48

Abkürzungen

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

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

Einleitung und Hintergrund

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

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

Integraler Bestandteil der vereinbarten Ziele ist das Monitoring der ZS-G, das sich seit Oktober 2017 wie folgt gliedert:

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

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

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

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

Teil A: Monitoring der Finanzzielsteuerung

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

1 Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege gemäß System of Health Accounts

Insgesamt belaufen sich die für die Ableitung der Ausgabenobergrenzen (AOG) maßgeblichen öffentlichen Gesundheitsausgaben gemäß *System of Health Accounts* (SHA) für das Jahr 2016 auf 24.614 Mio. Euro. **Damit wird die für diesen Zeitraum vereinbarte Ausgabenobergrenze um rund 949 Mio. Euro (bzw. 3,71 %) unterschritten (vgl. Tabelle 1.1).**

Tabelle 1.1:
Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in Mio. Euro, 2016

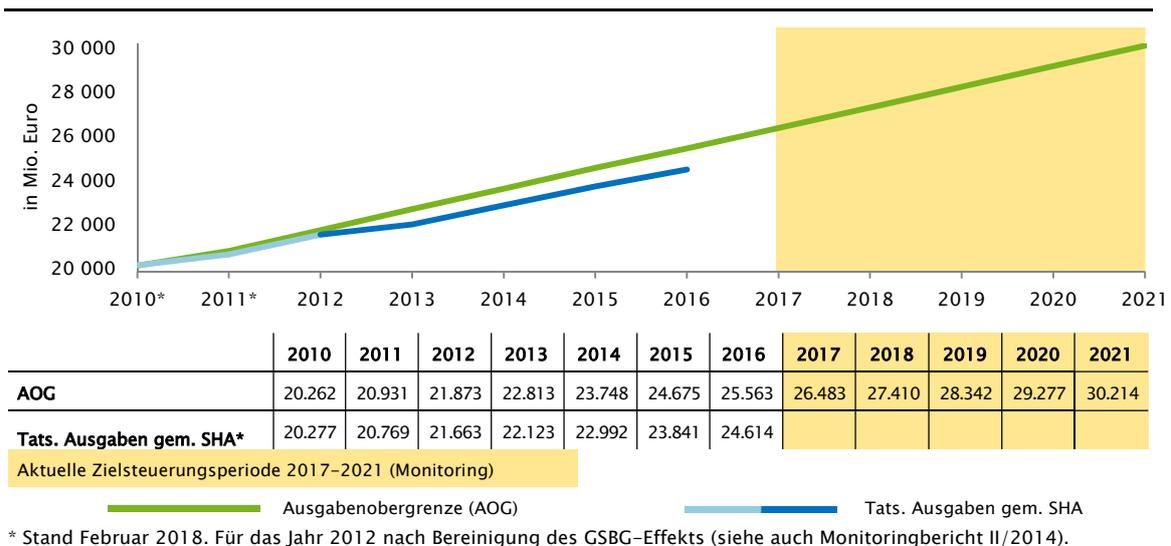
Gesamt		2016
SOLL	Ausgabenobergrenze	25.563
IST	Ausgaben gem. SHA	24.614
ANALYSE	Abweichung zur AOG absolut	-949
	Abweichung zur AOG in Prozent	-3,71 %

gerundet gem. G-ZG §17 Abs. 1 Z 1

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

Abbildung 1.1 stellt die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die Zielsteuerungsperiode bis 2021 im Zeitverlauf dar. Anhand der (rückwirkend) aktualisierten Zeitreihe stellen sich für das Ausgangsjahr 2010 die öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) gemäß SHA um 15 Mio. Euro höher dar. Insgesamt wachsen die Gesundheitsausgaben im Betrachtungszeitraum 2010 bis 2016 um durchschnittlich 3,3 Prozent jährlich. Zwischen 2015 und 2016 betrug das Wachstum 3,2 Prozent.

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

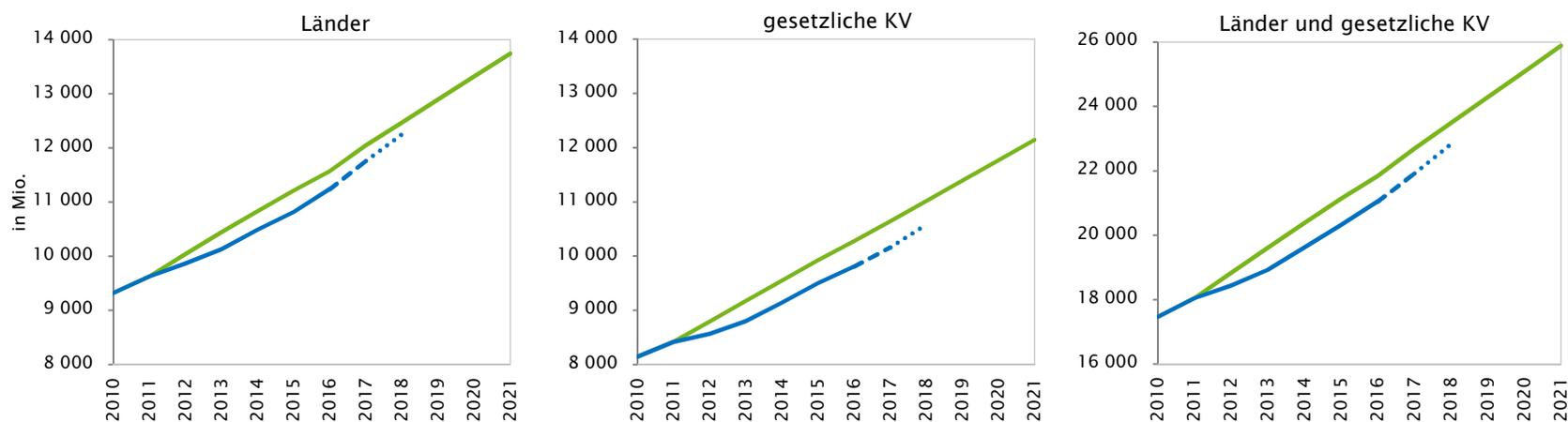


Quelle: Statistik Austria 2018 und G-ZG §17 Abs. 1 Z 1

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, 2010–2018, in Mio. Euro



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

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	21.843	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					
	Ausgaben gem. unterjährigem Monitoring								21.921				
	Ausgaben gem. Voranschlagsmonitoring									22.839			

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2018, und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 2

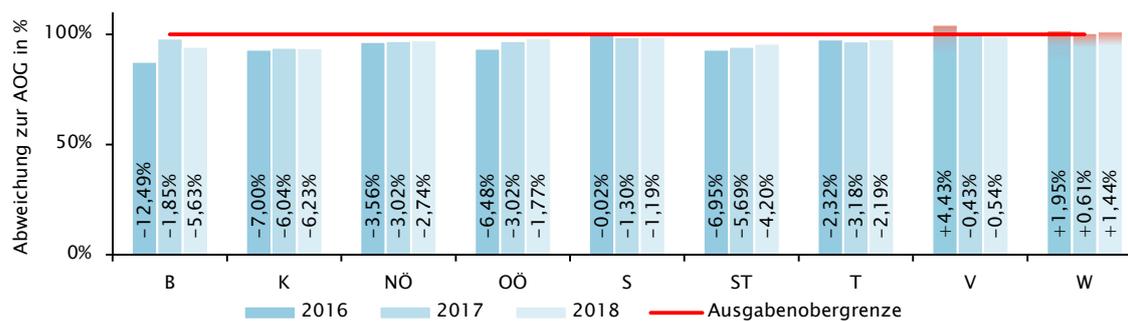
2.1 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Länder

Für den Sektor der **Länder** werden zum aktuellen Monitoringzeitpunkt **für das Jahr 2018** (ausgehend von den Voranschlägen) zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben in der Höhe von 12.253 Mio. Euro prognostiziert. Dies entspricht einer **Unterschreitung der vereinbarten Ausgabenobergrenzen für das Jahr 2018 um 216 Mio. Euro bzw. 1,73 Prozent**.

Tabelle 2.1:

Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der Länder, in Mio. Euro und Abweichungen von der Ausgabenobergrenze nach Bundesland in Prozent ¹

Länder		Abschlussmonitoring	Unterjähriges Monitoring	Voranschlagsmonitoring
		2016	2017	2018
SOLL	Ausgabenobergrenze	11.569	12.047	12.469
IST	Ausgaben gem. Monitoring	11.239	11.760	12.253
ANALYSE	Abweichung zur AOG absolut	-330	-287	-216
	Abweichung zur AOG in %	-2,85 %	-2,38 %	-1,73 %



Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2018, und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 2

Auf Ebene der **Bundesländer** zeigen die Detailauswertungen beinahe durchgängig Unterschreitungen der Ausgabenobergrenzen.

- » **Vorarlberg** überschreitet im Jahr 2016 die Ausgabenobergrenze um mehr als 4 Prozent (bei Heranziehung der Ausgabenobergrenze der ersten ZS-G-Periode).²

¹ Hinsichtlich der Methodik der Finanzzielsteuerung bringt die neue ZS-G-Periode eine Änderung: Entsprechend der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG ZS-G Art. 17 sind ab dem Jahr 2017 nur noch „Ausgabenobergrenzen“ und „Ausgaben gem. Monitoring“ sowie die „Abweichung zur AOG absolut/in %“ zu erfassen und darzustellen.

² Bei Berücksichtigung der Ergänzung (Erhöhung der AOG) gem. Art. 17 Abs. 2 Z 6 Vereinbarung 15a B-VG ZS-G unterschreitet Vorarlberg jedoch im Jahr 2016 erstmals die vereinbarte Ausgabenobergrenze.

- » **Wien** liegt zum aktuellen Monitoringzeitpunkt in allen drei Beobachtungsjahren (2016, 2017 und 2018) über der Ausgabenobergrenze.
- » Ein besonders deutliches Unterschreiten um mehr als 12 Prozent der Ausgabenobergrenze ist im **Burgenland** im Jahr 2016 zu verzeichnen.
- » In **Oberösterreich** halbierte sich das Unterschreitungsmaß von 6,48 Prozent im Jahr 2016 auf 3,02 Prozent im Jahr 2017.

Anzumerken ist, dass die gesetzliche Befreiung der Kinder und Jugendlichen von Kostenbeiträgen gem. § 57 Abs. 2 KAKuG und § 447 f Abs. 7a ASVG zu einer Verminderung der Kostenbeiträge-einnahmen der Landesgesundheitsfonds führen wird, welche (teilweise) durch Zahlungen (insgesamt 15 Mio. Euro jährlich) seitens der Länder, des Bundes und der Sozialversicherung (SV) kompensiert werden. Die Auswirkungen dieser Gesetzesänderung sind im unterjährigen Monitoring 2017 noch nicht durchgängig für alle Bundesländer abgebildet.

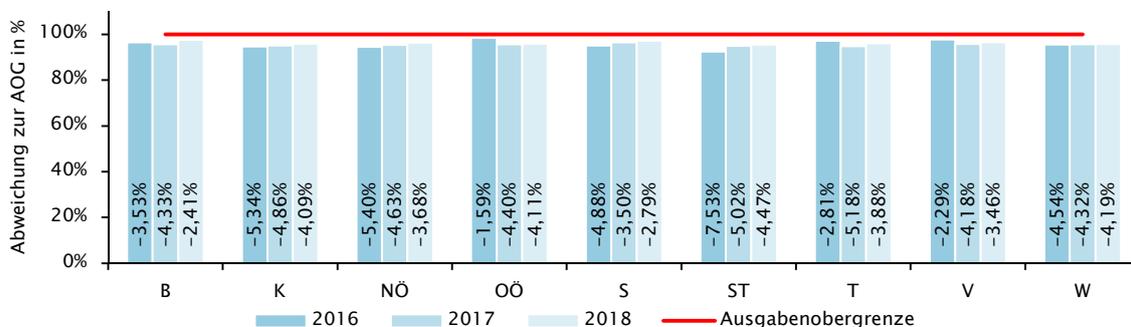
2.2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: gesetzliche Krankenversicherung

Im Bereich **gesetzliche Krankenversicherung (KV)** weist das Finanzmonitoring für das Jahr 2018 zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben in der Höhe von 10.585 Mio. Euro aus (auf Basis der Voranschläge). Dies entspricht einer **Unterschreitung der vereinbarten Ausgabenobergrenze in der Höhe von 431 Mio. Euro bzw. 3,91 Prozent** (vgl. Tabelle 2.2).

Tabelle 2.2:

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

Gesetzliche KV		Abschlussmonitoring	Unterjähriges Monitoring	Voranschlagsmonitoring
		2016	2017	2018
SOLL	Ausgabenobergrenze	10.274	10.644	11.016
IST	Ausgaben gem. Monitoring	9.809	10.161	10.585
ANALYSE	Abweichung zur AOG absolut	-465	-483	-431
	Abweichung zur AOG in %	-4,53 %	-4,54 %	-3,91 %



Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2018, und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 2

Für das Jahr 2016 ist zu berücksichtigen, dass die gesetzliche Krankenversicherung auf Basis des Rahmenpharmavertrags 2018 einen mit 125 Mio. Euro dotierten Solidarbeitrag der Pharmawirtschaft erhält.

