

Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich

4. Ausgabe

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich

4. Ausgabe

Autorinnen/Autoren:

Katharina Habimana
Florian Bachner
Julia Bobek
Joy Ladurner
Herwig Ostermann

Unter Mitarbeit von:

Ines Czasny
Claudia Hahl
Stephan Mildschuh
Elisabeth Pochobradsky
Isabel Stadler-Haushofer
Sabine Vogler

Fachliche Begleitung durch das BMG:

Gerhard Embacher
Christian Halper
Ulrike Schermann-Richter
Johannes Schimmerl

Projektassistenz:

Brigitte Marsteurer

Wien, im August 2015

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Zl. P4/3/4606

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

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt

Kurzfassung

Die öffentlichen Haushalte der europäischen Länder und damit auch die öffentlich finanzierten Gesundheitssysteme stehen im Kontext der Finanz- und Wirtschaftskrise, aber auch angesichts demografischer Herausforderungen unter erhöhtem Druck. Um dem Anspruch einer hochwertigen, qualitätsgesicherten Versorgung bei knappen Mitteln gerecht zu werden, ist der effiziente und gleichzeitig transparente Umgang mit den verfügbaren Ressourcen (z. B. Personal, Betten, Geräte etc.) erforderlich. Ein Vergleich der Steuerungskonzepte und Lösungsstrategien anhand von Indikatoren ermöglicht gegebenenfalls effektivere, effizientere und wenn möglich auch sozial gerechtere Formen der Ressourcenallokation zu identifizieren.

Die Intention dieses zum vierten Mal erscheinenden Berichts der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) liegt darin, ausgewählte Aspekte des österreichischen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich zu präsentieren und zu analysieren. Dabei ist es explizit nicht Ziel dieses Berichtes, eine rangmäßige Beurteilung des österreichischen Gesundheitssystems auf der Grundlage eines wie auch immer gelagerten Rankings anzubieten, da letztere – solange deren Methodik und auch Anwendung nicht Ergebnis eines internationalen bzw. europäischen Konsensprozesses sind – stets selektiv sind und damit auch zu selektiven Aussagen führen würden.

Anhand von 26 Indikatoren werden die Dimensionen: „Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz“, „Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme“ sowie „gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse“ diskutiert, um daraus Hinweise auf Stärken und Schwächen des österreichischen Systems zu erhalten. Analysiert werden zudem die österreichischen Werte im Vergleich zum EU-15-Durchschnitt zu zwei Zeitpunkten, um Veränderungen im Längsschnitt sichtbar zu machen (2003 und 2012, sofern verfügbar).

Die österreichischen Gesundheitsausgaben liegen, sowohl gemessen als Anteil am Bruttoinlandsprodukt als auch pro Kopf in Euro, über dem EU-15-Durchschnitt. Die Tatsache, dass die öffentlichen Gesundheitsausgaben in der Vergangenheit deutlich stärker gestiegen sind als das Bruttoinlandsprodukt, beeinflusste wesentlich die im Zuge der aktuellen Gesundheitsreform zur Zielsteuerung-Gesundheit (ZS-G) vereinbarten Ziele.

Österreich wendet, gemessen an den Ergebnissen, überproportional viele Ressourcen für das Gesundheitswesen auf. Auffällig hierbei sind vor allem die Ausgaben und Vorhaltungen in der stationären Versorgung, die entsprechend den aktuell vorliegenden Zahlen aus dem Jahr 2012 im europäischen Vergleich unübertroffen hoch sind. Die überproportionale Dichte an vorgehaltenen Akutbetten und der überdurchschnittlich hohe Einsatz an hochqualifiziertem Gesundheitspersonal lassen gesundheitsökonomisch auf Effizienzpotenziale schließen.

Der beinahe vollständige Schutz der Bevölkerung durch die soziale Krankenversicherung, der niederschwellige Zugang zu und die Zufriedenheit mit den umfangreichen Leistungen sowie die Freiheit der Patienten und Patientinnen ihre Leistungserbringer selbst auswählen zu können, begründen die positive Einschätzung des österreichischen Gesundheitswesens durch die

Bevölkerung. Der niederschwellige Zugang zu einer relativ umfassenden Gesundheitsversorgung mündet oftmals in eine hohe Inanspruchnahme, wobei sich jedoch auch Unterschiede hinsichtlich Wohlstands- und Bildungsniveaus zeigen. Durch eine stärkere nachfrage- bzw. bedarfsorientierte Steuerung des österreichischen Versorgungssystems könnten Ressourcen effektiver genutzt werden. Dies kann in weiterer Folge dazu beitragen, die derzeit oft nur nahe am EU-15-Durchschnitt liegenden gesundheitsbezogenen Leistungsergebnisse (Outcome-Indikatoren) zu verbessern.

Trotz teilweise mangelnder Datenverfügbarkeit konnten im Rahmen der Untersuchung Hinweise auf Verbesserungspotenziale bei den Leistungsergebnissen identifiziert werden. Da der Schwerpunkt des österreichischen Systems nach wie vor stark im kurativen Bereich liegt, besteht weiterhin Handlungsbedarf in den Feldern Gesundheitsförderung und Prävention. Mit der Verabschiedung der Rahmen-Gesundheitsziele im Jahr 2012 etablierte sich ein breiteres Verständnis von Gesundheit auch für außerhalb des Krankenversorgungssystems liegende, insbesondere soziale Gesundheitsdeterminanten („Health in all Policies“).

Auf Grund sich verändernder gesellschaftlicher, medizinisch-technologischer, aber auch ökonomischer Rahmenbedingungen liegt es – im Sinne von Governance – in der Verantwortung der gesundheitspolitischen Akteure, auf Basis gesicherter Problembefunde geeignete Maßnahmen zu implementieren, um eine zielgerichtete und nachhaltige Anpassung des Gesundheitssystems sicherzustellen. Die Zukunftsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems stützt sich insbesondere auf die in jüngster Vergangenheit ergriffenen Maßnahmen, die gezielt auf die Problemfelder des Gesundheitswesens einwirken. So soll erreicht werden, dass österreichische Patientinnen und Patienten die kurative Versorgung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler pflegerischer und medizinischer Qualität möglichst kostengünstig erhalten (Best Point of Service).

Inhalt

Abbildungen und Tabellen	VII
Abkürzungen.....	XI
1 Einleitung	1
1.1 Aufbau und Ziele	2
1.2 Methodik, Datengrundlagen und Limitationen	5
1.2.1 Veränderungen gegenüber Ausgabe 2012	7
2 Kennzahlen des österreichischen Gesundheitswesens.....	8
2.1 Grundlegendes	8
2.2 Gesundheitsausgaben	9
2.3 Stationäre Versorgung	13
2.4 Ambulante Versorgung	21
2.5 Psychotherapeutische Versorgung	23
2.6 Pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	24
2.7 Medizinisch-technische Großgeräte	27
2.8 Personal im Gesundheitswesen	30
2.9 Alten- und Langzeitpflege	33
2.10 Hospiz- und Palliativversorgung	34
3 Internationaler Vergleich.....	35
3.1 Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz	35
3.1.1 Gesundheitsausgaben	36
3.1.1.1 Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandprodukts	36
3.1.1.2 Gesundheitsausgaben pro Kopf	39
3.1.1.3 Gesundheitsausgaben nach Sektoren	42
3.1.2 Ressourceneinsatz	44
3.1.2.1 Medizinisch-technische Großgeräte	44
3.1.2.2 Ärztedichte	46
3.1.2.3 Bettendichte	48
3.1.2.4 Pflegepersonal.....	50
3.2 Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme.....	52
3.2.1 Gerechtigkeit und Zugang	53
3.2.1.1 Selbstzahlungen der privaten Haushalte.....	53
3.2.1.2 Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungsbedarf	55
3.2.1.3 Zugang zu Arzneimitteln	57
3.2.2 Inanspruchnahme	60
3.2.2.1 Krankenhaushäufigkeit.....	60
3.2.2.2 Krankenhausverweildauer (durchschnittliche Belagstage) ...	62
3.2.2.3 Krebs-Screening-Inanspruchnahme nach Bildungsniveau...	64
3.3 Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse.....	69
3.3.1 Gesundheitszustand.....	70
3.3.1.1 Lebenserwartung bei der Geburt.....	70
3.3.1.2 Gesunde Lebensjahre bei der Geburt	72
3.3.1.3 Sterblichkeit	74
3.3.1.4 Säuglingssterblichkeit	76

	3.3.1.5	Selbst eingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand.....	78
	3.3.1.6	Durchschnittliche Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne	81
3.3.2		Lebensstil	83
	3.3.2.1	Alkoholkonsum	83
	3.3.2.2	Nikotinkonsum.....	87
	3.3.2.3	Übergewicht und Fettleibigkeit	90
	3.3.2.4	Diabetes-mellitus-Prävalenz	92
3.3.3		Qualität.....	94
	3.3.3.1	Mortality Amenable to Health Care (MAHC)	94
	3.3.3.2	Inzidenz, Sterblichkeit und Überlebensraten bei Krebserkrankungen	97
	3.3.3.3	Sterblichkeit nach Schlaganfall und Herzinfarkt innerhalb von 30 Tagen nach stationärer Aufnahme.....	101
4		Ergebnisanalyse.....	104
	4.1	Analyse: Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz	104
	4.2	Analyse: Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme	110
	4.3	Analyse: Gesundheitsbezogenen Leistungsergebnisse (Outcomes).....	116
5		Conclusio	122
6		Literaturverzeichnis	125

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 1.1:	Übersicht über verwendete Dimensionen und Indikatoren	4
Abbildung 2.1:	Österreich: Aufteilung der gesamten Gesundheitsausgaben inkl. Langzeitpflege nach Leistungsbereichen in Prozent, 2012.....	10
Abbildung 2.2:	Österreich: Entwicklung der Gesundheitsausgaben und des Bruttoinlandproduktes (nominell), 1990–2012, indexiert (1990=100)	12
Abbildung 2.3:	Österreich: Entwicklung ausgewählter Kennzahlen landesgesundheitsfondsfinanzierter Krankenanstalten, 2004–2013.....	16
Abbildung 2.4:	Österreich: Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit je 100 Einwohner/innen in Akutkrankenanstalten auf Bundesländerebene, 2004–2013	18
Abbildung 2.5:	Österreich: Entwicklung der durchschnittlichen Belagstage in Akutkrankenanstalten auf Bundesländerebene, 2004–2013.....	19
Abbildung 2.6:	Österreich: Anzahl medizinisch–technische Großgeräte, 2003–2012	28
Abbildung 3.1:	Europäischer Vergleich: Gesamte öffentliche und private Gesundheitsausgaben inkl. Langzeitpflege in Prozent des BIP (Gesundheitsausgabenquote), 2012	37
Abbildung 3.2:	Europäischer Vergleich: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich und im EU–15–Durchschnitt in Prozent des BIP, 2003–2012	38
Abbildung 3.3:	Europäischer Vergleich: Gesamte Gesundheitsausgaben pro Kopf in Kaufkraftparitäten (PPP) und Euro, 2012.....	40
Abbildung 3.4:	Europäischer Vergleich: Durchschnittliches reales Wachstum der laufenden Gesundheitsausgaben pro Kopf in Prozent, 2003–2012	41
Abbildung 3.5:	Europäischer Vergleich: Gliederung der laufenden Gesundheitsausgaben (ohne Investitionen) nach Sektoren in Prozent, 2012	43
Abbildung 3.6:	Europäischer Vergleich: Computertomographiegeräte und Magnetresonanz–Tomographiegeräte je 100.000 Einwohner/innen, 2012	45
Abbildung 3.7:	Europäischer Vergleich: Praktizierende Ärzteschaft pro 1.000 Einwohner/innen, 2012	47
Abbildung 3.8:	Europäischer Vergleich: Alle Krankenhausbetten sowie Akutbetten je 100.000 Einwohner/innen (Bettendichte), 2012.....	49
Abbildung 3.9:	Europäischer Vergleich: Entwicklung der Akutbettendichte je 100.000 Einwohner/innen in Österreich sowie im europäischen Vergleich, 2003–2012	50

Abbildung 3.10: Europäischer Vergleich: Krankenpflegepersonal je 1.000 Einwohner/innen, 2012	51
Abbildung 3.11: Europäischer Vergleich: Selbstzahlungen der privaten Haushalte („Out-of-Pocket-Payments“) in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, 2012.....	54
Abbildung 3.12: Europäischer Vergleich: Bevölkerungsanteil mit unerfülltem medizinischem Behandlungsbedarf nach Einkommen in Prozent, 2012	56
Abbildung 3.13: Europäischer Vergleich: Einwohner/innen je Abgabestelle für verschreibungspflichtige Medikamente, 2013	58
Abbildung 3.14: Europäischer Vergleich: Arzneimittelverbrauch in Packungen pro Person im niedergelassenen Bereich (öffentliche Apotheken), 2011	59
Abbildung 3.15: Europäischer Vergleich: Krankenhausentlassungen im akutstationären Bereich je 100 Einwohner/innen (Krankenhaushäufigkeit), 2011	61
Abbildung 3.16: Europäischer Vergleich: Durchschnittliche Anzahl an Belagstagen in Akutkrankenanstalten, 2012.....	63
Abbildung 3.17: Europäischer Vergleich: Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl an Belagstagen in Akutkrankenanstalten in Österreich und im EU-15-Durchschnitt, 2003–2012	64
Abbildung 3.18: Europäischer Vergleich: Anteil der Frauen, die an einem Mammographie- bzw. Zervix-Screening teilnehmen, 2011.....	66
Abbildung 3.19: Europäischer Vergleich: Anteil an Frauen im Alter von 50–69 Jahren, die in den letzten zwei Jahren an einem Mammographie-Screening teilnahmen, nach Bildungsniveau, 2009	67
Abbildung 3.20: Europäischer Vergleich: Anteil an Frauen im Alter von 20 bis 69 Jahren, die in den letzten drei Jahren an einem Screening des Gebärmutterhalses teilnahmen, nach Bildungsniveau, 2009	68
Abbildung 3.21: Europäischer Vergleich: Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren, 2012	71
Abbildung 3.22: Europäischer Vergleich: Gesunde Lebensjahre bei der Geburt, 2012	73
Abbildung 3.23: Europäischer Vergleich: Todesfälle je 100.000 Personen nach Todesursachen, 2012	75
Abbildung 3.24: Europäischer Vergleich: Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeburten, 2012	77
Abbildung 3.25: Europäischer Vergleich: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeburten in Österreich und im EU-15-Durchschnitt, 2003 bis 2012.....	78
Abbildung 3.26: Europäischer Vergleich: Als (sehr) gut eingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand nach Einkommensfünftel, 2012.....	80

Abbildung 3.27:	Europäischer Vergleich: Durchschnittliche Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne bei 12-Jährigen (D ₃ MFT-Index)	82
Abbildung 3.28:	Europäischer Vergleich: Alkoholkonsum Erwachsener (ab 15 Jahren) in Litern, 2012	84
Abbildung 3.29:	Europäischer Vergleich: Alkoholkonsum ab 15 Jahren in Litern, 2000–2010	85
Abbildung 3.30:	Europäischer Vergleich: Wöchentlicher Alkoholkonsum bei Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren nach Geschlecht in Prozent der Altersstufe, 2009/2010	86
Abbildung 3.31:	Europäischer Vergleich: Wöchentlicher Zigarettenkonsum bei Jugendlichen von 11, 13 und 15 Jahren nach Geschlecht, 2009/2010.....	88
Abbildung 3.32:	Europäischer Vergleich: Tägliche Raucher/innen nach Einkommensquintilen, 2008	89
Abbildung 3.33:	Europäischer Vergleich: Übergewichtige und fettleibige Bevölkerung in Prozent, 2012.....	91
Abbildung 3.34:	Europäischer Vergleich: Diabetes–mellitus–Prävalenz in Prozent, 2013.....	93
Abbildung 3.35:	Europäischer Vergleich: Mortality Amenable to Health Care, 2012	96
Abbildung 3.36:	Europäischer Vergleich: Neuerkrankungen an Krebs je 100.000 Einwohner/innen, 2012	97
Abbildung 3.37:	Europäischer Vergleich: Mortalitätsrate bei Brustkrebs (Frauen) und bei Prostatakrebs (Männern) je 100.000 Frauen bzw. Männer, 2012	98
Abbildung 3.38:	Europäischer Vergleich: Relative 5–Jahres–Überlebensraten bei Brust–, Gebärmutterhals– und Darmkrebserkrankung, Beobachtungszeitraum 2007–2012	100
Abbildung 3.39:	Europäischer Vergleich: Mortalität je 100 Personen (über 45 Jahren) nach ischämischem Schlaganfall und Herzinfarkt innerhalb von 30 Tagen nach Einlieferung, 2011	102
Abbildung 3.40:	Europäischer Vergleich: Entwicklung der Mortalität je 100 Personen (über 45 Jahren) nach ischämischem Schlaganfall und Herzinfarkt innerhalb von 30 Tagen nach Einlieferung, 2002–2011	103
Abbildung 4.1:	Übersicht: Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz – Abweichung Österreichs vom EU–15–Durchschnitt, 2003 und 2012.....	107
Abbildung 4.2:	Übersicht: Gerechtigkeit, Zugang, Inanspruchnahme – Abweichung Österreichs vom EU–15–Durchschnitt, 2003* und 2012*.....	111
Abbildung 4.3:	Übersicht: Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse – Abweichung Österreichs vom EU–15–Durchschnitt, 2003* und 2012* – Teil 1	117
Abbildung 4.4:	Übersicht: Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse – Abweichung Österreichs vom EU–15–Durchschnitt, 2003* und 2012* – Teil 2	118

Tabellen

Tabelle 1.1:	Mitgliedstaaten der EU und der EFTA, verwendete Abkürzungen	6
Tabelle 2.1:	Österreich: Demografischer Überblick, 1990, 2000, 2010, 2013	8
Tabelle 2.2:	Österreich: Makroökonomische Basisdaten, 2013	8
Tabelle 2.3:	Österreich: Öffentliche und private Gesundheitsausgaben (GHA) inkl. Langzeitpflege nach Leistungsbereichen in Mio. Euro, 2012	11
Tabelle 2.4:	Österreich: Häufigste Hauptdiagnosen bei Spitalsentlassungen aus Akutkrankenanstalten, 2013	20
Tabelle 2.5:	Österreich: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nach Hauptfach, Stand 31. 12. 2013	22
Tabelle 2.6:	Österreich: Vertragsärztinnen und -ärzte nach Hauptfach, Stand 31. 12. 2013	22
Tabelle 2.7:	Österreich: Kennzahlen zur psychotherapeutischen Versorgung, 2013*	23
Tabelle 2.8:	Österreich: Ausgaben der Sozialversicherung für Psychotherapie nach Angebotsformen, 2011	24
Tabelle 2.9:	Österreich: Daten zum Arzneimittelmarkt.....	26
Tabelle 2.10:	Österreich: Die zehn umsatzstärksten Wirkstoffgruppen im niedergelassenen Bereich (in alphabetischer Reihenfolge), 2012	26
Tabelle 2.11:	Österreich: Großgeräte in den Bundesländern nach Sektoren, 2012	29
Tabelle 2.12:	Österreich: Ausgewählte Beschäftigungszahlen des Gesundheitswesens, 2004 u. 2013 (in Köpfen)	31
Tabelle 2.13:	Österreich: Ausgewählte Beschäftigungszahlen des Gesundheitswesens in Krankenanstalten, 2004 u. 2013 (in Köpfen).....	32
Tabelle 2.14:	Österreich: Kennzahlen zur Alten- und Langzeitpflege	33
Tabelle 2.15:	Österreich: Anzahl der Einrichtungen zur Hospiz- und Palliativversorgung 2005 und 2013 (Stand jeweils 31. Dezember).....	34

Abkürzungen

AT	Österreich
BE	Belgien
Bgld.	Burgenland
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body Mass Index
bzw.	beziehungsweise
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
COR	koronarangiographische Arbeitsplätze
CT	Computertomograph
CY	Zypern
CZ	Tschechische Republik
DALE	Disability-adjusted life expectancy
DE	Deutschland
DK	Dänemark
D ₃ MFT	Decayed, Missing, Filled Teeth
EbM	Evidenz-basierte Medizin
ECT	Emissions-Computertomograph
EE	Estland
EL	Griechenland
ES	Spanien
et al.	und andere
EU	Europäische Union
EW	Einwohner/Einwohnerin
FAP	Fabriksabgabepreis
FI	Finnland
FR	Frankreich
GHA	Gesundheitsausgaben
ggü.	gegenüber
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG
HTA	Technologiefolgenabschätzung (Health Technology Assessment)
HU	Ungarn
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IDF	Internationale Diabetes Föderation
IE	Irland
IS	Island
IT	Italien
inkl.	inklusive
KA	Krankenanstalten
KKS	Kaufkraftstandards

Ktn.	Kärnten
KV	Krankenversicherung
LT	Litauen
LU	Luxemburg
LV	Lettland
med.	medizinisch
Mio.	Millionen
MR	Magnetresonanz-Tomograph
MRT	Magnetresonanz-Tomographie
MT	Malta
NL	Niederlande
NO	Norwegen
NÖ	Niederösterreich
Ø	Durchschnitt (arithmetisches Mittel)
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OÖ	Oberösterreich
PET	Positronen-Emissions-Tomograph
PL	Polen
PT	Portugal
QALY	qualitätsbereinigtes Lebensjahr (Quality Adjusted Life Year)
RO	Rumänien
s.	siehe
Sbg.	Salzburg
SE	Schweden
SI	Slowenien
SK	Slowakei
Stmk.	Steiermark
STR	Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte
tlw.	teilweise
u.	und
u a.	unter anderem
u. Ä.	und Ähnliche
UK	Vereinigtes Königreich
vgl.	vergleiche
vs.	versus
Vlbg.	Vorarlberg
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z. B.	zum Beispiel
ZÄ	Zahnärzte/Zahnärztinnen
ZÄK	Zahnärztekammer

1 Einleitung

Gesundheit ist ein hohes Gut, das unter anderem von Lebensstil, sozioökonomischen Faktoren, genetischen Faktoren und Umwelteinflüssen geprägt wird als auch in Zusammenhang mit der Leistungsfähigkeit von Gesundheitsversorgungssystemen steht. Offener Zugang zu Gesundheitsleistungen in hoher Qualität zu verhältnismäßig geringen Kosten für Patientinnen und Patienten besitzt in Österreich hohe Priorität.

Der Anspruch, mit immer knapper werdenden Mitteln qualitätsgesichert zu versorgen, erfordert den effizienten und gleichzeitig transparenten Umgang mit verfügbaren Ressourcen (z. B. Personalressourcen, Technologie etc.). Die Definition nationaler Rahmen-Gesundheitsziele und die im Jahr 2012 vereinbarte Gesundheitsreform zur Zielsteuerung-Gesundheit stellen dazu entscheidende Schritte dar.

Regelmäßig veröffentlichen unterschiedliche Institutionen, von privaten Unternehmen über Ministerien bis hin zu internationalen Organisationen, wie OECD oder WHO, vergleichende Analysen, um die Leistungsfähigkeit (Performance) von Gesundheitssystemen darzustellen. Abhängig vom methodischen Zugang und den ausgewählten Indikatoren kann die daraus abgeleitete Beurteilung sehr unterschiedlich ausfallen. Derartige Veröffentlichungen führen in der Folge oftmals zu breitem medialem Echo, das sich häufig auf Diskussionen einzelner Aussagen oder Teilaspekte der Bewertung bzw. Analyse beschränkt, ohne jedoch den Gesamtkontext zu berücksichtigen oder zu hinterfragen.

Um die Produktivität einer Branche bzw. etwaige Effizienzpotenziale sichtbar zu machen, wird üblicherweise das Verhältnis zwischen Ressourceneinsatz und dem damit erzielten Ergebnis gemessen. Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse („Outcomes“) zu beurteilen, gestaltet sich nicht immer einfach, da es zum Teil an messbaren, objektiv nachvollziehbaren Kriterien mangelt und/oder die internationale Vergleichbarkeit nicht gegeben ist. Neben objektiven sind daher auch subjektive Indikatoren (z. B. selbst eingeschätzter Gesundheitszustand) zu berücksichtigen. Darüber hinaus ist zu beachten, dass der Gesundheitszustand einer Bevölkerung nur teilweise durch die Performance des Gesundheitsversorgungssystems bestimmt wird, sondern eine Vielzahl weiterer Einflussfaktoren besteht. Gleichzeitig entwickelt sich der Gesundheitssektor immer stärker zu einem wirtschaftlichen Wachstumsmarkt, ein Faktum, das den Bedarf an vergleichbaren Kennzahlen verstärkt.

Die vorliegende 4. Ausgabe des Berichts „Das österreichische Gesundheitssystem im internationalen Vergleich“ der Gesundheit Österreich GmbH bietet eine konzise und übersichtliche Darstellung ausgewählter international und national (für Österreich) verfügbarer Parameter, die zur Messung der Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems geeignet sind und es erlauben, daraus Trends abzuleiten. Als Orientierungshilfe soll der vorliegende Bericht gesicherte Systemparameter liefern, die als Grundlagen für informierte Entscheidungen zur Systementwicklung und Prioritätensetzung herangezogen werden können. Der methodische Aufbau erlaubt es zudem, Aussagen über die Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems zu treffen.

Im Folgenden werden daher ausgewählte gesundheitsbezogene Kennzahlen einem systematischen, internationalen Vergleich unterzogen, um Hinweise auf Stärken und Schwächen des österreichischen Systems zu gewinnen, aber auch um Informationslücken aufzuzeigen. Dies trägt zur Transparenz im österreichischen Gesundheitswesen bei und fördert den Wissenstransfer zwischen Fachleuten und Entscheidungsbefugten.

Zielgruppe der vorliegenden Arbeit sind somit Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung, die Fachöffentlichkeit sowie weitere interessierte Personen. Die Berichtsinhalte werden regelmäßig aktualisiert und im Bedarfsfall erweitert und vertieft.

1.1 Aufbau und Ziele

Kapitel 2 „Kennzahlen des österreichischen Gesundheitswesens“ schafft einen kompakten Überblick über die einzelnen Sektoren des österreichischen Gesundheitssystems, während Kapitel 3 „Internationaler Vergleich“ ausgewählte Indikatoren im internationalen bzw. europäischen Kontext darstellt. Im Kapitel 4 „Ergebnisanalyse“ wird das österreichische Gesundheitssystem aufbauend auf den Ergebnissen der vorangegangenen Abschnitte einer Stärken–Schwächen–Analyse unterzogen. Kapitel 5 schließt den Bericht mit einer Conclusio.

Ausgehend von drei Dimensionen werden ausgewählte 26 Indikatoren untersucht (vgl. Abbildung 1.1).

Die erste Dimension „Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz“ bzw. die darunter subsumierten Indikatoren können als Input in das Gesundheitssystem verstanden werden und sollen folgende Fragestellungen beantworten:

- » Wie viel wird für das Gesundheitssystem ausgegeben?
- » Wie viele Ressourcen werden dafür aufgewendet?

Die Dimension „Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme“ widmet sich Prozessen und Phänomenen innerhalb des Gesundheitssystems im Hinblick auf die generelle Inanspruchnahme, die Zugänglichkeit von Gesundheitsleistungen sowie auf Gerechtigkeitsaspekte innerhalb der Gesundheitsversorgung. Folgende Fragestellungen sollen damit beleuchtet werden:

- » Wie gerecht ist die Gesundheitsversorgung?
- » Wie ist der Zugang zum Gesundheitssystem einzustufen?
- » Wie stark und wo werden Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen?

Die dritte Dimension „Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse“ beschreibt Ergebnisse, die mit den eingesetzten Mitteln erzielt werden. Die dargestellten Kennzahlen können als „Outcomes“ betrachtet werden, die in weiten Bereichen auf die Leistungsfähigkeit des Gesundheitsversorgungssystems zurückzuführen sind. Die dargestellten Lebensstilindikatoren können darüber hinaus von gesundheitlichen Präventionsmaßnahmen beeinflusst werden.

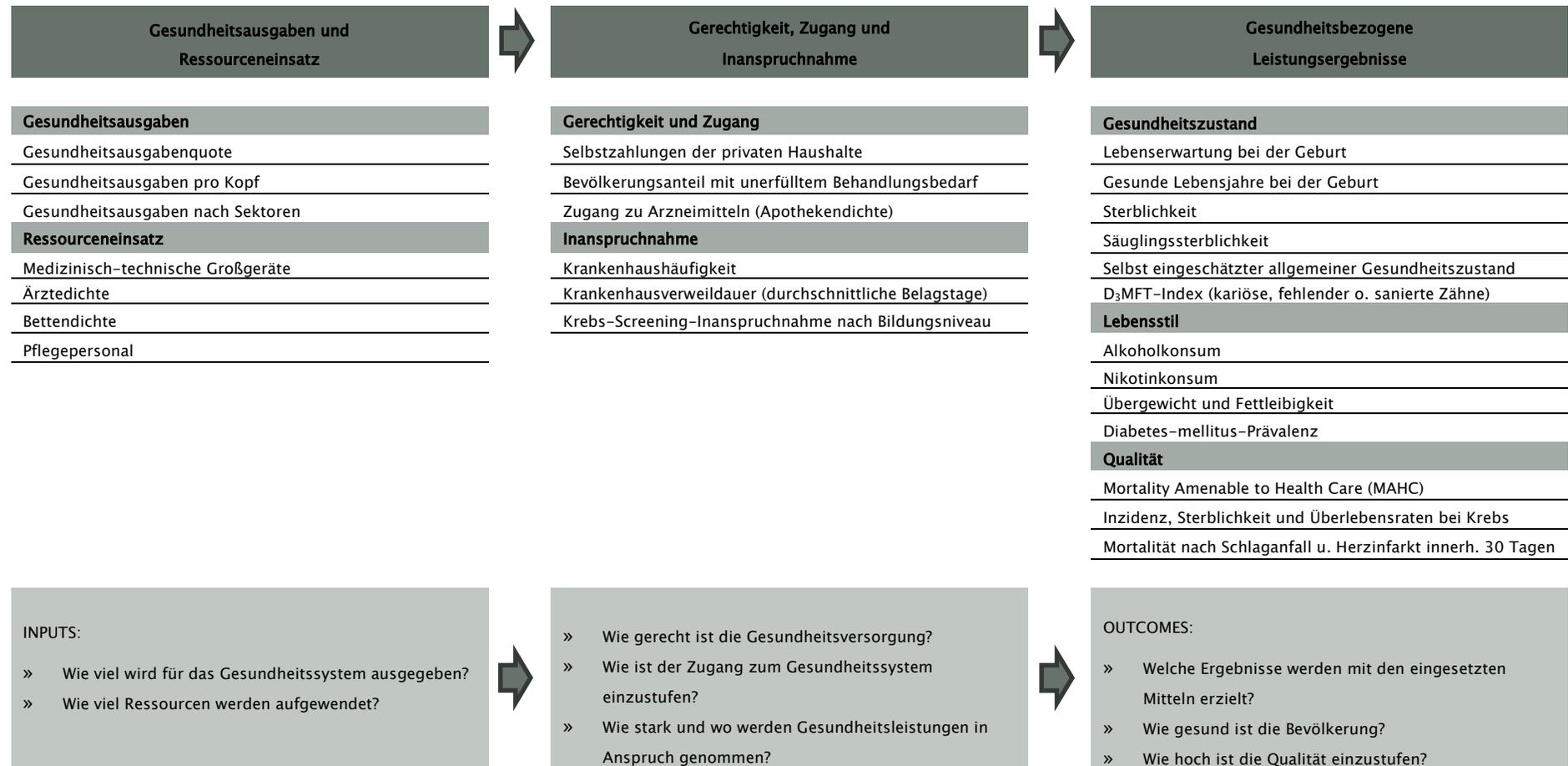
Forschungsleitende Fragestellungen sind hierbei:

- » Welche Ergebnisse werden mit den eingesetzten Mitteln erzielt?
- » Wie gesund ist die Bevölkerung?
- » Wie hoch ist die Qualität des Gesundheitssystems einzustufen?

Die Auswahl der Dimensionen und deren konzeptionelle Einbettung orientieren sich vorwiegend an der Methodik von internationalen Organisationen wie etwa WHO oder OECD.

Limitierend festzuhalten ist, dass die hohe Komplexität von nationalen Gesundheitssystemen sowie deren Abgrenzung zu weiteren relevanten Systemen durch die gewählten Indikatoren nicht zur Gänze erfasst werden kann.

Abbildung 1.1:
Übersicht über verwendete Dimensionen und Indikatoren



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

1.2 Methodik, Datengrundlagen und Limitationen

Die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen lässt sich anhand von Analysen und der Verknüpfung monetärer und nichtmonetärer Kennzahlen ableiten. Um die internationale Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wurden im Folgenden neben nationalen Datenquellen auch Datenbanken internationaler Organisationen herangezogen. Hier sind vor allem die OECD-Gesundheitsdatenbank (OECD Health Data), die WHO-Datenbanken wie zum Beispiel die Health for All Database (HFA-DB) sowie EUROSTAT zu nennen, die in Bezug auf das Sammeln, Erheben und die Weitergabe von gesundheitsrelevanten Indikatoren eng zusammenarbeiten. Qualitative gesundheitsbezogene Aussagen stammen meist aus europaweit durchgeführten Erhebungen, wie etwa dem EUROBAROMETER oder der European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC).

Für die Gegenüberstellung wurden international anerkannte und vergleichbare Indikatoren bzw. Kennzahlensysteme (z. B. ECHI¹, System of Health Accounts) herangezogen. Die einzelnen Indikatoren wurden schließlich anhand der Kriterien Relevanz, Verfügbarkeit und Datenqualität ausgewählt sowie in der jeweils jüngsten verfügbaren Version zusammengeführt und analysiert. Falls nicht anders angeführt, wurden die Daten im zweiten Halbjahr 2014 erhoben und referenzieren auf 2012 (bzw. das letztverfügbare Jahr).

Für sämtliche Vergleichs-Darstellungen wurden die verfügbaren Daten der EU-28-Mitgliedstaaten (s. Tabelle 1.1) und der EFTA-Staaten² als Grundgesamtheit ausgewählt. In einigen Abbildungen, insbesondere Kartendarstellungen finden sich je nach Verfügbarkeit auch Daten zu weiteren europäischen Ländern. Zusätzlich werden der EU-15-Durchschnittswert (ungewichtetes, arithmetisches Mittel) sowie der Durchschnittswert sämtlicher einbezogener EU-Mitgliedsländer (wenn verfügbar aller EU-28-Staaten) dargestellt. Das ungewichtete, arithmetische Mittel wird verwendet, da der Bericht darauf abzielt, Systemergebnisse bzw. Systemperformance unabhängig von der Systemgröße bzw. Population darzustellen.

Österreichische Daten stammen mehrheitlich aus GÖG-eigenen Erhebungen und Aufbereitungen (s. Literaturverzeichnis) sowie den (amtlichen) Statistiken von Statistik Austria, des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK), des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB), des Instituts für Pharmaökonomische Forschung (IPF), der Wirtschaftskammer Österreichs (WKÖ), der Österreichischen Ärzte- (ÖÄK) bzw. Zahnärztekammer (ÖZK) sowie der Österreichischen Apothekerkammer (ÖAK).

1

European Community Health Indicators, s.: http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/index_en.htm

2

European Free Trade Association: Mitgliedstaaten sind die Schweiz, Norwegen, Liechtenstein, Island

Tabelle 1.1:

Mitgliedstaaten der EU und der EFTA, verwendete Abkürzungen

Land	Abkürzung	EU-28	EU-15	EFTA
Belgien	BE	Ja	Ja	Nein
Bulgarien	BG	Ja	Nein	Nein
Dänemark	DK	Ja	Ja	Nein
Deutschland	DE	Ja	Ja	Nein
Estland	EE	Ja	Nein	Nein
Finnland	FI	Ja	Ja	Nein
Frankreich	FR	Ja	Ja	Nein
Griechenland	EL	Ja	Ja	Nein
Vereinigtes Königreich	UK	Ja	Ja	Nein
Irland	IE	Ja	Ja	Nein
Island	IS	Nein	Nein	Ja
Italien	IT	Ja	Ja	Nein
Kroatien	HR	Ja	Nein	Nein
Lettland	LV	Ja	Nein	Nein
Liechtenstein	LI	Nein	Nein	Ja
Litauen	LT	Ja	Nein	Nein
Luxemburg	LU	Ja	Ja	Nein
Malta	MT	Ja	Nein	Nein
Niederlande	NL	Ja	Ja	Nein
Norwegen	NO	Nein	Nein	Ja
Österreich	AT	Ja	Ja	Nein
Polen	PL	Ja	Nein	Nein
Portugal	PT	Ja	Ja	Nein
Rumänien	RO	Ja	Nein	Nein
Schweden	SE	Ja	Ja	Nein
Schweiz	CH	Nein	Nein	Ja
Slowakei	SK	Ja	Nein	Nein
Slowenien	SI	Ja	Nein	Nein
Spanien	ES	Ja	Ja	Nein
Tschechien	CZ	Ja	Nein	Nein
Ungarn	HU	Ja	Nein	Nein
Zypern	CY	Ja	Nein	Nein

Darstellung: GÖG/ÖBIG

Entscheidendes Kriterium für die Aussagekraft eines Performance-Berichts sind Verfügbarkeit bzw. Limitierung von Daten. In Österreich herrscht nach wie vor ein Mangel an publizierten und/oder bundesweit vergleichbaren „Performance“-Parametern, die über klassische Indikatoren wie die Lebenserwartung hinausgehen. Beispielsweise sind im niedergelassenen Bereich derzeit noch keine gesicherten Datengrundlagen zu Diagnosen bzw. zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen öffentlich verfügbar.

Kritisch ist zudem anzumerken, dass trotz aller Qualitätssicherungsbemühungen und umfangreicher Abstimmungsprozesse zwischen den nationalen statistischen Ämtern, der OECD, der WHO und EUROSTAT aufgrund der unterschiedlichen Beschaffenheit der zugrundeliegenden Daten (Definitionen, Erhebungsmethoden, Erhebungszeitpunkt, etc.) Unschärfen und Abgrenzungsprobleme unvermeidbar sind.

Abweichungen zu anderen Quellen können durch unterschiedliche methodische Abgrenzungen und/oder andere zugrundeliegende berechnungsrelevante Größen, wie etwa unterschiedliche Standardbevölkerungen, zustande kommen. Für detaillierte Beschreibungen der Metadaten sind die angeführten Quellen zu konsultieren. Die vorliegenden Analysen sind daher zwar geeignet, Trends oder Indizien aufzuzeigen, erlauben allerdings nicht abschließend verbindliche Aussagen.

1.2.1 Veränderungen gegenüber Ausgabe 2012

Sämtliche Kennzahlen wurden auf Basis der jeweils jüngst verfügbaren Daten zum Zeitpunkt der Berichtslegung aktualisiert; methodisch bzw. inhaltlich kam es zu keiner Veränderung bei den Kennzahlen zum österreichischen Gesundheitswesen gegenüber der Ausgabe von 2012. Hinsichtlich des internationalen Vergleichs ergeben sich allerdings Abweichungen im Vergleich zur Ausgabe 2012:

- In der Dimension „Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse“ wurde der Indikator „Sterblichkeit bei Diabetes mellitus“ durch die „Diabetes-mellitus-Prävalenz“ aufgrund besserer Datenverfügbarkeit und höherer Relevanz sowie Interpretierbarkeit der Ergebnisse ersetzt.
- Die Methodik zur Erhebung und Berechnung der 30-Tage-Mortalität nach Schlaganfall und Herzinfarkt (Dimension „Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse“) wurde geändert: So wird nunmehr die Mortalität unter Verwendung einer krankheitsspezifischen Standard-Bevölkerung (>45 Jahre) der OECD ermittelt.
- Einige wenige Indikatoren konnten aufgrund mangelnder Datenverfügbarkeit im Vergleich zur Ausgabe 2012 nicht aktualisiert werden. Darunter fällt beispielsweise auch der Anteil jugendlicher Raucher/innen, der basierend auf Daten der erst 2015 erscheinenden Studie „Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter“ (Health Behaviour in School-aged Children – HBSC) aktualisiert werden kann.
- Für das Schwerpunktkapitel zu „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit“ wird auf die Ausgabe 2012 verwiesen.

Analyse und Conclusio berücksichtigen im vorliegenden Bericht zudem aktuell gesetzte gesundheitspolitische Maßnahmen, wie beispielsweise die Definition der nationalen Rahmen-Gesundheitsziele und die Gesundheitsreform zur Zielsteuerung-Gesundheit sowie erste Ergebnisse daraus.

2 Kennzahlen des österreichischen Gesundheitswesens

Das vorliegende Kapitel beschreibt das österreichische Gesundheitswesen anhand zentraler Systemparameter, die nach Möglichkeit auch regional nach Bundesländern dargestellt werden. In Kapitel 3 werden die hier präsentierten Kennzahlen in weiten Bereichen internationalen Ergebnissen gegenübergestellt.

2.1 Grundlegendes

Im Jahr 2013 umfasste die österreichische Bevölkerung rund 8,5 Millionen Menschen (vgl. Tabelle 2.1) Statistik Austria (2014f). Frauen hatten im Jahr 2013 eine durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt von 83,6 Lebensjahren, während jene der Männer bei 78,5 Jahren lag (Statistik Austria 2014g).

Tabelle 2.1:
Österreich: Demografischer Überblick, 1990, 2000, 2010, 2013

Jahr	Bevölkerung*	Geschlecht		Anteil 65 u. älter*	Lebenserwartung bei der Geburt**		Fertilitätsrate
		Männer*	Frauen*		Männer	Frauen	
1990	7.677.850	3.675.559	4.002.291	1.146.612	72,2	78,9	1,46
2000	8.011.566	3.874.717	4.136.849	1.235.840	75,1	81,1	1,36
2010	8.361.069	4.071.773	4.289.296	1.477.602	77,7	83,1	1,44
2013	8.477.230	4.138.693	4.338.537	1.542.049	78,5	83,6	1,44

* Jahresdurchschnittsbevölkerung

** Aufgrund der unterschiedlichen Berechnungsmethode von EUROSTAT und Statistik Austria sowie der unterschiedlichen betrachteten Zeiträume können geringfügige Abweichungen zu Abschnitt 3.3.1.1 auftreten.

Quellen: Statistik Austria (2014a), Statistik Austria (2015), Statistik Austria (2014g), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 2.2:
Österreich: Makroökonomische Basisdaten, 2013

Indikator	Wert
Bruttoinlandsprodukt	322,6 Mrd. Euro
Bruttoinlandsprodukt pro Kopf	38.050 Euro
Wirtschaftswachstum (real in % 2012 auf 2013)	0,2 %
Arbeitslosenquote	4,9 %

Quellen: Statistik Austria (2014j), Statistik Austria (2014h), WIFO (2014), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) zu laufenden Preisen betrug im Jahr 2013 pro Einwohner/in 38.050 Euro (Statistik Austria 2014h). Im Vergleich zu 2012 wurde ein reales (inflationsbereinigtes)

Wirtschaftswachstum von 0,2 Prozent registriert (nominell +1,7 %) (WIFO 2014). Die Arbeitslosenquote³ belief sich im Jahr 2013 auf 4,9 Prozent (Statistik Austria 2014j).

Das österreichische Gesundheitssystem wird durch Steuern und Sozialversicherungsbeiträge finanziert und ist charakterisiert durch die Pflichtversicherung⁴. 99,9 Prozent der österreichischen Wohnbevölkerung⁵ sind im Krankheitsfall geschützt (HVB 2014a). Der Versichertenkreis umfasst Erwerbstätige und vielfach deren Familienangehörige als Mitversicherte. Durch Sonderregelungen für Pensionistinnen und Pensionisten sowie für Arbeitslose, aber auch durch die Möglichkeit einer Selbstversicherung wird damit eine beinahe flächendeckende Versorgung der Bevölkerung erreicht. Bezieher/innen von Leistungen der Arbeitslosenversicherung sind automatisch in die Krankenversicherung einbezogen und besitzen Anspruch auf sämtliche Sach- und Geldleistungen. Darüber hinaus erstreckt sich der Schutz der Sozialversicherung auch auf Empfänger/innen der bedarfsorientierten Mindestsicherung⁶ sowie in weiten Bereichen auf Asylwerber/innen, die in der Betreuung des Bundes stehen.

2.2 Gesundheitsausgaben

Unter Gesundheitsausgaben (GHA) sind alle finanziellen Mittel, die mit dem Ziel der Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit ausgegeben werden, zu verstehen. Die gesamten Gesundheitsausgaben inklusive Langzeitpflege in Österreich für das Jahr 2012 beliefen sich auf rund 34,1 Mrd. Euro, das entspricht einer Gesundheitsausgabenquote von 10,8 Prozent (gemessen am Bruttoinlandsprodukt, BIP) und Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben von rund 4.067 Euro (OECD 2015; Statistik Austria 2015) Abbildung 2.1 veranschaulicht die Verteilung der gesamten Gesundheitsausgaben nach Leistungsbereichen. Die gesamten Gesundheitsausgaben umfassen die laufenden Gesundheitsausgaben, die der direkten Gesundheitsversorgung, wie etwa der ambulanten und stationären Versorgung zuzurechnen sind, sowie Investitionen zur

3

Nach internationaler Definition:

vgl. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/dataset?p_product_code=TSDEC460

4

In Österreich gibt es 22 Sozialversicherungsträger, davon sind 19 Krankenversicherungsträger. Leistungen der Unfall-, Pensions- und Arbeitslosenversicherung sind neben der sozialen Krankenversicherung weitere Bestandteile des sozialen Sicherungssystems.

5

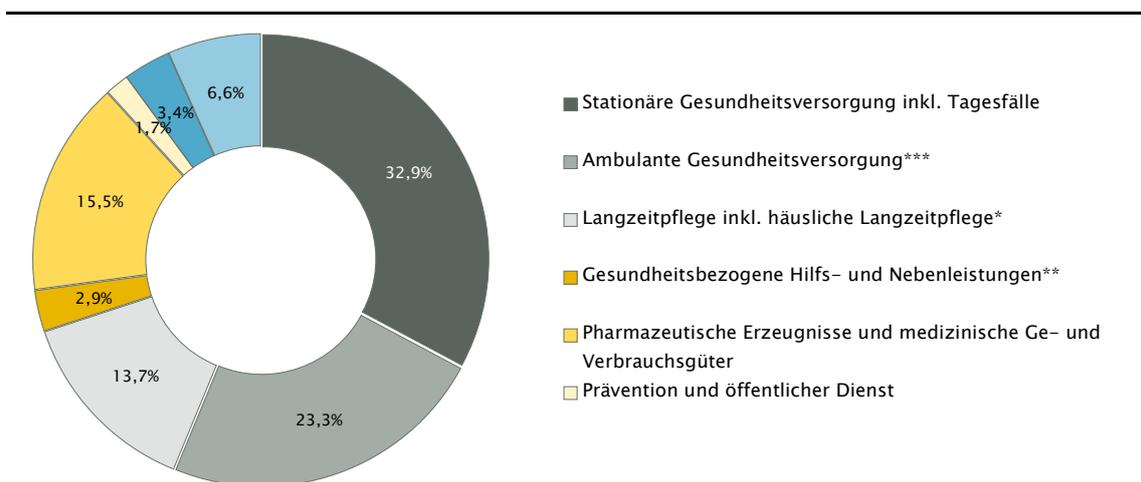
Zählt man auch die Personen mit Wohnsitz im Ausland (z. B. bei Beschäftigung in Österreich), die einen Krankenversicherungsschutz in Österreich erworben haben, dazu, ist die Zahl der geschützten Personen sogar geringfügig höher als die österreichische Wohnbevölkerung (HVB 2014a).

6

Mit 1. September 2010 wurde die bedarfsorientierte Mindestsicherung in Österreich eingeführt. So erhalten frühere Bezieher/innen von Sozialhilfe, die in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt war, nun seit Jahr 2014 pro Monat einen fixen Geldbetrag (rund 814 Euro im Jahr 2014 für Alleinstehende) und sind unentgeltlich sozialversichert. Mehr Informationen finden Sie unter <http://www.sozialministerium.at>.

Ausweitung und Erhaltung infrastruktureller Einrichtungen. Wie auch in den Vorjahren waren die Ausgaben für die stationäre Versorgung mit 32,9 Prozent am höchsten.

Abbildung 2.1:
Österreich: Aufteilung der gesamten Gesundheitsausgaben inkl. Langzeitpflege nach Leistungsbereichen in Prozent, 2012



* Ausgaben für Langzeitpflege enthalten auch das Bundes- und Landespflegegeld. Aufgrund der unzureichenden Datenlage mussten Ausgabenposition teilweise geschätzt werden.

** Z. B. Labordienste, diagnostische Bildgebung, Rettungsdienste

*** Einschließlich medizinische Hauskrankenpflege

Quellen: OECD (2015), Statistik Austria (2015), Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die dargestellten Werte repräsentieren bereits die revidierte Version des Europäischen Systems Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung (ESVG 2010), die seit September 2014 die neue methodische Grundlage der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) ist.

Wie aus Tabelle 2.3 hervorgeht, wurden 75,4 Prozent der Gesamtausgaben im Jahr 2012 öffentlich finanziert, während der Rest auf private Gesundheitsausgaben entfiel.

Tabelle 2.3:

Österreich: Öffentliche und private Gesundheitsausgaben (GHA) inkl. Langzeitpflege nach Leistungsbereichen in Mio. Euro, 2012

Sektor	öffentliche GHA	private GHA	GHA
Stationäre Gesundheitsversorgung inkl. Tagesfälle	9.892,6	1.371,0	11.263,6
Ambulante Gesundheitsversorgung	5.626,9	2.377,1	8.004,0
Langzeitpflege inkl. häusliche Langzeitpflege*	3.824,5	883,4	4.707,9
Gesundheitsbezogene Hilfs- und Nebenleistungen**	682,7	322,0	1.004,7
Pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	3.263,4	2.034,0	5.297,4
Prävention und öffentlicher Gesundheitsdienst	465,9	107,9	573,8
Verwaltung der Gesundheitsversorgung	689,7	468,5	1.158,3
Laufende Gesundheitsausgaben	24.445,7	7.563,9	32.009,7
Investitionen	1.395,3	881,9	2.277,2
Gesamte Gesundheitsausgaben	25.841,1	8.445,8	34.286,9

Aufgrund des Heranziehens von gerundeten Originaldaten (öffentliche und private GHA) kann es zu Rundungsdifferenzen bei der Summenbildung (GHA) kommen.

