

Monitoringbericht Zielsteuerung- Gesundheit

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

Berichtsjahr 2025

Abgenommen durch die
Bundes-Zielsteuerungskommission im Juni 2026

Impressum

Fachliche Unterstützung von der Gesundheit Österreich GmbH:

Anita Haindl
Florian Bachner
Zuzanna Brzozowska
Giorgio Carrato
Evelyn Ellmerer
Florian Trauner
Melanie Walter

Projektassistenz:

Ingrid Freiburger

Zitiervorschlag:

Haindl, Anita; Bachner, Florian; Brzozowska, Zuzanna; Carrato, Giorgio; Ellmerer, Evelyn; Trauner, Florian; Walter, Melanie (2026): Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit. Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

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

Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,
vertreten durch die Sektionsleitung der Sektion X

Erscheinungsdatum:

April 2026

Kurzfassung

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

Gesundheitsausgaben

Die letztverfügbaren Werte zu den **öffentlichen Gesundheitsausgaben** gemäß System of Health Accounts (SHA) sind jene für das Jahr 2024 und werden den Ausgabenobergrenze (AOG) der neuen Zielsteuerungsperiode 2024–2028 gegenübergestellt. Mit öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) in der Höhe von 39.505 Mio. Euro wird die Ausgabenobergrenze um 633 Mio. Euro (1,58 Prozent) unterschritten (Kapitel 1).

Die Erhebung im Rahmen der Finanzzielsteuerung bei den Landesgesundheitsfonds und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV) erfasst aktuelle Ausgabenentwicklungen. Auf **Landesebene** wurden für 2026 zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben in der Höhe von 19.689 Mio. Euro budgetiert. Dies entspricht einer Unterschreitung der AOG um 1.115 Mio. Euro (–5,36 Prozent; siehe Kapitel 2.1). Die budgetierten zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben der **gesetzlichen KV-Träger** in der Höhe von 18.005 Mio. Euro liegen bei einer Überschreitung der AOG um 314 Mio. Euro (+1,77 Prozent; siehe Kapitel 2.2).

Die **Gesundheitsausgaben des Bundes** gemäß SHA lagen 2024 bei 3.599 Mio. Euro und nähern sich wieder dem präpandemischen Ausgabenniveau an (Tabelle 9).

Monitoring der Steuerungsbereiche

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

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

- Der Anteil der **Patient:innen mit mindestens einem Kontakt** zu einem/einer Allgemeinmediziner:in stieg zwischen 2017 und 2023 um 5,2 Prozent, zu einer vergemeinschafteten Organisationsform um 21,3 Prozent. Die gesamten **e-card-Kontakte** bei niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen stiegen zwischen 2017 und 2025 um 18,5 Prozent, jene bei Fachärzt:innen um 14,8 Prozent. Die österreichische Bevölkerung wuchs im Vergleich dazu zwischen 2017 und 2025 um 4,8 Prozent.
- Mit **107 PVE-Standorten** per 31. Dezember 2025 ist bei der Zahl der PVE ein starker Anstieg gegenüber dem Vorjahr (Ende 2024: 77) erreicht worden. Ebenso ist die Zahl der Kinder-PVE angestiegen, und zwar auf 14 Standorte.
- Sowohl die **Krankenhaushäufigkeit** als auch die **Belagstagedichte** in Fondskrankenanstalten (FKA) sind von 2017 bis 2025 um 16,8 Prozent bzw. 18,0 Prozent gesunken. Die Rückgänge erfolgten überwiegend im Pandemiejahr 2020; seither stagnieren die Kennzahlen.

- Einige Bundesländer sind bei einigen **tagesklinischen Leistungen** bereits nahe an die Zielwerte (z. B. Karpaltunnel- oder Kataraktoperationen) herangekommen oder erfüllen sie bereits. Bei Eingriffen wie Hernienoperationen oder laparoskopischen Gallenblasenentfernungen besteht noch deutliches Ausbaupotenzial.
- Die **vertragsärztlichen Versorgungsdichten** im extramuralen Bereich zeigten zwischen 2017 und 2024 Rückgänge um jeweils mehr als 8 Prozent, während im intramuralen Bereich die Personalressourcen kontinuierlich anstiegen.
- Der Bedarf an **Pflegekräften** wächst. Zwischen 2020 und 2023 ist ein entsprechender Anstieg an PFA-Absolvent:innen (+32 Prozent) zu verzeichnen. Die Anzahl der DGKP-Absolvent:innen war bis 2021 rückläufig, ist aber seither wieder im Steigen begriffen.
- Das **ambulante KJP-Angebot** erhöhte sich österreichweit seit 2018 um mehr als 60 Prozent, entwickelte sich aber in drei Bundesländern zuletzt rückläufig.
- Der Anteil der an „**Therapie aktiv**“ teilnehmenden Typ-2-Diabetiker:innen stieg bis 2021 kontinuierlich an. Seither sind die Zahlen rückläufig. Die an „Therapie aktiv“ teilnehmenden Ärzt:innen verzeichnen hingegen weiterhin einen Anstieg.
- Die **vorzeitige Sterblichkeit durch behandelbare Krankheiten** ist gegenüber 2023 um 2,9 Prozent gesunken. Zwischen den Bundesländern bestehen hier deutliche Unterschiede.
- Die Anzahl der Gesundheitsberatungen bei **1450** nimmt weiter zu, während die Informationsgespräche dort in den letzten Jahren rückläufig waren und sich nun auf einem stabilen Niveau bewegen. Zwischen den Bundesländern zeigen sich deutliche Unterschiede im Nutzungsverhalten: Vorarlberg verzeichnete 2025 die meisten Gesundheitsberatungen (5.116 Anrufe pro 100.000 Einwohner:innen [EW]), während Kärnten mit 1.019 Anrufen pro 100.000 EW den niedrigsten Wert aufwies.
- Der Großteil der **Arzneimittelausgaben** entfällt auf den niedergelassenen Bereich, wobei der Anteil des intramuralen Bereichs jährlich ein stetiges Wachstum verzeichnet.
- Die **Polypharmazie-Prävalenz** bei über 70-Jährigen konnte gegenüber 2024 um 8 Prozent reduziert werden. Der Anteil der über 65-Jährigen mit mindestens einem potenziell inadäquaten Medikament (**PIM**) reduzierte sich im selben Zeitraum um 3,8 Prozent.
- Laut aktueller **Zahnstatuserhebung** waren rund 58 Prozent der sechs- bis siebenjährigen Kinder kariesfrei. Dies stellt eine Verbesserung gegenüber der letzten Erhebung 2016 um 3,2 Prozentpunkte dar.
- Die **Durchimpfungsrate für Mumps/Masern/Röteln** bei Vierjährigen konnte nach mehrjährigem Rückgang wieder einen leichten Anstieg gegenüber dem Vorjahr verzeichnen (plus drei Prozentpunkte) und lag 2024 bei 84 Prozent (WHO-Ziel: 95 Prozent).

Schlussfolgerungen

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

Inhalt

Abbildungen	VI
Tabellen.....	VIII
Abkürzungen.....	XI
Einleitung und Hintergrund	1
Teil A: Monitoring der Finanzzielsteuerung.....	2
1 Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege gemäß System of Health Accounts	3
2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben	5
2.1 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Länder	6
2.2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Gesetzliche Krankenversicherung	7
2.3 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Zusammenführung auf Bundesländerebene	9
3 Gesondert darzustellende Größen	11
Teil B: Monitoring der Steuerungsbereiche.....	14
4 Themenbereich Versorgung und Ressourcen	19
5 Themenbereich Qualität.....	33
6 Themenbereich Digitalisierung/Daten	38
7 Themenbereich Medikamente.....	44
8 Themenbereich Gesundheitsförderung & Primärprävention & Gesundheitskompetenz & Impfungen	49
9 Anhang.....	56
9.1 Kommentierungen des Finanzzielmonitorings.....	56
9.2 Daten der Messgrößen	57
9.3 Übersicht über Ziele und Messgrößen laut Bundes-Zielsteuerungsvertrag	86
Literaturverzeichnis	88

Abbildungen

Abbildung 1: Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege 2017–2024 und Ausgabenobergrenzen 2017–2028 in Mio. Euro	4
Abbildung 2: Entwicklung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben der Länder und der gesetzlichen KV 2017–2026 und Ausgabenobergrenzen 2017–2028 in Mio. Euro	5
Abbildung 3: Übersicht über die Messgrößenausprägungen des Themenbereichs Versorgung und Ressourcen	15
Abbildung 4: Übersicht über die Messgrößenausprägungen des Themenbereichs Qualität.....	16
Abbildung 5: Übersicht über die Messgrößenausprägungen des Themenbereichs Digitalisierung und Daten.....	16
Abbildung 6: Übersicht über die Messgrößenausprägungen des Themenbereichs Medikamente	17
Abbildung 7: Übersicht über die Messgrößenausprägungen des Themenbereichs Gesundheitsförderung & Primärprävention & Gesundheitskompetenz & Impfen	18
Abbildung 8: Mindestens einmalige Inanspruchnahme der öffentlichen Gesundheitsversorgung absolut sowie als indexierte Entwicklung 2017-2024 (Messgröße 1).....	20
Abbildung 9: e-card-Kontakte und spitalsambulante Frequenzen (Messgröße 3).....	21
Abbildung 10: PVE-Standorte per 31. Dezember 2025 (Messgröße 2)	22
Abbildung 11: Krankenhaushäufigkeit in FKA (Messgröße 4a).....	23
Abbildung 12: Belagstagedichte in FKA (Messgröße 5a)	24
Abbildung 13: Anteil Tagesklinik-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden, je Bundesland (Messgröße 6)	25
Abbildung 14: Ärztliche Versorgungsdichte (Messgröße 7)	27
Abbildung 15: Absolvent:innen an Medizinuniversitäten (Messgröße 10a)	28
Abbildung 16: Pflegekräfte nach Beschäftigungsgruppen pro 100.000 EW (Messgröße 9)	30
Abbildung 17: Absolvent:innen der GuK-Berufe (Messgröße 10b).....	31
Abbildung 18: Absolvent:innen der MTD-Berufe (Messgröße 10b)	32
Abbildung 19: In Therapie aktiv versorgte Patient:innen sowie teilnehmende Ärzt:innen (AM und IM; Messgröße 13).....	35
Abbildung 20: Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer (< 3 Pflgetage) in FKA (Messgröße 15)	36
Abbildung 21: Vermeidbare Sterblichkeit („avoidable mortality“), bestehend aus vorzeitigen Todesfällen durch behandelbare Ursachen („treatable mortality“, Messgröße 16) und präventablen Ursachen („preventable mortality“, Messgröße 27)	37

Abbildung 22: Anrufe bei 1450 pro 100.000 EW (Messgröße 17)	39
Abbildung 23: Anteil der Empfehlungen für Anrufer:innen bei 1450 in Prozent 2025 (Messgröße 17)	40
Abbildung 24: Log-ins auf dem „ELGA Bürgerportal“ pro Bundesland und Unique Log-ins (nur für Österreich) (Messgröße 18)	41
Abbildung 25: eBefund-Transaktionen, eMedikations-Transaktionen und elmpfpass- Transaktionen durch GDA absolut in Mio. (Messgröße 18)	42
Abbildung 26: Verhältnis der Ausgaben für Arzneimittel intramural zu den Ausgaben für Arzneimittel extramural (Messgröße 20)	45
Abbildung 27: Polypharmazie-Prävalenz – über 70-jährige Anspruchsberechtigte mit mehr als fünf verschriebenen verschiedenen Wirkstoffen pro 1.000 Anspruchsberechtigte (Messgröße 21a)	46
Abbildung 28: Potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren – Anteil der über 65-jährigen Anspruchsberechtigten (in Prozent), die in einem Kalenderjahr mindestens mit einem PIM-Medikament (Packung) versorgt wurden (Messgröße 21b)	48
Abbildung 29: Lebensjahre in guter Gesundheit pro Bundesland und Geschlecht 2019 und 2006 (Messgröße 22)	50
Abbildung 30: Anteil täglich Rauchender pro Bundesland und Geschlecht 2019 und 2014 (Messgröße 24)	51
Abbildung 31: Anteil sechs- bis siebenjähriger Kinder mit kariesfreiem Gebiss und hohem Sanierungsgrad des Gebisses 2024 (Messgröße 26)	53

Tabellen

Tabelle 1: Wachstumsraten der Ausgabenobergrenzen 2024 bis 2028.....	2
Tabelle 2: Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in Mio. Euro 2024.....	3
Tabelle 3: Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der Länder in Mio. Euro und Abweichungen von der Ausgabenobergrenze in Prozent.....	6
Tabelle 4: Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der gesetzlichen KV in Mio. Euro und Abweichungen von der Ausgabenobergrenze, zusammengeführt in Prozent	7
Tabelle 5: Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Mio. Euro nach Träger	8
Tabelle 6: Bundesländerweise Zusammenführung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben, Länder und gesetzliche KV, in Mio. Euro	10
Tabelle 7: Investitionen in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten sowie in den Gesundheitseinrichtungen der Sozialversicherung 2024 nach Bundesländern in Euro.....	11
Tabelle 8: Aufwand der gesetzlichen Krankenversicherungsträger für Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche 2024 in Euro	12
Tabelle 9: Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenfürsorgeanstalten sowie des Bundes 2012–2024 in Mio. Euro.....	12
Tabelle 10: Private Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege inkl. Selbstbehalten 2017 bis 2024 in Mio. Euro	13
Tabelle 11: Finanzierungsanteile der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherung an den FKA 2017 bis 2024 in Prozent.....	13
Tabelle 12: Kommentare zum Finanzzielmonitoring: Allgemeine Anmerkungen in den Meldeformularen.....	56
Tabelle 13: Messgröße 1: Inanspruchnahme der öffentlichen ärztlichen Gesundheitsversorgung	57
Tabelle 14: Messgröße 2: Umgesetzte Primärversorgungseinheiten (PVE), Gruppenpraxen und selbstständige Ambulatorien.....	59
Tabelle 15: Messgröße 3: Ambulante Frequenzen: Frequenzen spitalsambulanter und extramuraler Patient:innen in FKA und im kassenärztlichen Bereich.....	60
Tabelle 16: Messgröße 4a: Krankenhaushäufigkeit in FKA pro 1.000 EW der Wohnbevölkerung	61
Tabelle 17: Messgröße 4b: Krankenhaushäufigkeit in FKA, PRIKRAF-KA und UKH (exkl. Verlegungen aus KA) pro 1.000 EW der Wohnbevölkerung.....	62
Tabelle 18: Messgröße 5a: Belagstagedichte in FKA pro 1.000 EW der Wohnbevölkerung	62

Tabelle 19: Messgröße 5b: Belagstagedichte in FKA, PRIKRAF-KA und UKH pro 1.000 EW der Wohnbevölkerung	63
Tabelle 20: Messgröße 6: Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden, in Prozent der durchgeführten Leistungen 2025, Vorjahreswerte (2024) in Klammern	64
Tabelle 21: Messgröße 7: Ärztliche Versorgungsdichte.....	65
Tabelle 22: Messgröße 8a: Ärztliche Versorgungswirksamkeit des Wahlärzt:innenbereichs (bezogen auf den gesamten ambulanten Bereich) in Prozent der ÄAVE pro Fachrichtung 2024, Vorjahreswerte (2023) in Klammern	66
Tabelle 23: Messgröße 8b: Ärztliche Versorgungswirksamkeit des Wahlärzt:innenbereichs (bezogen auf den niedergelassenen Bereich) in Prozent der ÄAVE pro Fachrichtung 2024, Vorjahreswerte (2023) in Klammern	67
Tabelle 24: Messgröße 9: Pflegekräfte pro 100.000 EW	68
Tabelle 25: Messgröße 10a: Absolvent:innen an Medizinuniversitäten.....	69
Tabelle 26: Messgröße 10b: Absolvent:innen ausgewählter Gesundheitsberufe	70
Tabelle 27: Messgröße 11: Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen AM/FÄ (Stichtag jeweils 1. 10.).....	70
Tabelle 28: Messgröße 12: Ambulante KJP-Angebote	72
Tabelle 29: Messgröße 13: In „Therapie aktiv“ versorgte Patient:innen sowie daran teilnehmende Ärzt:innen (AM und IM) (1/2) – Anteil der im Rahmen von „Therapie aktiv“ versorgten Patient:innen in Prozent an allen Patient:innen, die in die Zielgruppe des Programms fallen.....	73
Tabelle 30: Messgröße 13: In „Therapie aktiv“ versorgte Patient:innen sowie daran teilnehmende Ärzt:innen (AM und IM) (2/2) – Anteil der teilnehmenden Ärzt:innen in Prozent an allen niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen sowie Fachärzt:innen für Innere Medizin.....	73
Tabelle 31: Messgröße 14a: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich – Anteil der österreichischen Bevölkerung, der angibt, mit ausgewählten Einrichtungen der medizinischen Versorgung sehr zufrieden oder eher zufrieden zu sein, in Prozent.....	74
Tabelle 32: Messgröße 14b: Erfahrung mit der medizinischen Versorgung in Österreich in Prozent	75
Tabelle 33: Messgröße 15: Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer in FKA – Anteil der Aufenthalte, die eine Leistung aus der LM-stat (in der jeweils gültigen Fassung) am Aufnahmetag (1. PT) oder am 2. PT erhalten.	75
Tabelle 34: Messgröße 16: Vorzeitige Todesfälle durch behandelbare Krankheiten pro 100.000 EW – Sterblichkeit unter 75-Jähriger, die in einem funktionierenden Gesundheitssystem durch eine effektive und zeitnahe Versorgung inklusive Sekundärprävention und Behandlung potenziell vermeidbar gewesen wäre („treatable mortality“).....	76

Tabelle 35: Messgröße 17: Anrufe bei 1450 bei pro 100.000 EW und Jahr	76
Tabelle 36: Messgröße 18: Nutzung von ELGA durch Bürger:innen und GDA (1/2) – Nutzung „ELGA Bürgerportal“	79
Tabelle 37: Messgröße 18: Nutzung von ELGA durch Bürger:innen und GDA (2/2) – eBefund-Transaktionen, eMedikation-Transaktionen und elmpfpass-Transaktionen durch GDA.....	79
Tabelle 38: Messgröße 19: Anzahl der bundesweit einheitlich eingesetzten und sektorenübergreifend finanzierten Arzneyspezialitäten	80
Tabelle 39: Messgröße 20: Verhältnis der Ausgaben für Arzneimittel intramural zu den Ausgaben für Arzneimittel extramural (in Prozent)	81
Tabelle 40: Messgröße 21a: Polypharmazie-Prävalenz – Über 70-jährige Anspruchsberechtigte mit mehr als 5 verschriebenen verschiedenen Wirkstoffen pro 1.000 Anspruchsberechtigte	81
Tabelle 41: Messgröße 21b: Potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren – Anteil der über 65-jährigen Bevölkerung (in %), die in einem Kalenderjahr mindestens mit einem PIM-Medikament (Packung) versorgt wurde.....	81
Tabelle 42: Messgröße 22: Gesunde Lebensjahre bei Geburt.....	82
Tabelle 43: Messgröße 23: Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz in Prozent.....	82
Tabelle 44: Messgröße 24: Täglich Rauchende – Anteil der Bevölkerung mit 15 Jahren oder älter in Prozent, der täglich raucht	82
Tabelle 45: Messgröße 25a: Pro-Kopf-Konsum Alkohol – Gramm Alkohol pro Tag und Kopf der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; in absoluten Zahlen).....	83
Tabelle 46: Messgröße 25b: Problematischer Alkoholkonsum – Anteil der Personen in der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; Prozent), die mehr als 40 Gramm Alkohol (Frauen) bzw. mehr als 60 Gramm Alkohol (Männer) täglich konsumieren.....	83
Tabelle 47: Messgröße 26: Kariesfreie Kinder (1/2) – Anteil der 6- bis 7-jährigen Kinder (in Prozent) mit einem kariesfreien Gebiss (d ₃ mft-Score = 0)	83
Tabelle 48: Messgröße 26: Kariesfreie Kinder (2/2) – Anteil der 6- bis 7-jährigen Kinder (in Prozent) mit hohem Sanierungsgrad des Gebisses.....	84
Tabelle 49: Messgröße 27: Vorzeitige Todesfälle durch präventable Todesursachen pro 100.000 EW („preventable mortality“)	84
Tabelle 50: Messgröße 28: Durchimpfungsraten bei Kindern für Erkrankungen mit internationalen Eliminations- und Eradikationsprogrammen/-zielen in Prozent.	85
Tabelle 51: Messgröße 29: Anzahl der in einem öffentlichen Impfprogramm bereitgestellten Impfungen.....	85

Abkürzungen

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

GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
G-ZG	Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz
HLS	Health Literacy Survey
HMDB	Heilmitteldatenbank
HPV	humane Papillomaviren
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
IM	Innere Medizin
IP	Internetprotokoll
K	Kärnten
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KRBV	Krankenanstalten-Rechnungsabschluss-Berichtsverordnung
KV	Krankenversicherung
LGF	Landesgesundheitsfonds
lit	litera
LKF	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MG	Messgröße
Mio.	Millionen
MTD-Berufe	medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe
M-POHL	Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy
NIG	Nationales Impfgremium
NÖ	Niederösterreich
NTA	Nulltagesaufenthalt
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OÖ	Oberösterreich
OP	Operation
op. Ziel	operatives Ziel
Ö	Österreich
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
öGTI	öffentliche Gesundheitstelematikinfrastruktur
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PFA	Pflegefachassistent:in
PIM	potenziell inadäquate Medikation
präop.	präoperativ
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds
PT	Pflegetag
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
PVE	Primärversorgungseinheit
RA	Rechnungsabschluss
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
RSV	respiratorisches Synzytial-Virus
S	Salzburg
SHA	System of Health Accounts
ST	Steiermark
SV	Sozialversicherung

SVS	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
T	Tirol
TEWEB	telefon- und webbasiertes Erstkontakt- und Beratungsservice
TK	Tagesklinik
u. a.	unter anderem
UKH	Unfallkrankenhaus
V	Vorarlberg
VA	Voranschlag
VRV	Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung
VWD	Verweildauer
VZÄ	Vollzeitäquivalent
W	Wien
WHO	World Health Organization
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
Z	Ziffer
ZÄ	Zahnärzt:innen
ZS-G	Zielsteuerung-Gesundheit
ZV	Zielsteuerungsvertrag
z. B.	zum Beispiel

Einleitung und Hintergrund

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

Im Zielsteuerungsvertrag haben die Zielsteuerungspartner Bund, Länder und Sozialversicherung eine gemeinsame Reformagenda beschlossen. Ein wesentlicher Aspekt der Zielsteuerung-Gesundheit (ZS-G) ist ein Monitoring und damit das zeitnahe und transparente Erfassen der öffentlichen zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben sowie ausgewählter relevanter Messgrößen, die den Status quo der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Gesundheitsversorgung abbilden. Der Monitoringbericht 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 Zielsteuerung-Gesundheit, das sich wie folgt gliedert:

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

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

Teil A: Monitoring der Finanzzielsteuerung

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

Ausgabenobergrenzen 2024 bis 2028

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

Tabelle 1: Wachstumsraten der Ausgabenobergrenzen 2024 bis 2028

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

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

Gesundheitsausgaben Zeitreihenrevision ab 1995

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

1 Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege gemäß System of Health Accounts

Die zuletzt verfügbaren Werte zu den öffentlichen Gesundheitsausgaben gemäß dem System of Health Accounts (SHA) beziehen sich auf das Jahr 2024 und werden den Ausgabenobergrenzen der aktuellen Zielsteuerungsperiode 2024–2028 gegenübergestellt.

Insgesamt belaufen sich die für die Ableitung der Ausgabenobergrenzen (AOG) maßgeblichen öffentlichen Gesundheitsausgaben gemäß dem System of Health Accounts (SHA) für das Jahr 2024 auf 39.505 Mio. Euro. Damit wird die für diesen Zeitraum vereinbarte Ausgabenobergrenze um rund 633 Mio. Euro (bzw. 1,58 Prozent) unterschritten (vgl. Tabelle 2).

Der aus der Pandemiebekämpfung resultierende starke Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben in den Jahren 2020 und 2021 (vgl. Abbildung 1) führte von einem durchschnittlichen Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am BIP von 7,0 Prozent (2010–2019) zu einem erhöhten Anteil von 7,8 Prozent bzw. 8,6 Prozent in den ersten beiden Pandemie Jahren, worauf ein Rückgang auf 7,9 Prozent im Jahr 2022 folgte. Im Jahr 2023 stabilisierte sich der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am BIP mit 7,7 Prozent auf dem erhöhten Niveau, wenngleich ein Rückgang der pandemiebedingten Aufwendungen zu verzeichnen war. Im Jahr 2024 ist ein Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am BIP in Höhe von 8,0 Prozent zu verzeichnen.

Tabelle 2: Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in Mio. Euro 2024

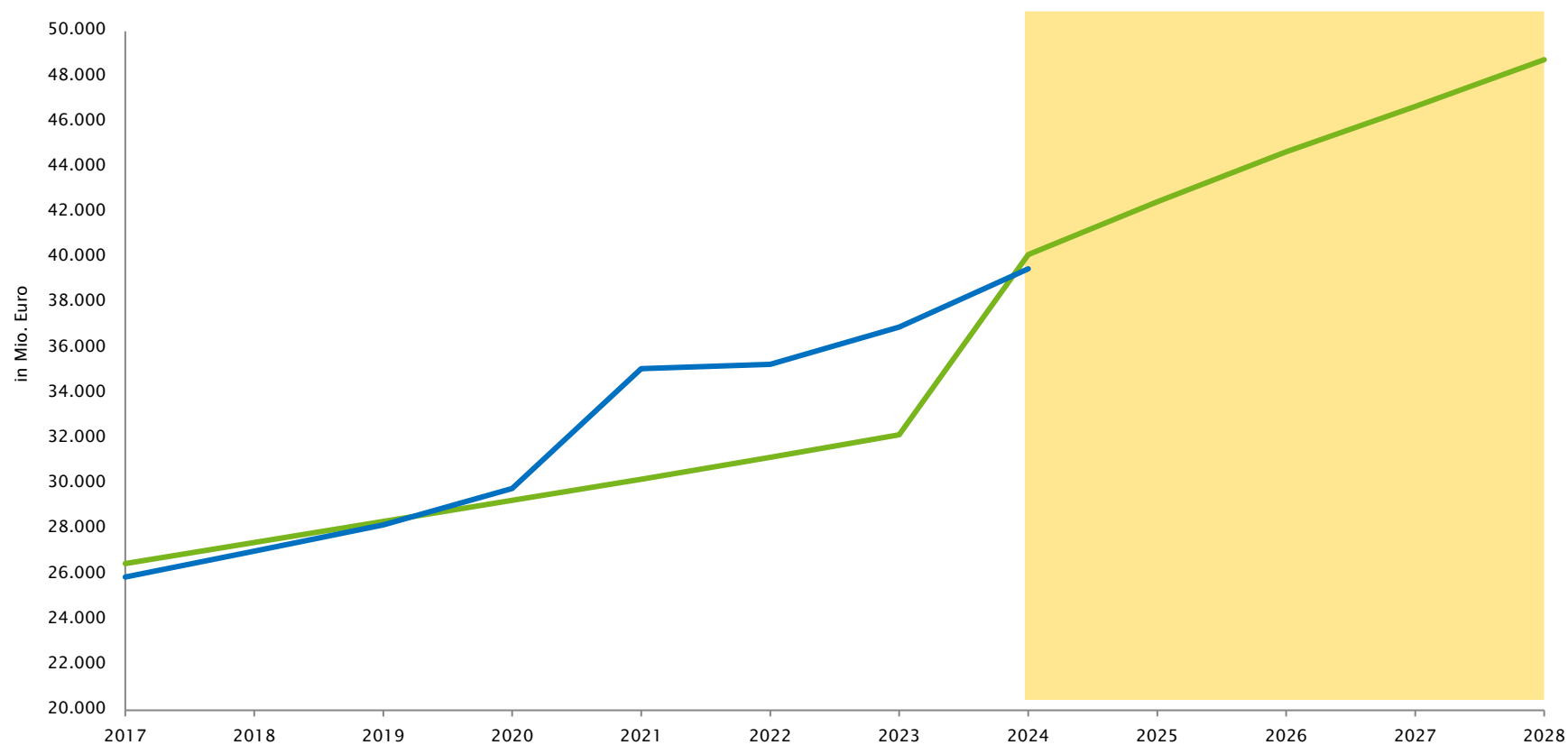
Gesamt		2024
SOLL	Ausgabenobergrenze	40.138
IST	Ausgaben gem. SHA	39.505
ANALYSE	Abweichung zur AOG absolut	–633
	Abweichung zur AOG in Prozent	–1,58 %

gerundet gem. G-ZG § 17 Abs. 1 Z 1

Quelle: Anhang ZV gem. G-ZG § 17 Abs. 1 Z 1, Statistik Austria 2026

Abbildung 1 stellt die AOG bis 2028 und die Entwicklung der öffentlichen GHA bis 2024 im Zeitverlauf dar. Insgesamt wuchsen die öffentlichen Gesundheitsausgaben im Betrachtungszeitraum 2017 bis 2024 durchschnittlich um 6,2 Prozent pro Jahr. Der deutliche Anstieg im Zeitraum 2020 bis 2021 in Höhe von 17,8 Prozent ist dabei maßgeblich auf pandemiebedingte Mehrausgaben zurückzuführen. In den Folgejahren zeigte sich eine deutlich abgeschwächte Dynamik: Nach einem Zuwachs von 0,5 Prozent von 2021 auf 2022 erhöhten sich die öffentlichen Gesundheitsausgaben von 2022 auf 2023 um 4,7 Prozent sowie von 2023 auf 2024 um 7,0 Prozent. Insgesamt ergibt sich für das Jahr 2024 eine Unterschreitung der vereinbarten Ausgabenobergrenze in Höhe von 1,58 Prozent bzw. 633 Mio. Euro.

Abbildung 1: Öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege 2017–2024 und Ausgabenobergrenzen 2017–2028 in Mio. Euro



	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
AOG	26.483	27.410	28.342	29.277	30.214	31.181	32.179	40.138	42.466	44.674	46.684	48.747
tatsächliche Ausgaben gemäß SHA	25.888	27.028	28.191	29.801	35.098	35.285	36.933	39.505				

Zielsteuerungsperiode 2024–2028 (Monitoring)



Ausgabenobergrenze (AOG)



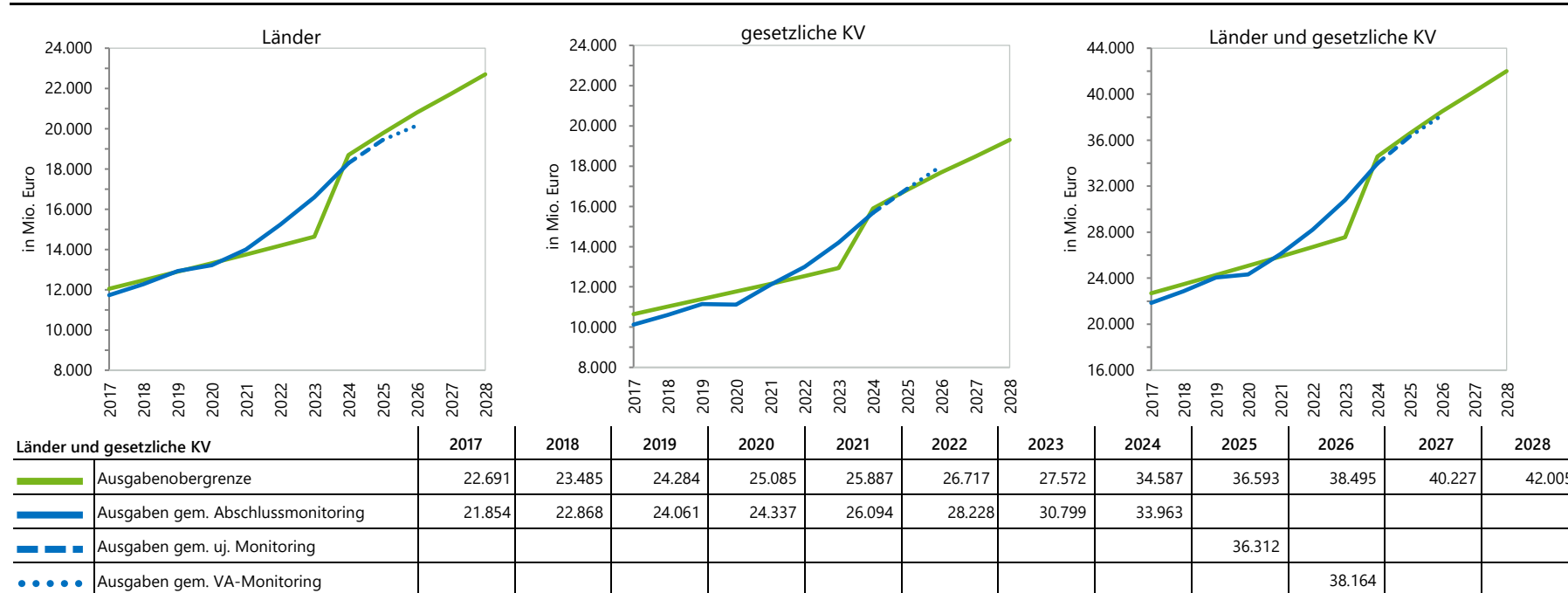
tatsächliche Ausgaben gem. SHA

Quelle: Statistik Austria 2026 und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 1

2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben

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

Abbildung 2: Entwicklung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben der Länder und der gesetzlichen KV 2017–2026 und Ausgabenobergrenzen 2017–2028 in Mio. Euro



uj. Monitoring = unterjähriges Monitoring, VA-Monitoring = Voranschlagsmonitoring

Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich

Anmerkung: Berechnung ZSG-relevanter GHA gesetzlicher KV: Die ZSG-relevanten COVID-19-Refundierungen seitens des Bundes an die gesetzlichen KV-Träger wurden beim Abschlussmonitoring 2024, beim 2. unterjährigen Finanzmonitoring 2025 sowie beim Voranschlagsmonitoring 2026 (vorläufige Schätzung auf Basis der COVID-19-Aufwendungen) für die Berechnung der ZSG-relevanten GHA in Abzug gebracht.

Quelle: Monitoring gem. ZV 2017–2023 Art. 8 bzw. ZV 2024–2028 Art. 7 (Meldezeitpunkt März 2026) und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 2

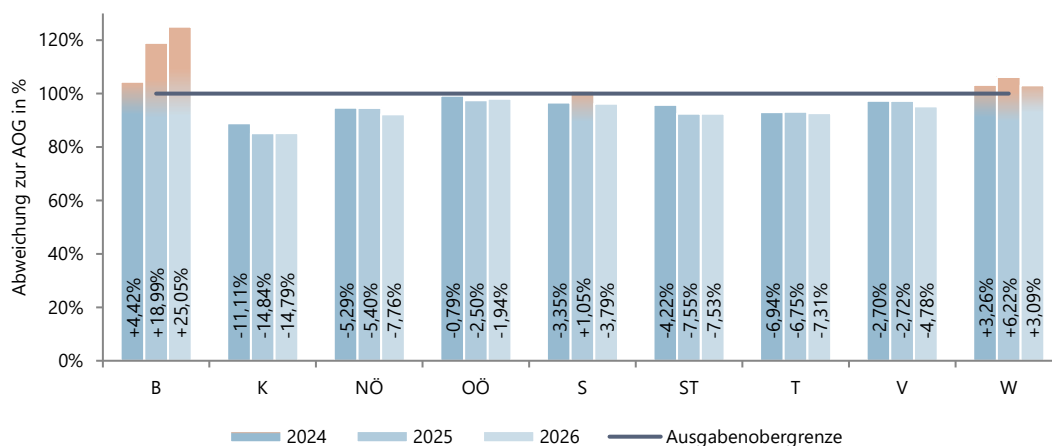
2.1 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Länder

Für den Sektor der **Länder** werden zum aktuellen Monitoringzeitpunkt für das Jahr 2026 (ausgehend von den Voranschlägen) zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben in der Höhe von 20.159 Mio. Euro prognostiziert. Dies entspricht einer **Unterschreitung der vereinbarten Ausgabenobergrenzen für das Jahr 2026 um 645 Mio. Euro bzw. 3,1 Prozent**.