Tabelle 2.3:
Zielsteuerungsrelevante öffentlichen Gesundheitsausgaben, GKK Mio. Euro

Gebietskrankenkassen (GKK)			Abschluss- monitoring	Unterjähriges Monitoring	Voranschlags- monitoring
			2016	2017	2018
BGKK	SOLL	AOG	238,09	249,20	257,91
	IST	Ausg. gem. Monitoring	233,34	238,44	253,65
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-4,75	-10,76	-4,26
		Abw. zur AOG in %	-2,00 %	-4,32 %	-1,65 %
KGKK	SOLL	AOG	485,00	501,34	518,86
	IST	Ausg. gem. Monitoring	462,84	475,93	497,99
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-22,16	-25,41	-20,87
		Abw. zur AOG in %	-4,57 %	-5,07 %	-4,02 %
NÖGKK	SOLL	AOG	1.391,01	1.443,54	1.493,99
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.325,77	1.375,12	1.442,50
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-65,24	-68,42	-51,49
		Abw. zur AOG in %	-4,69 %	-4,74 %	-3,45 %
OÖGKK	SOLL	AOG	1.185,26	1.278,82	1.323,51
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.184,16	1.222,47	1.269,60
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-1,10	-56,35	-53,91
		Abw. zur AOG in %	-0,09 %	-4,41 %	-4,07 %
SGKK	SOLL	AOG	466,15	486,10	503,09
	IST	Ausg. gem. Monitoring	447,26	470,56	491,67
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-18,89	-15,54	-11,42
		Abw. zur AOG in %	-4,05 %	-3,20 %	-2,27 %
STGKK	SOLL	AOG	1.024,67	1.025,54	1.061,38
	IST	Ausg. gem. Monitoring	945,65	970,87	1.012,82
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-79,02	-54,67	-48,56
		Abw. zur AOG in %	-7,71 %	-5,33 %	-4,58 %
TGKK	SOLL	AOG	595,62	642,58	665,03
	IST	Ausg. gem. Monitoring	588,54	607,45	640,08
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-7,08	-35,13	-24,95
		Abw. zur AOG in %	-1,19 %	-5,47 %	-3,75 %
VGKK	SOLL	AOG	325,58	350,74	363,00
	IST	Ausg. gem. Monitoring	321,92	336,23	351,09
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-3,66	-14,51	-11,91
		Abw. zur AOG in %	-1,12 %	-4,14 %	-3,28 %
WGKK	SOLL	AOG	1.947,11	2.025,85	2.096,65
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.870,78	1.938,41	2.009,15
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-76,33	-87,44	-87,50
		Abw. zur AOG in %	-3,92 %	-4,32 %	-4,17 %
Ö	SOLL	AOG	7.658,49	8.003,71	8.283,42
	IST	Ausg. gem. Monitoring	7.380,26	7.635,48	7.968,55
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-278,23	-368,23	-314,87
		Abw. zur AOG in %	-3,63 %	-4,60 %	-3,80 %

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

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8 (Meldezeitpunkt März 2018) und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 3 lit c

Tabelle 2.4:

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

Gesetzliche KV		Abschluss-	Unterjähriges	Voranschlags-	
		monitoring	Monitoring	monitoring	
		2016	2017	2018	
BKK	SOLL	Ausgabenobergrenze	80,15	74,08	76,67
	IST	Ausgaben gem. Monitoring	66,55	64,10	65,73
	ANALYSE	Abweichung von AOG absolut	-13,60	-9,98	-10,94
		Abweichung von AOG in %	-16,97 %	-13,47 %	-14,27 %
VAEB	SOLL	Ausgabenobergrenze	423,40	393,43	407,18
	IST	Ausgaben gem. Monitoring	357,54	365,64	373,65
	ANALYSE	Abweichung von AOG absolut	-65,86	-27,79	-33,53
		Abweichung von AOG in %	-15,56 %	-7,06 %	-8,23 %
BVA	SOLL	Ausgabenobergrenze	1.023,54	1.073,33	1.110,84
	IST	Ausgaben gem. Monitoring	989,28	1.030,61	1.079,85
	ANALYSE	Abweichung von AOG absolut	-34,26	-42,72	-30,99
		Abweichung von AOG in %	-3,35 %	-3,98 %	-2,79 %
SVA	SOLL	Ausgabenobergrenze	664,83	701,91	726,45
	IST	Ausgaben gem. Monitoring	654,28	696,54	720,11
	ANALYSE	Abweichung von AOG absolut	-10,55	-5,37	-6,34
		Abweichung von AOG in %	-1,59 %	-0,77 %	-0,87 %
SVB	SOLL	Ausgabenobergrenze	423,59	397,54	411,44
	IST	Ausgaben gem. Monitoring	361,32	368,59	377,29
	ANALYSE	Abweichung von AOG absolut	-62,27	-28,95	-34,15
		Abweichung von AOG in %	-14,70 %	-7,28 %	-8,30 %

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8 (Meldezeitpunkt März 2018) und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 3 lit b

Detailauswertungen auf Ebene der einzelnen KV-Träger zeigen zum aktuellen Erhebungszeitpunkt (März 2018) durchgängig Unterschreitungen der Ausgabenobergrenzen. Ab der Periode 2017–2021 werden die festgelegten Ausgabenobergrenzen nicht mehr aliquot auf die KV-Träger aufgeteilt, wodurch mehr Homogenität in den Ausgabenunterschreitungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht werden soll. Zum aktuellen Erhebungszeitpunkt ist das Unterschreitungsmaß jedoch nach wie vor heterogen.

Die Ausgaben der bundesweiten Sondersversicherungsträger und Betriebskrankenkassen ist Tabelle 2.4 zu entnehmen. Während die meisten Träger die Ausgabenobergrenzen deutlich unterschreiten, liegt die SVA in den Jahren 2017 und 2018 nur knapp (0,77 % bzw. 0,87 %) unter der Ausgabenobergrenze.

Im Jahr 2016 unterschritten einzelne Träger (wie etwa OÖGKK, TGKK und VGKK) die Ausgabenobergrenze nur knapp (um 1,2 % oder weniger). Im Jahr 2017 blieb man wieder deutlicher (um mindestens 3,2 %) unter der Ausgabenobergrenze. Im Jahr 2018 liegen die zielsteuerungsrelevanten Ausgaben aller Träger (auf Basis des Voranschlagsmonitorings) ebenfalls unterhalb der Ausgabenobergrenze (vgl. Tabelle 2.6).

2.3 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Zusammenführung auf Bundesländerebene

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

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

Tabelle 2.5 weist die gesamten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (Spalte „Gesetzl. KV gesamt“) sowie der Länder regionalisiert nach Bundesländern aus. Die Spalte „Land und gesetzl. KV“ stellt die summierte Zielerreichung von Land und gesetzlicher Krankenversicherung nach Bundesländern dar. Der Anteil der Gebietskrankenkassen (Spalte „GKK“) und der gemeinsame Anteil von Sondersicherungsträgern und Betriebskrankenkassen (Spalte „SVT und BKK“) sind Tabelle 2.6 zu entnehmen.

Tabelle 2.5:

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

			Land und gesetzl. KV			Land			Gesetzl. KV gesamt		
			A	UJ	VA	A	UJ	VA	A	UJ	VA
			2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
B	SOLL	AOG	615,53	637,53	659,84	276,30	286,23	296,26	339,23	351,30	363,58
	IST	Ausg. gem. Monitoring	569,06	617,05	634,40	241,79	280,95	279,57	327,27	336,10	354,83
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-46,47	-20,48	-25,44	-34,51	-5,28	-16,69	-11,96	-15,20	-8,75
		Abw. zur AOG in %	-7,55 %	-3,21 %	-3,86 %	-12,49 %	-1,85 %	-5,63 %	-3,53 %	-4,33 %	-2,41 %
K	SOLL	AOG	1.468,93	1.515,12	1.568,15	775,33	803,20	831,35	693,60	711,92	736,80
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.377,65	1.432,04	1.486,21	721,09	754,69	779,53	656,56	677,35	706,68
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-91,28	-83,08	-81,94	-54,24	-48,51	-51,82	-37,04	-34,57	-30,12
		Abw. zur AOG in %	-6,21 %	-5,48 %	-5,23 %	-7,00 %	-6,04 %	-6,23 %	-5,34 %	-4,86 %	-4,09 %
NÖ	SOLL	AOG	3.839,79	3.965,12	4.103,89	1.873,15	1.940,50	2.008,50	1.966,64	2.024,62	2.095,39
	IST	Ausg. gem. Monitoring	3.666,80	3.812,80	3.971,80	1.806,45	1.881,86	1.953,42	1.860,35	1.930,94	2.018,38
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-172,99	-152,32	-132,09	-66,70	-58,64	-55,08	-106,29	-93,68	-77,01
		Abw. zur AOG in %	-4,51 %	-3,84 %	-3,22 %	-3,56 %	-3,02 %	-2,74 %	-5,40 %	-4,63 %	-3,68 %
OÖ	SOLL	AOG	3.459,83	3.626,71	3.753,64	1.954,91	2.025,20	2.096,17	1.504,92	1.601,51	1.657,47
	IST	Ausg. gem. Monitoring	3.309,32	3.495,14	3.648,43	1.828,30	1.964,02	2.059,04	1.481,02	1.531,12	1.589,39
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-150,51	-131,57	-105,21	-126,61	-61,18	-37,13	-23,90	-70,39	-68,08
		Abw. zur AOG in %	-4,35 %	-3,63 %	-2,80 %	-6,48 %	-3,02 %	-1,77 %	-1,59 %	-4,40 %	-4,11 %
S	SOLL	AOG	1.368,53	1.426,37	1.480,95	730,34	766,60	798,12	638,19	659,77	682,83
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.337,24	1.393,30	1.452,37	730,21	756,63	788,59	607,03	636,67	663,78
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-31,29	-33,07	-28,58	-0,13	-9,97	-9,53	-31,16	-23,10	-19,05
		Abw. zur AOG in %	-2,29 %	-2,32 %	-1,93 %	-0,02 %	-1,30 %	-1,19 %	-4,88 %	-3,50 %	-2,79 %
ST	SOLL	AOG	3.056,26	3.107,59	3.211,70	1.555,83	1.601,78	1.653,26	1.500,43	1.505,81	1.558,44
	IST	Ausg. gem. Monitoring	2.835,25	2.940,96	3.072,66	1.447,77	1.510,70	1.583,87	1.387,48	1.430,26	1.488,79
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-221,01	-166,63	-139,04	-108,06	-91,08	-69,39	-112,95	-75,55	-69,65
		Abw. zur AOG in %	-7,23 %	-5,36 %	-4,33 %	-6,95 %	-5,69 %	-4,20 %	-7,53 %	-5,02 %	-4,47 %
T	SOLL	AOG	1.676,16	1.787,98	1.850,55	858,06	920,82	953,09	818,10	867,16	897,46
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.633,28	1.713,82	1.794,91	838,13	891,55	932,26	795,15	822,27	862,65
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-42,88	-74,16	-55,64	-19,93	-29,27	-20,83	-22,95	-44,89	-34,81
		Abw. zur AOG in %	-2,56 %	-4,15 %	-3,01 %	-2,32 %	-3,18 %	-2,19 %	-2,81 %	-5,18 %	-3,88 %
V	SOLL	AOG	851,08	922,90	955,21	447,34	493,26	510,55	403,74	429,64	444,66
	IST	Ausg. gem. Monitoring	861,67	902,83	937,07	467,17	491,13	507,78	394,50	411,70	429,29
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	+10,59	-20,07	-18,14	+19,83	-2,13	-2,77	-9,24	-17,94	-15,37
		Abw. zur AOG in %	+1,24 %	-2,17 %	-1,90 %	+4,43 %	-0,43 %	-0,54 %	-2,29 %	-4,18 %	-3,46 %
W	SOLL	AOG	5.506,91	5.701,42	5.900,98	3.097,76	3.209,15	3.321,61	2.409,15	2.492,27	2.579,37
	IST	Ausg. gem. Monitoring	5.458,08	5.613,14	5.840,71	3.158,21	3.228,59	3.369,32	2.299,87	2.384,55	2.471,39
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-48,83	-88,28	-60,26	+60,45	+19,44	+47,72	-109,28	-107,72	-107,98
		Abw. zur AOG in %	-0,89 %	-1,55 %	-1,02 %	+1,95 %	+0,61 %	+1,44 %	-4,54 %	-4,32 %	-4,19 %
Ö	SOLL	AOG	21.843,00	22.690,74	23.484,91	11.569,00	12.046,74	12.468,91	10.274,00	10.644,00	11.016,00
	IST	Ausg. gem. Monitoring	21.048,35	21.921,08	22.838,56	11.239,12	11.760,12	12.253,38	9.809,23	10.160,96	10.585,18
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-794,65	-769,67	-646,35	-329,88	-286,63	-215,53	-464,77	-483,04	-430,82
		Abw. zur AOG in %	-3,64 %	-3,39 %	-2,75 %	-2,85 %	-2,38 %	-1,73 %	-4,52 %	-4,54 %	-3,91 %

AOG = Ausgabenobergrenze, A = Abschlussmonitoring, UJ = unterjähriges Monitoring; VA = Voranschlagsmonitoring, Ausg. = Ausgaben; Abw. = Abweichung

SOLL-Werte-Summen der Länder = ursprüngliche, nicht gerundeten Ausgangswerte; dabei kann es zu geringfügigen Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen kommen. Bei der Bildung der IST-Werte-Summen der Länder und der gesetzlichen KV wurde – um Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen zu vermeiden – bei Bedarf von einer kaufmännischen Rundung der ursprünglichen Ausgangswerte abgesehen (betrifft Kärnten 2016).

Die hier angeführten AOG für das Jahr 2016 entsprechen jenen der ersten ZS-G-Periode. Die Ergänzungen (Erhöhung der AOG für Tirol und Vorarlberg für das Jahr 2016) gem. Art. 17 Abs. 2 Z 6 Vereinbarung 15a B-VG ZS-G sind somit in dieser Darstellung für das Jahr 2016 nicht enthalten.