* Aufgrund der unzureichenden Datenlage mussten Ausgabenpositionen teilweise geschätzt werden. Ausgaben für Langzeitpflege enthalten auch das Bundes- und Landespflegegeld.

** Z. B. Labordienste, diagnostische Bildgebung, Rettungsdienste

Quellen: OECD (2015), Statistik Austria (2015), Darstellung: GÖG/ÖBIG

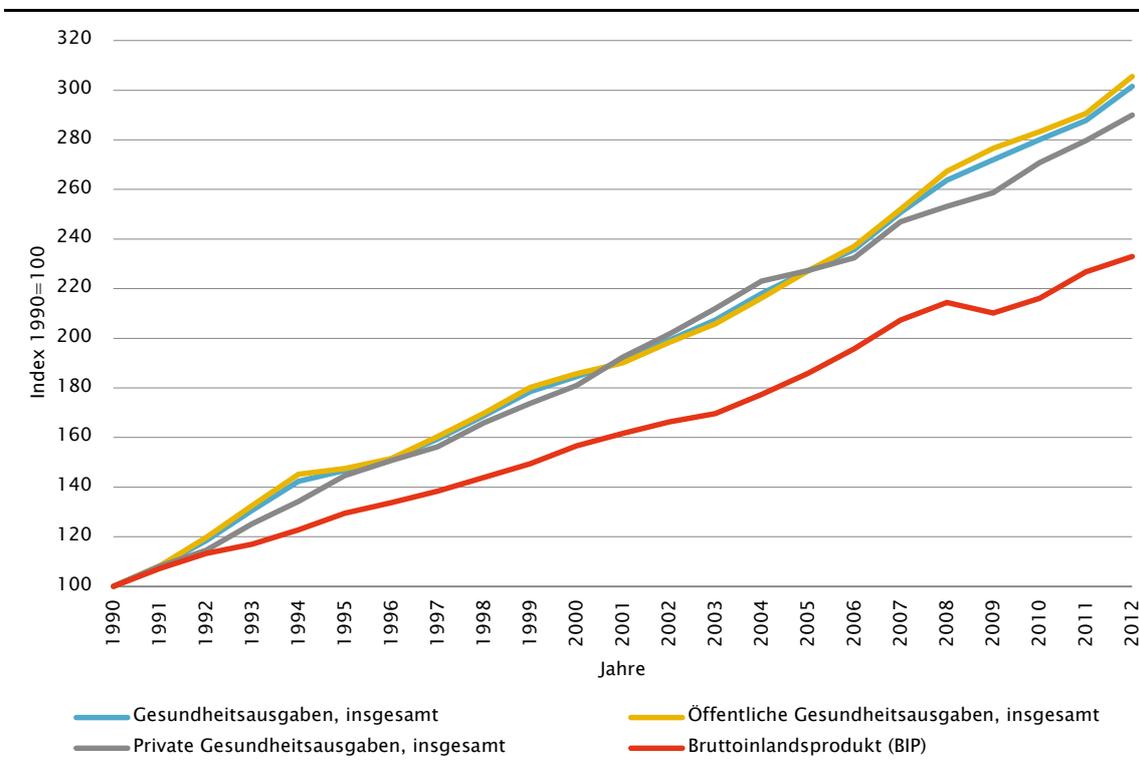
Abbildung 2.2 zeigt die indexierte Entwicklung der öffentlichen und der privaten Gesundheitsausgaben gemeinsam mit der Entwicklung des Bruttoinlandproduktes von 1990 bis 2012. Die gesamten Gesundheitsausgaben stiegen von 1990 bis 2012 mit einer durchschnittlichen Wachstumsrate von rund 5,1 Prozent in den meisten Jahren stärker als das BIP, das in diesem Zeitraum durchschnittlich jährlich um 3,9 Prozent (nominell) wuchs.

Von 2007 bis 2012 sind die gesamten Gesundheitsausgaben durchschnittlich jährlich um 3,8 Prozent gestiegen. Von 2011 auf 2012 stiegen die Gesundheitsausgaben um 4,8 Prozent von 32,7 auf 34,3 Milliarden Euro, während das Bruttoinlandsprodukt (BIP) nominell um 2,8 Prozent stieg.

Über Ausgabenobergrenzen wurde für die Jahre bis 2016 im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheitsreform 2012) das Wachstum der Gesundheitsausgaben an die Mittelfristprognose des BIP herangeführt. Gemäß erstem Monitoringbericht zur Zielsteuerung-Gesundheit lagen die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben 2012 unterhalb der vereinbarten Ausgabenobergrenzen. Für die Jahre 2013 und 2014 können ebenso Unterschreitungen der Ausgabenobergrenzen erwartet werden. Mit den im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit vereinbarten Zielen und Ausgabenobergrenzen soll die Finanzierung des Gesundheitssystems nachhaltig gesichert werden (GÖG/ÖBIG 2014).

Abbildung 2.2:

Österreich: Entwicklung der Gesundheitsausgaben und des Bruttoinlandsproduktes (nominell), 1990–2012, indiziert (1990=100)



Quelle: Statistik Austria (2015), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben beziehen sich auf von öffentlichen Körperschaften, wie etwa Bund, Länder, Gemeinden, aber auch von Sozialversicherungsträgern finanzierte Ausgaben. Private Gesundheitsausgaben hingegen sind all jene finanziellen Mittel, die außerhalb des öffentlichen Bereichs aufgewendet werden. Private Gesundheitsausgaben werden daher nicht nur von privaten Haushalten, sondern auch von privaten Versicherungsunternehmen und anderen privaten Organisationen ohne Erwerbszweck getätigt. Auch betriebsärztliche Leistungen zählen zu privaten Ausgaben.

Zahlungen von privaten Haushalten werden auch als Out-of-Pocket-Zahlungen bezeichnet. Sie beinhalten einerseits direkte Kostenbeteiligungen an Leistungen der Sozialversicherung, wie etwa Selbstbehalte in Form prozentualer Kostenbeteiligungen (wie z. B. bei Versicherten der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft), oder auch fixe Selbstbehalte für bestimmte Leistungen (z. B. Rezeptgebühr). Andererseits umfassen Selbstzahlungen privater Haushalte auch sogenannte indirekte Kostenbeteiligungen, die bei einer Inanspruchnahme von Leistungen, die außerhalb des Leistungskataloges der Sozialversicherung liegen, anfallen. Dazu zählen u. a. Ausgaben für nicht erstattungsfähige Medikamente, Taggelder für stationäre Aufenthalte, Aufwendungen für bestimmte zahnmedizinische Leistungen oder für die

Inanspruchnahme von Wahlärztinnen und Wahlärzten. Letztere können zum Teil auf Antrag des Versicherten von seinem Krankenversicherungsträger rückerstattet werden.

2.3 Stationäre Versorgung

Die föderalistische Struktur Österreichs und die damit verbundenen Kompetenzzuordnungen zwischen den Gebietskörperschaften finden sich auch in der Strukturierung österreichischer Krankenanstalten wieder.

Die im Jahr 2013 insgesamt 278 österreichischen Krankenanstalten (KA) lassen sich grob der Akut- bzw. Nicht-Akutversorgung zuordnen (BMG 2014d). Der Akutversorgung (inkl. der geplanten Kurzzeitversorgung) waren im Jahr 2013 insgesamt 172 Krankenanstalten zuzurechnen. Die übrigen Häuser sind der Nicht-Akutversorgung zuzurechnen, die sich wiederum in die Sektoren Rehabilitation (79 KA) und Langzeitversorgung⁷ (27 KA) unterteilen lässt.

Das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) gliedert die österreichischen Spitäler nach folgenden Merkmalen (§ 2 Abs 1, Z 1–5 KAKuG):

- » Allgemeine Krankenanstalten: sind Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung (98 KA)
- » Sonderkrankenanstalten: sind Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke (114 KA)
- » Pflegeanstalten für chronisch Kranke sind Krankenanstalten für Personen, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (16 KA)
- » Sanatorien: sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen (49 KA)
- » Selbstständige Ambulatorien: sind organisatorisch selbstständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen. In Österreich existieren rund 900 derartiger Ambulatorien (in den dargestellten Werten nicht mitefassen).

In der stationären Gesundheitsversorgung wurden im Jahr 2013 rund 65.000 tatsächlich aufgestellte Betten vorgehalten⁸, 61,3 Prozent der tatsächlich aufgestellten Spitalsbetten befanden sich in Allgemeinen Krankenanstalten, 26,9 Prozent in Sonderkrankenanstalten, 7,1 Prozent in Sanatorien und 4,7 Prozent in Pflegeanstalten für chronisch Kranke (BMG 2014e).

7

Der Großteil der Langzeitversorgung wird in Österreich dem Sozialressort zugeordnet und ist im Folgenden nicht abgebildet.

8

Tatsächlich aufgestellte Betten sind jene Betten (inkl. Tagesklinikbetten), die im Jahresdurchschnitt mindestens sechs Monate aufgestellt waren, unabhängig von ihrer Belegung. Sogenannte Funktionsbetten, wie z. B. Dialysebetten, postoperative Betten im Aufwachraum, Säuglingsbetten der Geburtshilfe u. Ä. zählen nicht zu den tatsächlich aufgestellten Betten (BMG 2014d).

Die Finanzierung der Krankenanstalten kann grundsätzlich drei Ausprägungen annehmen (BMGF 2008):

- » 126 Akutkrankenanstalten wurden im Jahr 2013 über die Landesgesundheitsfonds finanziert, die aus Mitteln der Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Gemeinden) sowie der Sozialversicherung gespeist werden (BMGF 2014a).
- » Der Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) erhält Mittel der Sozialversicherung und kommt in Sanatorien⁹ für Leistungen auf, die unter die Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung fallen.
- » Die weiteren Krankenanstalten (mehrheitlich Sonderversorgungseinrichtungen wie etwa Rehabilitationszentren) stehen entweder unter der Trägerschaft der Sozialversicherung oder verfügen über Sonderverträge mit denselben.

Rund 50.000 der 65.000 Spitalsbetten waren 2013 der Akutversorgung¹⁰ zuzurechnen. Auf Rehabilitationseinrichtungen entfielen im selben Zeitraum rund 11.000 Betten.¹¹

In der intramuralen Versorgung spielen landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten (auch Fondskrankenanstalten genannt) mit rund 46.400 Betten die bedeutendste Rolle (BMGF 2014a). Sie umfassen Krankenanstalten des Akutversorgungssektors mit Öffentlichkeitsrecht sowie gemeinnützige Spitäler (nicht gewinnorientiert) ohne Öffentlichkeitsrecht. Sowohl Allgemeine- als auch Sonderkrankenanstalten können landesfondsfinanziert sein (BMGF 2008). Mehr als 70 Prozent aller tatsächlich aufgestellten Betten standen im Jahr 2013 in Fondskrankenanstalten. Rund 90 Prozent aller Krankenhausaufenthalte entfielen im selben Zeitraum auf Fondskrankenanstalten (rund 97 % bei 0-Tagesaufenthalten).

In Relation zur Bevölkerung entsprach im Jahr 2013 die Bettenanzahl aller Krankenanstalten einer Bettendichte von 7,7 Betten pro 1.000 Einwohner/innen, bei landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten ergaben sich 5,5 Betten je 1.000 Personen.

Im Jahr 2013 wurden in allen österreichischen Krankenanstalten rund 2,81 Mio. stationäre Aufenthalte verzeichnet (inkl. rund 50.200 ausländischer Gastpatienten/-patientinnen), abzüglich sogenannter 0-Tagesaufenthalte¹² belief sich die Anzahl auf etwa 2,25 Mio. Aufenthalte. Im

9

Sind gemäß § 2 Abs 1, Z 4 KAKuG Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen.

10

Die Akutversorgung findet in allen landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten, Unfallkrankenhäusern sowie Sanatorien mit allgemeinchirurgischer und konservativer Kurzzeitversorgung sowie in Heeres- und Justizkrankenanstalten statt. Beinhaltet sind auch Betten der Palliativpflege.

11

Inklusive Betten jener Rehabilitationseinrichtungen, die nicht in der Krankenanstalten-Diagnosen- und Leistungsdokumentation erfasst wurden (diverse Rehabilitationseinrichtung).

12

Unter 0-Tagesaufenthalten sind jene Aufenthalte zu verstehen, die die Dauer eines Kalendertages nicht überschreiten.

akutstationären Bereich wurden im Jahr 2013 rund 2,67 Mio. Aufenthalte gezählt (2,11 Mio. ohne 0-Tagesaufenthalte). Dies entspricht rund 95 Prozent aller stationären Aufenthalte.

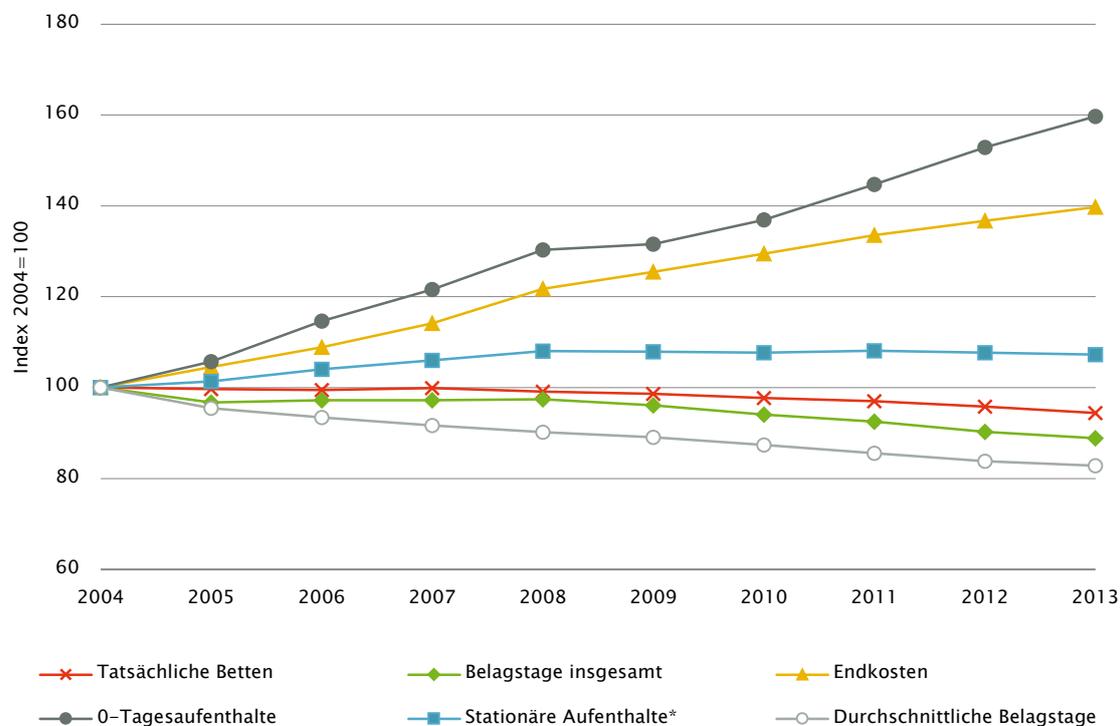
Die Krankenhaushäufigkeit wird definiert als Anzahl stationärer Aufenthalte je 100 Einwohner/innen. Über alle Spitäler belief sie sich im Jahr 2013 auf 33 Aufenthalte je 100 Einwohner/innen (26,6 ohne 0-Tagesaufenthalte). Im akutstationären Bereich wurden rund 31,5 Aufenthalte (25,0 ohne 0-Tagesaufenthalte) pro 100 Einwohner/innen gezählt (inkl. ausländischer Gastpatienten).

Während der letzten Jahre sank die tatsächliche Bettenanzahl¹³ in Fondskrankenanstalten geringfügig (Abbildung 2.3), während die Anzahl an 0-Tagesaufenthalten zwischen 2004 und 2013 durchschnittlich jährlich um 5,3 Prozent anstieg. Die Anzahl aller stationären Aufenthalte stagnierte in den letzten Jahren und war zuletzt leicht rückläufig. Es wird ersichtlich, dass auch die Endkosten stiegen, wobei das jährliche Durchschnittswachstum zwischen 2004 und 2013 rund 3,8 Prozent betrug. Demgegenüber sank die Anzahl an Belagstagen, d. h. die Tage (Mitternachtsaufenthalte), die Patientinnen und Patienten in einer Krankenanstalt verbringen.

13

Tatsächlich aufgestellte Betten werden definiert als jene Betten (inkl. Tagesklinikbetten), die im Jahresdurchschnitt oder mindestens sechs Monate aufgestellt waren, unabhängig von ihrer Belegung. Funktionsbetten, wie z. B. Dialysebetten, postoperative Betten im Aufwachraum, Säuglingsbetten der Geburtshilfe u. Ä. zählen nicht zu den tatsächlich aufgestellten Betten (BMG 2014d).

Abbildung 2.3:
 Österreich: Entwicklung ausgewählter Kennzahlen landesgesundheitsfondsfinanzierter
 Krankenanstalten, 2004–2013



* Inkl. 0-Tagesaufenthalte
 Index: 2004 = 100, Aufenthalte, inkl. ausländischer Gastpatienten/-patientinnen

Quelle: BMG (2014e), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Innerhalb Österreichs existieren unter anderem aus alters- und geschlechtsspezifischen Gründen, aber auch aufgrund regional unterschiedlicher Versorgungsstrukturen teilweise deutliche Unterschiede in der Krankenhaushäufigkeit. Dies wird u. a. bei einem Blick auf Abbildung 2.4 deutlich.

Das Bundesland Kärnten verzeichnete im Jahr 2013 mit rund 29 stationären Aufenthalten pro 100 Einwohner/innen die höchste Krankenhaushäufigkeit (ohne 0-Tagesaufenthalte) im akutstationären Bereich, gefolgt von Salzburg (28,2), Tirol (26,6) und Oberösterreich (26,4). Die niedrigste Krankenhaushäufigkeit wies im Jahr 2013 das Burgenland mit rund 21,7 und Wien mit etwa 21,9 stationären Aufenthalten pro 100 Einwohner/innen auf. Bezogen auf das gesamte

Bundesgebiet betrug die Krankenhaushäufigkeit im gleichen Zeitraum rund 24,9 Aufenthalte je 100 Einwohner/innen.¹⁴

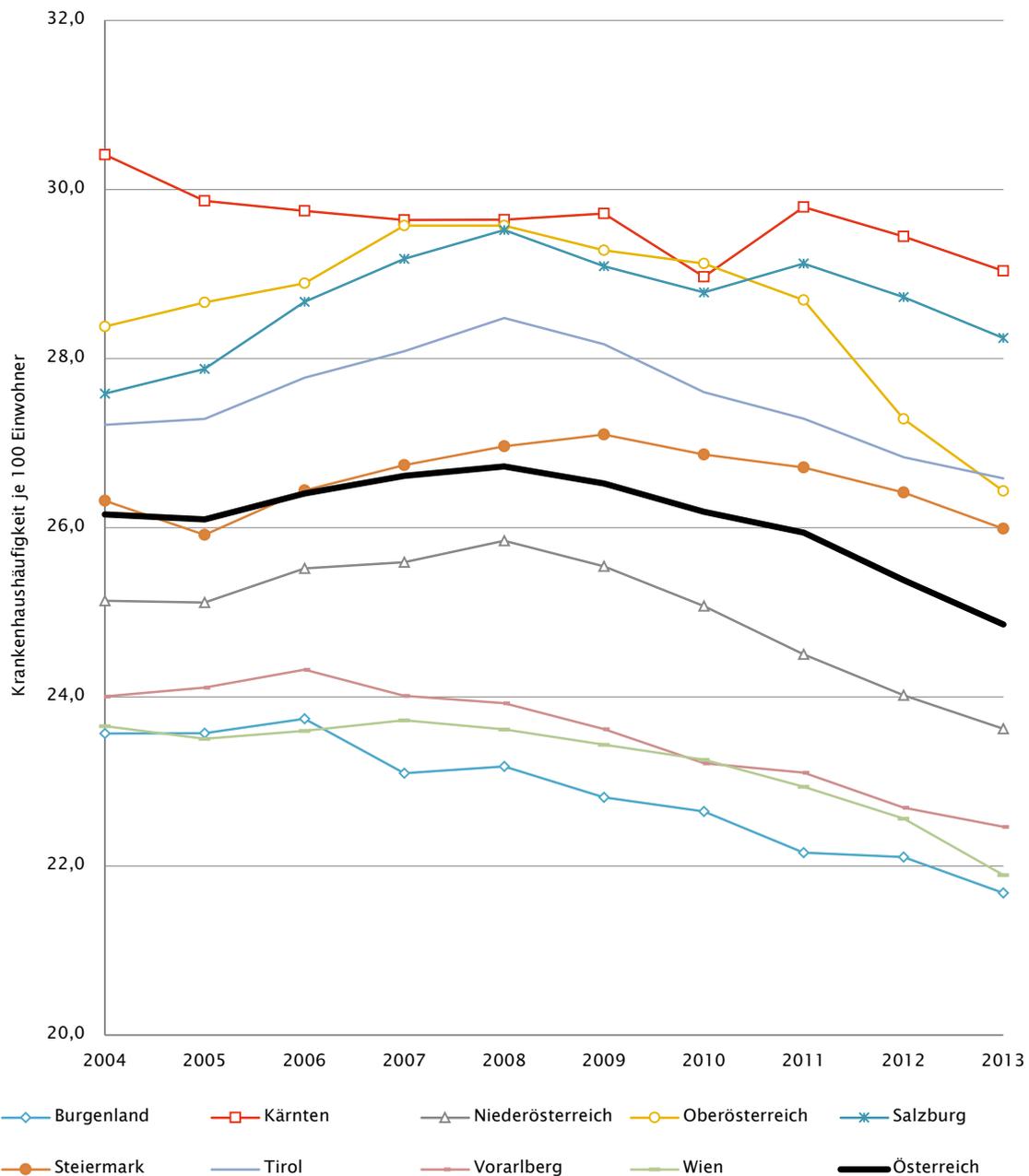
In der Mehrheit der Bundesländer ist seit 2008 ein moderates Absinken der Krankenhaushäufigkeit zu beobachten. Seit 2011 sinkt sie in allen Bundesländern. Gleichzeitig steigen die 0-Tagesaufenthalte.

Die durchschnittlichen Belagstage ergeben sich aus der Anzahl an Tagen, die eine Person durchschnittlich in stationärer Behandlung verbringt. Wie auch bei der Krankenhaushäufigkeit ergeben sich bei einem Blick auf Abbildung 2.5 Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern. Die geringste Anzahl an durchschnittlichen Belagstagen (auch als durchschnittliche Verweildauer bezeichnet) in der Akutversorgung wurde im Burgenland mit 5,4 sowie in Tirol mit 5,9 Tagen im Jahr 2013 verzeichnet. Die höchste Anzahl an durchschnittlichen Belagstagen gab es hingegen in Wien mit 7,2 Tagen gefolgt von Kärnten mit 6,7 Tagen. Wie schon in der Krankenhaushäufigkeit ist auch bei den durchschnittlichen Belagstagen ein moderates Absinken zu beobachten, das jedoch ab 2011 größtenteils stagnierte.

14

Im Vergleich zur Ausgabe 2010 dieser Berichtsreihe wurde die Berechnungsmethode geringfügig umgestellt und an die internationale gebräuchliche Definition angepasst. Die Berechnung inkludiert nun auch Heeres- bzw. Justizanstalten und erfasst zudem ausländische Gastpatienten, die jenem Bundesland hinzugerechnet wurden, in dem sie behandelt wurden.

Abbildung 2.4:
 Österreich: Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit je 100 Einwohner/innen in
 Akutkrankenanstalten auf Bundesländerebene, 2004–2013

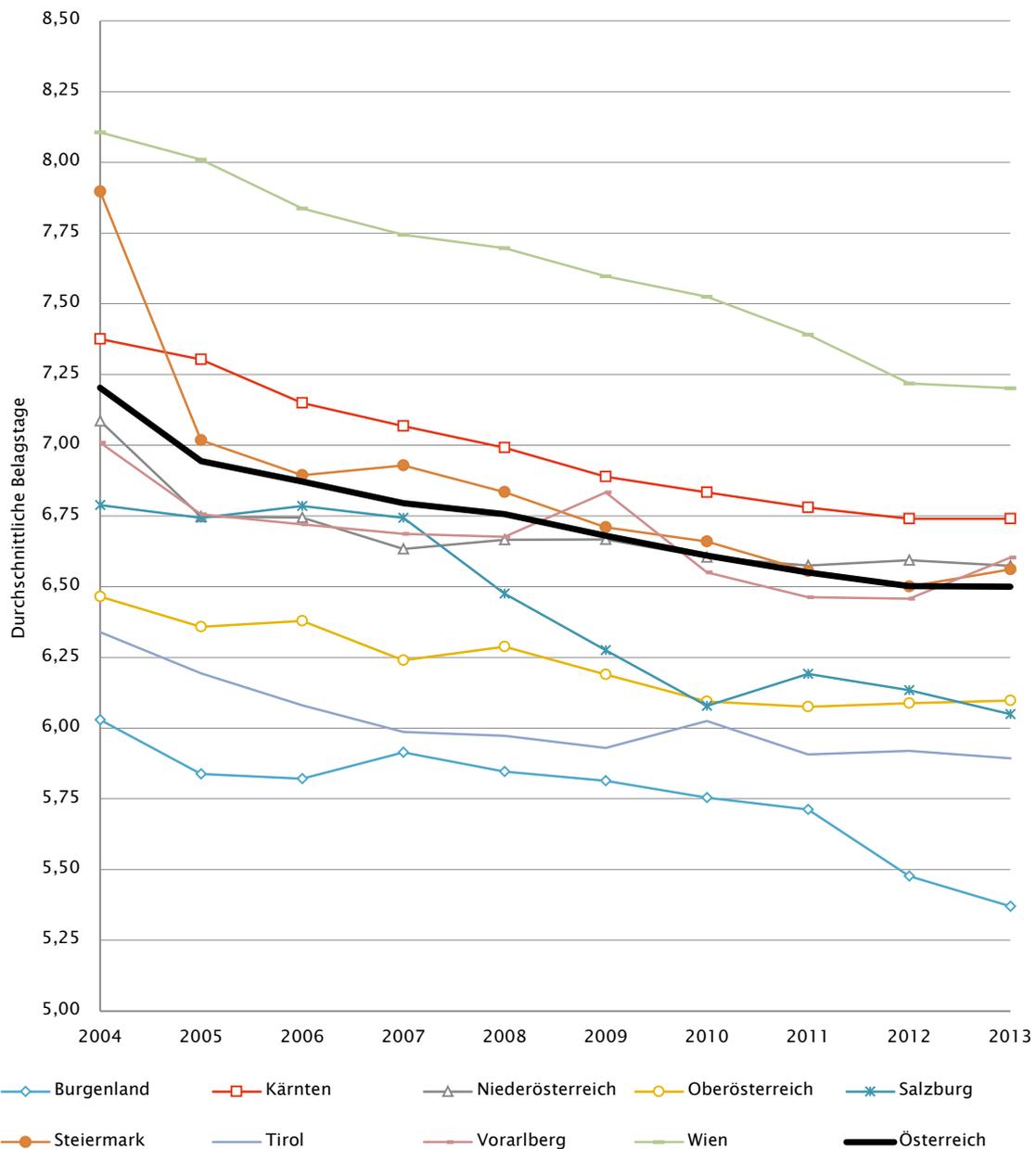


Exklusive 0-Tagesaufenthalte; Fondskrankenanstalten, Unfallkrankenhäuser und Sanatorien, Heeres- u. Justiz- KA; quellbezogene Darstellung nach Wohnsitz der Patienten/Patientinnen, nicht alters- und geschlechtsstandardisiert, ausländische Gastpatienten wurden dem behandelnden Bundesland hinzugefügt.

Quelle: BMG (2014b), Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 2.5:

Österreich: Entwicklung der durchschnittlichen Belagstage in Akutkrankenanstalten auf Bundesländerebene, 2004–2013



Exkl. 0-Tagesaufenthalte; inkl. Aufenthalte länger als 365 Tage; Fondskrankenanstalten, Unfallkrankenhäuser und Sanatorien; Heeres- u. Justiz-KA; zielbezogene Darstellung nach Standort der KA, nicht alters- und geschlechtsstandardisiert; bei Patienten/Patientinnen, die mehr als 365 Tage in akutstationärer Behandlung verbringen, wird die Belagsdauer am Tag der Entlassung ermittelt und kann somit über 365 Belagstage ergeben. Die Spitzen in den Bundesländern Steiermark und Niederösterreich im Jahr 2004 sind auf Entlassungen von Patienten/Patientinnen mit sehr langen Belagsdauern im Bereich der Psychiatrie zurückzuführen.

Quelle: BMG (2014b), Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die häufigsten Hauptdiagnosen bei Entlassung aus den Akutkrankenanstalten im Jahr 2013 betrafen wie in den vorangegangenen Jahren Krebserkrankungen (Neubildungen), gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (s. Tabelle 2.4).¹⁵

Tabelle 2.4:
Österreich: Häufigste Hauptdiagnosen bei Spitalsentlassungen aus Akutkrankenanstalten, 2013

Anzahl	Hauptdiagnose (nach ICD-10-Kapitel)
404.334	(C00–D48) Neubildungen
299.415	(I00–I99) Krankheiten des Kreislaufsystems
263.678	(M00–M99) Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
261.002	(S00–T98) Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
230.236	(K00–K93) Krankheiten des Verdauungssystems
185.644	(H00–H59) Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
161.073	(N00–N99) Krankheiten des Urogenitalsystems
149.350	(J00–J99) Krankheiten des Atmungssystems
123.663	(F00–F99) Psychische und Verhaltensstörungen
117.796	(O00–O99) Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
112.926	(G00–G99) Krankheiten des Nervensystems
109.579	(R00–R99) Symptome u. abnorme klin. u. Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
58.433	(A00–B99) Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
57.826	(E00–E90) Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
36.083	(L00–L99) Krankheiten der Haut und der Unterhaut

Quelle: BMG (2014b), Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

¹⁵

Die dargestellten stationären Aufenthalte können nicht mit Fällen bzw. Personen gleichgesetzt werden, da Wiederaufnahmen inkludiert sind.

2.4 Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung der österreichischen Bevölkerung wird großteils von frei praktizierenden, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten übernommen. Daneben existieren rund 890 selbstständige Ambulatorien, die teilweise von den Krankenversicherungsträgern selbst geführt werden (BMG 2014c). Ein weiterer zentraler Teil der ambulanten Versorgung wird von Spitalsambulanzen geleistet, die dem intramuralen Bereich zuzuordnen sind. Ambulante Leistungen werden dabei nicht nur von Ärztinnen und Ärzten erbracht, sondern auch von nichtärztlichen Gesundheitsberufen, wie u. a. von Hebammen, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Physiotherapeutinnen und -therapeuten oder Logopädinnen und Logopäden (s. Abschnitt 2.8).

Die Anzahl aller im niedergelassenen Bereich¹⁶ tätigen Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2013 umfasste rund 6.400 Allgemeinmediziner/innen, rund 10.200 Fachärztinnen und Fachärzte sowie rund 3.700 Zahnärztinnen und Zahnärzte¹⁷. Auf 1.000 Einwohner/innen entfielen im Jahr 2013 in Österreich rund 2,4 niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte (inkl. Zahnärztinnen und Zahnärzte), wobei in Österreich zum Teil deutliche regionale Unterschiede bestehen. So wies Vorarlberg im Jahr 2011 mit 2,0 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (inkl. Zahnärztinnen und Zahnärzten) pro 1.000 Einwohner/innen die geringste Versorgungsdichte auf. Wien hingegen kam mit 3,4 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (inkl. Zahnärztinnen und Zahnärzten) je 1.000 Einwohner/innen auf die höchste Versorgungsdichte (siehe Tabelle 2.5).

Zum Stichtag 31. 12. 2013 standen rund 10.500 Ärztinnen und Ärzte in einem Vertragsverhältnis mit einem Krankenversicherungsträger, (rd. 4.000 Allgemeinmediziner/innen, rd. 3.700 Fachärztinnen und Fachärzte und rd. 2.800 Zahnärztinnen und Zahnärzte). Die regionalen Unterschiede in der vertragsärztlichen Versorgungsdichte (Tabelle 2.6) sind geringer als in der niedergelassenen Versorgung insgesamt (Tabelle 2.5). Im Jahr 2013 wurden durchschnittlich 6,82 Fälle¹⁸ vertragsärztlicher Leistungserbringung je krankenversicherter Person registriert (HVB 2014b).

Zum Zeitpunkt der Berichtslegung können jedoch noch keine Daten zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im niedergelassenen Bereich dargestellt werden, da derzeit keine vollständige Dokumentation von Diagnosen und Leistungen im ambulanten Bereich vorliegt.

¹⁶
Dieser umfasst die vertragsärztliche und die wahlärztliche Versorgung.

¹⁷
Fachärztinnen und Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Dr. med. dent. und Dentisten

¹⁸
Gebietskrankenkassen und Betriebskrankenkassen

Tabelle 2.5:

Österreich: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nach Hauptfach, Stand 31. 12. 2013

Land	Gesamt*	Allgemein- mediziner/innen	Fachärzte/ -ärztinnen	Zahnärzte/ -ärztinnen	Ärzte/ Ärztinnen je 1.000 EW**
Burgenland	604	214	289	101	2,1
Kärnten	1.329	425	640	264	2,4
Niederösterreich	3.805	1.270	1.948	587	2,4
Oberösterreich	2.941	1.098	1.320	523	2,1
Salzburg	1.362	411	684	267	2,6
Steiermark	2.703	972	1.186	545	2,2
Tirol	1.638	478	785	375	2,3
Vorarlberg	746	226	363	157	2,0
Wien	5.880	1.421	3.536	923	3,4
Österreich	20.326	6.383	10.203	3.740	2,4

* Exkl. Mehrfachqualifikationen

** Inkl. Zahnärztinnen und Zahnärzte

Aufgrund von Mehrfach Tätigkeiten in verschiedenen Bundesländern weicht der gesamtösterreichische Wert von der Bundesländersumme ab. Durch die damit verbundene Datenbereinigung sowie das Zusammenführen der Ärztelisten der ÖÄK und der ZÄK können die dargestellten Werte von anderen Publikationen abweichen.

Quellen: ÖÄK (2014), ZÄK (2014), Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 2.6:

Österreich: Vertragsärztinnen und -ärzte nach Hauptfach, Stand 31. 12. 2013

Land	Gesamt*	Allgemein- mediziner/innen	Fachärzte/ -ärztinnen	Zahnärzte/ -ärztinnen	Ärzte/ Ärztinnen je 1.000 EW**
Burgenland	324	145	95	84	1,1
Kärnten	701	247	251	203	1,3
Niederösterreich	1.752	758	536	458	1,1
Oberösterreich	1.571	721	487	363	1,1
Salzburg	653	230	255	168	1,2
Steiermark	1.512	599	467	446	1,2
Tirol	891	345	310	236	1,2
Vorarlberg	407	148	151	108	1,1
Wien	2.725	805	1.191	729	1,6
Österreich	10.524	3.996	3.733	2.795	1,2

* Ärztinnen und Ärzte bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzte, die zum Stichtag 31.12.2013 mit mindestens einem Sozialversicherungsträger in einem Vertragsverhältnis standen exkl. Mehrfachqualifikationen.

** Inkl. Zahnärztinnen und Zahnärzte

Aufgrund von Mehrfach Tätigkeiten in verschiedenen Bundesländern weicht der gesamtösterreichische Wert von der Summe aller Bundesländer ab. Durch die damit verbundene Datenbereinigung sowie das Zusammenführen der Ärztelisten der ÖÄK und der ZÄK können die dargestellten Werte von anderen Publikationen abweichen.

Quellen: ÖÄK (2014), ZÄK (2014), Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

2.5 Psychotherapeutische Versorgung

Mit Stichtag 31. 12. 2013 waren 7.871 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Psychotherapeutenliste des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eingetragen (s. Tabelle 2.7). Davon sind rund 70 Prozent weiblich. Rund ein Viertel absolvierte eine Ausbildung zur klinischen Psychologin bzw. zum klinischen Psychologen und zur Gesundheitspsychologin bzw. zum Gesundheitspsychologen.

Seit dem Jahr 1991 steigerte sich das Angebot an zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigten Personen um mehr als das Achtfache, wobei besonders starke Zuwächse im Zeitraum 1991 bis 1998 verzeichnet wurden. Im Zehnjahresvergleich (2004–2013) lag die durchschnittliche jährliche Zuwachsrate bei 3,1 Prozent. Regional besteht eine Ungleichverteilung des Angebots, das sich vornehmlich auf urbane Gebiete konzentriert. Die größte Versorgungsdichte mit Psychotherapeutinnen und -therapeuten findet sich in Wien, gefolgt von den Ballungszentren der westlichen Bundesländer Salzburg, Tirol und Vorarlberg. Im Burgenland findet sich die geringste Versorgungsdichte (Sagerschnig 2014).

Tabelle 2.7:

Österreich: Kennzahlen zur psychotherapeutischen Versorgung, 2013*

Kennzahl	Wert
Anzahl Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen	7.871
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen pro 10.000 Einwohner/innen	9,3
Anzahl Patientinnen und Patienten, die psychotherapeutische Versorgung im weiteren Sinne von der sozialen Krankenversicherung erhalten haben (2009)**	130.000
Aufwendungen der sozialen Krankenversicherungsträger für Psychotherapie (2011)***	67,25 Mio. Euro

* Bzw. letztverfügbares Jahr

** Davon wird rund die Hälfte durch Ärztinnen und Ärzte, die eine Ausbildung in psychotherapeutischer Medizin haben, erbracht.

*** Dabei wird unterschieden zwischen Ausgaben für Sachleistungen (kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen, Leistungen durch Vertrags- und Wahlärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Medizin“), Kostenzuschüsse (Psychotherapie durch freiberufliche Psychotherapeutinnen u. Psychotherapeuten), Ausgaben für Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen.

Quellen: SGKK/HVB (2011), HVB (2012), Sagerschnig (2014), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Finanzierung bzw. Ausgestaltung der psychotherapeutischen Versorgung werden von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich gehandhabt. Ausgaben bzw. Leistungen verteilen sich auf die in Tabelle 2.8 aufgezeigten Angebotsformen. Der Großteil der psychotherapeutischen Versorgung wird über sogenannte „bezuschusste Einheiten“ niedergelassener Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Versorgungsvereine geleistet.

Tabelle 2.8:

Österreich: Ausgaben der Sozialversicherung für Psychotherapie nach Angebotsformen, 2011

Angebotsform	Ausgaben (in Mio. Euro)	In Prozent der Gesamtausgaben
Versorgungsvereine und Institutionen	37,7	56,0
Kostenzuschüsse	13,0	19,3
Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, Wahlärzte und Wahlärztinnen	15,6	23,2
Kasseneigene Einrichtungen	1,0	1,5
Gesamt	67,3	100,0

Quelle: HVB (2012), Darstellung: GÖG/ÖBIG

2.6 Pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter

Die gesamten Ausgaben¹⁹ für pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter betragen in Österreich im Jahr 2012 rund 5,3 Milliarden Euro. Dies entspricht einem Anteil von 15,5 Prozent an den gesamten Gesundheitsausgaben (inkl. Langzeitpflege) (Statistik Austria 2015).

Im Zeitraum 2000 bis 2012 wuchsen diese Ausgaben jährlich um rund 3,7 Prozent, wobei sich die Wachstumskurve durch verschiedene Maßnahmen in den letzten Jahren verlangsamte. Von 2008 auf 2009 wurde ein Ausgabenrückgang von rund 3,1 Prozent verzeichnet, der vor allem auf die Halbierung des Umsatzsteuersatzes von 20 auf 10 Prozent ab Jänner 2009 zurückzuführen ist (OECD 2015; Statistik Austria 2015).

Im Jahr 2012 betrug der Umsatz aus Sicht der pharmazeutischen Unternehmen etwa 3,1 Milliarden Euro (Basis: Fabriksabgabepreis), wovon rund 70 Prozent auf Apotheken entfielen. Von den zugelassenen Arzneimitteln im Jahr 2010 unterlagen etwa 80 Prozent der Rezeptpflicht (Pharmig 2014b). Der Anteil der Generika am österreichischen generikafähigen Kassenmarkt²⁰ belief sich 2011 auf 41 Prozent des gesamten Arzneimittelumsatzes und stellt somit einen deutlichen Anstieg im Vergleich zu den Vorjahren dar. Der Hauptgrund für diese Steigerung war der Markteintritt kostengünstiger Generika für umsatzstarke Medikamente, deren Patentschutz abgelaufen war (Klein 2011).

19

Arzneimittel inklusive medizinischer Ge- und Verbrauchsgüter wie Medizinprodukte (Einwegspritzen, Ordinationsbedarf etc.)

20

Von der sozialen Krankenversicherung vergütete Arzneimittel für Nachfolgepräparate (z. B. Generika).

Im Jahr 2013 wurde die Versorgung mit Medikamenten von 1.317 öffentlichen Apotheken, 27 Filialapotheken²¹ sowie 5 öffentlich zugänglichen Krankenhausapotheken²² sichergestellt (ÖAK 2014). Zusätzlich gab es 888 hausapothekenführende Ärztinnen und Ärzte (2012) (Pharmig 2014b), absolut gesehen ist dies der höchste Wert an selbstdispensierenden Ärztinnen und Ärzten in Europa (PHIS 2012b). Die starke Präsenz der hausapothekenführenden Hausärzte/-ärztinnen in Österreich ist u. a. historisch bedingt, fußt aber auch auf der Tatsache, dass der Errichtung einer öffentlichen Apotheke eine Bedarfsprüfung (Anwendung demografischer und geografischer Kriterien) vorausgeht. Die Anzahl an hausapothekenführenden Ärztinnen und Ärzten ist in den letzten Jahren (2008–2013) um rund 7,7 Prozent zurückgegangen.

21
Jede öffentliche Apotheke darf maximal eine Filialapotheke betreiben.

22
Bundesweit verfügen 46 Krankenanstalten über Krankenhausapotheken.

Tabelle 2.9:
Österreich: Daten zum Arzneimittelmarkt

Indikator	Wert
Größe des Marktes (Basis FAP*) wertmäßig 2012	3.142,4 Mio. Euro
Größe des Marktes mengenmäßig 2012	233,1 Mio. Packungen
Gesamte Ausgaben für pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter, 2012	5.269,7 Mio. Euro
Ausgabenquote** 2012	16,6 %
Zugelassene Humanarzneispezialitäten inkl. Homöopathika (674) per 31. 1. 2013 ***	9.617
Arzneimittelverbrauch: Packungen pro Person und Jahr 2012****	27,7 (1.010,2 Einzeldosen*****)
Generikamarktanteil* wertmäßig 2011	41 %
Generikamarktanteil* mengenmäßig 2011	47 %

- * FAP = Fabriksabgabepreis bzw. Herstellerpreis
 ** Inklusive Ge- und Verbrauchsgüter; die reine Arzneimittelausgabenquote (Anteil der Arzneimittelausgaben an den laufenden Gesundheitsausgaben) betrug 12,3 %.
 *** Exklusive zentral durch die europäische Arzneimittelagentur (EMA) zugelassener Arzneimittel, die aufgrund unterschiedlicher Zählweisen nicht addiert werden können.
 **** Eine Differenzierung zwischen dem Arzneimittelverbrauch im extra- und intramuralen Bereich ergibt: 25,0 Packungen wurden in Apotheken und 2,7 in Krankenhäusern abgegeben.
 ***** Jüngst verfügbarer Wert aus dem Jahr 2010; Einzeldosen (Standard Units): Entspricht der kleinsten gebräuchlichen Form eines Produktes, z. B. einzelne Tablette, Kapsel, Ampulle

Quellen: BASG (2013), IPF (2011), Klein (2011), OECD (2015), Pharmig (2014b), Statistik Austria (2015), Erhebung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 2.10 listet die umsatzstärksten (Preis mal Menge) Wirkstoffgruppen des Jahres 2012, die in Apotheken oder Hausapotheken abgegeben wurden, auf.

Tabelle 2.10:
Österreich: Die zehn umsatzstärksten Wirkstoffgruppen im niedergelassenen Bereich (in alphabetischer Reihenfolge), 2012

Wirkstoffgruppe	Indikation
Antagonisten kombiniert mit Antihypertonika und/oder Diuretika	Bluthochdruck, Herzinsuffizienz
Antidepressiva	Depression, Demenz, ADHS
Antiepileptika	Epilepsie
Atypische Antipsychotika	Schizophrenie, akute Psychosen
Beta-2 Stimulatoren mit Kortikoiden zur Inhalation	Chronisch obstruktive Bronchitis (COPD)
Fraktionierte Heparine	Thrombosenprophylaxe und -behandlung
Parkinsonmittel	Morbus Parkinson
Proteinkinasehemmer zur antineoplastischen Therapie	Krebserkrankungen
Protonenpumpeninhibitoren	Refluxösophagitis, („Magenschutz“)
Statine	Cholesterinsenker

Aufgrund einer rechtlichen Verfügung darf hierbei keine Rangreihung vorgenommen werden.

Quelle: Pharmig (2014a), Darstellung: GÖG/ÖBIG

2.7 Medizinisch-technische Großgeräte

Medizinisch-technische Großgeräte (GG) können als Indikator für den technologischen Fortschritt im Gesundheitswesen herangezogen werden und haben in den vergangenen Dekaden Diagnose und Therapie in vielen Bereichen stark vereinfacht bzw. verbessert.

Abbildung 2.6 illustriert die Anzahl und Entwicklung der in Österreich aufgestellten medizinisch-technischen Großgeräte. Im Jahr 2012 gab es beispielsweise 252 Computertomographen (CT) und 161 Magnetresonanz-Tomographen (MR).

Tabelle 2.11 zeigt die Verteilung der Großgeräte innerhalb Österreichs getrennt nach Sektoren, wobei teilweise Unterschiede hinsichtlich Anzahl und Relation zur ansässigen Wohnbevölkerung sichtbar werden. Zu berücksichtigen ist, dass einzelne Bundesländer zusätzlich zur Wohnbevölkerung weitere in- und ausländische Gastpatientinnen und -patienten mitversorgen.

Bei der Anzahl an medizinisch-technischen Großgeräten gab es seit 2003 den größten prozentualen Zuwachs bei Magnetresonanz-Tomographen, deren Anzahl sich von 110 im Jahr 2003 auf 161 im Jahr 2012 erhöhte (+46 %). Mit Ausnahme von MR-Geräten ist die Entwicklung der Anzahl an aufgestellten Großgeräten in den letzten Jahren stabil geblieben.

Im intramuralen Bereich²³ wurden im Jahr 2012 rund 1.125.000 Computertomographien (+2,7 % ggü. 2011), rund 433.000 Strahlentherapien²⁴ (-1,5 % ggü. 2011), rund 430.000 Magnetresonanz-Tomographien (+1,7 % ggü. 2011) sowie rund 99.000 Leistungen an koronarangiographischen Arbeitsplätzen (+4,4 % ggü. 2011), rund 143.000 Leistungen mit Emissions-Computertomographie-Geräten (-13,8 % ggü. 2011) und rund 32.000 Leistungen mit Positronen-Emissions-Tomographen durchgeführt (-1,5 % ggü. 2011) (BMG 2014f).

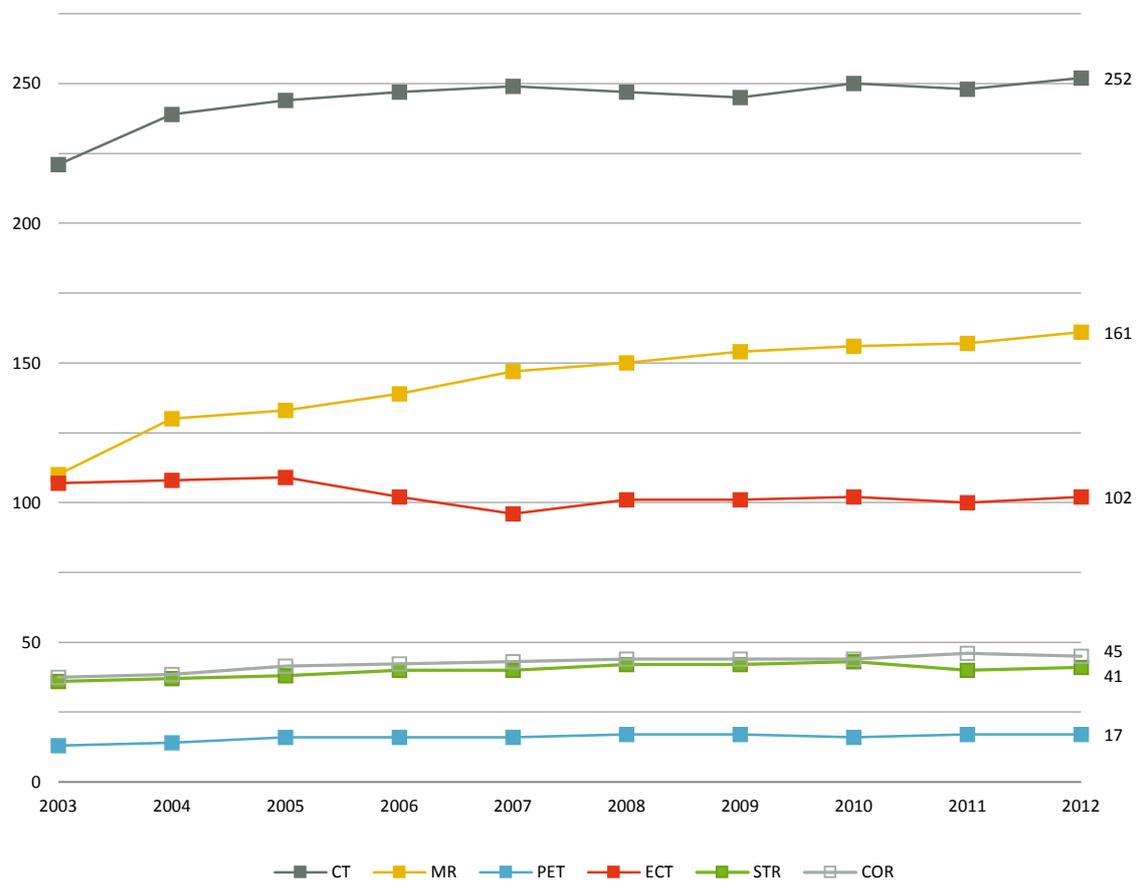
23

Für die Nutzung von Großgeräten im extramuralen Bereich liegen derzeit keine routinemäßig erhobenen Vergleichsdaten vor.