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

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

Länder		Abschluss-monitoring	unterjähriges Monitoring	Voranschlags-monitoring
		2024	2025	2026
SOLL	Ausgabenobergrenze	18.692	19.776	20.804
IST	Ausgaben gem. Monitoring	18.288	19.438	20.159
ANALYSE	Abweichung zur AOG absolut	-404	-338	-645
	Abweichung zur AOG in %	-2,16 %	-1,71 %	-3,10 %



Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2026, und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 2

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

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

- **Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Steiermark, Tirol und Vorarlberg** unterschreiten zum aktuellen Monitoringzeitpunkt in allen drei Beobachtungsjahren (2024, 2025 und 2026) die AOG.
- **Salzburg** überschreitet die AOG im Jahr 2025.
- Das **Burgenland und Wien** liegen zum aktuellen Monitoringzeitpunkt in allen drei Beobachtungsjahren (2024, 2025 und 2026) über der AOG.

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

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

2.2 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Gesetzliche Krankenversicherung

Im Bereich der **gesetzlichen Krankenversicherung** weist das Finanzmonitoring **für das Jahr 2026** (auf Basis der Voranschläge) zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben in der Höhe von 18.005 Mio. Euro aus. Dies entspricht einer **Überschreitung der vereinbarten Ausgabenobergrenze in der Höhe von 314 Mio. Euro bzw. 1,77 Prozent** (vgl. Tabelle 4).

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

gesetzliche KV		Abschluss- monitoring	unterjähriges Monitoring	Voranschlags- monitoring
		2024	2025	2026
SOLL	Ausgabenobergrenze	15.895	16.817	17.691
IST	Ausgaben gem. Monitoring	15.675	16.873	18.005
ANALYSE	Abweichung zur AOG absolut	-220	+56	+314
	Abweichung zur AOG in %	-1,38 %	+0,33 %	+1,77 %

Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich

Anmerkungen: Berechnung ZSG-relevanter GHA gesetzlicher KV: Die ZSG-relevanten COVID-19-Refundierungen seitens des Bundes an die gesetzlichen KV-Träger wurden bei dem Abschlussmonitoring 2024, beim 2. unterjährigen Finanzmonitoring 2025 und beim Voranschlagsmonitoring 2026 (vorläufige Schätzung auf Basis der COVID-19-Aufwendungen) für die Berechnung der ZSG-relevanten GHA in Abzug gebracht.

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2026, und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 2

Detailauswertungen zum aktuellen Erhebungszeitpunkt (März 2026) zeigen bei der Darstellung nach Krankenversicherungsträgern (vgl. Tabelle 5), dass im Jahr 2026 **für die ÖGK und die BVAEB Überschreitungen der AOG zu verzeichnen sind, während für die SVS eine Unterschreitung vorliegt**. Im Jahr 2024 unterschreiten die gesetzlichen Krankenversicherungsträger die Ausgabenobergrenzen. Im Rahmen des zweiten unterjährigen Finanzmonitorings 2025 sowie des Voranschlagsmonitorings 2026 zeigt sich hingegen ein differenziertes Bild: Für die ÖGK und die BVAEB werden Überschreitungen festgestellt, während für die SVS weiterhin eine Unterschreitung vorliegt.

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

Krankenversicherungsträger			Abschluss- monitoring	unterjähriges Monitoring	Voranschlags- monitoring
			2024	2025	2026
ÖGK	SOLL	AOG	11.973,00	12.667,00	13.325,00
	IST	Ausg. gem. Monitoring	11.837,05	12.693,06	13.568,37
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-135,95	+26,06	+243,37
		Abw. von AOG in %	-1,14 %	+0,21 %	+1,83 %
BVAEB	SOLL	AOG	2.249,00	2.379,00	2.503,00
	IST	Ausg. gem. Monitoring	2.224,90	2.427,59	2.584,08
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-24,10	+48,59	+81,08
		Abw. von AOG in %	-1,07 %	+2,04 %	+3,24 %
SVS	SOLL	AOG	1.673,00	1.771,00	1.863,00
	IST	Ausg. gem. Monitoring	1.613,32	1.752,49	1.852,47
	ANALYSE	Abw. von AOG absolut	-59,68	-18,52	-10,53
		Abw. von AOG in %	-3,57 %	-1,05 %	-0,57 %

AOG = Ausgabenobergrenze, Ausg. = Ausgaben, Abw. = Abweichung, gem. = gemäß
Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich

Anmerkung: Berechnung ZSG-relevanter GHA gesetzlicher KV: Die ZSG-relevanten COVID-19-Refundierungen seitens des Bundes an die gesetzlichen KV-Träger wurden bei dem Abschlussmonitoring 2024, beim 2. unterjährigen Finanzmonitoring 2025 und beim Voranschlagsmonitoring 2026 (vorläufige Schätzung auf Basis der COVID-19-Aufwendungen) für die Berechnung der ZSG-relevanten GHA in Abzug gebracht.

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2026, und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 3 lit c

2.3 Zielsteuerungsrelevante öffentliche Gesundheitsausgaben: Zusammenführung auf Bundesländerebene

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

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

Folgende Ausgabendarstellungen finden sich im nächsten Abschnitt:

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

Die Spalte „Land und gesetzliche KV“ zeigt die summierten Ausgaben jedes Landes und der gesetzlichen KV nach Bundesländern.

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

			Land und gesetzliche KV			Land			gesetzliche KV gesamt		
			A	UJ	VA	A	UJ	VA	A	UJ	VA
			2024	2025	2026	2024	2025	2026	2024	2025	2026
B	SOLL	AOG	971,85	1.028,33	1.081,39	473,85	501,33	527,39	498,00	527,00	554,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	985,92	1.125,31	1.223,35	494,80	596,55	659,53	491,11	528,76	563,83
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+14,07	+96,98	+141,96	+20,95	+95,22	+132,14	-6,89	+1,76	+9,83
		Abw. zur AOG in %	+1,45%	+9,43%	+13,13%	+4,42%	+18,99%	+25,05%	-1,38%	+0,33%	+1,77%
K	SOLL	AOG	2.212,11	2.340,62	2.462,43	1.233,11	1.304,62	1.372,43	979,00	1.036,00	1.090,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	2.061,60	2.150,48	2.278,74	1.096,13	1.111,02	1.169,40	965,47	1.039,46	1.109,34
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-150,51	-190,14	-183,69	-136,98	-193,60	-203,03	-13,53	+3,46	+19,34
		Abw. zur AOG in %	-6,80%	-8,12%	-7,46%	-11,11%	-14,84%	-14,79%	-1,38%	+0,33%	+1,77%
NO	SOLL	AOG	5.880,46	6.221,17	6.544,91	2.995,46	3.169,17	3.333,91	2.885,00	3.052,00	3.211,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	5.682,16	6.060,25	6.343,21	2.837,04	2.998,06	3.075,24	2.845,12	3.062,19	3.267,97
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-198,30	-160,92	-201,70	-158,42	-171,11	-258,67	-39,88	+10,19	+56,97
		Abw. zur AOG in %	-3,37%	-2,59%	-3,08%	-5,29%	-5,40%	-7,76%	-1,38%	+0,33%	+1,77%
OÖ	SOLL	AOG	5.792,34	6.128,47	6.447,25	3.123,34	3.304,47	3.476,25	2.669,00	2.824,00	2.971,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	5.730,71	6.055,27	6.432,67	3.098,61	3.221,84	3.408,95	2.632,10	2.833,42	3.023,72
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-61,63	-73,20	-14,58	-24,73	-82,63	-67,30	-36,90	+9,42	+52,72
		Abw. zur AOG in %	-1,06%	-1,19%	-0,23%	-0,79%	-2,50%	-1,94%	-1,38%	+0,33%	+1,77%
S	SOLL	AOG	2.224,09	2.353,09	2.475,48	1.207,09	1.277,09	1.343,48	1.017,00	1.076,00	1.132,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	2.169,65	2.370,13	2.444,70	1.166,70	1.290,53	1.292,61	1.002,95	1.079,59	1.152,09
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-54,44	+17,04	-30,78	-40,39	+13,44	-50,87	-14,05	+3,59	+20,09
		Abw. zur AOG in %	-2,45%	+0,72%	-1,24%	-3,35%	+1,05%	-3,79%	-1,38%	+0,33%	+1,77%
ST	SOLL	AOG	4.736,51	5.011,80	5.271,53	2.522,51	2.668,80	2.807,53	2.214,00	2.343,00	2.464,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	4.599,44	4.818,03	5.103,79	2.416,04	2.467,21	2.596,07	2.183,40	2.350,82	2.507,72
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-137,07	-193,77	-167,74	-106,47	-201,59	-211,46	-30,60	+7,82	+43,72
		Abw. zur AOG in %	-2,89%	-3,87%	-3,18%	-4,22%	-7,55%	-7,53%	-1,38%	+0,33%	+1,77%
T	SOLL	AOG	2.756,43	2.916,86	3.068,04	1.421,43	1.503,86	1.582,04	1.335,00	1.413,00	1.486,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	2.639,35	2.820,08	2.978,83	1.322,80	1.402,36	1.466,46	1.316,55	1.417,72	1.512,37
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-117,08	-96,78	-89,21	-98,63	-101,50	-115,58	-18,45	+4,72	+26,37
		Abw. zur AOG in %	-4,25%	-3,32%	-2,91%	-6,94%	-6,75%	-7,31%	-1,38%	+0,33%	+1,77%
V	SOLL	AOG	1.472,42	1.556,58	1.638,45	761,42	805,58	847,45	711,00	751,00	791,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	1.442,04	1.537,19	1.612,01	740,87	783,68	806,98	701,17	753,50	805,04
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-30,38	-19,39	-26,44	-20,55	-21,90	-40,47	-9,83	+2,50	+14,04
		Abw. zur AOG in %	-2,06%	-1,25%	-1,61%	-2,70%	-2,72%	-4,78%	-1,38%	+0,33%	+1,77%
W	SOLL	AOG	8.540,79	9.036,08	9.505,52	4.953,79	5.241,08	5.513,52	3.587,00	3.795,00	3.992,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	8.652,59	9.374,85	9.746,98	5.115,17	5.567,19	5.684,15	3.537,42	3.807,67	4.062,84
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	+111,80	+338,77	+241,46	+161,38	+326,11	+170,63	-49,58	+12,67	+70,84
		Abw. zur AOG in %	+1,31%	+3,75%	+2,54%	+3,26%	+6,22%	+3,09%	-1,38%	+0,33%	+1,77%
Ö	SOLL	AOG	34.587,00	36.593,00	38.495,00	18.692,00	19.776,00	20.804,00	15.895,00	16.817,00	17.691,00
	IST	Ausg. gem. Monit.	33.963,45	36.311,58	38.164,28	18.288,17	19.438,44	20.159,37	15.675,28	16.873,14	18.004,92
	ANALYSE	Abw. zur AOG abs.	-623,55	-281,42	-330,72	-403,83	-337,56	-644,63	-219,72	+56,14	+313,92
		Abw. zur AOG in %	-1,80%	-0,77%	-0,86%	-2,16%	-1,71%	-3,10%	-1,38%	+0,33%	+1,77%

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

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

Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich

Anmerkungen: Berechnung ZSG-relevanter GHA gesetzlicher KV: Die ZSG-relevanten COVID-19-Refundierungen seitens des Bundes an die gesetzlichen KV-Träger wurden bei dem Abschlussmonitoring 2024, beim 2. unterjährigen Finanzmonitoring 2025 und beim Voranschlagsmonitoring 2026 (vorläufige Schätzung auf Basis der COVID-19-Aufwendungen) für die Berechnung der ZSG-relevanten GHA in Abzug gebracht.

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

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2026, und G-ZG § 17 Abs. 1 Z 3 lit c

3 Gesondert darzustellende Größen

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

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

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

Für **Investitionen** im Bereich der Länder wurden die Rechnungsabschlüsse der Krankenanstaltenträger als Grundlage herangezogen. Zur Darstellung der Investitionen im Bereich Sozialversicherung wurden die Abrechnungen der SV-eigenen Einrichtungen verwendet. Tabelle 7 zeigt die im Jahr 2024 aufgewandten Investitionen in Sachanlagen für österreichische FKA sowie für Gesundheitseinrichtungen der Sozialversicherung.

Tabelle 7: Investitionen in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten sowie in den Gesundheitseinrichtungen der Sozialversicherung 2024 nach Bundesländern in Euro

Land	Investitionen in FKA	Investitionen in Gesundheitseinrichtungen der Sozialversicherung
	2024	2024
Burgenland	54.169.876	
Kärnten	68.530.455	
Niederösterreich	65.880.184	
Oberösterreich	168.195.163	
Salzburg	101.725.220	
Steiermark	206.103.641	
Tirol	113.092.999	
Vorarlberg	53.395.463	
Wien*	646.678.414	
GESAMT	1.477.771.415	46.352.073

Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich

*inkl. Aufwendungen für das Therapiezentrum Ybbs in der Höhe von rd. 2,45 Mio. Euro (2024)

Quelle: KRBV / Quellen- und Verwendungsanalyse 2026, Abrechnung der SV-eigenen Einrichtungen (exklusive Hanusch-Krankenhaus) 2026

Für Ausgaben zur Erbringung von Leistungen im Bereich **Kieferregulierung** für Kinder und Jugendliche wurde die Erfolgsrechnung der SV-Träger als Grundlage herangezogen. Tabelle 8 zeigt die im Jahr 2024 aufgewandten Ausgaben für Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche.

Tabelle 8: Aufwand der gesetzlichen Krankenversicherungsträger für Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche 2024 in Euro

gesetzliche KV	Aufwand der gesetzlichen Krankenversicherungsträger für Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche
	2024
ÖGK	121.758.942
BVAEB	18.389.328
SVS	12.064.950
GESAMT	152.213.220

Quelle: Erfolgsrechnung der Sozialversicherungsträger 2024

Die Höhe der **Gesundheitsausgaben von Pensionsversicherung, Unfallversicherung, Krankenfürsorgeanstalten und des Bundes** wurde analog der SHA-Methodik (Statistik Austria) berechnet. Tabelle 9 zeigt diese Ausgaben für die Jahre 2012 bis 2024.

Tabelle 9: Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenfürsorgeanstalten sowie des Bundes 2012–2024 in Mio. Euro

Gesundheitsausgaben*	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Pensionsversicherung	803	1.008	1.059	1.104	973	1.121	1.208	1.332	1.481
Unfallversicherung	354	419	417	429	453	450	495	565	601
Krankenfürsorgeanstalten	464	531	545	567	571	631	669	736	803
Bund**	1.922	2.041	2.099	2.188	3.280	6.939	5.242	3.993	3.599

* Die aktuell (Stand: Februar 2026) verfügbaren Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenfürsorgeanstalten sowie des Bundes nach SHA beruhen zum Teil auf vorläufigen Daten und werden ggf. noch einer Revision unterzogen.** für 2012 nach Bereinigung des GSBG-Effekts (siehe auch Monitoringbericht II/2014)

Quelle: Statistik Austria 2026

Die **privaten Gesundheitsausgaben beliefen sich 2024** auf 12.549 Mio. Euro. Sie zeigten zuletzt deutlich stärkeres Wachstum als die öffentlichen Gesundheitsausgaben, von 2022 auf 2023 betrug die Wachstumsrate 11,3 Prozent, von 2023 auf 2024 9,4 Prozent.

Die privaten Gesundheitsausgaben resultieren gemäß der SHA-Methodik aus der Summe der freiwilligen privaten Kranken(zusatz)versicherungen, aus Unternehmen im Rahmen betriebsärztlicher Leistungen und aus privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (POoE) (SHA HF.2 Freiwillige Systeme der Gesundheitsfinanzierung) sowie aus den Selbstzahlungen der privaten Haushalte („out of pocket payments“) inkl. Selbstbehalten (SHA HF.3). Letztere nehmen mehr als 70 Prozent der privaten Gesundheitsausgaben ein.

Beide Kategorien (HF.2 und HF.3) können entlang mehrerer Dimensionen betrachtet werden. Enthalten sind jeweils private Ausgaben für stationäre Leistungen (inkl. Tagesklinik), extramurale ärztliche (z. B. Wahlärzt:innen) und nichtärztliche Leistungen (z. B. Therapeut:innen). Weiters enthalten sind Hilfsleistungen der Gesundheitsversorgung wie etwa Zahlungen für medizinische

und diagnostische Labore sowie Krankentransportdienste. Ein weiterer bedeutender Anteil der privaten Ausgaben entfällt auf medizinische Güter. Zu dieser Kategorie zählen neben Arzneimitteln und sonstigen Verbrauchsgütern auch therapeutische Hilfsmittel wie Brillen, Hörhilfen, Rollstühle, Blutzuckermessgeräte u. v. m. Schließlich sind auch private Ausgaben für präventive Leistungen sowie Verwaltungsaufwand umfasst².

Tabelle 10: Private Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege inkl. Selbstbehalten 2017 bis 2024 in Mio. Euro

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	WTR 17–24
private Gesundheitsausgaben inkl. Selbstbehalten	9.234	9.494	9.722	9.219	10.024	10.311	11.471	12.549	35,9 %
Anteil privater GHA an den gesamten Gesundheitsausgaben	26,3 %	26,0 %	25,6 %	23,6 %	22,2 %	22,6 %	23,7 %	24,1 %	

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

WTR = Wachstumsrate

Quelle: Statistik Austria 2026

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

Tabelle 11: Finanzierungsanteile der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherung an den FKA 2017 bis 2024 in Prozent

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bund	11,3 %	11,2 %	11,1 %	14,8 %	14,8 %	12,4 %	12,2 %	13,7 %
Länder	32,6 %	33,0 %	33,6 %	32,1 %	32,7 %	34,3 %	35,2 %	33,6 %
Gemeinden	10,6 %	10,6 %	10,4 %	10,0 %	10,1 %	10,0 %	10,4 %	10,1 %
SV-Träger	45,5 %	45,2 %	44,8 %	43,1 %	42,5 %	43,3 %	42,2 %	42,7 %

Abweichungen aufgrund von Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Statistik Austria 2026

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

Teil B: Monitoring der Steuerungsbereiche

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

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

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

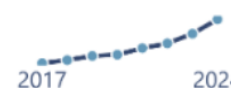
Der vorliegende Monitoringbericht gliedert sich nach den Themenbereichen gemäß Zielsteuerungsvertrag und verfolgt das Ziel, die Entwicklungen der definierten und steuerungsrelevanten Messgrößen knapp darzustellen, zu analysieren und den vereinbarten Zielwerten bzw. Zielrichtungen gegenüberzustellen.

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

Nachstehend erfolgt eine zusammenfassende Darstellung aller Messgrößen, die einen raschen Überblick über den aktuellen Stand der Messgrößenausprägungen ermöglicht (Abbildung 3 bis Abbildung 7). Zusätzlich wird die Verteilung bzw. die Spannbreite der Bundeslandwerte (falls verfügbar) im Vergleich zum Österreich-Wert dargestellt (siehe die beispielhafte Minigrafik rechts).



Ergänzt wird die Darstellung um den Entwicklungstrend in einer Minigrafik (siehe die beispielhafte Minigrafik rechts) und die Nennung der jeweils minimalen und maximalen Ausprägung der Messgrößen je Bundesland (BL). Detaillierte Auswertungen der im Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Messgrößen finden sich im Tabellenband im Anhang (siehe Kapitel 9.2).



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

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

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

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

Messgröße	Österreich			Bundesländer aktuellste Daten
	Zielvorgabe	Zeitverlauf seit 2017	aktuellster Wert	
Themenbereich Versorgung und Ressourcen				
1: Inanspruchnahme öff. Gesundheitsversorgung (mind. einmaliger Kontakt pro 1.000 EW)	~		915,4	
2: Umgesetzte PVE (inkl. Kinder-PVE)	↑		107	
3: Spitalsambulante Frequenzen (in Mio.)	~		20	
3: e-card-Kontakte AM (in Mio.)	~		80,4	
3: e-card-Kontakte FÄ (in Mio.)	~		28,5	
4a: Krankenhaushäufigkeit in FKA (pro 1.000 EW)	~		173,2	
5a: Belagstagedichte in FKA (pro 1.000 EW)	~		1.104,5	
6: Tagesklinische Aufenthalte (gewichteter Durchschnitt aller Leistungsbündel)	↑		66,7%	
7: Ärztliche Versorgungsdichte (extramural pro 100.000 EW)	~		75,3	
8a: Wahlärztliche Versorgungswirksamkeit (Anteil am ambulanten Bereich)	~		5,9%	
8b: Wahlärztliche Versorgungswirksamkeit (Anteil am niedergelassenen Bereich)	~		8,9%	
9: Pflegekräfte (pro 100.000 EW)	~		1.661,1	
10a: Absolvent:innen an öffentl. Medizinuniversitäten	~		1.343	
10b: DGKP Absolvent:innen (FH + Schule)	~		2.439	
11: Besetzte Ausbildungsstellen (Allgemeinmedizin)	~		1.682	
12: Ambulante KJP-Angebote (Anzahl in VZÄ)	↑		148,4	

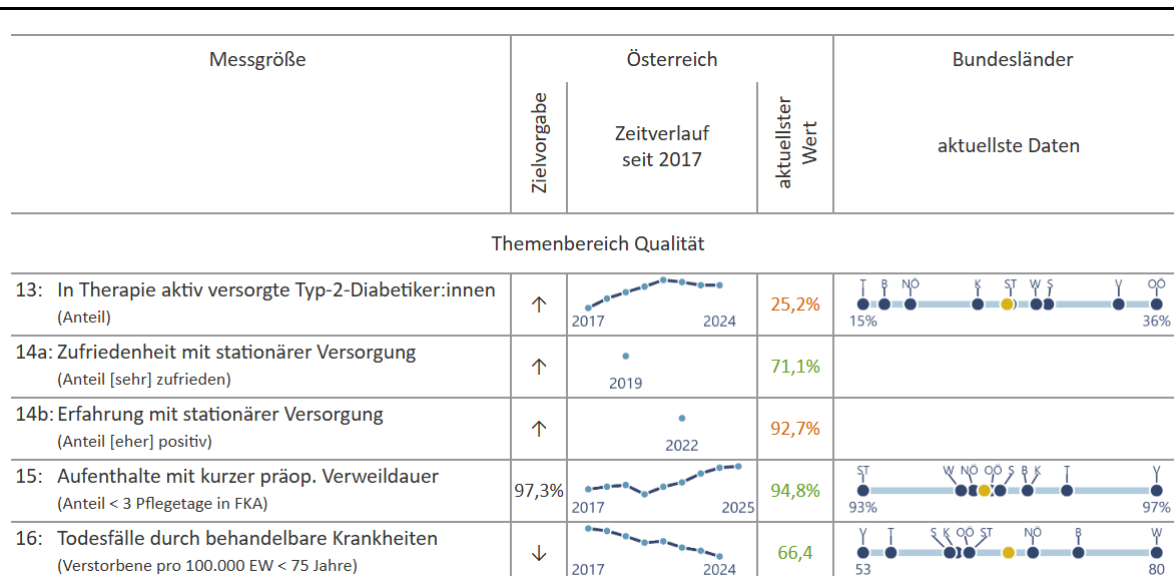
Zielvorgabe: Pfeil nach oben ↑ „Anstieg“; Pfeil nach unten ↓ „Rückgang“; Tilde ~ „Beobachtungswert“

Österreich aktuellster Wert: Grün = gegenüber Vorjahr entsprechend intendierter Zielvorgabe, Rot = gegenüber Vorjahr entgegen intendierter Zielvorgabe, Schwarz: Beobachtungswert

Bundesländer: Österreich-Wert: gelber Punkt. Minimum: links, Maximum: rechts. Bei MG 10a und MG 10b erfolgt keine Darstellung auf BL-Ebene, da nur Werte für Österreich verfügbar sind.

Quelle: siehe Einzeltabellen in Anhang 9.2; Darstellung: Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Abbildung 4: Übersicht über die Messgrößenausprägungen des Themenbereichs Qualität



Zielvorgabe: Pfeil nach oben ↑ „Anstieg“; Pfeil nach unten ↓ „Rückgang“; Tilde ~ „Beobachtungswert“

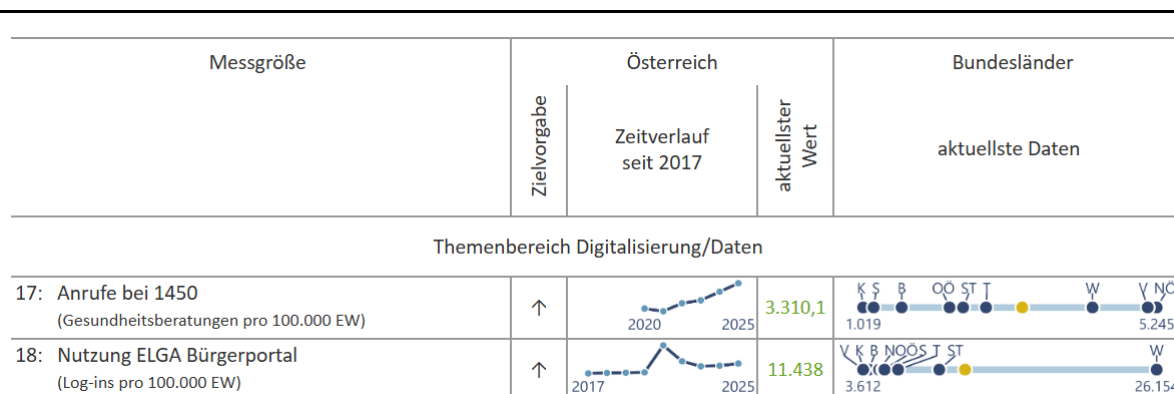
Österreich aktuellster Wert: Grün = gegenüber Vorjahr entsprechend intendierter Zielvorgabe, Rot = gegenüber Vorjahr entgegen intendierter Zielvorgabe, Schwarz: Beobachtungswert

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

Bundesländer: Österreich-Wert: gelber Punkt. Minimum: links, Maximum: rechts. Bei MG 14a und MG 14b erfolgt keine Darstellung auf BL-Ebene, da Erhebungsergebnisse nur für Österreich verfügbar sind.

Quelle: siehe Einzeltabellen in Anhang 9.2; Darstellung: GÖG

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



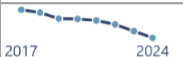
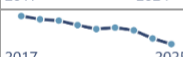
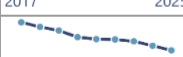
Zielvorgabe: Pfeil nach oben ↑ „Anstieg“; Pfeil nach unten ↓ „Rückgang“; Tilde ~ „Beobachtungswert“

Österreich aktuellster Wert: Grün = gegenüber Vorjahr entsprechend intendierter Zielvorgabe, Rot = gegenüber Vorjahr entgegen intendierter Zielvorgabe, Schwarz: Beobachtungswert

Bundesländer: Österreich-Wert: gelber Punkt. Minimum: links, Maximum: rechts

Quelle: siehe Einzeltabellen in Anhang 9.2; Darstellung: GÖG

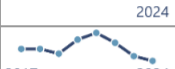
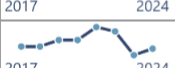
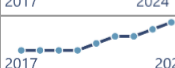
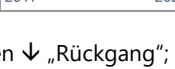
Abbildung 6: Übersicht über die Messgrößenausprägungen des Themenbereichs Medikamente

Messgröße	Österreich			Bundesländer
	Zielvorgabe	Zeitverlauf seit 2017	aktuellster Wert	aktuellste Daten
Themenbereich Medikamente				
19: Bundesweit einheitlich eingesetzte u. sektoren- übergreifend finanzierte Arzneyspezialitäten	↑		0	
20: Arzneimittelausgaben: extramural zu intramural (Anteil extramural)	~		76,6%	
21a: Polypharmazie Prävalenz (> 5 Wirkstoffe) (pro 1.000 Anspruchsberechtigte über 70 Jahre)	↓		217,1	
21b: PIM-Prävalenz bei Älteren (Anteil bei über 65-jährigen Anspruchsberechtigten)	↓		51,1%	

Zielvorgabe: Pfeil nach oben ↑ „Anstieg“; Pfeil nach unten ↓ „Rückgang“; Tilde ~ „Beobachtungswert“
Österreich aktuellster Wert: Grün = gegenüber Vorjahr entsprechend intendierter Zielvorgabe, Rot = gegenüber Vorjahr entgegen intendierter Zielvorgabe, Schwarz: Beobachtungswert
Bundesländer: Österreich-Wert: gelber Punkt. Minimum: links, Maximum: rechts. Bei MG 19 und MG 20 erfolgt keine Darstellung auf BL-Ebene, da nur Werte für Österreich verfügbar sind.

Quelle: siehe Einzeltabellen in Anhang 9.2; Darstellung: GÖG

Abbildung 7: Übersicht über die Messgrößenausprägungen des Themenbereichs Gesundheitsförderung & Primärprävention & Gesundheitskompetenz & Impfen

Messgröße	Österreich			Bundesländer
	Zielvorgabe	Zeitverlauf seit 2017	aktuellster Wert	aktuellste Daten
Themenbereich Gesundheitsförderung & Primärprävention & Gesundheitskompetenz & Impfen				
22: Gesunde Lebensjahre bei der Geburt (Frauen und Männer)	↑		63,9	
23: Exzellente u. ausreichende Gesundheitskompetenz (Anteil der Respondent:innen)	↑		52,8%	
24: Täglich Rauchende (Anteil der Bevölkerung ab 15 Jahre)	↓		20,6%	
25a: Konsum Alkohol pro Kopf (Gramm Alkohol pro Tag unter ab 15-Jährigen)	↓		24,8	
25b: Problematischer Alkoholkonsum (Anteil der ab 15-Jährigen)	↓		15%	
26: Kariesfreie Kinder (Anteil 6- bis 7-Jähriger mit kariesfreiem Gebiss)	↑		58%	
27: Todesfälle durch präventable Todesursachen (Verstorbene pro 100.000 EW < 75 Jahre)	↓		146,2	
28: MMR Durchimpfungsrate bei 4-Jährigen (Anteil mit 2 Teilimpfungen)	↑		84%	
29: Im ÖIP bereitgestellte Impfungen	↑		15	

Zielvorgabe: Pfeil nach oben ↑ „Anstieg“; Pfeil nach unten ↓ „Rückgang“; Tilde ~ „Beobachtungswert“
Österreich aktuellster Wert: Grün = gegenüber Vorjahr entsprechend intendierter Zielvorgabe, Rot = gegenüber Vorjahr entgegen intendierter Zielvorgabe, Schwarz: Beobachtungswert
Zeitverlauf seit 2017: Bei MG 22, MG 23, MG 24, MG 25b und MG 26 Daten aufgrund Erhebungszyklus seit 2017 nur für ein Jahr verfügbar, daher keine Trendlinie möglich
Bundesländer: Österreich-Wert: gelber Punkt. Minimum: links, Maximum: rechts. Bei MG 23, MG 25a, MG 25b, MG 28 und MG 29 erfolgt keine Darstellung auf BL-Ebene, da nur Werte für Österreich verfügbar sind.

Quelle: siehe Einzeltabellen in Anhang 9.2; Darstellung: GÖG

4 Themenbereich Versorgung und Ressourcen

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

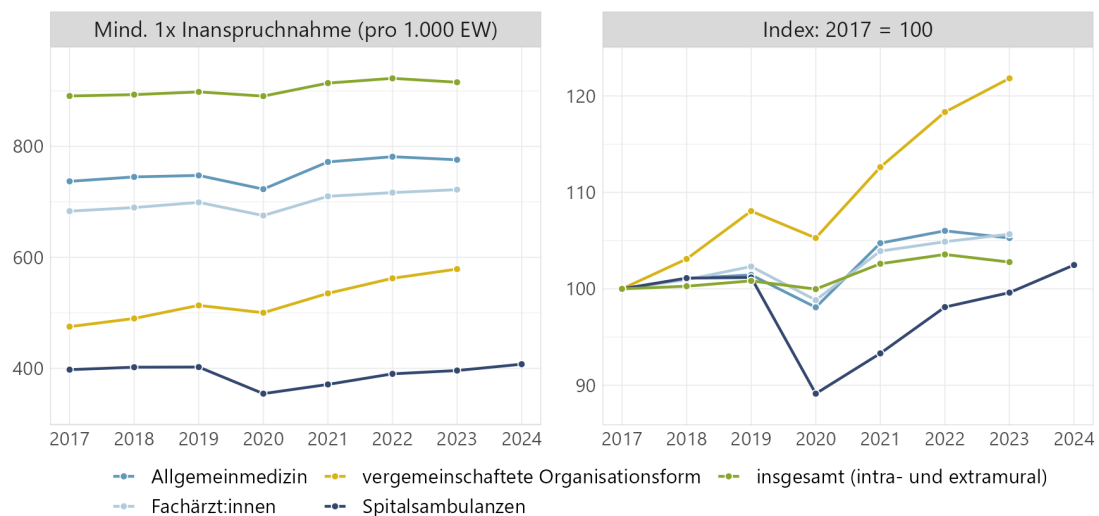
In Hinblick auf die angespannten Budgets, die demografische sowie technologische Entwicklung ist eine nachhaltige Ausrichtung und effiziente Nutzung der ambulanten Strukturen angezeigt. Das strategische Ziel 1 lautet demnach: *Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären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

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

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

Messgröße 1 verdeutlicht die angestrebte Verlagerung von stationären zu ambulanten Strukturen und zeigt eine zunehmende Inanspruchnahme des öffentlichen ambulanten Gesundheitssystems (vgl. Abbildung 8). Im Jahr 2023 hatten rund 915 von 1.000 EW mindestens eine Inanspruchnahme der öffentlichen ärztlichen Gesundheitsversorgung. Rund 776 von 1.000 EW hatten mindestens einen Kontakt zu einem oder einer niedergelassenen Kassen-Allgemeinmediziner:in, dies entspricht einer Steigerung von 5,3 Prozent gegenüber 2017. Die Bevölkerung wuchs im gleichen Zeitraum um 3,8 Prozent. Im fachärztlichen Bereich lag die Zahl mit 722 je 1.000 EW nur geringfügig darunter (+5,7 % gegenüber 2017). Die Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen, gemessen an mindestens einer Frequenz pro Jahr je 1.000 EW, erreichte im Jahr 2024 mit rund 408 den höchsten Wert seit 2017. Nach einem pandemiebedingten Rückgang ist dies ein Zuwachs von +2,5 Prozent im Vergleich zu 2017.