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8 (Meldezeitpunkt März 2018) und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 3 lit c

Tabelle 2.6:

Bundesländerweise Zusammenführung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben, GKK sowie SVT und BKK, in Mio. Euro

		Gebietskrankenkassen (GKK)			SVT und BKK			
		A	UJ	VA	A	UJ	VA	
		2016	2017	2018	2016	2017	2018	
B	SOLL	AOG	238,09	249,20	257,91	101,14	102,10	105,67
	IST	Ausg. gem. Monitoring	233,34	238,44	253,65	93,93	97,66	101,18
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-4,75	-10,76	-4,26	-7,21	-4,44	-4,49
		Abw. zur AOG in %	-2,00 %	-4,32 %	-1,65 %	-7,13 %	-4,35 %	-4,25 %
K	SOLL	AOG	485,00	501,34	518,86	208,60	210,58	217,94
	IST	Ausg. gem. Monitoring	462,84	475,93	497,99	193,72	201,42	208,69
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-22,16	-25,41	-20,87	-14,88	-9,16	-9,25
		Abw. zur AOG in %	-4,57 %	-5,07 %	-4,02 %	-7,13 %	-4,35 %	-4,24 %
NÖ	SOLL	AOG	1.391,01	1.443,54	1.493,99	575,63	581,08	601,40
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.325,77	1.375,12	1.442,50	534,58	555,82	575,88
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-65,24	-68,42	-51,49	-41,05	-25,26	-25,52
		Abw. zur AOG in %	-4,69 %	-4,74 %	-3,45 %	-7,13 %	-4,35 %	-4,24 %
OÖ	SOLL	AOG	1.185,26	1.278,82	1.323,51	319,66	322,69	333,96
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.184,16	1.222,47	1.269,60	296,86	308,65	319,79
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-1,10	-56,35	-53,91	-22,80	-14,04	-14,17
		Abw. zur AOG in %	-0,09 %	-4,41 %	-4,07 %	-7,13 %	-4,35 %	-4,24 %
S	SOLL	AOG	466,15	486,10	503,09	172,04	173,67	179,74
	IST	Ausg. gem. Monitoring	447,26	470,56	491,67	159,77	166,11	172,11
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-18,89	-15,54	-11,42	-12,27	-7,56	-7,63
		Abw. zur AOG in %	-4,05 %	-3,20 %	-2,27 %	-7,13 %	-4,35 %	-4,25 %
ST	SOLL	AOG	1.024,67	1.025,54	1.061,38	475,76	480,27	497,06
	IST	Ausg. gem. Monitoring	945,65	970,87	1.012,82	441,83	459,39	475,97
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-79,02	-54,67	-48,56	-33,93	-20,88	-21,09
		Abw. zur AOG in %	-7,71 %	-5,33 %	-4,58 %	-7,13 %	-4,35 %	-4,24 %
T	SOLL	AOG	595,62	642,58	665,03	222,48	224,58	232,43
	IST	Ausg. gem. Monitoring	588,54	607,45	640,08	206,61	214,82	222,57
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-7,08	-35,13	-24,95	-15,87	-9,76	-9,86
		Abw. zur AOG in %	-1,19 %	-5,47 %	-3,75 %	-7,13 %	-4,35 %	-4,24 %
V	SOLL	AOG	325,58	350,74	363,00	78,16	78,90	81,66
	IST	Ausg. gem. Monitoring	321,92	336,23	351,09	72,58	75,47	78,20
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-3,66	-14,51	-11,91	-5,58	-3,43	-3,46
		Abw. zur AOG in %	-1,12 %	-4,14 %	-3,28 %	-7,14 %	-4,35 %	-4,24 %
W	SOLL	AOG	1.947,11	2.025,85	2.096,65	462,04	466,42	482,72
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.870,78	1.938,41	2.009,15	429,09	446,14	462,24
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-76,33	-87,44	-87,50	-32,95	-20,28	-20,48
		Abw. zur AOG in %	-3,92 %	-4,32 %	-4,17 %	-7,13 %	-4,35 %	-4,24 %
Ö	SOLL	AOG	7.658,49	8.003,71	8.283,42	2.615,51	2.640,29	2.732,58
	IST	Ausg. gem. Monitoring	7.380,26	7.635,48	7.968,55	2.428,97	2.525,48	2.616,63
	ANALYSE	Abw. zur AOG absolut	-278,23	-368,23	-314,87	-186,54	-114,81	-115,95
		Abw. zur AOG in %	-3,63 %	-4,60 %	-3,80 %	-7,13 %	-4,35 %	-4,24 %

AOG = Ausgabenobergrenze, A = Abschlussmonitoring; UJ = unterjähriges Monitoring; VA = Voranschlagsmonitoring; SVT = Sondersversicherungsträger; BKK = Betriebskrankenkassen; Ausg. = Ausgaben, Abw. = Abweichung

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8 (Meldezeitpunkt März 2018) und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 3 lit c

3 Gesondert darzustellende Größen

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

Die Vorgehensweise zur 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 Ausgabenobergrenze. Um Datenkonsistenz mit den öffentlichen Gesundheitsausgaben nach SHA für das Jahr 2016 zu gewährleisten, werden zum aktuellen Monitoring-Zeitpunkt die Ausgaben der gesondert auszuweisenden Größen für das Jahr 2016 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 2016 wurden die in Tabelle 3.1 angeführten Investitionen in Sachanlagen für österreichische Fondskrankenanstalten sowie für Gesundheitseinrichtungen der Sozialversicherung aufgewendet.

Tabelle 3.1:

Investitionen in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten sowie in den Gesundheitseinrichtungen der SV, nach Bundesländern in Euro, 2016

Land	Investitionen in Fondskrankenanstalten	Investitionen in Gesundheitseinrichtungen der Sozialversicherung
	2016	2016
Burgenland	11.009.218	11.836.974
Kärnten	35.552.270	720.895
Niederösterreich	52.107.624	3.797.734
Oberösterreich	83.152.216	34.352.403
Salzburg	44.264.729	26.737.655
Steiermark	153.811.898	9.703.723
Tirol	55.508.662	408.289
Vorarlberg	40.384.850	480.036
Wien*	244.459.990	9.098.221
GESAMT	720.251.457	97.135.930

* inkl. Aufwendungen für das Therapiezentrum Ybbs in der Höhe von rd. 1,41 Mio. Euro (2016).

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

Für Ausgaben zur Erbringung von Leistungen von Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche wurde die Erfolgsrechnung der SV-Träger als Grundlage herangezogen. Im Jahr 2016 wurden die in Tabelle 3.2 angeführten Ausgaben für Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche aufgewendet.

Tabelle 3.2:
Aufwand der gesetzlichen Krankenversicherungsträger für Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche, in Euro, 2016

Gesetzliche KV	Aufwand der Sozialversicherungsträger für Kieferregulierung von Kindern und Jugendlichen
	2016
GKK Burgenland	1.969.929
GKK Kärnten	4.134.079
GKK Niederösterreich	9.944.172
GKK Oberösterreich	10.625.887
GKK Salzburg	4.161.978
GKK Steiermark	8.811.183
GKK Tirol	5.867.226
GKK Vorarlberg	3.864.573
GKK Wien	13.801.328
Alle Betriebskrankenkassen	312.141
VAEB	1.301.395
BVA	6.735.342
SVA	3.996.765
SVB	1.749.443
GESAMT*	77.275.442

*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 2016

Die Höhe der Gesundheitsausgaben von Pensionsversicherung, Unfallversicherung, Krankenfürsorgeanstalten und jene des Bundes wurden analog der SHA-Methodik (Statistik Austria) berechnet. Tabelle 3.3 zeigt die Ausgaben für die Jahre 2012–2016.

Tabelle 3.3:
Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenfürsorgeanstalten sowie des Bundes, in Mio. Euro, 2012–2016

Gesundheitsausgaben*	2012	2013	2014	2015	2016
Pensionsversicherung	802	858	889	901	970
Unfallversicherung	353	375	392	407	407
Krankenfürsorgeanstalten	464	477	486	500	515
Bund**	1.738	1.821	1.873	1.934	1.984

* Die aktuell verfügbaren (Stand: Februar 2018) 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 das Jahr 2012 nach Bereinigung des GSBG-Effekts (siehe auch Monitoringbericht II/2014)

Quelle: Statistik Austria

Teil B: Monitoring der Steuerungsbereiche

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

Folgende Darstellung ermöglicht einen Überblick über den aktuellen Stand der Messgrößen- ausprägungen im Vergleich zum Vorjahr. Zusätzlich wird die Verteilung der Bundesland-Werte im Vergleich zum Österreich-Wert dargestellt. Ergänzt wird die Darstellung um den Entwicklungstrend und die Nennung der jeweils minimalen und maximalen Ausprägung der Messgröße je Bundesland. Detaillierte Auswertungen der im Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Messgrößen finden sich im Tabellenband im Anhang (siehe Abschnitt 7.3).

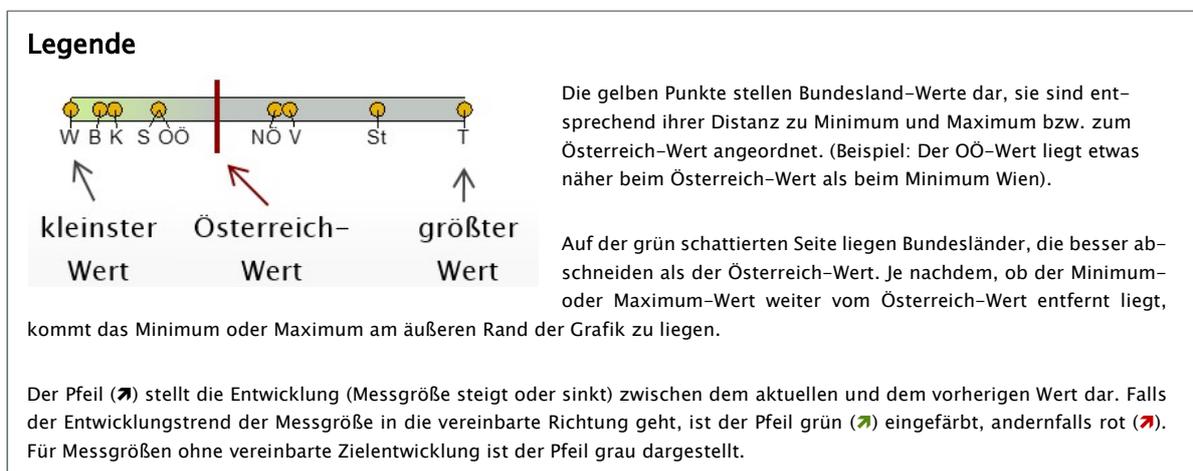


Abbildung 3.1: Übersicht über die Messgrößenausprägungen

Ziel	Messgröße	Österreich			Trend	Bundesländer-Spannweite			
		letzter wert	aktueller wert	2017		Min	Ö	Max	
Strategisches Ziel 1	1 Umgesetzte Primärversorgungseinheiten (PVE) Anzahl (BL-Vergleich: je 100.000 EW)		0,045336	2017		0		0,136	
	2 In PV-Einheiten versorgte Bevölkerung		0,356%	2017		0%		0,903%	
	3 Anzahl multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen im ambulanten Fachbereich ¹								
	4 Krankenhaushäufigkeit in Fondskrankenanstalten Aufenthalte je 1.000 EW	212,6	2016	208,1	2017	-2,1% ↘	173,6		239,3
	5 Belagstagedichte in Fondskrankenanstalten Belagstage je 1.000 EW	1380,4	2016	1346,0	2017	-2,5% ↘	1203,9		1514,5
	6 Ausgewählte Tagesklinik-Leistungsbündel Gewichteter Durchschnitt aller Leistungsbündel	53,7%	2016	57,4%	2017	+7,0% ↗	50,1%		67,1%
	7 Anzahl der besetzten Ausbildungsstellen ^{2 3} Allgemeinmedizin	1.435	2016	1.237	2017	-13,8% ↘			
	8 Ärztliche Versorgungsdichte ² (VertragsärztInnen extramural außer ZÄ und techn. Fächer, je 100.000 EW)	81,0	2015	81,2	2016	+0,3% ↗	73,8		94,3
	9 Relation DGKP und Pflegefachassistenz zu ÄrztInnen in Fondskrankenanstalten	2,2	2015	2,1	2016	-0,8% ↘	1,9		2,5
	10 Masern/Mumps/Röteln - Durchimpfungsrate Anteil 2-jähriger Kinder mit 2 Teilimpfungen			70,8%	2016				
	11 Ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie-Angebote je 100.000 EW			0,193	2017		0		0,713

Ziel	Messgröße	Österreich		Trend	Min	Bundesländer-Spannweite		Max	
		letzter wert	aktueller wert			Ö			
Strategisches Ziel 2	12 Umsetzungsgrad ELGA Anzahl (Anteil) Gesundheitsdiensteanbieter	-	296 (1,25%)	2017					
	13 Polypharmazie Prävalenz ⁴ über 70-Jährige mit >5 Wirkstoffen, je 1.000 Anspruchsberechtigte	-	228,70	2017		151,26		304,18	
	14 Potentiell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren ⁴ Anteil über-70-jährige Bevölkerung mit PIM	51,6%	2012	40,0%	2017	-22,5% ↓	35,2%		43,2%
	15 Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer Anteil <3. Pflage tag, Fondskrankenanstalten	93,0%	2016	93,3%	2017	+0,4% ↑	90,1%		95,7%
	16 In Therapie Aktiv versorgte PatientInnen ⁵	-		10,9%	2016		0%		24,2%
	17 Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen	-		0	2017		0		0
	18 Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung ^{2 6} sehr zufrieden + eher zufrieden, in % (Krankenhäuser/HausärztInnen)	-		70% / 89%	2016				
Strategisches Ziel 3	19 Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz ⁶ % der RespondentInnen	-	48%	2011		37%		66%	
	20 Gesunde Lebensjahre bei der Geburt ⁶ (Männer+Frauen)	62,5	2007	66,3	2014	+6,0% ↑	63,2		70,5
	21 Täglich Rauchende ⁶ % der Bevölkerung (Männer+Frauen)	23,2%	2007	24,3%	2014	+4,6% ↑	20,9%		32,6%
	22 Kariesfreie Kinder ⁶ (Anteil 6-jähriger Kinder mit kariesfreiem Gebiss)	52%	2011	55%	2016	+5,8% ↑	45%		71%

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 Aufgrund eines Zeitreihenbruchs (Umstellung der Ärzteausbildungsordnung) wird der Trend nicht ausgewiesen.