24

Entspricht Anzahl von Bestrahlungsterminen (= Frequenz)

Abbildung 2.6:
 Österreich: Anzahl medizinisch-technische Großgeräte, 2003-2012



CT = Computertomographen, ECT = Emissions-Computertomographen, MRT = Magnetresonanz-Tomographen, PET = Positronen-Emissions-Tomographen, COR = koronarangiographische Arbeitsplätze, STR = Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte

Quellen: GÖG/ÖBIG (2006), GÖG/ÖBIG (2010), BMG (2014a), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 2.11:

Österreich: Großgeräte in den Bundesländern nach Sektoren, 2012

Großgerätetyp	Burgenland						Kärnten						Niederösterreich					
	CT	MR	COR	STR*	ECT	PET*	CT	MR	COR	STR	ECT	PET	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
GG in Fonds-KA	5	2	1	0	1	0	9	5	2	3	3	1	24	10	7	5	6	2
GG im extram. Bereich	4	2	0	0	2	0	6	3	0	0	0	0	18	13	0	0	5	1
GG in übrigen KA	0	0	0	0	1	0	2	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
GG im Bundesland gesamt	9	4	1	0	4	0	17	10	2	3	4	1	42	23	7	5	12	3
GG je Mio. EW	31,5	14,0	3,5	0,0	14,0	0,0	30,6	18,0	3,6	5,4	7,2	1,8	26,0	14,2	4,3	3,1	7,4	1,9
Großgerätetyp	Oberösterreich						Salzburg						Steiermark					
	CT	MR	COR	STR*	ECT	PET*	CT	MR	COR	STR	ECT	PET	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
GG in Fonds-KA	23	12	7	7	18	4	9	5	3	4	5	1	26	12	5	4	9	2
GG im extram. Bereich	10	8	0	0	1	0	6	5	1	0	0	0	15	14	0	0	4	0
GG in übrigen KA	2	1	1	0	2	0	2	1	0	0	1	0	3	2	0	0	1	0
GG im Bundesland gesamt	35	21	8	7	21	4	17	11	4	4	6	1	44	28	5	4	14	2
GG je Mio. EW	24,7	14,8	5,6	4,9	14,8	2,8	32,0	20,7	7,5	7,5	11,3	1,9	36,4	23,2	4,1	3,3	11,6	1,7
Großgerätetyp	Tirol						Vorarlberg						Wien					
	CT	MR	COR	STR*	ECT	PET*	CT	MR	COR	STR	ECT	PET	CT	MR	COR	STR	ECT	PET
GG in Fonds-KA	16	10	4	4	6	1	6	2	1	2	2	1	27	17	12	12	24	4
GG im extram. Bereich	9	7	0	0	2	0	1	4	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0
GG in übrigen KA	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	26	18	1	0	7	0
GG im Bundesland gesamt	26	18	4	4	8	1	8	7	1	2	2	1	54	39	13	12	31	4
GG je Mio. EW	36,5	25,3	5,6	5,6	11,2	1,4	21,5	18,8	2,7	5,4	5,4	2,7	31,3	22,6	7,5	6,9	17,9	2,3
Österreich																		
GG in Fonds-KA	145	75	42	41	74	16												
GG im extram. Bereich	91	74	1	0	20	1												
GG in übrigen KA	16	12	2	0	8	0												
GG gesamt	252	161	45	41	102	17												
GG je Mio. EW	29,9	19,1	5,3	4,9	12,1	2,0												

* Mitversorgung durch NÖ, W, ST
GG = Großgeräte, CT = Computertomographen, ECT = Emissions-Computertomographen,
MRT = Magnetresonanz-Tomographen, PET = Positronen-Emissions-Tomographen,
COR = koronarangiographische Arbeitsplätze, STR = Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte

Quelle: BMG (2014a), Erhebung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

2.8 Personal im Gesundheitswesen

Im Gesundheits- und Sozialbereich waren im Jahresdurchschnitt 2013 nach ÖNACE-Klassifizierung²⁵ insgesamt rund 370.000 Personen beschäftigt (Statistik Austria 2014c)²⁶. Die Anzahl der Beschäftigten im österreichischen Gesundheitswesen ist in den letzten Dekaden stark gewachsen, so hat sich beispielsweise der Personalstand der nichtärztlichen Gesundheitsberufe²⁷ in österreichischen Krankenanstalten zwischen 1985 und 2013 von 45.043 auf 87.491 Personen fast verdoppelt (Statistik Austria 2014b), von 2004 bis 2013 betrug die Zuwächse rund 15 Prozent (siehe auch Tabelle 2.12 und Tabelle 2.13).

Der Frauenanteil überwiegt in beinahe allen Berufsgruppen des Gesundheitswesens und war im Jahr 2013 mit 85 Prozent im Bereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankheitspflege am größten (Statistik Austria 2014d). Eine Ausnahme bildet die Gruppe der berufsausübenden Ärztinnen und Ärzte, hier überwiegt der Männeranteil; bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sogar mit 65 Prozent (Statistik Austria 2014e).

Nachstehend werden ausgewählte Beschäftigungsdaten des österreichischen Gesundheitswesens mit Stand 31. Dezember 2004 und 2013 sowie die Veränderung im Zehnjahresvergleich dargestellt. Leider kann aufgrund von Abgrenzungsproblemen (z. B. allgemeines Verwaltungspersonal, Gesundheits- vs. Sozialwesen etc.) noch keine vollständige Übersicht über alle im österreichischen Gesundheitswesen beschäftigten Personen gegeben werden. Zudem beziehen sich die Zahlen bei nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen (Ausnahme Apotheker und Personenbetreuer/innen für die 24-Stunden-Betreuung) ausschließlich auf Beschäftigte in Krankenanstalten.

25

Die ÖNACE ist eine nationale Aktivitätsklassifikation, die die wirtschaftliche Tätigkeit von Betrieben erfasst und statistischen Zwecken dient (NACE = Nomenclature général des activités économiques dans les communautés européennes). Die österreichische Version ist die ÖNACE 2008, siehe auch:

http://portal.wko.at/wk/format_detail.wk?AngID=1&StID=372762&DstID=17

26

Nach Konzept der International Labour Organization (ILO). <http://www.ilo.org>

27

Inkludiert: gehobener Dienst für Gesundheits- u. Krankenpflege, Pflegehilfe, gehobene medizinisch-technische Dienste, medizinisch-technischer Fachdienst, Sanitätshilfsdienste, Hebammen.

Tabelle 2.12 sowie Tabelle 2.13 weisen die Beschäftigungszahlen in Köpfen aus. Die Werte lassen daher keine Rückschlüsse auf das Beschäftigungsausmaß (Teil- oder Vollzeitbeschäftigung) zu.

Tabelle 2.12:

Österreich: Ausgewählte Beschäftigungszahlen des Gesundheitswesens, 2004 u. 2013 (in Köpfen)

Berufsgruppe	2004	2013	Veränderung
Berufsausübende Ärzteschaft (exkl. Zahnärzte/-ärztinnen)*	33.579	40.731	21,3 %
Allgemeinmediziner u. -medizinerinnen	11.370	13.247	16,5 %
Fachärzte u. -ärztinnen	15.907	20.814	30,8 %
Approbierte Ärzte u. Ärztinnen	188	281	49,5 %
Turnusärzte u. -ärztinnen**	6.114	6.389	4,5 %
Angestellte Ärzteschaft***	23.396	28.745	22,9 %
Niedergelassene Ärzteschaft	14.196	16.633	17,2 %
Vertragsärztinnen und -ärzte	7.866	7.730	-1,7 %
Berufsausübende Zahnärzte u. Zahnärztinnen****	4.032	4.692	16,4 %
Angestellte Zahnärzte und -ärztinnen	749	881	17,6 %
Niedergelassene Zahnärzte und -ärztinnen	3.422	3.740	9,3 %
Vertragszahnärzte und -ärztinnen	2.712	2.795	3,1 %
Personenbetreuer/Innen für die 24-Stunden-Betreuung*****	-	44.497	-
Apotheker in öffentlichen Apotheken	4.746	5.589	17,8 %

* Inklusive Turnusärztinnen und -ärzte, exkl. Mehrfachqualifikationen

** In postpromotioneller Ausbildung; exkl. jener Ärztinnen und Ärzte in Facharztausbildung, die bereits das ius practicandi besitzen und dieses auch ausüben (werden als Allgemeinmediziner/innen geführt)

*** Angestellt in Krankenanstalten, selbständigen Ambulatorien oder sonstigen Dienstgebern

**** Fachärzteschaft f. Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde, Dr. med. dent., Dentisten/Dentistinnen, exkl. Mehrfachqualifikationen

***** Selbständige Personenbetreuer „aktiv“

Quellen: ÖAK (2006), Statistik Austria (2006), ÖAK (2014), ÖAK (2014), Statistik Austria (2014e), Statistik Austria (2014d), Statistik Austria (2014b), WKÖ (2014), ZÄK (2014),
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 2.13:

Österreich: Ausgewählte Beschäftigungszahlen des Gesundheitswesens in Krankenanstalten, 2004 u. 2013 (in Köpfen)

Berufsgruppe	2004	2013	Veränderung
Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (in KA)	48.435	56.747	17,2 %
Allgemeine Gesundheits- u. Krankenpflegekräfte	41.523	49.178	18,4 %
Kinder- und Jugendlichenpflegekräfte	3.850	3.958	2,8 %
Psychiatrische Gesundheits- u. Krankenpflegekräfte	3.007	3.535	17,6 %
Kardiotechnischer Dienst	55	76	38,2 %
Personal des gehobenen med.-techn. Dienstes, med.-techn. Fachdienstes, Masseurinnen u. Masseurinnen (in KA)	12.498	14.717	17,8 %
Physiotherapeutischer Dienst	2.522	3.431	36,0 %
Medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst	3.132	3.197	2,1 %
Radiologischer-technischer Dienst	2.602	3.193	22,7 %
Diätendienst u. ernährungsmedizinischer Beratungsdienst	487	628	29,0 %
Ergotherapeutischer Dienst	743	1.117	50,3 %
Logopädischer-phoniatrischer-audiologischer Dienst	335	450	34,3 %
Orthoptischer Dienst	96	118	22,9 %
Medizinisch-technischer Fachdienst	2.037	1.791	-12,1 %
Med. Masseur u. Masseurinnen u. Heilmasseur	544	792	45,6 %
Personal des Sanitätshilfsdienstes und Pflegehilfe (in KA)*	14.059	14.648	4,2 %
Pflegehelfer u. Pflegehelferinnen	9.868	9.954	0,9 %
Sanitäter u. Sanitäterinnen	797	919	15,3 %
Operationsgehilfen u. -gehilfinen	2.442	2.638	8,0 %
Laborgehilfen u. -gehilfinen	282	269	-4,6 %
Prosekturgehilfen u. -gehilfinen	124	119	-4,0 %
Ordinationsgehilfen u. -gehilfinen	286	110	-61,5 %
Heilbadegehilfen u. -gehilfinen	109	427	291,7 %
Ergotherapiegehilfen u. -gehilfinen	57	37	-35,1 %
Desinfektionsgehilfen u. -gehilfinen	112	175	56,3 %
Hebammen (in KA)	1.139	1.379	21,1 %
Apotheker in Krankenhausapotheken	251	321	27,9 %

* exklusive Personal ohne Berufszeugnis

Quellen: ÖAK (2006), Statistik Austria (2006), ÖAK (2014), ÖAK (2014), Statistik Austria (2014e), Statistik Austria (2014d), Statistik Austria (2014b), WKÖ (2014), ZÄK (2014),
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

2.9 Alten- und Langzeitpflege

Im Jahr 2012 belief sich die Anzahl an Alten- und Pflegeheimen in Österreich auf 870. Mit Ende 2011 standen über 72.500 Plätze zur Verfügung, darüber hinaus wurden im Jahr 2012 5.983 Personen in geriatrischen Tageszentren betreut (BMASK 2014; GÖG/ÖBIG 2013; Statistik Austria 2014i). Um den aus einer Pflegebedürftigkeit entstehenden Mehraufwand decken zu können, existiert in Österreich seit 1993 das sogenannte Pflegegeld. Dieses wird nach Ausmaß des erforderlichen Pflegebedarfs in sieben Stufen gewährt. Am 31.12.2012 gab es 440.896 Pflegegeldbezieher/innen: 372.487 davon bezogen Bundespflegegeld und 68.409 Personen bezogen (ehemaliges) Landespflegegeld (s. Tabelle 2.14). Mit dem Pflegegeldreformgesetz 2012 wurden Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz für das Pflegegeld von den Ländern auf den Bund übertragen, um die zersplitterten Entscheidungsstrukturen beim Bund zusammenzuführen (BMASK 2013).

Tabelle 2.14:

Österreich: Kennzahlen zur Alten- und Langzeitpflege

Indikator	Wert
Anzahl Alten- und Pflegeheime (2012)	870
Plätze in Alten- und Pflegeheimen (2011)	72.449
In geriatrischen Tageszentren betreute Personen (2012)	5.983
Beschäftigte Personen in Alten- und Pflegeheimen (31.12.2012), Köpfe	41.401
Beschäftigte Personen in Alten- und Pflegeheimen (31.12.2012), Vollzeitäquivalente	33.454
Beschäftigte Personen* in mobilen Diensten (31.12.2012), Köpfe	21.750
Beschäftigte Personen in mobilen Diensten (31.12.2012), Vollzeitäquivalente	12.081
Beschäftigte Personen in teilstationären Diensten (31.12.2012) Köpfe	694
Beschäftigte Personen in teilstationären Diensten (31.12.2012)** Vollzeitäquivalente	419
Pflegegeldbezieher (31. 12. 2012)	440.896
davon Bundespflegegeldbezieher/-bezieherinnen	372.487
davon ehemalige Landespflegegeldbezieher/-bezieherinnen	68.409
Personenbetreuer u. -betreuerinnen für die 24-Stunden-Betreuung (31. 12. 2013)***	44.497

* Ohne Vorarlberg

** Teilstationäre Dienste: sind gemäß § 3 Abs 6 PFG (Pflegefondsgesetz) Angebote einer ganz oder zumindest halbtägigen betreuten Tagesstruktur für betreuungs- bzw. pflegebedürftige Menschen, die nicht in stationären Einrichtungen leben. Die Betreuung wird in eigens dafür geschaffenen Einrichtungen bzw. Senioreneinrichtungen - Z. B. Alten-, Wohn- und Pflegeheime, Tageszentren - jedenfalls tagsüber erbracht (BMASK 2011)

*** Selbständige Personenbetreuer „aktiv“

Quellen: BMASK (2013), BMASK (2014), GÖG/ÖBIG (2013), Statistik Austria (2014i), WKÖ (2014), Darstellung: GÖG/ÖBIG

2.10 Hospiz- und Palliativversorgung

Im Zentrum der Hospiz- und Palliativversorgung stehen unheilbar kranke und sterbende Menschen in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium sowie deren Angehörige. Für eine adäquate spezialisierte Betreuung der Betroffenen sorgt ein System abgestufter Versorgung, bestehend aus sechs verschiedenen, auf unterschiedliche Bedürfnislagen abgestimmten Angeboten. Nachfolgende Tabelle 2.15 gibt einen Überblick über die Anzahl der in Österreich bestehenden Einrichtungen in den Jahren 2005 und 2013.

Tabelle 2.15:

Österreich: Anzahl der Einrichtungen zur Hospiz- und Palliativversorgung 2005 und 2013 (Stand jeweils 31. Dezember)

Einrichtungen	Anzahl	
	2005	2013
Palliativstationen in Krankenanstalten	20	36
Stationäre Hospize	6	9
Tageshospize	2	4
Palliativkonsiliardienste	21	42
Mobile Palliativteams	21	44
Hospiz-Teams	110	156
Gesamt	180	291

Quellen: Hospiz Österreich (2006), Hospiz Österreich (2014) Darstellung: GÖG/ÖBIG

3 Internationaler Vergleich

Anhand von 26 ausgewählten Indikatoren wird im Folgenden die Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich untersucht.

Die Indikatoren sind den nachstehenden drei Dimensionen zugeordnet:

- » Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz (Input)
- » Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme
- » Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse (Outcomes)

Als Untersuchungsregion werden die Mitgliedstaaten der europäischen Union herangezogen (EU-28), die je nach Datenverfügbarkeit um weitere europäische Staaten (EFTA-Mitglieder) erweitert wurden. Die Darstellung wird jeweils um den Durchschnittswert (arithmetisches Mittel) der herangezogenen EU-15-Mitgliedstaaten und der EU-28-Mitgliedstaaten (bei Datenverfügbarkeit) ergänzt. Anhand ausgewählter Parameter wird auch die Entwicklung im Zeitablauf für Österreich und den EU-15-Raum analysiert.

Der Durchschnitts-Vergleich mit den EU-15-Mitgliedstaaten wird angestellt, da die Datenverfügbarkeit hierbei auch für längere Zeitreihen gegeben ist, aber auch weil sich die hochindustrialisierten westeuropäischen Staaten hinsichtlich ihrer Wirtschaftsleistung und demokratischen sowie (gesundheits-)politischen Ausprägung gut mit Österreich vergleichen lassen.

3.1 Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz

Die Dimension „Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz“ erlaubt Rückschlüsse auf Höhe bzw. Bedeutung der eingesetzten monetären, personellen und technischen Mittel und kann demnach als „Input“ in das System aufgefasst werden. Insbesondere werden folgende Fragen im internationalen Vergleich beantwortet:

- » Wie viel wird für das Gesundheitssystem ausgegeben?
- » Wie viele Ressourcen werden dafür aufgewendet?

Indikatoren zu Gesundheitsausgaben, Financiers und Leistungsangeboten werden häufig in Kombination mit Leistungsergebnissen zur Bewertung ökonomischer Nachhaltigkeit herangezogen. Sieben Indikatoren zu Gesundheitsausgaben sowie zum personellen wie auch technischen Ressourceneinsatz bilden diese Dimension ab.

Gesundheitsausgaben

- » Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP (Gesundheitsausgabenquote)
- » Gesundheitsausgaben pro Kopf (inkl. durchschnittliche Wachstumsraten)
- » Gesundheitsausgaben nach Sektoren

Ressourceneinsatz

- » Medizinisch-technische Großgeräte
- » Ärztedichte
- » Bettendichte
- » Pflegepersonal

3.1.1 Gesundheitsausgaben

3.1.1.1 Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsprodukts

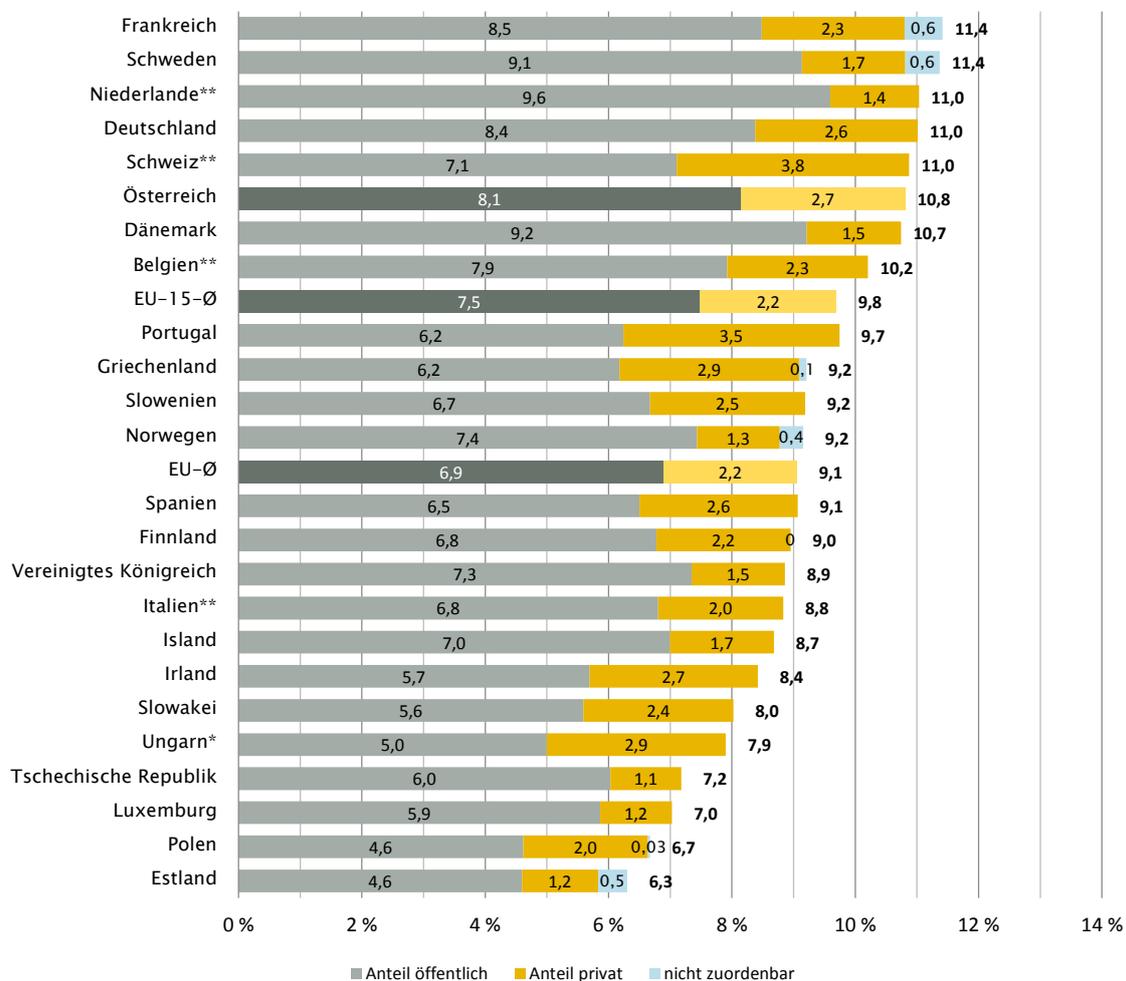
Der Indikator Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) entspricht jenem Anteil an der gesamten Wirtschaftsleistung eines Landes, der für Gesundheitsleistungen (inkl. Langzeitpflege) ausgegeben wird. Er wird auch als Gesundheitsausgabenquote bezeichnet. Für internationale Vergleiche stellt dieser Indikator eine der wichtigsten Kennzahlen dar. Er ermöglicht es – unabhängig von Währungsschwankungen – festzustellen, welchen relativen Anteil Gesundheitsausgaben an der gesamten Wirtschaftsleistung eines Landes einnehmen. Daraus lässt sich die makroökonomische Bedeutung, die Staaten ihren Gesundheitssystemen beimessen, ableiten. Die Gesundheitsausgabenquote wird überdies auch getrennt nach öffentlichen (inkl. Sozialversicherungsausgaben) und privaten Ausgaben dargestellt.

Innerhalb der in Abbildung 3.1 verglichenen europäischen Länder weist Frankreich im Jahr 2012 mit einer Gesundheitsausgabenquote von 11,4 Prozent den höchsten Wert auf. Österreich lag mit 10,8 Prozent ebenfalls im europäischen Spitzenfeld und damit über dem EU-15-Durchschnitt (EU-15-Ø) von 9,8 Prozent und dem Durchschnitt der herangezogenen EU-Länder (EU-Ø) von 9,1 Prozent.

Die dargestellten Werte repräsentieren bereits die revidierte Version des Europäischen Systems Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung (ESVG 2010), die seit September 2014 die neue methodische Grundlage der VGR ist.

Abbildung 3.1:

Europäischer Vergleich: Gesamte öffentliche und private Gesundheitsausgaben inkl. Langzeitpflege in Prozent des BIP (Gesundheitsausgabenquote), 2012



* Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: HU (2011)

** Die Werte beziehen sich auf laufende Gesundheitsausgaben (ohne Kapitalbildung wie z.B. Investitionen)

Nicht zuordenbar: Für einige Länder können bestimmte Positionen (z.B. Investitionen) eindeutig dem öffentlichen bzw. privaten Sektor zugeordnet werden und werden daher in der Kategorie „nicht zuordenbar“ dargestellt.

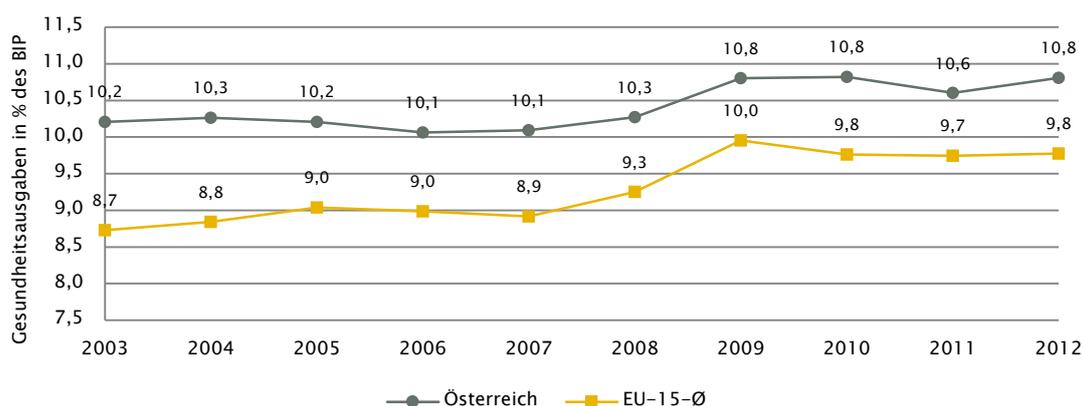
Quelle: OECD (2015), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Den geringsten Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP verzeichneten im Jahr 2012 Estland, Polen, Luxemburg und die Tschechische Republik mit Werten unter 8 Prozent. Das überdurchschnittliche Wachstum der Gesundheitsausgaben vor allem in den neuen Mitgliedstaaten der EU lässt auf ein Aufholen schließen (s. Punkt 3.1.1.2).

In allen dargestellten Ländern werden die Gesundheitsausgaben mehrheitlich aus öffentlichen Mitteln finanziert. Ungarn wies im Jahr 2012 mit rund 37 Prozent den höchsten Anteil an den privat finanzierten Gesundheitsausgaben aus.

In Österreich betrug der öffentliche Anteil (Staat und Sozialversicherung) an den gesamten Gesundheitsausgaben inklusive Langzeitpflege im Jahr 2012 75,4 Prozent, dies entsprach 8,1 Prozent des BIP. Die höchste öffentliche Gesundheitsausgabenquote wiesen im Jahr 2012 die Niederlande mit 9,6 Prozent auf.

Abbildung 3.2:
Europäischer Vergleich: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich und im EU-15-Durchschnitt in Prozent des BIP, 2003–2012



Quelle: OECD (2015), Darstellung: GÖG/ÖBIG

In Abbildung 3.2 wird die Entwicklung der Gesundheitsausgaben (inkl. Langzeitpflege) Österreichs im Vergleich zum EU-15-Durchschnitt dargestellt. Österreich lag im Vergleichszeitraum stets über dem Durchschnittswert der EU-15-Mitgliedstaaten. Zwischen 2003 und 2009 wuchsen die Gesundheitsausgaben in Österreich von 10,2 auf 10,8 Prozent des BIP. Der vergleichsweise steile Anstieg von 2008 (10,3 %) auf 2009 (10,8 %) ist unter anderem durch die krisenbedingte, rückläufige BIP-Entwicklung zu erklären. In den Jahren 2010 und 2011 sank der Anteil der Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP sowohl in Österreich als auch im EU-15-Durchschnitt. Nominell war jedoch eine Steigerung der Gesundheitsausgaben zu beobachten. Im Jahr 2012 ist sowohl für Österreich als auch im EU-Durchschnitt wieder eine moderate Steigerung des Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP zu erkennen.

3.1.1.2 Gesundheitsausgaben pro Kopf

Die Gesundheitsausgaben pro Kopf entsprechen den gesamten Gesundheitsausgaben je Einwohner/in des jeweiligen Landes. Im internationalen Vergleich der Gesundheitsausgaben pro Kopf gibt es deutliche Unterschiede, die soziale Bedingungen ebenso widerspiegeln wie auch wirtschaftliche und strukturelle Faktoren.

Abbildung 3.3 veranschaulicht die entsprechenden Werte aus dem Jahr 2012 in Kaufkraftparitäten zu US-Dollar (PPP)²⁸, um dem unterschiedlichen Kaufkraftniveau der einzelnen Staaten Rechnung zu tragen, sowie nominell in Euro-Beträgen. Auf Pro-Kopf-Basis verzeichnete Norwegen mit 7.238 Euro die höchsten nominellen Gesundheitsausgaben. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Kaufkraft führte die Schweiz mit 6.140 PPP, gefolgt von Norwegen (6.077 PPP) und den Niederlanden (5.081 PPP) die Statistik an.

Auch Österreich lag mit Ausgaben von 4.067 Euro je Einwohner/in bzw. 4.850 PPP über dem EU-15-Durchschnitt von 3.347 Euro bzw. 3.954 KKS. Deutlich weniger wendeten die dargestellten mittel- und osteuropäischen EU-Mitgliedstaaten für Gesundheitsleistungen auf, dies resultiert in einem EU-Durchschnitt aller verfügbaren Länder von 2.679 Euro pro Kopf. Die geringsten Pro-Kopf-Ausgaben im Jahr 2012 verzeichnete Bulgarien mit 677 Euro.

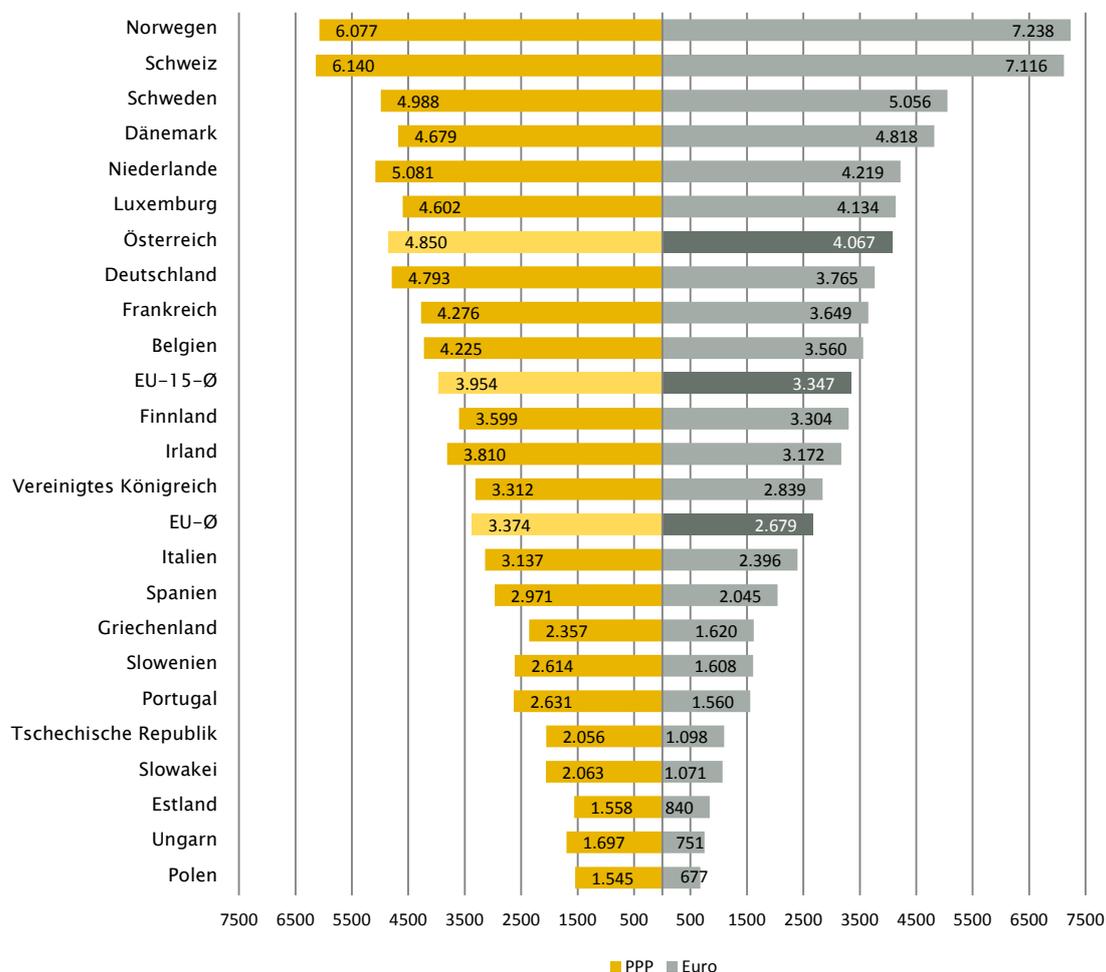
28

„Kaufkraftparitäten (KKP) sind Indikatoren für die Preisniveauunterschiede zwischen den verschiedenen Ländern. Sie informieren darüber, wie viele Währungseinheiten eine bestimmte Menge von Waren und Dienstleistungen in unterschiedlichen Ländern kostet. KKP können somit als Währungsumrechnungskurse verwendet werden, um in Landeswährung ausgedrückte Ausgaben in eine künstliche gemeinsame Währung (den Kaufkraftstandard KKS) umzurechnen und so die Wirkung von Preisniveauunterschieden zwischen den Ländern zu beseitigen.“

(<http://ec.europa.eu/eurostat/web/purchasing-power-parities/overview>)

Abbildung 3.3:

Europäischer Vergleich: Gesamte Gesundheitsausgaben pro Kopf in Kaufkraftparitäten (PPP) und Euro, 2012



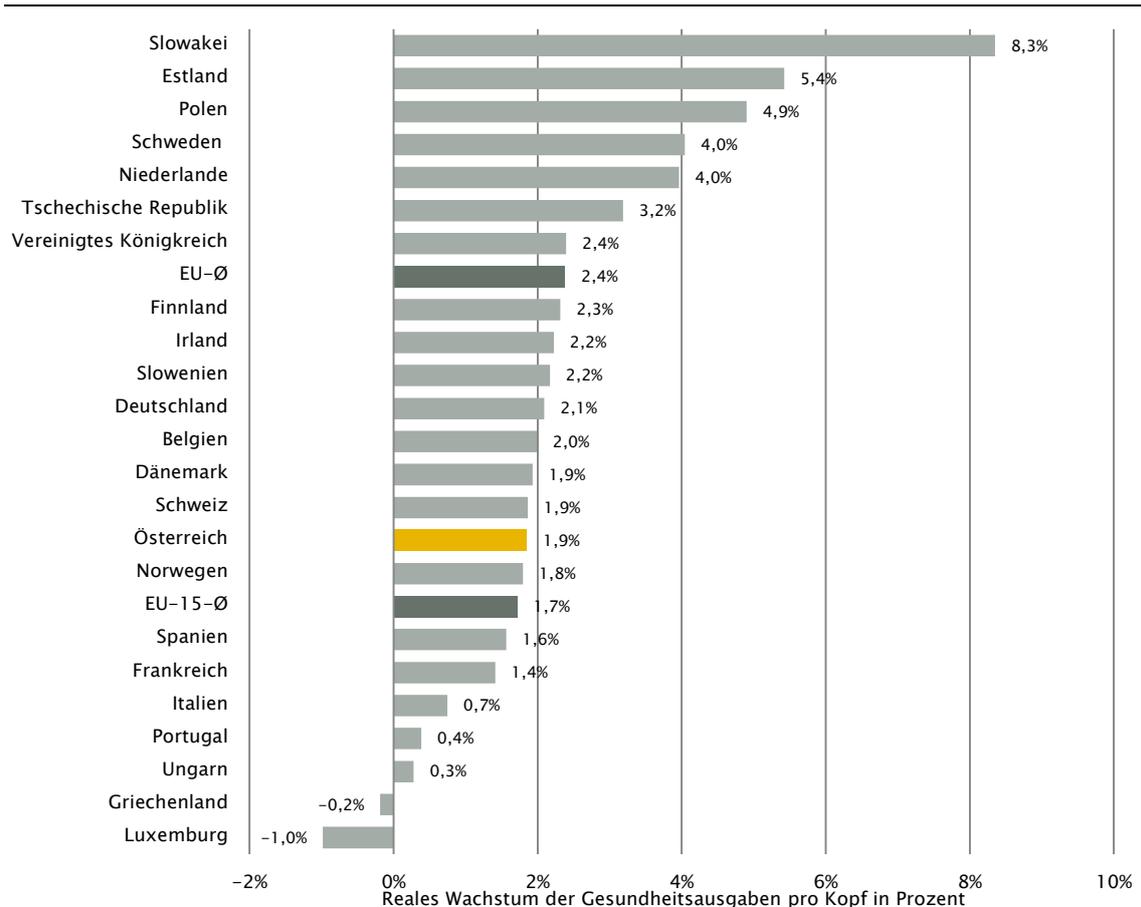
Berechnung für Länder außerhalb der Euro-Zone mit Referenzkurse der Europäischen Zentralbank (Periodendurchschnitt 2012); PPP = US-Dollar-Kaufkraftparitäten (current ppp)
 Berechnung anhand von laufenden Ausgaben: NL, BE, IT, CH

Quellen: EUROSTAT (2014b), OECD (2015), Österreichische Nationalbank (2014), Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 3.4 zeigt das reale Wachstum der Gesundheitsausgaben in der EU. Es wird deutlich, dass die Ausgaben in den EU-15-Staaten im Zeitraum 2003 bis 2012 durchschnittlich um 1,7 Prozent jährlich anstiegen. Österreich verzeichnete im selben Zeitraum einen Anstieg der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben von 1,9 Prozent und lag damit unter dem EU-Durchschnitt aller herangezogenen EU-Länder (2,4 %). Auffällig sind die negativen Wachstumsraten in Luxemburg (-1,0 %) und Griechenland (-0,2 %) sowie die niedrigen durchschnittlichen Wachstumsraten von Ungarn (0,3 %), Portugal (0,4 %) und Italien (0,7 %) zurückzuführen.

Von allen dargestellten Ländern wies die Slowakei mit 8,3 Prozent, gefolgt von Estland mit 5,4 Prozent und Polen mit 4,9 Prozent den im Durchschnitt größten jährlichen Anstieg bei den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben auf.

Abbildung 3.4:
Europäischer Vergleich: Durchschnittliches reales Wachstum der laufenden Gesundheitsausgaben pro Kopf in Prozent, 2003–2012



Berechnet mit Gesundheitsausgaben pro Kopf zu konstanten Preisen 2005

Quelle: OECD (2015), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die realen Gesundheitsausgaben pro Kopf sanken im Zeitraum 2009 bis 2011 im EU-Durchschnitt erstmals seit 1975. Dies ist vor allem auf die Finanz- und Wirtschaftskrise zurückzuführen, die viele Nationalstaaten veranlasst, ihre Gesundheitsausgaben zu dämpfen.

3.1.1.3 Gesundheitsausgaben nach Sektoren

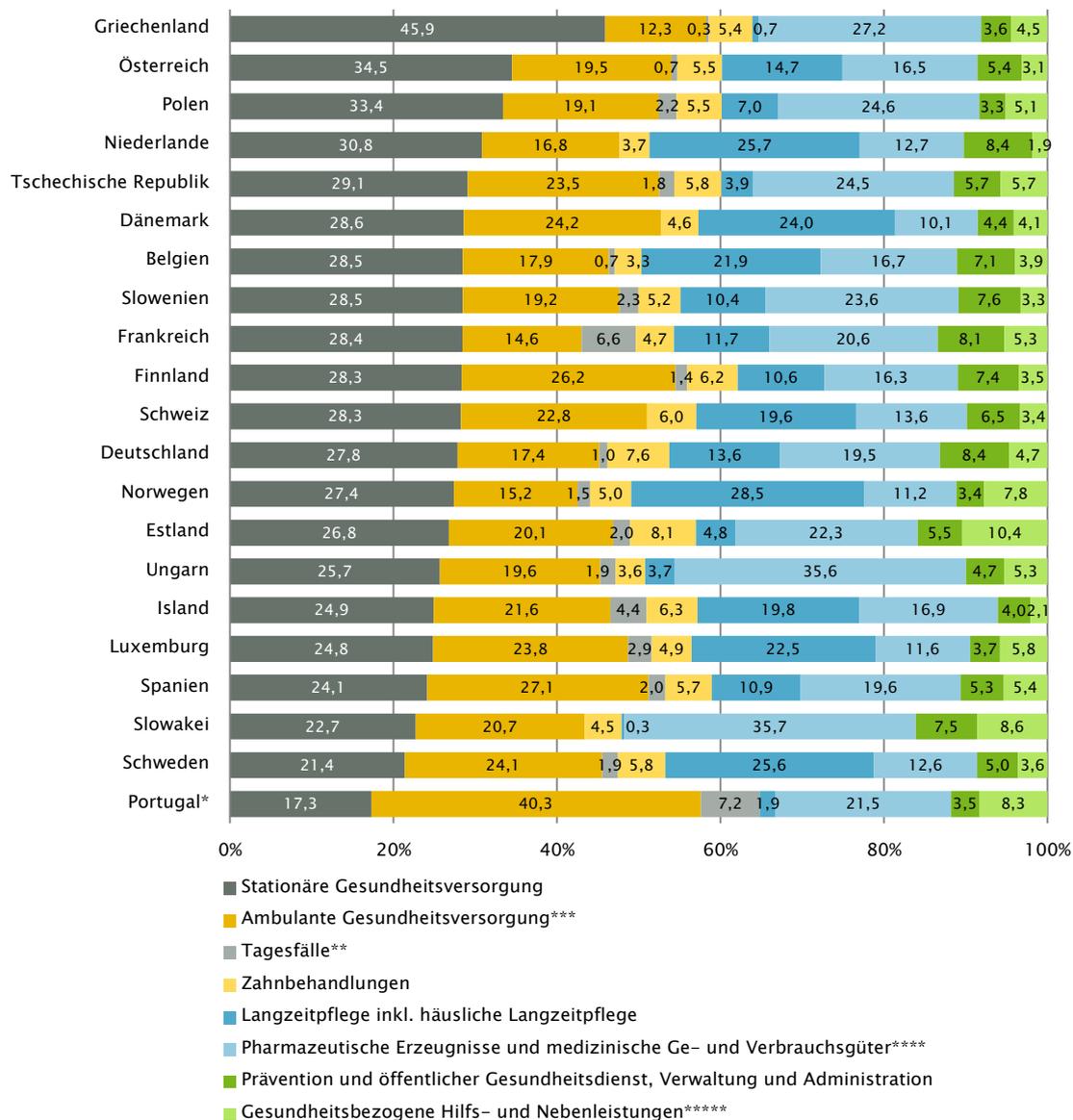
Die Gesundheitsausgaben eines Staates lassen sich ausgabenseitig gemäß der internationalen Klassifikation „System of Health Accounts“ in die Sektoren stationäre Gesundheitsversorgung, Tagesfälle, ambulante Gesundheitsversorgung, Zahnbehandlungen, Langzeitpflege inkl. häusliche Langzeitpflege, pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter, Prävention und öffentlicher Gesundheitsdienst, Verwaltung und Administration sowie gesundheitsbezogene Hilfs- und Nebenleistungen, wie etwa Rettungsdienste gliedern. Diese Aufteilung gibt Auskunft über die monetäre Bedeutung und Ausprägung einzelner Sektoren. Abbildung 3.5 stellt die prozentuale Aufteilung der Ausgaben nach Sektoren für das Jahr 2012 dar.

Es wird deutlich, dass die Mehrheit der dargestellten Länder im Jahr 2012 einen Großteil der Gesundheitsausgaben für den stationären Sektor aufwendete. Ausnahmen bilden Portugal, Spanien und Schweden, deren ambulanter Sektor prozentuell größer als der stationäre Sektor ist. Der höchste Anteil an den laufenden Gesundheitsausgaben für das Jahr 2012 wurde mit 40,3 Prozent im ambulanten Sektor in Portugal festgestellt (inkl. zahnmedizinischer Bereich). Portugal hält zudem den kleinsten Anteil im stationären Bereich (19,8 %). Österreich liegt – wie auch in den letzten Jahren – im Vergleich mit 34,5 Prozent der laufenden Gesundheitsausgaben im stationären Bereich im europäischen Spitzenfeld.

Die Ausgaben für Arzneimittel (inkl. medizinische Ge- und Verbrauchsgüter) schwankten im Ländervergleich teilweise beträchtlich. Die Slowakei gab im Jahr 2012 mit 35,7 Prozent gefolgt von Ungarn mit 35,6 Prozent proportional gesehen am meisten für diese Position aus. Auf den geringsten Anteil kam Dänemark mit 10,1 Prozent. Einer der Gründe dafür ist, dass die pharmazeutischen Unternehmen versuchen, die Preise von Arzneimitteln europaweit einheitlich zu gestalten. Bei gleichen Preisen fällt somit in Ländern mit geringerer Kaufkraft ein proportional höherer Anteil der Ausgaben auf diese Position.

Abbildung 3.5:

Europäischer Vergleich: Gliederung der laufenden Gesundheitsausgaben (ohne Investitionen) nach Sektoren in Prozent, 2012



* Ambulanter Bereich beinhaltet Ausgaben für Zahnbehandlungen
 ** Tagesfälle werden definiert als Fälle, die stationär behandelt werden, jedoch am Tag der Aufnahme wieder entlassen werden
 *** Einschließlich häuslicher kurativer und rehabilitativer Pflege (z.B. medizinische Hauskrankenpflege)
 **** Beinhaltet ausschließlich ambulant abgegebene Erzeugnisse bzw. Güter
 ***** Gesundheitsbezogene Hilfs- und Nebenleistungen (z. B. Rettungs- od. Labordienste)
 Tagesfälle nicht verfügbar für: SK, CH, DK, NL

Quellen: OECD (2015), Statistik Austria (2015), Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.1.2 Ressourceneinsatz

3.1.2.1 Medizinisch-technische Großgeräte

Die Verbreitung von medizinisch-technischen Großgeräten ist zum einen ein Indikator für ein qualitativ hochwertiges Diagnose- und Versorgungsangebot, aber auch mitverantwortlich für steigende Gesundheitsausgaben. Andererseits beschleunigen medizinisch-technische Großgeräte die Diagnosefindung und können so dazu beitragen, teure Fehldiagnosen und daraus folgenden Fehlbehandlungen zu verhindern. Der hier dargestellte Indikator medizinisch-technische Großgeräte gibt Auskunft über die Verfügbarkeit moderner medizinischer Technologien, hier exemplarisch in Form von Computertomographen (CT) und Magnetresonanztomographen (MRT) je 100.000 Einwohner/innen.

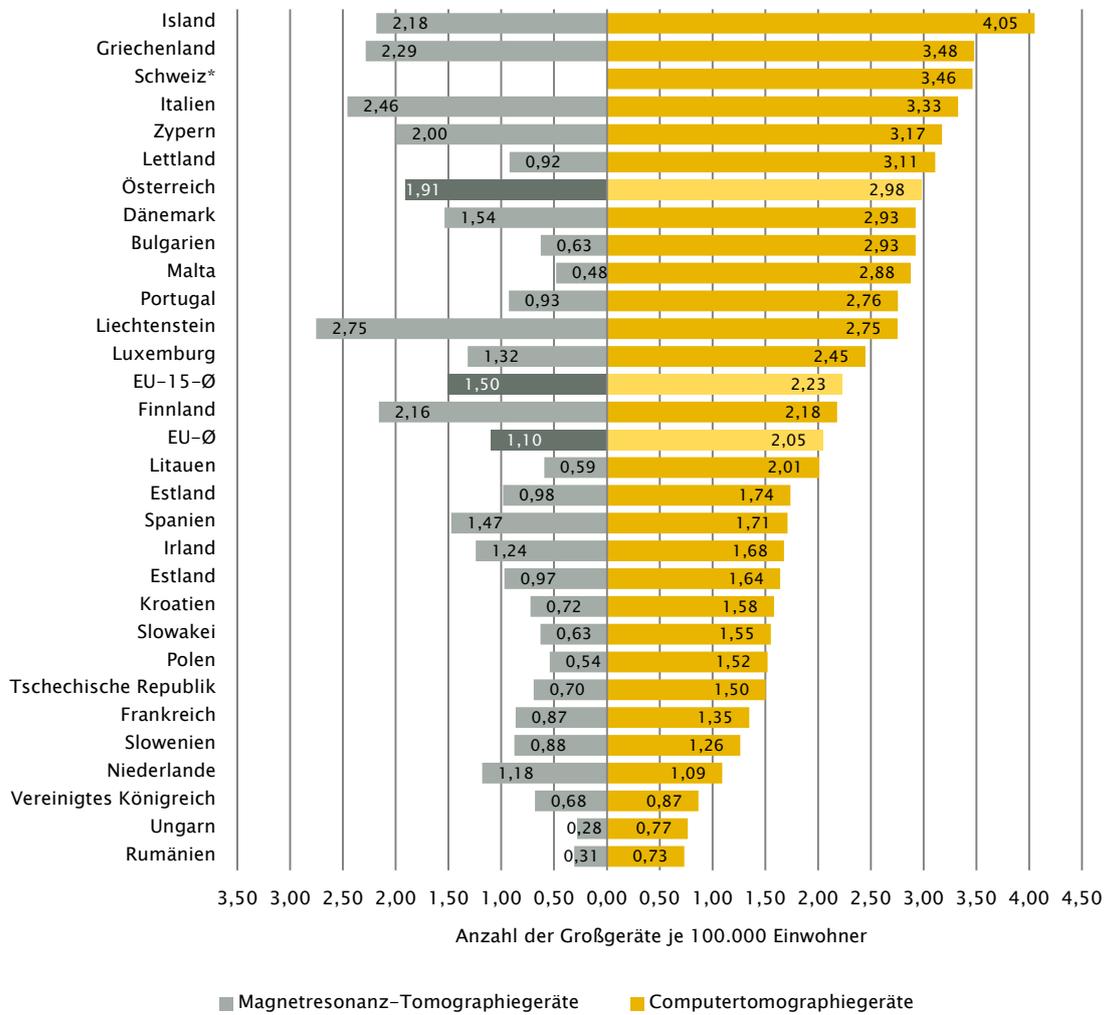
Abbildung 3.6 zeigt die Anzahl an Computertomographen (CT) und Magnetresonanztomographen (MR) für ausgewählte europäische Länder je 100.000 Einwohner/innen (Großgerätedichte). Diesbezüglich zeigt sich ein äußerst heterogenes Bild in Europa.