Abbildung 8: Mindestens einmalige Inanspruchnahme der öffentlichen Gesundheitsversorgung absolut sowie als indexierte Entwicklung 2017-2024 (Messgröße 1)



Die Inanspruchnahme der niedergelassenen öffentlichen Gesundheitsversorgung lag zum Zeitpunkt der Berichtslegung nur bis zum Jahr 2023 vor.

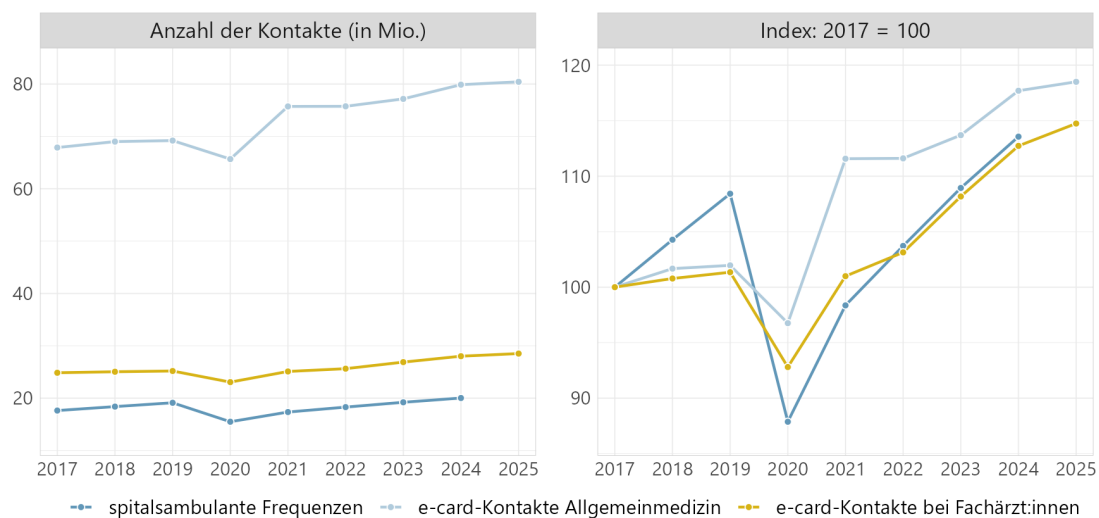
Quelle: BMASGPK (2026); Dokumentation im ambulanten Bereich (2023); Darstellung: GÖG

Der niedergelassene Bereich soll weiterhin durch den Ausbau größerer vergemeinschafteter Organisationsformen gestärkt werden. Diese bieten gegenüber Einzelpraxen zahlreiche Vorteile, z. B. flexiblere Arbeitszeitmodelle, Teamwork und Skaleneffekte.⁵ Dazu zählen neben Primärversorgungseinrichtungen (PVE), die nach wie vor einen der wichtigsten Reformbausteine darstellen, auch Gruppenpraxen und Ambulatorien. Sowohl Strukturen als auch Inanspruchnahme zeigen aufgrund der in den vergangenen Jahren begonnenen Maßnahmen eine deutliche Dynamik. Den größten Anstieg der mindestens einmalig jährlichen Inanspruchnahme weisen vergemeinschaftete Organisationsformen mit einem Wachstum von 21,3 Prozent im Jahr 2023 gegenüber 2017 auf.

Messgröße 3 bestätigt diese Entwicklung: Die Summe aller e-card-Kontakte bei niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen stieg von 2017 bis 2025 um knapp 18,5 Prozent, bei Fachärzt:innen (FÄ) um 14,8 Prozent (exkl. Zahnmedizin). Die spitalsambulanten Frequenzen verzeichneten von 2017 bis 2024 ein Wachstum von 13,6 Prozent (vgl. Tabelle 13).

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

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



Spitalsambulante Frequenzen lagen zum Zeitpunkt der Berichtslegung nur bis zum Jahr 2024 vor.

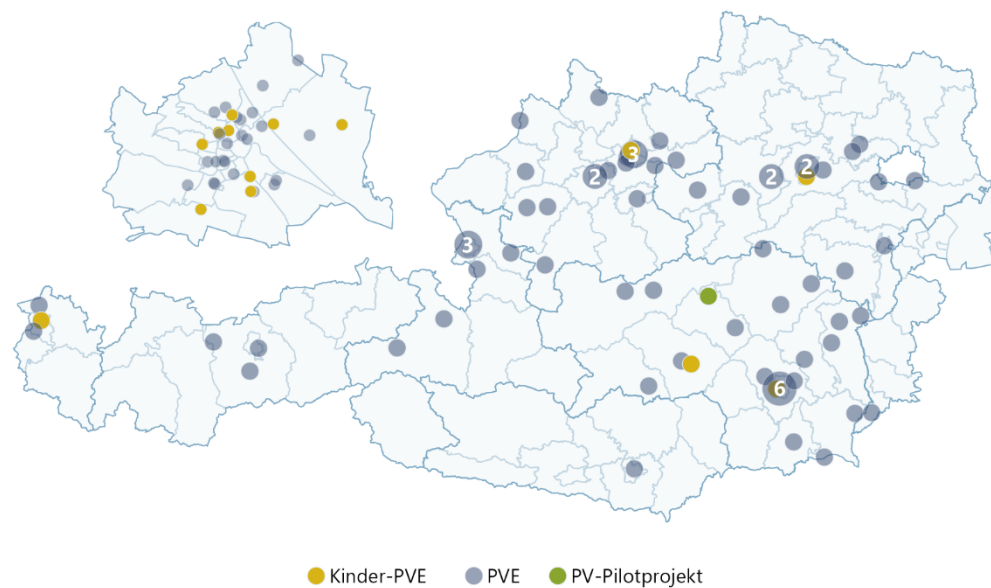
Quelle: Krankenanstaltenstatistik und -kostenrechnung BMASGPK; Meldung DVS SV 2026; Darstellung: GÖG

Die Anzahl der PVE (inkludiert Primärversorgungszentren und Primärversorgungsnetzwerke) lag zum Stichtag 31. Dezember 2025 bei 107, inklusive der Kinder-PVE. Insgesamt zeigt sich hier eine deutlich steigende Dynamik. Die Zielsteuerungspartner haben sich darauf verständigt, entlang der Planungen der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) mindestens 133 PVE bis 2025 zu schaffen. Auch in den westlichen Bundesländern ist nun gemäß **Messgröße 2** eine verstärkte Entwicklung in diesem Bereich erkennbar. Abbildung 10 zeigt die Anzahl und regionale Verteilung der PVE in Österreich.

Wien weist zum Stichtag mit 34 PVE die höchste absolute Zahl auf, gefolgt von der Steiermark (25) und Oberösterreich (19). Bezogen auf die Bevölkerung, verzeichnet die Steiermark mit 19,7 PVE pro 1 Mio. EW die höchste Dichte, gefolgt von Wien (16,8), Oberösterreich (12,4) und Salzburg (12,2). Die niedrigsten Dichten werden in Tirol (3,9), im Burgenland (3,3) und in Kärnten (1,8) erreicht.

Eine relativ neue Versorgungsform stellen die Kinder-PVE dar. Im Jahr 2025 waren neun solcher Einrichtungen in Wien, zwei in der Steiermark sowie jeweils eine in Niederösterreich, Oberösterreich und Vorarlberg in Betrieb.

Abbildung 10: PVE-Standorte per 31. Dezember 2025 (Messgröße 2)



Quelle: Meldung DVS 2026, Darstellung: GÖG

Mit der wachsenden Bedeutung größerer ambulanter Organisationsformen hat sich auch die Anzahl der Gruppenpraxen zuletzt auf 311 im Jahr 2025 erhöht. Bei Ambulatorien ist aufgrund der Datenlage und Heterogenität der Einrichtungen die Einordnung der Dynamik erschwert und diese nicht eindeutig bestimmbar⁶ (vgl. Tabelle 14).

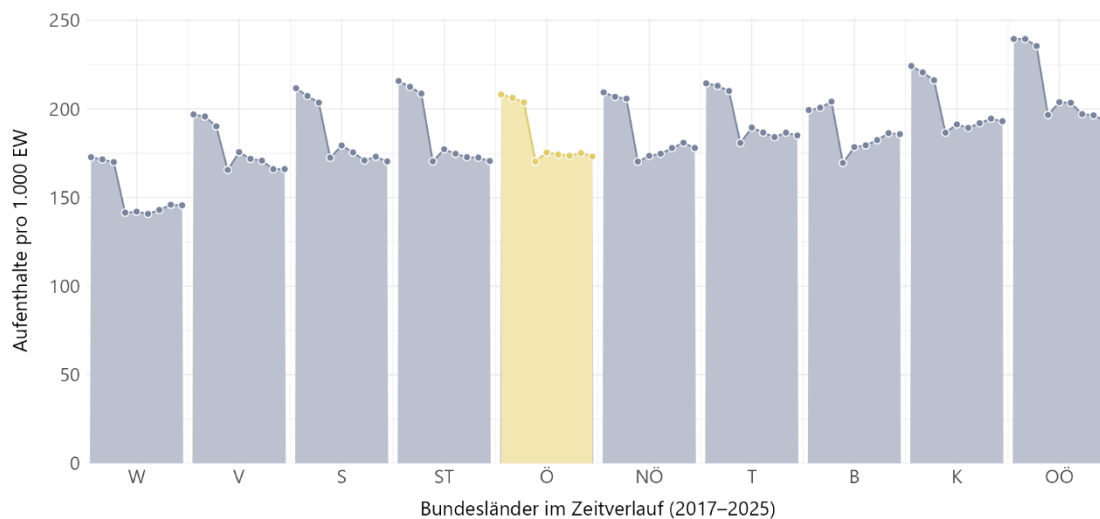
Entlastung akutstationärer Strukturen

Wie erwähnt, sollte, der gesundheitspolitischen Zielsetzung folgend, der Ausbau bzw. die vermehrte Nutzung ambulanter Strukturen mit einer gleichzeitigen Entlastung akutstationärer Strukturen einhergehen. Nach wie vor zeichnet sich Österreich im internationalen Vergleich durch eine hohe Spitalszentriertheit in der Gesundheitsversorgung und eine überdurchschnittliche Krankenhausfrequenz aus. Seit Beginn der Zielsteuerung-Gesundheit 2013 werden Maßnahmen gesetzt, um den akutstationären Bereich zu entlasten. Auf organisatorischer Ebene wurden beispielsweise mit der verpflichtenden Einführung des ambulanten LKF Modells ab 2019 finanzielle Anreize geschaffen, um die Ambulantisierung zu stärken und gleichzeitig den akutstationären Bereich zu entlasten.

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

Tatsächlich ist die Krankenhaushäufigkeit bzw. die Anzahl stationärer Aufenthalte in FKA je 1.000 EW mit einem Rückgang von 16,8 Prozent von 2017 bis 2025 in den letzten Jahren deutlich gesunken (**Messgröße 4a**). Der Rückgang zeigte sich im ersten Pandemiejahr 2020, nach dem die Krankenhaushäufigkeit allerdings stagniert bzw. in manchen Bundesländern (B, K, NÖ, T und W) wieder leicht ansteigt. Wie auch in den Vorjahren verzeichnete Oberösterreich auch 2025 die höchste Krankenhaushäufigkeit mit 193,5 Aufenthalten je 1.000 EW in FKA, die geringste Häufigkeit wurde in Wien verzeichnet (145,6).

Abbildung 11: Krankenhaushäufigkeit in FKA (Messgröße 4a)

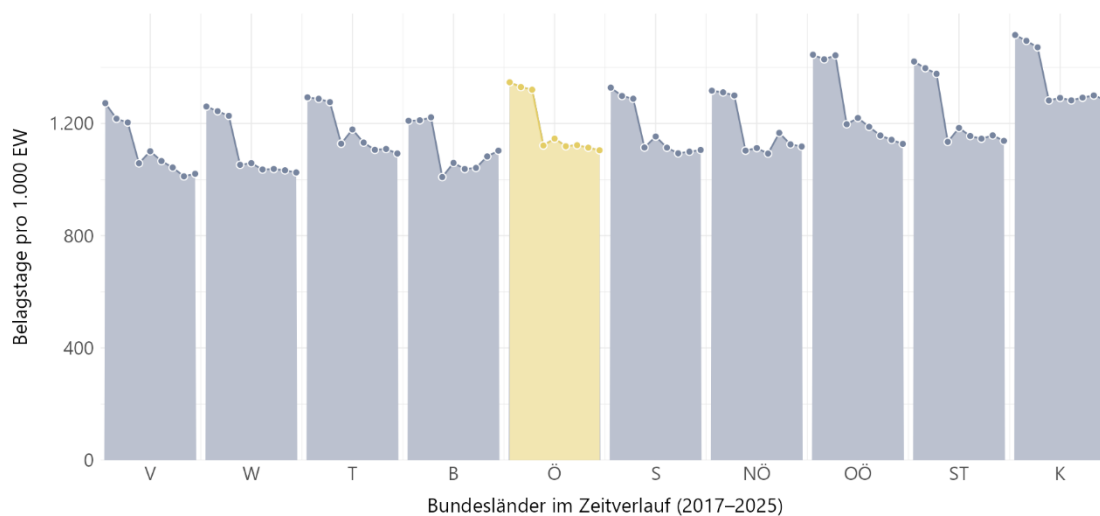


Datenbasis 2025: vorläufige Meldung der Länder mit Stand 13. April 2026

Quelle: BMASGPK (2026); Darstellung: GÖG

Ähnlich entwickelte sich die Verweildauer, gemessen an der Belagstagedichte je 1.000 EW (**Messgröße 5a**), die im gleichen Zeitraum um 18,0 Prozent zurückging. Die höchste Belagstagedichte zeigte sich zuletzt in Kärnten mit 1.284,7 Belagstagen je 1.000 EW im Jahr 2025. Zu erwähnen ist dabei ein rapides Abfallen der akutstationären Leistungskennzahlen in allen Bundesländern während der COVID-19-Pandemie 2020–2023. Die Niveaus der stationären Leistungsanspruchnahme blieben auch in den Jahren 2024 und 2025 unter jenen vor der Pandemie.

Abbildung 12: Belagstagedichte in FKA (Messgröße 5a)



Datenbasis 2025: vorläufige Meldung der Länder mit Stand 13. April 2026

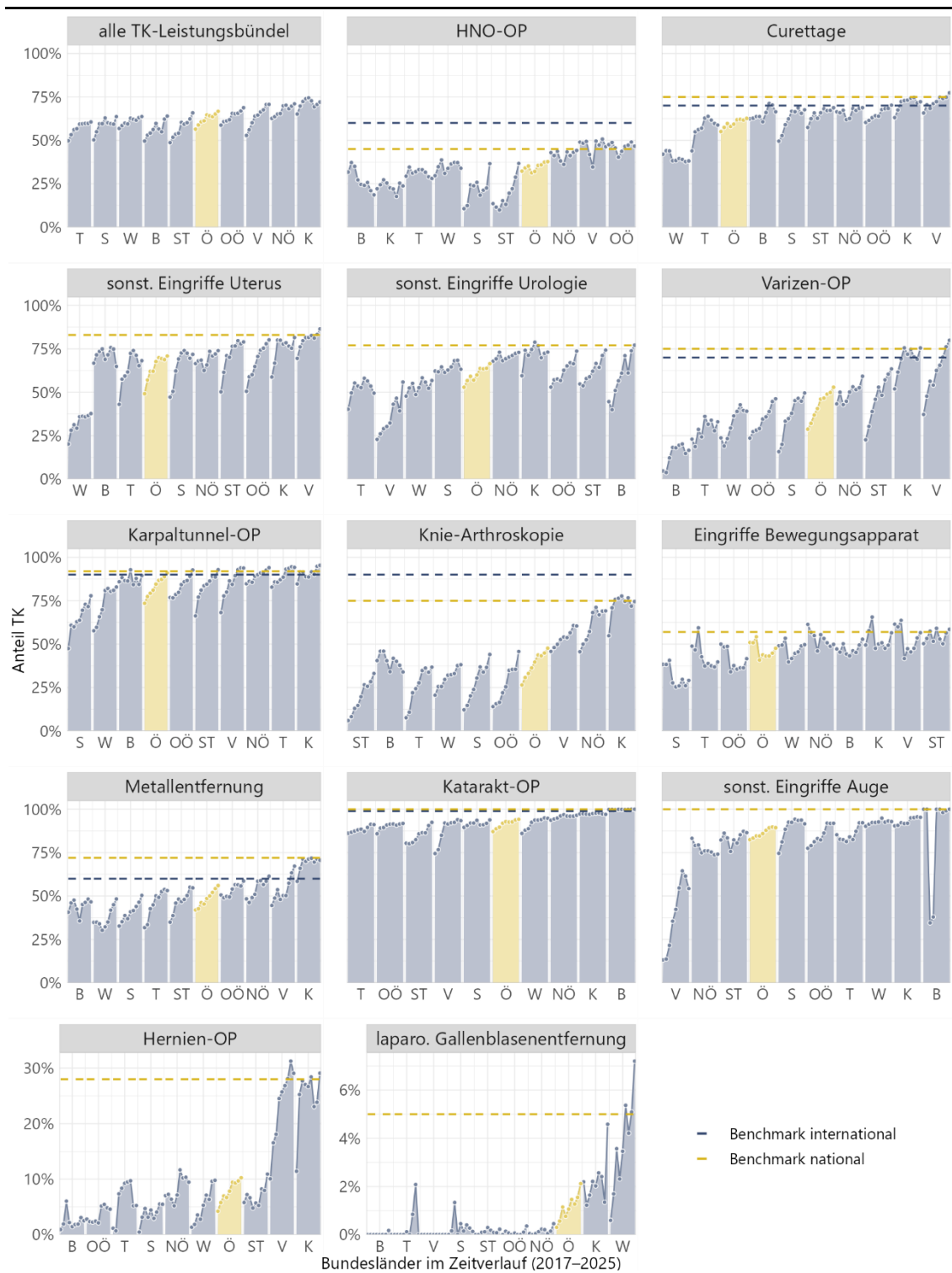
Quelle: BMASGPK (2026); Darstellung: GÖG

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

Während einige Bundesländer bzw. Leistungsbündel bereits nahe an die (internationalen) Benchmarks oder Zielwerte heranreichen bzw. diese bereits erfüllen (z. B. bei Karpaltunnel- oder Kataraktoperationen), besteht bei anderen Eingriffen, etwa der Hernienoperation, noch erheblicher Aufholbedarf. Die laparoskopische Gallenblasenentfernung wird in einigen Bundesländern kaum ambulant oder tagesklinisch erbracht.

Insgesamt liegt im Jahr 2025 der Anteil der ambulant oder tagesklinisch erbrachten Tagesklinik-Leistungsbündel in Kärnten mit 72 Prozent am höchsten, gefolgt von Niederösterreich und Vorarlberg (jeweils 71 %). Der geringste Anteil ist in Tirol mit knapp 61 Prozent zu verzeichnen. Bei vielen Leistungsbündeln zeigen sich ausgeprägte Unterschiede zwischen den Bundesländern: So werden in Vorarlberg knapp 80 Prozent der Varizenoperationen ambulant oder tagesklinisch durchgeführt, während dieser Anteil im Burgenland nur rund 17 Prozent beträgt. Große Differenzen bestehen auch bei sonstigen Eingriffen am Uterus (V: 86 %; W: 38 %), sonstigen Eingriffen am Auge (B: 100 %; V: 54 %), bei Kniearthroskopien (K: 75 %; ST: 33 %) sowie bei Curretagen (V: 77 %; W: 38 %). Eine entsprechende Maßnahme des operativen Ziels 2 soll sich daher gezielt den fördernden und hemmenden Faktoren bei der Umsetzung tagesklinischer oder ambulanter Leistungserbringung widmen.

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



Datenbasis 2025: vorläufige Meldung der Länder mit Stand 13. April 2026

Quelle: BMASGPK (2026), Darstellung: GÖG

Verfügbarkeit und Einsatz von Gesundheitspersonal (op. Ziel 5)

Ein funktionierendes Gesundheitssystem erfordert gut ausgebildetes Gesundheitspersonal in ausreichender Anzahl sowie eine ausgewogene Verteilung des Personals über alle Sektoren und Fachrichtungen, insbesondere im öffentlichen Gesundheitssystem. Im internationalen Vergleich weist Österreich zwar hohe Ärztedichten und überdurchschnittlich viel Pflegepersonal auf, jedoch zeigen sich in der Allokation über mehrere Ebenen hinweg inhomogene Verteilungen mit Verbesserungspotenzialen. Angesichts der demografischen Entwicklung ist die Personalfrage eine der größten Herausforderungen des Gesundheitssystems. Die Alterung der Gesellschaft erhöht die Nachfrage nach Pflege- und Gesundheitsleistung, während die verfügbaren Arbeitskräfte auf dem Arbeitsmarkt knapper werden.

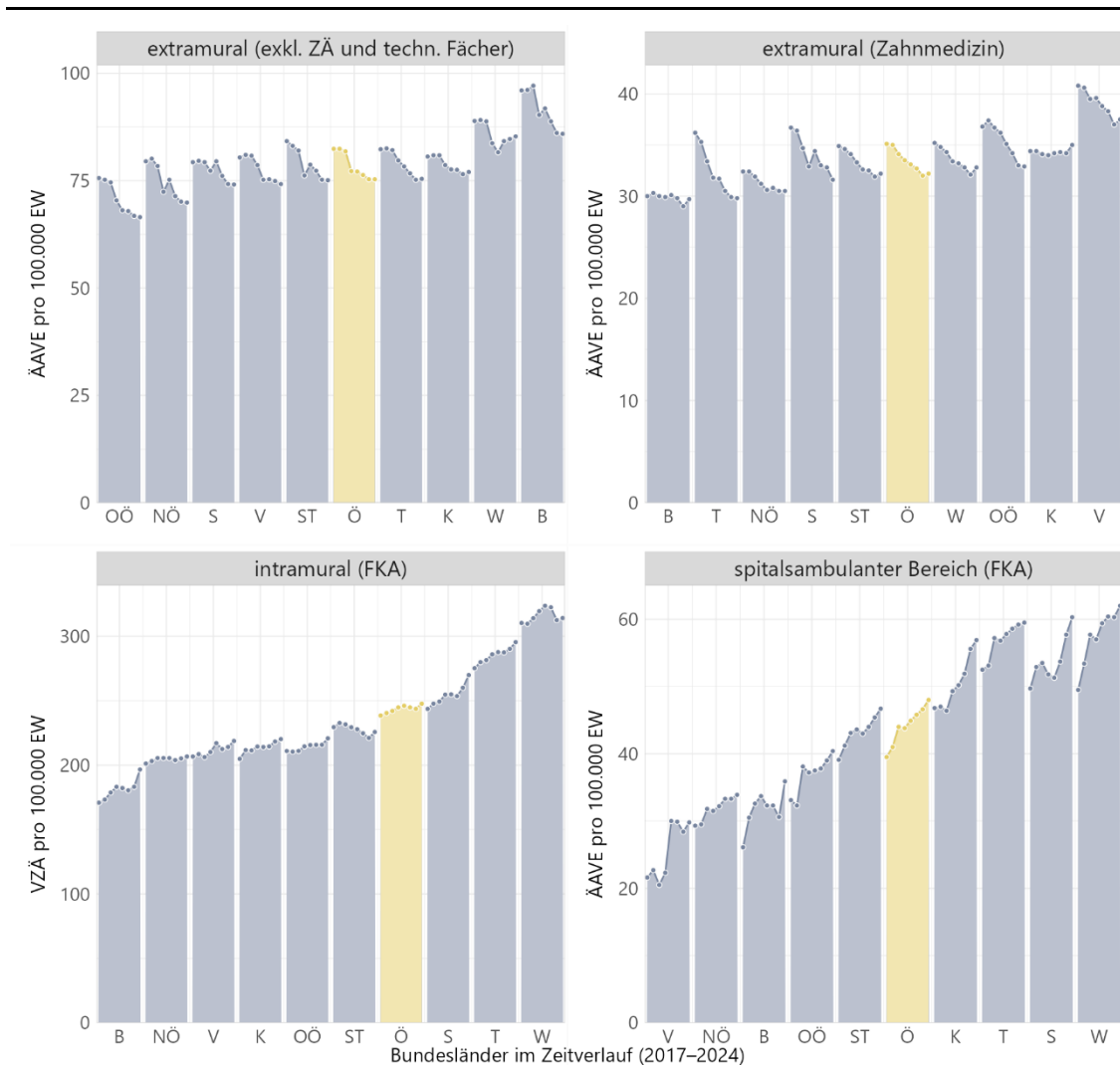
Das operative Ziel 5 soll die Verfügbarkeit und den effizienten Einsatz des für eine qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals sicherstellen.

Neben datenbasierten Prognosen künftiger Bedarfe sind Attraktivierungsmaßnahmen für nahezu alle Gesundheitsberufe im öffentlichen Gesundheitswesen geplant. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auch auf die Ausbildung gerichtet. Verbesserte rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen sollen mehr Menschen dazu bewegen, verstärkt im öffentlichen Gesundheitssystem tätig zu werden.

Ärzt:innen im öffentlichen Gesundheitssystem

Messgröße 7 beleuchtet die ärztliche Versorgungsdichte im öffentlichen (= exklusive des wahl- und privatärztlichen Sektors) extra- und intramuralen Bereich. Die vertragsärztliche Versorgungsdichte (exkl. der Zahnmedizin und technischer Fächer), gemessen in ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE) pro 100.000 EW, zeigte in den vergangenen Jahren einen rückläufigen Trend: Zwischen 2017 und 2024 sank sie österreichweit um 8,6 Prozent. Die stärksten Rückgänge wurden in Niederösterreich und Oberösterreich mit jeweils rund 12 Prozent verzeichnet. Beide Bundesländer weisen auch im längerfristigen Vergleich eine unterdurchschnittliche Vertragsarztdichte auf. Im letzten Beobachtungsjahr fiel Oberösterreich mit der geringsten Vertragsarztdichte auf (66,5), während im Burgenland 85,9 ÄAVE auf 100.000 EW kamen. Ein ähnliches Muster zeigte sich in der kassenärztlichen Zahnmedizin: Österreichweit war hier zwischen 2017 und 2024 ein Rückgang von 8,3 Prozent zu beobachten.

Abbildung 14: Ärztliche Versorgungsdichte (Messgröße 7)

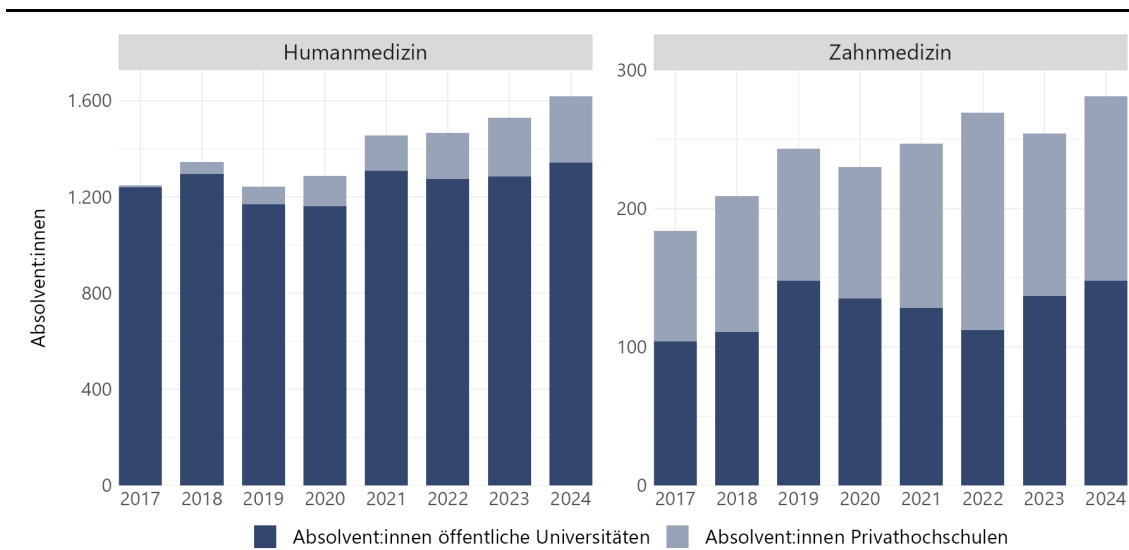


Quelle: Meldung KA Statistik (BMASGPK), Meldung DVS 2026, Regiomed, Darstellung: GÖG

Im öffentlichen intramuralen Bereich (FKA) kam es hingegen zu einem Wachstum der Personalressourcen. Die Vollzeitäquivalente (VZÄ) stiegen zwischen 2017 und 2024 im gesamten intramuralen Bereich um 3,9 Prozent auf rund 248 VZÄ pro 100.000 EW. Nur in der Steiermark wurde im gleichen Zeitraum einen Rückgang von 1,6 Prozent verzeichnet. Trotz des relativ stärksten Anstiegs (+15,1 %) wies das Burgenland mit 196,6 VZÄ pro 100.000 EW die geringste Dichte auf, während Wien im Jahr 2024 mit 314,1 VZÄ den höchsten Wert erreichte. Besonders dynamisch entwickelte sich der spitalsambulante Bereich: Österreichweit stieg die Zahl der ÄAVE hier um 21,5 Prozent. In diesen Zeitraum fallen u. a. krankenhausinterne Anpassungen im Zuge der Einführung des spitalsambulanten Bepunktungsmodells (LKF-Modell – ambulant), die zu Verlagerungen von Leistungen und deren Abgeltung vom akutstationären in den spitalsambulantem Bereich führten. Das stärkste Wachstum wurde in Vorarlberg mit 38,0 Prozent beobachtet, das geringste in Tirol mit 13,3 Prozent. Trotz des höchsten Zuwachses weist Vorarlberg mit 29,8 ÄAVE pro 100.000 EW weiterhin die bundesweit niedrigste Ärztedichte im spitalsambulantem Bereich auf, während Wien mit 62,0 ÄAVE hier den Spitzenwert hält.

Angesichts demografischer Entwicklungen und verteilungspolitischer Herausforderungen kommt der Nachwuchssicherung in diesem Kontext eine zentrale Bedeutung zu. Entscheidend ist dabei nicht nur die Anzahl der Absolvent:innen, sondern auch deren Wahl des zukünftigen Tätigkeitssettings bzw. Arbeitsorts. Das operative Ziel 5 sieht dahingehend umfangreiche Analysen und Prognosen vor, die als Grundlage für weiterführende Maßnahmen dienen sollen. **Messgröße 10** beleuchtet die Absolvent:innen an Medizinuniversitäten und weiterer Gesundheitsberufe. Die Anzahl der Absolvent:innen an öffentlichen Medizinuniversitäten verlief seit 2017 relativ stabil: Im Studienjahr 2023/24 schlossen 1.343 Humanmediziner:innen ab, 2016/17 waren es 1.239. An Privatuniversitäten stieg die Zahl der Absolvent:innen von 9 im Studienjahr 2016/17 auf 275 im Studienjahr 2023/24 deutlich an. Weiters schlossen zuletzt 148 Zahnmediziner:innen an öffentlichen Universitäten ab, an privaten Hochschulen waren es mit 133 beinahe ebenso viel.

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



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

Messgröße 11 erfasst die besetzten ärztlichen Ausbildungsstellen, wobei in allen Bundesländern eine positive Entwicklung zu beobachten ist: Zwischen 2017 und 2025 erhöhte sich die Zahl der besetzten Ausbildungsstellen um 19,4 Prozent auf insgesamt 10.376. Den stärksten Zuwachs verzeichneten die Basisausbildungsstellen (+49,8 Prozent), gefolgt von den Ausbildungsstellen in den Sonderfächern (+24,4 Prozent). In der Allgemeinmedizin stieg die Zahl der besetzten Ausbildungsstellen um 21,5 Prozent auf 1.682. Für die Kennzahl der genehmigten Ausbildungsstellen lagen zum Zeitpunkt der Berichtslegung keine vergleichbaren Informationen vor.

Wahlärzt:innen

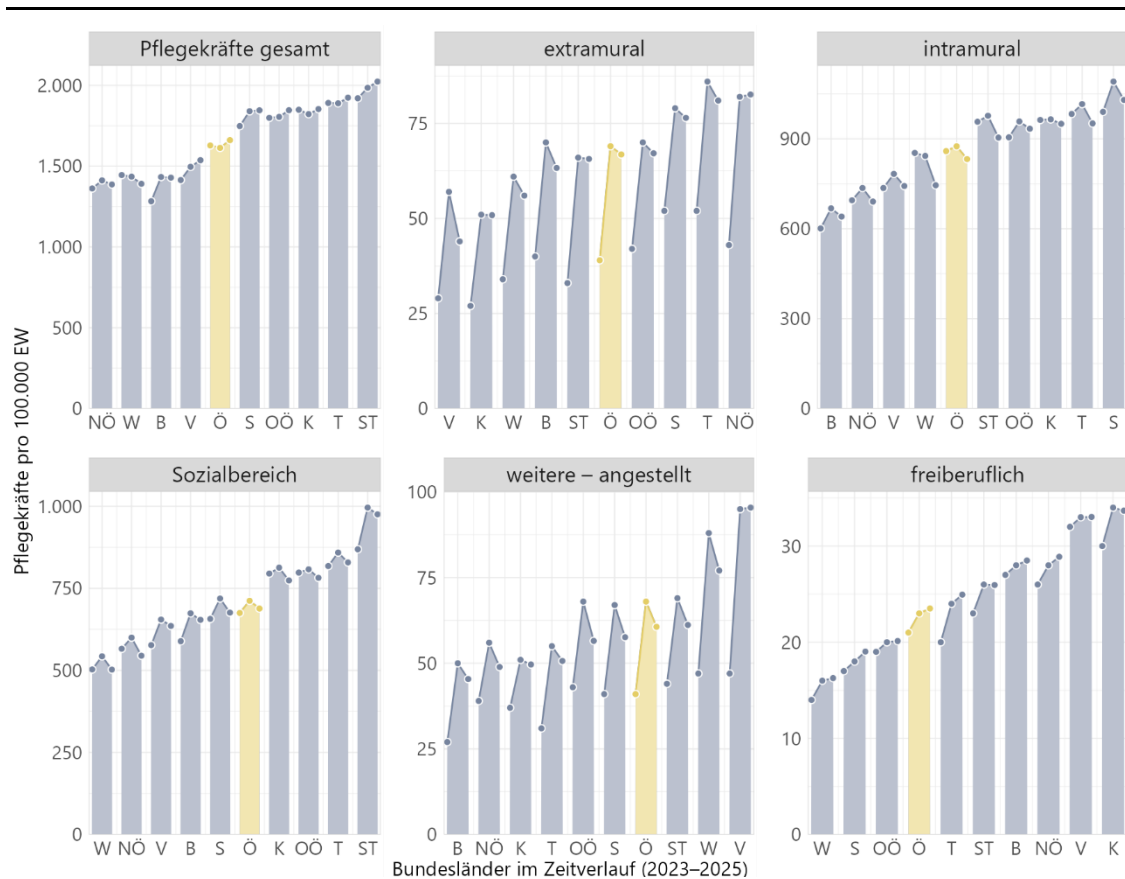
Während die Entwicklung im kassenärztlichen Segment sowohl absolut als auch bezogen auf die Bevölkerung rückläufig ist, kam es im Wahlarztbereich zu deutlichen Steigerungen. In Summe arbeiten bereits mehr ärztliche Köpfe als Wahlärzt:innen denn als Kassenärzt:innen. Ein Ziel von Art. 15a B-VG OF sowie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

Der wahlärztliche Bereich hat nicht nur mengenmäßig stark an Bedeutung gewonnen, sondern auch hinsichtlich seiner Versorgungswirksamkeit, wie **Messgröße 8** eindrücklich zeigt. Berücksichtigt man nur den niedergelassenen Bereich (Messgröße 8b, exkl. Spitalsambulanzen) zeigen sich österreichweit die höchsten anteiligen wahlärztlichen Versorgungswirksamkeiten in den Fachbereichen Frauenheilkunde und Geburtshilfe (28,2 %), Haut- und Geschlechtskrankheiten (19,4 %) sowie Psychiatrie (19,2 %). Das bedeutet, dass zum Beispiel im Fachbereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe bereits mehr als ein Viertel der gesamtösterreichischen niedergelassenen Versorgung im Wahlarztsegment stattfindet. Einzelne Bundesländer weisen auch wahlärztliche Versorgungswirksamkeiten von einem Drittel und mehr für bestimmte Fachrichtungen auf (NÖ: Kinder- und Jugendheilkunde; S: Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Psychiatrie; ST: Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe; T: Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Psychiatrie; V: Haut- und Geschlechtskrankheiten, Lungenkrankheiten; siehe Tabelle 23).