⁴ Der Österreich-Wert wurde als gewichteter Durchschnitt aus den Bundesland-Werten berechnet.

⁵ Die Pilotprojekte zu Therapie Aktiv in Tirol starteten im Jahr 2017.

⁶ Dieser Wert beruht auf einer Umfrage mit nicht-jährlicher Periodizität, es ist kein Wert für 2017 verfügbar.

Quellen siehe Einzeltabellen in Anhang 7.3; Darstellung: GÖG

4 Bessere Versorgung (strat. Ziel 1)

Das strategische Ziel 1 „Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes“ verfolgt die Sicherstellung von bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen anhand von vier operativen Zielen, deren Erreichungsgrad anhand von zwölf Messgrößen beobachtet werden soll (siehe Anhang 7.4).

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 unnötige Transaktionskosten und Risiken.

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

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

Eine abgestimmte, wohnortnahe, multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung (PV) sorgt dafür, dass viele Krankheitsbilder im ambulanten bzw. niedergelassenen Bereich versorgt werden können und entlastet somit die hochspezialisierte akutstationäre und/oder die spitalsambulante 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 von 75 neuen Primärversorgungseinheiten (PVE) bis 2021 verständigt (MG 1) und dafür 200 Mio. Euro zweckgewidmet (gem. Art. 31 der 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens). Mit Stand Dezember 2017 waren nach Meldung der Krankenversicherungsträger vier Primärversorgungseinheiten laut Primärversorgungsgesetz in Betrieb (Mariahilf und Donaustadt in Wien, Enns und Marchtrenk in Oberösterreich) (siehe Abbildung 4.1).³ Eine weitere Primärversorgungseinheit in Oberösterreich (Haslach) nahm Anfang 2018 den Betrieb auf. Zusätzlich gibt es drei Primärversorgungsprojekte in der Steiermark (Mariazell, Voralpe und Weiz), wobei das Gesundheitszentrum Weiz erst im Februar 2018 eröffnete und voraussichtlich ebenfalls den Kriterien des Primärversorgungsgesetzes entspricht.

Die vier Primärversorgungseinheiten zum Stand Ende 2017 versorgten 0,9 Prozent der Bevölkerung in Oberösterreich und 0,9 Prozent der Bevölkerung in Wien (MG 2, siehe Abbildung 4.1).

³ Die Anzahl der Primärversorgungseinheiten zum Stand Ende 2017 basiert auf einer Umfrage bei den Krankenversicherungsträgern durchgeführt durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB). Aufgrund des noch fehlenden Gesamtvertrags erfolgte die Einschätzung ob eine Primärversorgungseinheit vorliegt, durch die KV-Träger anhand der Kriterien des Primärversorgungsgesetzes beziehungsweise des Konzepts „Das Team rund um den Hausarzt“.

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

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

Tabelle 4.1:

Umgesetzte Primärversorgungseinheiten zum 31.12.2017 (Messgröße 1)

Bundesland	IST-Wert 31.12.2017	Ort	Zielwert 2021
Burgenland			3
Kärnten			5
Niederösterreich			14
Oberösterreich	2 (3)	Enns, Marchtrenk (Haslach)	13
Salzburg			5
Steiermark	(4)	(Eisenerz, Mariazell, Vorau, Weiz)	11
Tirol			6
Vorarlberg			3
Wien	2	Mariahilf, Donaustadt	16
Österreich gesamt	4 (9)		75

Anmerkung: PV-Pilotprojekte laut Statusbericht (BMASGK 2018a), die nach Stichtag 31.12.2017 in Betrieb genommen wurden beziehungsweise nicht der Definition einer Primärversorgungseinheit nach Primärversorgungsgesetz laut Meldung der KV-Träger entsprechen, werden in Klammern angeführt. Die steirischen Gesundheitszentren (Eisenerz, Mariazell, Joglland) sind inhaltlich auf das Konzept „Team rund um den Hausarzt“ ausgerichtet, besitzen aber noch keinen Vertrag mit der Sozialversicherung.

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

Quelle: Meldung HVB 2018; BMASGK (2018a)

Abbildung 4.1:

Versorgte Bevölkerung in PVE (zielbezogen) in Prozent (Messgröße 2) und PVE-Standorte



Die Berechnung der versorgten Population erfolgte mit 31.12 für PVE laut HVB-Umfrage bei den KV-Trägern exklusive PV-Netzwerk-Projekte

Quelle: Meldung HVB 2018, Darstellung: GÖG

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

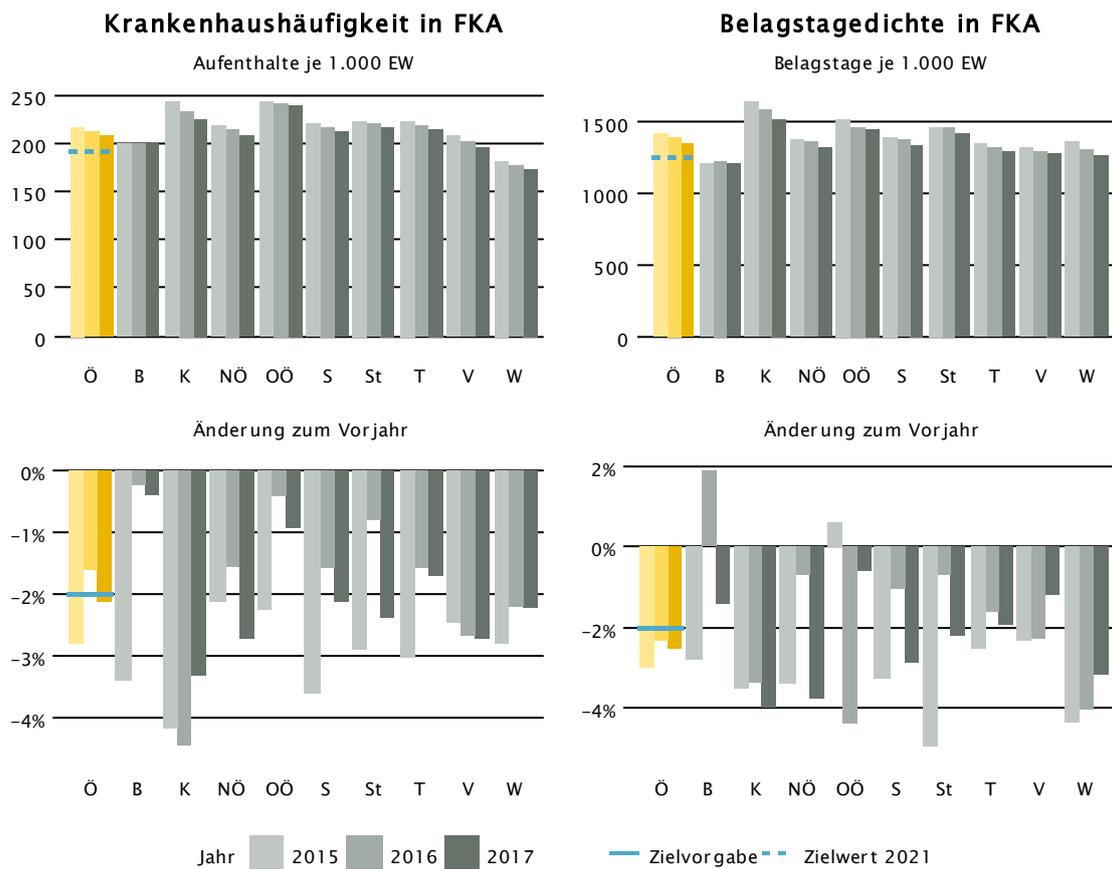
Neben dem Ausbau ambulanter Versorgungsformen bietet sich innerhalb stationärer Versorgungsstrukturen erhebliches Potenzial zur Optimierung bzw. Effizienzsteigerung, ohne dabei die Qualität zu gefährden. Neue Technologien und Versorgungsformen ermöglichen es in vielen Fällen Hospitalisierungen zu vermeiden.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

Die Entlastung des akutstationären Bereiches wurde bereits in der ersten Zielsteuerungsperiode (2013–2016) priorisiert. Sowohl bei der Anzahl der Tage, die durchschnittlich pro Jahr im Krankenhaus verbracht werden (Belagstagedichte, Messgröße 5), als auch bei der Frage, wie viele 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 2 Prozent österreichweit wird daher in der aktuellen Zielsteuerungsperiode angestrebt (Basisjahr 2015).

Zuletzt konnten beide Ziele auf ganz Österreich bezogen erreicht werden, jedoch fällt die Dynamik innerhalb der Länder deutlich heterogen aus. Die Senkung der Krankenhaushäufigkeit um zwei

Prozent gelang zuletzt im Burgenland, Oberösterreich und Tirol nicht. In denselben Ländern und in Vorarlberg konnte auch die Belagstagedichte nicht im gewünschten Ausmaß gesenkt werden.

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



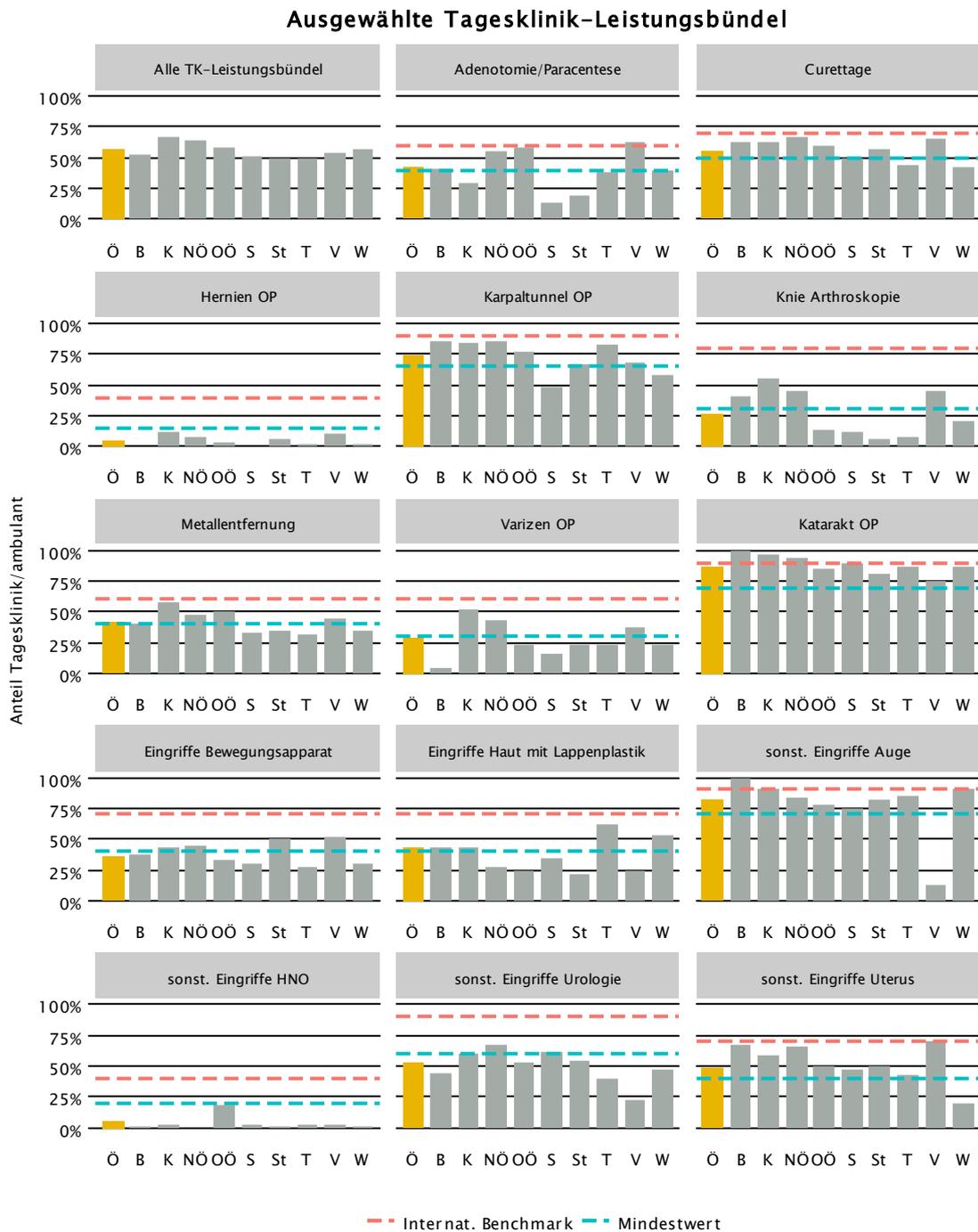
FKA = Fondskrankenanstalten (über die Landesgesundheitsfonds finanzierte Krankenanstalt)

Quelle: BMASGK (2018b); Darstellung: GÖG

Eine weitere positive Entwicklung zeigt sich im steigenden Anteil tagesklinisch erbrachter Leistungen (Messgröße 6, tagesklinisch-stationär oder ambulant), wie in Abbildung 4.3 dargestellt. Dabei ist zu betonen, dass die Entwicklung nicht in allen Bundesländern homogen verläuft. Österreichweit wurden die festgelegten Mindestwerte teilweise bereits erreicht. Das Erreichen einzelner Zielwerte stellt jedoch angesichts der bisherigen Dynamik eine ambitionierte Herausforderung dar. Zum Beispiel lag der Anteil bei Hernien-OPs im Jahr 2017 mit 4,2 Prozent deutlich unter dem Zielwert von 15 Prozent und noch deutlicher unter dem internationalen Benchmark von 40 Prozent.