In Island entsprach die Versorgungsdichte mit 4,05 CT je 100.000 Einwohner/innen einem deutlich höheren Wert gegenüber dem Durchschnitt der abgebildeten EU-Länder (2,05). Die geringste Anzahl an CT gab es im Jahr 2012 in Rumänien mit 0,73 Geräten je 100.000 Einwohner/innen, gefolgt von Ungarn mit 0,77 und dem Vereinigten Königreich mit 0,87 Geräten. Österreich lag mit einer CT-Dichte von 2,98 über dem EU-15-Durchschnitt von 2,23 CT je 100.000 Einwohner/innen.

Bei den Magnetresonanztomographiegeräten weisen Liechtenstein (2,8 MR je 100.000 Einwohner/innen) und Italien (2,5 MR je 100.000 Einwohner/innen) die höchste Gerätedichte aus, gefolgt von Finnland (2,2), Zypern (2,0) und Österreich mit 1,9 MR je 100.000 Einwohner/innen. Der geringste Versorgungsgrad mit MR war im Jahr 2012 in Rumänien (0,3) und Ungarn (0,3) festzustellen. Österreich hielt im Jahr 2012 mit 1,9 MR je 100.000 Einwohner/innen überdurchschnittlich viele Geräte vor. Der EU-15-Durchschnitt lag bei 1,5 und der EU-Durchschnitt bei 1,1 MR je 100.000 Einwohner/innen.

Abbildung 3.6:

Europäischer Vergleich: Computertomographiegeräte und Magnetresonanz-Tomographiegeräte je 100.000 Einwohner/innen, 2012



* Werte für MR-Geräte nicht verfügbar

Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: zu CT-Geräten: PT (2008); HR, EL (2010); BG, CY, DK, EE, MT, LI, RO (2011); zu MR-Geräten: PT (2008); DK (2009); HR, EL (2010); BG, CY, EE, MT, LI, RO (2011).

EU-Durchschnitte: Berechnung ohne BE, DE und SE

Quellen: EUROSTAT (2014d), OECD (2014b), Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.1.2.2 Ärztedichte

Die Ärztedichte wird definiert als die Anzahl an praktizierenden Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern sowie Fachärztinnen und Fachärzten je 1.000 Einwohner/innen (ohne Zahnärzteschaft, inkl. Ärzteschaft in Ausbildung). Unter praktizierend ist hier direkte Versorgungswirksamkeit zu verstehen, dargestellt sind demnach nur Ärztinnen und Ärzte, die direkt mit dem Patienten / der Patientin in Kontakt treten.

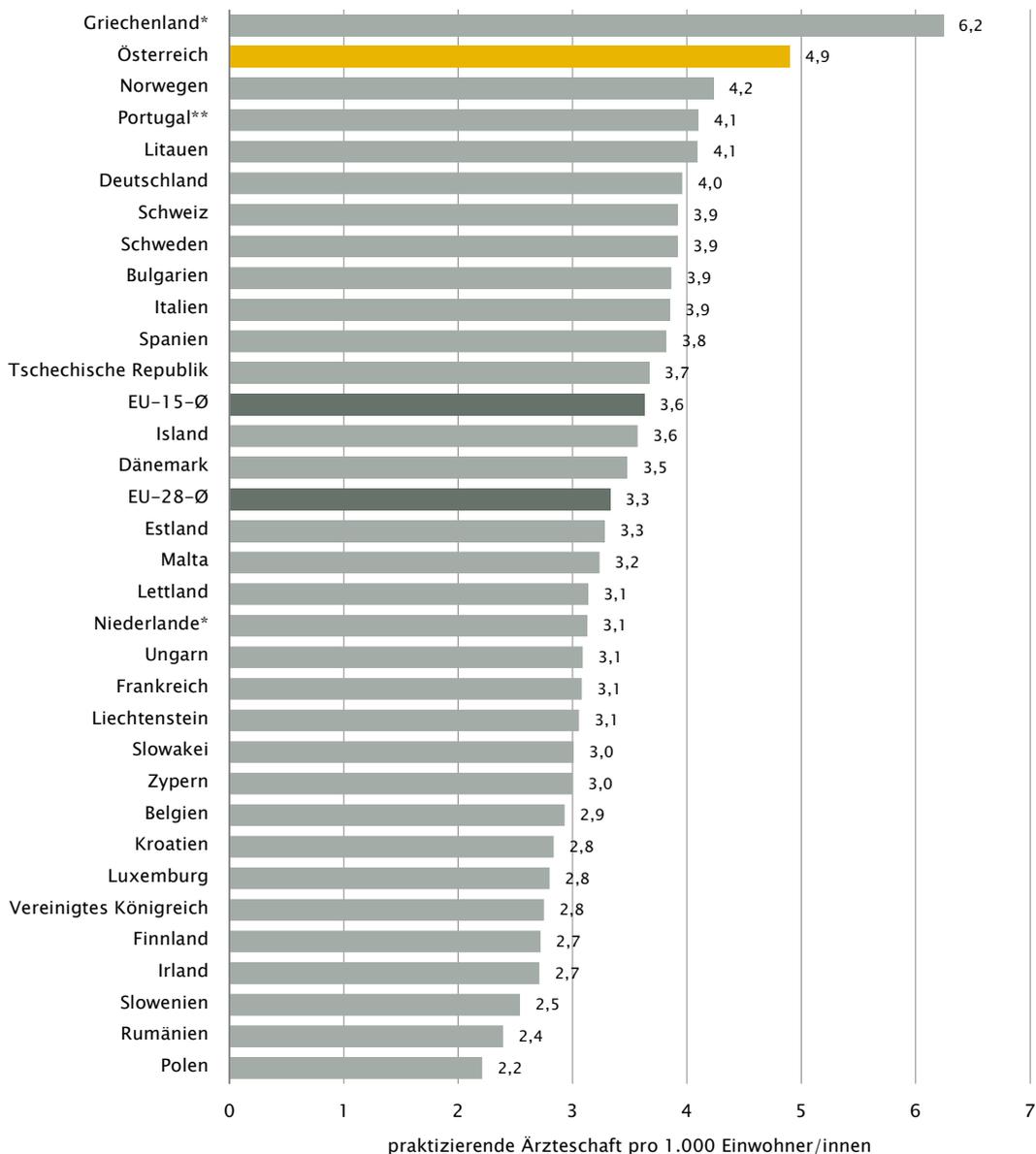
Ein adäquater Versorgungsgrad der Bevölkerung mit Medizinerinnen und Medizinern ist Kernelement jedes Gesundheitssystems.

Nach Angaben von OECD und EUROSTAT wies Griechenland im Jahr 2012 mit 6,2 praktizierenden Ärztinnen und Ärzten je 1.000 Einwohner/innen die höchste Ärztedichte innerhalb der EU auf (inkl. Ärztinnen/Ärzte, die nicht in Kontakt mit Patienten stehen). Österreich lag mit 4,9 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten ebenfalls deutlich über dem EU-15-Durchschnitt von 3,6 und dem EU-28-Durchschnitt von 3,3 praktizierenden Ärztinnen und Ärzten je 1.000 Einwohner/innen. Der Indikator umfasst sämtliche praktizierende Ärzte und Ärztinnen unabhängig davon ob sie öffentlich finanziert werden oder privat. Für Österreich ist daher festzuhalten, dass hierbei Wahlärztinnen/-ärzte (das sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die keinen Vertrag mit der für die jeweilige Patientin / den jeweiligen Patienten zuständigen Krankenkasse abgeschlossen haben; auf Antrag der Patientin/des Patienten kann jedoch ein Teil der Kosten rückerstattet werden) sowie gänzlich privat tätige Ärztinnen/Ärzte mitgezählt werden, deren Anzahl in den vergangenen Jahren stark gestiegen ist und die sich hinsichtlich ihrer Zugänglichkeit für die Bevölkerung und ihrer Versorgungswirksamkeit teilweise deutlich von Ärztinnen/Ärzten mit Kassenvertrag unterscheiden.

Die geringste Ärztedichte registrierten im Jahr 2012 Polen (2,2), Rumänien (2,4) und Slowenien (2,5). Zwischen den Jahren 2003 und 2012 nahm die Ärztedichte in fast allen EU-15-Staaten zu. Das durchschnittliche jährliche Wachstum (EU-15) betrug in dieser Periode rund 1,5 Prozent. Im EU-15-Durchschnitt stieg die Anzahl an praktizierenden Ärztinnen und Ärzten pro 1.000 Einwohner/innen im Zeitverlauf von rund 3,2 im Jahr 2003 auf etwa 3,6 im Jahr 2012. Die Ärztedichte in Österreich ist von 4,1 praktizierenden Ärztinnen und Ärzten im Jahr 2003 auf 4,9 im Jahr 2012 gestiegen. Dies entspricht einer durchschnittlichen Wachstumsrate von rund 2,0 Prozent.

Abbildung 3.7:

Europäischer Vergleich: Praktizierende Ärzteschaft pro 1.000 Einwohner/innen, 2012



* Daten beinhalten nicht nur Ärztinnen und Ärzte, die in direktem Kontakt mit Patientinnen und Patienten stehen, sondern auch jene, die in anderen Bereichen des Gesundheitssektors tätig sind wie z. B. Management, Forschung

** Daten umfassen alle Ärztinnen und Ärzte, die über eine Berufsberechtigung verfügen

Bei der Interpretation dieser Kennzahl hinsichtlich Versorgungswirksamkeit für Österreich ist zu berücksichtigen, dass zur Ermittlung der Ärztedichte auch jener Anteil an ausschließlich in niedergelassener Praxis tätigen Ärzten/Ärztinnen ohne Kassenvertrag (Wahlärzte/Wahlärztinnen) berücksichtigt wurde.

Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: FI (2008); DK (2009); EL, NL, SE (2011)

Quelle: OECD (2014b), Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.1.2.3 Bettendichte

Der Indikator Bettendichte errechnet sich aus den in Krankenanstalten aufgestellten Betten je 100.000 Einwohner/innen und gibt Auskunft über die Versorgungskapazitäten im stationären Bereich. Eine geringere Bettendichte geht nicht zwangsläufig mit einer schlechteren Versorgungssituation einher. Im Folgenden wird die Bettendichte zum einen für alle Krankenanstalten eines Landes und zum anderen nur für die Akutversorgung dargestellt.

Abbildung 3.8 zeigt die jeweilige Bettendichte in den herangezogenen europäischen Ländern. Im Jahr 2012 standen im EU-15-Durchschnitt 465 und im EU-28-Durchschnitt 519 tatsächlich aufgestellte Betten je 100.000 Einwohner/innen zur Verfügung. In der Akutversorgung lag der EU-15-Durchschnitt bei 328 Betten (EU-28-Durchschnitt: 361 Betten). Die höchste Bettendichte verzeichnete Deutschland mit 834 Betten über alle Spitäler bzw. 538 Akutbetten je 100.000 Einwohner/innen, gefolgt von Österreich mit 767 Betten bzw. 546 Akutbetten je 100.000 Einwohner/innen²⁹. Die geringste Bettendichte innerhalb der EU wiesen im Jahr 2012 Schweden (262 Betten bzw. 195 Akutbetten), das Vereinigte Königreich (281 Betten bzw. 231 Akutbetten) und Irland (284 Betten bzw. 209 Akutbetten) auf.

Abbildung 3.9 veranschaulicht zudem die Entwicklung der Akutbettendichte im Europa-Vergleich. Es wird deutlich, dass die Anzahl an Betten in Relation zur Bevölkerung überall in Europa rückläufig ist, so verringerte sich die Akutbettendichte in Österreich von 604 im Jahr 2003 auf 546 Betten im Jahr 2012 (-9,6 %), wobei das Gesamtniveau relativ hoch blieb.

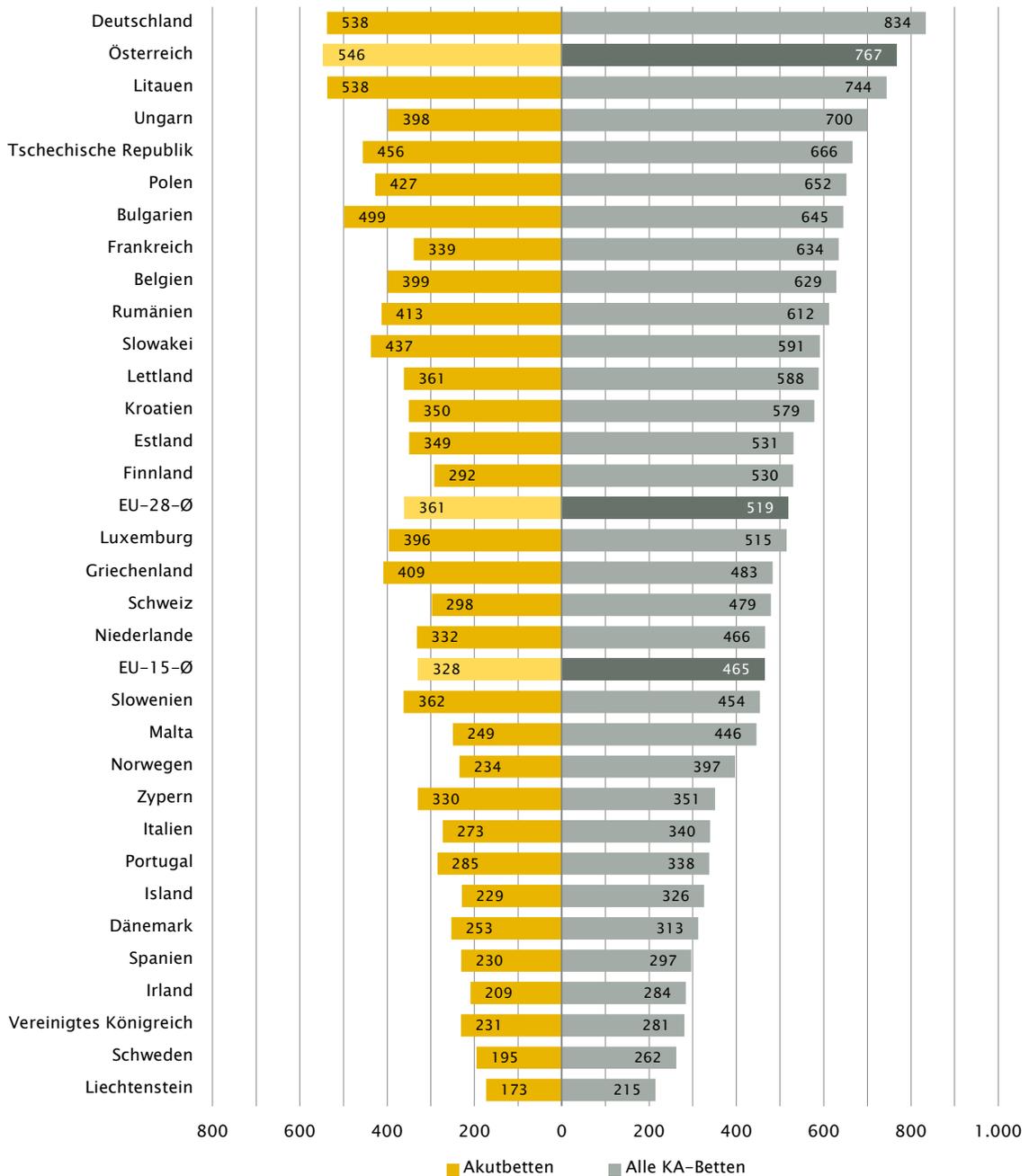
29

Die Bettenanzahl für Österreich beinhaltet auch Betten für Eintagespflegen. Akutbetten exkludieren großteils Betten der Palliativpflege und psychiatrischen Pflege. s.:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/Annexes/hlth_res_esms_an9.pdf

Abbildung 3.8:

Europäischer Vergleich: Alle Krankenhausbetten sowie Akutbetten je 100.000 Einwohner/innen (Bettendichte), 2012

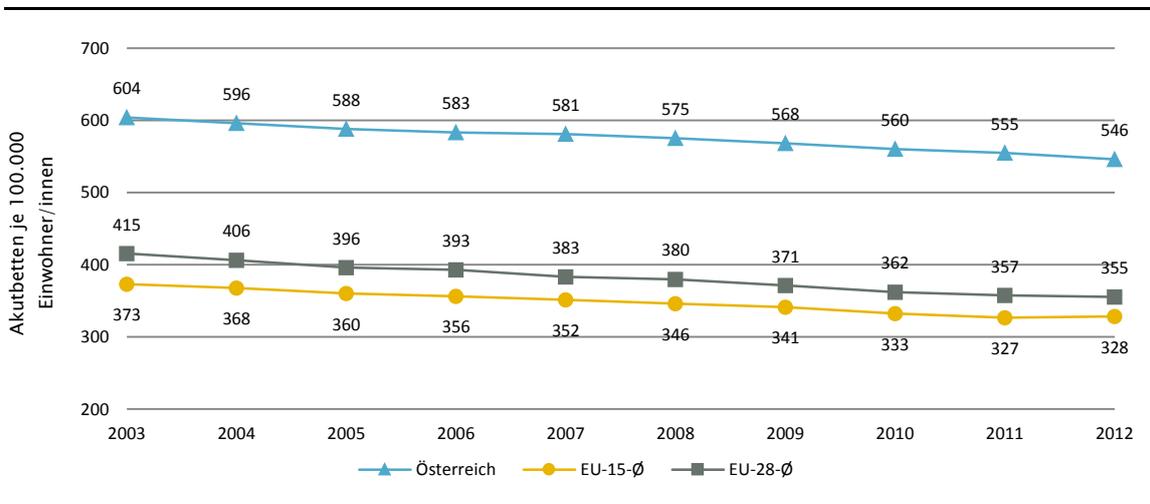


Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: NL für Alle KA-Betten, EL für Akutbetten (2009); CY, DK, EE, EL für Alle KA-Betten, HR, LI, LT, LV, MT, RO. Sekundärquelle Eurostat verwendet für CY, EE, HR, LI, LT, LV, MT, RO.

Quellen: EUROSTAT (2014i), OECD (2014b), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 3.9:

Europäischer Vergleich: Entwicklung der Akutbettendichte je 100.000 Einwohner/innen in Österreich sowie im europäischen Vergleich, 2003–2012



Quellen: EUROSTAT (2014i), OECD (2014b), Darstellung: GÖG/ÖBIG

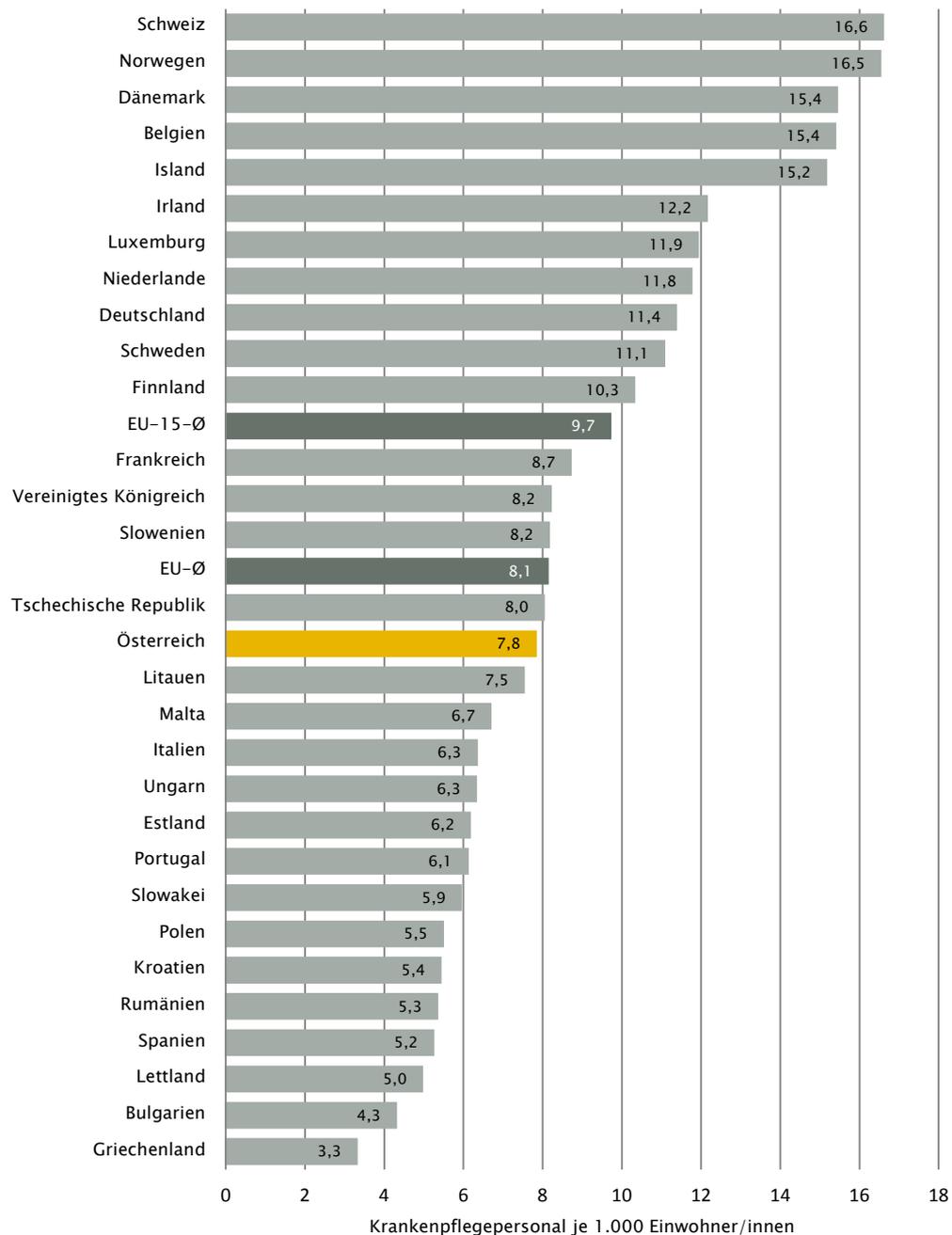
3.1.2.4 Pflegepersonal

Der Indikator Pflegepersonal wird durch die Anzahl praktizierender Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger je 1.000 Einwohner/innen (Vollzeitäquivalente) ausgedrückt. Der demografische Wandel, verbunden mit einer Zunahme an chronischen Erkrankungen sowie einer Abnahme der Angehörigenpflege rückt die Bedeutung von geschultem Pflegepersonal in den Mittelpunkt.

Abbildung 3.10 illustriert die Versorgungsdichte, d. h. das Pflegepersonal bezogen auf 1.000 Einwohner/innen des jeweiligen Landes. Die Schweiz (16,6), Norwegen (16,5), Dänemark (15,4), Belgien (15,4), Island (15,2) unterschieden sich im Jahr 2012 deutlich vom Rest Europas. Österreich lag mit 7,8 in der Krankenpflege Beschäftigten je 1.000 Einwohner/innen unter dem EU-15-Durchschnitt von 9,7. Es gilt zu berücksichtigen, dass die für Österreich erfassten Krankenpfleger/innen nur jene umfassen, die in Krankenanstalten beschäftigt sind. Im Jahr 2012 lag Griechenland mit 3,3 Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern je 1.000 Einwohner/innen gefolgt von Bulgarien (4,3) und Lettland (5,0) am Ende der Rangreihung.

Abbildung 3.10:

Europäischer Vergleich: Krankenpflegepersonal je 1.000 Einwohner/innen, 2012



Inkludiert auch Krankenpflegepersonal, das z. B. im Management, als Auszubildende, in der Forschung etc. tätig ist: EL, FR, IE, IT, IS, NL, PT, SK.

Die Daten für Belgien umfassen zugelassenes Krankenpflegepersonal.

Die österreichischen Daten beinhalten nur in Krankenanstalten angestelltes Krankenpflegepersonal.

Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: EL, DK (2009), FI, NL, SE (2010), LV, RO, HR, SK, PT, IT, MT, LT, CZ, FR, DE, IE, BE, CH (2011)

Quellen: OECD (2013), EUROSTAT (2014c), OECD (2014b), Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.2 Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme

Die in diesem Abschnitt des Berichts behandelte Dimension beinhaltet Indikatoren zur Messung des gleichen und gerechten Zugangs zum Gesundheitssystem und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

Durch Informationen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen können Rückschlüsse auf den Zugang bzw. bestehende Zugangsbarrieren sowie auf eine (gerechte oder ungerechte) Verteilung der Leistungen gezogen werden. Die in diesem Abschnitt zu beantwortenden Fragen sind:

- » Wie gerecht ist die Gesundheitsversorgung ausgestaltet?
- » Wie ist der Zugang zum Gesundheitssystem einzustufen?
- » Wie stark und wo werden Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen?

Folgende sechs Indikatoren werden in diesem Abschnitt dargestellt:

Gerechtigkeit und Zugang

- » Selbstzahlungen der privaten Haushalte
- » Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungsbedarf
- » Zugang zu Arzneimitteln (Apothekendichte)

Inanspruchnahme

- » Krankenhaushäufigkeit
- » Krankenhausverweildauer (durchschnittliche Belagstage)
- » Krebs-Screening-Inanspruchnahme nach Bildungsniveau

3.2.1 Gerechtigkeit und Zugang

3.2.1.1 Selbstzahlungen der privaten Haushalte

Selbstzahlungen privater Haushalte³⁰ werden als private Kostenbeteiligungen (z. B. Selbstbehalte, Rezeptgebühren, Kostenbeiträge für stationäre Aufenthalte), Ausgaben für Selbstmedikation und andere Ausgaben, die direkt von privaten Haushalten für gesundheitsbezogene Leistungen – „Out-of-Pocket“ – aufgewendet werden, definiert. Somit stellen sie eine direkte Belastung kranker Menschen unabhängig von etwaigen Systemen sozialer Sicherung dar. Durch Selbstzahlungen, die nicht durch soziale Maßnahmen (z. B. Befreiungen) abgedeckt werden, können finanzielle Barrieren bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen insbesondere für einkommensschwache Haushalte entstehen.

Im europäischen Vergleich gibt es beträchtliche Unterschiede bei den Selbstzahlungen, wie Abbildung 3.11 illustriert. So betrug im Jahr 2012 der Out-of-Pocket-Anteil in den Niederlanden 5,5 Prozent an den gesamten Gesundheitsausgaben, während in Griechenland mit 28,4 Prozent etwa das Fünffache aufgewendet werden musste.

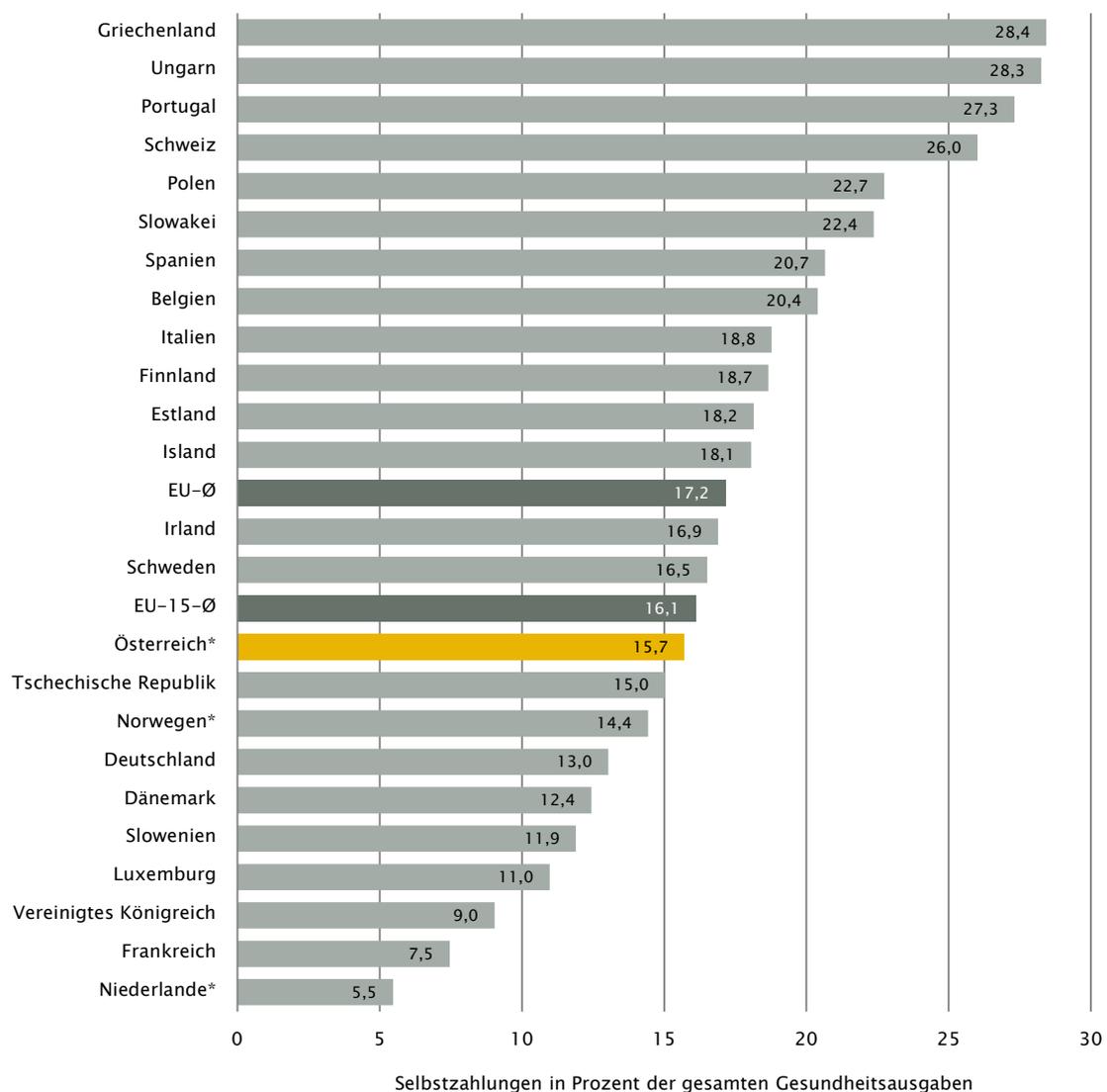
Aufgrund der Heterogenität der europäischen Gesundheitssysteme kann die Höhe der Selbstzahlungen nicht als unmittelbarer Gerechtigkeitsindikator interpretiert werden. Gründe für den vergleichsweise niedrigen niederländischen Wert liegen beispielsweise im dortigen Versicherungssystem. So werden viele Leistungen, die in anderen Ländern privat zu bezahlen sind, über Versicherungszusatzpakete abgedeckt, die laut SHA-Systematik als öffentliche Ausgaben gewertet werden. Für weitergehende Analysen müssen daher zunächst die Leistungspakete der einzelnen Mitgliedstaaten detailliert untersucht werden.

In Österreich lagen im Jahr 2012 die Selbstzahlungen privater Haushalte mit 15,7 Prozent leicht unter dem EU-15-Durchschnitt (16,1 %) und unter dem Durchschnitt aller verglichenen EU-Länder (17,2 %). Der Anteil der Selbstzahlungen an den Gesundheitsausgaben insgesamt blieb in Österreich in den vergangenen Jahren relativ stabil.

30

Auch Out-of-Pocket-Zahlungen genannt. Die Definition von Out-of-Pocket-Zahlungen laut SHA (System of Health Accounts) umfasst Selbstzahlungen (z. B. Selbstmedikation), Kostenbeteiligungen (z. B. Rezeptgebühr od. Selbstbehalte) und andere Ausgaben privater Haushalte für medizinische Leistungen und Produkte unabhängig davon, ob die Inanspruchnahme der jeweiligen medizinischen Leistung / des jeweiligen medizinischen Produktes vom Konsumenten selbst ausging oder durch einen Leistungsanbieter initiiert wurde. Kostenbeteiligungen der privaten Haushalte können für Leistungen des Bundes, der Länder, der Gemeinden, der Sozialversicherung, privater Versicherungen und anderer Anbieter erforderlich sein.

Abbildung 3.11:
Europäischer Vergleich: Selbstzahlungen der privaten Haushalte („Out-of-Pocket-Payments“) in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, 2012



* Berechnung mit laufenden Selbstzahlungen in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben
Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: ES, NL, NO, PT (2011)

Quelle: OECD (2015), Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.2.1.2 Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungsbedarf

Zur Messung der Zugänglichkeit zum Gesundheitssystem bietet sich der Indikator Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungsbedarf an. Der Zugang zum Gesundheitssystem wird oftmals durch die geografische Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen (Distanzmatrizen) dargestellt. Wegstrecken alleine erlauben jedoch noch keine Rückschlüsse auf die Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Zugänglichkeit zum Gesundheitssystem. Der im Rahmen der europäischen SILC-Befragung³¹ regelmäßig erhobene Wert zeigt daher jenen Bevölkerungsanteil auf, der aufgrund mangelnder finanzieller Leistbarkeit, zu lang empfundener Wartezeiten oder zu langer Anfahrtswege einen unerfüllten medizinischen Behandlungsbedarf äußert.

Weitere Unterschiede in der Zugänglichkeit ergeben sich aufgrund des sozioökonomischen Status der Bevölkerung. Daher wird der Indikator in Abbildung 3.12 auch getrennt nach Wohlstandsniveaus aufgeschlüsselt. So werden neben der Ausprägung für den Durchschnittswert eines Landes auch das oberste und unterste Einkommensfünftel (Quintil) dargestellt, um die Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen sichtbar zu machen. Je weiter der Abstand zwischen den dargestellten Ausprägungen der Einkommensfünftel ausfällt, desto ungleicher kann der Zugang zum Gesundheitssystem eingestuft werden. In allen dargestellten Ländern empfinden Menschen im unteren Einkommensfünftel eher einen unerfüllten Behandlungsbedarf als jene aus finanziell bessergestellten Bevölkerungsschichten.

Am unzufriedensten waren die Menschen im Jahr 2012 in Lettland mit einem Anteil von 12,3 Prozent der Bevölkerung, die einen unerfüllten Behandlungsbedarf ausdrückten. Darauf folgten Rumänien (10,7 %) und Polen (9,1 %).

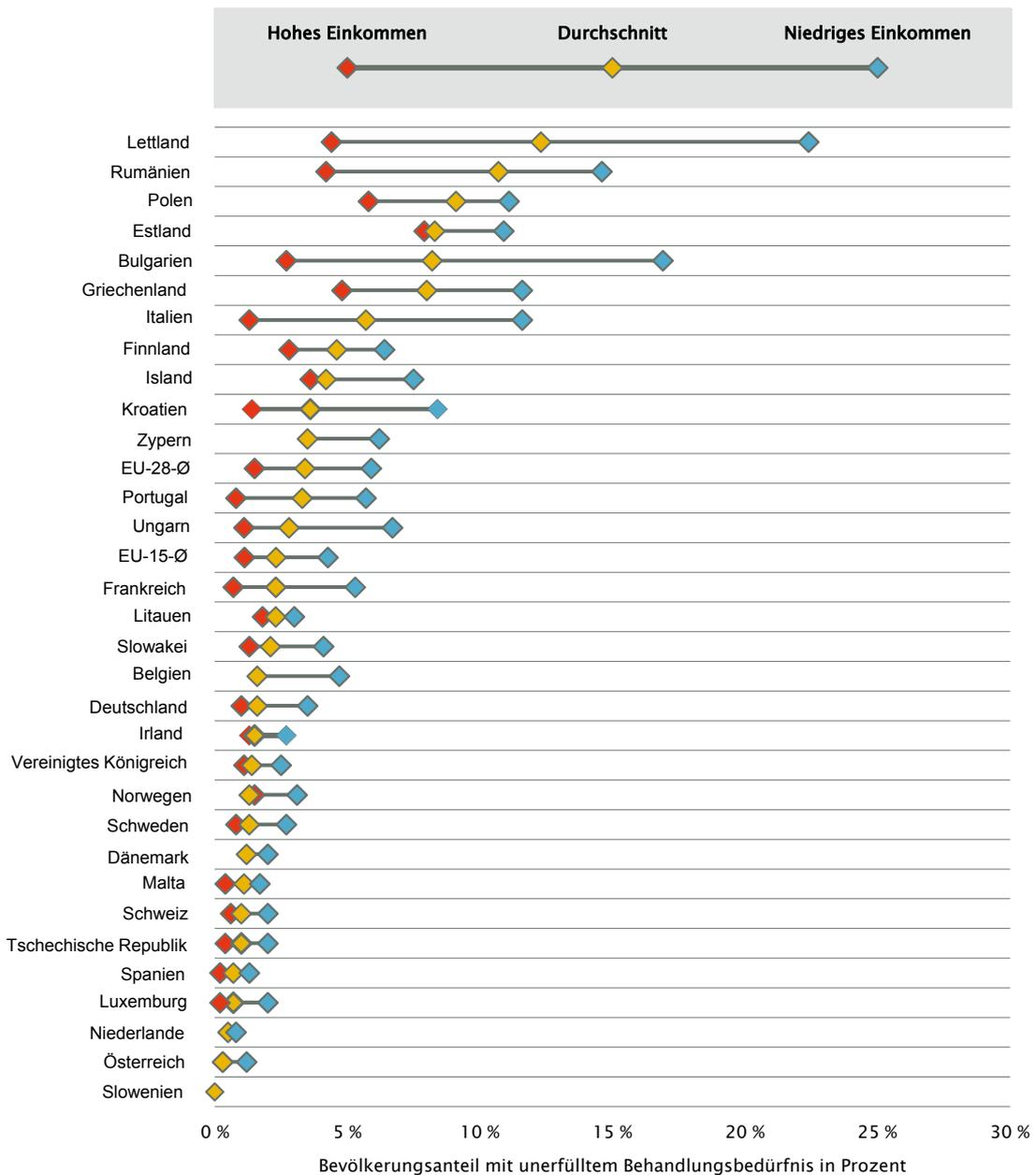
Gesamt gesehen konnten im Jahr 2012 die Behandlungswünsche in Slowenien, Österreich und den Niederlanden bezüglich Entfernung, Leistbarkeit und Wartezeit am besten erfüllt werden. Österreich lag mit 0,3 Prozent der Bevölkerung mit unerfülltem Behandlungsbedarf damit deutlich unter dem europäischen Durchschnitt von 3,4 Prozent (EU-15-Durchschnitt: 2,3 %). Hinsichtlich dieses Indikators klaffte auch die Schere zwischen Arm und Reich in Österreich weniger weit auseinander als in den verglichenen EU-Mitgliedstaaten. Dies kann als Indiz für einen ausgewogenen Zugang aller gesellschaftlichen Schichten zum Gesundheitssystem gewertet werden.

31

Die EU-SILC-Erhebung (European Union – Statistics on Income and Living Conditions) wird in Österreich jährlich in Privathaushalten durchgeführt und umfasst Fragen zu Einkommen, finanzieller Situation, Wohnen, Gesundheit, Arbeit etc. Aufgrund der subjektiven Einschätzungen der Befragten können die Ergebnisse in ihrer Qualität teilweise limitiert sein (Statistik Austria 2005).

Abbildung 3.12:

Europäischer Vergleich: Bevölkerungsanteil mit unerfülltem medizinischem Behandlungsbedarf nach Einkommen in Prozent, 2012



Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten

Werte für Einkommensquintile tlw. nicht verfügbar: BE, CY, DK, NL, SI

AT: Werte für hohes Einkommen deckungsgleich mit Werten für Durchschnitt (Überlagerung)

Quelle: EUROSTAT (2014b), Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.2.1.3 Zugang zu Arzneimitteln

Ein Indikator, um den Zugang zu Arzneimitteln zu messen, ist die Versorgungsdichte mit Apotheken, im vorliegenden Fall gemessen am Verhältnis von Einwohnerzahl zur Anzahl an Abgabestellen für verschreibungspflichtige Medikamente. Mit Abgabestellen sind dabei all jene Einrichtungen gemeint, die verschreibungspflichtige Arzneimittel an Patientinnen und Patienten abgeben dürfen. Dazu gehören neben Apotheken auch hausapothekenführende Hausärztinnen bzw. Hausärzte und teilweise auch Krankenhausapotheken. Je größer die Relation von Bevölkerungszahl zu Abgabestellen ausfällt, desto schwieriger kann der Zugang zu Arzneimitteln eingestuft werden. Kritiker sehen jedoch in einem Überangebot an (konkurrierenden) Abgabestellen die Gefahr einer Überversorgung der Bevölkerung mit Medikamenten. Weitere einschränkende Kriterien sind in diesem Kontext auch die zeitliche Verfügbarkeit, personelle Ausstattung sowie räumliche Verteilung von Abgabestellen für verschreibungspflichtige Medikamente.

Abbildung 3.13 zeigt, dass es in der EU deutliche Unterschiede in der Anzahl der zu versorgenden Einwohner/innen je Abgabestelle für verschreibungspflichtige Medikamente gibt. Österreich lag hierbei im Jahr 2013 mit 3.692 Einwohnern/Einwohnerinnen je Arzneimittelabgabestelle knapp unter dem EU-15-Durchschnitt (3.718) und über dem EU-Durchschnitt (3.216). Die meisten Einwohner/innen pro Apotheke verzeichneten im Jahr 2013 die nordischen Länder, angeführt von Dänemark mit 17.843 Personen. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass in Dänemark rezeptfreie Arzneimittel nicht nur in Drogerien, sondern teilweise auch an Tankstellen oder Kiosken abgegeben werden dürfen. Die höchste Apothekendichte in der EU gab es im Jahr 2013 in Griechenland, wo 1.086 Einwohnern/innen je Abgabestelle versorgt werden.

Speziell in den letzten Jahren ist die Anzahl von Versand- bzw. Internetapotheken gestiegen, die aber in den meisten Länder – wie in Österreich auch – nur rezeptfreie und frei verkäufliche Medikamente vertreiben dürfen. Diese werden daher nicht zu den in Abbildung 3.13 dargestellten Abgabestellen dazu gezählt. Die höchsten Umsätze haben derartige Abgabestellen in Ländern mit einem hohen Anteil von freiverkäuflichen Medikamenten wie z.B. Großbritannien oder Dänemark.

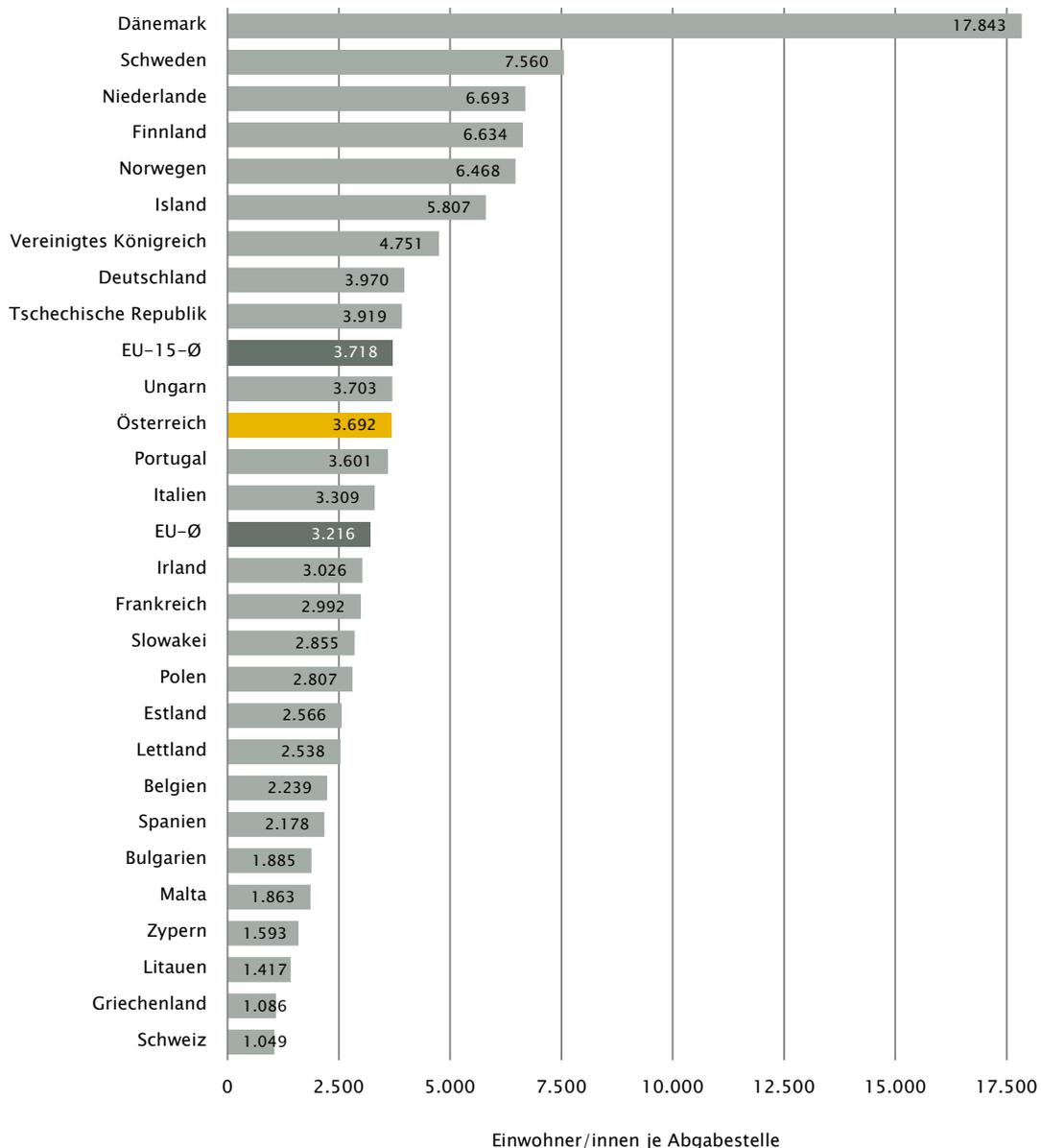
Abbildung 3.14 zeigt, wie viele Packungen an Arzneimitteln pro Person im Jahr 2011 in öffentlichen Apotheken abgegeben wurden. Frankreich weist mit knapp 50 Packungen pro Person und Jahr die größte Menge an abgegebenen Arzneimittelpackungen auf, während Dänemark mit 15 Packungen die geringste Ausprägung aufweist. Österreich liegt mit 25,1 Packungen knapp unter dem EU-15-Durchschnitt von 25,5 Packungen.³²

32

Für Österreich sind auch bereits Daten zum Arzneimittelverbrauch für das Jahr 2012 sowohl im extramuralen (rund 25 Packungen) als auch im intramuralen Bereich (rund 3 Packungen) verfügbar, s. Abschnitt 2.6.

Abbildung 3.13:

Europäischer Vergleich: Einwohner/innen je Abgabestelle für verschreibungspflichtige Medikamente, 2013

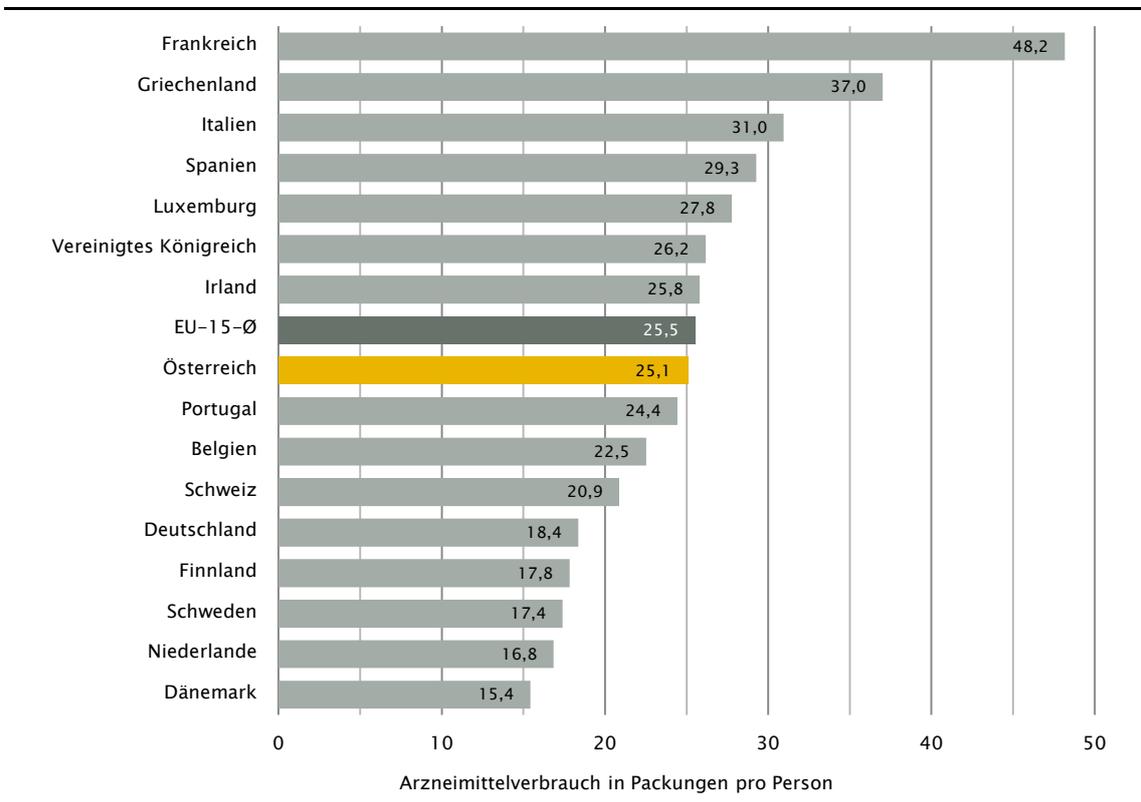


Werte nur für öffentliche Apotheken, die außerhalb von Spitälern für die Allgemeinheit zugänglich sind: BG, ES, IE, IS, LV, SK. AT: setzt sich zusammen aus: 1.317 (öffentliche Apotheken), 27 Filialapotheken und 5 Krankenanstalten-Apotheken, die an ambulante Patienten abgeben, sowie rund 940 hausapothekenführende Ärzte/Ärztinnen. Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: CY, EE, HU (2006); LV (2007); LT (2008); CZ, IS, MT (2009); BG, EL, SK (2010); ES, FI, IE, IT, NL, NO, PL, PT, SE, UK (2012); Jüngste verfügbare Werte für hausapothekenführende Ärzte: AT, NL (2010), NO (2011).