Pflegekräfte

Pflegekräfte stellen neben der zuvor erläuterten ärztlichen Versorgung ein essenzielles Schlüsselement jedes Gesundheitssystems dar. Einschlägige Prognosen zeigen insbesondere aufgrund des demografischen Wandels einen deutlichen Anstieg des Pflegekräftebedarfs in den kommenden Jahrzehnten (Juraszovich et al. 2023). **Messgröße 9** bildet die Ausstattung an Pflegekräften in unterschiedlichen Beschäftigungsgruppen pro 100.000 EW ab. Als aktiv beschäftigte Pflegekräfte gelten gemäß Gesundheitsberuferegister dabei berufsberechtigte diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen (DGKP), Pflegefachassistent:innen sowie Pflegeassistent:innen, die angestellt oder freiberuflich tätig sind. Im Jahr 2025 lag die Dichte an Pflegekräften über alle Beschäftigungsgruppen hinweg bei 1.661 pro 100.000 EW. Ein Vergleich der Bundesländer zeigt deutliche Unterschiede: Die höchste Dichte wurde in der Steiermark (2.023) verzeichnet, am geringsten war sie hingegen in Niederösterreich (1.387). Die größte Gruppe an Pflegekräften sind intramural angestellte Personen: Im Jahr 2025 kamen in Österreich auf 100.000 EW 832 intramural angestellte Pflegekräfte. Auch hier zeigt der Bundesländervergleich deutliche Schwankungen: Die geringste Dichte zeigte sich im Burgenland mit 641 Pflegekräften pro 100.000 EW im intramuralen Bereich, Salzburg kam hingegen auf 1.030. Im extramuralen Bereich hingegen arbeiteten 2025 mit 67 pro 100.000 EW deutlich weniger angestellte Pflegekräfte (z. B. im Rettungsdienst, in selbstständigen Ambulatorien, PVE, Arztpraxen etc.). Im Sozialbereich lag die österreichweite Pflegekräftedichte bei 688 pro 100.000 EW. Auch hier zeigt sich eine große Spannweite im Bundesländervergleich (Wien: 502 vs. Steiermark: 976).

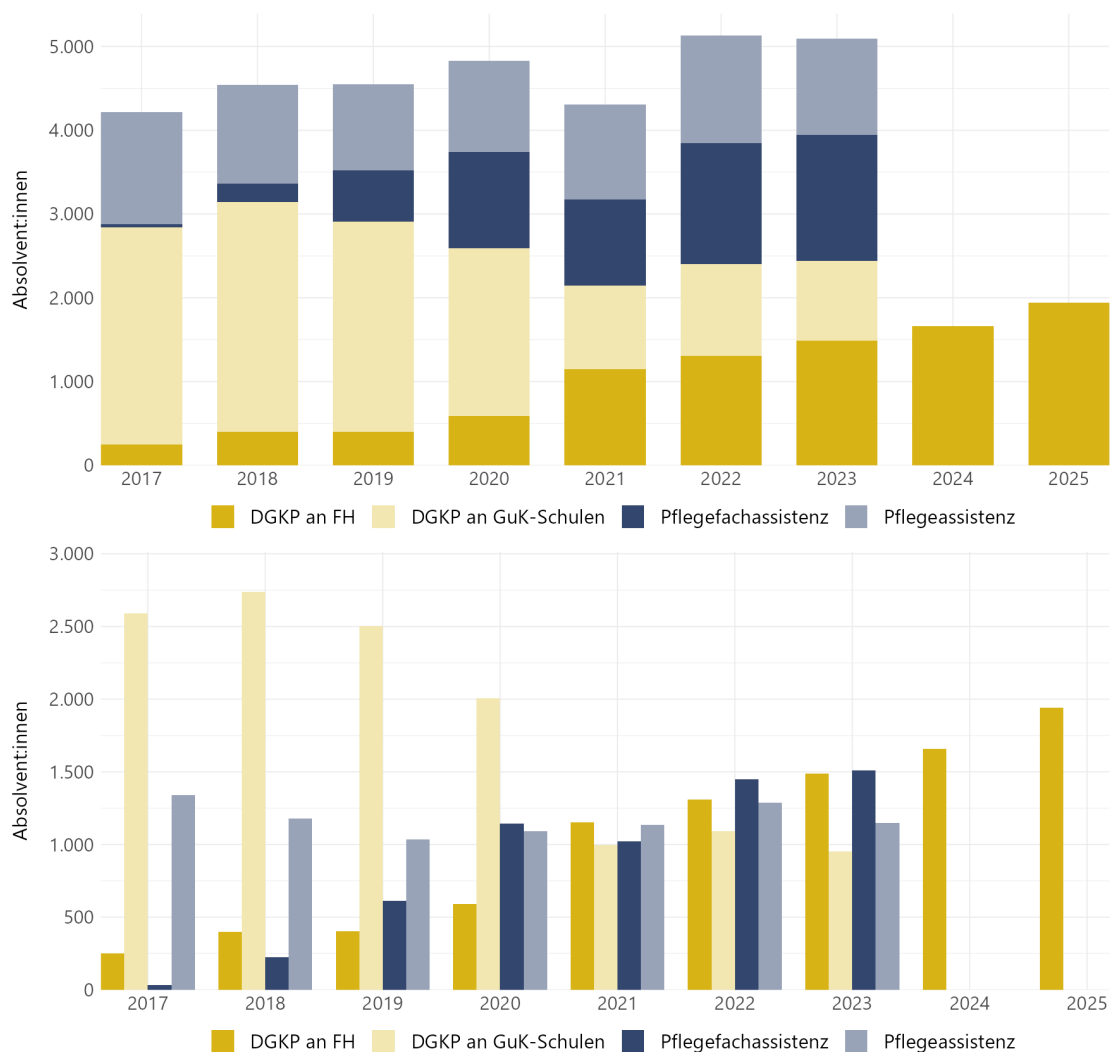
Abbildung 16: Pflegekräfte nach Beschäftigungsgruppen pro 100.000 EW (Messgröße 9)



Quelle: Gesundheitsberuferegister (GBR); Darstellung: GÖG

Auch im Bereich der Pflege spielt die Ausbildungssituation eine bedeutende Rolle. Das Monitoring sieht mit der **Messgröße 10b** die Beobachtung der Entwicklung der Zahlen der Absolvent:innen ausgewählter Gesundheitsberufe vor. Mit der GuKG-Novelle 2016 wurde unter anderem die Tertiärisierung der DGKP-Ausbildung beschlossen sowie mit der Pflegefachassistenz eine dritte GuK-Berufsgruppe geschaffen. In den Folgejahren sank daher die Zahl der Ausbildungsanfänger:innen bei DGKP und Pflegeassistenz (PA), während sie bei Pflegefachassistenz (PFA) stark anstieg. In Abhängigkeit von der jeweiligen Ausbildungsdauer zeigen sich diese Entwicklungen mit Zeitverzögerung bei den Abschlüssen in den einzelnen Berufsgruppen. Die Anzahl der Absolvent:innen der einjährigen PA-Ausbildung ist im Jahr 2018 zurückgegangen (–12 Prozent im Vergleich zu 2017) und seither auf konstantem Niveau. Die Abschlüsse der zweijährigen PFA-Ausbildung sind innerhalb kurzer Zeit auf 1.142 Personen im Jahr 2020 stark gestiegen, Tendenz weiter steigend (2020 bis 2023 +32 Prozent). Die Anzahl der Absolvent:innen der dreijährigen DGKP-Ausbildung (FH und GuK-Schulen) war bis 2021 rückläufig. Seither ist die Zahl der DGKP-Abschlüsse wieder im Steigen begriffen (2021 bis 2023 +14 Prozent).

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

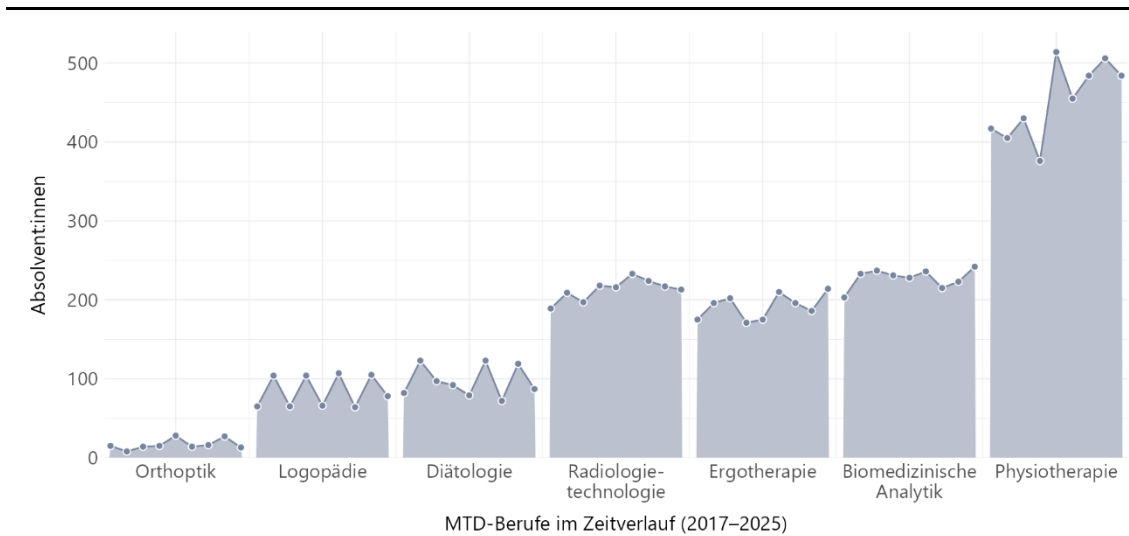


Die Zahl der Absolvent:innen von DGKP an GuK-Schulen, Pflegefachassistenz und Pflegeassistenz lag zum Zeitpunkt der Berichtslegung nur bis zum Jahr 2023 vor.

Quelle: AQ Austria (BIS-Meldung); Statistik Austria (Schulstatistik); Darstellung: GÖG

Ausbildungen zu gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen (MTD) Gesundheitsberufen werden teilweise mit einem zwei- oder dreijährigen Aufnahmeerhythmus angeboten. Das spiegeln auch die zum Teil jährlich stark schwankenden Absolvent:innenzahlen in den verschiedenen Studiengängen wider. Abgesehen davon blieben die Absolvent:innenzahlen vieler MTD-Berufe in den vergangenen Jahren weitgehend stabil. Ein Rückgang zeigte sich zuletzt in der Radiologietechnologie, eine leicht steigende Tendenz in der Ergotherapie und aktuell auch wieder in der biomedizinischen Analytik. Bei den Hebammen ist die Zahl der Absolvent:innen von 84 im Studienjahr 2016/17 auf 182 im Studienjahr 2024/25 gestiegen.

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



Quelle: AQ Austria (BIS-Meldung); Statistik Austria (Schulstatistik); Darstellung: GÖG

Stärkung der psychischen Gesundheit (op. Ziel 6)

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

Die **Messgröße 12** soll anhand der Entwicklung von Vollzeitäquivalenten in Angeboten der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie den Fortschritt bzw. die Zielerreichung in diesem Sektor zeigen. Österreichweit stieg die Anzahl von 92,5 VZÄ im Jahr 2018 auf 148,4 im Jahr 2024. Sowohl im niedergelassenen Bereich als auch in Spitalsambulanzen gab es Zuwächse von über 60 Prozent (vgl. Tabelle 28). In einzelnen Bundesländern (Burgenland und Tirol) entwickelte sich die Zahl der VZÄ jedoch rückläufig. Den stärksten Zuwachs verzeichnete die Steiermark mit +189,3 Prozent. Dieser deutliche Ausbau spiegelt sich auch in einem markanten Rückgang der wahlärztlichen Versorgungswirksamkeit wider, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie um 72,7 Prozent sank (siehe Messgröße 8a). Ein gegenläufiges Muster ist in Tirol zu beobachten: Mit dem Rückgang der ambulanten KJP-Angebote um 24,4 Prozent erhöhte sich die wahlärztliche Versorgungswirksamkeit um +186,0 Prozent deutlich.

5 Themenbereich Qualität

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

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

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

Die im **operativen Ziel 7** festgelegte **Verbesserung der integrierten Versorgung** umfasst, neben der Entwicklung weiterer Konzepte zur Versorgung von Patient:innen die chronische Erkrankungen aufweisen, die fachlich-inhaltliche Finalisierung der bereits seit Jahren in Erarbeitung befindlichen Programme für Diabetes und Herzinsuffizienz sowie deren technische Umsetzung in ELGA als Voraussetzung für eine gelingende Implementierung. Aufgrund des engen inhaltlichen Zusammenhangs wurde das Thema integrierte Versorgung in das themenübergreifende Projekt „Patient:innenwege“ integriert, um fachlich-inhaltliche und technische Konzepte besser abzustimmen und die Umsetzung zu beschleunigen. Gleichzeitig decken die Prozesse der integrierten Versorgung einen wesentlichen Teil der Patient:innenwege für chronische Erkrankungen ab. Als konkrete Maßnahmen sind hier die Qualitätsstandards für die Bereiche Diabetes und Schlaganfall fachlich-inhaltlich umzusetzen, unterstützt durch die technische Implementierung in ELGA.

Bis zur flächendeckenden Umsetzung dieser Konzepte dient die Teilnahme von Patient:innen sowie Ärzt:innen an „Therapie aktiv“⁷ als Messgröße der Verbesserung der integrierten Versorgung (**Messgröße 13**). „Therapie aktiv“, das erste Disease-Management-Programm in Österreich, ist ein Betreuungs- und Therapieprogramm für Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ-2.

Im Jahr 2025 wurden rund 145.300 Patient:innen im Rahmen von Therapie aktiv betreut – ein Anstieg von 10,8 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Messgröße 13 bildet den Anteil der im Disease-Management-Programm versorgten Typ-2-Diabetiker:innen bezogen auf die mittels Abrechnungsdaten ermittelte Prävalenz⁸ ab. Dieser Anteil stieg bis 2021 kontinuierlich an, zeigt jedoch seit drei Jahren einen leichten Rückgang. Im Jahr 2024 wurden österreichweit 25,2 Prozent der Typ-2-Diabetiker:innen im Programm versorgt, ein ähnlich großer Anteil wie im Vorjahr (vgl. Tabelle 29). Die „Therapie aktiv“-Teilnahmeraten der niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen (AM) sowie Fachärzt:innen für Innere Medizin (IM) steigen seit 2017 nahezu kontinuierlich, von 24,1 Prozent (2024) auf 25,6 Prozent (2025; vgl. Tabelle 30). Insgesamt bleiben die Teilnahmeraten sowohl bei Patient:innen als auch bei Ärzt:innen vergleichsweise niedrig und weisen deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern auf. So lag der Anteil der teilnehmenden Typ-2-Diabetiker:innen im Jahr 2024 in Tirol bei 14,8 Prozent, während dort 14,6 Prozent der Ärzt:innen (2025) am Programm teilnahmen. In Oberösterreich hingegen nahmen 36,0 Prozent der Typ-2-Diabetiker:innen (2024) sowie 36,8 Prozent der Ärzt:innen (2025) an „Therapie aktiv“ teil.

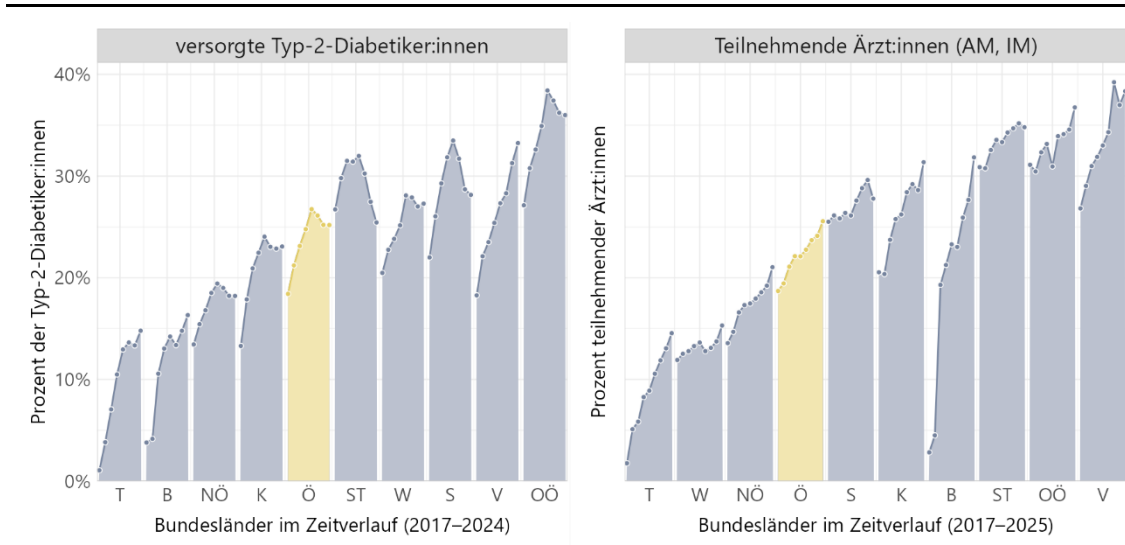
⁷ <https://www.therapie-aktiv.at>

⁸ Die Diabetes-Typ-2-Prävalenz wird auf Basis der Abrechnungsdaten der Sozialversicherungsträger ermittelt und steht zum jetzigen Zeitpunkt nur bis 2024 zur Verfügung, weshalb der Anteil der an Therapie aktiv teilnehmenden Diabetiker:innen nur bis zu diesem Jahr ausgewiesen werden kann.

Abweichend zur im Zielsteuerungsvertrag festgelegten Definition werden die Risikogruppen (Personen, die innerhalb eines Jahres mehrmalige Blutzucker- oder HbA1c-Bestimmungen hatten) nicht zur Kalkulation der Diabetes-Typ-2-Prävalenz herangezogen. Die zunehmende Anzahl von Verordnungen von Semaglutid-Fertigspritzen seit 2022 bzw. von SGLT2-Inhibitoren führt zu einer Überschätzung der Diabetesprävalenz, da diese Medikamente nicht nur zur Behandlung von Diabetes Typ 2, sondern auch von Adipositas bzw. Herz- und Niereninsuffizienz zugelassen sind. Aufgrund der fehlenden Diagnosecodierung ist eine Abgrenzung der Patient:innen, welche die Medikamente zur Diabetesbehandlung verwenden, nicht möglich.

Die Gruppe der Diabetiker:innen wird lediglich durch Einlösen diabetesrelevanter Medikamentenverordnungen quantifiziert. Verordnungen von Medikamenten unter der Rezeptgebührengrenze werden in den Systemen nicht erfasst, weshalb hier von einer Untererfassung auszugehen ist.

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



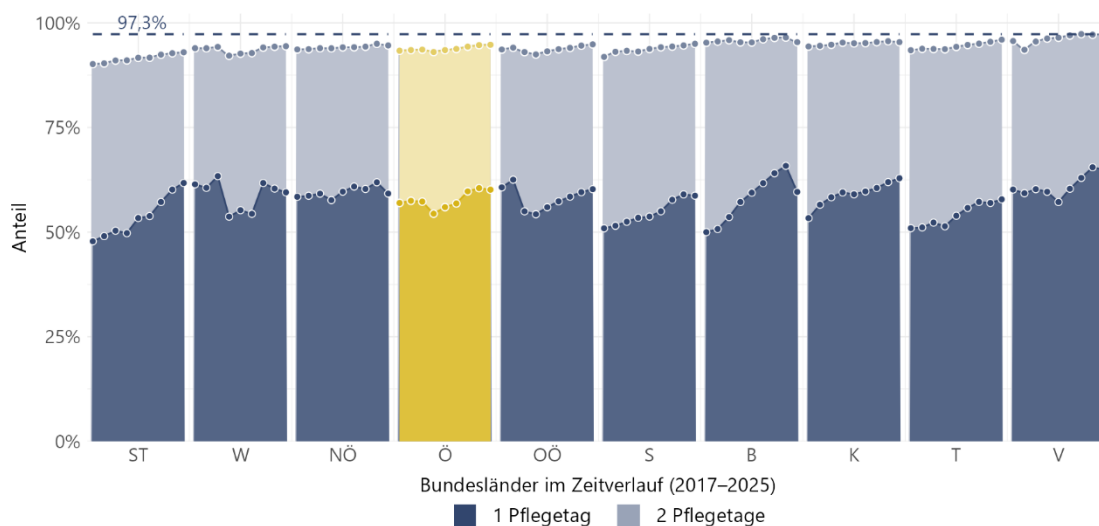
Quelle: Meldung DVS SV 2026, Darstellung: GÖG

Für die Einschätzung der Zufriedenheit der Bevölkerung mit der medizinischen Versorgung (**Messgröße 14a**) werden die Resultate der österreichischen Gesundheitsbefragung (Austrian Health Interview Survey [ATHIS]) von Statistik Austria herangezogen. Im Jahr 2019 waren 88,2 Prozent der Bevölkerung mit der Versorgung durch ihre praktischen Ärzt:innen, 85,4 Prozent mit der Versorgung durch Fachärzt:innen, 71,1 Prozent mit der Versorgung in Krankenhäusern, 63,2 Prozent mit der Versorgung in Spitalsambulanzen und 50,4 Prozent mit der Versorgung durch Therapeut:innen eher oder sehr zufrieden (vgl. Tabelle 31). In allen Kategorien zeigten sich im Vergleich zu 2016 leicht steigende oder stabile Trends (HVB 2016).

Ein weiterer Betrachtungswinkel ist die konkrete Erfahrung mit der medizinischen Versorgung, erhoben im Rahmen der sektorenübergreifenden Patientenbefragung (BMSGPK 2023). **Messgröße 14b** umfasst zwei Indikatoren: Der erste bewertet die Qualität des Krankenhausaufenthalts, also wie gut das Gesundheitspersonal mit Patient:innen kommuniziert, sie informiert, in Behandlungsentscheidungen einbezieht und ob das Personal ausreichend Wissen zum aktuellen Status der Erkrankung der Patient:innen hat. Der zweite Indikator beschreibt die Qualität der ärztlichen Weiterbetreuung in denselben Aspekten – Kommunikation, Information, Einbindung in Behandlungsentscheidungen und Wissen zum aktuellen Krankheitsstatus – bei der weiterbetreuenden Ärztin bzw. dem weiterbetreuenden Arzt.

Während die Indikatoren der Patientenbefragung auf die Ergebnisqualität fokussieren, misst die präoperative Verweildauer (**Messgröße 15**) in FKA die Prozessqualität und dient zugleich als Indikator für die Vernetzung der Versorgungsstufen. Diese Kennzahl wird bereits seit der ersten Zielsteuerungsperiode dargestellt. Der Anteil der Aufenthalte in FKA mit kurzer präoperativer Verweildauer, definiert als stationäre Aufnahmen mit einer Leistungserbringung in weniger als drei Pflgetagen (PT), lag 2025 österreichweit bei 94,8 Prozent und damit unter dem neuen Zielwert von 97,3 Prozent (vgl. Abbildung 20). Limitierend für die Interpretation ist, dass ambulante Besuche nicht inkludiert werden. Im Burgenland, in Kärnten und in Niederösterreich war hier von 2024 auf 2025 ein Rückgang zu beobachten, während in den übrigen Bundesländern ein positiver Trend erkennbar ist. Vorarlberg hat mit 97,3 Prozent die Zielvorgabe bereits erreicht. Österreichweit erfolgte in 60,1 Prozent aller Fälle in FKA die Leistungserbringung sogar innerhalb eines Pflgetags (also am Aufnahmetag). Vorarlberg erreicht auch hier den höchsten Anteil (64,9 Prozent), während Tirol mit 57,8 Prozent den niedrigsten Wert aufweist.

Abbildung 20: Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer (< 3 Pflgetage) in FKA (Messgröße 15)



Datenbasis 2025: vorläufige Meldung der Länder mit Stand 13. April 2026

Quelle: BMASGPK (2026), Darstellung: GÖG

Die **Messgröße 16**, „Vorzeitige Todesfälle durch behandelbare Krankheiten“ (treatable mortality), erfasst jene Todesfälle, die durch rechtzeitige und effektive medizinische Interventionen potenziell vermeidbar gewesen wären. Diese Todesfälle treten dann auf, wenn Erkrankungen⁹ zum Tod führen, die bei zeitgerechter und wirksamer medizinischer Versorgung und Behandlung nicht zum Tod führen müssten. Der Indikator dient als Maß für Leistungsfähigkeit und Effektivität des Gesundheitssystems und unterstützt dabei, mögliche medizinische Versorgungslücken zu identifizieren. International wird „treatable mortality“ im Rahmen von Health System Performance

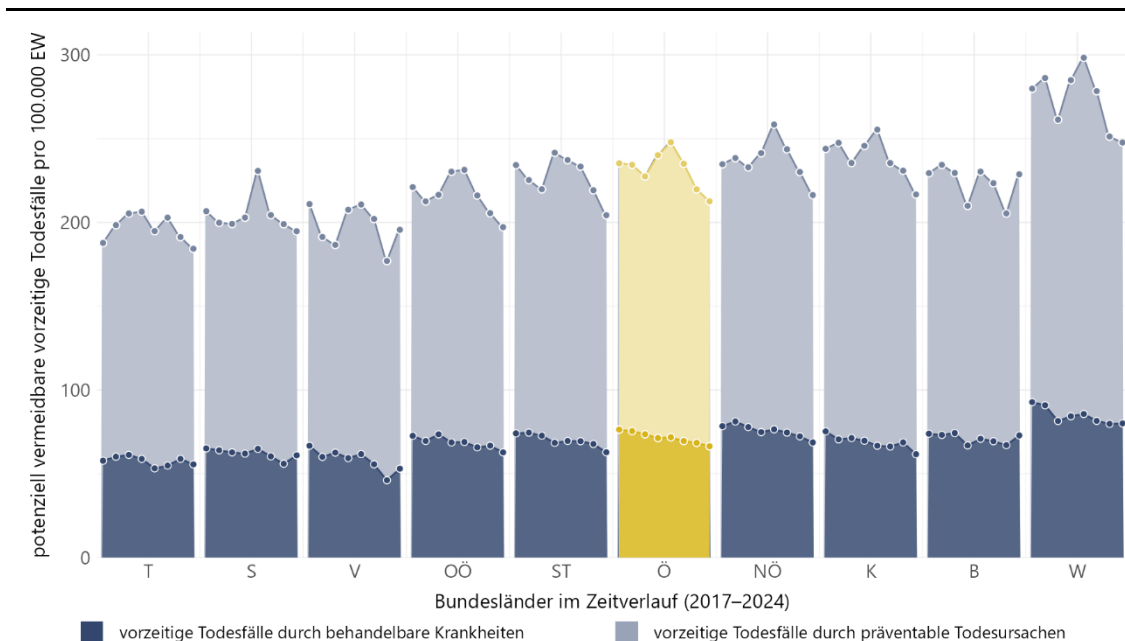
⁹ 2024 waren die fünf häufigsten behandelbaren Todesursachen in Österreich (ICD-10-3-Steller, in absteigender Reihenfolge): bösartige Neubildungen der Brustdrüse, akute Myokardinfarkte (diese gehen jeweils zur Hälfte in die behandelbaren und die präventablen Todesursachen ein), chronische ischämische Herzkrankheiten, bösartige Neubildungen des Dickdarmes und bösartige Neubildungen des Rektums.

Assessments (HSPA) herangezogen¹⁰. Niedrige Werte sprechen für ein gut funktionierendes Versorgungssystem, das zeitgerecht und wirksam auf behandelbare Krankheiten reagiert; hohe Werte weisen hingegen auf Handlungsbedarf hin.

In Österreich lag die Sterblichkeit der unter 75-Jährigen, die durch rechtzeitige und effektive medizinische Interventionen potenziell vermeidbar gewesen wäre, im Jahr 2024 bei 66,4 Todesfällen pro 100.000 EW. Das entspricht einem Rückgang um 2,9 Prozent gegenüber 2023 (68,4 Todesfälle). Zwischen den Bundesländern bestehen deutliche Unterschiede: Wien verzeichnete mit 80,1 Todesfällen pro 100.000 EW die höchste behandelbare Sterblichkeit, während Vorarlberg mit 53,0 den niedrigsten Wert aufwies. Obwohl in einzelnen Bundesländern (Burgenland, Salzburg, Vorarlberg und Wien) zwischen 2023 und 2024 Anstiege zu beobachten waren, zeigt der langfristige Trend von 2017 bis 2024 in allen Bundesländern rückläufige Werte.

Ein verwandtes Konzept bildet die **Messgröße 27**, „Vorzeitige Todesfälle durch präventable Todesursachen“ (preventable mortality). Sie misst jene Todesfälle, die potenziell durch präventive und gesundheitsfördernde (Public-Health-)Interventionen wie Impfungen, Gesundheitsaufklärung oder Veränderungen des Lebensstils verhindert werden können. Daher ist diese Messgröße im Themenbereich Gesundheitsförderung, Präzärprävention, Gesundheitskompetenz und Impfungen verortet und wird dort ausführlich erläutert. Gemeinsam mit der Messgröße 16 ergibt sie die vermeidbare Sterblichkeit („avoidable mortality“), weshalb beide Messgrößen in diesem Abschnitt gemeinsam dargestellt werden (siehe Abbildung 21).

Abbildung 21: Vermeidbare Sterblichkeit („avoidable mortality“), bestehend aus vorzeitigen Todesfällen durch behandelbare Ursachen („treatable mortality“, Messgröße 16) und präventablen Ursachen („preventable mortality“, Messgröße 27)



Quelle: Todesursachenstatistik, Statistik Austria, Darstellung: GÖG

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

6 Themenbereich Digitalisierung/Daten

Auch dieser Themenbereich stützt sich auf das Grundprinzip der intendierten Patientenlenkung „digital vor ambulant vor stationär“ sowie auf den Ausbau der öffentlichen Gesundheitstelematikinfrastruktur als Fundament der Digitalisierung im österreichischen Gesundheitssystem. Digitale Prozesse und Anwendungen bieten ein großes Potenzial für die zukünftige Ausrichtung und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und sollen u. a. basierend auf der österreichischen eHealth-Strategie sukzessive ausgebaut werden.

eHealth-Governance, öffentliche Gesundheitstelematikinfrastruktur, digital unterstützte Versorgung und Verbesserung der Steuerungskompetenz (op. Ziele 9, 10, 11 und 12)

Der Themenbereich Digitalisierung umfasst die **operativen Ziele 9 bis 12**, die sich der Neugestaltung der eHealth Governance, der Sicherung und Weiterentwicklung der öffentlichen Gesundheitstelematikinfrastruktur (öGTI), der Bereitstellung digital unterstützter Versorgungsprozesse bzw. Anwendungen sowie der Verbesserung der Steuerungskompetenz im Gesundheitssystem widmen. Dabei soll zum einen die Gesundheitsberatung 1450 als zentraler digitaler Einstieg dienen und gemeinsam mit gesundheit.gv.at wesentlich zur Orientierung der Patient:innen im System beitragen. Zum anderen soll die elektronische Gesundheitsakte ELGA als zentrale Infrastruktur im Bereich eHealth und Digitalisierung fungieren (BMSGPK 2024).

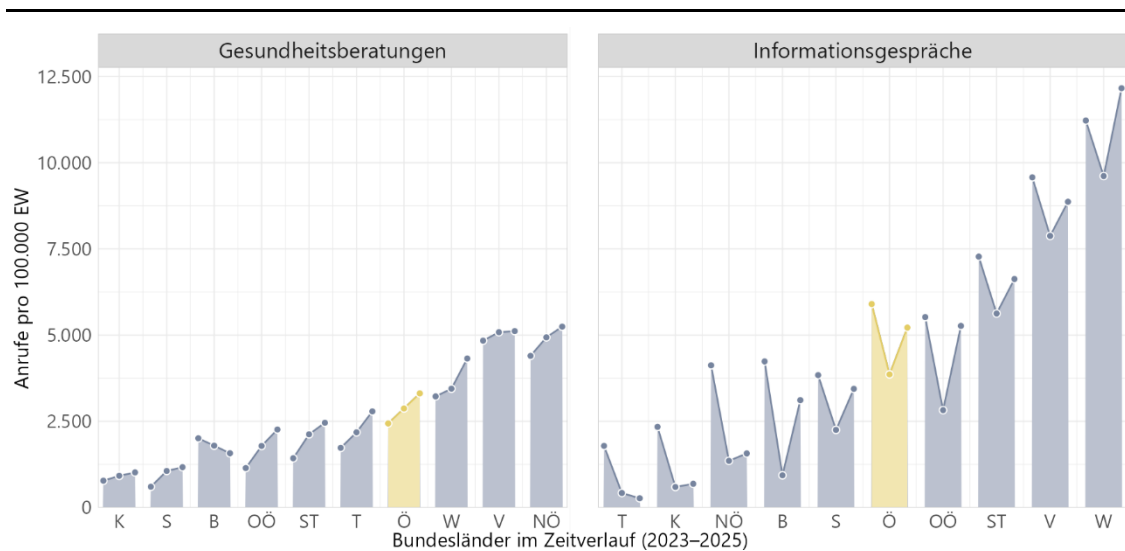
Ein zentrales Element zur Steuerung und Lenkung von Patient:innen ist die Gesundheitsberatung 1450, ein telemedizinisches Erstkontakt- und Beratungsservice, das von Bund, Ländern und Sozialversicherung gemeinsam betrieben wird. Es ist rund um die Uhr erreichbar und soll Patient:innen zum Best Point of Service leiten, um Versorgungsstrukturen zu entlasten. Ein bundesweit einheitlicher Triage-Algorithmus unterstützt die Beratung und trägt damit zur Steuerungskompetenz im Gesundheitssystem bei (operatives Ziel 12). Künftig soll die Gesundheitsberatung 1450 als zentraler digitaler Einstieg dienen und weiter ausgebaut werden. Auch die elektronische Gesundheitsakte ELGA soll kontinuierlich erweitert werden, sowohl hinsichtlich des Umfangs der enthaltenen Gesundheitsdaten als auch durch die Ergänzung weiterer eHealth-Services, damit sie optimal als Infrastruktur im Bereich eHealth und Digitalisierung fungieren kann (BMSGPK 2024).