Abbildung 4.3:

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



Quelle: BMASGK (2018b); 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 stellt eine wesentliche Herausforderung in diesem Bereich dar.

Die **ärztliche Versorgungsdichte** (Messgröße 8) lag in Österreich im Jahr 2016 bei 236,9 ÄrztInnen (Vollzeitäquivalente) in Fondskrankenanstalten je 100.000 EinwohnerInnen. Wie bei den meisten Messgrößen verteilt sich diese Dichte äußerst unterschiedlich im Bundesländervergleich. Während in burgenländischen Fondskrankenanstalten rund 164 ÄrztInnen auf 100.000 EinwohnerInnen kamen lag dieses Verhältnis in Wien bei annähernd doppelt so vielen ÄrztInnen (313).

Im extramuralen Bereich gab es 2016 rund 81,2 VertragsärztInnen und ÄrztInnen in Einrichtungen der Sozialversicherung (gemessen in ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE), exklusive Zahnmedizin⁴ und technische Fächer) je 100.000 EinwohnerInnen und 34,8 VertragszahnmedizinerInnen (gemessen in ÄAVE) je 100.000 EinwohnerInnen. Der Bundesländervergleich zeigt hier im Vergleich zur intramuralen ärztlichen Versorgungsdichte ein gegensätzliches Bild im Burgenland, das mit rund 94,3 ÄAVE je 100.000 EinwohnerInnen (alle Fachrichtungen exklusive Zahnmedizin³ und technische Fächer) die höchste Dichte aufweist. Die geringste Versorgungsdichte im Bereich VertragsärztInnen und kasseneigenen Einrichtungen findet sich 2016 in Oberösterreich mit 73,8.

Mit Stand November 2017 befanden sich 1.183 ÄrztInnen in Basisausbildung, 1.237 ÄrztInnen in Ausbildung für Allgemeinmedizin und weitere 5.259 ÄrztInnen waren in einer Facharztausbildung und 665 ÄrztInnen befanden sich in Ausbildung zu einem Additivfach. Insgesamt gab es somit **8.344 besetzte Ausbildungsstellen** (Messgröße 7). Zu beachten ist, dass aufgrund der Umstellung auf die Ärztausbildungsordnung 2015 die besetzten Ausbildungsstellen derzeit noch nicht uneingeschränkt im historischen Zeitverlauf verglichen werden können.⁵

4

FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde; Dr. med. dent.; Dentisten; Kieferorthopäden sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie;

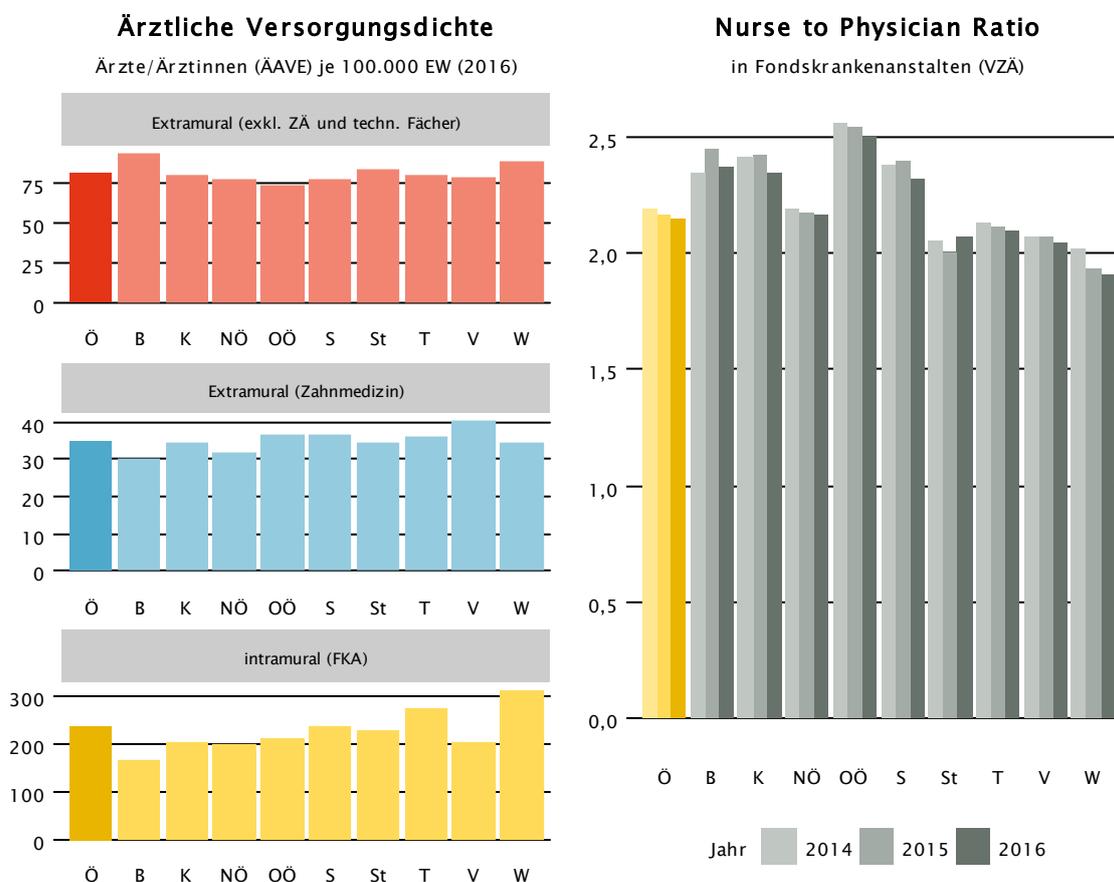
5

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 (z.B. bei der Basisausbildung), allerdings kann daraus nicht die Anzahl der tatsächlich besetzbaren Stellen abgeleitet werden. Erstens ist unklar, ob eine genehmigte Ausbildungsstelle auch mit einem Dienstposten hinterlegt ist. Zweitens können Ausbildungsstellen für verschiedene Teilbereiche genehmigt sein (Sonderfach-Grundausbildung, Sonderfach-Schwerpunktausbildung), allerdings nur eine gewisse Summe daraus besetzt werden. Drittens setzt die sogenannte Abschmelzungsregel fest, dass es in Abteilungen mit neuen und alten Ausbildungsstellen durch diese Umstellung zu keiner Erhöhung der Ausbildungsstellen kommen darf, wodurch eine Auswertung der genehmigten Ausbildungsstellen zusätzlich erschwert wird.

Ebenso relevant wie die Verfügbarkeit ist der adäquate Einsatz und ein effizienter Skill-Mix des notwendigen Fachpersonals. Dementsprechend wurde auch der **Anteil der Diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (DGKP) und der Pflegefachassistenz (PFA) in Relation zu ÄrztInnen** als Indikator (Messgröße 9) zur Beobachtung gewählt.⁶ Im Jahr 2016 gab es in österreichischen Fondskrankenanstalten 2,1 DGKP (in Vollzeitäquivalenten) je ÄrztIn (in Vollzeitäquivalenten). Dieses Verhältnis ist seit dem Jahr 2011 von 2,2 auf nunmehr 2,1 leicht gesunken.

Abbildung 4.4:

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



ÄAVE: Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten, VZÄ: Vollzeitäquivalente

Quelle: Meldung HVB 2018, BMASGK (2018b); Darstellung: GÖG

6

Im Beobachtungsjahr 2016 waren noch keine PFA berufstätig.

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

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

Die **Durchimpfungsrate für Masern/Mumps/Röteln bei Kindern** (Messgröße 10), das heißt der Anteil der Zweijährigen mit zwei Teilimpfungen, wurde im Jahr 2016 mit 70,77 Prozent geschätzt. Rezentere Daten, beziehungsweise Informationen auf Bundesland-Ebene liegen nicht vor. Die Einführung des e-Impfpasses wird zukünftig eine genauere Erfassung ermöglichen.

Um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Problemen zu verbessern und einer Unterversorgung aufgrund von Mangelberufen entgegenzusteuern wurde im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2017 die Notwendigkeit von mindestens einer ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen (KJP) Einheit je 250.000 EinwohnerInnen festgesetzt (BMGF 2017) . Im Zielsteuerungsvertrag wurde ebenfalls die Erhöhung der **ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrischen Angebote** als Zielvorgabe aufgenommen (Messgröße 11). Mit Stand Dezember 2017 gab es 17 derartige ambulante Einheiten, zwei im Burgenland, fünf in Kärnten, vier in Oberösterreich, eine in Salzburg, zwei in Vorarlberg und drei in Wien. Derzeit bestehen somit 0,48 derartige Einrichtungen je 250.000 EinwohnerInnen. Die Errichtung weiterer Ambulatorien ist geplant, zum Beispiel sollen in der Steiermark fünf KJP Ambulatorien in bis zu sieben Standorten entstehen und auch Kärnten plant zwei weitere Ambulatorien.

5 Bessere Qualität (strat. 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 an die Implementierung verbunden. Auch das neue Regierungsprogramm hebt die Rolle von Digitalisierung und Telemedizin als Unterstützung des Gesundheitswesens hervor (Bundeskanzleramt 2018). Eine sichere und effiziente Betriebsführung der etablierten elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) im Routinebetrieb zu gewährleisten, ist eine laufende Aufgabe der nächsten Jahre. ELGA inklusive e-Befund und e-Medikation fristgerecht auszurollen ist eine konkrete Maßnahme des Zielsteuerungsvertrages. Zusätzlich soll die ELGA-Infrastruktur für e-Health Anwendungen weiterentwickelt und die Konzeption und Umsetzung von e-Health Anwendungen, wie zum Beispiel e-Impfpass, vorangetrieben werden.

Mit Stand Dezember 2017 hatten 50,3 Prozent aller Krankenanstalten und 87,7 Prozent aller Fondskrankenanstalten ELGA in Betrieb (Messgröße 12). Von weiteren Gesundheitseinrichtungen hatten 1,1 Prozent der Pflegeeinrichtungen, 6,3 Prozent der Ambulatorien, rund 1,0 Prozent der Apotheken und ca. 0,4 Prozent aller ÄrztInnen ELGA in Betrieb (siehe Anhang 7.3).

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.

Die **Polypharmazie-Prävalenz der über 70-Jährigen**, definiert als Anspruchsberechtigte mit mehr als fünf verschriebenen Wirkstoffen je 1.000 Anspruchsberechtigte, lag im Jahr 2017 zwischen 151,3 in Vorarlberg und 304,2 im Burgenland mit einem Bundesländer-Durchschnitt von 228,7.⁷ Die Messung der Polypharmazie Prävalenz während der Zielsteuerungsperiode erlaubt ab der nächsten Herausgabe des jährlichen Monitoringberichts eine Darstellung des zeitlichen Trends auf Bundeslandebene. Als Zielvorgabe im Zielsteuerungsvertrag wurde eine Senkung der Prävalenzrate vereinbart. Abbildung 5.1 zeigt deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern im Jahr 2017,

⁷ Die Berechnung der Polypharmazie-Prävalenz beruht auf den Verordnungen des 2. Quartals 2017. Arzneimittel unter der Kostenerstattungsgrenze finden nur im Falle einer Rezeptgebührenbefreiung der Patienten in der Auswertung Berücksichtigung. Die Bundeslandzuordnung erfolgte nach Wohnort der Patienten (quellbezogen). Die Anzahl der Wirkstoffe ergibt sich aus der Anzahl der unterschiedlichen ATC-Codes. Der Österreich-Wert wurde als gewichteter Durchschnitt aus den Bundesland-Werten berechnet, wobei die Wohnbevölkerung über 70 Jahre zur Gewichtung herangezogen wurde.

während etwa die Polypharmazie-Prävalenz im Burgenland bei 300 Fällen je 1.000 Anspruchsberechtigten lag, zeigte Vorarlberg für diesen Wert mit rund 150 Fällen eine etwa halb so hohe Prävalenz.

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 von 73 potentiell inadäquaten Verschreibungen für über 70-Jährige zugrunde (Mann et al. 2014), die

- » keine nachweisliche Wirkung zeigen (z.B. Ginko Präparate), oder
- » schädlich für die PatientIn sein können, oder
- » für die wirkungsvollere, sicherere Alternativen bestehen.