Quellen: EUROSTAT (2014e), ÖAK (2014), PHIS (2012a), diverse weitere nationale Quellen, Zusammenfassung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 3.14:

Europäischer Vergleich: Arzneimittelverbrauch in Packungen pro Person im niedergelassenen Bereich (öffentliche Apotheken), 2011



Quelle: IPF (2011), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Ein Vergleich von Arzneimittelverbrauch und Apothekendichte zeigt, dass vor allem die nordischen Länder, die durch die geringste Dichte an Apotheken (höchste zu versorgende Einwohneranzahl je Abgabestelle) auffallen, auch den geringsten Arzneimittelverbrauch haben. Umgekehrt bestätigt sich dieses Bild auch für Griechenland, das bei der höchsten Apotheken-dichte auf den zweithöchsten Verbrauchswert kam. Der Grad an Deregulierung bzw. Liberalisierung der Apothekenmärkte scheint gemäß den vorliegenden Zahlen keinen Einfluss auf Zugänglichkeit, Preise und Konsum zu haben, was auch durch aktuelle Studien bestätigt wird (Vogler et al. 2012). Für weiterführende Analysen müsste hierzu die regionale Verteilung der Abgabestellen innerhalb der einzelnen Nationalstaaten betrachtet werden, da etwa eine hohe Dichte in urbanen Gebieten eine potenzielle Unterversorgung im ländlichen Räumen verschleiern könnte.

3.2.2 Inanspruchnahme

3.2.2.1 Krankenhaushäufigkeit

Unter Krankenhaushäufigkeit wird die Anzahl der Krankenhausentlassungen je 100 Einwohner/innen, die mit einem Aufenthalt von mindestens 24 Stunden verbunden sind, verstanden. Stationäre Aufenthalte bedeuten physische und psychische Belastungen für die betroffenen Personen. Gleichzeitig stellen sie einen ausgabenintensiven Faktor für das Gesundheitswesen dar. Im Folgenden wird die Krankenhaushäufigkeit im akutstationären Bereich³³ dargestellt.

Innerhalb der EU existierten im Jahr 2011 teilweise erhebliche Unterschiede bezüglich der Krankenhaushäufigkeit, wie aus Abbildung 3.15 ersichtlich ist. Mit rund 26 Entlassungen je 100 Einwohner/innen im akutstationären Bereich führte Österreich – wie auch in den vorangegangenen Jahren – die Statistik innerhalb der EU-Mitgliedstaaten deutlich an.

Ebenfalls hohe Krankenhaushäufigkeiten wiesen Litauen (22,46) und Deutschland (22,33) aus. Der EU-15-Durchschnitt lag im Jahr 2011 bei 15,48 Aufenthalten je 100 Einwohner/innen. Die geringste Krankenhaushäufigkeit fand sich in Zypern (8,97), Portugal (10,62) und Spanien (11,09).

Die häufigsten Ursachen für Krankenhausaufenthalte in der EU stellen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (z. B. Schlaganfälle), Schwangerschaften und Geburt, Krankheiten des Verdauungstraktes, Verletzungen und andere Folgen äußerer Einwirkung sowie Krebs dar.

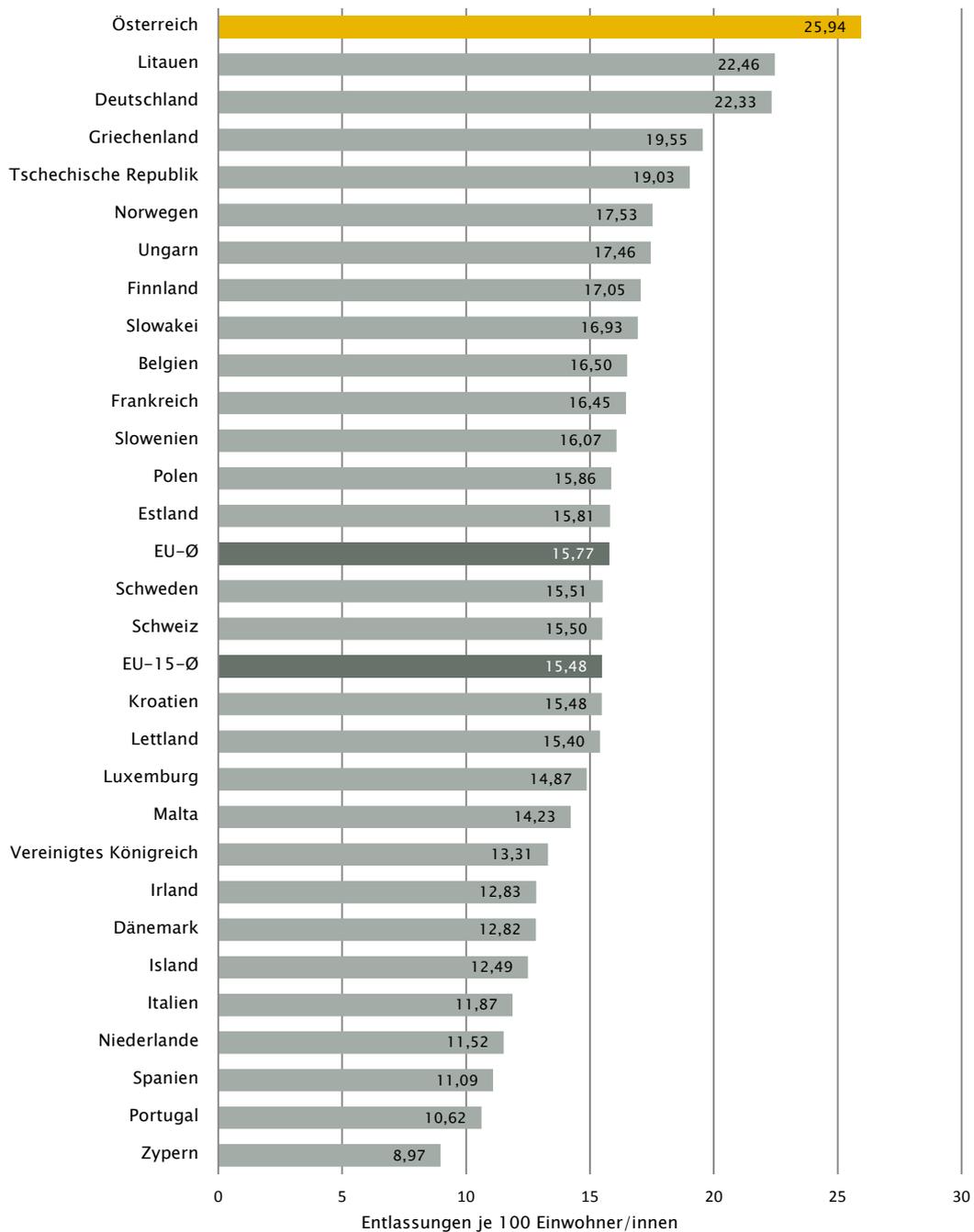
Einen überproportional hohen Anteil an Spitalsaufenthalten verursachen ältere Personen. In Deutschland und Österreich betreffen beispielsweise mehr als 40 Prozent aller Aufenthalte über 65-Jährige. Dieser Anteil entspricht mehr als dem doppelten Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung (OECD 2012b).

33

Der akutstationäre Bereich (auch Kurzzeitversorgung genannt) umfasst Spitäler, in denen die durchschnittliche Verweildauer 18 Tage nicht überschreitet.

Abbildung 3.15:

Europäischer Vergleich: Krankenhausentlassungen im akutstationären Bereich je 100 Einwohner/innen (Krankenhaushäufigkeit), 2011



Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: EL (2008); FR, IS (2009); BE, DK, NL, NO (2010)
Exkl. 0-Tagesaufenthalte, inkl. ausländische Gastpatient/innen

Quellen: BMG (2014b), WHO (2014b), Darstellung: GÖG/ÖBIG

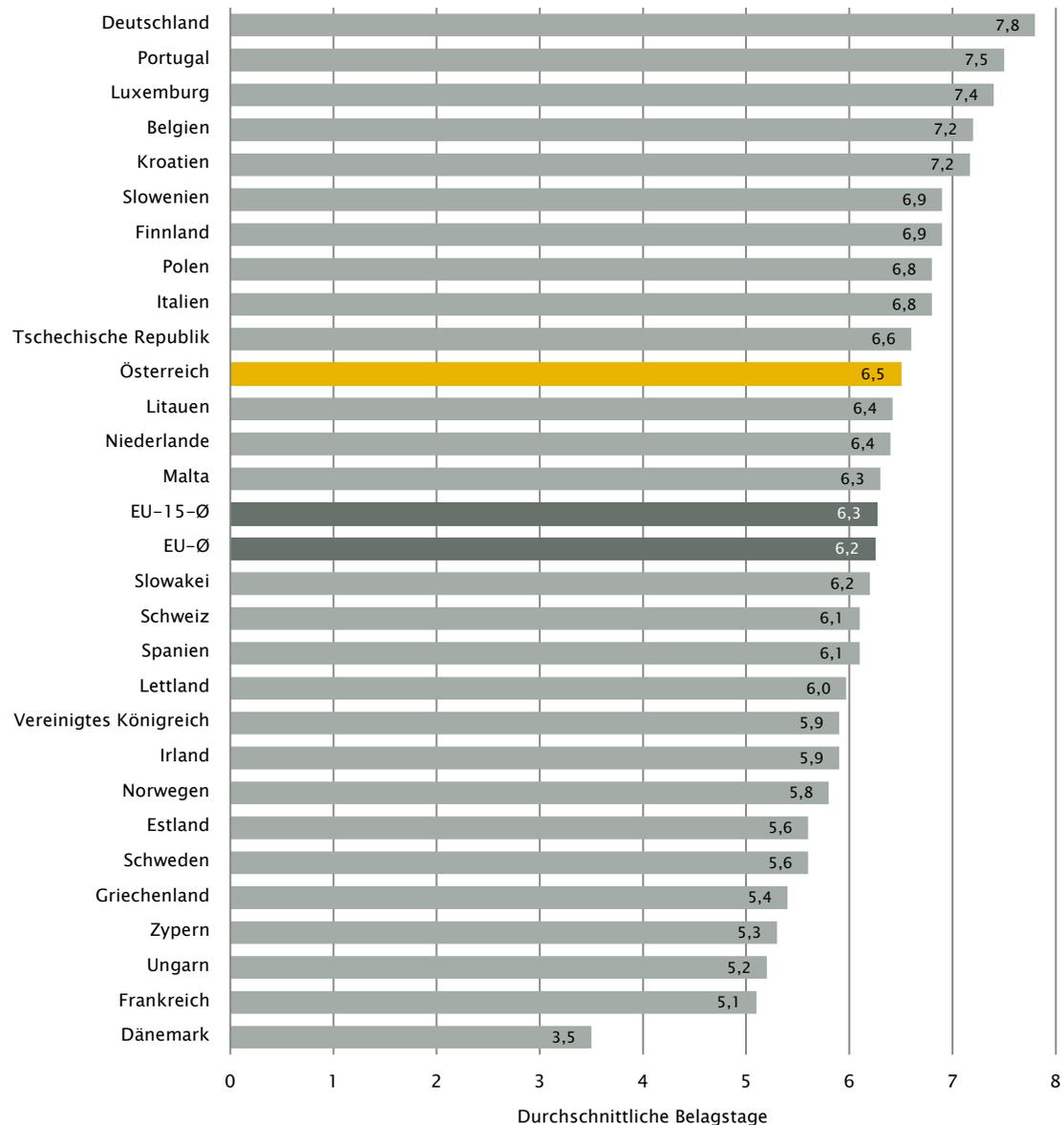
3.2.2.2 Krankenhausverweildauer (durchschnittliche Belagstage)

Die Krankenhausverweildauer errechnet sich aus der Anzahl an Belagstagen, die eine Patientin oder ein Patient im Durchschnitt in stationärer Behandlung verbringt (ohne 0-Tagesaufenthalte). Nicht nur die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten, sondern auch deren Länge hat Auswirkungen auf den Ressourceneinsatz. Darüber hinaus können die durchschnittlichen Belagstage als Maß für Effizienz betrachtet werden, vorausgesetzt die Behandlungsergebnisse liefern das gleiche Ergebnis bei kürzerer Verweildauer. Zu kurze Aufenthalte können auch gegenteilige Effekte bewirken und den Behandlungserfolg beeinflussen.

Nachstehende Abbildung 3.16 veranschaulicht die durchschnittliche Anzahl an Belagstagen im Jahr 2012 in Akutkrankenanstalten. Auch dieser Indikator zeigt durchwegs heterogene Ergebnisse in den dargestellten Ländern. Die Werte reichen von durchschnittlich 3,5 Belagstagen in Dänemark bis zu 7,8 Belagstagen in Deutschland.

Abbildung 3.16:

Europäischer Vergleich: Durchschnittliche Anzahl an Belagstagen in Akutkrankenanstalten, 2012



Exklusive 0-Tagesaufenthalte

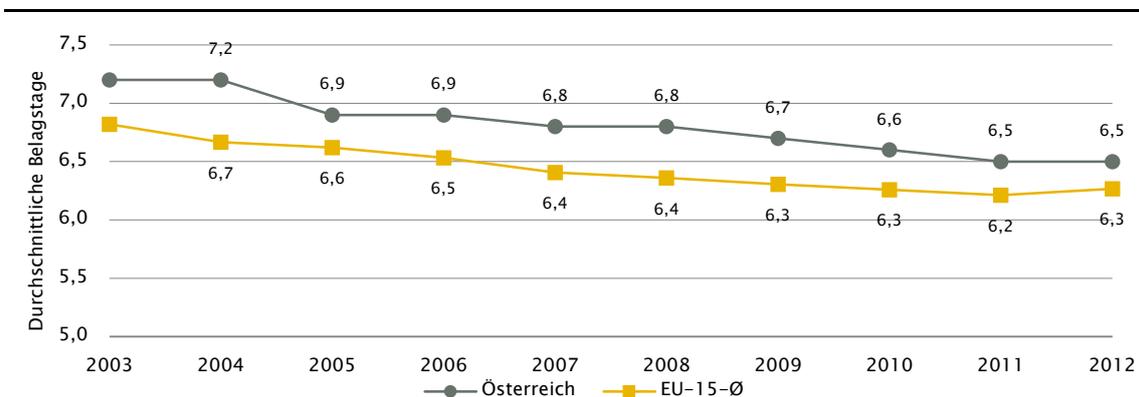
Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: DK (2005); EL (2008); BE (2010); CY, HR, FR, LI, LV, MT (2011)

Quellen: OECD (2014d), WHO (2014b), Darstellung: GÖG/ÖBIG

In Österreich, wie auch in den meisten anderen europäischen Ländern ist die durchschnittliche Anzahl an Belagstagen rückläufig. Zwischen den Jahren 2003 und 2012 sanken sie in Österreich von 7,2 auf 6,5 Tage (s. Abbildung 3.17).

Abbildung 3.17:

Europäischer Vergleich: Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl an Belagstagen in Akutkrankenanstalten in Österreich und im EU-15-Durchschnitt, 2003–2012



Exklusive 0-Tagesaufenthalte

Quelle: OECD (2014d), Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.2.2.3 Krebs-Screening-Inanspruchnahme nach Bildungsniveau

Der Indikator Krebs-Screening-Inanspruchnahme vergleicht den Anteil an Frauen, die in einem bestimmten Zeitraum mit einem bestimmten Alter an einem Screening für Brustkrebs (Mammographie) oder Gebärmutterhalskrebs teilnahmen.³⁴ Die Ergebnisse spiegeln die jeweilige Vorsorge- bzw. Früherkennungspolitik in den Mitgliedstaaten wider. Die Vergleichbarkeit ist durch die unterschiedliche Ausgestaltung der Screeningprogramme bezüglich Zielaltersgruppen sowie Untersuchungsintervalle eingeschränkt. Zudem sind Patientinnen, die außerhalb vorgegebener Screeningprogramme untersucht werden hier nicht erfasst, was teilweise zu Unterschätzungen führen kann.

Brustkrebs ist die häufigste Krebsart bei Frauen, wobei das Erkrankungsrisiko mit zunehmendem Alter ansteigt. Statistisch gesehen erkrankt jede neunte Frau im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs.³⁵ Die Mammographie stellt eine Röntgenuntersuchung der Brust dar und dient dazu, kleine, nicht tastbare Frühstadien von Karzinomen (bösartigen Tumore) zu entdecken. Der Nutzen von organisierten Früherkennungsprogrammen wurde in mehreren Studien vor allem für die Altersgruppe der 50- bis 69-jährigen Frauen wissenschaftlich nachgewiesen (Gesundheitsportal

34

Einige Länderwerte dieses Indikators beruhen auf Umfrageergebnissen, die durch ihren subjektiven Charakter (soziale Erwünschtheit) limitierend auf die Ergebnisse wirken können.

35

Kumulatives Risiko von der Geburt bis zum 82. Lebensjahr

2011). Auch zur Vermeidung von Gebärmutterhalskrebs kann die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (Unterleibsuntersuchungen, PAP-Abstriche³⁶) wesentlich beitragen.

Abbildung 3.18 zeigt die entsprechenden Teilnahmeraten für Mammographie-Screenings (innerhalb der letzten 2 Jahre) bzw. Gebärmutterhalsuntersuchungen (innerhalb der letzten 3 Jahre). Es wird ersichtlich, dass die Inanspruchnahmeraten für Brustuntersuchungen in der Slowakei, Schweiz und Ungarn im Jahr 2011 am niedrigsten waren, während Finnland, die Niederlande und Österreich mit Raten über 80 Prozent die höchsten Ausprägungen aufwiesen. Hinsichtlich Zervix-Untersuchungen finden sich die niedrigsten Raten in der Slowakei, Ungarn und Italien. Österreich, Deutschland und Schweden kamen hingegen auf die höchsten Ausprägungen mit Inanspruchnahmeraten von rund 80 Prozent.

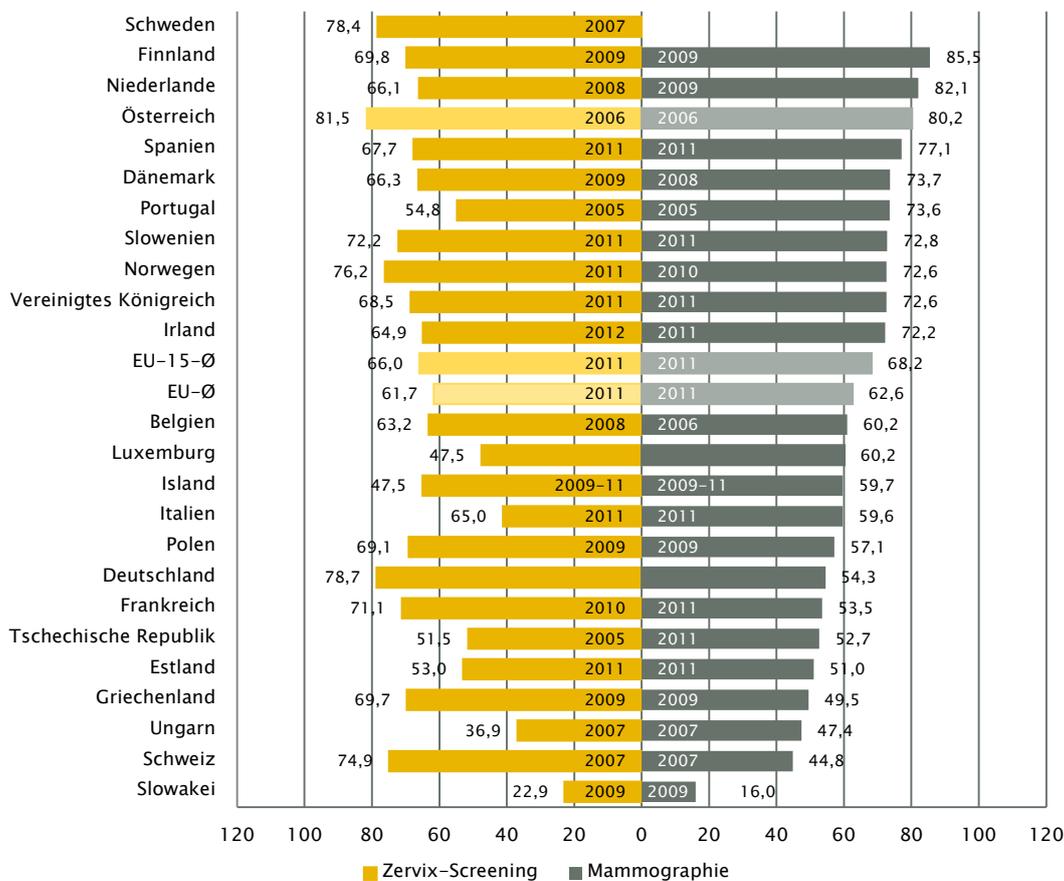
36

Pap-Abstrich: Zytologischer Abstrich des Muttermundes und des Gebärmutterhalskanals, benannt nach dem Erfinder George Papanicolaou.

Abbildung 3.18:

Europäischer Vergleich: Anteil der Frauen, die an einem Mammographie- bzw. Zervix-Screening teilnehmen, 2011

Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: s. Grafik



Mammographie-Screening: Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren; Zervix-Screening: Frauen im Alter zwischen 20 und 69 Jahren; Werte für Mammographie nicht verfügbar für: SE; 3-Jahres-Durchschnittswerte für: IS, LU

Quelle: OECD (2013), Darstellung GÖG/ÖBIG

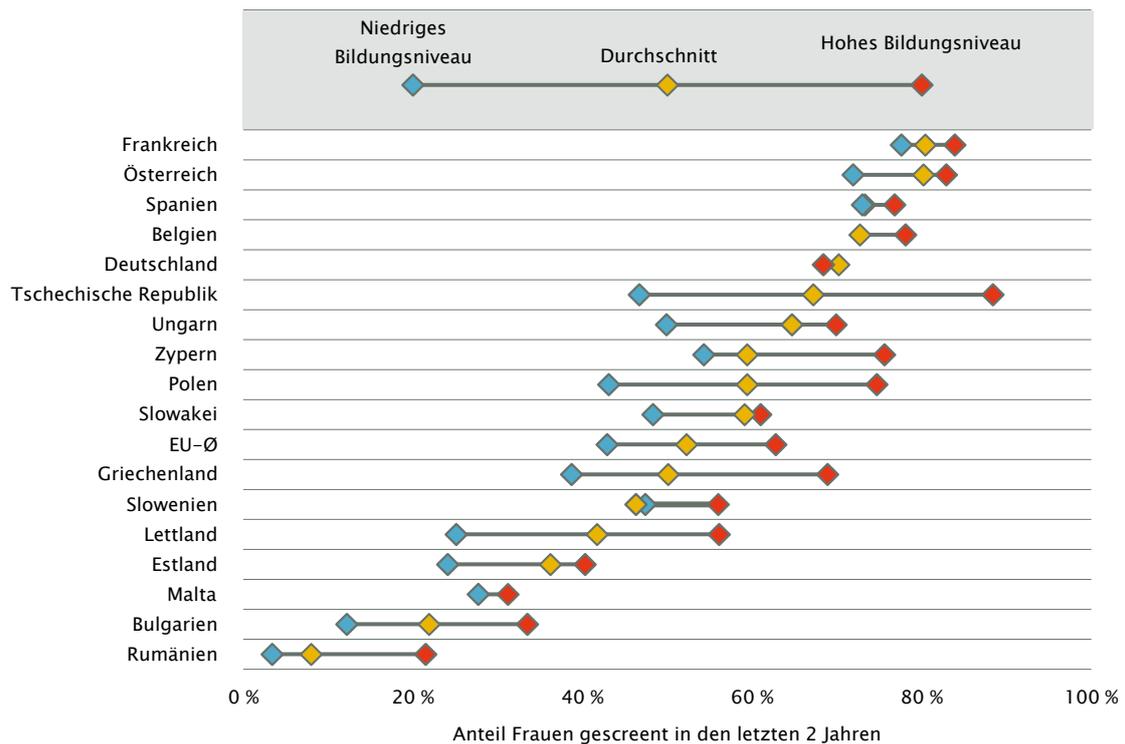
Die Inanspruchnahme von Brust- und Gebärmutterhals-Screenings wird im Folgenden für das letztverfügbare Jahr 2009 mit dem Bildungsniveau der teilnehmenden Frauen in Relation gesetzt (gemäß ISCED 1997³⁷), womit Rückschlüsse auf soziale Ungleichheiten bezüglich des Zugangs zu derartigen Früherkennungsprogrammen gezogen werden können.

37

International Standard Classification of Education (ISCED), s.: http://www.unesco.org/education/information/nfsunesco/doc/isced_1997.htm

Die Abbildung 3.19 und Abbildung 3.20 zeigen den Anteil an Frauen, die in den letzten zwei Jahren eine Mammographie- bzw. Brust- oder Gebärmutterhalsuntersuchung in Anspruch nahmen nach Bildungsniveau³⁸.

Abbildung 3.19:
Europäischer Vergleich: Anteil an Frauen im Alter von 50–69 Jahren, die in den letzten zwei Jahren an einem Mammographie-Screening teilnahmen, nach Bildungsniveau, 2009



Quelle: EUROSTAT (2012), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Wie aus den beiden Darstellungen ersichtlich wird, besteht in allen ausgewiesenen Ländern eine Korrelation zwischen Frauen aus unteren Bildungsschichten und niedrigeren Inanspruchnahmeraten. Bei der Teilnahme an Mammographie-Screening-Untersuchungen zeigten sich im Jahr 2009 die größten Abstände zwischen dem niedrigsten und höchsten Bildungsniveau in der Tschechischen Republik, Lettland, Griechenland und Polen, wohingegen Spanien, Malta, Deutschland, Slowenien und Belgien kaum Unterschiede aufwiesen (vgl. Abbildung 3.19).

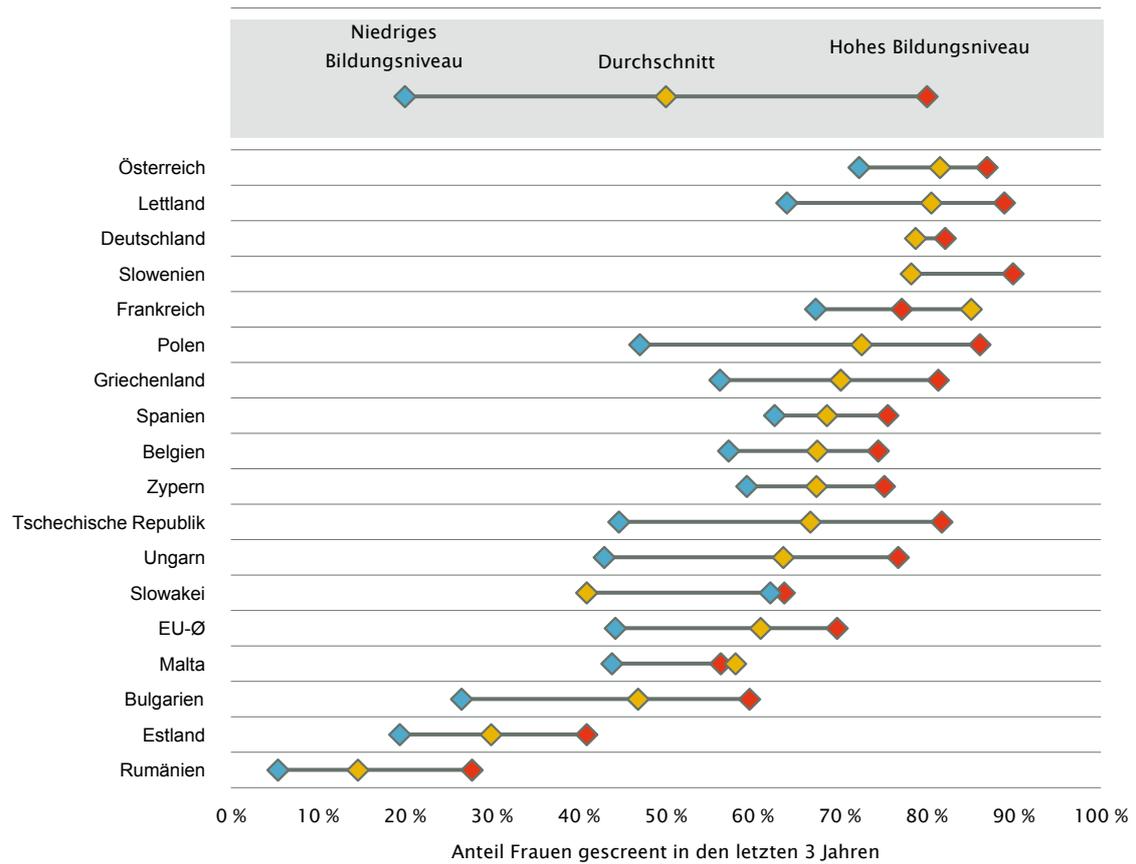
Die Teilnahmeraten bei Gebärmutterhalsuntersuchungen streuten im Jahr 2009 nach Bildungsniveau in Polen, Tschechien, Bulgarien und Ungarn am stärksten. Frauen mit niedrigem

38

Niedriges Bildungsniveau entspricht hierbei der Vorprimarstufe, Primarstufe oder Sekundarstufe (ISCED 0–2; z. B. Kindergarten bis Hauptschule, Neue Mittelschule oder AHS-Unterstufe) und ein hohes Bildungsniveau der ersten und zweiten Phase des tertiären Bildungsbereiches (ISCED 5 und 6; z. B. Hochschulabschluss unterhalb der Promotion).

Bildungsniveau in Rumänien, Estland und Bulgarien kamen kaum zu Zervix-Vorsorgeuntersuchungen (niedrigste Inanspruchnahmerate, s. Abbildung 3.20).

Abbildung 3.20:
Europäischer Vergleich: Anteil an Frauen im Alter von 20 bis 69 Jahren, die in den letzten drei Jahren an einem Screening des Gebärmutterhalses teilnahmen, nach Bildungsniveau, 2009



Quelle: EUROSTAT (2012), Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.3 Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse

Die Dimension „gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse“ (Outcomes) umfasst einerseits Indikatoren, die den Gesundheitszustand, die Morbidität und die Sterblichkeit einer Bevölkerung messen sowie Performance-Indikatoren, die auch Rückschlüsse auf die Qualität des Gesundheitsversorgungssystems erlauben. Demnach veranschaulicht diese Dimension, die sich in die Bereiche Gesundheitszustand, Lebensstil und Qualität gliedert, das Ergebnis der Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems und bringt durch den Einbezug von Lebensstilindikatoren auch die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen ins Spiel.

Nachstehende Fragen sollen im Folgenden beantwortet werden:

- » Welche Ergebnisse werden mit den eingesetzten Mitteln erzielt?
- » Wie gesund ist die Bevölkerung?
- » Wie hoch ist die Qualität des Gesundheitsversorgungssystems einzustufen?

Dreizehn Indikatoren wurden ausgewählt, um einen europäischen Vergleich zu ermöglichen:

Gesundheitszustand

- » Lebenserwartung bei der Geburt
- » Gesunde Lebensjahre bei der Geburt
- » Sterblichkeit
- » Säuglingssterblichkeit
- » Selbst eingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand
- » Anzahl kariöser, fehlender o. sanierter Zähne bei Zwölfjährigen (D₃MFT-Index)

Lebensstil (Risiko- und Gesundheitsverhalten)

- » Alkoholkonsum
- » Nikotinkonsum
- » Übergewicht und Fettleibigkeit
- » Diabetes-mellitus-Prävalenz

Qualität

- » Mortality Amenable to Health Care
- » Inzidenz, Sterblichkeit und Überlebensraten bei Krebserkrankungen
- » Sterblichkeit nach Schlaganfall und Herzinfarkt innerhalb von 30 Tagen nach stationärer Aufnahme

3.3.1 Gesundheitszustand

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand einer Bevölkerung, kann dies erhebliche gesamtwirtschaftliche und gesellschaftliche Folgen nach sich ziehen. Dazu gehören veränderte Muster des Mitteleinsatzes innerhalb des Gesundheitswesens sowie Auswirkungen auf Konsum und Produktion in der gesamten Wirtschaft.

3.3.1.1 Lebenserwartung bei der Geburt

Die Lebenserwartung bei der Geburt gehört zu den wichtigsten und am häufigsten verwendeten Ergebnisindikatoren. Sie errechnet sich aus dem Durchschnitt der Lebenserwartung aller Alterskohorten. Dies geschieht durch Ermitteln von Todes- bzw. Überlebenswahrscheinlichkeiten anhand von Sterbetafeln. Die Lebenserwartung gibt daher die wahrscheinliche Anzahl an Jahren wieder, die ein neugeborenes Kind leben wird, wenn sich die zum Ermittlungszeitpunkt herrschenden Bedingungen nicht ändern.

Die Lebenserwartung ist in den letzten Dekaden in allen europäischen Ländern beachtlich angestiegen, was auf verschiedene Faktoren, wie etwa den medizinischen Fortschritt, einen steigenden Lebensstandard oder bessere Ausbildung sowie verbesserte Ernährung zurückzuführen ist (OECD 2012b).

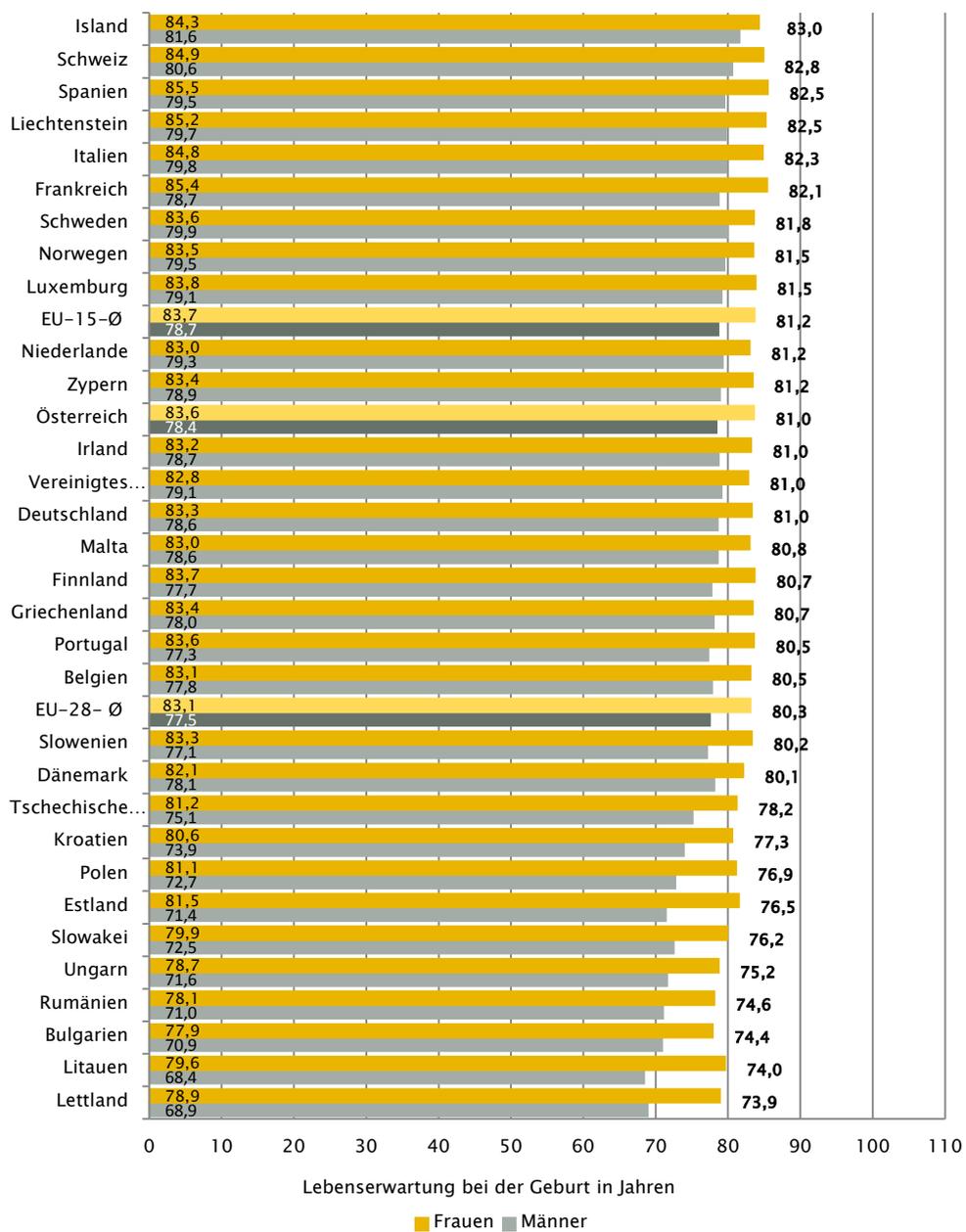
Aus Abbildung 3.21 ist die Lebenserwartung in den EU-Mitgliedstaaten für das Jahr 2012 getrennt für Männer und Frauen sowie für die Gesamtbevölkerung (ungewichteter Durchschnitt beider Geschlechter) ersichtlich. In allen dargestellten Ländern ist die Lebenserwartung von Frauen höher als jene der Männer.

In Österreich lag die Lebenserwartung im Jahr 2012 mit 81,0 Jahren knapp unter dem EU-15-Durchschnitt von 81,2 Jahren. Im Jahr 2012 geborene Männer können mit einer Lebenserwartung von 78,4 Jahren rechnen, während Frauen mit 83,6 Jahren in Österreich rechnen dürfen.

Für Frauen lagen die Werte in Spanien mit 85,5 Jahren am höchsten, während die Männer in Island (81,6) mit der höchsten Lebenserwartung rechnen konnten. Auffallend ist, dass die angeführten osteuropäischen Länder die niedrigsten Werte ausweisen. Am geringsten war die Lebenserwartung dabei in Lettland mit 73,9 Jahren. Generell zeigt sich in Europa hinsichtlich der Lebenserwartung ein West-Ost-Gefälle. Eine weitere Entwicklung in diesem Kontext ist die Annäherung der Lebenserwartung von Männern und Frauen.

Abbildung 3.21:

Europäischer Vergleich: Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren, 2012



Die ausgewiesene Lebenserwartung für die Gesamtbevölkerung wurde anhand des arithmetischen Mittels der Lebenserwartung von Frauen und Männern ermittelt. Aufgrund der unterschiedlichen Berechnungsmethode von EUROSTAT und Statistik Austria sowie der unterschiedlichen betrachteten Zeiträume können geringfügige Abweichungen zu Abschnitt 2.1) auftreten.

Quelle: EUROSTAT (2014f), Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.3.1.2 Gesunde Lebensjahre bei der Geburt

Gesunde Lebensjahre bei der Geburt (Healthy Life Years) sind definiert als die Anzahl der Jahre, die eine Person ab dem Zeitpunkt der Geburt wahrscheinlich gesund (ohne Behinderung) zu leben hat. Durch die Verknüpfung von Sterblichkeit und Krankheit bzw. Krankheitslast können auch Rückschlüsse auf die Lebensqualität (subjektive Wahrnehmung der eigenen Gesundheit bzw. Lebensqualität) gezogen werden.

Der Gesundheitszustand wird dabei anhand von drei Kriterien bewertet: Selbst eingeschätzter (subjektiver) Gesundheitszustand, Prävalenz chronischer Krankheiten sowie funktionale Beeinträchtigungen.³⁹ Bei sinkender Mortalität steigt die Lebenserwartung in Europa ständig an. Dies stellt die Systeme der sozialen Sicherung vor große Herausforderungen, da in künftigen Generationen ein immer höherer Anteil der Gesellschaft altersbedingt außerhalb des Erwerbslebens stehen wird. Gesellschaften, denen es gelingt ihre Bevölkerung gesund altern zu lassen, werden diesbezüglich Vorteile generieren.

Der Indikator „Gesunde Lebensjahre bei der Geburt“ trägt dem Umstand Rechnung, dass hohe Lebenserwartung nicht automatisch mit gesünderer Bevölkerung gleichzusetzen ist. Wesentlich ist nicht nur die Anzahl der verbleibenden Lebensjahre, sondern auch die Qualität, in der diese verbracht bzw. subjektiv erlebt werden.

Abbildung 3.22 stellt den Indikator getrennt für Männer und Frauen sowie für die Gesamtbevölkerung (ungewichteter Mittelwert beider Geschlechter) dar.

In Österreich lag die Zahl an gesunden Lebensjahren im Jahr 2012 mit 61,8 Jahren zwischen dem EU-15-Durchschnitt von 63,1 Jahren und dem EU-28-Durchschnitt von 61,6 Jahren. Im Jahr 2012 geborene Männer können mit 60,2 und Frauen mit 62,5 gesunden Lebensjahren rechnen.

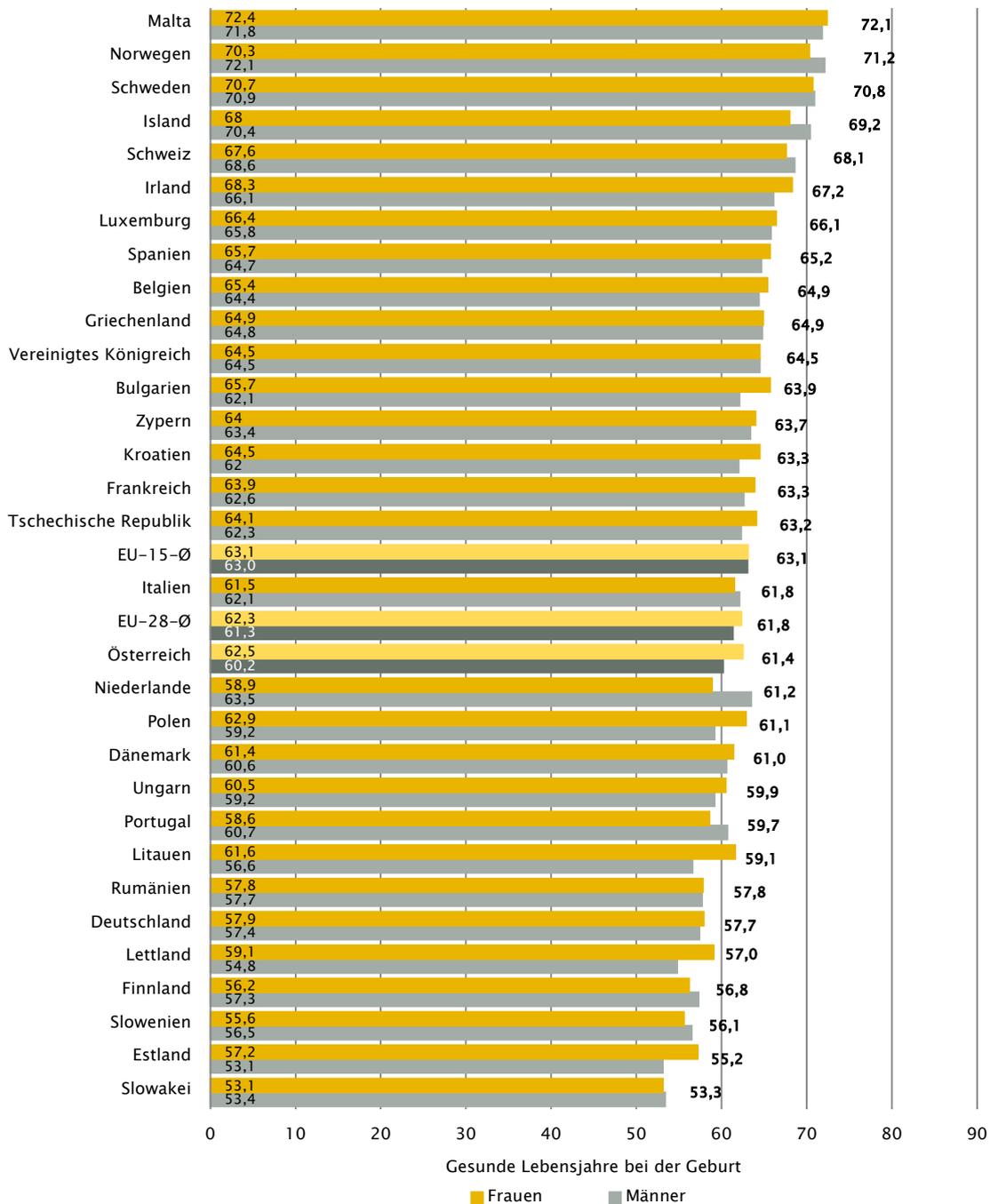
In Malta konnte im Jahr 2012 mit einem Wert von 72,1 Jahren mit den meisten gesunden Lebensjahren gerechnet werden, die entsprechenden Werte lagen bei 72,4 Jahren für Frauen und bei 71,8 Jahren für Männer. Die niedrigste gesunde Lebenserwartung bei der Geburt wies im Jahr 2012 die Slowakei auf, wo Frauen mit 53,1 und Männer mit 53,4 gesunden Lebensjahren rechnen durften.

39

Die Ergebnisse zur Einschätzung des Gesundheitszustandes stammen aus der regelmäßig durchgeführten EU-SILC-Erhebung (s. Fußnote 31).

Abbildung 3.22:

Europäischer Vergleich: Gesunde Lebensjahre bei der Geburt, 2012



Die ausgewiesenen Werte für die Gesamtbevölkerung wurden anhand des arithmetischen Mittels der gesunden Lebensjahre von Frauen und Männern ermittelt.
 Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: PT (2011)

Quelle: EUROSTAT (2014a), Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.3.1.3 Sterblichkeit

Der Indikator Todesfälle je 100.000 Einwohner/innen gibt die Sterbefälle eines Jahres in der Bevölkerung eines Landes wieder. Abbildung 3.23 zeigt die Anzahl der Todesfälle je 100.000 Einwohner/innen im Jahr 2012 untergliedert nach den häufigsten Todesursachen in europäischen Ländern. Dazu zählen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, bösartige Neubildungen (Tumore) sowie Krankheiten der Atmungsorgane.

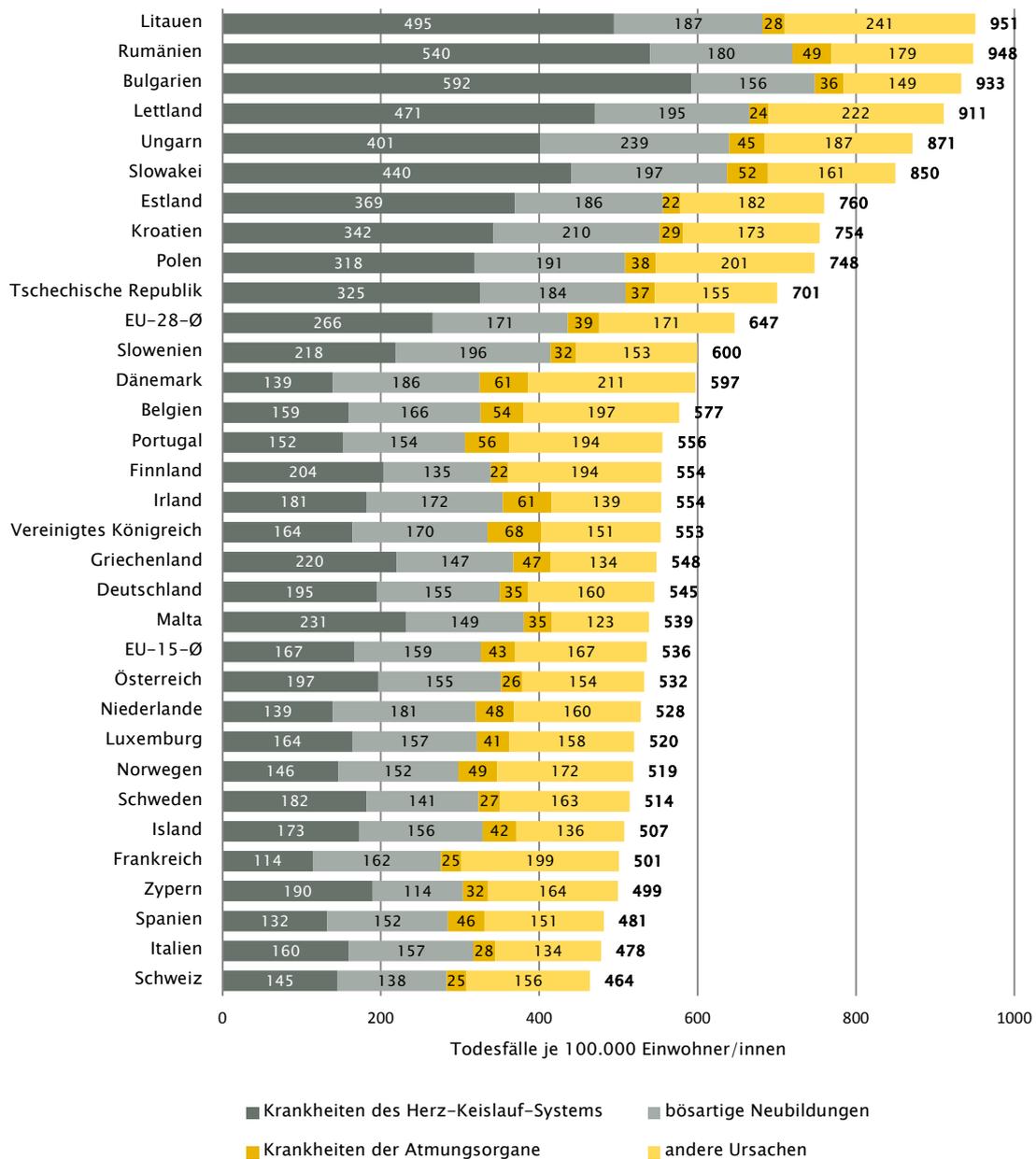
Die höchste Sterblichkeit je 100.000 Einwohner/innen wies im Jahr 2012 Litauen mit 951 Sterbefällen je 100.000 Personen auf. Die niedrigste Anzahl an Sterbefällen konnte innerhalb der EU in Italien mit 478 Todesfällen je 100.000 Einwohner/innen ermittelt werden. Österreich lag bei diesem Indikator im unteren Drittel mit insgesamt 532 Todesfällen je 100.000 Einwohner/innen.