Die **Messgröße 17** zeigt die Anzahl der Anrufe bei 1450 pro 100.000 EW, Jahr und Bundesland und unterscheidet zwischen Anrufen mit Gesundheitsberatung und Informationsgesprächen. Gesundheitsberatungen erfolgen durch medizinisches Fachpersonal, unterstützt von einem digitalen Expertensystem bzw. Algorithmus, während Informationsgespräche allgemeine Auskünfte wie Öffnungszeiten, Gesundheitsdiensteanbieter:innen in der Nähe und Gesundheitsangebote umfassen und von Call-Takern durchgeführt werden. Im Jahr 2025 wurden österreichweit 3.310 Anrufe mit Gesundheitsberatungen pro 100.000 EW verzeichnet – eine Steigerung von 15,2 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Die meisten Anrufe pro 100.000 EW im Bundesländervergleich hatte Niederösterreich (5.245) gefolgt von Vorarlberg (5.116) und Wien (4.321). Tirol, die Steiermark und Oberösterreich lagen bei 2.788, 2.459 bzw. 2.263 Anrufen bei der Gesundheitsberatung pro 100.000 EW. Die geringsten Anruftzahlen in Bezug auf die Bevölkerung wiesen das Burgenland (1.575), Salzburg (1.171) und Kärnten (1.019) auf, wobei das Burgenland als einziges Bundesland einen Rückgang (–12,2 %) gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen hatte.

Informationsgespräche lagen mit 5.217 Anrufen pro 100.000 EW deutlich über den Beratungs-
gesprächen. Wien war hier Spitzenreiter mit 12.159 Informationsgesprächen pro 100.000 EW,
gefolgt von Vorarlberg (8.866). Die Bundesländer mit der geringsten Anzahl an Informationsge-
sprächen pro 100.000 EW waren Niederösterreich (1.569), Kärnten (689) und Tirol (269) (siehe
Abbildung 22).

Insgesamt lagen die Anrufzahlen bei 1450 im Jahr 2025 deutlich unter den Spitzenwerten von
2021 bzw. 2022 mit 82.606 bzw. 73.654 Anrufen pro 100.000 EW. Dieser Unterschied ist neben
dem allgemein erhöhten Informationsbedarf aufgrund der COVID-19-Pandemie auch vor dem
Hintergrund der erweiterten Aufgaben wie Verdachtsfallabklärung und Beauskunftung aller An-
liegen mit COVID-19-Bezug sowie der teilweisen Terminkoordination der COVID-19-Schutzimp-
fung seitens 1450 im Zuge der Pandemiebekämpfung zu erklären. Die Informationsgespräche
gingen in den letzten Jahren wieder auf ein Prä-COVID-19-Niveau zurück. Ein weiteres Sinken
wird aktuell nicht erwartet.

Abbildung 22: Anrufe bei 1450 pro 100.000 EW (Messgröße 17)



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

Die österreichweit häufigste Empfehlung im Jahr 2025 lautete mit einem Anteil von 26,2 Prozent, sich an den niedergelassenen Bereich zu wenden (vgl. Abbildung 23). Knapp über ein Viertel der Anrufer:innen erhielt die Empfehlung, ein Krankenhaus aufzusuchen. In 24,4 Prozent der Fälle wurde der Anruf mit dem Ärztenotdienst 141 verbunden oder ein Notarzteinsatz¹¹ ausgelöst, während in 14,3 Prozent der Fälle die Rettung entsandt wurde.

Empfehlungen zur Selbstversorgung machten knapp über 5 Prozent aus. Die restlichen Empfeh-
lungen entfielen auf Apotheken, Anrufe bei einer anderen Hotline und Acute Community
Nursing (ACN), welches zum Zeitpunkt der Datenerhebung nur in Niederösterreich verfügbar
war (5,3 % in NÖ). Trotz des österreichweit einheitlichen digitalen Abfragealgorithmus zeigten

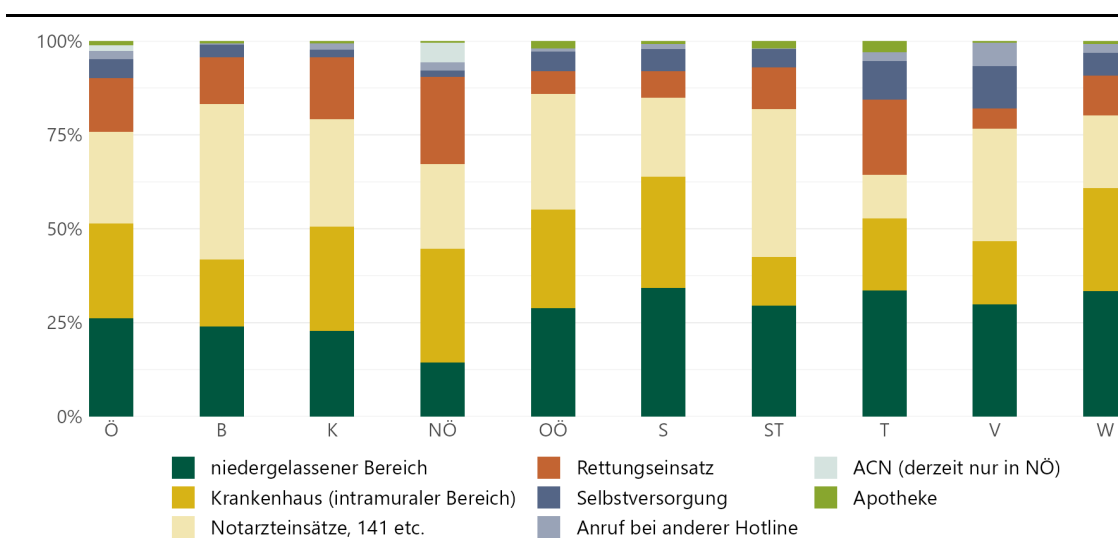
¹¹ inkludiert diverse Angebote, z. B. Nachtärzt:innen, Visitenärzt:innen, Ärztelehrdienst, Bereitschaftsärzt:innen, den hausärztlichen Not-
dienst (HÄND) außerhalb der Öffnungszeiten regulärer niedergelassener Versorgung und der Zeit für Hausbesuche, die Versorgung
am Standort des Leistungserbringers (z. B. Ärztelehrdienst-Ambulanz) oder eine telefonische Konsultation ohne Besuch, vgl.
Dachverband der Sozialversicherungsträger et al. (2023)

sich deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Empfehlung zur Selbstversorgung: Vorarlberg wies hier mit 11,3 Prozent den höchsten Anteil auf, dicht gefolgt von Tirol mit 10,3 Prozent. Im Burgenland, in Kärnten und in Niederösterreich lag der Anteil hingegen bei lediglich 3,3, 2,0 bzw. 1,6 Prozent.

In 24,4 Prozent der Fälle wurde der Anruf mit dem Ärztenotdienst 141 verbunden oder ein Notarzteinsatz ausgelöst, während in 14,3 Prozent der Fälle die Rettung entsandt wurde.

In fünf Bundesländern stellten der Ärztenotdienst 141 und Notarzteinsätze anteilmäßig die größte Versorgungskategorie dar: beginnend mit dem Burgenland mit 41,4 Prozent, der Steiermark mit 39,4 Prozent, Oberösterreich mit 30,8 Prozent, Vorarlberg mit 30,0 Prozent und Kärnten mit 28,6 Prozent. In Salzburg (34,3 %), Tirol (33,6 %) und Wien (33,3 %) war die Empfehlung, sich an den niedergelassenen Bereich zu wenden, die häufigste und in Niederösterreich mit 30,3 Prozent jene, ein Krankenhaus aufzusuchen.

Abbildung 23: Anteil der Empfehlungen für Anrufer:innen bei 1450 in Prozent 2025
(Messgröße 17)



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

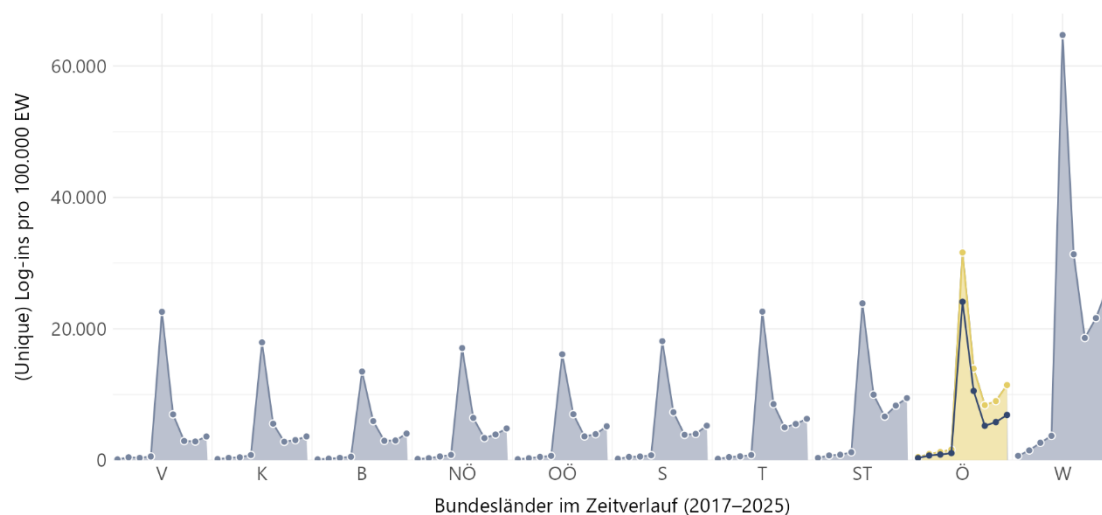
Die elektronische Gesundheitsakte ELGA ist ein zentrales Element der österreichischen Gesundheitstelematikinfrastruktur, deren Weiterentwicklung eines der strategischen Ziele der österreichischen eHealth-Strategie ist. ELGA soll die Qualität der medizinischen Behandlung und Betreuung durch einen verbesserten Informationsfluss zwischen Gesundheitsdiensteanbieter:innen (GDA) sowie durch ein optimiertes Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Leistungserbringer:innen steigern. Ergänzend verfolgt ELGA den Anspruch, Transparenz gegenüber Bürger:innen sowie Patient:innen zu gewährleisten.

Die **Messgröße 18** bildet die Nutzung der elektronischen Gesundheitsakte ELGA ab und umfasst zwei Indikatoren: die Nutzung der Einsichtsmöglichkeiten durch Bürger:innen über das „ELGA Bürgerportal“ sowie die Nutzung durch GDA im Versorgungskontext (BMSGPK 2024). Beide Indikatoren zusammen geben Aufschluss über den Fortschritt der ELGA-Durchdringung sowohl aufseiten der GDA als auch in der Bevölkerung.

Auf Bevölkerungsebene wurden im Jahr 2025 österreichweit 11.438 Zugriffe auf das „ELGA Bürgerportal“ pro 100.000 EW gezählt – ein Plus von 27,1 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Die meisten Zugriffe entfielen 2025 auf Wien mit 26.154 pro 100.000 EW, was einer Zunahme von 20,1 Prozent entspricht. Dahinter lag die Steiermark mit 9.460 Log-ins pro 100.000 EW und einem Anstieg von 13,8 Prozent. Die größte relative Zunahme im Vergleich zum Vorjahr verzeichnete das Burgenland mit 35,0 Prozent und 4.056 Log-ins pro 100.000 EW. Die geringste Nutzung wurde in Vorarlberg mit 3.612 Log-ins pro 100.000 EW beobachtet.

Bei den Unique Log-ins auf dem Bürgerportal (das heißt nur einmalige Zählung einer IP-Adresse pro Monat) betrug die Zunahme von 2024 auf 2025 insgesamt 18,7 Prozent. Österreichweit lag der Wert bei 6.888 Unique Log-ins pro 100.000 EW. Im Kontext der COVID-19-Pandemie traten die höchsten Nutzungszahlen im Jahr 2021 auf – mit 31.617 Log-ins gesamt bzw. 24.118 Unique Log-ins pro 100.000 EW.

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



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

Quelle: BRZ, SVC; Darstellung: GÖG

Im Jahr 2025 wurden insgesamt 60,8 Millionen Transaktionen¹² mit eBefunden durchgeführt (lesen oder schreiben; vgl. Abbildung 25). Dies entspricht einer Steigerung von 24,3 Prozent gegenüber 2024. Der Großteil entfiel mit 26,61 Millionen eBefunden auf Krankenanstalten. Niedergelassene Ärzt:innen folgten mit 22,01 Millionen, während Pflegeeinrichtungen sowie Ambulatorien und Institute deutlich geringere Transaktionszahlen aufwiesen (0,07 bzw. 4,28 Millionen).

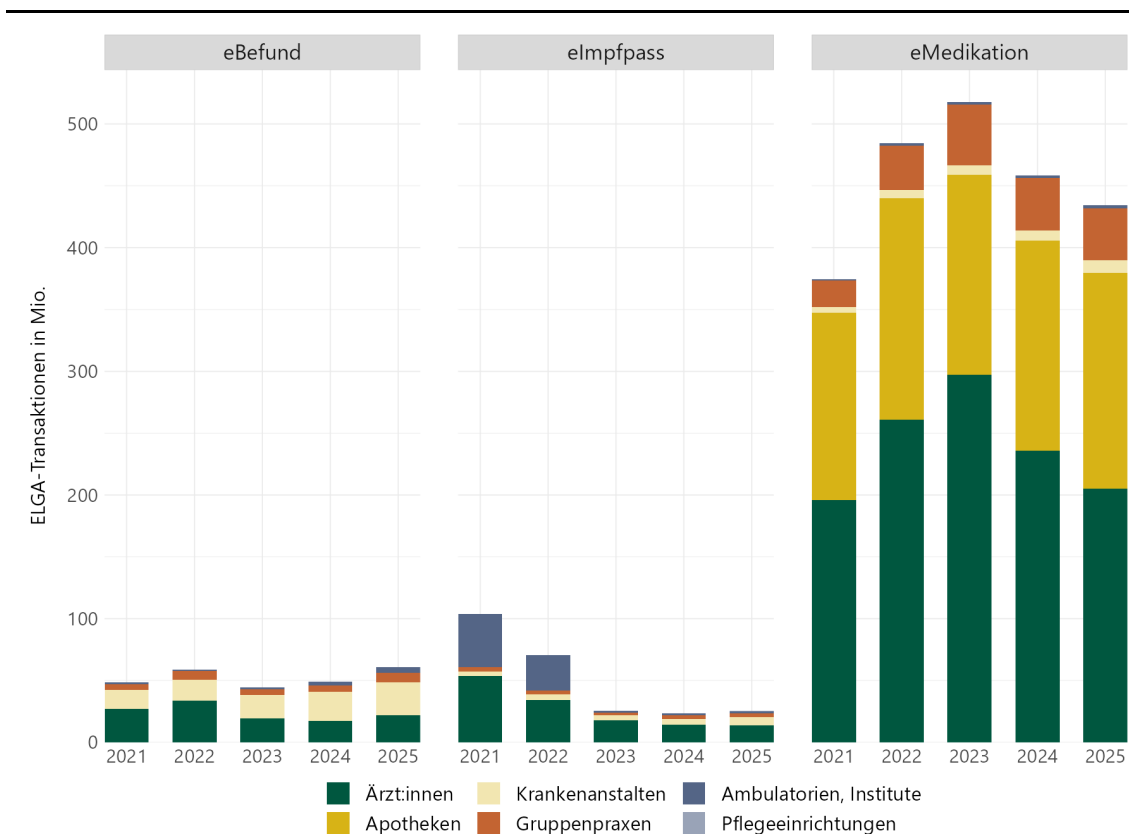
Die Anzahl der Transaktionen im Zusammenhang mit dem elmpfpass (lesen oder schreiben) betrug 2025 rund 27,1 Mio. Im Vergleich zum Vorjahr 2024 gab es damit wieder einen leichten Anstieg von 5,9 Prozent. Niedergelassene Ärzt:innen führten mit 13,74 Millionen die meisten

¹² „Transaktion“ bei ELGA bezieht sich auf jede Aktion, die im System durchgeführt wird, wie das Abrufen, Speichern oder Ändern von Gesundheitsdaten. Als Transaktionen im Zusammenhang mit eBefunden werden im Folgenden die Transaktionen „eBefunde schreiben“ oder „eBefunde lesen“ herangezogen. Vgl. die Liste der Transaktionen, die protokolliert werden: [ELGA AuditEventType - Austrian e-Health Terminology Browser](#)

elmpfpass-Transaktionen durch. Krankenanstalten und Gruppenpraxen folgten mit 6,58 bzw. 3,21 Millionen, während Pflegeeinrichtungen sowie Ambulatorien und Institute im Vergleich zu den anderen GDAs geringere Werte verzeichneten (0,03 Millionen bzw. 1,75 Millionen).

Die mit Abstand häufigste Transaktion betraf die eMedikation (lesen oder schreiben) mit rund 434,4 Millionen Transaktionen im Jahr 2025, wobei hier ein Rückgang um 5,3 Prozent im Vergleich zum Vorjahr beobachtbar ist. Die meisten eMedikations-Transaktionen erfolgten durch niedergelassene Ärzt:innen (205,3 Millionen), gefolgt von Apotheken (174,4 Millionen). Pflegeeinrichtungen sowie Ambulatorien und Institute verbuchten deutlich geringere Transaktionszahlen (0,26 Millionen bzw. 2,27 Millionen).

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



Quelle: BRZ, SVC; Darstellung: GÖG

Neben der absoluten Nutzung zeigt Messgröße 18 auch den Anteil der an ELGA angebotenen GDA, die im jeweiligen Jahr Transaktionen durchgeführt haben. Für eBefunde war dieser Anteil im Jahr 2025 bei den Krankenanstalten mit 69,4 Prozent am höchsten. Das bedeutet, dass 69,4 Prozent der an ELGA angebotenen Krankenanstalten eBefund-Transaktionen (lesen oder schreiben) durchführten. Gruppenpraxen folgten knapp dahinter mit 64,5 Prozent. Pflegeeinrichtungen, Ambulatorien und Institute sowie niedergelassene Ärzt:innen nutzten eBefunde fast gleichauf mit 22,6 , 20,1 bzw. 18,9 Prozent.

Bei den Transaktionen im Zusammenhang mit dem Impfpass (lesen oder schreiben) war 2025 der höchste Anteil bei Apotheken mit 89,2 Prozent. Gruppenpraxen und Krankenanstalten folgten mit 69,3 Prozent bzw. 67,5 Prozent. Bei niedergelassenen Ärzt:innen lag der Anteil bei 32,6 Prozent. Ambulatorien und Institute sowie Pflegeeinrichtungen verzeichneten geringere Nutzungsanteile von 15,6 Prozent bzw. 11,6 Prozent.

Bei der eMedikation zeigten die angebundenen Apotheken mit 97,1 Prozent erneut den höchsten Anteil an nutzenden GDA. Gruppenpraxen und Krankenanstalten folgten mit 84,0 bzw. 67,1 Prozent. Niedergelassene Ärzt:innen sowie Ambulatorien und Institute verzeichneten Anteile von 31,1 Prozent bzw. 22,0 Prozent. Den niedrigsten Anteil wiesen die Pflegeeinrichtungen mit 15,0 Prozent auf.

7 Themenbereich Medikamente

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

Ein wesentliches Element ist die Implementierung eines Bewertungsboards für ausgewählte, hochpreisige und spezialisierte Arzneimittel im intramuralen Bereich bzw. an der Nahtstelle zwischen extra- und intramuralem Bereich. Das Bewertungsboard soll durch Empfehlungen zur Anwendung ausgewählter Arzneyspezialitäten sicherstellen, dass diese bundesweit einheitlich und unabhängig vom Wohnort der Patient:innen verfügbar sind und eingesetzt werden. Ergänzend sieht der Zielsteuerungsvertrag die Entwicklung von Versorgungsmodellen und sektorenübergreifenden Finanzierungskonzepten sowie im intramuralen Bereich einen Prozess zur überregionalen Finanzierung ausgewählter Arzneimittel vor. Weitere Maßnahmen betreffen die Versorgungssicherheit, u. a. Lagerhaltung von Arzneimitteln und Wirkstoffen sowie Initiativen zur Erhöhung der Transparenz innerhalb der Arzneimittellieferkette sowie für Patient:innen.

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

Die Arzneimittelversorgung an der Nahtstelle zwischen dem extramuralen und dem intramuralen Bereich stellt aufgrund der Fragmentierung des österreichischen Gesundheitssystems eine besondere Herausforderung für den einheitlichen und wohnortunabhängigen Zugang zu Arzneimitteln dar. Ein zentraler Bestandteil der aktuellen Gesundheitsreform war daher die Einrichtung des Bewertungsboards für ausgewählte, hochpreisige und spezialisierte Arzneimittel, die im intramuralen Bereich oder an der Schnittstelle zwischen extramuralem und intramuralem Sektor eingesetzt werden.

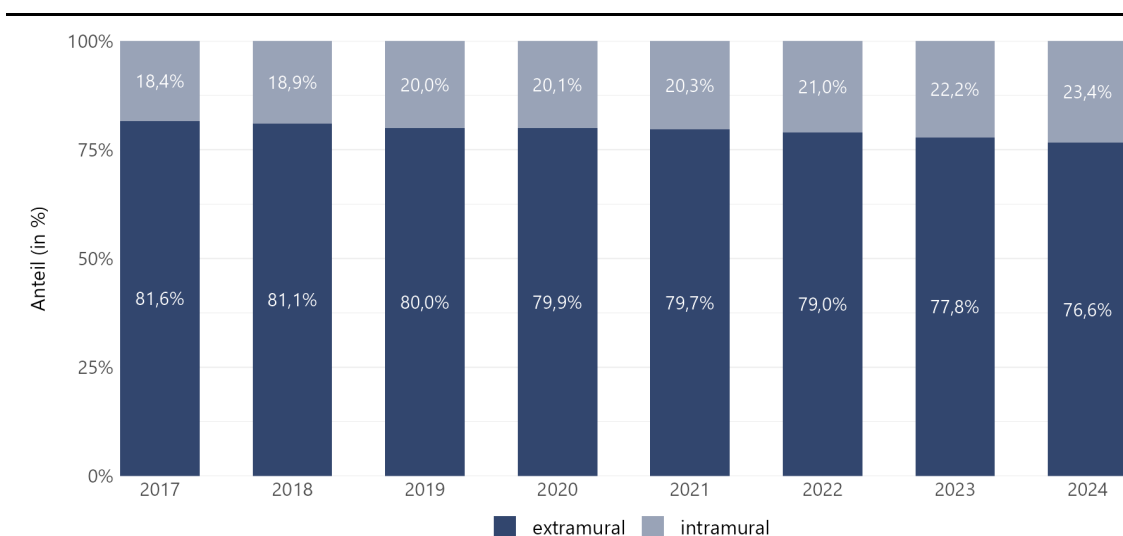
Im niedergelassenen Bereich existiert mit dem EKO-Prozess bereits ein etabliertes, einheitliches Bewertungsverfahren für Arzneimittel. Für den intramuralen Bereich und die Nahtstelle gab es bisher in Österreich jedoch kein vergleichbares System. Das Bewertungsboard wurde 2024 eingerichtet, um einen gerechten und raschen Zugang zu ausgewählten Arzneimitteln sowie deren einheitlichen Einsatz im intramuralen Bereich sowie an der Nahtstelle zwischen den beiden Sektoren bundesweit sicherzustellen.

Messgröße 19 dokumentiert den Fortschritt beim bundesweit einheitlichen Zugang zu Arzneimitteln und bei deren sektorenübergreifender Finanzierung an der Nahtstelle zwischen intra- und extramuralem Bereich. Erfasst wird die Anzahl jener Arzneyspezialitäten, für die eine Vereinbarung zwischen Sozialversicherung und allen Bundesländern über einen bundesweit einheitlichen Einsatz und eine sektorenübergreifende Finanzierung besteht – insbesondere relevante Nahtstellenprodukte im Bewertungsboardprozess. Alle abgeschlossenen bzw. laufenden Bewer-

tungsverfahren behandel(te)n Arzneimittel, welche dem intramuralen Bereich zugeordnet wurden; dazu erfolgten zwei Empfehlungen im Januar und Juni 2025¹³. Für Nahtstellenprodukte gab es bisher keine Bewertungsverfahren und folglich noch keine Empfehlungen.

Die **Messgröße 20** gibt Einblick in die Entwicklung des Verhältnisses zwischen den Arzneimittelausgaben des intramuralen und jenen des extramuralen Bereichs in Österreich. Die Ausgaben im extramuralen Bereich umfassen sowohl verschriebene Arzneimittel als auch Over-the-Counter-Produkte¹⁴. Die Ausgaben im intramuralen Bereich umfassen einerseits die relevanten Kosten der Landesgesundheitsfonds-(LGF-)finanzierten Krankenanstalten¹⁵ sowie andererseits die anhand der Anzahl der Krankenanstaltsaufenthalte und der durchschnittlichen Kosten pro Aufenthaltstag in LGF-finanzierten KA geschätzten relevanten Kosten der nicht-LGF-finanzierten KA. Abbildung 26 zeigt die Entwicklung der Ausgabenanteile seit 2017. Der Großteil der Arzneimittelausgaben entfällt weiterhin auf den niedergelassenen Bereich (Abgabe in öffentlichen Apotheken bzw. durch hausapothekenführende Ärzt:innen). Zum Teil bedingt durch den verstärkten Einsatz hochpreisiger innovativer Therapien in den österreichischen Krankenanstalten, steigt der Anteil des intramuralen Bereichs seit Jahren kontinuierlich. Im Jahr 2024 betrug der extramurale Anteil an den Arzneimittelausgaben 76,6 Prozent, der intramurale Anteil 23,4 Prozent.

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



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

Neben den Indikatoren zum bundesweit einheitlichen Zugang zu Arzneimitteln und deren Finanzierung werden im Rahmen des Monitorings für den Zielsteuerungsvertrag auch Indikatoren zur Qualität der Arzneimittelverordnungen erhoben. Die gleichzeitige Einnahme mehrerer Me-

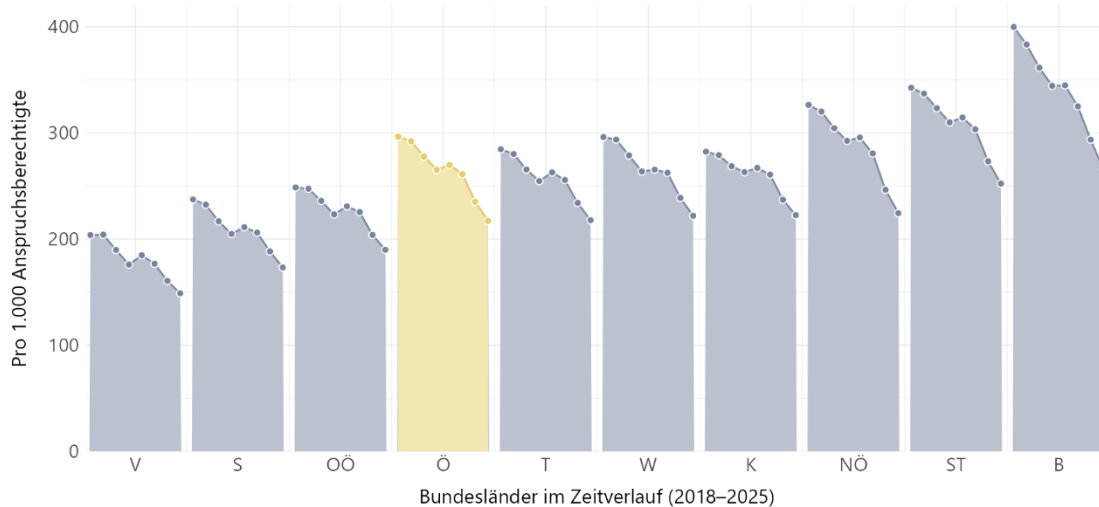
¹³ Arzneimittel im Bewertungsprozess: <https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:8c6b8ecd-5255-49f8-9e2d-0efed4a39ec9/Arzneimittelliste%20Stand%20Februar%202026.xlsx>

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

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

dikamente erhöht insbesondere bei älteren und multimorbiden Menschen das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen (Keuerleber/Sauermann 2016). Die Polypharmazie-Prävalenz (**Messgröße 21a**) der über 70-Jährigen – definiert als Anzahl der Anspruchsberechtigten mit mehr als fünf gleichzeitig verschriebenen Wirkstoffen pro 1.000 Anspruchsberechtigte – lag im Jahr 2025 zwischen 149 in Vorarlberg und 265 im Burgenland; österreichweit betrug sie 217.¹⁶ Das bedeutet, dass etwas mehr als jede fünfte Person, die im Jahr 2025 71 Jahre oder älter wurde, mehr als fünf verschiedene rezeptpflichtige Arzneimittel gleichzeitig verschrieben bekommen hat. Im Zielsteuerungsvertrag wurde eine Senkung der Prävalenzrate als Zielvorgabe festgelegt. Im Vergleich zum Vorjahr konnte die Polypharmazie-Prävalenz der über 70-Jährigen um knapp 8 Prozent reduziert werden (vgl. Tabelle 40).

Abbildung 27: Polypharmazie-Prävalenz – über 70-jährige Anspruchsberechtigte mit mehr als fünf verschriebenen verschiedenen Wirkstoffen pro 1.000 Anspruchsberechtigte (Messgröße 21a)



Quelle: Meldung DVS 2026; Darstellung: GÖG

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

Weiters wird der Anteil der über 65-jährigen Anspruchsberechtigten mit mindestens einer potenziell inadäquaten Medikation¹⁷ (PIM) gemessen. Als neue Berechnungsgrundlage dafür dient die PRISCUS-2.0-Liste¹⁸ (Mann et al. 2023), die 265 potenziell inadäquate Verschreibungen für über 65-Jährige in Österreich definiert¹⁹. Dazu zählen Wirkstoffe bzw. Präparate

- ohne nachweisliche Wirkung (z. B. Ginkgo-Präparate),
- mit potenziell schädlichen Wirkungen für die Patient:innen oder solche,
- für die effektivere und sicherere Alternativen zur Verfügung stehen.

Die fünf am häufigsten verschriebenen PIM-Wirkstoffe im Jahr 2025 waren in absteigender Reihenfolge: Pantoprazol, Ginkgoblatt, Spironolacton, Diclofenac und Quetiapin.

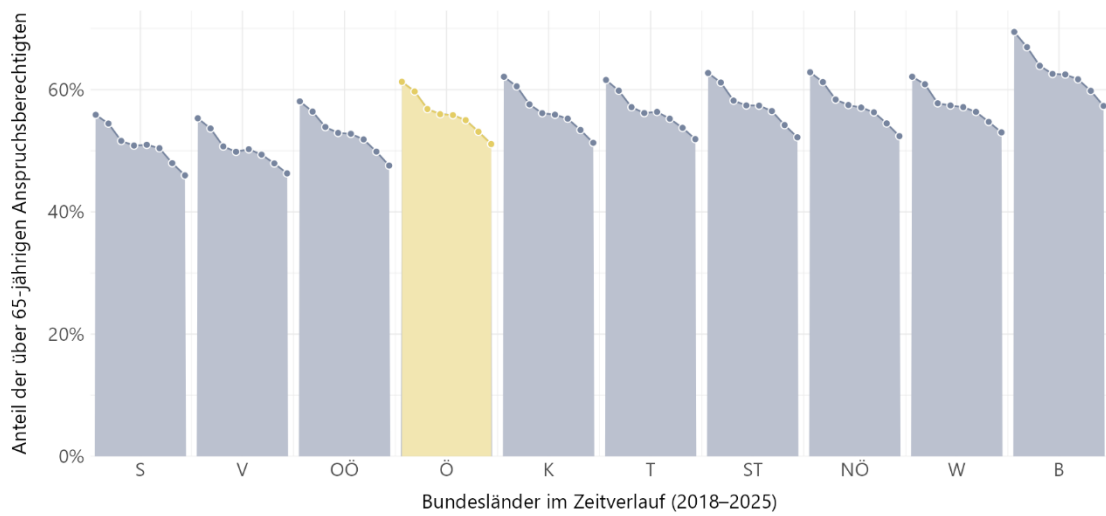
Im Jahr 2025 kam es im Vergleich zu 2024 zu einem Rückgang der PIM-Prävalenz um 3,8 Prozent. Auch langfristig zeigte sich hier österreichweit sowie in allen Bundesländern ein deutlicher Rückgang (vgl. Tabelle 41). Österreichweit sank die PIM-Prävalenz seit 2018 um 16,6 Prozent, ohne auffällige Unterschiede im Trend zwischen den Bundesländern. Die PIM-Prävalenz variierte 2025 jedoch deutlich zwischen den Bundesländern: Sie lag in Salzburg bei 46,0 Prozent, im Burgenland bei 57,3 Prozent, und österreichweit betrug sie 51,1 Prozent.

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

¹⁸ <https://www.priscus2-0.de>

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

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



Quelle: Meldung DVSV 2026; Darstellung: GÖG

8 Themenbereich Gesundheitsförderung & Primärprävention & Gesundheitskompetenz & Impfungen

Die Stärkung zielgerichteter Gesundheitsförderung und Primärprävention sowie der Gesundheitskompetenz spielt eine entscheidende Rolle für die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit einzelner Personen und der Bevölkerung insgesamt. Dies zeigt sich unter anderem an der Zunahme gesunder Lebensjahre. Durch Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Lebensstils und zur Prävention von Krankheiten sollen gesundheitliche Risiken reduziert und die allgemeine Gesundheit der Bevölkerung verbessert werden. Eine hohe Gesundheitskompetenz befähigt Menschen, informierte Entscheidungen über ihre Gesundheit zu treffen (Haeger et al. 2024). Die Maßnahmen in diesem Bereich tragen insgesamt dazu bei, die Lebensqualität der Bevölkerung zu erhalten oder zu steigern.