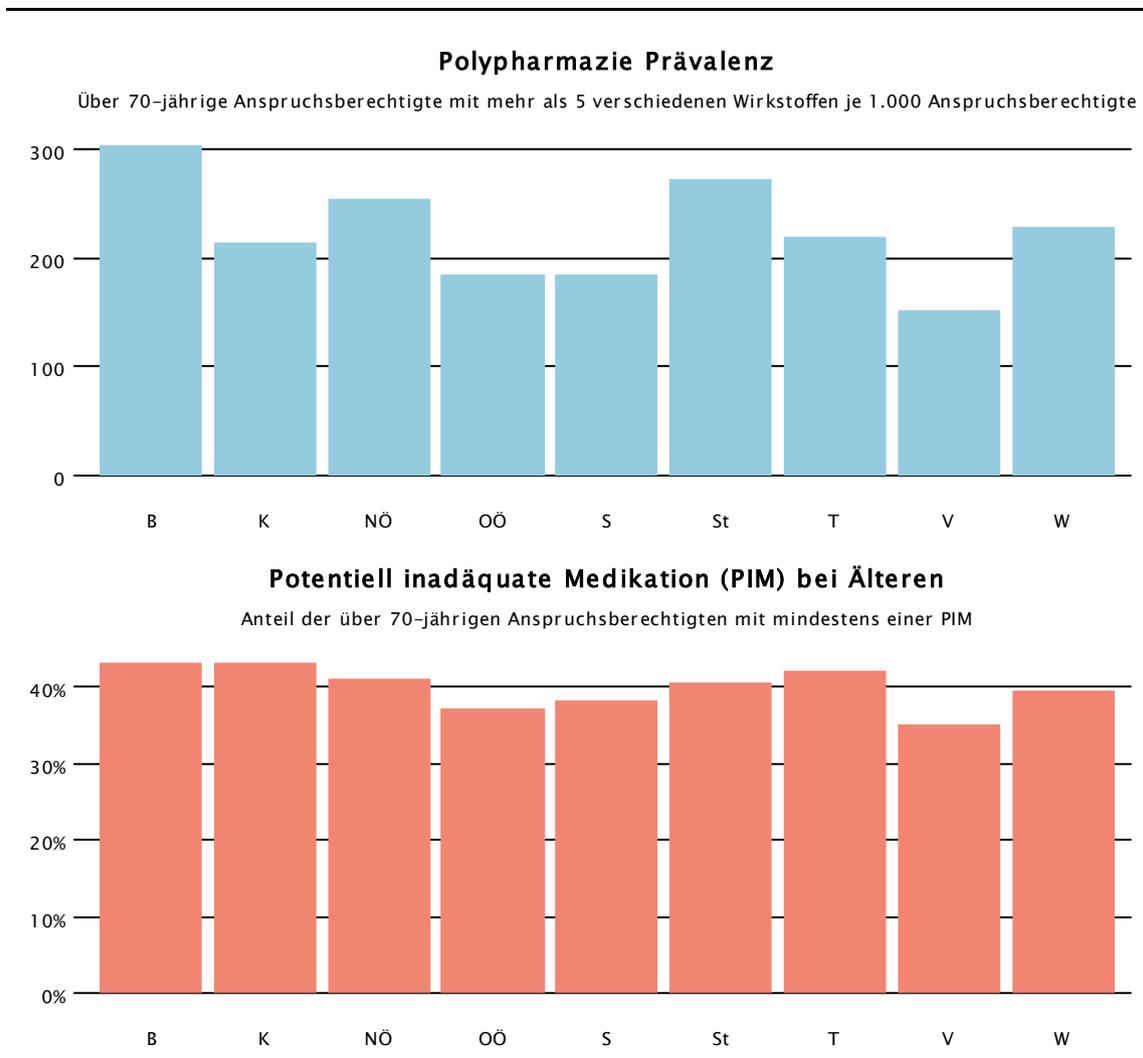
Wie aus nachstehender Abbildung 5.1 ersichtlich wird, variiert der Wert ebenfalls stark zwischen den Bundesländern. In Vorarlberg lag die PIM-Prävalenz bei rund 35 Prozent, im Burgenland bei 43 Prozent, der Bundesländer-Durchschnitt betrug 40,0 Prozent.⁸

Das operative Ziel 7 zielt darauf ab, die Medikamentenversorgung sektorenübergreifend gemeinsam zu optimieren. Als konkrete Maßnahmen soll zum Beispiel eine Analyse der erforderlichen Grundlagen einer sektoren-, bundeländer- 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 2017 waren noch keine **gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen**, sowohl sektorenübergreifend als auch Bundesländer-übergreifend, umgesetzt (Messgröße 17).

8

Die Berechnung bezieht sich auf Verordnungen, die im 1. bis 3. Quartal 2017 abgegeben wurden. Arzneimittel unter der Kostenerstattungsgrenze finden nur im Falle einer Rezeptgebührenbereifung der Patientin/des Patienten Berücksichtigung. Bundeslandzuordnungen erfolgten nach Wohnort der PatientInnen (quellbezogen). Der Österreich-Wert wurde als gewichteter Durchschnitt aus den Bundesland-Werten berechnet, wobei die Wohnbevölkerung über 70 Jahre zur Gewichtung herangezogen wurde.

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



Quelle: Meldung HVB 2018, 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 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. Die Messgröße wurde bereits im Rahmen des Monitorings der ersten Zielsteuerungsperiode dargestellt. Der Anteil der Aufenthalte in Fondskrankenanstalten mit kurzer präoperativer Verweildauer, definiert als weniger als drei Pflgetage, beträgt derzeit österreichweit 93,3 Prozent und liegt damit knapp unter dem Zielwert von 94 Prozent (siehe Abbildung 5.2). Dieser Zielwert wurde 2017 bereits von drei Bundesländern erreicht (Burgenland, Kärnten, Vorarlberg).

Ebenso als Messgröße (16) aufgenommen wurden die in **Therapie Aktiv versorgten PatientInnen** sowie teilnehmenden ÄrztInnen. Therapie Aktiv ist ein Betreuungs- und Therapieprogramm für Typ-2-DiabetikerInnen und demnach das erste Disease Management Programm in Österreich. Die Teilnahmeraten am Programm haben sich sowohl auf ärztlicher Seite, wie auch bezüglich der teilnehmenden PatientInnen in den letzten Jahren erhöht. Der Anteil der Typ-2-DiabetikerInnen welche am Programm teilnahmen lag 2016 österreichweit bei 10,9 Prozent. Von 2016 auf 2017 stieg die Anzahl der teilnehmenden PatientInnen von 55 913 auf 66 314.⁹ Die Teilnahmerate der niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen stieg im selben Zeitraum von 13,7 Prozent auf 15,2 Prozent.

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 Wartezeiten-Monitoring 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, 85 Prozent waren zufrieden bzw. sehr zufrieden mit der Versorgung durch FachärztInnen und 70 Prozent der Bevölkerung zeigten sich zufrieden oder sehr zufrieden mit der Versorgung in Krankenanstalten. Im Vergleich dazu zeigten sich 58 Prozent zufrieden oder sehr zufrieden mit der Versorgung in Spitalsambulanzen. Rund die Hälfte der Bevölkerung war zufrieden oder sehr zufrieden mit der Versorgung durch TherapeutInnen (HVB 2016). Da die Zufriedenheit der österreichischen Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung bereits vergleichsweise hoch ist,

⁹

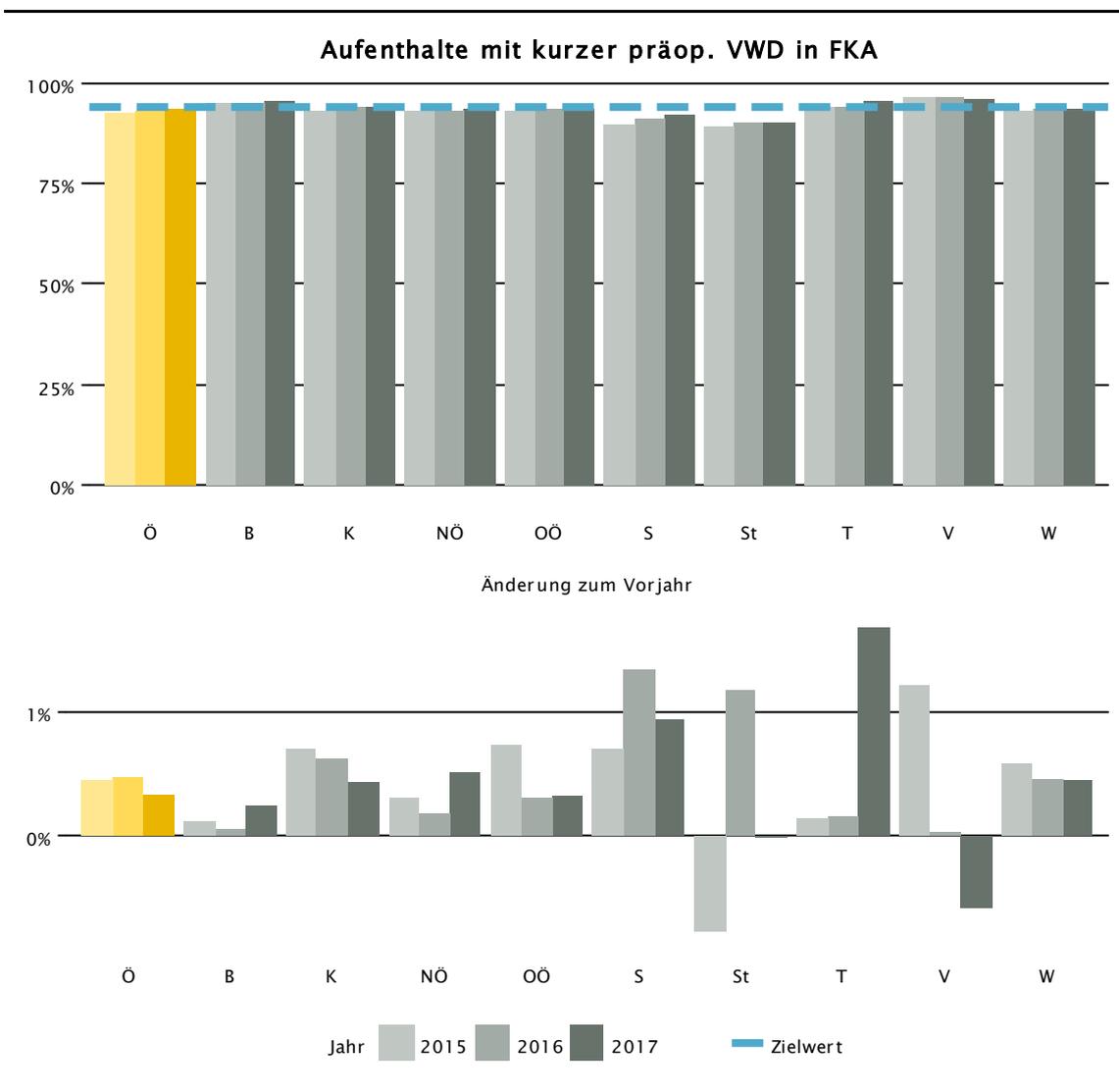
Die Diabetes-Typ-2-Prävalenz wird auf Basis der Abrechnungsdaten der Sozialversicherungsträger ermittelt (z.B. diabetesrelevante Medikamentenverordnungen, Blutzucker-Bestimmungen, HbA1c-Bestimmungen) und steht zum derzeitigen Zeitpunkt nur bis 2016 zur Verfügung, weshalb der Anteil der teilnehmenden DiabetikerInnen nur bis 2016 ausgewiesen werden kann.

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



6 Gesundere Bevölkerung (strat. Ziel 3)

Das strategische Ziel 3 „Gesundheitsförderung und Prävention: Erhöhung der Zahl der gesunden Lebensjahre und Verbesserung der Lebensqualität von erkrankten Personen“ zielt anhand von zwei operativen Zielen („Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung“ und „Stärkung von zielgerichteter Gesundheitsförderung und Prävention“) auf eine gesündere Bevölkerung ab. Der Reformersfolg soll dabei anhand von vier Messgrößen ersichtlich werden.

Stärkung der Gesundheitskompetenz (op. Ziel 10)

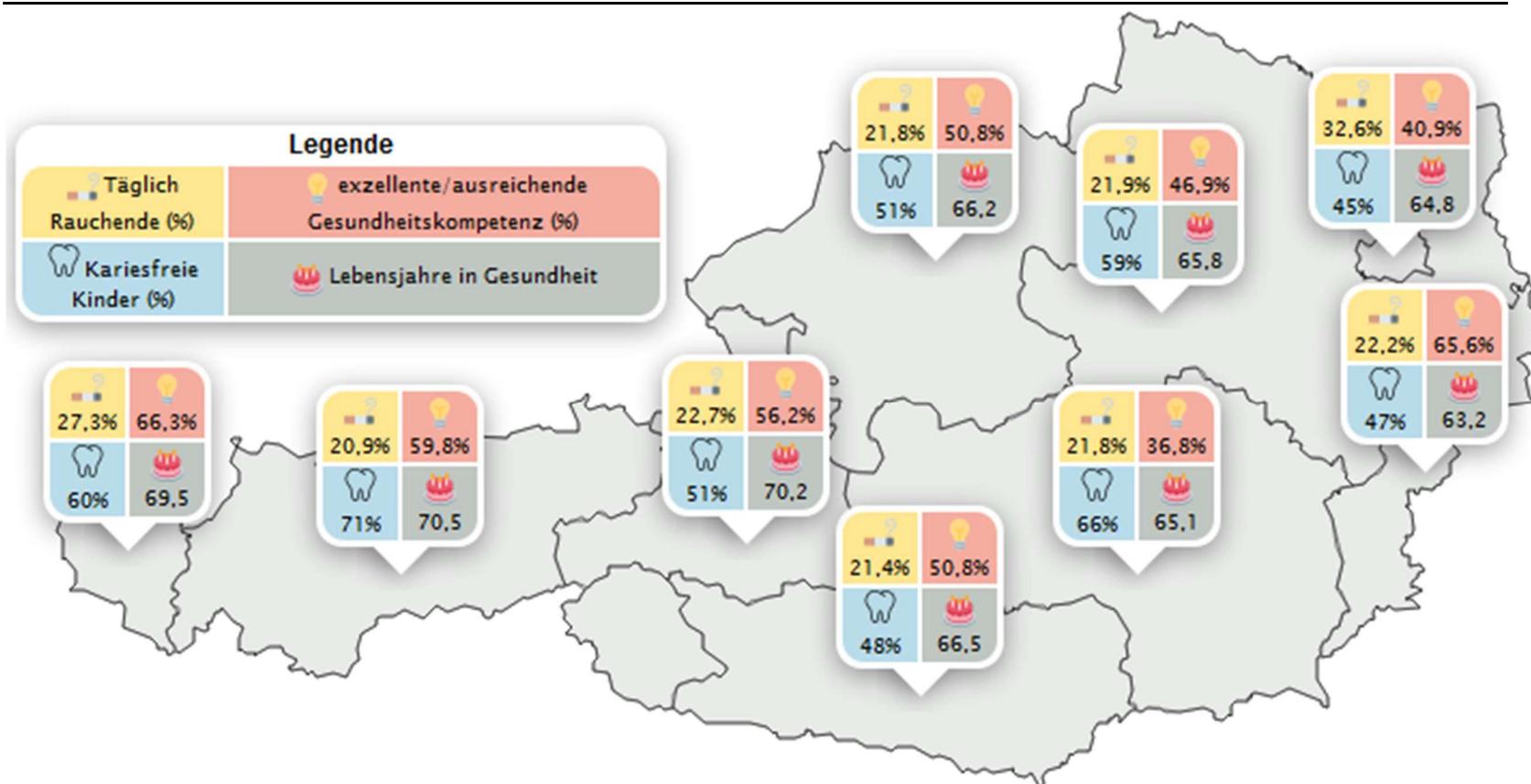
Im Rahmen des Zielsteuerungsvertrags soll die **Gesundheitskompetenz** (Messgröße 19) anhand definierter Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene gestärkt werden. Die letzte Gesundheitskompetenzbefragung (Health Literacy Survey) wurde 2011 in acht europäischen Ländern (Österreich, Bulgarien, Deutschland, 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).