In den meisten dargestellten Ländern sind Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, darunter Herzinfarkt und Schlaganfall die häufigste Todesursache, so auch in Österreich mit annähernd 197 Todesfällen aufgrund kardiovaskulärer Erkrankungen je 100.000 Einwohner/innen im Jahr 2012.

An Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sterben Frauen häufiger als Männer, da sie einen höheren Anteil an der älteren Bevölkerung stellen (Statistik Austria 2013). Krebserkrankungen beziehungsweise bösartige Neubildungen waren im Jahr 2012 die zweithäufigste Todesursache in Österreich. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen zusammen sind in Österreich für rund zwei Drittel aller Sterbefälle verantwortlich. Die dritthäufigste Todesursache bildeten im Jahr 2012 mit 26 Todesfällen je 100.000 Einwohner/innen Erkrankungen der Atmungsorgane.

Abbildung 3.23:

Europäischer Vergleich: Todesfälle je 100.000 Personen nach Todesursachen, 2012



Altersstandardisierte Raten nach WHO-Standardbevölkerung

Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: IS (2009); BE, CH, FR, IE, IT, LT, RO, SE, SI, SK, UK (2010); AT, CY, DK, EE, ES, FI, EL, LU, NL, MT, PL, PT (2011)

Quelle: WHO (2014a), Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.3.1.4 Säuglingssterblichkeit

Der Indikator Säuglingssterblichkeit ergibt sich aus der Anzahl an verstorbenen Säuglingen innerhalb des ersten Lebensjahrs je 1.000 Lebendgeburten. Die Säuglingssterblichkeit gilt als typischer Outcome-Indikator, um die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen zu messen und lässt Rückschlüsse auf die Qualität der Versorgung während bzw. vor oder nach der Geburt zu. Auch sind damit gesundheitsrelevante Ergebnisse von Hochrisikogruppen, wie etwa Frühgebärenden bzw. Frühgeborenen ablesbar.

Die Säuglingssterblichkeit ging in Europa in den vergangenen Jahrzehnten stark zurück, was vor allem auf Fortschritte in der prä- und postnatalen Versorgung sowie auf eine bessere Ernährung zurückzuführen ist. Österreich liegt im Vergleich bereits gut, dennoch könnte sich die steigende Anzahl an Risikoschwangerschaften auf den österreichischen Wert auswirken. Gründe dafür liegen u. a. im steigenden Alter von Gebärenden und in der steigenden Anzahl an Mehrlingschwangerschaften, die auf den verstärkten Einsatz von In-vitro-Fertilisation zurückzuführen sein dürfte. Zudem wirkt sich Risikoverhalten von Frauen in Bezug auf Rauchen, Alkoholkonsum oder Übergewicht negativ aus. Zu berücksichtigen ist auch, dass viele Frühgeborene, die aufgrund mangelnder pränataler Versorgung in anderen Ländern gar nicht erst lebend zur Welt kommen würden, die Statistik verzerren können.

Bei einem Blick auf Abbildung 3.24 wird ersichtlich, dass Österreich mit einer Säuglingssterblichkeit von 3,2 im ersten Lebensjahr verstorbenen Säuglingen je 1.000 Lebendgeburten genau am EU-15-Durchschnitt und unter dem Durchschnitt aller 28- EU-Länder von 4,0 lag.⁴⁰ Weiters lässt sich anhand der Abbildung eine Tendenz für höhere Säuglingssterblichkeit in den jüngeren EU-Mitgliedsländern mit 9,0 in Rumänien, 7,8 in Bulgarien oder Lettland mit 6,3 ableiten. Allerdings wies Slowenien mit 1,6 verstorbenen Säuglingen je 1.000 Lebendgeborenen die niedrigste Säuglingssterblichkeit in der EU gefolgt von Finnland mit 2,4 und Luxemburg mit 2,5 auf.

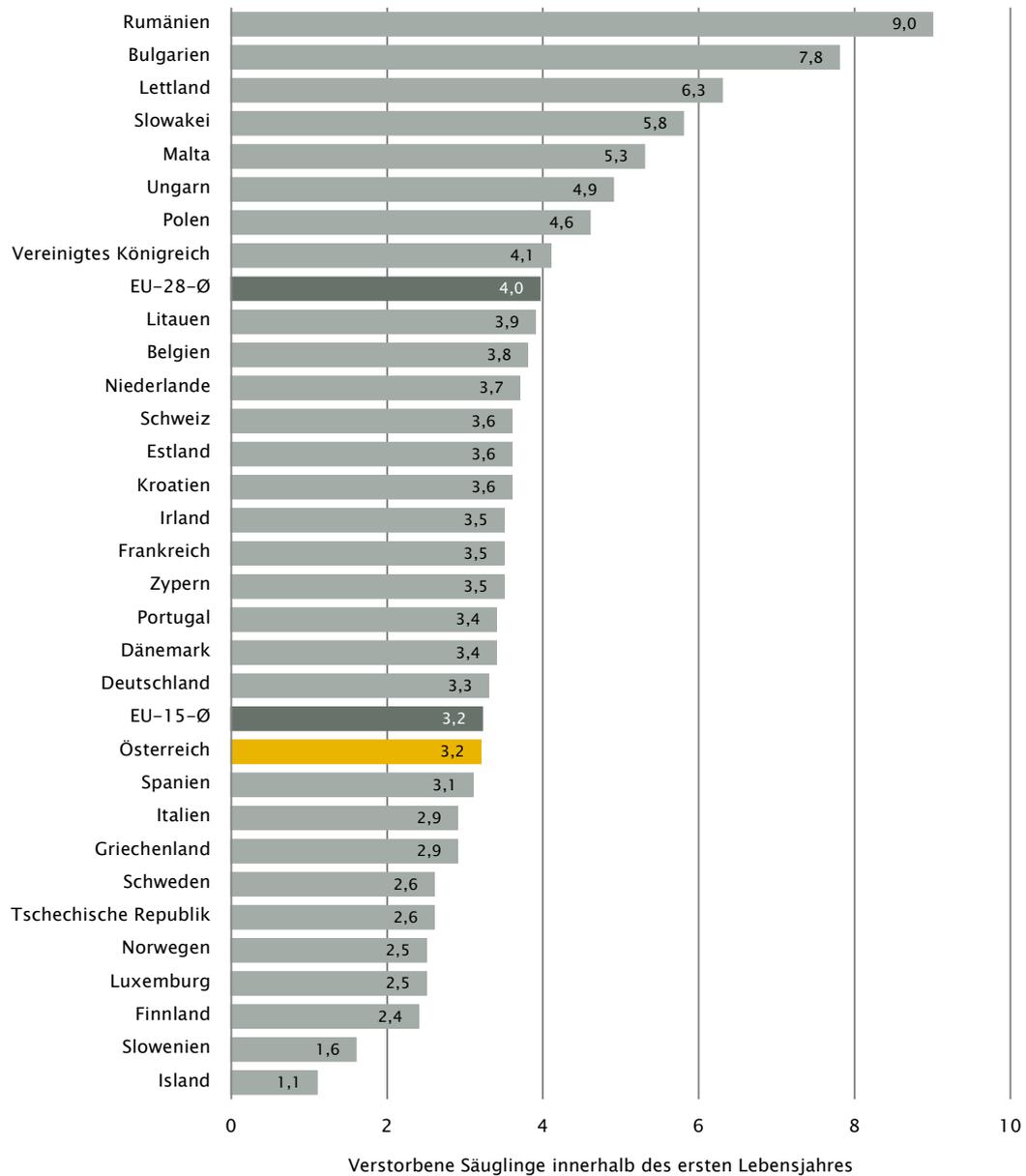
Abbildung 3.25 illustriert die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in Österreich und im Durchschnitt der EU-15-Mitgliedstaaten im Zeitraum 2003 bis 2012. Dabei ist im EU-Durchschnitt ein stetiger Rückgang der Säuglingssterblichkeit festzustellen. Von 2006 bis 2010 verzeichnete Österreich entgegen dem EU-Trend einen leichten Anstieg der Säuglingssterblichkeit (von 3,6 auf 3,9). Ab dem Jahr 2010 sank die Säuglingssterblichkeit in Österreich und liegt aktuell im Jahr 2012 wieder am EU-15-Durchschnitt von 3,2 verstorbenen Säuglingen je 1.000 Lebendgeburten.

40

Vor Einführung des Mutter-Kind-Passes 1974 lag Österreich mit einer Säuglingssterblichkeit, die in den meisten Jahren 23 je 1.000 Lebendgeburten überschritt, am unteren Ende der europäischen Skala.

Abbildung 3.24:

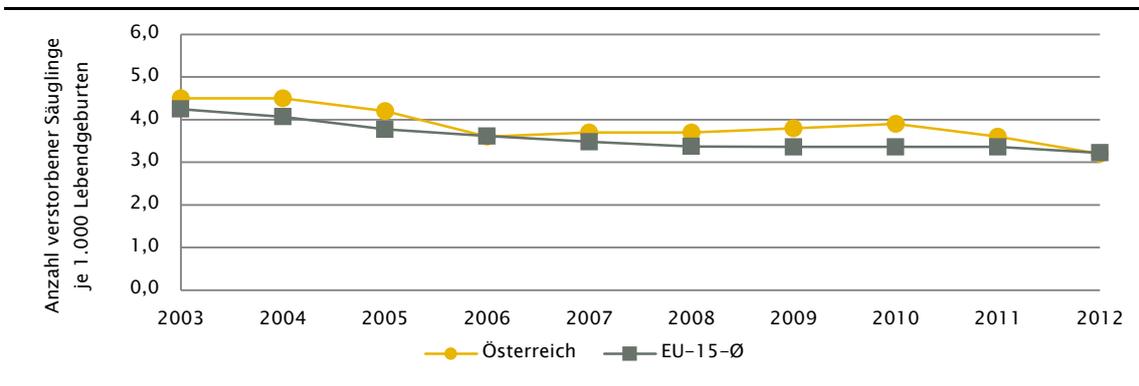
Europäischer Vergleich: Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeburten, 2012



Quelle: EUROSTAT (2014h), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 3.25:

Europäischer Vergleich: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeburten in Österreich und im EU-15-Durchschnitt, 2003 bis 2012



Quelle: EUROSTAT (2014h), Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.3.1.5 Selbst eingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand

Der subjektive Indikator selbst eingeschätzter, allgemeiner Gesundheitszustand erwies sich bereits im Rahmen diverser Studien als Parameter mit guter Vorhersagekraft bezüglich Mortalitätsentwicklung und zukünftiger Gesundheitsausgaben. Im Folgenden wurde der Anteil jener Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ einstufen, herangezogen. Der Indikator stammt aus der jährlichen EU-SILC-Erhebung⁴¹, die die Lebensbedingungen in den EU-Privathaushalten erfasst.

Aufgeschlüsselt nach Einkommensfünftel⁴² lässt der Indikator nicht nur Rückschlüsse auf die allgemeine Leistungsfähigkeit bzw. die Qualität des Gesundheitsversorgungssystems, sondern ebenfalls auf den Einfluss des sozioökonomischen Status auf den Gesundheitszustand zu. Der Indikator wird nach Wohlstandsniveaus getrennt dargestellt, indem die entsprechende Ausprägung zusätzlich zum Durchschnittswert des jeweiligen Landes auch jeweils für das oberste und unterste Einkommensfünftel (Quintile) gezeigt wird. So werden auch Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen deutlich. Je weiter der Abstand zwischen den jeweiligen Ausprägungen der einzelnen Einkommensfünftel ausfällt, desto ungleicher ist der Zugang zum Gesundheitssystem hinsichtlich sozioökonomischen Status einzustufen. Die Quintile hohes bzw. niedriges Einkommen entsprechen demnach jenen 20 Prozent der (repräsentativ befragten) Bevölkerung, die sich in der untersten bzw. obersten Einkommensschicht befinden.

41
Community Statistics on Income and Living Conditions

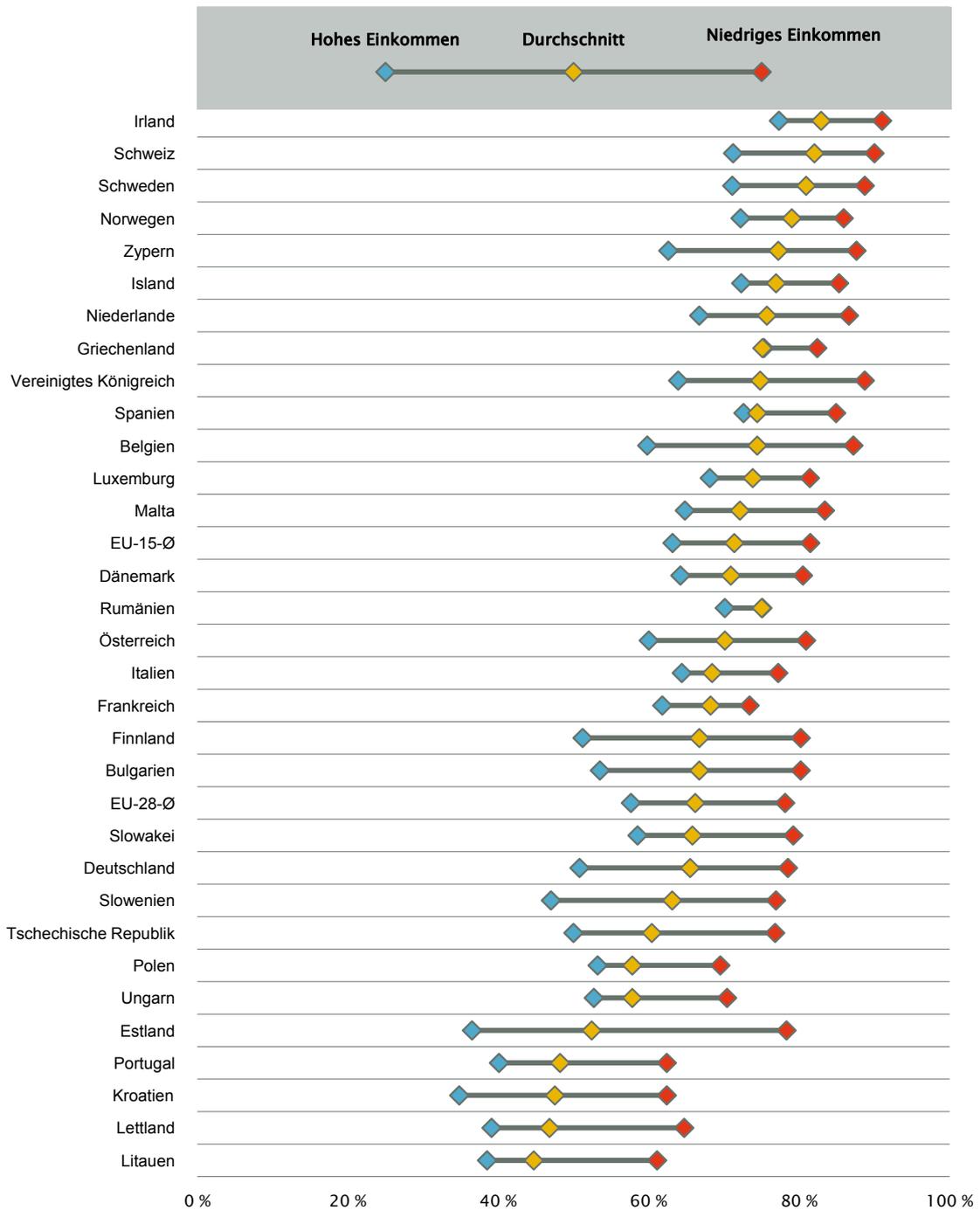
42
Die Zuordnung zu einem Einkommensquintil geschieht auf Basis des gesamten verfügbaren Vorjahreseinkommens eines Haushaltes.

Abbildung 3.26 reiht die europäischen Länder nach Zufriedenheit der Bevölkerung mit der eigenen Gesundheit. Den subjektiv besten Gesundheitszustand quer über alle Einkommensschichten gab es im Jahr 2012 in Irland mit einem Bevölkerungsanteil von 82,9 Prozent, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ einstufen. Am anderen Ende der Skala fand sich im Jahr 2012 Litauen mit 44,7 Prozent. Österreich lag mit 70,1 Prozent der Befragten unter dem EU-15-Durchschnitt (71,4 %), aber über dem Mittel der EU-28-Mitgliedstaaten (66,2 %).

In allen dargestellten Ländern bewerteten Menschen im unteren Einkommensfünftel ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter als jene aus höheren Einkommensschichten (Ausnahme Rumänien). In Österreich empfanden 60,0 Prozent der untersten Einkommensstufe ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut. Österreich lag hierbei ebenfalls wieder zwischen dem EU-15-Durchschnitt mit 63,2 Prozent und dem EU-28-Durchschnitt mit 57,6 Prozent. Am kränksten fühlten sich Menschen aus der untersten Einkommensschicht in Kroatien, während sich Menschen mit niedrigem Einkommen in Irland am gesündesten einschätzten.

In der obersten Einkommensgruppe empfanden in Österreich 80,9 Prozent ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut. Somit lag Österreich auch im oberen Einkommensfünftel zwischen dem EU-15-Schnitt (81,5 %) und dem EU-28-Schnitt (78,1 %). In Irland fühlten sich Menschen mit hohem Einkommen im Jahr 2012 am gesündesten (91,0 %).

Abbildung 3.26:
Europäischer Vergleich: Als (sehr) gut eingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand nach Einkommensfünftel, 2012



Durchschnitt (gelbe Raute) spiegelt die Einschätzung der Befragten aller Einkommensstufen wider.

Quelle: EUROSTAT (2014g), Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.3.1.6 Durchschnittliche Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne

Der mit D_3MFT -Index⁴³ abgekürzte Indikator misst den Karies-Status der Mundgesundheit anhand der durchschnittlichen Anzahl an behandlungsbedürftigen, kariösen (Decayed), wegen Karies gezogenen (Missing) und/oder gefüllten (Filled) Zähnen (Teeth) im bleibenden Gebiss. Im Folgenden wird dieser Indikator für Zwölfjährige dargestellt.

Nach WHO-Klassifikation wird ein D_3MFT -Index bei Zwölfjährigen unter 1,2 als niedrig, 1,2 bis 2,6 als mittelmäßig und über 4,5 als hoch eingestuft. Der Indikator zeigt starke Bezüge zum Lebensstil der betrachteten Population, wie etwa dem Zuckerkonsum. Darüber hinaus lässt der $D_{1+2+3}MFT$ -Index auch Rückschlüsse auf Präventionsmaßnahmen und Mundhygiene zu. Schlechte Mundgesundheit verursacht neben kostenintensiven Behandlungen auch geringere gesellschaftliche Partizipationschancen (Bodenwinkler et al. 2007).

Abbildung 3.27 zeigt, dass innerhalb der 2000er Jahre und innerhalb Europas die D_3MFT -Index-Werte der Zwölfjährigen zwischen 0,6 (Dänemark 2012) und 4,8 (Kroatien 2010) schwanken. Insofern wird ein deutliches West-Ost-Gefälle aufgezeigt. Kroatien, Litauen, Lettland, Polen, Slowenien und Bulgarien legen mit Indizes von über 3,0 überdurchschnittlich hohe, negative Werte dar. Auch Österreich liegt mit einem Wert von 1,4 über dem EU-15-Durchschnitt von 0,9 kariösen, fehlenden oder sanierten Zähnen bei 12-Jährigen. Die gesündesten Zähne bei Zwölfjährigen gab es in Dänemark mit einem D_3MFT -Index von 0,6. Auch Luxemburg, Deutschland, Finnland und das Vereinigte Königreich wiesen geringe Werte von bis zu 0,7 kariösen, fehlenden oder sanierten Zähnen im bleibenden Gebiss bei Zwölfjährigen aus.

Limitierend ist zu erwähnen, dass Österreich im Gegensatz zu vielen anderen europäischen Ländern den Zahnstatus auf Mikrokavitäten-Basis erhebt und damit ein strengeres Kriterium zur Identifizierung von Karies zur Anwendung bringt (ICDAS 2).⁴⁴ Der Zahnstatus wird in den europäischen Ländern in unterschiedlichen Intervallen erhoben, was die Vergleichbarkeit zusätzlich erschwert (Bodenwinkler et al. 2007; Bodenwinkler et al. 2014).

In Österreich dokumentieren die Mundgesundheitsdaten der Zwölfjährigen (Ergebnisse der Zahnstaterhebungen 1997, 2002, 2007 und 2012) eine kontinuierliche Rückentwicklung der Karies. Die Mundgesundheitskriterien der WHO bis 2020 (mittlerer D_3MFT von 1,5) erfüllen die

43

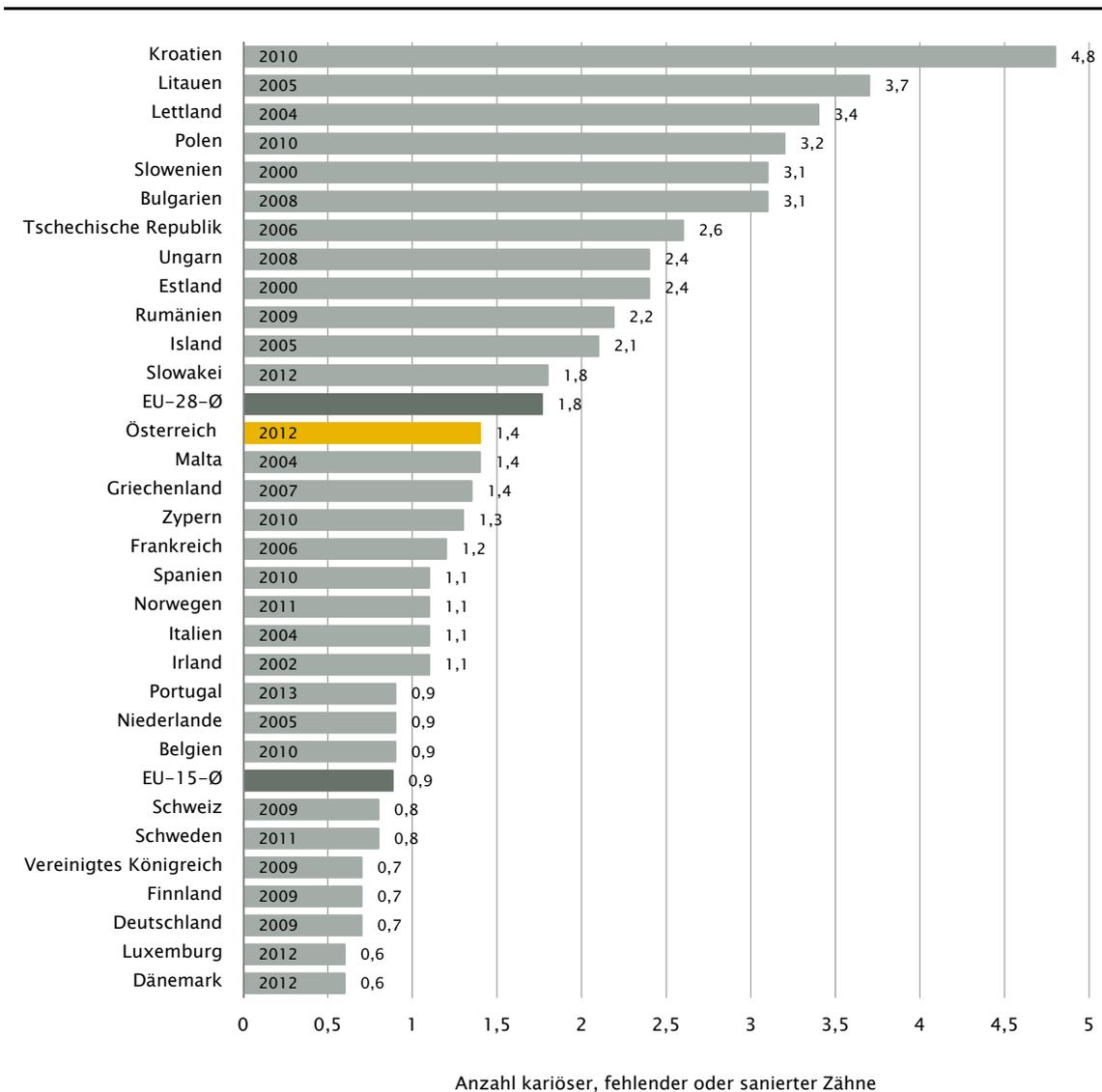
Um den Schweregrad der kariösen Veränderung eines Zahnes bzw. einer Zahnfläche darzustellen, kommt nach WHO folgende Klassifizierung zur Anwendung: D_0 = ganz gesunde Zahnoberfläche, D_1 = Schmelzverfärbung, das bedeutet initiale Schmelzkaries; D_2 = sichtbarer, kariöser Schmelzdefekt, Dentin ist aber nicht sichtbar; D_3 = eindeutige Dentinkaries (Kavität), das heißt, dass ein füllungsbedürftiger, eindeutig bis ins Dentin reichender kariöser Defekt sichtbar vorliegt.

44

Weiterführende Informationen unter: <http://www.icdas.org/>

erhobenen Zwölfjährigen bundesweit schon heute. Das gegenwärtige Problem ist die Kariespolarisierung. Während sich rund die Hälfte (53 %) guter Zahngesundheit erfreut, lebt dagegen eine relativ geringe Anzahl an sozial benachteiligten Jugendlichen mit erheblicher Karieslast (Bodenwinkler et al. 2014).

Abbildung 3.27:
Europäischer Vergleich: Durchschnittliche Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne bei 12-Jährigen (D₃MFT-Index)



Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: s. Grafik

Quellen: OECD (2014e), WHO (2014b), Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.3.2 Lebensstil

Die Gesundheit des Menschen hängt von zahlreichen Einflüssen ab. Erwiesenermaßen spielt dabei auch der Lebensstil eine entscheidende Rolle. Gesundheitsfaktoren, die auf den Lebensstil hinweisen, sind unter anderem Ernährung, Bewegung, Übergewicht, Nikotin- oder Alkoholkonsum (Gesundheitsdeterminanten). Grundsätzlich wird beim Lebensstil zwischen Risikoverhalten (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum) und Gesundheitsverhalten (Ernährung, Bewegung und daraus resultierend Übergewicht bzw. Fettleibigkeit sowie auch Diabetes) unterschieden (Currie et al. 2012). Im Folgenden werden ausgewählte Indikatoren zu Alkohol- und Tabakkonsum, Übergewicht und Fettleibigkeit sowie zur Prävalenz von Diabetes mellitus analysiert.

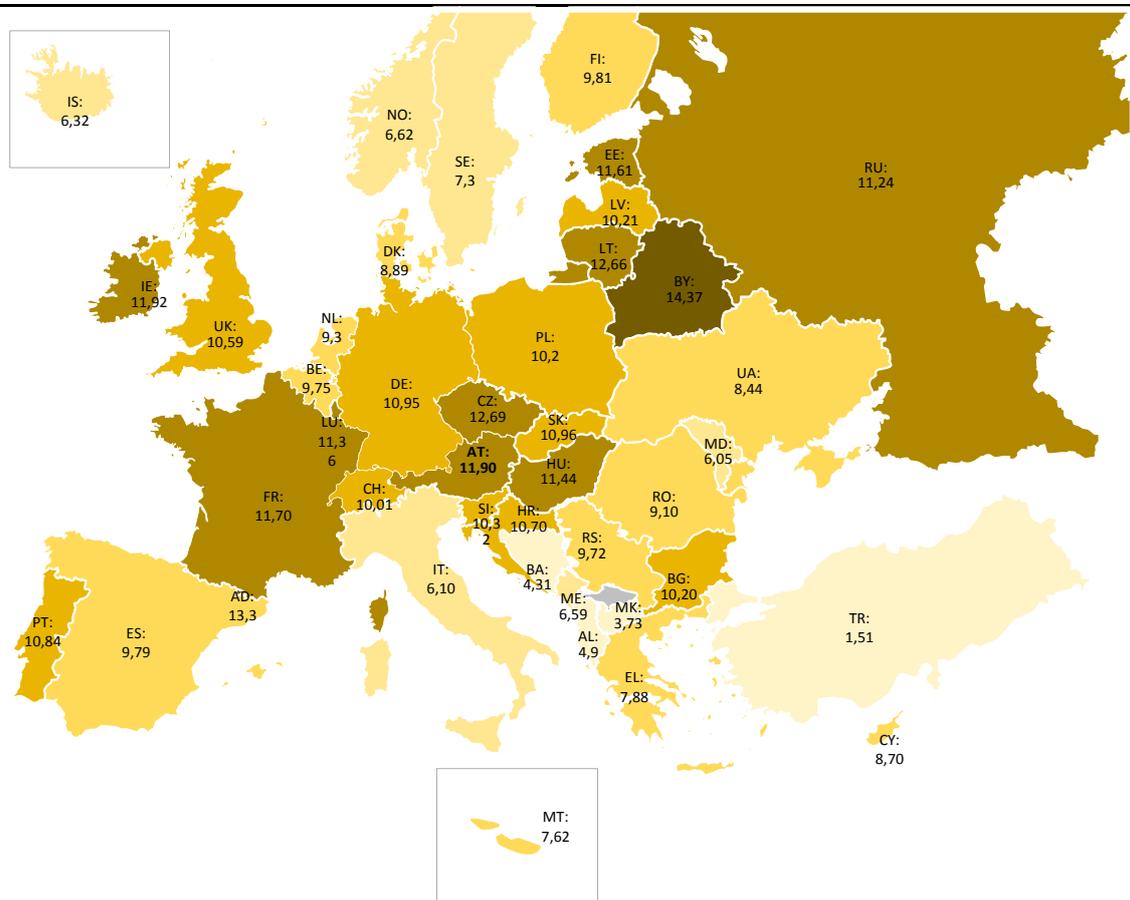
3.3.2.1 Alkoholkonsum

Regelmäßiger Alkoholkonsum kann starke Auswirkungen auf die Gesundheit mit sich bringen und wird als Mitverursacher von verschiedensten Krankheitsbildern, die mit adversen psychologischen, sozialen und physischen Konsequenzen einhergehen können, eingestuft (Currie et al. 2012). Die Prävalenz von chronischem Alkoholismus wird in Österreich mit rund 5 Prozent bei allen über 15-Jährigen geschätzt (2,5 % für Frauen und 7,5 % für Männer ab dem 15. Lebensjahr) (Uhl et al. 2013).

In Europa liegt der Alkoholkonsum tendenziell hoch, weltweit betrachtet ist die europäische Bevölkerung jene mit dem höchsten Alkoholkonsum pro Kopf (Europäische Kommission 2010). Abbildung 3.28 illustriert den Alkoholkonsum innerhalb Europas. Österreich liegt mit einem Konsum von 11,9 Litern reinen Alkohols pro Person (ab 15 Jahren) deutlich über dem EU-15-Durchschnitt von 9,87 Litern. Im Gegensatz dazu wird in der Türkei mit nur 1,51 Litern reinen Alkohols je Erwachsenen am wenigsten konsumiert. Auch die Tschechische Republik liegt beim Alkoholkonsum mit rund 13 Litern im europäischen Spitzenfeld. Weniger getrunken wird gemäß den von der WHO erhobenen Werten in den skandinavischen Ländern Norwegen und Schweden sowie in Bosnien-Herzegowina, Albanien und Mazedonien. Es wird darauf hingewiesen, dass die dargestellten Daten auf den offiziell verkauften Alkoholmengen basieren.

Abbildung 3.28:

Europäischer Vergleich: Alkoholkonsum Erwachsener (ab 15 Jahren) in Litern, 2012



< 5 Liter	5 - 7,49 Liter	7,5 - 9,99 Liter	10 - 10,99 Liter	11,00- 12,99 Liter	> 13 Liter	keine Information
-----------	----------------	------------------	------------------	--------------------	------------	-------------------

In dieser Darstellung wurden neben dem EWR-Raum auch alle anderen europäischen Länder, für die Daten verfügbar waren, dargestellt.

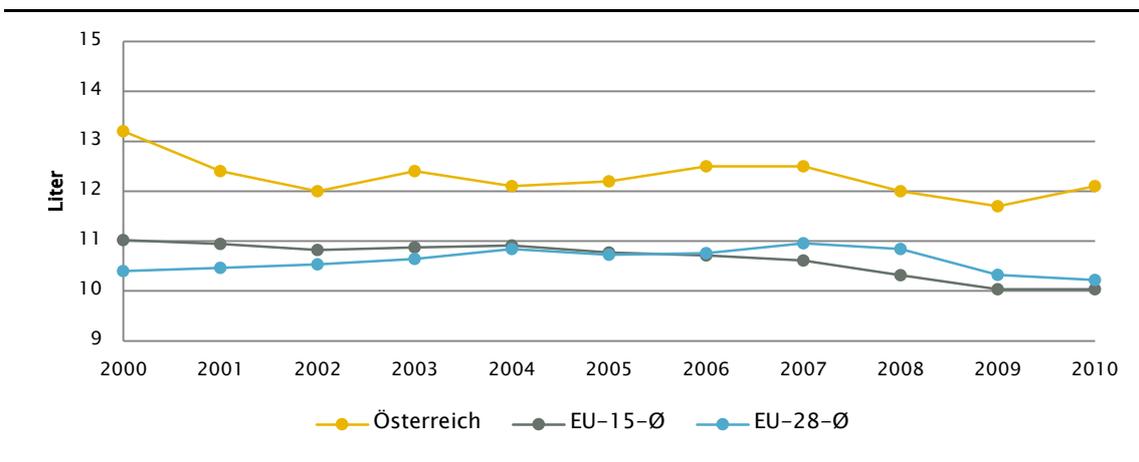
Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: AT, CH, EE, FI, LV, NO, PL, RO, RU, UK (2011); AD, AL, BA, BG, BY, CY, CZ, EL, ES, FR, HR, HU, IE, IS, IT, LU, MD, ME, MT, NL, PT, RS, SI, SK, SW, UK (2010)

Quelle: WHO (2014b), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Österreich rangierte bezüglich des Alkoholkonsums seit vielen Jahrzehnten stets über dem Durchschnitt der EU-15-Länder und gehört zu den Ländern mit dem höchsten Alkoholkonsum in Europa (s. Abbildung 3.29). Der Konsum bei über 15-Jährigen ging seit dem Jahr 1965 um mehr als 10 Prozent zurück. Seit 1990 kann eine geringe Konsum-Reduktion bzw. eine Annäherung an den EU-15-Durchschnitt beobachtet werden. Im Jahr 1990 lag der Alkoholkonsum je Erwachsenen noch bei annähernd 15 Litern.

Abbildung 3.29:

Europäischer Vergleich: Alkoholkonsum ab 15 Jahren in Litern, 2000–2010



Quelle: WHO (2012), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Jugendliche sind problematischen Alkoholkonsum betreffend nicht die Hauptproblemgruppe (Uhl et al. 2013), denn insgesamt trinken Jugendliche heute seltener und weniger intensiv, allerdings steigen Jugendliche derzeit etwa ein Jahr früher in den regelmäßigeren Konsum ein als noch vor 20 Jahren (Eisenbach-Stangl et al. 2008).

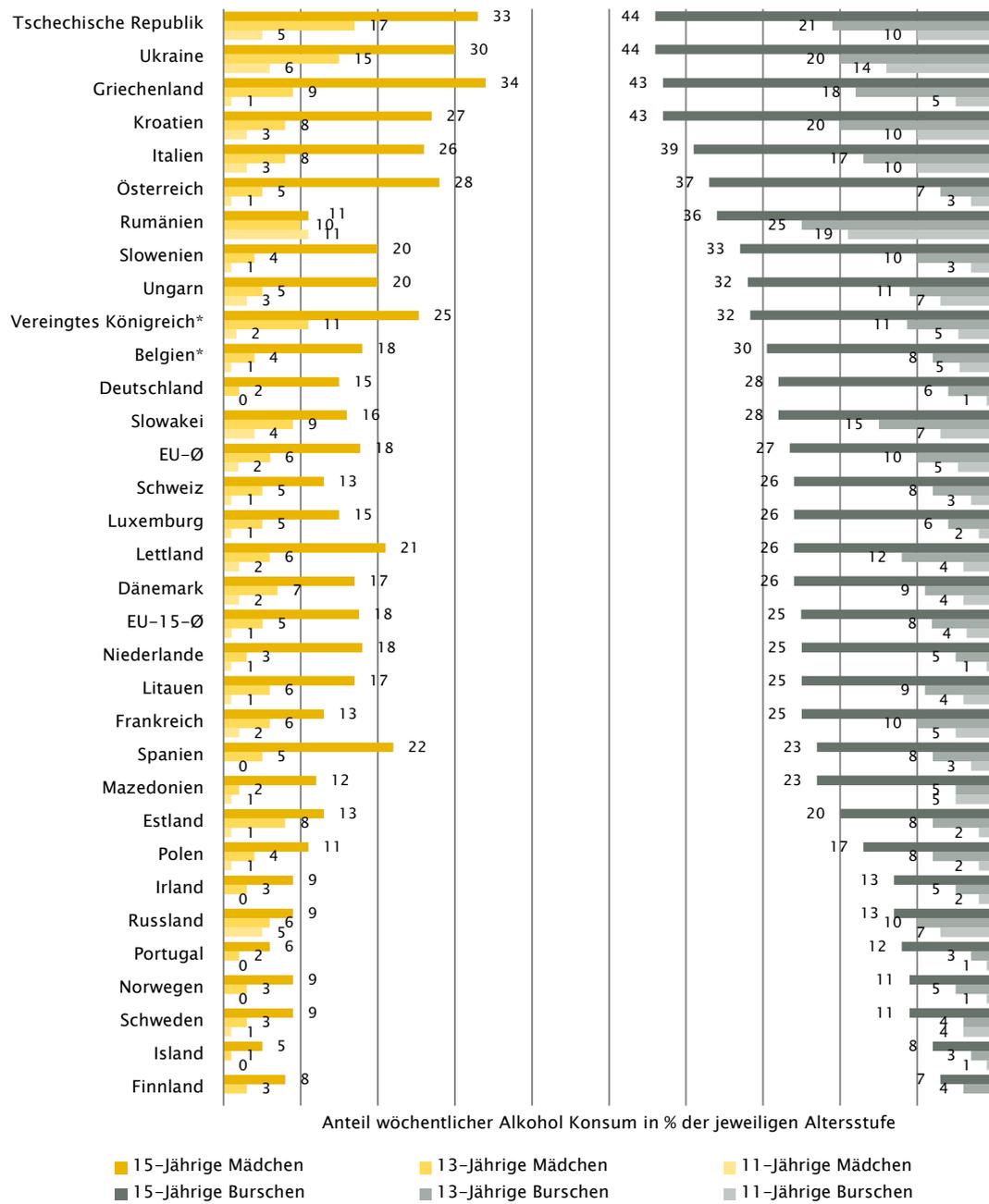
Wie in Abbildung 3.30 ersichtlich, tendieren europaweit eher Burschen im Alter von 11 bis 15 Jahren zum regelmäßigen Konsum von Alkohol. 19 Prozent der 11-jährigen und 23 Prozent der 13-jährigen Burschen in Rumänien trinken bereits mindestens einmal wöchentlich Alkohol. Europaweit ist dies der höchste Anteil in diesem Alter. Mit einem Anteil von 44 Prozent liegen die 15-jährigen männlichen Tschechen und Ukrainer an erster Stelle der Alkohol konsumierenden 15-Jährigen.

Der höchste Anteil an 11-jährigen Mädchen, die mindestens einmal wöchentlich Alkohol konsumieren, findet sich so wie bei den Burschen in Rumänien (11 %). Viele Mädchen in Tschechien (11-Jährige: 5 %, 13-Jährige: 17 %, 15-Jährige: 33 %) und Griechenland trinken ebenso regelmäßig Alkohol (11-Jährige: 1 %, 13-Jährige: 9 %, 15-Jährige: 34 %). Bei den 15-jährigen Mädchen liegt Griechenland an der Spitze. Österreich liegt vor allem in der Altersgruppe der 15-jährigen Mädchen (28 %) bzw. Burschen (37 %) im oberen Bereich hinsichtlich des wöchentlichen Alkoholkonsums.

Gering ist der Alkoholkonsum von Jugendlichen in den nordischen Ländern Finnland, Island, Schweden und Norwegen, wo sowohl Mädchen als auch Burschen von 11 bis 15 Jahren verhältnismäßig selten Alkohol konsumieren.

Abbildung 3.30:

Europäischer Vergleich: Wöchentlicher Alkoholkonsum bei Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren nach Geschlecht in Prozent der Altersstufe, 2009/2010



* Erhebung wurde getrennt nach untersch. Landesteilen durchgeführt und hierbei aggregiert
 Nullwerte korrespondieren mit Werten <0,5

Quelle: Currie et al. (2012), Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.3.2.2 Nikotinkonsum

Der gesundheitsschädigende Einfluss von regelmäßigem Zigarettenkonsum ist unumstritten. Das Rauchverhalten wird vorwiegend in der Jugend geprägt und korreliert unter anderem mit anderem Risikoverhalten wie zum Beispiel ungesunder Ernährung, hohem Alkoholkonsum, frühen sexuellen Kontakten oder aber auch geringer Lebenszufriedenheit etc. (Currie et al. 2012).

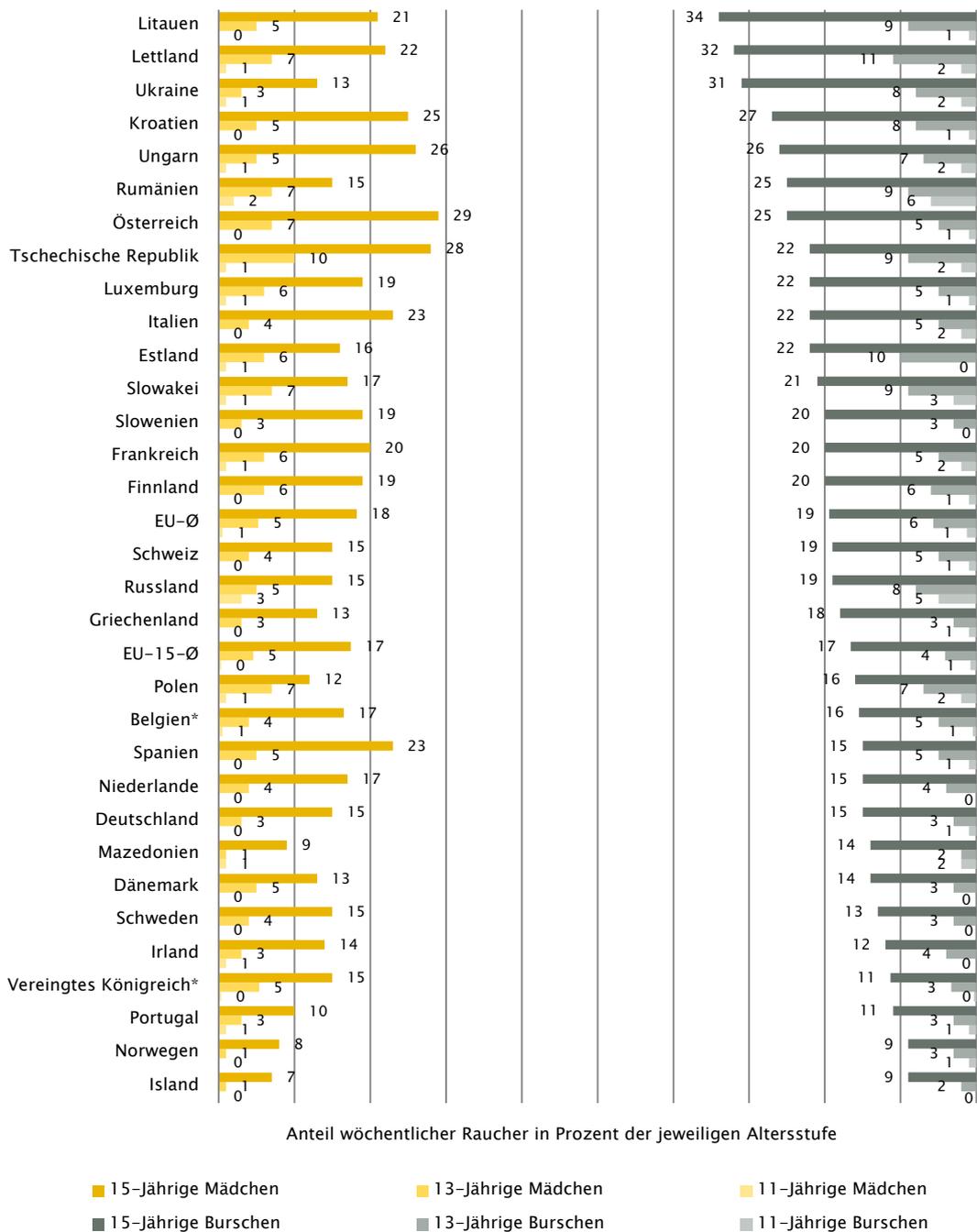
Der Anteil regelmäßig rauchender Österreicher/innen liegt mit 23,3 Prozent der Gesamtbevölkerung nahe am EU-15-Durchschnitt von 22,1 Prozent. Besorgniserregend ist der hohe Anteil junger Raucher/innen (OECD 2011).

Abbildung 3.31 zeigt, dass die österreichischen Jugendlichen (unter 16 Jahren) im oberen Drittel beim wöchentlichen Zigarettenkonsum liegen. Bei den Mädchen im Alter von 15 Jahren rauchen bereits 29 Prozent, mehr noch als bei den Burschen mit 25 Prozent. Im EU-15-Durchschnitt der 15-Jährigen sind es sowohl bei den Mädchen als auch den Burschen 17 Prozent. Es zeigt sich daher vor allem bei Österreicherinnen im Alter von 15 Jahren ein deutlich überdurchschnittlicher Zigarettenkonsum.

In Island, Norwegen und Portugal konsumieren Jugendliche deutlich weniger häufig mindestens einmal wöchentlich Zigaretten. Der höchste Anteil an rauchenden Burschen findet sich in Litauen (34 %), Lettland (32 %) und der Ukraine (31 %), während die Mädchen in Österreich (29 %), der Tschechischen Republik (28 %) und in Ungarn (26 %) am häufigsten rauchen.

Abbildung 3.31:

Europäischer Vergleich: Wöchentlicher Zigarettenkonsum bei Jugendlichen von 11, 13 und 15 Jahren nach Geschlecht, 2009/2010



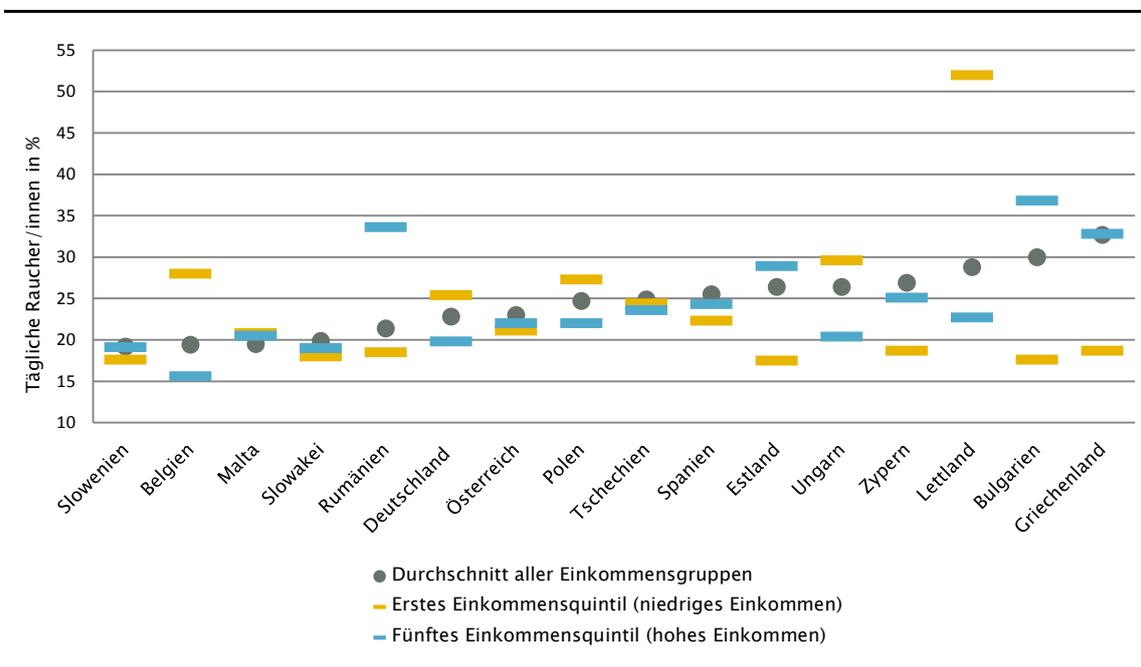
* Erhebung wurde getrennt nach untersch. Landesteilen durchgeführt und hierbei aggregiert
Nullwerte korrespondieren mit Werten <0,5.

Quelle: Currie et al. (2012), Darstellung GÖG/ÖBIG

Bei erwachsenen Rauchern und Raucherinnen (ab 15 Jahren) führen die Griechinnen und Griechen das europäische Ranking an, über 30 Prozent gaben an, täglich Zigaretten zu konsumieren. Am niedrigsten war der Zigarettenkonsum in Slowenien mit rund 19 Prozent Personen, die täglich rauchen (siehe Abbildung 3.32).

In Abbildung 3.32 wird zusätzlich zum Anteil der Raucher/innen über 15 Jahren an der Gesamtbevölkerung (insgesamt) auch nach dem höchsten (5. Quintil) und niedrigsten (1. Quintil) Einkommensquintil unterschieden. In Griechenland, Bulgarien, Estland und Rumänien rauchen Personen mit hohem Einkommen mehr als jene mit niedrigem Einkommen. In Belgien, Deutschland, Polen und Ungarn ist die Situation umgekehrt, dort ist der Anteil an Personen, die täglich rauchen, im ersten Einkommensquintil – also mit niedrigem Einkommen – bedeutend höher als jener im fünften Einkommensquintil. In Österreich rauchen Personen mit hohem Einkommen geringfügig mehr als jene mit niedrigem Einkommen. Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Einkommen und Zigarettenkonsum lässt sich daher nicht ableiten, da hier vor allem kulturelle Determinanten ausschlaggebend sind.