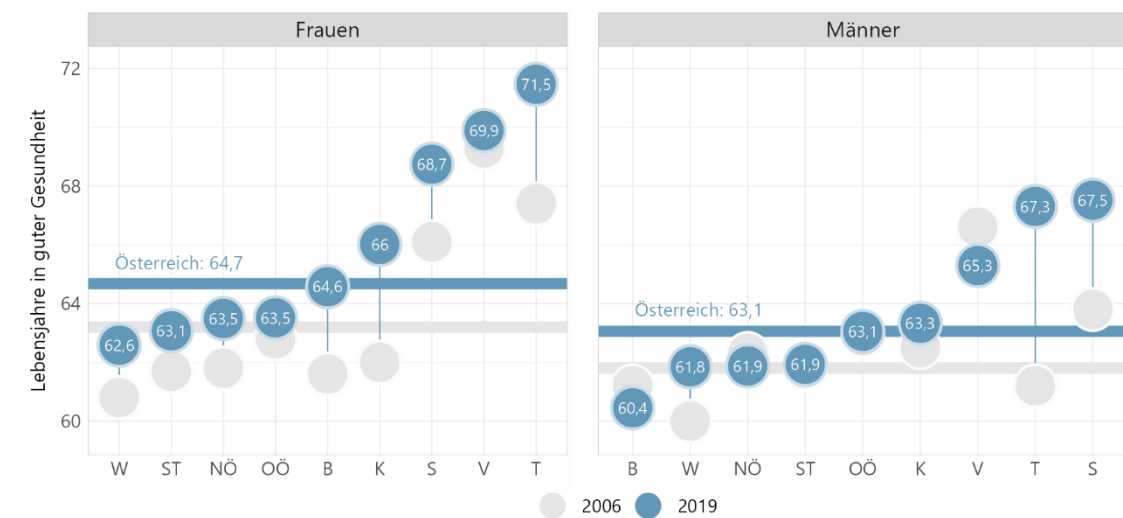
Stärkung zielgerichteter Gesundheitsförderung und Primärprävention sowie der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung (op. Ziele 14 und 15)

Die **Messgröße 22**, Gesunde Lebensjahre bei Geburt, kann langfristig als Indikator für den Impact von Gesundheitsförderung betrachtet werden. Tabelle 42 zeigt die Ergebnisse der ATHIS-Erhebung für das Jahr 2019 im Vergleich zu den ATHIS-Ergebnissen der Jahre 2006 und 2014. Im Jahr 2019 lag die Lebenserwartung in guter Gesundheit bei Frauen bei 64,7 Jahren und bei Männern bei 63,1 Jahren. Im Jahr 2006 hatte sie bei Frauen rund 63,2 Jahre und bei Männern 61,8 Jahre betragen. 2025 fand eine ATHIS-Erhebung statt, ihre Ergebnisse werden für Ende 2026 erwartet und werden weitere Hinweise auf den tatsächlichen Trend liefern.²⁰

Deutliche regionale Unterschiede zeigen sich insbesondere im Vergleich zwischen Wien und Tirol: In Wien lag 2019 die durchschnittliche Lebenserwartung in guter Gesundheit bei 62,2 Jahren (Frauen: 62,6; Männer: 61,8), während sie in Tirol 69,4 Jahre erreichte (Frauen: 71,5; Männer: 67,3; vgl. Abbildung 29).

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

Abbildung 29: Lebensjahre in guter Gesundheit pro Bundesland und Geschlecht 2019 und 2006 (Messgröße 22)



Quelle: ATHIS; Darstellung: GÖG

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit soll die **Gesundheitskompetenz (Messgröße 23)** durch definierte Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene gestärkt werden. Die zuletzt ausgewerteten Daten stammen aus der Österreichischen Gesundheitskompetenz-Erhebung 2020 (HLS₁₉-AT), die – nach der ersten Erhebung im Jahr 2011 – im Rahmen des internationalen Health Literacy Survey (HLS₁₉) des WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL) durchgeführt wurde (The HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-POHL 2021). Für die repräsentative österreichische Stichprobe wurden 2020 rund 3.000 Erwachsene ab 18 Jahren telefonisch befragt (Griebler et al. 2021). Da sich die Erhebungsmethodik gegenüber 2011 verändert hat, wurden die Ergebnisse des Jahres 2011 unter Berücksichtigung von Bildung, Ausbildung/Studium im Gesundheitsbereich, Erwerbsstatus, finanzieller Situation, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad, Bundeslandzugehörigkeit, selbsteingeschätztem Gesundheitszustand und chronischen Erkrankungen statistisch adjustiert. Aufgrund zu kleiner Stichproben für einzelne Bundesländer sind keine belastbaren Bundesländervergleiche möglich; daher werden im vorliegenden Bericht ausschließlich österreichweite Werte dargestellt.

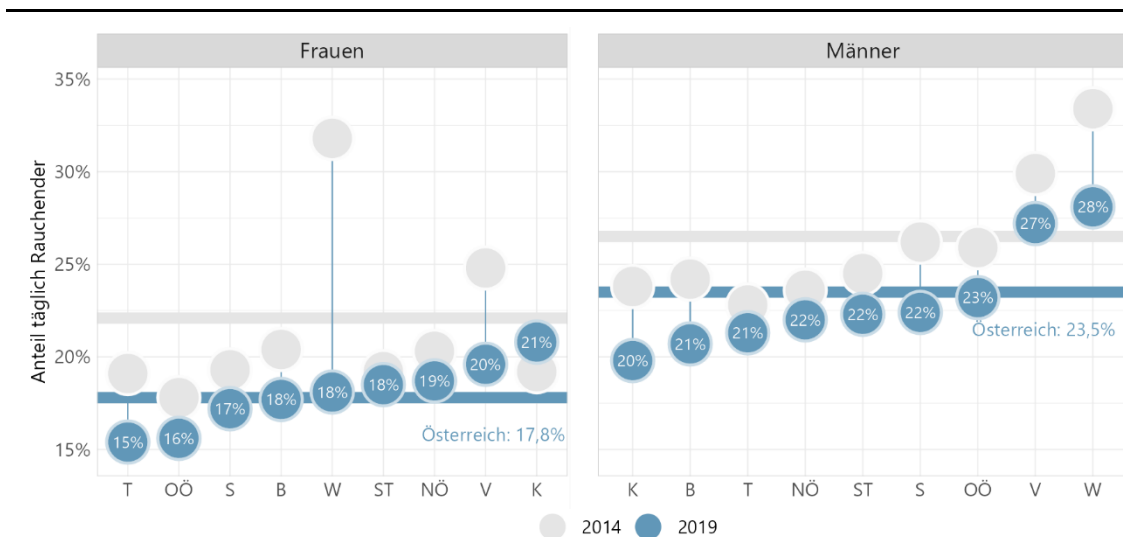
Insgesamt verfügten 2020 53 Prozent der Bevölkerung über eine exzellente oder ausreichende Gesundheitskompetenz (Griebler et al. 2021). Dies entspricht einem Anstieg von rund fünf Prozentpunkten im Vergleich zu 2011 (vgl. Tabelle 43). Im europäischen Vergleich liegt Österreich damit in etwa im Durchschnitt. Laut den Ergebnissen des M-POHL Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS₁₉) verfügen über alle teilnehmenden Staaten hinweg etwa 55 Prozent der Befragten über eine exzellente oder eine ausreichende Gesundheitskompetenz.

Im Winter 2025 wurde die dritte Österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung (HLS₂₄-AT) durchgeführt. Diese Erhebung wird erstmals auch Aussagen auf der Bundesländerebene ermöglichen und zusätzlich Schwerpunktthemen wie Impfkompetenz, psychische Gesundheitskompetenz, chronische Erkrankungen beleuchten. Derzeit liegen jedoch noch keine Auswertungen vor; eine Veröffentlichung der Ergebnisse ist für das Frühjahr 2027 vorgesehen.

Der Anteil täglich Rauchender (**Messgröße 24**) ist ein weitverbreiteter Indikator im Bereich Prävention. Im Jahr 2019 rauchte rund ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung (ab 15 Jahren) täglich.

Beim Rauchverhalten zeigen sich deutliche geschlechtsbezogene Unterschiede: 23,5 Prozent der Männer und 17,8 Prozent der Frauen rauchen täglich. Auch regional bestehen markante Unterschiede: In Tirol lag der Anteil täglich Rauchender bei durchschnittlich 18,3 Prozent, während in Vorarlberg mit 23,4 Prozent hier der höchste Wert verzeichnet wurde. Im Zeitraum 2014–2019 ist die Raucherrate gemäß Daten von Statistik Austria von 24,3 Prozent auf 20,6 Prozent gesunken (vgl. Tabelle 44). Dieser rückläufige Trend zeigte sich sowohl bei Männern (von 26,5 % im Jahr 2014 auf 23,5 % im Jahr 2019) als auch bei Frauen (von 22,1 % auf 17,8 %). Im internationalen Vergleich liegt Österreich weiterhin deutlich über dem Niveau anderer europäischer Länder (Deutschland 2017: 18,8 %; England 2018: 16,6 %; Schweden 2018: 10,1 %) (OECD 2021).

Abbildung 30: Anteil täglich Rauchender pro Bundesland und Geschlecht 2019 und 2014 (Messgröße 24)



Quelle: ATHIS; Darstellung: GÖG

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

In den Jahren 2017–2024 lag der tägliche Pro-Kopf-Konsum (**Messgröße 25a**) der Bevölkerung ab 15 Jahren jeweils bei etwa 25 Gramm Alkohol pro Tag, was ungefähr einem halben Liter Bier oder einem Viertelliter Wein entspricht. Der Pro-Kopf-Konsum der erwachsenen Bevölkerung hat sich in den vergangenen Jahren nur geringfügig verändert (Anzenberger et al. 2024).

Schwerwiegende gesundheitliche Probleme treten vor allem bei chronischem Missbrauch oder Alkoholabhängigkeit auf, was insbesondere Erwachsene mittleren und höheren Alters betrifft. Als Grenzwerte für problematischen Alkoholkonsum gilt eine Konsummenge mit deutlich erhöh-

tem Gesundheitsrisiko von 40 Gramm Alkohol pro Tag für Frauen (entspricht knapp unter einem Liter Bier) und 60 Gramm Alkohol für Männer. Die **Messgröße 25b** (Problematischer Alkoholkonsum) zeigt, dass auf Basis der korrigierten Angaben der Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2020 bei 15 Prozent der Bevölkerung von gesundheitsgefährdendem Alkoholkonsum auszugehen ist (18,5 % der Männer bzw. 10,5 % der Frauen) (Strizek et al. 2024).

Die Zahngesundheit von Kindern wurde im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ebenfalls als Indikator im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention definiert (**Messgröße 26**). Abbildung 31 zeigt den Anteil der sechs- bis siebenjährigen Kinder mit kariesfreiem Gebiss sowie den Gebissanierungsgrad. Der Anteil kariesfreier Gebisse beschreibt, wie viele dieser Kinder keine Anzeichen aktiver oder behandelter Karies im Milchgebiss haben. Dazu gehört, dass weder kariöse Zähne gefunden wurden noch Zähne wegen Karies gefüllt oder gezogen waren. Der Sanierungsgrad hingegen zeigt an, welcher Anteil der Kinder mit kariösen Milchzähnen bereits zahnärztlich behandelt wurde (z. B. durch Füllungen). Ein hoher Sanierungsgrad, welcher angestrebt wird, bedeutet dementsprechend, dass viele Kinder mit kariösen Milchzähnen zahnärztlich versorgt wurden, indem die kariösen Milchzähne bereits saniert wurden und nur wenige unbehandelt bleiben. Gemessen wird dieser anhand des d_3mft -Werts²¹.

Laut der Zahnstatuserhebung 2024 (Schwarz/Kölldorfer 2025) waren rund 58 Prozent der sechs- bis siebenjährigen Kinder kariesfrei. Dies bedeutet eine leichte Verbesserung um 3,2 Prozent gegenüber 2016. Zwischen den Bundesländern zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede: Der Anteil kariesfreier Kinder reicht von 72 Prozent in Tirol bis 51 Prozent im Burgenland (vgl. Tabelle 47). Der Sanierungsgrad lag österreichweit bei 28 Prozent. Damit blieb ein erheblicher Anteil kariöser Milchzähne (72 %) zahnärztlich unbehandelt oder wurde in fortgeschrittenem Stadium extrahiert. Dies deutet darauf hin, dass weiterhin Barrieren beim Zugang zu adäquater zahnmedizinischer Versorgung bestehen. Im europäischen Vergleich liegen Österreichs Werte beim Anteil der Kinder mit kariesfreien Milchzähnen deutlich unter jenen führender Länder wie Norwegen (81 %), Dänemark (78 %) oder Schweden (78 %). Auch innerhalb Österreichs zeigen sich markante regionale Unterschiede beim Sanierungsgrad: Während Burgenland 2024 nur 22 Prozent erreichte, lag Tirol mit 61 Prozent als einziges Bundesland über der 60-Prozent-Marke (vgl. Tabelle 48).

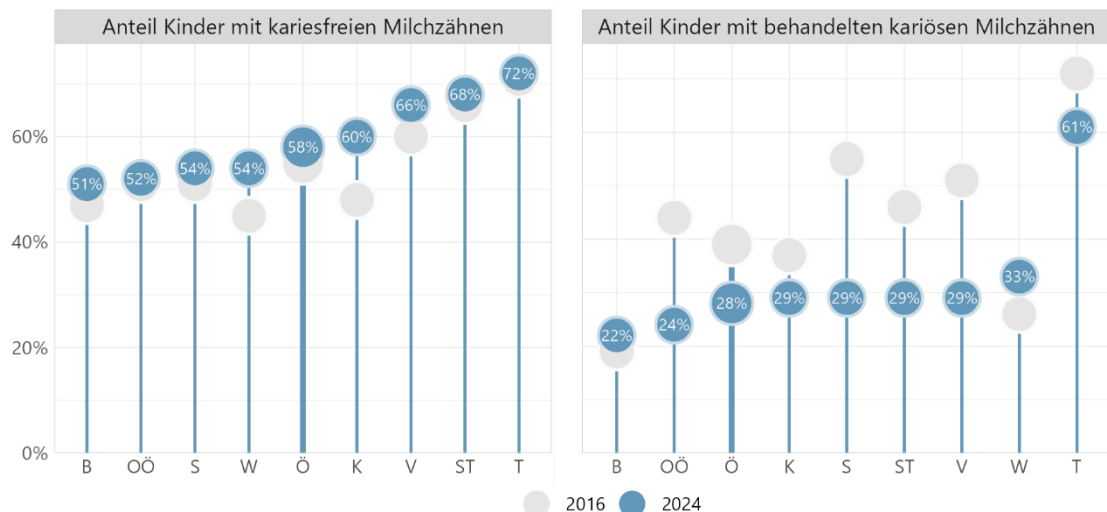
Auf eine Darstellung der Daten aus Niederösterreich wurde in Abbildung 31 verzichtet, da die Ergebnisse aufgrund mehrerer methodischen Besonderheiten nur eingeschränkt interpretierbar erscheinen. Möglicherweise liegt ein Selektionsbias vor, da zahlreiche Schulen bereits kurz zuvor im Rahmen der Apollonia-Reihenuntersuchungen untersucht worden waren (Apollonia NÖ Kariesprophylaxe 2023/2024). Der Feldzugang durch die bundesweite Zahnstatuserhebung war durch limitierte Teilnahmebereitschaft bereits untersuchter Schulen und anderer Zusammensetzung der Stichprobe erschwert und verzögert. Dadurch waren die untersuchten Kinder u.a. im Durchschnitt älter als in den übrigen Bundesländern, was zu strukturellen Unterschieden in der Zusammensetzung der Stichprobe führte.

Die Ergebnisse der Apollonia-Reihenuntersuchungen sind aufgrund unterschiedlicher Methodik nur eingeschränkt mit den Ergebnissen der Zahnstatuserhebung (gem. Messgröße 26) vergleichbar. Bei einer direkten Gegenüberstellung zeigt sich jedoch ein substanziell besserer

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

Zahnstatus in Form eines höheren Anteils kariesfreier Zähne (6 Jährige 64,1%; 7 Jährige 54,1%) und durch einen höheren Sanierungsgrad (DMFT gemischt Index: 6 Jährige 1,40 und 7 Jährige 1,75).²²

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



kariesfreie Milchzähne: Anteil der sechs- bis siebenjährigen Kinder ohne Anzeichen aktiver oder behandelter Karies im Milchgebiss

behandelte kariöse Milchzähne: Anteil der kariösen Milchzähne bei sechs- bis siebenjährigen Kindern, die bereits zahnärztlich behandelt/saniert wurden (z. B. durch Füllungen), gemessen am dmft-Wert. Der österreichweite Sanierungsgrad von 28 % bedeutet demnach, dass 28 % der Kinder mit kariösen Milchzähnen zahnärztlich behandelt/saniert sind (z. B.: mit Füllungen) und 72 % der Kinder mit kariösen Milchzähnen unbehandelt sind. Die Zielvorgabe ist ein hoher Sanierungsgrad der kariösen Milchzähne.

Quelle: Zahnstatuserhebung 2024; Darstellung: GÖG

Die **Messgröße 27**, „Vorzeitige Todesfälle durch präventable Todesursachen“ (preventable mortality), erfasst jene vorzeitigen Todesfälle, die durch präventive und gesundheitsfördernde (Public-Health-)Interventionen potenziell verhindert werden können. Dazu zählen Todesfälle infolge von Erkrankungen, die durch (Primär-)Präventionsmaßnahmen wie Impfungen, Gesundheitsaufklärung oder Lebensstiländerungen vermeidbar gewesen wären. Der Indikator dient als Maßstab für die Effektivität von Präventionsstrategien und Gesundheitsförderungsprogrammen, trägt zur Beurteilung der Schutzwirkung des Gesundheitssystems bei und wird international im Rahmen von Health System Performance Assessments (HSPA) verwendet. Niedrige Werte sprechen für ein wirksames Präventionssystem; hohe Werte weisen auf potenzielle Schwächen in der präventiven Gesundheitsversorgung hin und signalisieren Handlungsbedarf (Papanicolas et al. 2022).

Die grafische Darstellung der vermeidbaren Sterblichkeit („avoidable mortality“) als Summe aus „treatable mortality“ (Messgröße 16) und „preventable mortality“ (Messgröße 27) erfolgt gemeinsam im Themenbereich Qualität (vgl. Abbildung 21). Für Österreich lag 2024 die Sterblichkeit der unter 75-Jährigen, die durch effektive Public-Health-Maßnahmen potenziell vermeidbar gewesen wäre, bei 146,2 Todesfällen pro 100.000 EW. Das entspricht einem Rückgang um 3,4

²² Zum direkten Vergleich der Ergebnisse siehe [Apollonia NÖ Kariesprophylaxe 2023/2024](#)

Prozent gegenüber 2023 (151,3 Todesfälle pro 100.000 EW). Zu berücksichtigen ist, dass in den Jahren 2020 bis 2022 infolge der COVID-19-Pandemie temporär erhöhte Sterblichkeiten zu beobachten waren. Im europäischen Vergleich (EUROSTAT) lag Österreich 2023 nahe dem EU-Durchschnitt von 150,9; innerhalb der DACH-Region liegt Österreich unter dem Niveau Deutschlands (2023: 157,1), jedoch deutlich über jenem der Schweiz (99,6).

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

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

Messgröße 28 bildet u. a. die Durchimpfungsrate in Bezug auf Masern, Mumps und Röteln (MMR) ab. Bei Zweijährigen lag die MMR-Durchimpfungsrate im Jahr 2024 bei 77 Prozent und damit leicht unter dem Wert von 2023 (78 Prozent), nachdem sie zuvor von 89 Prozent im Jahr 2019 zurückgegangen war. Bei Vierjährigen lag die Durchimpfungsrate 2024 bei 84 Prozent (BMSGPK 2025b) und damit drei Prozentpunkte über dem Vorjahreswert. Das WHO-Ziel beträgt 95 Prozent (WHO Regional Office for Europe 2024).

Zur Gruppe der empfohlenen Impfungen im kostenfreien Impfprogramm zählt auch die Sechsfachimpfung gegen Diphtherie, Wundstarrkrampf (Tetanus), Keuchhusten (Pertussis), Kinderlähmung (Poliomyelitis), Haemophilus influenzae B und Hepatitis B. Hier lagen die Durchimpfungsraten bei Zwei- und Vierjährigen jeweils bei 85 Prozent.

Die Vierfachauffrischungsimpfung gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis sowie Poliomyelitis (BMSGPK 2020) wird ab dem 6. Lebensjahr empfohlen. In Österreich hatten im Jahr 2024 82 Prozent der Zehnjährigen diese Auffrischungsimpfung erhalten, was gegenüber 2023 einem Rückgang um fünf Prozentpunkte entspricht.

Die Humane-Papillomaviren-(HPV-)Impfung schützt vor Gebärmutterhalskrebs sowie weiteren HPV-assoziierten Erkrankungen. Im Jahr 2023 hatten 60 Prozent der 14-Jährigen zumindest eine Impfung erhalten, 51 Prozent zwei Impfungen. Mädchen waren mit einer Impfquote von 60 Prozent deutlich häufiger zweifach geimpft als Buben mit 42 Prozent. 2024 lag die Impfquote mit zwei Impfungen bei 14-jährigen Buben und Mädchen bei 49 Prozent. Österreich liegt damit weiterhin deutlich unter dem WHO-Ziel einer 90-prozentigen Durchimpfungsrate bei 14-jährigen Mädchen (WHO Europa 2022).

Das operative Ziel 16 umfasst auch die Erhöhung der Anzahl der im öffentlichen Impfprogramm bereitgestellten Impfungen (**Messgröße 29**). Im Jahr 2025 wurden im Österreichischen Impfprogramm (ÖIP) 15 Impfungen kostenlos bereitgestellt und gleichzeitig 18 Impfungen vom Nationalen Impfgremium (NIG) empfohlen. Im Impfplan 2025/26 werden folgende Impfungen vom NIG empfohlen und für definierte Altersgruppen kostenlos zur Verfügung gestellt: RSV, Herpes

Zoster, Rotavirus, Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae B, Hepatitis B, Pneumokokken, Masern, Mumps, Röteln, Meningokokken ACWY, humane Papillomaviren, Influenza und COVID-19. Darüber hinaus empfiehlt das NIG Impfungen gegen Meningokokken B, FSME und Varizellen (BMASGPK 2025a).

9 Anhang

9.1 Kommentierungen des Finanzzielmonitorings

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

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

meldeverantwortliche Stelle	allgemeine Anmerkungen gem. Meldeformular I/2026
Kärnten	Daten für 2024 des Kärntner Gesundheitsfonds beruhen auf dem RA 2024, Daten für 2025 des Kärntner Gesundheitsfonds beruhen auf dem VA 2025 plus ggf. Hochrechnungen. Daten für 2026 beruhen auf dem VA 2026. Daten des Landes Kärnten für 2024 anhand des RA 2024, Daten des Landes Kärnten für 2025 anhand des vorläufigen RA 2025. Daten für 2026 beruhen auf dem VA 2026 bzw. aktuellen Abschätzungen.
Salzburg	Es wurden wunschgemäß aus dem SAP Abfragen aus der Ergebnisrechnung und nicht mehr aus der Finanzierungsrechnung durchgeführt; die Werte der BAD-Aufwendungen des Landes für 2024 entsprechen dem Rechnungsabschlusswert; die Werte der Aufwendungen des Landes für 2025 sind Voranschlagswerte bzw. aktuelle Abschätzungen.

Quelle: Monitoring gem. ZV Art. 8, Meldezeitpunkt März 2026

Für Details hinsichtlich der Finanzzielsteuerungsmethodik wird auf Abschnitt 5 Art. 17 der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG ZS-G verwiesen, welcher Festlegungen zur Ermittlung der zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben trifft, sodass die für die Finanzzielsteuerung als relevant definierten Gesundheitsausgaben im Bereich der Länder und der gesetzlichen Krankenversicherung transparent und nachvollziehbar ermittelt werden können.

9.2 Daten der Messgrößen

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

Tabelle 13: Messgröße 1: Inanspruchnahme der öffentlichen ärztlichen Gesundheitsversorgung

	Patient:innen aller Versorgungsstufen inkl. des intramuralen Bereichs: mind. eine Inanspruchnahme im Jahr pro 1.000 EW											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	940,5	944,3	946,7	938,5	973,0	971,4	960,4					
K	909,5	911,6	915,5	911,0	938,7	941,7	935,1					
NÖ	929,6	935,3	935,7	921,7	963,7	969,9	961,4					
OÖ	887,5	887,6	889,1	883,4	905,3	907,0	899,2					
S	902,2	904,9	915,5	911,5	941,3	942,3	935,2					
ST	914,0	918,9	924,8	914,0	944,9	951,1	943,0					
T	893,5	897,0	905,8	903,7	931,1	936,1	930,7					
V	898,4	900,9	901,5	892,6	912,1	918,0	914,3					
W	884,2	881,3	886,1	872,9	900,2	912,0	904,4					
Ö	890,7	893,1	898,1	890,5	913,9	922,5	915,4					

	Allgemeinmedizinische GDA mit Kassenvertrag (Einzelordinationen, Gruppenpraxen, Ambulatorien; inkl. AM-PVE): mind. eine Inanspruchnahme im Jahr pro 1.000 EW											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	840,6	847,4	849,3	823,5	880,9	879,9	868,3					
K	735,8	744,5	749,7	727,4	787,9	794,0	785,0					
NÖ	794,5	807,5	805,7	771,3	843,2	845,3	839,0					
OÖ	761,0	765,6	766,4	741,8	785,3	789,5	782,4					
S	734,5	738,3	746,6	737,5	809,0	801,6	791,3					
ST	778,7	785,4	786,2	763,4	824,4	830,2	818,5					
T	737,1	741,7	751,9	734,1	788,2	788,3	782,9					
V	709,3	717,5	714,4	686,2	729,7	734,9	726,6					
W	682,3	690,2	692,0	659,8	699,8	722,6	725,8					
Ö	737,0	744,9	747,6	722,9	771,9	781,3	775,8					

	Fachärztliche GDA mit Kassenvertrag (Einzelordination, Gruppenpraxis, Ambulatorium; inkl. KJU-PVE; exkl. Zahnmedizin): mind. eine Inanspruchnahme im Jahr pro 1.000 EW											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	755,0	763,0	769,4	743,1	794,5	785,8	788,8					
K	709,6	715,3	715,0	709,1	747,9	745,7	752,7					
NÖ	733,3	740,6	747,1	713,1	767,6	765,6	769,8					
OÖ	631,0	635,0	644,2	615,7	650,7	652,0	661,9					
S	684,7	693,9	710,6	689,5	699,4	728,3	733,7					
ST	685,3	695,3	708,1	683,0	726,4	732,4	734,7					
T	678,3	686,0	692,1	682,8	726,7	726,5	725,6					
V	642,8	660,5	666,4	643,7	677,5	678,2	691,5					
W	720,2	720,0	729,3	700,2	736,7	746,2	749,7					
Ö	683,2	689,7	699,1	675,3	710,0	716,6	722,0					

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

	Vergemeinschaftete Organisationsform mit Kassenvertrag (Gruppenpraxen, Ambulatorien inkl. kasseneigener Amb., PVE inkl. Primärversorgungsnetzwerke): mind. eine Inanspruchnahme im Jahr pro 1.000 EW											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	591,7	610,2	627,5	602,7	658,2	663,5	681,2					
K	333,8	355,1	373,2	387,1	424,7	447,0	456,9					
NÖ	626,5	642,6	668,3	641,2	706,2	721,0	731,0					
OÖ	401,6	397,3	434,5	437,4	453,4	487,4	525,2					
S	486,4	517,8	546,6	541,0	525,8	602,8	613,6					
ST	389,7	414,3	439,7	431,2	480,7	509,9	526,6					
T	278,2	278,8	282,5	281,3	304,0	322,9	327,5					
V	376,9	436,4	448,5	418,7	473,0	471,9	488,9					
W	615,0	624,2	643,6	610,7	657,0	679,6	690,5					
Ö	475,2	489,9	513,5	500,3	535,2	562,3	578,9					

	Spitalsambulanzen in FKA: mind. eine Inanspruchnahme im Jahr pro 1.000 EW											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	398,7	404,4	409,8	342,2	361,4	388,6	405,3	413,7				
K	442,3	449,1	451,6	397,3	427,1	450,6	461,2	460,9				
NÖ	407,7	409,2	407,9	342,5	362,1	388,0	399,8	402,6				
OÖ	450,6	450,7	451,1	445,3	462,0	461,1	450,0	453,6				
S	378,6	387,5	376,8	343,4	359,8	382,0	392,0	397,0				
ST	398,8	402,6	409,8	349,2	375,5	394,4	406,3	428,0				
T	448,9	453,6	456,5	418,8	443,4	463,0	466,3	470,7				
V	419,7	454,0	418,8	373,6	402,7	448,8	455,1	466,2				
W	354,0	355,2	357,3	288,8	298,6	316,2	323,4	326,7				
Ö	397,7	402,1	402,4	354,5	371,1	390,2	396,2	407,5				

Zielvorgabe: Beobachtungswert

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

Die Inanspruchnahme der niedergelassenen öffentlichen Gesundheitsversorgung lag zum Zeitpunkt der Berichtslegung nur bis zum Jahr 2023 vor.

Quelle: BMASGPK (2026); Dokumentation im ambulanten Bereich (2023)

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

	PVE inkl. „Kinder-PVE“ (Pilotprojekte*) (Stichtag 31. 12.)												RSG 2025**	RSG 2030**
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028		
B	0	0	1	1	1	1	1	1	1				3	4
K	0	0	0	0	1	1	1	1	1				5	13
NÖ	0	1	3	4	4	6	9	12	14				20	37
OÖ	2	4	4	5	6	8	10	11	19				25	33
S	0	0	0	0	2	2	3	7	7				5	18
ST	0 (4)	2 (3)	5 (2)	10 (1)	10 (1)	10 (1)	10 (1)	18 (1)	25 (1)				30	37
T	0	0	0	0	0	0	0	1	3				6	16
V	0	0	0	0	0	0	1	2	3				3	3
W	2	2	3	3	5	9	18	24	34				36	94
Ö	4 (4)	9 (3)	16 (2)	23 (1)	29 (1)	37 (1)	53 (1)	77 (1)	107 (1)				133	255

	„Kinder-PVE“ (Stichtag 31. 12.)												RSG 2030**	
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028		
B							0	0	0				—	
K							0	0	0				—	
NÖ							0	1	1				5	
OÖ							0	1	1				1	
S							0	0	0				—	
ST							0	1	2				2	
T							0	0	0				—	
V							0	0	1				1	
W							5	6	9****				14	
Ö							5	9	14				—	

	Gruppenpraxen mit ÖGK-Vertrag, exkl. Job-Sharing (Stichtag 31. 12.)													
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028		
B							3	3	4					
K							21	22	25					
NÖ							38	39	43					
OÖ							78	83	79					
S							28	26	27					
ST							14	16	18					
T							1	1	1					
V							2	2	2					
W							116	115	113					
Ö							301	307	311					

	Selbstständige Ambulatorien*** (Stichtag 31. 12.)													
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028		
B	25	23	26	26	21	15	14	14						
K	49	48	50	47	46	46	50	48						
NÖ	59	55	59	55	60	57	57	62						
OÖ	62	47	47	44	46	54	52	55						
S	45	48	49	49	55	58	51	54						
ST	92	105	108	102	94	94	102	104						
T	50	44	41	39	42	46	48	47						
V	10	9	9	9	10	8	11	10						
W	257	262	250	249	257	256	252	254						
ubk.	1	0	0	5	8	0	0	0						
Ö	650	641	639	625	639	634	637	648						

Zielvorgabe: Anstieg (bei PVE: gemäß RSG)

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

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

** Zielwerte gemäß RSG 2025 bzw. RSG 2030;

Zielwerte gemäß RSG 2030 siehe <https://primaerversorgung.gv.at/pve-entwicklung-oesterreich>

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

**** In Wien gibt es zusätzlich zu den 9 Kinder-PVE noch 2 Ambulatorien für Kindergesundheit (Kinderambulatorium Margareten und KIZ Augarten).

Quelle: Meldung DVS 2026

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

	e-card-Kontakte Allgemeinmedizin in Mio.											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	2,90	2,93	2,93	2,71	3,16	3,12	3,12	3,23	3,26			
K	4,28	4,35	4,37	4,21	4,85	4,83	4,87	5,03	5,00			
NÖ	14,91	15,16	15,10	14,10	16,27	16,05	16,33	16,93	16,94			
OÖ	10,94	11,16	11,25	10,47	11,89	11,86	12,08	12,42	12,47			
S	3,93	4,01	4,07	3,94	4,74	4,55	4,60	4,81	4,85			
ST	11,11	11,17	11,10	10,70	12,53	12,40	12,52	12,89	12,88			
T	6,19	6,31	6,30	6,06	7,09	6,83	6,86	7,14	7,19			
V	2,28	2,34	2,33	2,26	2,48	2,47	2,50	2,58	2,61			
W	11,34	11,59	11,76	11,21	12,72	13,65	14,29	14,86	15,23			
Ö	67,87	69,01	69,20	65,67	75,73	75,75	77,17	79,88	80,43			

	e-card-Kontakte bei Fachärzt:innen (exkl. technischer und zahnmedizinischer Fachgebiete) in Mio.											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	0,78	0,80	0,81	0,75	0,83	0,83	0,86	0,88	0,90			
K	1,61	1,60	1,65	1,54	1,69	1,73	1,78	1,84	1,82			
NÖ	4,19	4,19	4,24	3,83	4,11	4,10	4,24	4,36	4,45			
OÖ	3,09	3,12	3,17	2,88	3,13	3,20	3,37	3,57	3,64			
S	1,45	1,47	1,47	1,37	1,49	1,51	1,59	1,64	1,68			
ST	3,31	3,30	3,32	3,04	3,34	3,39	3,54	3,68	3,70			
T	2,03	2,08	2,10	2,00	2,19	2,18	2,23	2,33	2,39			
V	1,06	1,07	1,09	1,05	1,12	1,13	1,19	1,22	1,21			
W	7,34	7,41	7,33	6,60	7,19	7,54	8,08	8,49	8,71			
Ö	24,85	25,05	25,19	23,06	25,10	25,63	26,88	28,02	28,52			

	e-card-Kontakte bei Fachärzt:innen für zahnmedizinische Fachgebiete in Mio.											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	0,34	0,35	0,36	0,33	0,38	0,38	0,39	0,41	0,41			
K	0,71	0,71	0,73	0,67	0,76	0,76	0,80	0,85	0,85			
NÖ	2,07	2,09	2,11	1,87	2,08	2,12	2,23	2,30	2,32			
OÖ	1,73	1,76	1,79	1,58	1,75	1,74	1,82	1,88	1,91			
S	0,65	0,65	0,65	0,57	0,64	0,63	0,66	0,68	0,68			
ST	1,63	1,64	1,68	1,48	1,61	1,62	1,67	1,74	1,80			
T	0,91	0,89	0,88	0,76	0,84	0,82	0,86	0,89	0,91			
V	0,50	0,50	0,50	0,46	0,52	0,52	0,54	0,56	0,58			
W	2,47	2,48	2,53	2,23	2,50	2,50	2,63	2,76	2,77			
Ö	11,01	11,07	11,24	9,96	11,08	11,08	11,59	12,06	12,23			

	Spitalsambulante Frequenzen in Mio.											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	0,42	0,47	0,50	0,38	0,42	0,46	0,51	0,54				
K	1,18	1,25	1,29	1,08	1,19	1,23	1,29	1,32				
NÖ	2,95	2,98	3,05	2,40	2,72	3,02	3,17	3,30				
OÖ	3,15	3,18	3,52	2,82	3,15	3,32	3,47	3,61				
S	1,13	1,24	1,26	1,07	1,22	1,29	1,33	1,38				
ST	2,13	2,26	2,35	1,83	2,08	2,23	2,36	2,44				
T	2,01	2,07	2,10	1,79	1,95	2,05	2,12	2,18				
V	0,69	0,68	0,66	0,64	0,70	0,76	0,78	0,82				
W	3,98	4,26	4,39	3,48	3,91	3,94	4,18	4,42				
Ö	17,63	18,39	19,12	15,50	17,34	18,29	19,21	20,02				

Zielvorgabe: Beobachtungswert

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

Quelle: Krankenanstaltenstatistik und -kostenrechnung BMASGPK; Meldung DVS 2026

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

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	199,4	200,7	204,1	169,5	178,5	179,5	182,5	186,4	185,8			
K	224,3	220,7	216,2	186,6	191,3	189,3	192,0	194,5	193,1			
NÖ	209,4	206,9	205,8	170,3	173,5	174,7	178,0	180,9	178,0			
OÖ	239,5	239,5	235,5	196,6	203,8	203,5	197,1	196,4	193,5			
S	211,7	207,3	203,5	172,5	179,4	175,5	171,0	173,1	170,4			
ST	215,8	212,5	208,7	170,4	177,2	174,7	172,8	172,5	170,6			
T	214,5	213,0	210,2	180,8	189,5	186,7	184,1	186,7	185,1			
V	196,9	195,7	190,2	165,6	175,7	171,8	170,8	166,0	166,1			
W	172,8	171,5	170,0	141,5	142,0	140,8	143,0	146,0	145,6			
Ö	208,2	206,3	203,6	170,4	175,5	174,3	173,6	175,1	173,2			

Zielvorgabe: Beobachtungswert; Datenbasis 2025: vorläufige Meldung der Länder mit Stand 13. April 2026

Exkludiert sind: Nulltagesaufenthalte (NTA); ausländische Gastpatient:innen; Aufnahmeart „H“ halbstationär.