Generell zeigten in Österreich 43,6 Prozent der Bevölkerung **exzellente (9,9 %) oder ausreichende (33,7 %) 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 unterdurchschnittlich. Aus den acht befragten Mitgliedstaaten verzeichneten nur Bulgarien und Spanien einen geringeren Bevölkerungsanteil mit ausreichender bzw. exzellenter Gesundheitskompetenz.

Eine erneute Erhebung der Gesundheitskompetenz ist bis zum März 2020 geplant. Dementsprechend ergibt sich die Möglichkeit etwaige Veränderungen der Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung vor Ende der Zielsteuerungsperiode abzubilden.

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. Folglich konnten innerhalb von acht Jahren 3,4 Jahre für Frauen beziehungsweise 4,1 Jahre für Männer an Lebenserwartung in guter Gesundheit gewonnen werden. Starke Unterschiede zeigen sich wiederum auf regionaler Ebene mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung in guter Gesundheit im Burgenland von 63,2 Jahren (Frauen: 61,7; Männer: 64,7) im Vergleich zu 70,5 (Frauen: 71,6; Männer: 69,4) in Tirol (siehe Abbildung 6.1).

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

Der **Anteil täglich Rauchender** ist ein weit verbreiteter Indikator im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Im Jahr 2014 rauchten 24,3 Prozent und damit rund ein Viertel der ÖsterreicherInnen täglich. Dies entspricht 26,5 Prozent der Männer und 22,1 Prozent der Frauen jeweils über 15 Jahren. Wiederum zeigt sich eine starke regionale Varianz mit durchschnittlich 20,9 Prozent täglich Rauchender in Tirol im Vergleich zu 32,6 Prozent in Wien (siehe Abbildung 6.1).

In den letzten Jahren ist die Raucherrate gemäß Statistik Austria von 23,2 Prozent im Jahr 2006 auf 24,3 Prozent im Jahr 2014 insgesamt gestiegen. Während bei den Männern ein leicht sinkender Trend feststellbar ist, steigt die Raucherrate bei Frauen. International liegt Österreich in diesem Bereich signifikant über dem Durchschnitt (Deutschland 2013: 20,9 %; England 2016: 16,1 %; Schweden 2015: 11,2 %) (OECD 2018). Die Zielsteuerungspartner intendieren hierbei eine Trendwende, weitere Vergleichswerte sind nach der nächsten ATHIS-Erhebung 2019 verfügbar.

Die **Zahngesundheit** von Kindern wurde ebenfalls als Indikator im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der Zielsteuerung definiert (Messgröße 22). Laut Zahnstaterhebung 2016 waren rund 55 Prozent der 6-jährigen Kinder kariesfrei. Wiederum zeigen sich starke regionale Unterschiede von etwa 71 Prozent an kariesfreien Kindern in Tirol im Vergleich zu 45 Prozent in Wien (siehe Abbildung 6.1). Der Sanierungsgrad bei 6-jährigen Kindern liegt österreichweit bei 39 Prozent. Dies bedeutet, dass über die Hälfte der als kariös befundenen Milchzähne keine Sanierung aufweist. Die führenden europäischen Länder erreichen hierbei Werte von über 80 Prozent (z.B. Dänemark 86 % oder Norwegen 83 %) (Bachner et al. 2018; Bodenwinkler et al. 2017). Über die Änderung des Österreich-Werts zur Zahnstaterhebung 2011 ist keine gesicherte Aussage möglich. Auffällige Veränderungen ergeben sich jedoch in einzelnen Bundesländern, insbesondere ist der Sanierungsgrad im Burgenland, Kärnten und Oberösterreich im Zeitraum 2011 bis 2016 deutlich gesunken (siehe Tabelle 7.27).

7 Anhang

7.1 Kommentierungen zum Finanzzielmonitoring

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

Tabelle 7.1:

Kommentare zum Finanzzielmonitoring: Allgemeine Anmerkungen in den Meldeformularen

Meldever-antwortliche Stelle	Allgemeine Anmerkungen gem. Meldeformular I/2018
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) für alle Träger	Datenquellen: 2016: Endgültige Erfolgsrechnungen (§§ 3 und 7 der Rechnungsvorschriften). 2017: Vorläufige Erfolgsrechnungen (§ 17 der Rechnungsvorschriften) – Stand 15. Februar 2018: Voranschläge (§ 19 der Rechnungsvorschriften)
Kärnten	Daten für 2016 des Kärntner Gesundheitsfonds beruhen auf dem endgültigen RA 2016, Daten für 2017 des Kärntner Gesundheitsfonds beruhen auf dem VA 2017 plus ggfs. Hochrechnungen, Daten des Landes Kärnten für 2018 beruhen auf dem VA 2018 bzw. aktuellen Abschätzungen.
Salzburg	Die Betriebsabgangsdeckungsdaten für 2016 entstammen dem Rechnungsabschluss des Landes und der Gemeinden. Für 2017 entstammen die Werte den voraussichtlichen Rechnungsabschlussdaten des Landes und der Gemeinden. Für 2018 handelt es sich durchwegs um Voranschlagswerte von Land und Gemeinden. * 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 2016 und 2018 gemeinsam bei der Post 752 dargestellt. *** Das KH Hallein ist seit 2017 nicht mehr Rechtsträgerin der Betriebsgesellschaft, sondern wurden deren Anteile inzwischen von der SALK übernommen. **** Ab 2018 ist die Gebarung des Landes auf das Drei-Komponenten-Rechnungswesen im Sinne der VRV 2015 umgestellt, daher gibt es durchwegs neue Ansatz- und Kontenbezeichnungen. Bei der "Sozialhilfe" sind die bisherigen zwei Ansätze und drei Posten in einem einzigen Ansatz mit einem einzigen Konto aufgegangen; allerdings befindet sich ein geringfügiger Betrag (63.800 €) dabei, der keine Fondskrankenanstalt betrifft, sondern die Pflegeanstalt für chronisch Kranke Abtenau.
Tirol	Analog zu den vorangegangenen Meldungen wird darauf hingewiesen, dass die Ausgabensumme lt. der vorliegenden Meldung für Prognosen der zukünftigen Finanzierungssituation der Tiroler Fondskrankenanstalten nur eingeschränkt geeignet ist.

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

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2018

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

7.2 Melde- und Berichtslegungsablauf

Abbildung 7.1:

Melde- und Berichtslegungsablauf zum Monitoring der Finanzzielsteuerung, 2017 bis 2021

Datum	Finanzmonitoring		unterjähriges Finanzmonitoring	Bericht		
	Voranschlagsmonitoring	Abschlussmonitoring				
2017	6					
	7					
	8					
	15.09		Meldung auf Basis vorläufigem Rechnungsabschluss	Meldung auf Basis VA und Kenntnisstand unterjährig	<u>Kurzbericht</u> Finanzzielmonitoring	
	15.10		(vorläufiges) Abschlussmonitoring 2016	1. unterjähriges Finanzmonitoring 2017		
	11					
	12					
	2018	1				
		2				
		15.03	Meldung auf Basis Voranschlag	Meldung auf Basis Rechnungsabschluss	Meldung auf Basis VA und Kenntnisstand unterjährig	<u>Hauptbericht</u> Finanzzielmonitoring & Steuerungsbereiche
		15.04	Voranschlagsmonitoring 2018	endgültiges Abschlussmonitoring 2016	2. unterjähriges Finanzmonitoring 2017	
		5				
6						
7						
8						
15.09			Meldung auf Basis vorläufigem Rechnungsabschluss	Meldung auf Basis VA und Kenntnisstand unterjährig	<u>Kurzbericht</u> Finanzzielmonitoring	
15.10			(vorläufiges) Abschlussmonitoring 2017	1. unterjähriges Finanzmonitoring 2018		
11						
12						
2019	1					
	2					
	15.03	Meldung auf Basis Voranschlag	Meldung auf Basis Rechnungsabschluss	Meldung auf Basis VA und Kenntnisstand unterjährig	<u>Hauptbericht</u> Finanzzielmonitoring & Steuerungsbereiche	
	15.04	Voranschlagsmonitoring 2019	endgültiges Abschlussmonitoring 2017	2. unterjähriges Finanzmonitoring 2018		
	5					
	6					
	7					
	8					
	15.09		Meldung auf Basis vorläufigem Rechnungsabschluss	Meldung auf Basis VA und Kenntnisstand unterjährig	<u>Kurzbericht</u> Finanzzielmonitoring	
	15.10		(vorläufiges) Abschlussmonitoring 2018	1. unterjähriges Finanzmonitoring 2019		
	11					
	12					
2020	1					
	2					
	15.03	Meldung auf Basis Voranschlag	Meldung auf Basis Rechnungsabschluss	Meldung auf Basis VA und Kenntnisstand unterjährig	<u>Hauptbericht</u> Finanzzielmonitoring & Steuerungsbereiche	
	15.04	Voranschlagsmonitoring 2020	endgültiges Abschlussmonitoring 2018	2. unterjähriges Finanzmonitoring 2019		
	5					
	6					
	7					
	8					
	15.09		Meldung auf Basis vorläufigem Rechnungsabschluss	Meldung auf Basis VA und Kenntnisstand unterjährig	<u>Kurzbericht</u> Finanzzielmonitoring	
	15.10		(vorläufiges) Abschlussmonitoring 2019	1. unterjähriges Finanzmonitoring 2020		
	11					
	12					

Datum	Finanzmonitoring		unterjähriges Finanzmonitoring	Bericht	
	Voranschlagsmonitoring	Abschlussmonitoring			
2021	1				
	2				
	15.03	Meldung auf Basis Voranschlag	Meldung auf Basis Rechnungsabschluss	Meldung auf Basis VA und Kenntnisstand unterjährig	<u>Hauptbericht</u> Finanzzielmonitoring & Steuerungsbereiche
	15.04	Voranschlagsmonitoring 2021	endgültiges Abschlussmonitoring 2019	2. unterjähriges Finanzmonitoring 2020	
	5				
	6				
	7				
	8				
	15.09		Meldung auf Basis vorläufigem Rechnungsabschluss	Meldung auf Basis VA und Kenntnisstand unterjährig	<u>Kurzbericht</u> Finanzzielmonitoring
	15.10		(vorläufiges) Abschlussmonitoring 2020	1. unterjähriges Finanzmonitoring 2021	
	11				
	12				
2022	1				
	2				
	15.03		Meldung auf Basis Rechnungsabschluss	Meldung auf Basis VA und Kenntnisstand unterjährig	<u>Hauptbericht</u> Finanzzielmonitoring & Steuerungsbereiche
	15.04		endgültiges Abschlussmonitoring 2020	2. unterjähriges Finanzmonitoring 2021	
	5				
	6				
	7				
	8				
	15.09		Meldung auf Basis vorläufigem Rechnungsabschluss		<u>Kurzbericht</u> Finanzzielmonitoring
	15.10		(vorläufiges) Abschlussmonitoring 2021		
	11				
	12				
2023	1				
	2				
	15.03		Meldung auf Basis Rechnungsabschluss		<u>Hauptbericht</u> Finanzzielmonitoring & Steuerungsbereiche
	15.04		endgültiges Abschlussmonitoring 2021		
	5				
	6				

7.3 Daten – Messgrößen

Im Folgenden werden die Auswertungen der 22 definierten Messgrößen tabellarisch festgehalten. Für detaillierte Definitionen und Beschreibungen der Messgrößen siehe Anhang 2 des Zielsteuerungsvertrages auf Bundesebene.