Abbildung 3.32:
Europäischer Vergleich: Tägliche Raucher/innen nach Einkommensquintilen, 2008



Quelle: EUROSTAT (2012), Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.3.2.3 Übergewicht und Fettleibigkeit

Übergewicht und Fettleibigkeit gelten als gesundheitliche Hochrisikofaktoren und sind Ursachen für eine Vielzahl an Todesfällen bzw. Folgeerkrankungen wie zum Beispiel Herz- und Gefäßkrankheiten, Krebserkrankungen oder Diabetes mellitus. Übergewicht und Fettleibigkeit werden in der Literatur üblicherweise mit dem sogenannten Körpermasseindex („Body Mass Index“ – BMI) dargestellt. Dieser wird definiert als der Quotient aus Körpergewicht und dem Quadrat der Körpergröße. Laut WHO-Klassifikation wird eine Person mit einem BMI ab 25 als übergewichtig bezeichnet, ab einem BMI von 30 wird von Fettleibigkeit gesprochen (WHO 2009).

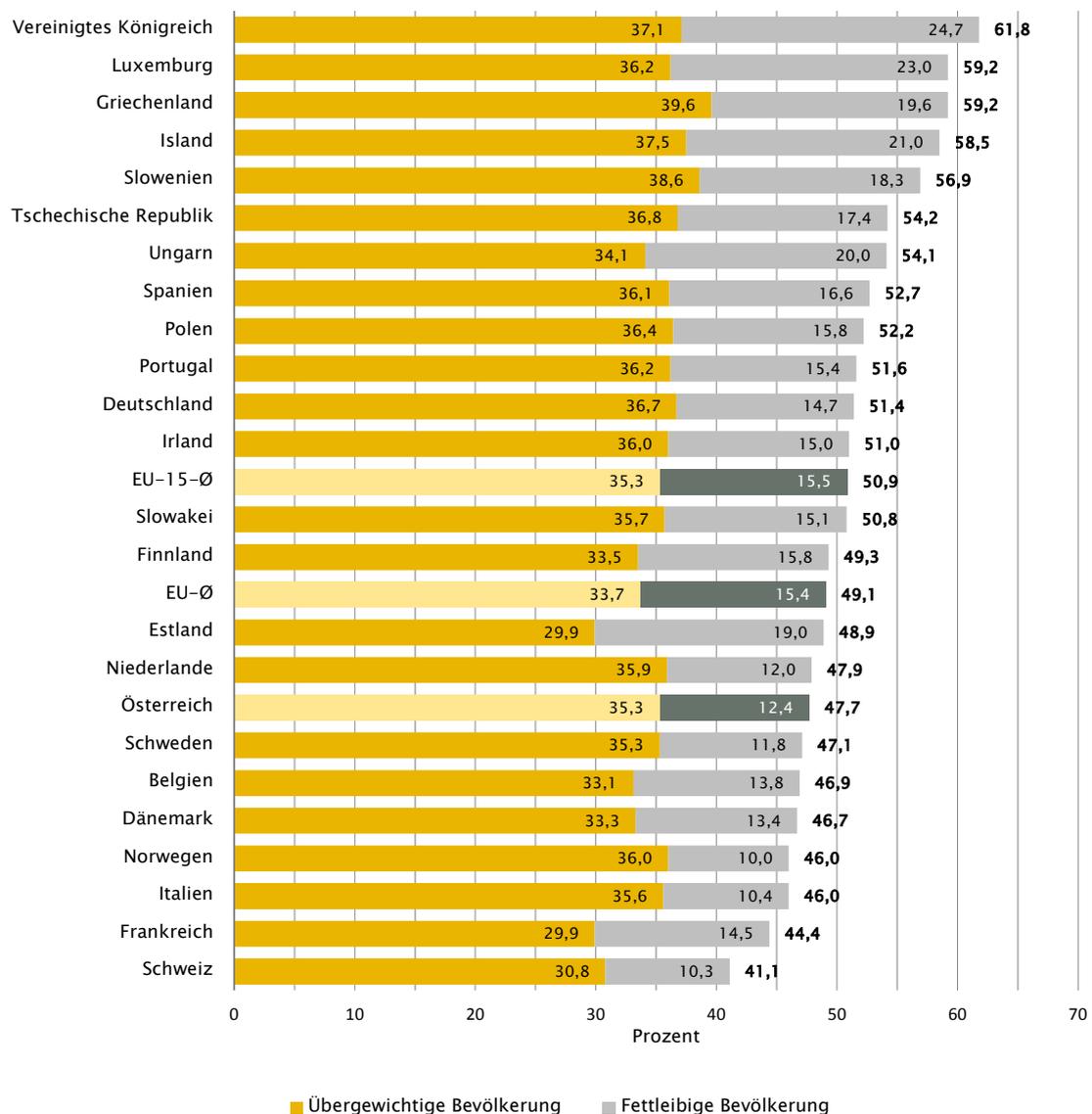
Die meist auf Umfragen beruhenden Werte variieren deutlich innerhalb der dargestellten europäischen Länder. Dies wird auch bei einem Blick auf Abbildung 3.33 ersichtlich. Im Jahr 2012 verzeichnete das Vereinigte Königreich den höchsten Anteil an Übergewichtigen. 61,8 Prozent der Bevölkerung waren dort laut Definition entweder übergewichtig (37,1 %) oder fettleibig (24,7 %). Im EU-15-Durchschnitt gaben rund 35,3 Prozent aller Befragten an, übergewichtig zu sein, 15,5 Prozent der Bevölkerung berichteten von Fettleibigkeit. In den in Abbildung 3.33 dargestellten EU-Ländern sind rund 49,1 Prozent der Bevölkerung übergewichtig und/oder fettleibig.

Die niedrigsten Gesamtwerte wiesen im Jahr 2012 die Schweiz (41,1 %) und Frankreich (44,4 %) auf. Österreich lag mit einem Anteil 35,3 Prozent Übergewichtigen und 12,4 Prozent Adipösen unter dem EU-15-Mittel.

In Österreich sind 42,6 Prozent der Frauen und 56,9 Prozent der Männer übergewichtig und/oder fettleibig. Bei den Männern finden sich mit 44,9 Prozent deutlich mehr Übergewichtige als bei den Frauen mit 29,9 Prozent. Betreffend Fettleibigkeit ist der Anteil der Männer und Frauen etwa gleich hoch und liegt bei jeweils ca. 12 Prozent (OECD 2014f).

Abbildung 3.33:

Europäischer Vergleich: Übergewichtige und fettleibige Bevölkerung in Prozent, 2012



Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten: PT, AT (2006); IE (2007); BE, CZ (2008); DE, , HU, PL, SK (2009); DK, EL, IS (2010); ES (2011)

Quelle: OECD (2014f), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Übergewicht und Adipositas wirken meist mit Verzögerung auf den Gesundheitszustand. Es ist daher davon auszugehen, dass der Anstieg der übergewichtiger Bevölkerung in den vergangenen zwanzig Jahren zukünftig für höhere Gesundheitsausgaben mitverantwortlich sein wird (Sassi 2010).

3.3.2.4 Diabetes–mellitus–Prävalenz

Diabetes mellitus ist eine Erkrankung, die auf eine Störung der körpereigenen Insulinproduktion zurückzuführen ist und deren Folgewirkungen tödlich sein können. Laut aktuellen Schätzungen sind weltweit rund 387 Millionen Menschen an Diabetes erkrankt, wobei die Anzahl stetig wächst und in den nächsten 20 Jahren auf mehr als 550 Millionen Personen steigen soll. Die Krankheit gilt als stark unterdiagnostiziert, so wird vermutet, dass mehr als die Hälfte der an Diabetes mellitus Erkrankten nicht über ihre Erkrankung Bescheid weiß (International Diabetes Federation 2014).

Neben verminderter Lebensqualität bzw. Lebenserwartung generiert Diabetes erhebliche volkswirtschaftliche Belastungen, die mittel- bis langfristig große Herausforderungen an die nationalen Gesundheitssysteme stellen werden. Diabetiker/innen verursachen meist ein Vielfaches der Gesundheitsausgaben von nicht erkrankten Personen (International Diabetes Federation 2014). Dem internationalen Diabetes–Atlas zufolge wurden im Jahr 2013 rund 548 Milliarden USD im Zusammenhang mit der Krankheit aufgewendet.

Der Indikator Diabetes–mellitus–Prävalenz⁴⁵ entspricht dem Anteil der Bevölkerung, der zu einem bestimmten Zeitpunkt an der Erkrankung leidet (Punktprävalenz). Sie erlaubt Rückschlüsse auf den Lebensstil sowie die Qualität der Diabetes–Versorgung. Dies betrifft vor allem Diabetes mellitus Typ 2, dessen Prävalenz in den letzten Jahren durch kulturelle und soziale Veränderungen, wie beispielsweise alternde Bevölkerung, steigende Urbanisierung, Veränderungen in der Ernährung, verminderte körperliche Aktivität sowie ungesunde Verhaltensweisen stetig zunahm. Dies impliziert, dass durch gezielte gesundheitsförderliche bzw. präventive Maßnahmen die Anzahl an Neuerkrankungen reduziert werden kann. Somit kann die Diabetes–Prävalenz auch teilweise als Leistungsergebnis eines Gesundheitssystems betrachtet werden.

Die Diabetes–mellitus–Prävalenz⁴⁶ lag 2013 im EU–15–Durchschnitt bei 8,3 Prozent, im EU–28–Durchschnitt bei 7,8 Prozent. Die EU–weit höchste Diabetes–mellitus–Prävalenz wurde im Jahr 2013 in Portugal (13,0) und Deutschland (12,0) verzeichnet. Die niedrigste in der Ukraine (3,0) und Litauen (4,9). Österreich lag 2013 mit einer geschätzten Diabetes–mellitus–Prävalenz von 9,3 Prozent im oberen Drittel.

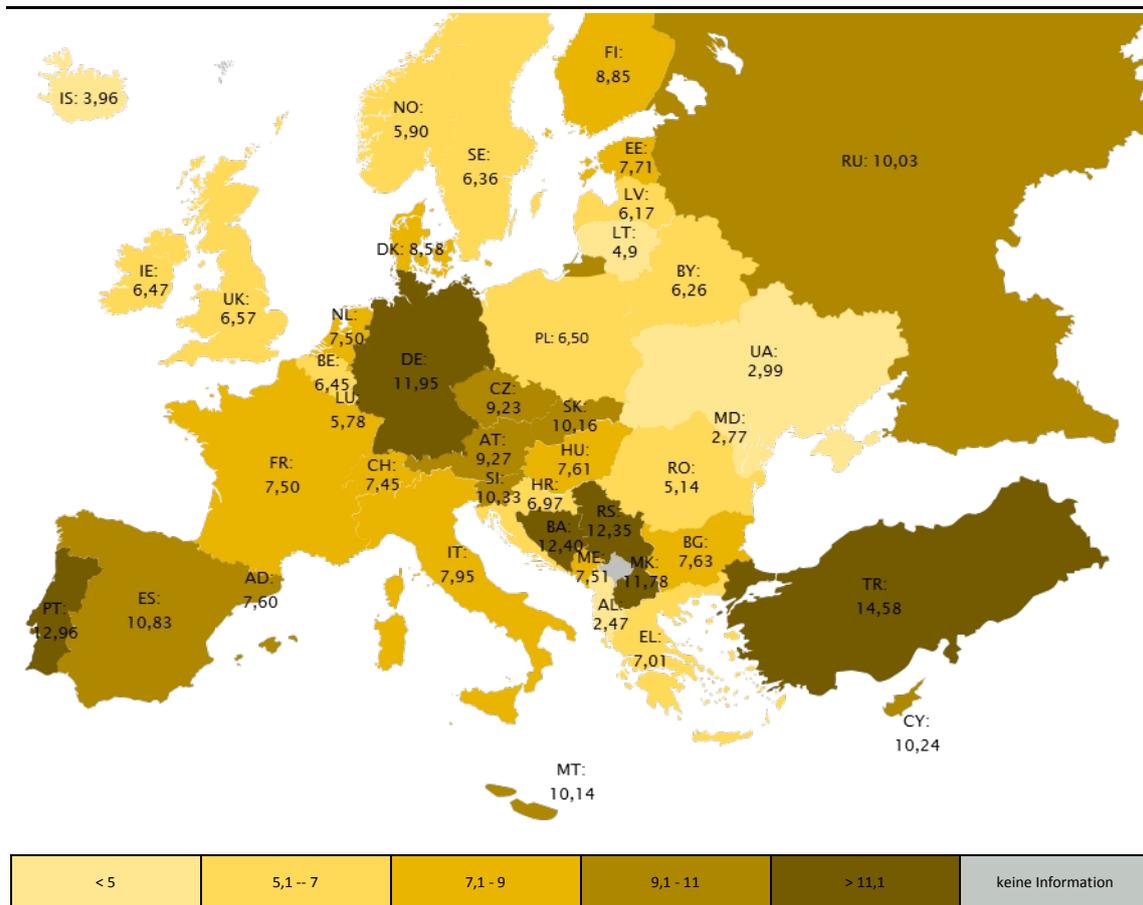
45

Österreich greift bei der Ermittlung der Diabetes–Prävalenz unter anderem auch auf die Schätzungen des IDF zurück und verwendet zudem – mangels eines nationalen Diabetes–Registers – Befragungsdaten, Abrechnungsdaten, Vorsorgeuntersuchungsdaten und regionale Diabetes–Inzidenz–Register. Vermutlich wird der Diabetiker–Anteil in Österreich auf Basis der vorhandenen Daten mit einer Gesamtprävalenz von rund 8 bis 9 Prozent (573.000 bis 645.000 Menschen im Jahr 2011) unterschätzt (BMG/GÖG 2013).

46

Diabetes–mellitus–Prävalenz für Typ 1 und Typ 2 Diabetes von 20– bis 79–jährigen.

Abbildung 3.34:
Europäischer Vergleich: Diabetes-mellitus-Prävalenz in Prozent, 2013



Schätzung der Diabetes-mellitus-Prävalenz basierend auf einer Extrapolation ähnlicher Länder gemäß International Diabetes Federation: AD, BY, IE, MD, MK, RS, UA.
In dieser Darstellung wurden neben dem EWR-Raum auch alle anderen europäischen Länder, für die Daten verfügbar waren, dargestellt.

Quelle: International Diabetes Federation (2014); Darstellung: GÖC/ÖBIG

3.3.3 Qualität

3.3.3.1 Mortality Amenable to Health Care (MAHC)

Der Indikator Mortality Amenable to Health Care (MAHC) geht auf die Arbeiten von Ellen Nolte und Martin McKee zurück und wird definiert als vorzeitige Sterblichkeit, die bei rechtzeitiger und effektiver Gesundheitsversorgung nicht eingetroffen wäre. Vorzeitig bezieht sich dabei in den meisten Fällen auf ein Alter unter 75 Jahren (Nolte/McKee 2008). Somit zielt dieser Parameter direkt auf das Messen der Leistungsfähigkeit (Performance) von Gesundheitssystemen und eignet sich folglich auch gut für den internationalen Vergleich.

Das hierbei zugrundeliegende Konzept ist verwandt mit dem der sogenannten „vermeidbaren Sterblichkeit“ (Avoidable Mortality). Es grenzt sich jedoch insofern davon ab, als Todesursachen, die gemäß diesem Konzept durch Primärprävention⁴⁷ verhinderbar gewesen wären und somit nicht in den unmittelbaren Einflussbereich des kurativen Gesundheitsversorgungssystems fallen (z. B. Lungenkrebs oder Leberzirrhose), unberücksichtigt bleiben. Demnach fließen ausschließlich ausgewählte Todesursachen in die Berechnung ein, die unmittelbar durch das Gesundheitsversorgungssystem und damit verbundenen sekundärpräventiven Maßnahmen verhinderbar gewesen wären. Bei Auswahl der entsprechenden Todesursachen wird die wissenschaftliche Basis durch evidenzbasierte Angaben zur klinischen Behandlungswirksamkeit gebildet (Gay et al. 2011).

Falls nicht anders angegeben sind folgende Todesursachen von Menschen mit einem Lebensalter unter 75 Jahren in der Berechnung inkludiert:

- » Infektionskrankheiten: Tuberkulose, Sepsis (Blutvergiftung), Pneumonie (Lungenentzündung), Influenza (Virusgrippe), Darminfektion (außer Typhus und Diphtherie) bei unter 14-Jährigen, Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (Kinderlähmung), Pertussis (Keuchhusten) bei unter 14-Jährigen, Masern bei zwischen 1- und 14-Jährigen;
- » Tumore (Krebs): Kolorektalkarzinom (Dickdarmkrebs), bösartiger Hauttumor, Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs und Unterleibskrebs bei unter 45-Jährigen, Hodenkrebs, Hodgkinsche Krankheit (Morbus Hodgkin, Lymphogranulomatose, bösartiger Tumor des Lymphsystems), Leukämie (Blutkrebs) bei unter 45-Jährigen;
- » Endokrine ernährungsbedingte Stoffwechselerkrankungen: Schilddrüsen-Funktionsstörungen (Über- oder Unterfunktion), Diabetes mellitus bei unter 50-Jährigen;
- » Erkrankungen des Nervensystems: Epilepsie;
- » Erkrankungen des Kreislauf-Systems: rheumatische Herz-Erkrankungen, ischämische Herz-Erkrankungen (50 % der Todesfälle); zerebrovaskuläre Herz-Erkrankungen: hypertensive Erkrankungen (Bluthochdruck);

47

Primärprävention setzt vor Krankheitsbeginn ein und zielt darauf ab, Gesundheitsbelastungen (z. B. Nikotin- oder Alkoholkonsum) zu senken und gesundheitsbezogene Ressourcen (z. B. Information und Bildung) zu erhöhen, um das Entstehen von Krankheiten zu verhindern. S.: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/pravention>

- » Erkrankungen des urogenitalen Systems: Nephritis (Nierenentzündung) und Nephrose, gutartige Prostatahyperplasie (gutartige Prostatavergrößerung);
- » Erkrankungen des Atmungssystems: alle Atemwegserkrankungen (exkl. Influenza und Lungenentzündung) der 1- bis 14-Jährigen;
- » Erkrankungen des Verdauungssystems: Ulkuskrankheit (Magengeschwür), Appendizitis (Blinddarmentzündung), Abdominalhernie (Bauchwandbruch), Gallensteinleiden und Cholezystitis (Gallenblasenentzündung);
- » Perinatalsterblichkeit: Zwischen der 29. Schwangerschaftswoche und dem 7. Lebenstag, Müttersterblichkeit, Perinatalsterblichkeit exklusive Totgeburten, angeborene Anomalien des Herz-Kreislauf-Systems;
- » externe Faktoren: Missgeschicke an Patienten/Patientinnen während chirurgischer und medizinischer Behandlung.

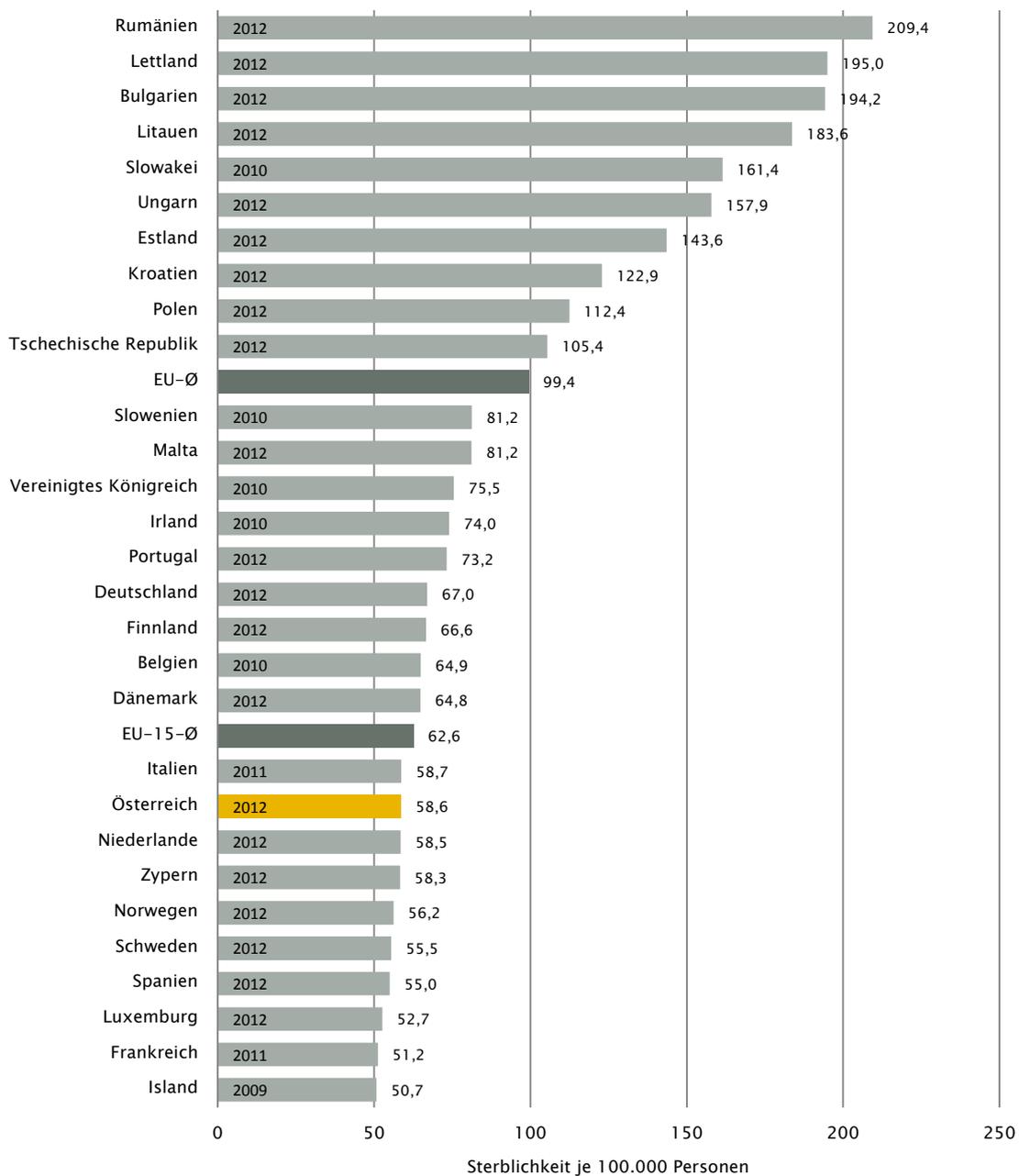
Die geringste Ausprägung der MAHC findet sich in Island mit einer alterstandardisierten Rate von 50,7 Toten je 100.000 Einwohner/innen, gefolgt von Frankreich (51,2) und Luxemburg (52,7). Auch in Österreich liegt der Sterblichkeitsindikator vergleichsweise niedrig mit 58,6 Toten je 100.000 Personen (2010: 63,6). Damit können in Österreich rund sieben Prozent aller Todesfälle als „amenable to health care“ betrachtet werden.

Deutlich über dem Durchschnittswert lagen im Vergleichszeitraum die neuen Mitgliedstaaten der Europäischen Union. So fanden sich in Rumänien mit einem Wert von 209,4 mehr als doppelt so viele Todesfälle, die durch das Gesundheitssystem verhinderbar gewesen wären, als im EU-Durchschnitt (99,4). Ebenfalls auffällig hohe Ausprägungen waren in Lettland (195,0) und Litauen (183,6) zu beobachten.

Die MAHC ist sowohl in Österreich als auch im Rest Europas ebenso wie die Gesamtsterblichkeit rückläufig.

Abbildung 3.35:

Europäischer Vergleich: Mortality Amenable to Health Care, 2012



Altersstandardisierte Raten nach OECD-Standardbevölkerung 2005
 Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten, siehe Abbildung

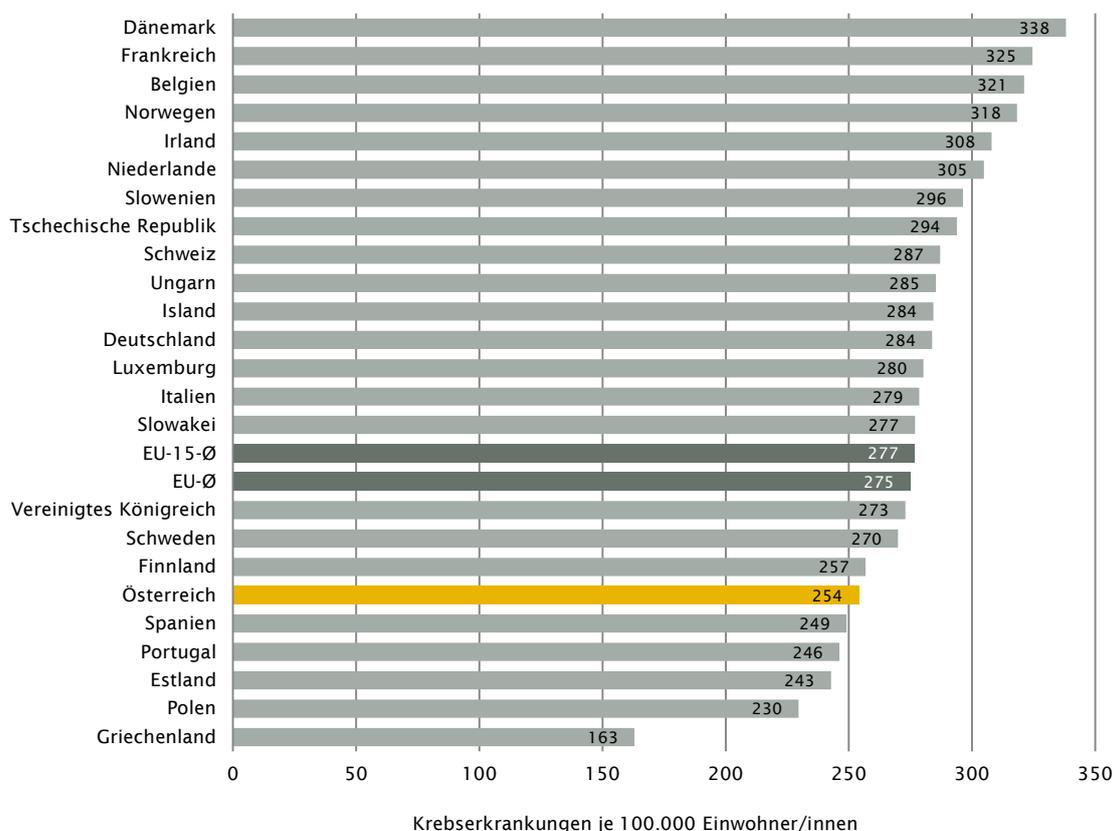
Quelle: WHO (2014a), Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.3.3.2 Inzidenz, Sterblichkeit und Überlebensraten bei Krebserkrankungen

Krebserkrankungen stellen in der EU wie auch in Österreich eine der häufigsten Todesursachen dar (s. Punkt 3.3.1.3), wobei ein leichter Rückgang der Mortalität in den letzten Jahren verzeichnet werden konnte.

Die Krebsinzidenz je 100.000 Einwohner/innen ist definiert als die Anzahl der Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen in der Bevölkerung innerhalb eines bestimmten Zeitraumes. Abbildung 3.36 zeigt, dass im Jahr 2012 in Österreich 254 von 100.000 Menschen an Krebs erkrankten. Österreich lag damit unter dem EU-15-Durchschnitt von 277 (Schnitt aller in der Abbildung dargestellten EU-Länder: 275). Dänemark wies für 2012 die höchste Krebs-Inzidenz (338 je 100.000 Einwohner/innen) auf. In Griechenland erkrankten demgegenüber 163 Personen von 100.000 im Jahr 2012 an Krebs.

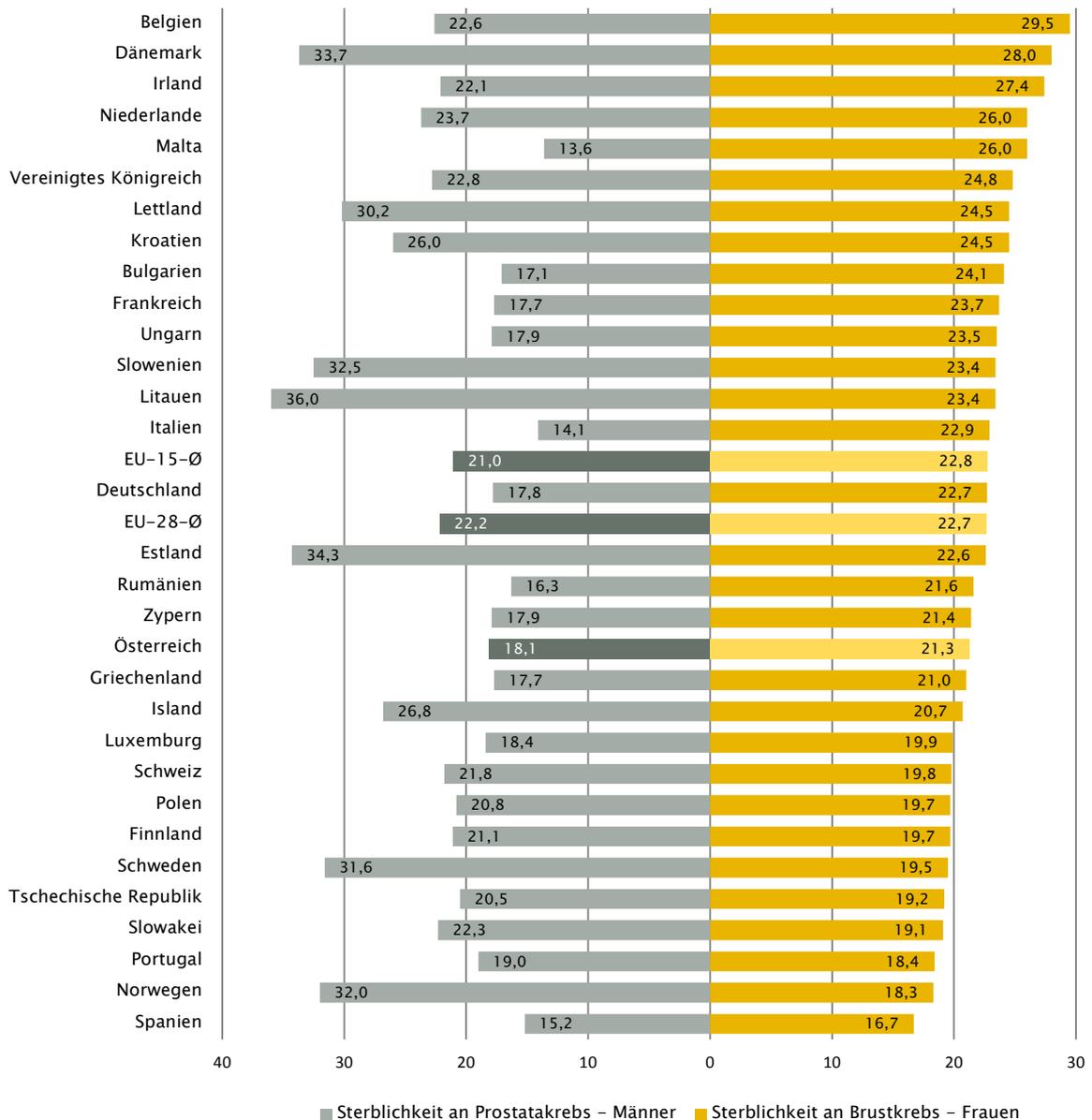
Abbildung 3.36:
Europäischer Vergleich: Neuerkrankungen an Krebs je 100.000 Einwohner/innen, 2012



Quelle: OECD (2014e), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die häufigste Krebserkrankung bei Frauen ist Brustkrebs gefolgt von Gebärmutter- sowie Darmkrebs. Männer hingegen erleiden am häufigsten Prostatakrebs gefolgt von Darmkrebs. In Abbildung 3.37 werden die Mortalitätsraten von Brustkrebs und Prostatakrebs dargestellt.

Abbildung 3.37:
Europäischer Vergleich: Mortalitätsrate bei Brustkrebs (Frauen) und bei Prostatakrebs (Männern) je 100.000 Frauen bzw. Männer, 2012



Altersstandardisierte Raten

Quellen: WHO/IARC (2014a) und WHO/IARC (2014b) nach Ferlay et al. (2013), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Auffällig hierbei ist, dass die Prostatakrebs-Mortalitätsrate deutlicher zwischen den dargestellten Ländern schwankt als die Mortalitätsrate von Brustkrebs bei Frauen. Die häufigsten Todesfälle, die auf eine Prostatakrebserkrankung zurückzuführen sind, finden sich in Litauen mit 36,0 je 100.000 Männer. Am niedrigsten ist die Prostatakrebs-Sterberate in Malta mit 13,6 Verstorbenen je 100.000 Männer. Österreich liegt bei diesem Indikator mit 18,1 Todesfällen je 100.000 Männer unter dem EU-15-Durchschnitt (21,0) und dem EU-28-Durchschnitt (22,2).

Die Brustkrebs-Sterblichkeit bei Frauen zeigt sich europaweit homogener. So sterben in Spanien am wenigsten Frauen (16,7) und in Belgien mit 29,5 je 100.000 die meisten Frauen an Brustkrebs. Österreich befindet sich mit 21,3 Todesfällen je 100.000 Frauen aufgrund dieser Todesursache im Mittelfeld und unterhalb der beiden EU-Durchschnitte (EU-15: 22,8; EU-28: 22,7).

Der Indikator der relativen 5-Jahres-Überlebensraten bei Brust-, Gebärmutterhals- und Darmkrebs gibt den Anteil an Krebspatientinnen und -patienten wieder, die nach Diagnose der entsprechenden Krebsart nach fünf Jahren noch am Leben sind (gemessen an gesunden Personen). Die im Folgenden dargestellten relativen Überlebensraten geben an, wie viele Personen nach der Diagnose überleben, wobei die aus dem Alter errechnete Überlebenswahrscheinlichkeit berücksichtigt wird. Abbildung 3.38 zeigt die altersstandardisierten Überlebensraten nach genannten Krebsarten.

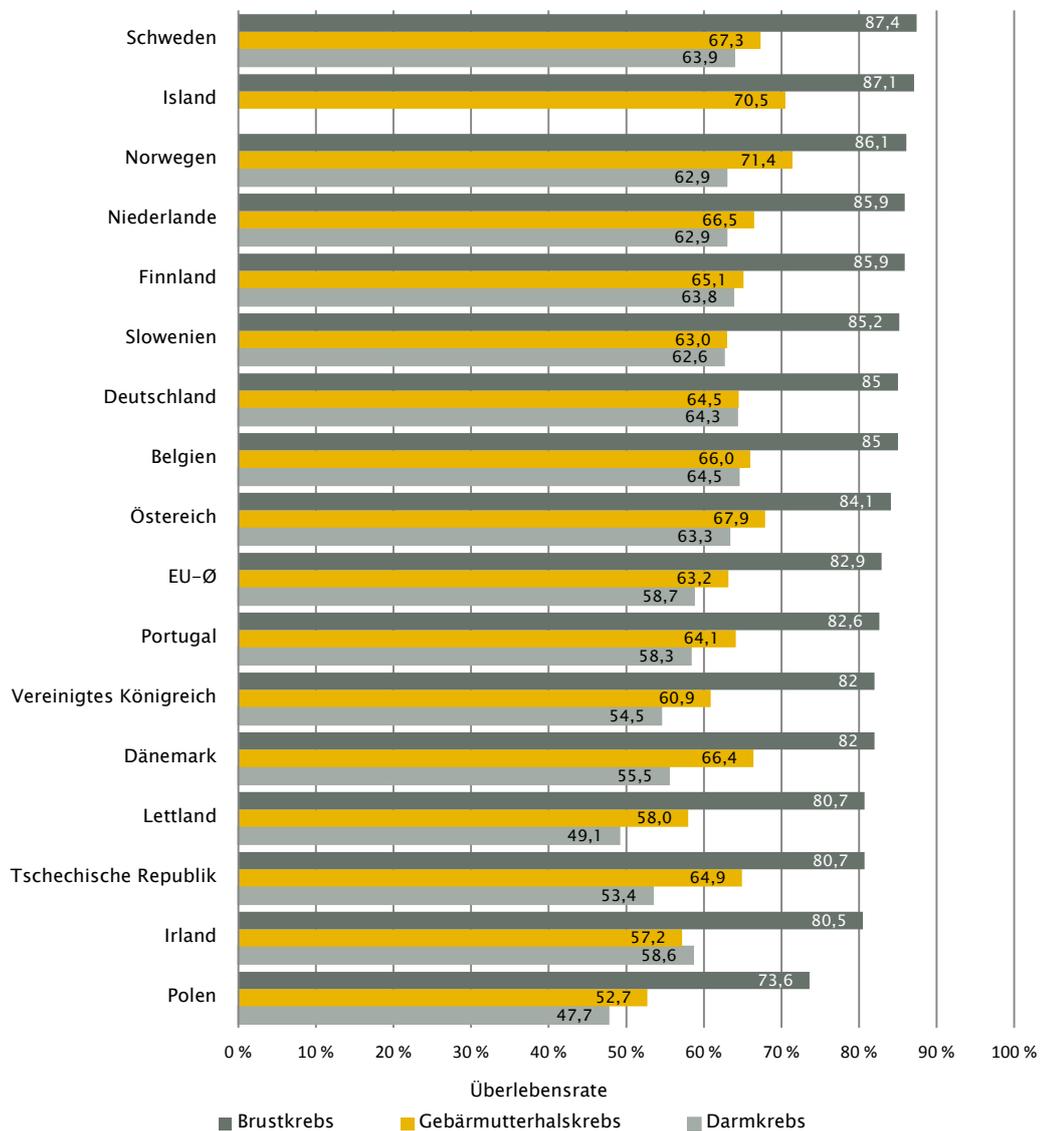
Für den Diagnosezeitraum 2007–2012 lag Österreich bei Brustkrebs mit einer Überlebensrate von 84,1 Prozent knapp über dem EU-Durchschnitt der dargestellten Länder (82,9 %). Die höchsten Überlebensraten gab es im selben Zeitraum in Schweden mit 87,4 Prozent. Die niedrigsten Werte wurden in Polen mit 73,6 Prozent registriert.

Mit einer Überlebensrate von 71,4 Prozent bei Gebärmutterhalskrebs führte Norwegen die Statistik. Am geringsten fiel die Rate in Polen mit 52,7 Prozent aus. Österreich lag im Beobachtungszeitraum mit 67,9 Prozent leicht über dem EU-Durchschnitt (63,2 %).

In Österreich lag die relative Darmkrebsüberlebensrate im Zeitraum 2007–2012 bei 63,3 Prozent und somit über dem EU-Durchschnitt von 58,7 Prozent der dargestellten europäischen Länder. Vor allem Polen (47,7 %), Lettland (49,1 %), die Tschechische Republik (53,4 %) sowie Großbritannien (54,5 %) hatten hierbei sehr niedrige Raten zu verzeichnen.

Abbildung 3.38:

Europäischer Vergleich: Relative 5-Jahres-Überlebensraten bei Brust-, Gebärmutterhals-, und Darmkrebserkrankung, Beobachtungszeitraum 2007–2012



Altersstandardisierte Raten

Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: zu Brustkrebs und Gebärmutterhalskrebs: PL (2003–2008); DE, (2004–2009), BE, CZ, FI, IE, PT (2005–2010), DK, LV, NL, NO (2006–2011); zu Darmkrebs: PL (2003–2008); DE, DK (2004–2009), BE, CZ, FI, IE, PT (2005–2010), LV, NL, NO (2006–2011)

Quelle: OECD (2014c), Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.3.3.3 Sterblichkeit nach Schlaganfall und Herzinfarkt innerhalb von 30 Tagen nach stationärer Aufnahme

Wie in Punkt 3.3.1.3 erläutert, zählen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems – darunter ischämischer Schlaganfall und Herzinfarkt – zu den häufigsten Todesursachen in Europa. Der Indikator Mortalität nach ischämischem Schlaganfall und Herzinfarkt innerhalb von 30 Tagen nach stationärer Aufnahme bzw. Einlieferung gibt den prozentuellen Anteil je 100 Personen (über 45 Jahren) wieder, die mit der Primärdiagnose ischämischer Schlaganfall und Herzinfarkt aufgenommen werden und binnen der ersten 30 Tage nach Einlieferung im selben Spital versterben (inkl. 0-Tagesaufenthalte)⁴⁸.

Die Mortalität innerhalb von 30 Tagen nach Einlieferung von Personen mit diesen beiden Krankheitsbildern erlaubt Rückschlüsse auf die Qualität der Behandlung, die hierbei vor allem in der Akutphase eine entscheidende Rolle spielt.

Der ischämische Schlaganfall ist mit 85 Prozent die am häufigsten auftretende Insult-Form. Bei näherer Betrachtung der in Abbildung 3.39 dargestellten Länder fallen zunächst die alters- und geschlechtsstandardisierten Mortalitätsraten Lettlands mit 19 je 100 Patient/innen auf. Beinahe 13 von 100 Patient/innen verstarben in Slowenien innerhalb von 30 Tagen nach Einlieferung bei Schlaganfall im Krankenhaus. In Dänemark waren dies im Vergleich 4,1 Personen. In Österreich war 2011 die Wahrscheinlichkeit binnen 30 Tagen nach Einlieferung an einem ischämischen Schlaganfall zu versterben mit einer Rate von 6,0 von 100 Patient/innen relativ gering und im Vergleich zu den dargestellten EU-Ländern (9,2) unterdurchschnittlich.

Die Todesrate bei Herzinfarkt, auch AMI (acute myocardial infarction) genannt, wird in einigen Ländern, wie in Dänemark oder dem Vereinigten Königreich, als Indikator für Leistungsvergleiche von Krankenhäusern herangezogen und findet sich in der Literatur allgemein als Qualitätsindikator von Krankenhäusern (OECD 2012b).

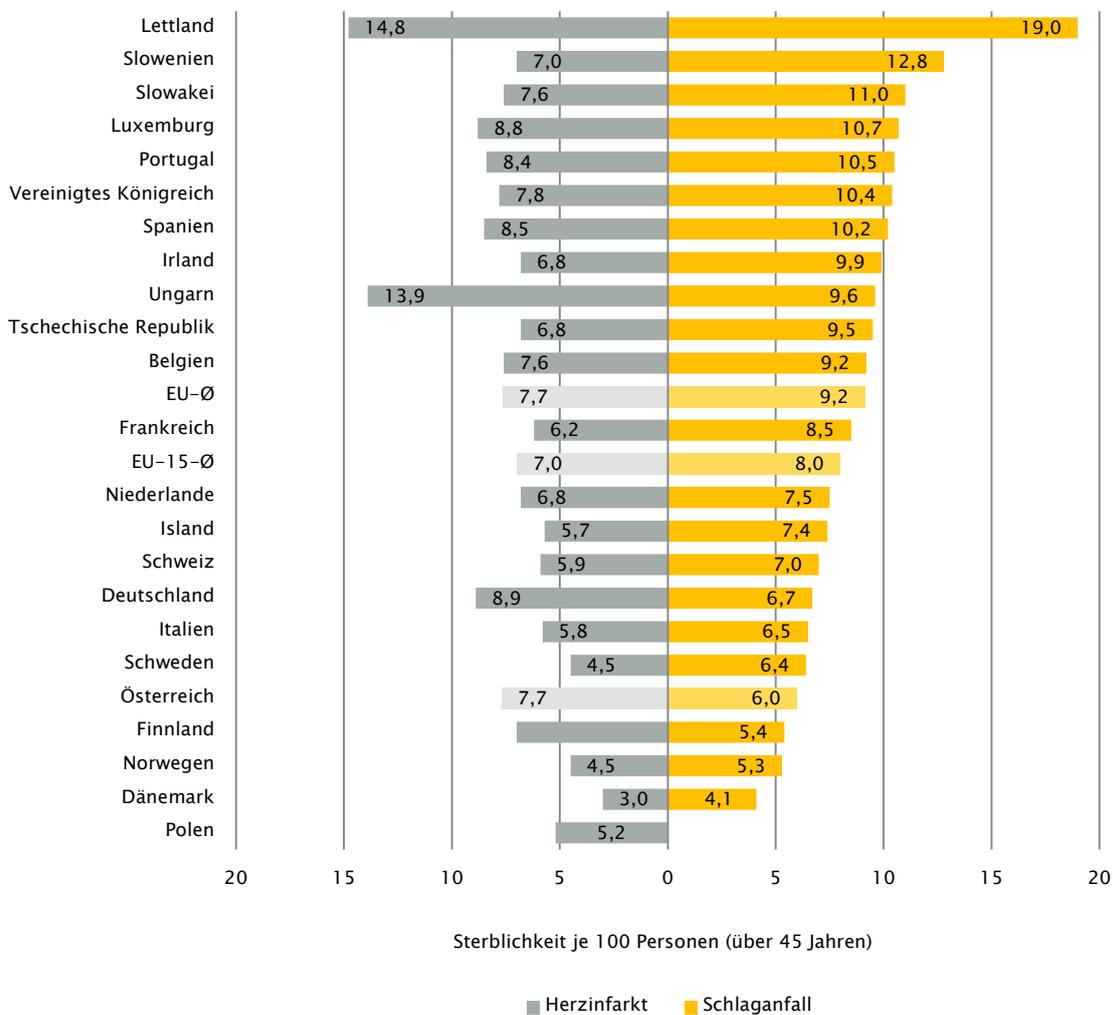
Die alters- und geschlechtsstandardisierten Mortalitätsraten zeigen, dass Lettland im Jahr 2011 die höchste Sterblichkeitsrate mit 14,8 je 100 Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach Einlieferung an einem Herzinfarkt verstarben, aufwies. Österreich lag mit einem Wert von 7,7 Verstorbenen im EU-Durchschnitt der dargestellten EU-Länder und leicht über dem EU-15-Durchschnitt (7,0).

48

Patiententransfers werden aufgrund der bisherigen OECD-Definition nicht ausgeschlossen, daher kann es zu Mehrfachzählungen in der Grundgesamtheit des Indikators kommen.

Abbildung 3.39:

Europäischer Vergleich: Mortalität je 100 Personen (über 45 Jahren) nach ischämischem Schlaganfall und Herzinfarkt innerhalb von 30 Tagen nach Einlieferung, 2011



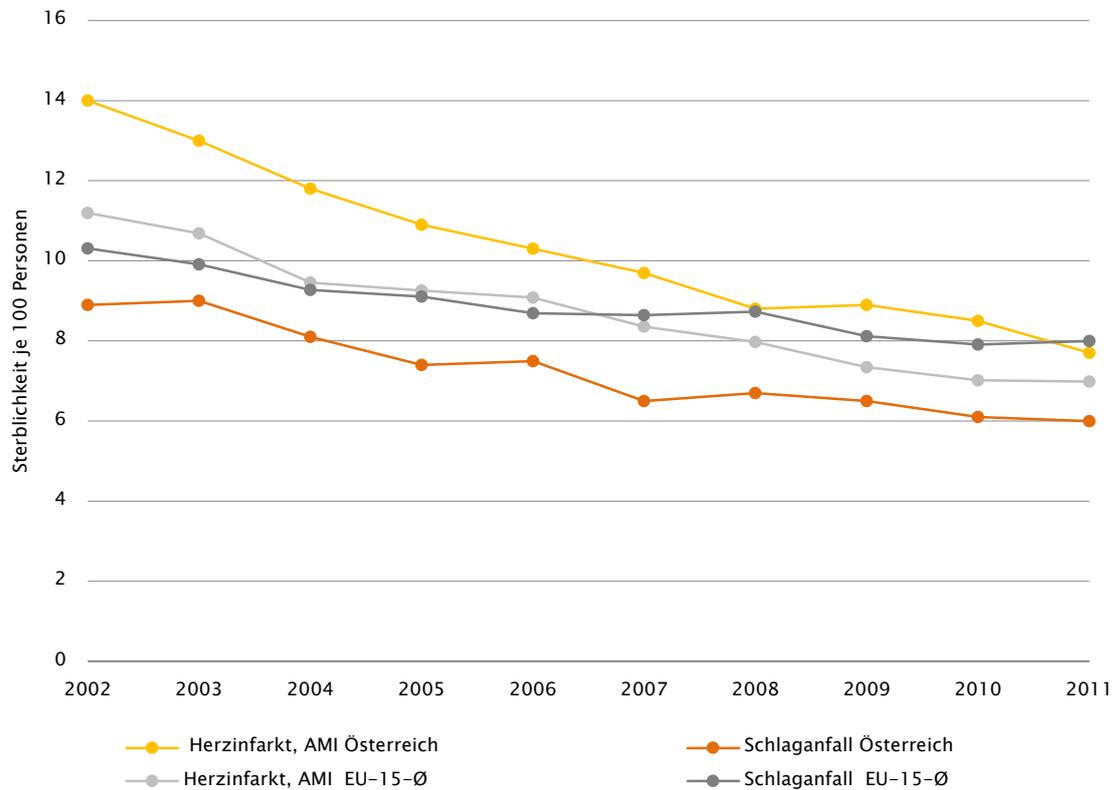
Geschlechts- und altersstandardisierte Raten
 Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: BE, HU, LV (2009), CH, FR, NL (2010)
 Keine Werte verfügbar für Sterblichkeit nach Schlaganfall: PL
 Berechnung des EU-15-Durchschnitts ohne EL

Quelle: OECD (2012a), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 3.40 veranschaulicht die Entwicklung der Mortalität je 100 Personen (über 45 Jahren) nach ischämischem Schlaganfall und Herzinfarkt innerhalb von 30 Tagen nach Einlieferung im selben Krankenhaus. Es wird deutlich, dass sich die Anzahl an Verstorbenen seit dem Jahr 2002 sowohl in Österreich als auch in Europa merklich reduziert hat. So verstarben im Jahr 2011 in Österreich nur noch halb so viele Personen nach einem Herzinfarkt in Spitälern wie noch zehn Jahre zuvor.

Abbildung 3.40:

Europäischer Vergleich: Entwicklung der Mortalität je 100 Personen (über 45 Jahren) nach ischämischem Schlaganfall und Herzinfarkt innerhalb von 30 Tagen nach Einlieferung, 2002–2011



Geschlechts- und altersstandardisierte Raten
Berechnung des EU-15-Durchschnitts ohne EL

Quelle: OECD (2014c), Darstellung: GÖG/ÖBIG

4 Ergebnisanalyse

Dieses Kapitel fasst die wesentlichen Ergebnisse der Kapitel 2 und 3 zusammen und unterzieht sie einer kritischen Reflexion, wobei jede für diesen Bericht gewählte Indikatoren-Dimension (Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz; Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme; gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse) zunächst gesondert analysiert wird.