Keine Altersstandardisierung

Quelle: BMASGPK (2026)

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

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	197,8	199,9	203,1	168,7	178,1	179,8	183,4	187,5	186,5			
K	248,5	244,3	237,9	204,9	211,1	209,1	211,1	213,9	210,8			
NÖ	210,0	207,7	206,4	170,2	176,7	178,3	181,8	184,6	181,8			
OÖ	241,8	241,8	237,5	198,6	206,3	205,8	199,8	199,5	196,3			
S	228,9	223,1	218,9	185,8	193,7	190,0	185,6	187,6	183,8			
ST	234,2	230,9	227,4	186,8	195,5	193,9	191,9	192,7	181,5			
T	220,4	218,7	216,4	186,1	195,7	193,7	190,9	193,5	187,7			
V	188,4	185,5	179,9	156,1	166,1	163,0	161,6	157,1	156,5			
W	190,8	188,7	187,1	155,6	155,3	153,5	155,5	158,6	157,8			
Ö	217,8	215,6	212,8	178,0	184,1	183,1	182,5	184,2	180,3			

Zielvorgabe: Beobachtungswert; Datenbasis 2025: vorläufige Meldung der Länder mit Stand 13. April 2026
Exkludiert sind NTA, ausländische Gastpatient:innen; Aufnahmeart „H“ – halbstationär; Entlassungsart „Transfer in ein anderes KH“; keine Altersstandardisierung

Quelle: BMASGPK (2026)

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

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	1.209,6	1.211,5	1.221,9	1.009,1	1.059,5	1.037,9	1.041,7	1.082,5	1.103,1			
K	1.515,3	1.494,5	1.471,4	1.281,9	1.291,3	1.282,3	1.292,0	1.299,9	1.284,7			
NÖ	1.316,9	1.310,9	1.299,8	1.103,3	1.112,5	1.092,7	1.166,4	1.125,5	1.117,9			
OÖ	1.445,0	1.428,6	1.442,6	1.197,3	1.219,7	1.188,2	1.157,1	1.141,7	1.127,3			
S	1.327,7	1.298,0	1.288,2	1.114,3	1.153,6	1.113,8	1.093,6	1.099,5	1.105,7			
ST	1.420,8	1.397,1	1.376,9	1.134,5	1.184,2	1.155,3	1.145,8	1.157,6	1.138,2			
T	1.293,2	1.288,0	1.276,2	1.127,9	1.178,6	1.131,9	1.106,1	1.109,1	1.093,0			
V	1.272,4	1.216,9	1.203,5	1.058,1	1.101,0	1.066,2	1.043,1	1.011,7	1.020,8			
W	1.260,3	1.243,8	1.227,2	1.052,7	1.058,7	1.035,9	1.037,9	1.033,1	1.025,5			
Ö	1.346,7	1.329,8	1.320,2	1.121,5	1.146,1	1.118,8	1.122,6	1.113,8	1.104,5			

Zielvorgabe: Beobachtungswert; Datenbasis 2025: vorläufige Meldung der Länder mit Stand 13. April 2026
Exkludiert sind NTA, ausländische Gastpatient:innen, Aufnahmeart „H“ – halbstationär; Aufenthalte länger als 28 Belagstage eingeschlossen. Keine Altersstandardisierung

Quelle: BMASGPK (2026)

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

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	1.229,8	1.231,8	1.241,4	1.025,6	1.078,8	1.059,9	1.062,8	1.102,5	1.122,1			
K	1.680,6	1.654,7	1.628,9	1.414,6	1.432,4	1.417,4	1.421,1	1.431,6	1.407,7			
NÖ	1.348,1	1.342,7	1.329,7	1.130,0	1.148,9	1.129,3	1.203,4	1.161,1	1.151,8			
OÖ	1.488,2	1.471,2	1.483,0	1.234,1	1.259,0	1.225,1	1.193,9	1.179,3	1.160,7			
S	1.453,6	1.418,7	1.404,1	1.214,5	1.251,9	1.208,8	1.188,6	1.191,4	1.195,7			
ST	1.535,3	1.510,2	1.490,4	1.229,3	1.286,8	1.252,4	1.239,2	1.252,3	1.210,2			
T	1.366,9	1.358,6	1.348,5	1.191,7	1.241,5	1.195,7	1.164,0	1.163,5	1.129,3			
V	1.279,2	1.223,5	1.211,2	1.065,1	1.108,1	1.073,0	1.048,7	1.018,1	1.024,9			
W	1.361,6	1.339,9	1.324,9	1.132,8	1.131,3	1.103,9	1.105,1	1.097,0	1.085,0			
Ö	1.423,2	1.404,1	1.393,9	1.184,1	1.210,9	1.181,0	1.183,2	1.173,3	1.156,6			

Zielvorgabe: Beobachtungswert; Datenbasis 2025: vorläufige Meldung der Länder mit Stand 13. April 2026
 Exkludiert sind NTA, ausländische Gastpatient:innen, Aufnahmeart „H“ – halbstationär; Aufenthalte länger als 28
 Belagstage eingeschlossen. Keine Altersstandardisierung

Quelle: BMASGPK (2026)

Tabelle 20: Messgröße 6: Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden, in Prozent der durchgeführten Leistungen 2025, Vorjahreswerte (2024) in Klammern

	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Ö	BM nat.**	BM int.*
HNO-OP	18,6 (21,0)	23,7 (25,3)	44,2 (43,1)	46,6 (49,0)	36,6 (22,5)	36,7 (28,8)	28,0 (29,0)	46,3 (50,7)	33,9 (37,1)	37,7 (37,4)	45	60
Curettage	66,4 (70,3)	72,2 (71,6)	68,8 (68,4)	70,3 (68,4)	67,6 (65,5)	68,8 (67,2)	58,8 (59,7)	77,4 (74,8)	38,1 (37,8)	62,6 (61,6)	75	70
sonst. Eingriffe Uterus	64,9 (74,9)	81,5 (75,3)	74,0 (72,0)	80,2 (77,9)	71,8 (69,6)	79,0 (77,9)	68,2 (65,3)	86,4 (83,2)	37,7 (36,5)	70,8 (68,8)	83	–
sonst. Eingriffe Urologie	77,1 (73,9)	73,1 (72,4)	72,9 (72,3)	73,7 (66,4)	63,2 (68,4)	74,3 (71,1)	49,5 (53,5)	55,8 (39,3)	56,8 (52,2)	66,4 (63,8)	77	–
Varizen-OP	16,5 (14,7)	75,5 (69,0)	59,2 (52,6)	46,2 (44,6)	49,6 (44,9)	63,4 (60,4)	33,0 (27,7)	79,9 (76,2)	39,0 (39,5)	52,9 (49,8)	75	70
Hernien-OP***	2,5 (3,1)	29,1 (23,8)	9,5 (10,3)	4,6 (4,8)	5,5 (5,5)	10,9 (8,0)	5,3 (5,2)	29,1 (31,2)	9,8 (9,6)	10,3 (9,7)	28	60
laparoskopische Gallenblasenent- fernung	0,0 (0,2)	4,6 (1,3)	0,5 (0,1)	0,4 (0,1)	0,1 (0,3)	0,2 (0,1)	0,0 (2,1)	0,0 (0,0)	7,2 (5,1)	2,1 (1,5)	5	20
Karpaltunnel-OP	89,5 (84,4)	95,4 (94,8)	94,0 (92,6)	92,7 (89,0)	77,9 (71,6)	92,8 (88,7)	94,2 (94,6)	93,8 (93,9)	82,9 (81,0)	91,0 (88,9)	92	90
Knie- Arthroskopie	33,9 (37,8)	74,6 (71,9)	69,2 (69,0)	45,7 (35,5)	44,0 (36,6)	33,1 (28,4)	36,8 (33,8)	60,4 (60,7)	38,1 (37,6)	47,7 (44,9)	75	90
Eingriffe Bewe- gungsapparat	52,8 (49,4)	56,5 (49,3)	49,9 (48,8)	41,6 (36,3)	29,1 (26,0)	58,5 (56,5)	39,7 (36,9)	56,6 (53,6)	49,7 (49,0)	47,6 (44,8)	57	–
Metallentfernung	46,6 (48,2)	70,6 (71,3)	61,4 (58,6)	58,7 (55,8)	50,4 (46,5)	54,7 (55,1)	53,2 (53,8)	67,2 (63,3)	48,3 (45,0)	56,0 (54,3)	72	60
Katarakt-OP	100,0 (100,0)	97,1 (97,3)	96,5 (96,0)	91,8 (91,5)	93,9 (91,9)	92,4 (90,6)	91,1 (91,3)	93,4 (94,0)	94,7 (95,0)	94,2 (93,8)	100	99
sonst. Eingriffe Auge	100,0 (99,2)	95,3 (95,6)	74,1 (73,8)	91,9 (91,8)	91,6 (93,7)	86,5 (87,3)	92,2 (92,1)	54,3 (61,5)	92,9 (93,2)	89,4 (89,8)	100	–
alle TK-Leistungs- bündel	63,9 (62,2)	72,1 (70,7)	71,0 (69,7)	68,8 (66,9)	63,6 (59,3)	65,8 (62,3)	60,6 (59,8)	70,7 (70,6)	63,7 (63,1)	66,7 (65,1)		

Zielvorgabe: Anstieg (siehe leistungsspezifische Werte)

Datenbasis 2025: vorläufige Meldung der Länder mit Stand 13. April 2026

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

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

** Wert des Bundeslandes mit dem höchsten Anteil tagesklinischer/ambulanter Leistungen; Datenjahr 2022

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

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

Quelle: BMASGPK (2026)

Tabelle 21: Messgröße 7: Ärztliche Versorgungsdichte

	extramural (exkl. Zahnmedizin und techn. Fächer) pro 100.000 EW											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	96,0	96,1	97,1	90,3	91,8	88,8	86,1	85,9				
K	80,6	80,9	80,9	78,6	77,6	77,5	76,5	77,0				
NÖ	79,5	80,1	78,4	72,4	75,2	71,4	70,1	69,9				
OÖ	75,6	75,2	74,6	70,4	68,1	67,9	66,8	66,5				
S	79,3	79,6	79,3	77,3	79,5	76,1	74,2	74,1				
ST	84,2	83,1	82,0	76,2	78,7	77,3	75,2	75,1				
T	82,3	82,5	82,1	79,7	78,3	76,7	75,2	75,4				
V	80,4	81,0	80,8	78,6	75,2	75,3	74,9	74,2				
W	88,9	89,1	88,8	83,7	81,6	84,2	84,7	85,3				
Ö	82,4	82,4	81,8	77,2	77,1	76,3	75,3	75,3				
	extramural Zahnmedizin pro 100.000 EW											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	30,0	30,3	30,0	29,9	30,1	29,8	29,0	29,7				
K	34,4	34,4	34,1	34,0	34,2	34,3	34,2	35,0				
NÖ	32,4	32,4	31,9	31,2	30,6	30,8	30,5	30,5				
OÖ	36,8	37,4	36,7	36,2	35,1	34,2	33,0	32,9				
S	36,7	36,4	34,7	32,9	34,4	33,0	32,8	31,6				
ST	34,9	34,6	34,1	33,3	32,6	32,5	31,9	32,2				
T	36,2	35,3	33,4	31,8	31,7	30,5	29,9	29,8				
V	40,8	40,6	39,5	39,6	38,8	38,3	37,0	37,5				
W	35,2	34,8	34,3	33,4	33,2	32,8	32,1	32,8				
Ö	35,1	35,0	34,1	33,5	33,1	32,7	32,0	32,2				
	intramural FKA pro 100.000 EW											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	170,8	173,3	178,7	183,1	182,2	180,5	183,2	196,6				
K	204,9	211,6	211,4	214,4	214,1	214,6	218,3	220,2				
NÖ	201,2	203,1	205,5	205,5	205,5	203,9	205,2	206,7				
OÖ	210,9	210,4	211,0	214,6	215,6	215,8	215,8	220,8				
S	243,6	247,7	249,3	254,7	254,9	253,5	260,1	269,9				
ST	229,5	232,7	231,6	229,4	227,9	224,8	221,1	225,7				
T	275,2	279,9	281,5	285,9	287,7	287,4	290,3	295,5				
V	206,7	208,6	206,2	210,1	217,0	212,5	214,2	218,8				
W	310,3	309,8	314,0	319,5	323,7	322,5	312,5	314,1				
Ö	238,5	240,5	242,1	244,8	246,1	244,8	243,7	247,7				
	spitalsambulanter Bereich FKA pro 100.000 EW											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	26,1	30,5	32,6	33,7	32,3	32,3	30,6	35,9				
K	46,8	47,0	46,4	49,3	50,2	51,9	55,6	56,9				
NÖ	29,3	29,5	31,8	31,5	32,2	33,3	33,3	33,9				
OÖ	33,1	32,3	38,1	37,2	37,5	37,8	39,0	40,4				
S	49,7	52,9	53,5	51,8	51,3	53,7	57,7	60,3				
ST	39,1	41,2	43,1	43,6	43,0	44,0	45,4	46,7				
T	52,5	53,1	57,2	56,8	57,8	58,6	59,2	59,5				
V	21,6	22,7	20,5	22,3	30,0	29,9	28,4	29,8				
W	49,5	53,4	57,7	57,0	59,4	60,4	60,3	62,0				
Ö	39,5	41,0	44,0	43,8	44,9	45,8	46,6	48,0				

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

Quelle: Meldung KA-Statistik (BMASGPK), Meldung DVSV 2026, Regiomed

Tabelle 22: Messgröße 8a: Ärztliche Versorgungswirksamkeit des Wahlärzt:innenbereichs (bezogen auf den gesamten ambulanten Bereich) in Prozent der ÄAVE pro Fachrichtung 2024, Vorjahreswerte (2023) in Klammern

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

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Der ambulante Bereich umfasst die Vertragsärzt:innen sowie die Wahlärzt:innen im niedergelassenen Bereich, die Spitalsambulanzen, die Institute mit Kassenvertrag sowie die eigenen Einrichtungen der SV (Kassenambulatorien)

Quelle: Meldung DVS 2026, Regiomed

Tabelle 23: Messgröße 8b: Ärztliche Versorgungswirksamkeit des Wahlärzt:innenbereichs (bezogen auf den niedergelassenen Bereich) in Prozent der ÄAVE pro Fachrichtung 2024, Vorjahreswerte (2023) in Klammern

Fachrichtung	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Ö
(AM) Allgemeinmedizin	0,9 (0,9)	1,5 (1,6)	1,7 (1,7)	2,8 (2,6)	2,1 (1,7)	2,4 (2,4)	2,7 (2,5)	1,9 (1,9)	1,5 (1,2)	2,0 (1,9)
(AU) Augenheilkunde und Optometrie	21,1 (20,6)	16,8 (16,3)	11,1 (9,8)	13,0 (12,5)	17,7 (17,2)	20,4 (20,0)	23,6 (22,7)	13,2 (13,2)	5,7 (5,5)	13,6 (13,0)
(CH) Chirurgie	4,2 (4,4)	21,3 (19,9)	7,1 (8,2)	21,2 (20,0)	22,9 (18,8)	44,9 (37,0)	30,3 (30,8)	33,1 (33,5)	6,0 (5,4)	14,8 (14,1)
(DER) Haut- und Geschlechtskrankheiten	15,3 (16,7)	20,0 (19,2)	31,0 (24,0)	19,1 (18,3)	16,5 (14,1)	18,1 (17,1)	27,2 (26,1)	40,5 (35,4)	10,2 (9,1)	19,4 (17,4)
(GGH) Frauenheilkunde und Geburtshilfe	32,9 (27,3)	31,6 (27,9)	32,8 (27,0)	24,8 (24,4)	33,4 (29,6)	36,6 (36,1)	39,3 (37,2)	23,7 (22,6)	15,7 (14,2)	28,2 (25,7)
(HNO) Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	4,1 (4,6)	7,5 (5,6)	8,9 (8,2)	7,8 (8,7)	14,1 (11,0)	15,6 (12,3)	9,1 (6,3)	5,6 (4,7)	3,4 (3,2)	7,9 (6,9)
(IM) Innere Medizin	24,8 (23,9)	17,0 (16,1)	16,2 (16,1)	22,8 (22,4)	19,3 (16,8)	15,0 (12,9)	28,8 (26,7)	24,1 (22,6)	3,3 (3,1)	14,7 (13,8)
(KI) Kinder- und Jugendheilkunde	12,8 (10,0)	19,9 (18,9)	37,6 (36,4)	12,7 (12,6)	14,9 (13,6)	12,4 (11,7)	12,8 (10,1)	5,9 (5,7)	7,6 (6,8)	14,2 (13,5)
(KJP) Kinder- und Jugendpsychiatrie	0,0 (0,0)	5,2 (6,0)	4,2 (2,1)	2,6 (4,3)	0,6 (0,6)	4,4 (12,7)	3,4 (2,2)	0,0 (0,0)	6,8 (7,7)	4,7 (5,3)
(NEU) Neurologie	16,4 (15,3)	25,7 (21,6)	17,9 (15,6)	9,3 (9,8)	9,1 (11,9)	14,1 (14,6)	11,9 (11,3)	16,4 (12,9)	11,0 (9,9)	13,4 (12,6)
(OR) Orthopädie und (UC) Unfallchirurgie	14,4 (15,1)	23,1 (22,0)	17,9 (16,4)	18,1 (17,4)	25,8 (22,3)	19,7 (17,4)	30,7 (29,5)	22,5 (23,3)	5,7 (5,2)	15,3 (14,2)
(PSY) Psychiatrie	13,1 (13,5)	15,8 (15,3)	17,0 (15,3)	21,7 (21,1)	51,0 (47,4)	8,9 (12,9)	37,1 (32,1)	16,0 (16,0)	17,4 (18,0)	19,2 (19,5)
(PUL) Lungenkrankheiten	0,3 (0,4)	0,1 (0,2)	4,1 (3,2)	0,5 (0,6)	6,4 (6,1)	1,4 (0,5)	4,1 (4,1)	34,4 (33,9)	4,9 (4,8)	4,0 (3,7)
(URO) Urologie	7,4 (8,8)	14,0 (13,0)	15,4 (14,2)	9,4 (8,9)	3,0 (2,7)	12,7 (10,4)	8,4 (8,1)	31,4 (27,2)	3,8 (3,6)	9,7 (8,9)

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Der niedergelassene Bereich umfasst die Vertragsärzt:innen sowie die Wahlärzt:innen im niedergelassenen Bereich, die Institute mit Kassenvertrag sowie die eigenen Einrichtungen der SV (Kassenambulatorien)

Quelle: Meldung DVS 2026, Regiomed

Tabelle 24: Messgröße 9: Pflegekräfte pro 100.000 EW

	extramural tätig (Rettungsdienst, selbstständiges Ambulatorium, Arzt/Ärztin, PVE, GuK oder MTD) pro 100.000 EW					
	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	40	70	63			
K	27	51	51			
NÖ	43	82	83			
OÖ	42	70	67			
S	52	79	76			
ST	33	66	66			
T	52	86	81			
V	29	57	44			
W	34	61	56			
Ö	39	69	67			

	intramural tätig (Krankenhaus, Blutspendeeinrichtung, Gewebebank/Gewebeentnahmeeinrichtung, Kuranstalt) pro 100.000 EW					
	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	601	668	641			
K	963	965	950			
NÖ	695	736	691			
OÖ	905	958	934			
S	990	1.091	1.030			
ST	957	977	904			
T	983	1.016	951			
V	736	783	743			
W	853	843	745			
Ö	859	875	832			

	Sozialbereich (Pflegeeinrichtung, Behindertenbetreuungseinrichtung, mobile Dienste) pro 100.000 EW					
	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	589	674	654			
K	795	813	774			
NÖ	566	600	545			
OÖ	798	808	782			
S	657	719	676			
ST	869	996	976			
T	818	859	829			
V	577	655	636			
W	503	543	502			
Ö	675	712	688			

	weitere – angestellt (Ausbildungseinrichtung, Forschungseinrichtung, Straf- und Maßnahmenvollzug, Sonstiges (Industrie, Bund, SV) pro 100.000 EW					
	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	27	50	45			
K	37	51	50			
NÖ	39	56	49			
OÖ	43	68	57			
S	41	67	58			
ST	44	69	61			
T	31	55	51			
V	47	95	95			
W	47	88	77			
Ö	41	68	61			

	freiberuflich (ausschließlich freiberuflich tätig) pro 100.000 EW					
	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	27	28	28			
K	30	34	34			
NÖ	26	28	29			
OÖ	19	20	20			
S	17	18	19			
ST	23	26	26			
T	20	24	25			
V	32	33	33			
W	14	16	16			
Ö	21	23	24			

	Pflegekräfte gesamt pro 100.000 EW					
	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	1.283	1.433	1.429			
K	1.849	1.822	1.853			
NÖ	1.362	1.412	1.387			
OÖ	1.799	1.805	1.846			
S	1.748	1.840	1.846			
ST	1.920	1.985	2.023			
T	1.891	1.889	1.924			
V	1.414	1.496	1.537			
W	1.445	1.435	1.391			
Ö	1.628	1.613	1.661			

Zielvorgabe: Beobachtungswert

Pflegekräfte können in mehreren Beschäftigungsgruppen sowie in mehreren Bundesländern tätig sein, wodurch die Summe aller Beschäftigungsgruppen sowie die Summe aller Bundesländer vom Österreichwert abweichen kann.

Quelle: Gesundheitsberuferegister (GBR)

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

Studienjahr	Öffentliche Universitäten*		Privathochschulen**	
	Humanmedizin	Zahnmedizin	Humanmedizin	Zahnmedizin
2016/17	1.239	104	9	80
2017/18	1.295	111	51	98
2018/19	1.170	148	72	95
2019/20	1.160	135	128	95
2020/21	1.308	128	147	119
2021/22	1.275	112	191	157
2022/23	1.284	137	246	117
2023/24	1.343	148	275	133

Zielvorgabe: Beobachtungswert

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

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

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

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

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

Fachrichtung	Anzahl der FH-Bachelorabsolvent:innen gesundheitswissenschaftlicher Studiengänge nach Studienjahr											
	2016/ 2017	2017/ 2018	2018/ 2019	2019/ 2020	2020/ 2021	2021/ 2022	2022/ 2023	2023/ 2024	2024/ 2025	2025/ 2026	2026/ 2027	2027/ 2028
MTD	Physiotherapie*	417	405	430	376	514	455	484	506	484		
	Ergotherapie	175	196	202	171	175	210	196	186	214		
	Biomedizinische Analytik	203	233	237	231	228	236	215	223	242		
	Logopädie	65	104	65	104	66	107	64	105	78		
	Radiologie-Technologie	189	209	197	218	216	233	224	217	213		
	Diätologie	82	123	97	92	79	123	72	119	87		
	Orthoptik	15	8	14	15	28	14	16	27	13		
Hebammen	84	80	141	74	137	106	147	146	182			
DGKP an FH	252	400	403	589	1.151	1.310	1.488	1.658	1.939			

Fachrichtung	Anzahl der erfolgreichen Ausbildungsabschlüsse an Bildungseinrichtungen für Berufe gemäß GuKG nach Kalenderjahr											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
DGKP an GuK-Schulen	2.590	2.740	2.503	2.006	996	1.090	951					
Pflegefachassistenz	33	224	612	1.142	1.023	1.448	1.508					
Pflegeassistentz**	1.338	1.179	1.033	1.090	1.137	1.286	1.149					

Zielvorgabe: Beobachtungswert

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

* Bis zum Jahr 2021 waren zusätzlich zur FH-Ausbildung auch Abschlüsse zum physiotherapeutischen Dienst an MTD-Akademien möglich. Diese sind hier nicht inkludiert.

** Pflegeassistentz umfasst die Ausbildung zur Pflegeassistentz und Pflegehilflehrgänge (bis inkl. 2019); nicht inkludiert sind hingegen jene Personen, die im Rahmen einer Ausbildung in einem Sozialbetreuungsberuf eine integrierte Ausbildung in Pflegeassistentz absolviert haben. Ebenso nicht erfasst sind Personen, die ihre Ausbildung nach Absolvieren des Teils der Pflegeassistentz abgebrochen haben.

Quelle: AQ Austria (BIS-Meldung); Statistik Austria (Schulstatistik)

Tabelle 27: Messgröße 11: Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen AM/FÄ (Stichtag jeweils 1. 10.)

	Basisausbildung – besetzte Ausbildungsstellen											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	17	24	26	26	20	20	18	46	51			
K	36	44	45	46	63	61	68	68	62			
NÖ	128	128	134	113	145	134	145	195	226			
OÖ	107	128	133	136	125	128	174	173	202			
S	71	56	71	64	62	70	86	103	85			
ST	151	139	105	122	104	130	144	164	185			
T	115	113	132	99	125	92	117	130	139			
V	57	65	45	50	44	54	47	67	63			
W	242	292	303	344	353	344	313	400	371			
Ö	924	989	994	1.000	1.041	1.033	1.112	1.346	1.384			

	Allgemeinmedizin – besetzte Ausbildungsstellen											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	26	24	32	38	41	40	46	35	54			
K	65	49	48	57	51	61	60	73	87			
NÖ	276	238	225	227	222	226	245	260	253			
OÖ	177	191	175	200	228	252	248	242	258			
S	80	88	88	87	84	78	97	108	126			
ST	260	249	235	207	210	180	157	186	212			
T	129	119	125	147	146	164	160	177	178			
V	66	67	74	72	97	86	88	83	88			
W	305	302	299	296	364	353	385	405	426			
Ö	1.384	1.327	1.301	1.331	1.443	1.440	1.486	1.569	1.682			

	Sonderfächer – besetzte Ausbildungsstellen											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	133	140	157	148	151	150	156	183	204			
K	336	365	345	351	360	381	384	408	408			
NÖ	846	896	899	884	912	886	904	920	1.014			
OÖ	880	883	905	919	928	928	934	959	1.007			
S	412	463	459	454	441	422	457	482	501			
ST	776	852	838	840	838	804	820	870	870			
T	637	677	666	691	711	682	711	730	787			
V	203	214	219	221	227	227	232	253	278			
W	1.448	1.492	1.580	1.627	1.708	1.730	1.737	1.871	1.985			
Ö	5.671	5.982	6.068	6.135	6.276	6.210	6.335	6.676	7.054			

	Additivfach – besetzte Ausbildungsstellen											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	10	10	8	10	9	8	5	5	5			
K	46	48	48	39	35	26	23	19	14			
NÖ	69	67	74	73	61	64	52	42	34			
OÖ	119	111	108	94	83	85	70	61	41			
S	59	51	46	50	48	47	30	19	15			
ST	91	99	96	101	89	75	75	64	55			
T	68	54	51	49	42	35	29	21	13			
V	29	25	22	20	21	18	16	12	11			
W	223	190	183	170	146	135	122	91	68			
Ö	714	655	636	606	534	493	422	334	256			

	besetzte Ausbildungsstellen gesamt											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	186	198	223	222	221	218	225	269	314			
K	483	506	486	493	509	529	535	568	571			
NÖ	1.319	1.329	1.332	1.297	1.340	1.310	1.346	1.417	1.527			
OÖ	1.283	1.313	1.321	1.349	1.364	1.393	1.426	1.435	1.508			
S	622	658	664	655	635	617	670	712	727			
ST	1.278	1.339	1.274	1.270	1.241	1.189	1.196	1.284	1.322			
T	949	963	974	986	1.024	973	1.017	1.058	1.117			
V	355	371	360	363	389	385	383	415	440			
W	2.218	2.276	2.365	2.437	2.571	2.562	2.557	2.767	2.850			
Ö	8.693	8.953	8.999	9.072	9.294	9.176	9.355	9.925	10.376			

Zielvorgabe: Beachtungswert

Quelle: Ärztekammer, BMASGPK

Tabelle 28: Messgröße 12: Ambulante KJP-Angebote

	niedergelassener Bereich (VZÄ) (Stichtag 1. 10. 2025)										
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
K	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	4,0	4,0			
NÖ	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	11,0	11,0			
OÖ	5,0	5,0	5,0	6,0	7,0	7,0	8,0	8,0			
S	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	3,0	3,0	3,0			
ST	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	5,0	5,0	5,0			
T	3,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	0,0	0,0			
V	4,0	3,5	3,5	3,8	3,8	4,5	4,5	4,5			
W	6,0	6,0	6,0	7,0	14,0	14,0	15,0	16,0			
Ö	31,0	37,3	31,5	33,8	44,8	48,5	50,5	51,5			

	Ambulatorien (VZÄ)										
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	6,0	6,0	6,9	5,1	5,1	5,1	3,5	4,8			
K	2,0	3,0	2,9	2,9	2,9	2,9	2,5	3,2			
NÖ	2,0	2,0	0,8	0,2	0,2	0,2	0,8	0,7			
OÖ	2,0	2,0	0,3	0,3	0,3	0,3	0,5	0,5			
S	2,0	2,0	1,1	1,7	1,5	2,0	4,2	4,1			
ST	4,5	5,0	5,0	4,0	3,8	3,6	3,6	2,6			
T	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
V	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
W	9,0	8,0	9,3	15,6	15,6	21,9	24,3	28,3			
Ö	27,5	28,0	26,2	29,7	29,2	35,9	39,3	44,1			

	Spitalsambulanzen (ÄAVE)										
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0				
K	3,6	4,1	3,1	3,3	2,8	2,5	3,3				
NÖ	6,6	13,7	13,7	14,4	15,1	15,6	12,6				
OÖ	3,1	4,9	3,9	4,6	3,9	3,2	3,7				
S	3,5	3,5	2,2	2,2	3,9	4,7	4,9				
ST	2,0	6,2	6,2	6,2	7,1	9,4	10,1				
T	2,2	3,6	3,9	5,3	4,3	3,5	3,9				
V	0,4	2,3	2,4	2,3	2,4	2,5	2,5				
W	12,5	18,3	24,7	19,9	17,3	14,7	17,5				
Ö	34,0	56,7	60,0	58,0	56,8	56,1	58,6				

	ambulante KJP-Angebote (VZÄ) gesamt										
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	6,0	6,0	6,9	5,1	5,1	5,1	3,5				
K	7,6	9,1	8,0	8,1	7,6	7,3	9,8				
NÖ	17,6	24,7	23,5	23,6	24,3	24,8	24,4				
OÖ	10,1	11,9	9,1	10,8	11,2	10,4	12,2				
S	7,5	7,5	5,3	5,9	7,4	9,7	12,1				
ST	6,5	11,2	11,2	10,2	13,8	18,0	18,7				
T	5,2	7,6	7,9	9,3	8,3	7,5	3,9				
V	4,4	5,8	5,9	6,1	6,1	7,0	7,0				
W	27,5	32,3	40,0	42,4	46,9	50,6	56,8				
Ö	92,5	121,9	117,8	121,5	130,7	140,5	148,4				

Zielvorgabe: Anstieg

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

Quelle: Meldung DSVS 2026

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

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	3,80	4,16	10,56	13,04	14,22	13,37	14,78	16,32				
K	13,29	17,87	20,91	22,45	24,04	23,04	22,86	23,07				
NÖ	13,44	15,43	16,79	18,51	19,43	19,00	18,22	18,21				
OÖ	27,12	30,77	32,60	34,92	38,41	37,43	36,22	35,99				
S	21,99	26,04	29,28	31,84	33,49	31,71	28,69	28,15				
ST	26,72	29,79	31,49	31,41	31,97	30,25	27,47	25,44				
T	1,06	3,83	7,05	10,49	12,94	13,63	13,34	14,79				
V	18,27	22,11	23,50	25,39	27,33	28,30	31,27	33,24				
W	20,48	22,75	23,82	25,15	28,09	27,89	27,01	27,29				
Ö	18,41	21,21	23,12	24,78	26,74	26,12	25,20	25,18				

Zielvorgabe: Anstieg

Quelle: Meldung DSVS 2026

Tabelle 30: Messgröße 13: In „Therapie aktiv“ versorgte Patient:innen sowie daran teilnehmende Ärzt:innen (AM und IM) (2/2) – Anteil der teilnehmenden Ärzt:innen in Prozent an allen niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen sowie Fachärzt:innen für Innere Medizin

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	2,83	4,50	19,30	21,25	23,29	23,02	25,91	27,65	31,83			
K	20,54	20,36	23,73	25,77	26,22	28,41	29,20	28,62	31,37			
NÖ	13,57	14,68	16,59	17,31	17,46	17,95	18,57	19,22	21,04			
OÖ	31,11	30,45	32,33	33,16	30,94	33,92	34,12	34,57	36,75			
S	25,51	26,13	25,82	26,37	26,12	27,59	28,80	29,61	27,78			
ST	30,88	30,76	32,55	33,56	33,33	34,28	34,69	35,19	34,80			
T	1,76	5,10	5,85	8,27	8,89	10,56	11,87	13,06	14,55			
V	26,82	29,03	30,98	31,88	33,00	34,31	39,23	36,99	38,34			
W	11,92	12,52	12,78	13,28	13,63	12,78	13,11	13,74	15,30			
Ö	18,70	19,44	21,08	22,12	22,11	22,76	23,69	24,12	25,55			

Zielvorgabe: Anstieg

Datenbasis 2025: Daten der Ärztestatistik sind noch nicht validiert

Quelle: Meldung DSVS 2026, Ärztestatistik

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

	Krankenhaus		
	2016	2019	2026
sehr zufrieden	37	40,8	
eher zufrieden	33	30,4	
Summe	70	71,1	
Summe (exkl. „weiß nicht“ bzw. „nicht zutreffend“)*	78	84,4	
Mittelwert**	1,90	1,73	
	Spitalsambulanzen		
	2016	2019	2026
sehr zufrieden	28	32,5	
eher zufrieden	30	30,8	
Summe	58	63,2	
Summe (exkl. „weiß nicht“ bzw. „nicht zutreffend“)*	69	74,3	
Mittelwert**	2,12	1,98	
	Fachärzt:innen		
	2016	2019	2026
sehr zufrieden	49	51,5	
eher zufrieden	36	34,0	
Summe	85	85,5	
Summe (exkl. „weiß nicht“ bzw. „nicht zutreffend“)*	89	88,7	
Mittelwert**	1,61	1,60	
	Praktische Ärzt:innen / Hausärzt:innen		
	2016	2019	2026
sehr zufrieden	60	61,4	
eher zufrieden	29	26,8	
Summe	89	88,2	
Summe (exkl. „weiß nicht“ bzw. „nicht zutreffend“)*	91	89,8	
Mittelwert**	1,51	1,51	
	Therapeut:innen		
	2016	2019	2026
sehr zufrieden	31	32,4	
eher zufrieden	19	18,0	
Summe	50	50,4	
Summe (exkl. „weiß nicht“ bzw. „nicht zutreffend“)*	89	89,0	
Mittelwert**	1,62	1,57	

Zielvorgabe: Anstieg

Frage aus dem Fragebogen: „Unabhängig davon, ob Sie in letzter Zeit eine der folgenden Gesundheitseinrichtungen in Anspruch genommen haben, wie zufrieden sind Sie mit der medizinischen Versorgung in Österreich?“
Antwortkategorien mittels fünfstufiger Likertskala und einer Kategorie „nicht zutreffend“

* exklusive Kategorie „weiß nicht“ bei der Bevölkerungsbefragung 2016 bzw. Kategorie „nicht zutreffend“ bei der Gesundheitsbefragung 2019

** Mittelwert bezieht sich auf die gesamte Likertskala 1–5 (exklusive Kategorie „weiß nicht“ bzw. „nicht zutreffend“).

Quelle: Bevölkerungsbefragung 2016; Statistik Austria (2021)

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

	Qualität des Krankenhausaufenthalts (Indikator 1)		
	2015	2022	
positive Erfahrung	66,3	65,0	
eher positive Erfahrung	26,6	27,7	
positive Erfahrung insgesamt	92,9	92,7	

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

Zielvorgabe: gleichbleibend/Anstieg

Indikator 1 führt als Index die Ergebnisse der Fragen zur Erfahrung im Krankenhaus zusammen

(sektorenübergreifende Patient:innenbefragung, Fragen: 2t–2ae; ohne 2z und 2ab*)**.