Tabelle: 7.2

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

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

Anmerkung: PV-Pilotprojekte, die nach Stichtag 31.12.2017 in Betrieb genommen wurden beziehungsweise nicht der Definition einer Primärversorgungseinheit nach Primärversorgungsgesetz laut Meldung der KV-Träger entsprechen, werden in Klammer angeführt. Exklusive PV-Netzwerk-Projekte
Berechnung der Zielwerte auf Landesebene erfolgte gemäß Bevölkerungsschlüssel kaufmännisch gerundet.
Zielvorgabe: 75 PVE österreichweit

Quelle: Meldung HVB 2018; BMASGK (2018a)

Tabelle 7.3:

Messgröße 2: In Primärversorgungseinheiten (PVE) versorgte Bevölkerung in Prozent (Stand jeweils zum 31.12)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Burgenland		-				
Kärnten		-				
Niederösterreich		-				
Oberösterreich		0,903				
Salzburg		-				
Steiermark		-				
Tirol		-				
Vorarlberg		-				
Wien		0,899				
Österreich		0,356				

Die Berechnung der versorgten Population erfolgte mit 31.12 für PVE laut HVB Umfrage der KV-Träger
Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Meldung HVB 2018

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

Quelle: Meldung HVB, Länder 2018

Tabelle 7.5:

Messgröße 4: Krankenhaushäufigkeit in Fondskrankenanstalten je 1.000 EinwohnerInnen

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Zielwert 2021
Burgenland	213	207	200	200	199		
Kärnten	255	253	243	232	224		
Niederösterreich	226	223	218	214	209		
Oberösterreich	252	248	243	242	239		
Salzburg	233	229	220	217	212		
Steiermark	230	229	223	221	216		
Tirol	233	229	222	218	214		
Vorarlberg	209	212	207	202	196		
Wien	192	187	182	178	174		
Österreich	226	222	216	213	208		191
Veränderung zum Vorjahr		-1,50%	-2,80%	-1,61%	-2,11%		

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

Quelle: BMASGK (2018b)

Tabelle 7.6:

Messgröße 5: Belagstagedichte in Fondskrankenanstalten je 1.000 EinwohnerInnen

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Zielwert 2021
Burgenland	1.264	1.233	1.199	1.221	1.204		
Kärnten	1.717	1.691	1.632	1.578	1.515		
Niederösterreich	1.451	1.420	1.372	1.363	1.312		
Oberösterreich	1.535	1.509	1.518	1.452	1.443		
Salzburg	1.460	1.430	1.383	1.369	1.330		
Steiermark	1.535	1.535	1.459	1.450	1.418		
Tirol	1.401	1.374	1.340	1.318	1.293		
Vorarlberg	1.394	1.345	1.314	1.284	1.269		
Wien	1.474	1.422	1.361	1.306	1.265		
Österreich	1.487	1.457	1.413	1.380	1.346		1.252
Veränderung zum Vorjahr		-2,02%	-2,99%	-2,33%	-2,49%		

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

Quelle: BMASGK (2018b)

Tabelle 7.7:

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

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

Zielvorgabe: steigender Trend, leistungsspezifische Zielwerte 2021

Quelle: BMASGK (2018b)

Tabelle 7.8:

Messgröße 7: Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen für AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen

	Besetzte Ausbildungsstellen			Genehmigte Ausbildungsstellen		
	11/2016	11/2017	11/2018	2016	2017	2018
Basisausbildung	938	1.183		n.v.	n.v.	
Allgemeinmedizin	1.435	1.237		n.v.	n.v.	
Sonderfächer	5.122	5.259		n.v.	n.v.	

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

n.v.=Daten derzeit nicht Verfügbar

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Quelle: BMASGK/ÖÄK (2018)

Tabelle 7.9:

Messgröße 8: Ärztliche Versorgungsdichte (1/3) – Versorgungsdichte im extramuralen Bereich: VertragsärztInnen (exkl. Zahnmedizin und technische Fächer) je 100.000 EinwohnerInnen

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

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Quelle: Meldung HVB 2018, Regiomed

Tabelle 7.10:

Messgröße 8: Ärztliche Versorgungsdichte (2/3) – vertragsärztliche Versorgungsdichte im extramuralen Bereich: ZahnmedizinerInnen je 100.000 EinwohnerInnen

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

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Quelle: Meldung HVB 2018, Regiomed

Tabelle 7.11:

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

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

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Quelle: BMASGK (2018b)

Tabelle 7.12:

Messgröße 9: Relation diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (DGKP) und Pflegefachassistenz (PFA) zu ÄrztInnen in Fondskrankenanstalten („Nurse to Physician Ratio“)

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

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Quelle: BMASGK (2018b)

Tabelle 7.13:

Messgröße 10: Masern/Mumps/Röteln – Durchimpfungsrate Kinder (2-Jährige, in %) ¹⁰

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Österreich	70,77					

Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Meldung BMASGK 2018

Tabelle 7.14:

Messgröße 11: Anzahl der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie-Angebote

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Burgenland		2				
Kärnten		5				
Niederösterreich		0				
Oberösterreich		4				
Salzburg		1				
Steiermark		0				
Tirol		0				
Vorarlberg		2				
Wien		3				
Österreich		17				

Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Erhebung Landes-Zielsteuerungskommissionen, 2018

¹⁰

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

Tabelle 7.15:

Messgröße 12: Umsetzungsgrad Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)

Anzahl und Anteil (in %) der Gesundheitsdiensteanbieter, die ELGA implementiert haben (gemäß ELGA-Gesetz)

GDA	2017		2018		2019		2020	
	Anzahl	Anteil						
Krankenanstalten	142	50,35						
Pflegeeinrichtungen	11	1,13						
Ambulatorien, Institute	38	6,29						
Apotheken	15	1,03						
ÄrztInnen	90	0,44						
Österreich	296	1,25						

Die Berechnung des Anteils der GDA die ELGA umgesetzt haben liegt der Meldung der ELGA GmbH zugrunde, wonach die Gesamtanzahl der Krankenanstalten 282, der Pflegeeinrichtungen 977, der Ambulatorien sowie Institute 604, der Apotheken ca. 1.436, und der niedergelassenen ÄrztInnen ca. 20.390, beträgt (Stand Dezember 2017).

Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Meldung ELGA GmbH 2018

Tabelle 7.16:

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

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Burgenland		304				
Kärnten		215				
Niederösterreich		255				
Oberösterreich		185				
Salzburg		185				
Steiermark		272				
Tirol		220				
Vorarlberg		151				
Wien		228				
Österreich		229				

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

Zielvorgabe: sinkender Trend

Quelle: Meldung HVB 2018

Tabelle 7.17:

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

	2012	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Burgenland	56,7	n.v.	43,2				
Kärnten	54,9	n.v.	43,2				
Niederösterreich	53,4	n.v.	41,1				
Oberösterreich	49,6	n.v.	37,2				
Salzburg	50,4	n.v.	38,1				
Steiermark	54,0	n.v.	40,7				
Tirol	51,9	n.v.	42,1				
Vorarlberg	44,3	n.v.	35,2				
Wien	52,1	n.v.	39,4				
Österreich	51,6*		40,0*				

n.v.=Daten nicht verfügbar

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

Zielvorgabe: sinkender Trend

Quelle: Mann et al. (2014), Meldung HVB 2018

Tabelle 7.18:

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

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

Zielvorgabe: 94 Prozent bis 2021

Quelle: BMASGK (2018b)

Tabelle 7.19:

Messgröße 16: In Therapie Aktiv versorgte PatientInnen und teilnehmende ÄrztInnen (1/2) – Anteil von im Rahmen von Therapie Aktiv versorgten PatientInnen in Prozent aller PatientInnen, die in die Zielgruppe des Programmes fallen

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Burgenland	3,52					
Kärnten	6,65					
Niederösterreich	11,10					
Oberösterreich	23,90					
Salzburg	18,30					
Steiermark	24,20					
Tirol	0,00					
Vorarlberg	15,00					
Wien	18,10					
Österreich	10,90					

Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Meldung HVB 2018

Tabelle 7.20:

Messgröße 16: In Therapie Aktiv versorgte PatientInnen und teilnehmende ÄrztInnen (2/2) – Anteil der teilnehmenden ÄrztInnen in Prozent aller AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen für Innere Medizin¹¹

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Burgenland	2,56	2,49				
Kärnten	11,00	15,40				
Niederösterreich	9,12	10,60				
Oberösterreich	22,10	23,80				
Salzburg	22,50	22,60				
Steiermark	21,70	22,50				
Tirol	0,00	1,31				
Vorarlberg	16,80	20,00				
Wien	9,45	10,80				
Österreich	13,70	15,20				

Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Meldung HVB 2018

¹¹

Anmerkung: Die Anzahl der ÄrztInnen für das Jahr 2016 wurden noch nicht validiert.

Tabelle 7.21:

Messgröße 17: Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen

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

Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Meldung HVB, Erhebung Landes-Zielsteuerungskommissionen 2018

Tabelle 7.22:

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

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
FachärztInnen	85					
Krankenhaus	70					
praktische ÄrztIn, HausärztIn	89					
Spitalsambulanzen	58					
TherapeutIn	50					

Zielvorgabe: steigender oder konstanter Trend

Quelle: Bundes-Zielsteuerungskommission (2016)

Tabelle 7.23:

Messgröße 19: Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz in Prozent der Befragten

	2011	2017	2018	2019	2020	2021
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		

Periodizität orientiert sich an ATHIS-Zyklus
Zielvorgabe: steigender Trend

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

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

	2006/2007	2014	2019
Burgenland	27,5	22,2	
Kärnten	22,3	21,4	
Niederösterreich	21,8	21,9	
Oberösterreich	22,7	21,8	
Salzburg	24,7	22,7	
Steiermark	20,1	21,8	
Tirol	26,1	20,9	
Vorarlberg	25,5	27,3	
Wien	24,6	32,6	
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 6jährigen Kinder mit einem kariesfreien Gebiss in Prozent

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Burgenland	36	47					
Kärnten	61	48					
Niederösterreich	46	59					
Oberösterreich	56	51					
Salzburg	37	51					
Steiermark	64	66					
Tirol	74	72					
Vorarlberg	n.v.	60					
Wien	n.v.	45					
Österreich¹	52	55					

¹ 2011: Der Österreich-Wert exkludiert die Bundesländer Vorarlberg und Wien. n.v.=Daten nicht verfügbar
Zielvorgabe: steigender Trend

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

Tabelle 7.27:

Messgröße 22: Kariesfreie Kinder (2/2) – Sanierungsgrad der 6-jährigen Kinder, in Prozent¹²

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
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					
Österreich¹	40	39					

¹ 2011: Der Österreich-Wert exkludiert die Bundesländer Vorarlberg und Wien. n.v.=Daten nicht verfügbar
Zielvorgabe: steigender Trend

Quelle: Bodenwinkler et al. (2017)

¹²

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

7.4 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 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 und teilnehmende ÄrztInnen (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>			
Gesündere Bevölkerung	S3: Gesundheitsförderung und Prävention: Erhöhung der Zahl der gesunden Lebensjahre und Verbesserung der Lebensqualität von erkrankten Personen	Behandlung, zum richtigen Zeitpunkt	9: Zur Stärkung der Sachleistungsversorgung örtliche, zeitliche und soziale Zugangsbarrieren abbauen	(18) Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich	→↑	
		Gesund bleiben	10: Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung	(19) Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz	↑	
„Better value“	S4: Gewährleistung einer nachhaltigen Finanzierbarkeit der öffentlichen Gesundheitsausgaben	Nachhaltigkeit sichern	Messgrößen und Zielwerte siehe Finanzzielsteuerung bzw. Einhaltung der Ausgabenobergrenzen Art. 7	Gesünder leben	11: Stärkung von zielgerichteter Gesundheitsförderung und Prävention (20) Gesunde Lebensjahre bei der Geburt (21) Täglich Rauchende (22) Kariesfreie Kinder	↑ ↓ ↑

Quelle: Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene 2017

Literaturverzeichnis

- Bachner, Florian; Griebler, Robert; Schmidt, Andrea; Mathis-Edenhofer, Stefan; Rainer, Lukas; Bobek, Julia (2018): Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept. Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen (Baselinebericht) Aktualisierte Fassung 2017. Zur Vorlage an die Bundes-Zielsteuerungskommission. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- BMASGK (2018a): Statusbericht. Zur Umsetzung der Maßnahmen und laufenden Arbeiten des Zielsteuerungsvertrages. Status zum 31.12.2017. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- BMASGK (2018b): Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- BMASGK/ÖÄK (2018): Ausbildungsstellenverwaltung ASV. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz/Österreichische Ärztekammer, Wien
- BMGF (2017): ÖSG 2017 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Bodenwinkler, Andrea; Kerschbaum, Johann; Sax, Gabriele (2012): Zahnstatus 2011. Sechsjährige in Österreich. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit / Gesundheit Österreich GmbH – Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Bodenwinkler, Andrea; Sax, Gabriele; Kerschbaum, Hans (2017): Länder-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 (2018): Zusammen. Für unser Österreich. Regierungsprogramm 2017 – 2022. Bundeskanzleramt, Wien
- HVB (2016): Bevölkerungsbefragung 2016. Erhebung des Wissensstandes der Bevölkerung zu gesundheitspolitischen Themen mit besonderem Fokus auf die aktuelle Gesundheitsreform. Hg. v. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger unter Mitarbeit der Gesundheit Österreich und des Teams für Qualitätsentwicklung und Service Management. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Klimont, Jeanette; Ihle, Petra (2009): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: ausgewählte Ergebnisse für Bundesländer. In: Statistische Nachrichten 10/2009

- Klimont, Jeanette; Klotz, Johannes (2016): Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung. Auswertungen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014. In: Statistische Nachrichten 9/2016
- Mann, E.; Haastert, B.; Frühwald, T.; Sauermann, R.; Hinteregger, M.; Hölzl, D.; Keuerleber, S.; Scheuringer, M.; Meyer, G. (2014): Potentially inappropriate medication in older persons in Austria: A nationwide prevalence study. In: European Geriatric Medicine 5/6
- OECD (2018): OECD Health Statistics. Non-Medical Determinants of Health, Tobacco Consumption [Online]. <http://stats.oecd.org> [Zugriff am 4. April 2018]
- Pelikan J.M.; Röthlin F.; Ganahl K. (2012): Comparative Report on Health Literacy in eight EU Member States. Hg. v. 2009–2012, The European Health Literacy Project
- Pelikan, JM; Röthlin, F; Ganahl, K (2013): Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung–nach Bundesländern und im internationalen Vergleich. Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Bundesländer–Studie LBIHPR Forschungsbericht (noch nicht veröffentlicht), Wien
- Statistik Austria (2008): Gesundheitsdeterminanten, aktueller Raucherstatus 2006/2007 [Online]. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/rauchen/index.html [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]
- ZS–G (2017): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene. Zielsteuerung–Gesundheit