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

* Nummerierung gemäß PaBe 2022

** enthält auch Erfahrungen betreffend Pflegepersonal

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

Quelle: BMSGPK (2023)

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

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

Zielvorgabe: 97,3 %; Datenbasis 2025: vorläufige Meldung der Länder mit Stand 13. April 2026

Inkludiert sind NTA, exkludiert ist Aufnahmeart „A“ akut.

Quelle: BMASGPK (2026)

Tabelle 34: Messgröße 16: Vorzeitige Todesfälle durch behandelbare Krankheiten pro 100.000 EW – Sterblichkeit unter 75-Jähriger, die in einem funktionierenden Gesundheitssystem durch eine effektive und zeitnahe Versorgung inklusive Sekundärprävention und Behandlung potenziell vermeidbar gewesen wäre („treatable mortality“)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	73,9	73,2	74,3	66,9	70,9	69,4	67,1	72,9				
K	75,3	70,5	71,3	69,7	66,7	66,3	68,7	61,7				
NÖ	78,4	81,2	77,8	74,9	76,5	74,6	72,3	68,7				
OÖ	72,6	69,6	73,5	68,7	69,0	65,8	66,8	62,8				
S	65,1	64,0	62,8	62,0	64,9	60,4	56,0	61,0				
ST	74,1	74,5	72,7	68,4	69,6	69,4	67,8	62,8				
T	57,8	60,2	61,3	58,8	53,2	54,9	58,9	55,6				
V	66,7	60,0	62,6	59,4	61,7	55,6	46,1	53,0				
W	92,8	90,9	81,5	84,3	85,7	81,6	79,8	80,1				
Ö	76,3	75,4	73,6	71,3	71,8	69,6	68,4	66,4				

Zielvorgabe: Rückgang

Altersstandardisiert nach Europäischer Standardbevölkerung 2013

behandelbare Todesursachen definiert nach OECD und Eurostat (2022):

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

2024 waren die fünf häufigsten behandelbaren Todesursachen in Österreich (ICD-10-3-Steller, in absteigender Reihenfolge): bösartige Neubildungen der Brustdrüse, akute Myokardinfarkte (diese gehen jeweils zur Hälfte in die behandelbaren und präventablen Todesursachen ein), chronische ischämische Herzkrankheiten, bösartige Neubildungen des Dickdarmes und bösartige Neubildungen des Rektums.

Quelle: Todesursachenstatistik, Statistik Austria

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

	Gesundheitsberatungen gesamt pro 100.000 EW								
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	524	488	363	2.009	1.795	1.575			
K	1.142	610	566	778	920	1.019			
NÖ	4.565	4.198	4.628	4.399	4.935	5.245			
OÖ	453	487	424	1.145	1.786	2.263			
S	695	270	334	603	1.060	1.171			
ST	847	963	1.135	1.429	2.123	2.459			
T	589	403	1.043	1.731	2.181	2.788			
V	5.592	4.212	4.672	4.839	5.084	5.116			
W	2.415	2.659	3.760	3.222	3.446	4.321			
Ö	2.010	1.876	2.286	2.439	2.873	3.310			

	Gesundheitsberatung mit der Empfehlung „Rettungseinsatz“ pro 100.000 EW								
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	39	67	56	230	201	174			
K	168	131	108	132	156	159			
NÖ	974	1.100	1.135	1.020	1.139	1.153			
OÖ	6	10	12	24	48	134			
S	17	15	21	54	76	76			
ST	75	147	129	154	233	256			
T	113	133	275	450	544	551			
V	281	274	235	219	265	259			
W	227	496	708	463	229	409			
Ö	280	372	432	386	383	443			

	Gesundheitsberatung mit der Empfehlung „Krankenhaus (intramuraler Bereich)“ pro 100.000 EW								
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	58	97	71	366	328	252			
K	149	84	79	187	254	267			
NÖ	872	876	982	1.086	1.338	1.504			
OÖ	17	36	45	176	385	576			
S	40	32	34	93	263	321			
ST	56	90	69	105	233	296			
T	137	94	205	255	385	532			
V	898	672	627	637	698	826			
W	330	443	490	591	778	1.066			
Ö	312	328	364	457	626	782			

	Gesundheitsberatung mit der Empfehlung „Notarzteinätze, 141 etc.“ pro 100.000 EW								
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	57	149	114	559	675	581			
K	205	165	181	218	257	276			
NÖ	1.095	1.180	1.440	1.184	1.120	1.125			
OÖ	100	120	94	297	564	678			
S	62	30	43	119	218	228			
ST	429	401	579	712	853	902			
T	60	29	92	140	196	320			
V	1.061	1.200	1.442	1.462	1.511	1.477			
W	253	451	883	607	569	742			
Ö	410	470	650	621	684	756			

	Gesundheitsberatung mit der Empfehlung „ACN“ (derzeit nur in NÖ) pro 100.000 EW								
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B									
K									
NÖ	13	23	20	201	291	262			
OÖ									
S									
ST									
T									
V									
W									
Ö	2	4	4	38	55	49			

	Gesundheitsberatung mit der Empfehlung „niedergelassener Bereich“ pro 100.000 EW								
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	84	78	61	402	397	337			
K	236	137	131	161	171	220			
NÖ	731	579	655	517	610	715			
OÖ	210	205	196	453	578	638			
S	245	123	169	253	364	372			
ST	165	175	145	236	502	677			
T	221	106	356	659	745	928			
V	2.295	1.331	1.511	1.601	1.553	1.468			
W	868	787	896	948	1.180	1.287			
Ö	538	425	490	580	719	811			

	Gesundheitsberatung mit der Empfehlung „Apotheke“ pro 100.000 EW								
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	1	4	2	10	7	9			
K	4	2	4	7	5	6			
NÖ	19	13	15	13	16	24			
OÖ	10	22	16	41	35	44			
S	16	3	5	7	6	10			
ST	3	7	5	10	27	45			
T	1	3	16	38	56	81			
V	24	12	13	12	32	24			
W	17	22	30	26	35	31			
Ö	12	13	15	21	27	34			
	Gesundheitsberatung mit der Empfehlung „Anruf bei anderer Hotline“ pro 100.000 EW								
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	169	13	5	4	4	6			
K	159	11	10	17	20	16			
NÖ	267	62	64	88	112	107			
OÖ	15	7	7	31	21	19			
S	43	5	3	12	9	13			
ST	0	1	1	2	4	4			
T	6	1	9	34	64	67			
V	107	81	77	97	212	307			
W	29	38	72	61	85	92			
Ö	83	26	34	45	61	65			
	Gesundheitsberatung mit der Empfehlung „Selbstversorgung“ pro 100.000 EW								
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	15	11	8	25	27	46			
K	40	25	17	12	11	19			
NÖ	132	92	79	47	49	79			
OÖ	43	41	32	81	92	115			
S	68	23	23	26	58	64			
ST	12	26	19	27	64	112			
T	22	14	49	88	154	285			
V	622	430	505	509	504	557			
W	144	174	340	207	241	237			
Ö	102	89	126	105	127	158			
	Informationsgespräche ohne Gesundheitsberatung (inkl. „Corona-Anrufen“ – Trennung nicht möglich) pro 100.000 EW								
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	18.807	27.424	101.349	4.237	935	3.114			
K	15.020	26.755	42.387	2.339	596	689			
NÖ	19.248	37.747	70.185	4.124	1.355	1.569			
OÖ	22.389	27.567	71.603	5.523	2.824	5.267			
S	24.911	219.251	88.804	3.839	2.251	3.442			
ST	31.457	57.220	58.372	7.276	5.626	6.626			
T	39.319	83.519	51.953	1.788	422	269			
V	52.150	97.589	117.865	9.575	7.876	8.866			
W	46.143	165.126	89.718	11.221	9.612	12.159			
Ö	30.071	82.606	73.654	5.901	3.861	5.217			

Zielvorgabe: Anstieg

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

Gesundheitsberatung differenziert nach Empfehlung

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

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

	Nutzung „ELGA Bürgerportal“ pro 100.000 EW											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	138,0	237,8	365,3	523,4	13.494,8	5.952,6	2.954,7	3.004,8	4.056,4			
K	170,7	362,1	447,8	789,6	17.935,6	5.561,3	2.815,7	3.064,0	3.620,9			
NÖ	190,5	315,4	572,1	813,7	17.077,9	6.440,4	3.370,6	3.914,1	4.834,6			
OÖ	154,6	309,3	503,0	662,6	16.129,0	7.002,1	3.626,5	3.969,0	5.166,3			
S	216,5	501,6	559,4	751,2	18.119,0	7.309,9	3.870,7	4.009,9	5.256,7			
ST	348,3	731,7	834,8	1.216,0	23.879,8	9.974,8	6.652,2	8.314,3	9.459,8			
T	210,5	476,2	592,9	793,3	22.618,5	8.542,8	4.996,6	5.524,7	6.301,3			
V	132,7	447,7	360,6	570,3	22.589,8	6.971,8	2.927,9	2.852,9	3.612,2			
W	666,4	1.495,8	2.660,2	3.708,1	64.723,8	31.344,5	18.609,9	21.634,5	26.153,7			
unbek.	166,3	292,5	225,5	179,0	2.784,2	1.378,1	1.094,7	569,6	1.212,3			
Ö	472,2	949,7	1.247,0	1.617,6	31.617,3	13.949,1	8.382,4	8.995,7	11.438,0			

	Nutzung „ELGA Bürgerportal“ – Unique User pro 100.000 EW											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Ö	327,5	717,7	865,8	1.084,9	24.118,1	10.550,3	5.240,3	5.805,6	6.887,7			

Zielvorgabe: Anstieg

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

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

Quelle: ELGA GmbH; BRZ; SVC

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

eBefunde	eBefund-Transaktionen durch GDA absolut in Mio.							
	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Krankenanstalten	15,7	17,2	19,0	23,6	26,6			
Pflegeeinrichtungen	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1			
Ambulatorien, Institute	1,1	1,2	1,5	3,0	4,3			
Ärzt:innen*	27,0	33,5	19,4	17,2	22,0			
Gruppenpraxen	4,6	7,1	4,7	5,0	7,8			
alle GDA	48,4	58,9	44,7	48,9	60,8			

eBefunde	GDA mit eBefund-Transaktionen in Prozent der angebundenen GDA							
	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Krankenanstalten	63,30	65,92	64,15	65,13	69,41			
Pflegeeinrichtungen	8,17	8,09	14,85	18,47	22,55			
Ambulatorien, Institute	12,23	16,31	15,36	16,63	20,09			
Ärzt:innen*	23,55	26,45	15,20	15,51	18,85			
Gruppenpraxen	50,16	66,04	52,20	50,61	64,49			
alle GDA	23,53	26,69	16,65	17,20	20,70			

eMedikation	eMedikations-Transaktionen durch GDA absolut in Mio.							
	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Krankenanstalten	5,0	7,0	7,4	8,2	9,9			
Pflegeeinrichtungen	0,0	0,0	0,1	0,2	0,3			
Ambulatorien, Institute	1,2	2,0	2,3	2,1	2,3			
Apotheken	151,0	178,9	161,6	169,8	174,4			
Ärzt:innen*	196,1	260,8	297,3	235,9	205,3			
Gruppenpraxen	21,1	35,8	49,1	42,4	42,2			
alle GDA	374,4	484,5	517,8	458,6	434,4			

eMedikation	GDA mit eMedikations-Transaktionen in Prozent der angebundenen GDA							
	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Krankenanstalten	62,55	63,67	61,51	63,98	67,06			
Pflegeeinrichtungen	3,49	3,74	10,62	12,89	15,01			
Ambulatorien, Institute	15,40	19,59	19,00	19,23	21,99			
Apotheken	96,56	97,25	97,47	97,49	97,05			
Ärzt:innen*	34,20	35,90	29,39	29,98	31,07			
Gruppenpraxen	62,50	78,62	81,25	77,69	84,04			
alle GDA	37,01	39,08	33,54	34,14	35,09			

elmpfpass	elmpfpass-Transaktionen durch GDA absolut in Mio.							
	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Krankenanstalten	3,5	4,5	3,8	4,9	6,6			
Pflegeeinrichtungen	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0			
Ambulatorien, Institute	43,0	28,3	1,4	1,8	1,7			
Apotheken	6,7	3,0	0,2	0,1	0,0			
Ärzt:innen*	53,5	34,2	18,0	14,3	13,7			
Gruppenpraxen	3,7	3,4	2,4	2,7	3,2			
alle GDA	140,6	79,8	27,2	25,6	27,1			

elmpfpass	GDA mit elmpfpass-Transaktionen in Prozent der angebundenen GDA							
	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Krankenanstalten	63,67	66,67	65,28	64,75	67,45			
Pflegeeinrichtungen	8,17	8,00	8,81	9,20	11,61			
Ambulatorien, Institute	14,38	16,42	13,88	12,56	15,63			
Apotheken	96,56	97,25	97,27	92,40	89,19			
Ärzt:innen*	47,52	42,60	32,51	32,22	32,63			
Gruppenpraxen	55,19	68,55	69,94	63,95	69,28			
alle GDA	47,55	44,30	35,76	32,48	32,83			

Zielvorgabe: Anstieg

Lesehilfe: Ärzt:innen hatten im Jahr 2025 22,0 Mio. eBefund-Transaktionen (lesen oder schreiben) zu verzeichnen. 18,85 % der an ELGA angebundenen Ärzt:innen griffen im Jahr 2025 auf eBefunde zu.

* Ärzt:innen = nur Ärzt:innen mit Ordinationssitz und/oder e-card-Anschluss; exklusive Gruppenpraxen. Seit 2023 inklusive Zahnärzt:innen.

Quelle: ELGA GmbH; BRZ; SVC

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

	2024	2025	2026	2027	2028
Österreich	0	0			

Zielvorgabe: Anstieg

Quelle: Meldung DVS 2026

Tabelle 39: Messgröße 20: Verhältnis der Ausgaben für Arzneimittel intramural zu den Ausgaben für Arzneimittel extramural (in Prozent)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
extramural	81,6	81,1	80,0	79,9	79,7	79,0	77,8	76,6				
intramural	18,4	18,9	20,0	20,1	20,3	21,0	22,2	23,4				

Zielvorgabe: Beobachtungswert

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

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

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

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	400	383	361	344	345	325	294	265			
K	282	279	269	263	267	261	237	223			
NÖ	326	320	304	293	296	281	246	224			
OÖ	249	247	236	223	231	225	204	190			
S	237	232	217	205	211	206	188	173			
ST	343	337	323	310	314	303	273	252			
T	285	280	266	255	263	256	234	218			
V	204	204	190	176	185	177	161	149			
W	296	294	279	264	265	262	239	222			
Ö	296	292	278	265	270	261	235	217			

Zielvorgabe: Rückgang

Abweichend von der Definition im Zielsteuerungsvertrag werden alle Personen berücksichtigt, die im 3. und/oder 4. Quartal mehr als fünf verschiedene Wirkstoffe verschrieben bekommen haben. Ein Vorliegen in beiden Quartalen ist nicht erforderlich.

Quelle: Meldung DVS 2026

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

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	69,4	66,9	63,9	62,6	62,5	61,7	59,8	57,3			
K	62,1	60,5	57,6	56,1	55,9	55,2	53,4	51,3			
NÖ	62,8	61,2	58,4	57,5	57,1	56,3	54,5	52,4			
OÖ	58,1	56,4	53,9	52,9	52,8	51,9	49,9	47,6			
S	55,9	54,4	51,6	50,9	51,0	50,4	48,0	46,0			
ST	62,7	61,2	58,2	57,4	57,4	56,5	54,2	52,2			
T	61,6	59,8	57,1	56,2	56,4	55,2	53,7	51,9			
V	55,3	53,6	50,7	49,8	50,3	49,4	47,9	46,3			
W	62,1	60,9	57,8	57,4	57,1	56,4	54,7	53,0			
Ö	61,3	59,7	56,8	56,0	55,8	55,0	53,1	51,1			

Zielvorgabe: Rückgang

Quelle: Meldung DVS 2026

Tabelle 42: Messgröße 22: Gesunde Lebensjahre bei Geburt

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

Zielvorgabe: Anstieg

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

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

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

	2011	2020*	2025
ausreichende Gesundheitskompetenz	30,8	34,7	
exzellente Gesundheitskompetenz	16,9	18,1	
Summe	47,7	52,8	

Zielvorgabe: Anstieg

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

Der Indikator basiert auf einem Index, der aus den 12 Fragen des HLS19-Q12 zur allgemeinen Gesundheitskompetenz berechnet und in vier Stufen der Gesundheitskompetenz kategorisiert wird (inadäquat, problematisch, ausreichend, exzellent). Die Fragen beziehen sich auf das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung. Die zweite österreichische Gesundheitskompetenzbefragung (HLS19-AT, Datenjahr 2020) inkludierte ab 18-Jährige in Privathaushalten. Die Zufallsstichprobe umfasste rund 3.000 Personen in Österreich

Quelle: Griebler et al. (2021)

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

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

Zielvorgabe: Rückgang

Die Periodizität orientiert sich am ATHIS-Zyklus.

Quelle: ATHIS, EHIS; Statistik Austria, Eurostat

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

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Ö	25,3	25,2	25,8	24,9	24,3	25,6	25,2	24,8				

Zielvorgabe: Rückgang

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

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

	2008	2015	2020	2026
Ö	17	14	15	

Zielvorgabe: Rückgang

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

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

Tabelle 47: Messgröße 26: Kariesfreie Kinder (1/2) – Anteil der 6- bis 7-jährigen Kinder (in Prozent) mit einem kariesfreien Gebiss (d_3mft -Score = 0)²³

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

Zielvorgabe: Anstieg

n. v. = Daten nicht verfügbar

d_3mft -Score = durchschnittliche Anzahl der kariösen (d3), fehlenden (m) und gefüllten (f) Milchzähne pro Kind
2011: Der Österreich-Wert exkludiert die Bundesländer Vorarlberg und Wien.

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

²³ Siehe Erläuterungen auf den Seiten 52 und 53. In Niederösterreich wurde 2023/2024 eine Erhebung zur Kariesprophylaxe durchgeführt, aus der ein deutlich höherer Anteil kariesfreier Zähne (6-Jährige 64,1% und 7-Jährige 54,1%) und Sanierungsgrad (DMFT gemischt Index: 6-Jährige 1,40 und 7-Jährige 1,75) resultierten (siehe Apollonia NÖ Kariesprophylaxe 2023/2024)

Tabelle 48: Messgröße 26: Kariesfreie Kinder (2/2) – Anteil der 6- bis 7-jährigen Kinder (in Prozent) mit hohem Sanierungsgrad des Gebisses²⁴

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

Zielvorgabe: Anstieg

n. v. = Daten nicht verfügbar

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

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

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

Tabelle 49: Messgröße 27: Vorzeitige Todesfälle durch präventable Todesursachen pro 100.000 EW („preventable mortality“)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
B	155,5	161,2	155,2	143,0	159,4	154,0	138,3	155,9				
K	168,7	177,0	164,2	176,0	188,6	169,2	162,2	155,0				
NÖ	156,3	157,2	155,1	166,5	181,9	169,1	157,8	147,7				
OÖ	148,5	143,0	142,9	161,6	162,4	150,3	138,7	134,4				
S	141,6	135,8	136,4	140,8	165,9	144,1	143,0	133,7				
ST	160,2	150,8	147,1	173,2	167,7	163,9	151,4	141,5				
T	130,0	138,2	144,1	147,6	141,6	148,0	132,4	128,7				
V	144,2	131,3	124,0	148,2	149,0	146,4	130,9	142,6				
W	187,1	195,3	179,8	200,6	212,6	196,8	171,5	167,6				
Ö	158,9	158,9	153,9	168,8	176,0	165,5	151,3	146,2				

Zielvorgabe: Rückgang

altersstandardisiert nach Europäischer Standardbevölkerung 2013

vermeidbare Todesursachen definiert nach OECD und Eurostat, 2022:

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

2024 waren die fünf häufigsten vermeidbaren Todesursachen in Österreich (ICD-10-3-Steller in absteigender Reihenfolge): bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge, sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung, akuter Myokardinfarkt (diese gehen jeweils zur Hälfte in die behandelbaren und vermeidbaren Todesursachen ein), alkoholische Leberkrankheit, chronische ischämische Herzkrankheit (diese gehen jeweils zur Hälfte in die behandelbaren und vermeidbaren Todesursachen ein)

Quelle: Todesursachenstatistik, Statistik Austria

²⁴ Siehe Erläuterungen auf den Seiten 52 und 53. In Niederösterreich wurde 2023/2024 eine Erhebung zur Kariesprophylaxe durchgeführt, aus der ein deutlich höherer Anteil kariesfreier Zähne (6-Jährige 64,1% und 7-Jährige 54,1%) und Sanierungsgrad (DMFT gemischt Index: 6-Jährige 1,40 und 7-Jährige 1,75) resultierten (siehe Apollonia NÖ Kariesprophylaxe 2023/2024)

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

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
2 Dosen MMR Zweijährige*	76	76	89	87	75	76	78	77				
2 Dosen MMR Vierjährig*	85	85	88	88	94	92	81	84				
3 Dosen Sechsfachimpfung Zweijährig**	81	81	82	81	85	82	87	85				
3 Dosen Sechsfachimpfung Vierjährig**	87	82	84	85	85	84	87	85				
Auffrischungsimpfung Vier-fachimpfung Zehnjährig***	70	>95	90	75	92	>95	87	82				
2 Dosen HPV 14-Jährig	16	32	43	45	48	53	51	49				

Zielvorgabe: Anstieg

Berechnungen mittels agentenbasierten dynamischen Simulationsmodells der TU Wien

* MMR: Masern-Mumps-Röteln-Kombinationsimpfung

** Sechsfachimpfung gegen Diphtherie, Wundstarrkrampf, Keuchhusten, Kinderlähmung, Haemophilus influenzae B, Hepatitis B

*** Vierfachimpfung gegen Diphtherie, Wundstarrkrampf, Keuchhusten und Kinderlähmung

Quelle: Meldung BMASGPK (Abt. VII/10) 2026

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

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
im ÖIP bereitgestellte Impfungen	11	11	11	11	12	13	13	14	15			
vom NIG empfohlene Impfungen	18	18	18	18	18	19	18	18	18			

Zielvorgabe: Anstieg

Quelle: Meldung BMASGPK (Abt. VII/10) 2026

9.3 Übersicht über Ziele und Messgrößen laut Bundes-Zielsteuerungsvertrag

Operative Themenbereiche Operative Ziele / wesentliche Arbeiten			Messgrößen
S1: Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes	Themenbereich Versorgung und Ressourcen	Operatives Ziel 1: Stärkung des niedergelassenen Bereichs	(1) Inanspruchnahme der öffentlichen ärztlichen Gesundheitsversorgung (2) Umgesetzte Primärversorgungseinheiten (PVE), Gruppenpraxen und selbständige Ambulatorien (3) Ambulante Frequenzen: Frequenzen spitalsambulanter und extramuraler Patient:innen in FKA und im kassenärztlichen Bereich (4a) Krankenhaushäufigkeit in FKA (4b) Krankenhaushäufigkeit in FKA, PRIKRAF-KA und UKH (exkl. Verlegungen aus KA) (5a) Belagstagedichte in FKA (5b) Belagstagedichte in FKA, PRIKRAF-KA und UKH (6) Ausgewählte TK-Leistungsbündel, die tagesklinisch-stationär oder ambulant erbracht werden (7) Ärztliche Versorgungsdichte (8a) Ärztliche Versorgungswirksamkeit des Wahlärzt:innenbereichs (bezogen auf den gesamten ambulanten Bereich) (8b) Ärztliche Versorgungswirksamkeit des Wahlärzt:innenbereichs (bezogen auf den niedergelassenen Bereich) (9) Pflegekräfte pro 100.000 EW (10a) Absolvent:innen an Medizinuniversitäten (10b) Absolvent:innen ausgewählter Gesundheitsberufe (11) Anzahl der besetzten und genehmigten Ausbildungsstellen AM/FÄ (12) Ambulante KJP-Angebote
		Operatives Ziel 2: Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und Strukturreformen	
		Operatives Ziel 3: Stärkung der ambulanten Versorgung	
		Operatives Ziel 4: Optimierung der Patient:innenströme und -wege „digital vor ambulant vor stationär“, um einen effizienten und effektiven Einsatz der limitierten Ressourcen des öffentlichen Gesundheitssystems zu gewährleisten	
		Operatives Ziel 5: Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals gewährleisten	
		Operatives Ziel 6: Stärkung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung	
		Wesentliche weitere Arbeiten • ÖSG, inkl. ÖSG VO (ÖSG-Monitoring) • RSG, inkl. RSG VO (RSG-Monitoring) • LKF-Modell und Dokumentationsgrundlagen • Primärversorgung • Humangenetik • Versorgungsforschung • Weiterentwicklung ÖGD	
S2: Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse	Themenbereich Qualität	Operatives Ziel 7: Verbesserung der integrierten Versorgung	(13) In Therapie aktiv versorgte Patient:innen und daran teilnehmende Ärzt:innen (AM und IM) (14a) Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich (14b) Erfahrung mit der medizinischen Versorgung in Österreich (15) Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer in FKA (16) Vorzeitige Todesfälle durch behandelbare Krankheiten
		Operatives Ziel 8: Sicherstellung der Qualität im gesamten Gesundheitswesen	
		Wesentliche weitere Arbeiten • Qualitätsstrategie • Patient:innensicherheit • transparente Information zur Qualitätsarbeit • Qualitätsstandards • A-IQI • HTA und Evidenzsynthesen • Qualitätsregister • Qualitätsberichterstattung	

	Themenbereich Digitalisierung/Daten	Operatives Ziel 9: Neugestaltung der eHealth-Governance	(17) Anrufe bei 1450 pro 100.000 EW und Jahr (18) Nutzung von ELGA durch Bürger:innen und GDA
		Operatives Ziel 10: Öffentliche Gesundheitstelematikinfrastruktur (öGTI) sichern und weiterentwickeln	
		Operatives Ziel 11: Anwendungen/Prozesse für digital unterstützte Versorgung bereitstellen und Innovationen managen	
		Operatives Ziel 12: Verbesserung der Steuerungskompetenz im Gesundheitssystem	
		Wesentliche weitere Arbeiten • Patient:innenlenkung • integrierte Versorgung • Diagnosencodierung • Weiterentwicklung der ELGA GmbH	
	Themenbereich Medikamente	Operatives Ziel 13: Optimierung der Medikamentenversorgung zur Sicherstellung eines einheitlichen, wohnortunabhängigen Zugangs zu Arzneyspezialitäten	(19) Anzahl der bundesweit einheitlich eingesetzten und sektorenübergreifend finanzierten Arzneyspezialitäten (20) Verhältnis Ausgaben Arzneimittel intramural zu extramural (21a) Polypharmazie-Prävalenz (21b) Potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren
S3: Erhöhung der Zahl der gesunden Lebensjahre und Verbesserung der Lebensqualität von gesunden und erkrankten Personen	Themenbereich Gesundheitsförderung & Prävention & Impfen	Operatives Ziel 14: Stärkung von zielgerichteter Gesundheitsförderung und Prävention	(22) Gesunde Lebensjahre bei Geburt (23) Exzellente und ausreichende Gesundheitskompetenz (24) Täglich Rauchende (25a) Pro-Kopf-Konsum Alkohol (25b) Problematischer Alkoholkonsum (26) Kariesfreie Kinder (27) Vorzeitige Todesfälle durch vermeidbare Todesursachen (28) Durchimpfungsraten bei Kindern für Erkrankungen mit internationalen Eliminations- und Eradikationsprogrammen/-zielen (29) Anzahl der in einem öffentlichen Impfprogramm bereitgestellten Impfungen
		Operatives Ziel 15: Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung	
		Operatives Ziel 16: Etablierung des ÖIP, Erweiterung und Ausbau der Impfsettings im ÖIP sowie Verbesserung der Impfakzeptanz	
		Wesentliche weitere Arbeiten • Gesundheitsziele Österreich • Mundgesundheit • Ausgaben Gesundheitsförderung	
S4: Gewährleistung einer langfristigen Finanzierbarkeit der öffentlichen Gesundheitsausgaben	Themenbereich Langfristige Finanzierung, Monitoring und Evaluation, Transparenz	Operatives Ziel 17: Nachhaltige Ausrichtung des Gesundheitssystems und Transparenz sicherstellen	Messgrößen und Zielwerte siehe Finanzzielsteuerung bzw. Einhaltung der Ausgabenobergrenzen Art. 6
		Wesentliche weitere Arbeiten • Outcomemessung • Monitoring Zielsteuerung-Gesundheit	

Quelle: Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene

Literaturverzeichnis

- Anzenberger, Judith ; Akartuna, Deniz; Busch, Martin; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja; Strizek, Julian (2024): Epidemiologiebericht Sucht 2024. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Hg. v. Gesundheit Österreich, Wien
- BMASGPK (2025a): Impfplan Österreich 2025/2026. Version 1.1. vom 10. Oktober 2025. Hg. v. BMASGPK, Wien
- BMASGPK (2025b): Kurzbericht Masern 2024. Evaluierung der Masern-Durchimpfungsraten mit einem dynamischen agentenbasierten Simulationsmodell, Version 1.0. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMASGPK (2026): Diagnosen und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2020): Impfungen für Schulkinder und Jugendliche. Hg. v. BMSGPK, Wien
- BMSGPK (2023): Sektorenübergreifende Patientenbefragung. Ergebnisbericht 2022. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2024): eHealth-Strategie Österreich. v1.0 im Juni 2024. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Bodenwinkler, Andrea; Kerschbaum, Johann; Sax, Gabriele (2012): Zahnstatus 2011. Sechsjährige in Österreich. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Hg. v. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit / Gesundheit Österreich GmbH - Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Bodenwinkler, Andrea; Sax, Gabriele; Kerschbaum, Hans (2017): Länder-Zahnstatuserhebung 2016: Sechsjährige in Österreich. Zahnstatus sechsjähriger Kinder mit und ohne Migrationshintergrund. Wissenschaftlicher Bericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Dachverband der Sozialversicherungsträger; Gesundheit Österreich GmbH; BMSGPK (2023): Evaluierung 2023. Gesundheitsberatung 1450, Wien
- EUROSTAT Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex. [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_apr\\$defaultview/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_apr$defaultview/default/table?lang=en). European Union [online] [Zugriff am 3.4.2025]
- Griebler, Robert; Straßmayr, Christa; Mikšová, Dominika; Link, Thomas; Nowak, Peter (2021): Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS19 AT. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Haeger, C.; Gellert, P.; Messer, M. (2024): Gesundheitsökonomie und Versorgungswissenschaft. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit Berlin, Heidelberg
- HVB (2016): Bevölkerungsbefragung 2016. Erhebung des Wissensstandes der Bevölkerung zu gesundheitspolitischen Themen mit besonderem Fokus auf die aktuelle Gesundheitsreform. Hg. v. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger unter Mitarbeit der Gesundheit Österreich

und des Teams für Qualitätsentwicklung und Service Management. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Juraszovich, Brigitte; Rappold, Elisabeth; Gyimesi, Michael (2023): Pflegepersonalprognose. Update bis 2050. Aktualisierung der Pflegepersonalbedarfsprognose 2030. Ergebnisbericht. Hg. v. Gesundheit Österreich, Wien

Keuerleber, Simon; Sauermann, Robert (2016): Polypharmazie – Aktivitäten der österreichischen Sozialversicherung. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 166/5-6:173-178

Klimont, Jeanette; Ihle, Petra (2009): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: ausgewählte Ergebnisse für Bundesländer. In: Statistische Nachrichten 10/2009

Klimont, Jeanette; Klotz, Johannes (2016): Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung. Auswertungen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014. In: Statistische Nachrichten 9/2016

Mann, E.; Haastert, B.; Frühwald, T.; Sauermann, R.; Hinteregger, M.; Hölzl, D.; Keuerleber, S.; Scheuringer, M.; Meyer, G. (2014): Potentially inappropriate medication in older persons in Austria: A nationwide prevalence study. In: European Geriatric Medicine 5/6:399-405

Mann, N.K.; Mathes, T.; Sönnichsen, A.; Pieper, D.; Klager, E.; Moussa, M.; Thürmann, P.A. (2023): Potentially inadequate medications in the elderly: PRISCUS 2.0—first update of the PRISCUS list. In: Dtsch Arztebl Int 120/3-10

OECD (2021): Daily smokers. Daily smokers is the population aged 15 years and over who report that they smoke tobacco every day [online]. <https://www.oecd.org/en/data/indicators/daily-smokers.html> [Zugriff am 2.4.2025]

OECD (2023): Health at a Glance 2023. Hg. v. OECD Indicators. OECD Paris

Papanicolas, I.; Rajan, D.; Karanikolos, M.; A., Soucat.; Figueras, J. (2022): Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Health Policy Series, 57. Auflage, Geneva, World Health Organization

Schwarz, Tanja; Kölldorfer, Benjamin (2025): Österreichische Zahnstatuserhebung 2023/24 – 6- bis 7-jährige Kinder. Hg. v. Gesundheit Österreich, Wien

Statistik Austria (2021): Gesundheitsbefragung ATHIS Ergebnisse 2019. unveröffentlicht, Wien

Strizek, Julian; Akartuna, Deniz; Gaiswinkler, Sylvia; Nowotny, Monika; Puhm, Alexandra; Uhl, Alfred (2024): Handbuch Alkohol Österreich. Band 3: Ausgewählte Themen. Hg. v. Gesundheit Österreich, Wien

The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (2021): International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL. Hg. v. Austrian National Public Health Institute, Vienna

WHO Europa (2022): Der Krebs, den wir eliminieren können – WHO/Europa appelliert dringend an Mitgliedstaaten, Gebärmutterhalskrebs in die Geschichtsbücher zu verbannen. <https://www.who.int/europe/de/news/item/12-09-2022-the-cancer-we-can-eliminate---who-europe-urges-member-states-to-consign-cervical-cancer-to-history> [online] [Zugriff am 4.4.2025]

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