Hierbei werden – je nach Dimension – die erhobenen Indikatoren aufgelistet und den jeweiligen EU-15-Durchschnittswerten grafisch gegenübergestellt. Dies geschieht sowohl für die jüngsten verfügbaren Werte (im Regelfall 2012) als auch für Werte aus dem Jahr 2003 (sofern verfügbar), um die Entwicklung im Zeitablauf sichtbar zu machen. Zudem werden in der Grafik zu jeder Dimension die Maximal- und Minimalabweichungen der EU-15-Länder im Jahr 2012 hinterlegt, um die Position Österreichs bzw. die Spannweite der Indikatorausprägungen darzustellen. Die absoluten Werte für die Jahre 2012 und 2003 (bzw. letztverfügbares Jahr) werden zudem unterhalb der Grafiken als Tabelle angezeigt.

Die Ergebnisse zu den einzelnen Indikatoren werden konzipiell zusammengefasst kommentiert sowie in Hinblick auf deren gesundheitspolitische Relevanz bzw. Ausprägung diskutiert.

Darüber hinaus ist auch festzuhalten, dass eine Annäherung an den Durchschnittswert der EU-15-Länder nicht zwangsweise ein gesundheitspolitisch erstrebenswertes Ziel sein muss: So können beispielsweise niedrigere Selbstzahlungen oder aber auch eine höhere Ressourcendichte oder ein definierter, überdurchschnittlicher Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP eine durchaus politisch erwünschte Entwicklung sein, die sich eben in entsprechenden Abweichungen widerspiegelt, ohne dass daraus unmittelbare Handlungsnotwendigkeiten abzuleiten wären.

Auch ist zu berücksichtigen, dass eine Annäherung an den EU-15-Durchschnitt im Zeitverlauf nicht zwangsläufig mit einem Rückgang oder Sinken einzelner Werte verbunden sein muss. So ist es beispielsweise ebenso möglich, dass sich die EU-15-Durchschnittswerte verändert haben, während Österreichs Werte konstant geblieben sind.

4.1 Analyse: Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz

Abbildung 4.1 stellt die österreichischen Indikatorenwerte zur Dimension Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz jenen des EU-15-Durchschnitts gegenüber und zeigt die Entwicklung zwischen den Jahren 2003 und 2012. Österreich weist bei den eingesetzten Ressourcen („Inputs“) wie Gesundheitsausgaben, Personal und Strukturen (Akutbetten, Großgeräte) überdurchschnittliche Werte auf. Vier Indikatoren zeigen über den Zeitverlauf eine leichte Entfernung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt (Gesundheitsausgaben pro Kopf, Ausgaben für stationäre Versorgung, Ärztedichte und Akutbettendichte). Im Zeitverlauf veränderten sich Gesundheitsausgabenquote (GHA in % des BIP), Ausgaben für ambulante Versorgung sowie Pflegepersonaldichte im Vergleich zum EU-15-Durchschnitt nur unwesentlich. Lediglich bei der Anzahl

der medizinischen Geräte (CT und MR) ist über den Zeitverlauf eine Konvergenz zum EU-15-Durchschnitt festzustellen.

Wie viel wird für das Gesundheitssystem ausgegeben?

Die Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP liegen in Österreich mit 10,8 Prozent über dem EU-15-Durchschnitt von 9,8 Prozent und deutlich über der durchschnittlichen Ausgabenquote aller EU-Länder (9,1 %). In den vergangenen Jahren lag Österreich stets über dem Mittel der EU-15-Länder. So betrug das durchschnittliche reale Wachstum der Gesundheitsausgaben pro Kopf in Österreich in den Jahren 2003 bis zum Jahr 2012 1,9 Prozent, während das Wachstum im EU-15-Durchschnitt mit 1,7 Prozent entsprechend niedriger ausfiel.

Die absoluten Gesundheitsausgaben pro Kopf in Österreich (4.067 €) sind im Vergleich zum Durchschnitt der EU-15-Länder (3.347 €) verhältnismäßig hoch, die höchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf in der EU gab es im Jahr 2012 in Dänemark mit 4.818 Euro. Rund drei Viertel (75,4 %) der gesamten österreichischen Gesundheitsausgaben werden von der öffentlichen Hand getragen, wobei die Verteilung zwischen privaten und öffentlichen Ausgaben dem Durchschnittswert der EU-15-Länder entspricht.

Die Ausgaben für die ambulante Gesundheitsversorgung (extra- und intramural) liegen im Jahr 2012 geringfügig über EU-15-Durchschnitt. Die Ausgabendynamik ist dabei sehr ähnlich der Entwicklung der EU-15-Länder.

Österreich wendet im europäischen Länder-Vergleich der laufenden Gesundheitsausgaben für den stationären Sektor den zweithöchsten Anteil auf. Auch bei den absoluten Ausgaben pro Kopf gibt Österreich mit rund 1.340 Euro die höchste Summe für die stationäre Versorgung aus. Obgleich hohe Ausgaben für den stationären Bereich bei entsprechender Versorgungswirksamkeit ein vergleichsweise niedrigeres Ausgabenniveau im ambulanten Sektor zur Folge haben können (Annahme der teilweisen Substituierbarkeit von ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen), ist dies in Österreich nicht der Fall.

Wie viele Ressourcen werden aufgewendet?

Die Großgerätedichte in den untersuchten EU-Gesundheitssystemen ist heterogen ausgeprägt. In Österreich liegt die Großgeräte-Dichte (CT und MR) mit 4,89 Geräten je 1.000 Einwohner/innen über dem EU-15-Durchschnitt (3,74 Geräten) und zählt damit zu den höchsten in den EU-15-Ländern. Im Zeitraum 2003 bis 2012 lässt sich jedoch eine deutliche Annäherung Österreichs an den EU-15-Durchschnitt beobachten.

Österreich weist im europäischen Vergleich mit 4,9 praktizierenden Ärzten/Ärztinnen (niedergelassener und stationärer Bereich) je 1.000 Einwohner/innen eine hohe Ärztedichte auf und nimmt nach Griechenland mit 6,2 Ärzten/Ärztinnen je 1.000 Einwohner/innen den zweiten

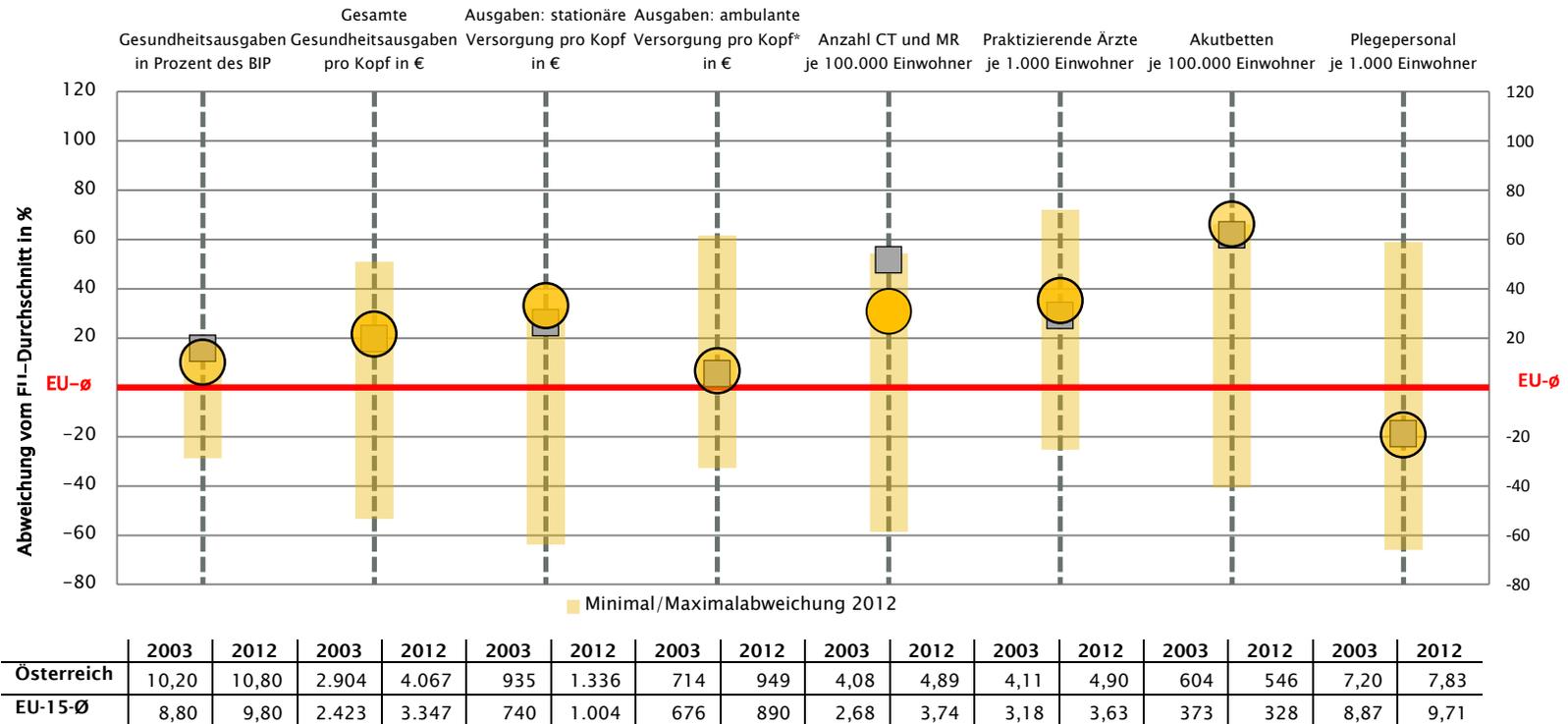
Rang ein.⁴⁹ Zwischen den Jahren 2003 und 2012 nahm die Ärztedichte im EU-15-Durchschnitt weniger stark zu als in Österreich. Der hohe Anteil an praktizierenden Ärztinnen und Ärzten wurde somit in Österreich im europäischen Vergleich noch weiter gesteigert.

Österreich zeichnet sich neben Deutschland im EU-Vergleich durch die größte Versorgungskapazität im stationären Bereich (Bettendichte) aus. Dies trifft sowohl für die gesamten Krankenhausbetten wie auch für die Akutbetten je 100.000 Personen zu. Im Zeitraum 2003 bis 2012 entfernte sich Österreich hinsichtlich Akutbettendichte leicht vom EU-15-Durchschnitt, und zeigt einen langsameren Rückgang der Akutbettendichte gegenüber dem EU-15-Durchschnittswert. Die von Österreich vorgenommene Reduktion der 604 Akutbetten (2003) auf 546 Akutbetten je 100.000 Einwohner/innen (2012) deutet aber auf eine sich abzeichnende Strukturanpassung an.

49

Bei der Interpretation dieser Kennzahl hinsichtlich Versorgungswirksamkeit für Österreich ist zu berücksichtigen, dass zur Ermittlung der Ärztedichte auch jener Anteil der ausschließlich in niedergelassener Praxis tätigen Ärzten/Ärztinnen ohne Kassenvertrag (Wahlärzte/Wahlärztinnen) berücksichtigt wurde.

Abbildung 4.1:
Übersicht: Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz – Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt, 2003 und 2012



* Inklusive Ausgaben für Zahnbehandlungen
Der gelbe Kreis wie auch das graue Quadrat zeigen die Abweichungen Österreichs vom EU-15-Durchschnitt in den Jahren 2012 bzw. 2003. Der orange Balken im Hintergrund veranschaulicht die Streuung der jeweiligen Ausprägungen in den Mitgliedstaaten der EU im Jahr 2012.

Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Dimension Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz – Diskussion wesentlicher Entwicklungen

Im europäischen Vergleich (EU-15) können für die Dimension Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz folgende Feststellungen getroffen werden:

- » Die Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP sind in Österreich im EU-Vergleich nach wie vor überdurchschnittlich; das Ausgabenwachstum seit 2003 ist im Vergleich zu den anderen Ländern jedoch etwas moderater, was auf verhältnismäßig hohe Ausgabensteigerungen in den 1990er Jahren in Österreich und damit bereits auf ein hohes Ausgangsniveau für den Betrachtungszeitraum 2003 bis 2012 sowie eine vergleichsweise gute bzw. weniger dramatische Konjunktorentwicklung zurückgeführt werden kann. So umfasst der Betrachtungszeitraum auch die Implikationen der Rezession seit dem Ende der 2000er Jahre, die in zahlreichen europäischen Ländern und auch im EU-15-Durchschnitt einen Rückgang der realen Gesundheitsausgaben pro Kopf für das Jahr 2010 zur Folge hatte (Europäische Kommission 2012). Auch in Österreich ließ das Wachstum der Gesundheitsausgaben im Zuge der Wirtschafts- und Finanzkrise nach, allerdings kam es zu keiner effektiven Reduktion des Ausgabenniveaus (s. Abschnitt 3.1) und für das Jahr 2012 kann bereits wieder eine entsprechende Zunahme des Ausgabenwachstums festgestellt werden (OECD 2014a).
- » Trotz der etwas schwächeren Dynamik der Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP im EU-15-Vergleich stiegen die Gesundheitsausgaben in Österreich im Zeitraum 2003 bis 2012 stärker als das österreichische Bruttoinlandsprodukt (siehe auch Abschnitt 2.2) Im Rahmen der im Jahr 2012 vereinbarten Gesundheitsreform zur Zielsteuerung-Gesundheit wurde daher für die Zeitperiode bis 2016 eine schrittweise Annäherung des nominellen Wachstums der Gesundheitsausgaben an das Wachstum des Bruttoinlandsproduktes (Mittelfristprognose) fixiert. Auf Basis erster Ergebnisse aus der Gesundheitsreform ist davon auszugehen, dass das Niveau der öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in Österreich in Relation zum Bruttoinlandsprodukt zumindest kurzfristig stabilisiert werden kann. So liegen die öffentlichen Gesundheitsausgaben im Jahr 2012 trotz des stärkeren Ausgabendrucks als Folge der Nachkrisenperiode etwas unterhalb der vereinbarten Ausgabenobergrenzen. Für die Jahre 2013 und 2014 werden Unterschreitungen der Ausgabenobergrenzen für die zielsteuerungsrelevanten Ausgabenpositionen erwartet (GÖG/ÖBIG 2014).
- » Österreich hält bei den Großgeräten, den praktizierenden Ärztinnen und Ärzten sowie den Krankenhausbetten nach wie vor überdurchschnittliche Kapazitäten vor (Gönenç et al. 2011; OECD 2011). In den vergangenen zehn Jahren nahmen die Anzahl der Großgeräte sowie die Anzahl praktizierender Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohner/innen kontinuierlich zu. Die Akutbettenanzahl je 100.000 Einwohner/innen konnte im 10-Jahresvergleich zwar reduziert werden, dennoch liegt Österreich nach wie vor im europäischen Spitzenfeld, da auch im EU-15-Durchschnitt die Akutbettendichte im Zeitverlauf gesunken ist.
- » In Österreich besteht im Europa-Vergleich eine hohe Dichte an medizinisch-technischen Großgeräten (insbesondere CT- und MR-Geräte). Dies deutet auf ein generell hohes Niveau technischer Ressourcenausstattung und damit auch medizinischer Versorgung hin, andererseits scheinen aber nicht zuletzt bei Betrachtung der regionalen Verteilung der medizinisch-technischen Großgeräte (vgl. Tabelle 2.11) zum Teil Parallelitäten in der

Versorgungsstruktur (ambulant und stationär) zu bestehen, die die Frage eines effizienten Ressourceneinsatzes sowie erforderlicher sektoraler und (über-)regionaler Abstimmungen in den Vordergrund rücken. Im EU-15-Durchschnitt ist feststellbar, dass sich insbesondere die Großgerätedichte europaweit dem österreichischen Niveau annähert und somit andere europäische Staaten in der technologischen Ressourcenausstattung nachgezogen haben (vgl. Abbildung 4.1).

- » In Hinblick auf die hierorts vergleichsweise hohe Ärztedichte (vgl. Abbildung 3.7:.) ist zu beachten, dass in Österreich im Vergleich zu anderen europäischen Ländern viele Gesundheitsleistungen (z. B. regelmäßige Untersuchungen für chronisch Kranke, Leistungen im Bereich der Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung, Behandlung kleinerer Verletzungen, Impfungen) direkt von Ärztinnen und Ärzten und nicht von nichtärztlichem Gesundheitspersonal, wie z. B. spezialisierten Pflegekräften oder Apotheker/innen, erbracht werden. Dies trifft sowohl auf den stationären als auch den ambulanten Sektor zu und spiegelt sich auch in der vergleichsweise niedrigen Anzahl an Pflegepersonen je 1.000 Einwohner/innen wider (siehe auch Abbildung 4.1). Generell ist in Bezug auf die personelle Ressourcenausstattung festzustellen, dass sich die österreichische Entwicklung gegenläufig zum EU-15-Trend verhält: So stieg die Anzahl der Ärzte/Ärztinnen ausgehend von einem hohen Niveau im Jahr 2003 bis zum Jahr 2012 stärker als der europäische Durchschnittswert (Gönenç et al. 2011), während die Zahl der Pflegepersonen ausgehend von einem unterdurchschnittlichen Niveau nur etwa gleich stark wie der EU-15-Durchschnittswert gestiegen ist. Gesundheitsökonomisch deutet dieser Umstand auf einen überdurchschnittlich hohen Einsatz an hochqualifizierten Berufsgruppen und auf Effizienzpotenziale im Personaleinsatz hin. Dies kann auf den starken Fokus ärztlicher Leistungserbringung zurückgeführt werden und weist das österreichische Gesundheitssystem nach wie vor als vergleichsweise ressourcenintensiv aus. Im Zuge der Gesundheitsreform wurden verschiedene Maßnahmen programmatisch festgelegt (u. a. Entwicklung multiprofessioneller und interdisziplinärer Versorgungsformen, Ableitung von Kompetenzprofilen für Gesundheitsberufe), die mittelfristig eine Entlastung des ärztlichen Personals erwarten lassen.
- » Das österreichische Gesundheitssystem zeigt eine starke Versorgungskonzentration im stationären Bereich. Sowohl hinsichtlich der Bettendichte als auch der stationären Ausgaben verzeichnet Österreich im EU-Raum Spitzenwerte. Daraus können Hinweise für noch vorzunehmende Anpassungen in der stationären Struktur abgeleitet werden. Diesen wird im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit in Form von bereits gesetzten Maßnahmen, wie z. B. Reduktion der Krankenhaushäufigkeit und der durchschnittlichen Verweildauer, Steigerung von tagesklinischer Leistungserbringung oder Optimierung der Behandlungsprozesse (Senkung präoperativer Verweildauern) Rechnung getragen. Die durch die zersplitterten Kompetenzen im gesamten Gesundheitswesen und die oftmals strikten Grenzen zwischen intra- und extramuralem Sektor erschwerten Möglichkeiten, strukturelle Anpassungen durchzuführen (Rechnungshof/IHS/WIFO 2010), werden mit der im Zuge der Zielsteuerung-Gesundheit vereinbarten gemeinsame Steuerung des Gesundheitswesens aufgegriffen und schrittweise bearbeitet. Allerdings behindern historisch gewachsene Strukturen und Partikularinteressen eine schnellere und nachhaltigere Veränderung der Versorgungsstrukturen.

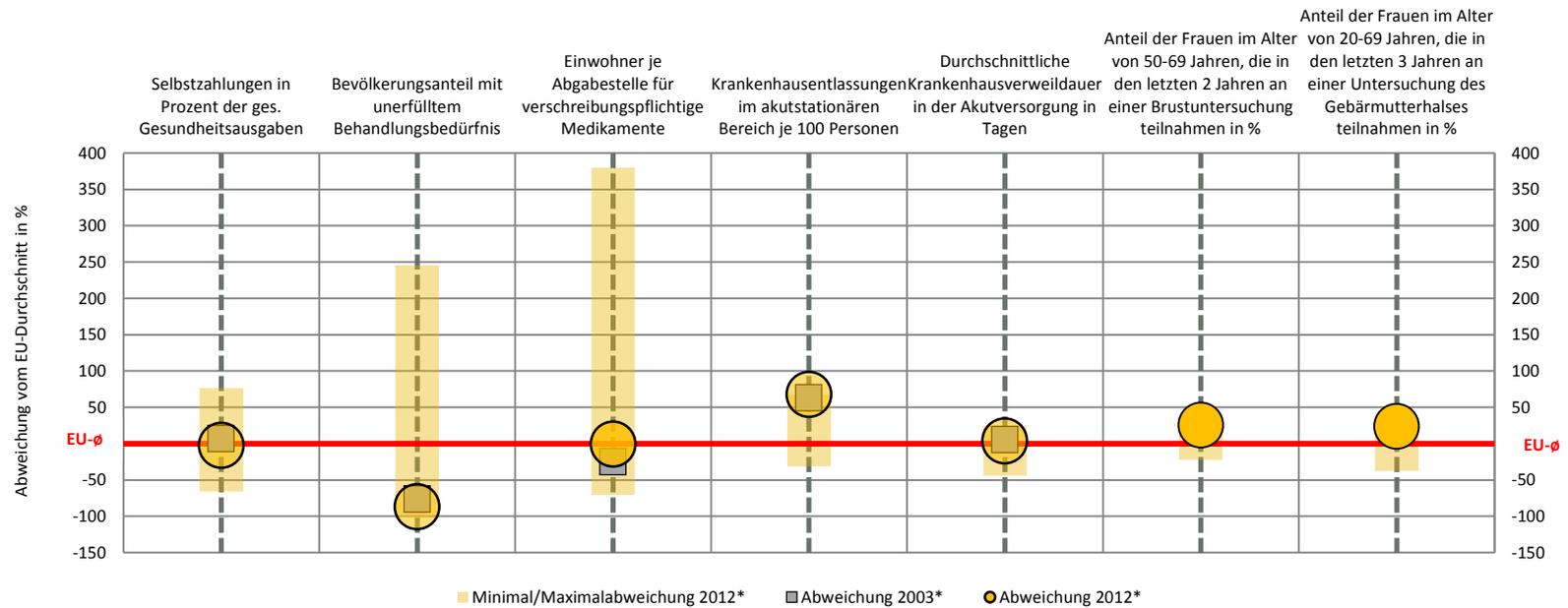
4.2 Analyse: Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme

Nachstehende Abbildung 4.2 fasst die Indikatoren der Dimension Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme zusammen und zeigt die Abweichungen der entsprechenden Werte vom EU-15-Durchschnitt für die Jahre 2003 und 2012 respektive für die jüngsten verfügbaren Jahre.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass es bei den hier beobachteten Indikatoren im europäischen Kontext hohe Spannweiten (Minimal- und Maximalabweichung) gibt und Österreich – mit Ausnahme der Krankenhaushäufigkeit, mit der es seit langem im europäischen Spitzenfeld liegt – zufriedenstellende Ergebnisse aufweist.

Abbildung 4.2:

Übersicht: Gerechtigkeit, Zugang, Inanspruchnahme – Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt, 2003* und 2012*



	2003	2012	2004	2012	2003	2013	2003	2011	2003	2012	2003	2011	2003	2011
Österreich	17,0	15,7	0,60	0,30	3.773	3.692	25,6	25,9	7,2	6,5	n.a.	80,2	n.a.	81,5
EU-15-Ø	15,9	16,1	2,55	2,31	5.018	3.718	15,7	15,5	6,8	6,3	n.a.	63,9	n.a.	66,0

* Oder jüngstes verfügbares Jahr

Der gelbe Kreis wie auch das graue Quadrat zeigen die Abweichungen Österreichs vom EU-15-Durchschnitt in den Jahren 2012 bzw. 2003. Der orangefarbene Balken im Hintergrund veranschaulicht die Streuung der jeweiligen Ausprägungen in den Mitgliedstaaten der EU im Jahr 2012.

Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Wie gerecht ist die Gesundheitsversorgung?

Wie ist der Zugang zum Gesundheitssystem einzustufen?

Der Anteil an Selbstzahlungen privater Haushalte in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben (Out-of-Pocket-Anteil) liegt in Österreich für das Jahr 2012 mit 15,7 Prozent unter dem EU-15-Durchschnitt (16,1 %). Im Zeitverlauf (2003–2012) kam es zu einer Reduktion des Anteils der Selbstzahlungen in Österreich von 1,3 Prozentpunkten, während im EU-15-Durchschnitt ein geringfügiger Anstieg von 0,2 Prozent zu verzeichnen war.

Österreich gehört zu jenen EU-15-Ländern, die den niedrigsten Anteil an Personen mit einem geäußerten unerfüllten Behandlungsbedarf (aufgrund Entfernung, Leistbarkeit oder Wartezeiten) aufweisen. Dies trifft sowohl auf Personen mit niedrigem Einkommen (unteres Einkommensfünftel) als auch mit hohem Einkommen (oberes Einkommensfünftel) zu. Der EU-15-Durchschnitt wird besonders durch verhältnismäßig hohe Werte in Griechenland, Italien und Finnland beeinflusst und ist entsprechend vorsichtig zu internationalen Vergleichszwecken heranzuziehen.

Verschreibungspflichtige Arzneimittel sind in Österreich vergleichsweise einfach zu beziehen. So versorgte eine Arzneimittelabgabestelle (Apotheke, Filialapotheke, Krankenhausapotheke oder die hausapothekenführende Ärzteschaft) im Jahr 2013 durchschnittlich rund 3.700 Einwohner/innen und lag damit am EU-15-Durchschnitt. Seit 2003 blieb die Anzahl der versorgten Personen in Österreich nahezu konstant, während sich im EU-15-Durchschnitt die zu versorgende Klientel von rund 5.000 (2003) auf rund 3.700 (2012) reduzierte, mit heterogener Ausgestaltung in den EU-15-Ländern.

Wie stark und wo werden Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen?

Die Krankenhaushäufigkeit (Krankenhausentlassungen im akutstationären Bereich je 100 Personen) ist in den EU-15-Ländern sehr unterschiedlich. Österreich verzeichnete mit 25,9 Krankenhausentlassungen im akutstationären Bereich je 100 Personen mit Abstand die höchste Ausprägung im Jahr 2011 und lag damit um mehr als 60 Prozent über dem EU-15-Durchschnittswert. Seit 2009 ist für Österreich jedoch ein Rückgang der durchschnittlichen Anzahl an Krankenhausentlassungen beobachtbar, der sich auch – wie in Abbildung 2.4 dargestellt – bis zu den aktuell für Österreich verfügbaren Auswertungen des Jahres 2013 mit 24,9 Krankenhausentlassungen je 100 Personen fortsetzt.

Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer in der Akutversorgung liegt in den EU-15-Ländern zwischen 3,5 Tagen in Dänemark und 7,8 Tagen in Deutschland. Österreich befindet sich mit 6,5 Belagstagen im Mittelfeld, damit aber geringfügig über dem EU-15-Mittel von 6,3 Belagstagen. Seit dem Jahr 2003 ist die durchschnittliche Krankenhausverweildauer in der stationären Akutversorgung im EU-15-Raum gesunken. Auch in Österreich nahm der Wert zu diesem Parameter im Betrachtungszeitraum kontinuierlich ab.

Zur Inanspruchnahme von Krebs-Screening-Programmen liegen Werte für das Jahr 2011, aber keine Vergleichswerte für den Zehnjahresvergleich vor. Österreich lag beim Brustkrebs-Screening mit einer durchschnittlich 80-prozentigen Inanspruchnahmerate bei den befragten Frauen

deutlich über dem EU-15-Durchschnitt mit etwa 64 Prozent Inanspruchnahme. Der Indikator für Gebärmutterhalsuntersuchungen lag mit einer Inanspruchnahmerate von fast 82 Prozent ebenfalls über dem EU-15-Durchschnitt von 66 Prozent.

Dimension Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme – Diskussion wesentlicher Entwicklungen

Zur Dimension „Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme“ sind aus dem EU-Vergleich folgende Aussagen ableitbar:

- » Hinsichtlich der individuellen finanziellen Belastung durch das Gesundheitssystem nimmt Österreich über den Betrachtungszeitraum hindurch eine Position im europäischen Mittelfeld ein. Der Anteil an Selbstzahlungen privater Haushalte in Prozent der laufenden Gesundheitsausgaben ist in Österreich – entgegen dem EU-15-Trend – gesunken. Österreich liegt nunmehr (2012) und im Unterschied zu etwas überdurchschnittlichen anteiligen Selbstzahlungen zu Beginn des Beobachtungszeitraums leicht unter dem EU-15-Durchschnitt. Um soziale Härtefälle auf Grund von Selbstzahlungen zu vermeiden, bestehen diverse krankheits- oder einkommensabhängige Befreiungen von Kostenbeteiligungen. Zudem ist in Österreich beinahe die gesamte Bevölkerung durch die soziale Krankenversicherung geschützt, womit grundsätzlich ein breiter Zugang zu Gesundheitsleistungen sichergestellt ist. Darüber hinaus sind seit der Einführung der e-card im Jahr 2005 systematische Ansätze zur Regulierung des Zugangs durch kontaktabhängige Selbstzahlungen (wie etwa Krankenscheingebühr etc.) weggefallen.
- » Die niederschwellige Zugänglichkeit zu Gesundheitsleistungen wird häufig im Zusammenhang mit der sehr ausgeprägten Zufriedenheit der österreichischen Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem diskutiert (TNS Opinion & Social 2010). Der Anteil an Österreichern/Österreicherinnen mit nicht erfülltem Behandlungsbedarf ist daher sehr gering. Im europäischen Vergleich deuten die Daten auf einen allgemein ausgewogenen Zugang aller gesellschaftlichen Schichten (gemessen an der Einkommenshöhe) zum Gesundheitssystem hin.
- » Generell schaffen die überdurchschnittlich hohe Betten-, Ärzte- und Großgerätedichte (vgl. vorheriger Abschnitt) die Rahmenbedingungen für einen guten Zugang zum Gesundheitssystem; Effizienzfragen der Ressourcenallokation bleiben dabei aber vielfach ausgeblendet, da zu wenig Anreize in Richtung gesamtwirtschaftliche Optimierung bestehen. Zur Bewertung der tatsächlichen Versorgungswirksamkeit sind jedenfalls die faktische Auslastung und die regionale Verteilung der Ressourcen zu berücksichtigen. Die erst zu entwickelnde bzw. zu etablierende Ergebnisqualitätsmessung im niedergelassenen Bereich sowie noch zu erarbeitende bzw. zu implementierende Versorgungsstandards können Qualität, Effektivität und Effizienz des Gesundheitssystems steigern und damit die Stellung Österreichs im internationalen Vergleich verbessern.
- » Österreich weist über den gesamten Betrachtungszeitraum hinweg die höchste Krankenhaushäufigkeit in der EU auf. Dies deutet einerseits auf einen einfachen Zugang zur stationären Versorgung, insbesondere über Spitalsambulanzen (Rechnungshof/IHS/WIFO 2010). Gleichzeitig wird in Österreich in vielen Bereichen die Leistung in vollstationärer Form

erbracht, wogegen in anderen EU-Ländern die Behandlungen entweder ambulant (z. B. bei Asthma, COPD, Bronchitis, Bluthochdruck etc.), tagesklinisch (Katarakt, Hernien, Varizen etc.) oder aber in spezialisierten intermediären Einrichtungen (insb. mit pflegerischem Charakter) erbracht werden (Rechnungshof 2011). Auch verweisen Häufigkeiten von bestimmten Diagnosen bei stationären Aufnahmen (COPD, Diabetes, Hypertonie) auf eine wenig wirksame extramurale Versorgung.⁵⁰ Im Zusammenhang mit der Umwandlung von stationären Aufenthalten in tagesklinische Aufenthalte wurden in den letzten Jahren bereits erste Erfolge verzeichnet, die insbesondere durch die Festschreibungen von Zielkorridoren für den Anteil ausgewählter tagesklinischer Leistungserbringungen im Zuge der Zielsteuerung-Gesundheit entsprechende Nachhaltigkeit erfahren haben und entlastend auf die Krankenhaushäufigkeit wirken: So konnte die Zahl der Krankenhausesentlassungen je 100 Einwohner/innen (ohne 0-Tagesaufenthalte) vom Höchststand von 26,7 Entlassungen im Jahre 2008 auf 24,9 Entlassungen gesenkt werden, zugleich kam es zu einem entsprechenden Anstieg der tagesklinischen Leistungserbringung (GÖG/ÖBIG 2014; Statistik Austria 2014k)

- » Die durchschnittliche Anzahl an Belagstagen in Akutkrankenanstalten liegt in Österreich geringfügig über dem EU-15-Durchschnitt, wobei sich die Werte im untersuchten europäischen Raum sehr heterogen darstellen. Vor dem Hintergrund überdurchschnittlicher Krankenhaushäufigkeit ist diese Tatsache zu problematisieren, da hohe Krankenhaushäufigkeit tendenziell niedrigere Verweildauern vermuten ließe (im Rahmen hoher Spitalshäufigkeit würden auch jene – leichteren – Fälle stationär behandelt, die anderswo ambulant versorgt werden). Insbesondere gilt zu prüfen, inwiefern die Durchgängigkeit der Versorgungskette auch im Zusammenhang mit der sozialen und/oder pflegerischen ambulanten Betreuung derzeit gewährleistet ist und ggf. eine bessere Integration der Versorgungsangebote und –strukturen sich positiv auf die Entwicklung der Verweildauern auswirken könnte (s. Punkt 3.2.2.2).
- » In einer Bewertung der ambulanten Versorgung ist neben der Vertragsärzteschaft auch der spitalsambulante Bereich zu berücksichtigen, der in Österreich überaus versorgungsrelevant ist und auch aus Mitteln der Sozialversicherung mitfinanziert wird. Die vorherrschende Organisationsform der Einzelpraxen in der niedergelassenen (vertrags-)ärztlichen Versorgung erschwert eine bedarfs- und patientenorientierte Versorgungsstruktur insbesondere in Hinblick auf Öffnungszeiten, aber auch auf das Leistungsangebot. Strukturinnovationen bzw. bedarfsorientierte Anpassungen in der ambulanten Versorgung sollen daher im Rahmen der Gesundheitsreform 2012 mit einer sektorenübergreifenden Planung und Steuerung auf Grundlage zu vereinbarenden Zielvorgaben gefördert werden.
- » Der Zugang zu ambulanter ärztlicher Versorgung ist prinzipiell einfach und niederschwellig gegeben. Bei einigen Fachärztinnen und Fachärzten kann es aber teilweise zu längeren Terminwartezeiten kommen, wobei einkommensstärkere Personen leichter auf die Versorgung durch Wahlärzte/-ärztinnen (niedergelassene Ärzte/Ärztinnen ohne Kassenvertrag) ausweichen können. Darüber hinaus ist die Ärztedichte in ländlichen Bereichen

50

Siehe hierzu auch das Konzept der Ambulatory Care Sensitive Conditions wie etwa von Frank beschrieben (Frank 2009).

geringer als in Städten (Fischer 2009). Die freie Arztwahl wirkt sich auf Zugänglichkeit und Patientenzufriedenheit positiv aus.

- » Österreich verfügt über ein vergleichsweise dichtes Netz an Apotheken. Der Zugang zu Arzneimitteln gestaltet sich daher relativ einfach für die Bevölkerung. Darüber hinaus ist durch die zentrale Planung auch eine geografisch homogene Versorgung sichergestellt.
- » Rund 250 von 100.000 Österreichern/Österreicherinnen erkranken jährlich an Krebs (vgl. Punkt 3.3.3.2). Bösartige Tumorerkrankungen stellen insgesamt die zweithäufigste Todesursache dar (Abbildung 3.23). Während die Anzahl an Neuerkrankungen in den vergangenen Jahren stieg, ist die Sterblichkeit durch Krebs zurückgegangen. Dies ist unter anderem auf frühere Diagnosestellungen, die vor allem durch Screeninguntersuchungen erreicht werden können, zurückzuführen. Zudem werden im Gegensatz zu anderen Ländern Krebs-Screeninguntersuchungen in allen Einkommensschichten vergleichsweise ausgewogen in Anspruch genommen.

4.3 Analyse: Gesundheitsbezogenen Leistungsergebnisse (Outcomes)

Nachstehende Abbildungen (Abbildung 4.3 und Abbildung 4.4) fassen die Indikatoren der Dimension gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse zusammen und zeigen die Abweichungen der entsprechenden Werte vom EU-15-Durchschnitt für die Jahre 2003 und 2012 beziehungsweise letztverfügbare Jahre. Es ist festzustellen, dass Österreich in den zentralen gesundheitsbezogenen Parametern dieser Dimension, wie beispielsweise Lebenserwartung, gesunde Lebensjahre, Sterblichkeit, Säuglingssterblichkeit oder dem Gesundheitswesen zurechenbare Sterblichkeit nahe dem EU-15-Durchschnitt liegt. Beim Parameter Mortalität nach Schlaganfall rangiert Österreich besser als der EU-15-Durchschnittswert. Bei den Parametern Mortalität nach Herzinfarkt und Zahngesundheit bei 12-Jährigen schneidet Österreich jedoch schlechter gegenüber dem EU-15-Durchschnittswert ab. Hinsichtlich der Lebensstilindikatoren Alkoholkonsum, Anteil der rauchenden Bevölkerung und Diabetes-mellitus-Prävalenz liegt Österreich jeweils leicht über dem EU-15-Durchschnitt und weist damit schlechtere Werte auf.

Wie gesund ist die Bevölkerung?

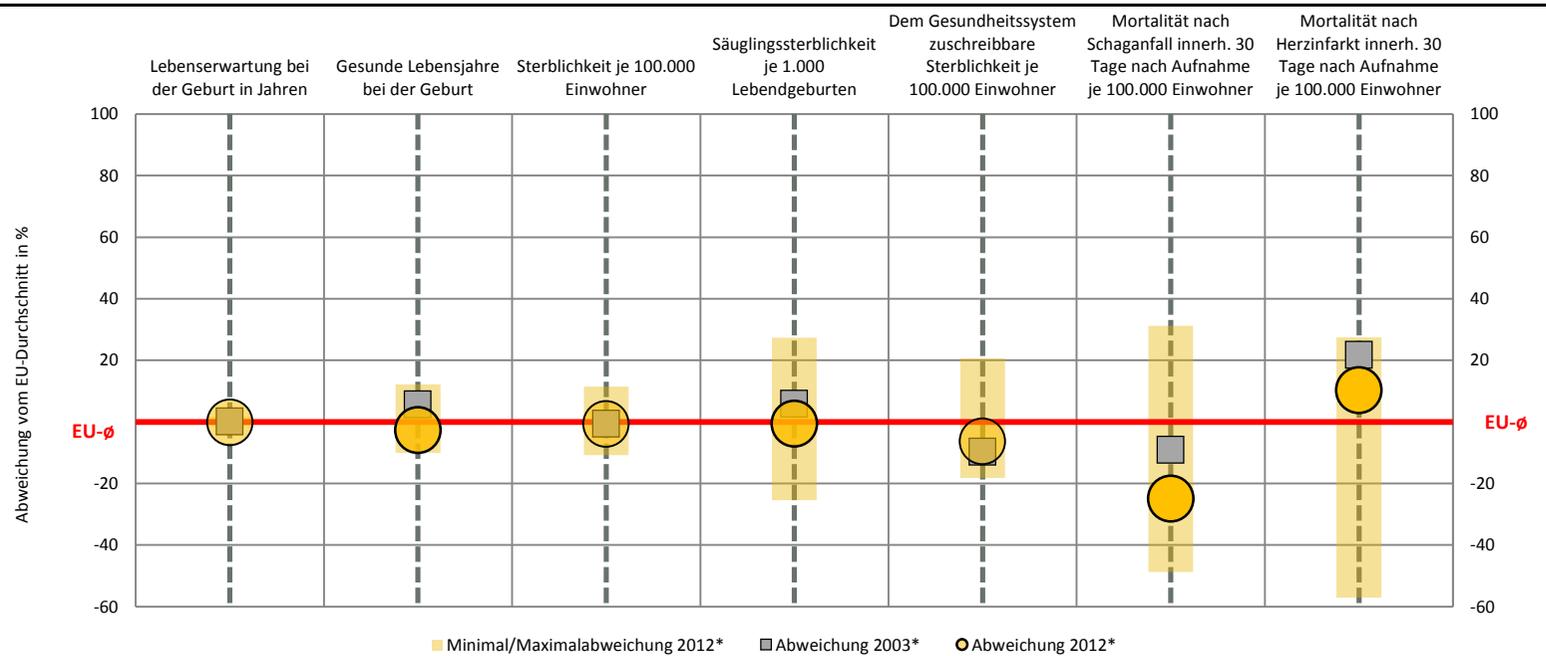
Die Lebenserwartung bei der Geburt ist in den letzten Dekaden in allen europäischen Ländern beachtlich angestiegen. Die Lebenserwartung in Österreich stieg im Zeitraum von 2003 bis 2012 um mehr als zwei Jahre. In Österreich liegt die durchschnittliche Lebenserwartung (arithmetisches Mittel aus Männern und Frauen) im Jahr 2012 mit 81 Jahren knapp unter dem EU-15-Durchschnitt von 81,2 Jahren.

Österreich liegt im europäischen Vergleich der Anzahl an gesunden Lebensjahren bei der Geburt im Jahr 2012 unter dem EU-15-Durchschnitt. Mit 62,5 Jahren bei Frauen und 60,2 Jahren bei Männern im Jahr 2012 sind dies rund zwei Jahre weniger gegenüber dem EU-15-Durchschnittswert. In Österreich sank die Anzahl an gesunden Lebensjahren bei der Geburt im Zeitraum 2003 bis 2012 stärker als im EU-15-Vergleich.

Österreich weist mit 532 Todesfällen je 100.000 Einwohner/innen eine knapp niedrigere Sterblichkeit als der EU-15-Durchschnitt mit rund 536 Todesfällen je 100.000 Einwohner/innen auf. Den höchsten Wert im EU-15-Raum markiert 2012 Dänemark mit 597 Todesfällen, den niedrigsten Italien mit 478 Todesfällen je 100.000 Einwohner/innen. Die häufigsten Todesursachen sind innerhalb Europas (EU-15) relativ ähnlich: In den meisten Ländern dominieren Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, gefolgt von bösartigen Neubildungen (Tumore) und Krankheiten der Atmungsorgane.

Abbildung 4.3:

Übersicht: Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse – Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt, 2003* und 2012* – Teil 1



	2003	2012	2003	2012	2003	2012	2003	2012	2007	2012	2003	2011	2003	2011
Österreich	78,8	81,0	67,9	61,4	655	532	4,5	3,2	69,4	58,6	9,0	6,0	13,0	7,7
EU-15-Ø	78,7	81,2	64,3	63,1	659	536	4,3	3,2	76,9	62,6	9,9	8,0	10,7	7,0

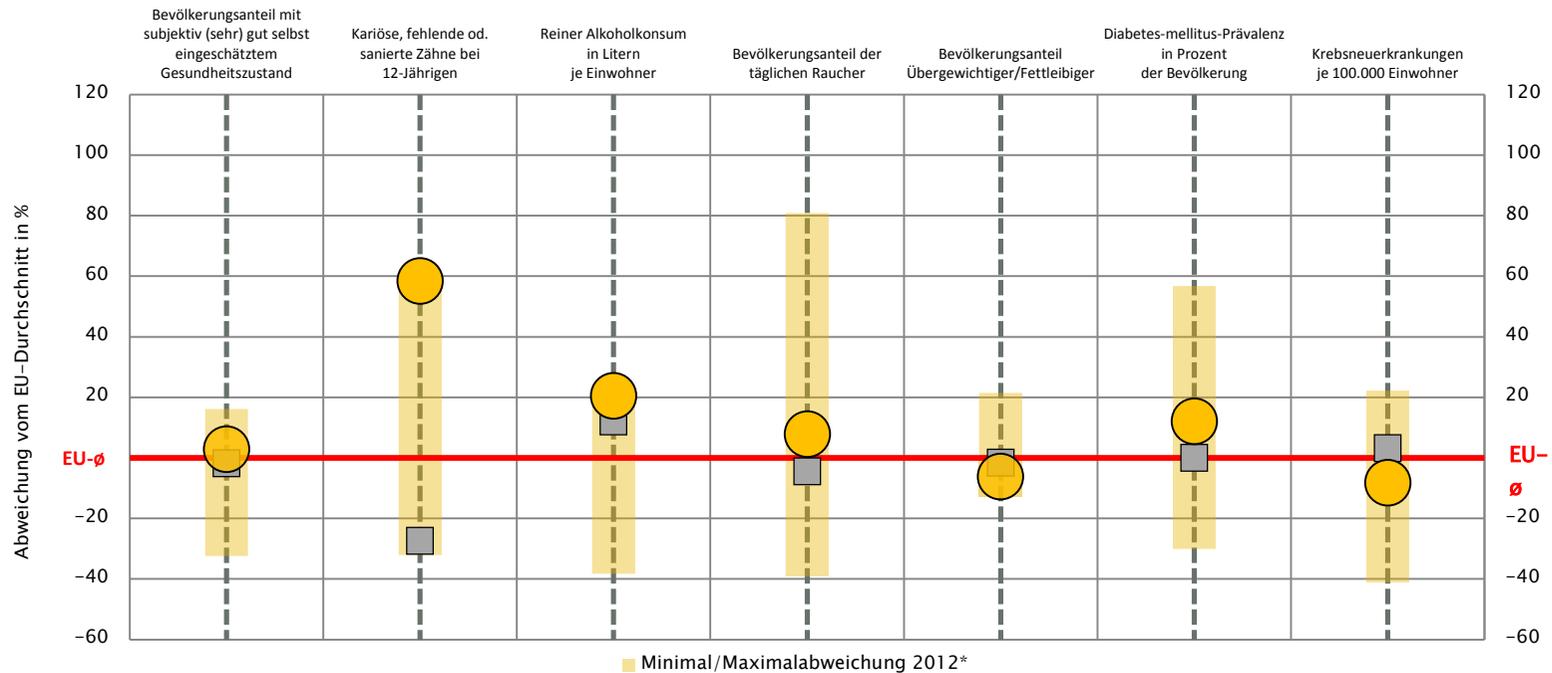
* Oder jüngstes verfügbares Jahr

Der gelbe Kreis wie auch das graue Quadrat zeigen die Abweichungen Österreichs vom EU-15-Durchschnitt in den Jahren 2012 bzw. 2003. Der orange Balken im Hintergrund veranschaulicht die Streuung der jeweiligen Ausprägungen in den Mitgliedstaaten der EU im Jahr 2012.

Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 4.4:

Übersicht: Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse – Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt, 2003* und 2012* – Teil 2



	2004	2012	2003	2012	2003	2012	2003	2012	2003	2012	2003	2013	2002	2012
Österreich	70.6	70.1	1.0	1.4	12.6	11.9	24.3	23.2	46.1	47.7	n.a.	9.3	276	254
EU-15	68.7	71.4	1.4	0.9	11.3	9.9	25.5	21.5	46.8	50.9	n.a.	8.3	267	277

* Oder jüngstes verfügbares Jahr

Der gelbe Kreis wie auch das graue Quadrat zeigen die Abweichungen Österreichs vom EU-15-Durchschnitt in den Jahren 2012 bzw. 2003. Der orange Balken im Hintergrund veranschaulicht die Streuung der jeweiligen Ausprägungen in den Mitgliedstaaten der EU im Jahr 2012.

Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Säuglingssterblichkeit ist in Europa in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich zurückgegangen. In den Jahren 2003 bis 2012 konnte sich Österreich von einem etwas höheren Wert im Jahr 2003 (Ö: 4,5, EU-15-Durchschnitt: 4,3) dem EU-Durchschnitt annähern und weist 2012 3,2 verstorbene Säuglinge innerhalb des ersten Lebensjahres je 1.000 Lebendgeburten auf.

Die Ausprägung des Indikators selbst eingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand lag in Österreich 2012 über alle Einkommensgruppen hinweg mit 70,1 Prozent der Bevölkerung, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstufen, knapp unter dem EU-15-Durchschnitt (71,4 Prozent).

Der D3MFT-Index zeigt für die untersuchten EU-Mitgliedstaaten ein West-Ost-Gefälle. Hinsichtlich der Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne im bleibenden Gebiss Zwölfjähriger liegt Österreich im Jahr 2012 mit einem Wert von 1,4 Zähnen schlechter als der EU-15-Durchschnittswert von 0,9 Zähnen, jedoch etwas besser als der durchschnittliche Wert aller beobachteten EU-Länder (1,8 Zähne kariöse, fehlende oder sanierte Zähne) (vgl. auch

Abbildung 3.27).

Hinsichtlich des Lebensstils der österreichischen Bevölkerung ist festzustellen, dass sich der Alkoholkonsum (Liter pro Person ab 15 Jahren) nach wie vor mit einem Wert von 11,9 Litern pro Person über dem EU-15-Durchschnitt von 9,9 Litern bewegt. Seit dem Jahr 2003 konnte Österreich den Alkoholkonsum pro Kopf um 0,7 Liter reduzieren, während der Wert im EU-15-Durchschnitt um 1,3 Liter sank. Der Anteil der rauchenden Bevölkerung (alle Altersgruppen ab 15 Jahren) liegt mit 23,2 Prozent nahe dem EU-15-Mittel von 21,5 Prozent der Gesamtbevölkerung, wobei anzumerken ist, dass kaum ein Land einen ähnlich hohen Anteil jugendlicher Raucher/innen (15-Jährige) – und hier insbesondere Mädchen – aufweist. Zudem fällt auf, dass in Österreich noch im Jahr 2003 der Anteil der rauchenden Bevölkerung deutlich unter dem EU-15-Durchschnitt lag (24,3 % vs. 25,5 %); die anderen europäischen Länder waren folglich im Betrachtungszeitraum erfolgreicher, die Raucherrate zu senken. Beim Anteil der übergewichtigen und adipösen Bevölkerung lag Österreich mit 47,7 Prozent unter dem EU-15-Durchschnittswert von 50,9 Prozent. Österreich bewegt sich im Vergleich zu anderen EU-15-Ländern damit am unteren Rand der Spannweite, weist also eine vergleichsweise geringe Rate an übergewichtigen oder adipösen Personen auf. Die Diabetes-mellitus-Prävalenz liegt in Europa im Jahr 2013 zwischen 5,8 Prozent (Luxemburg) und 13 Prozent (Portugal) der Bevölkerung. Österreich rangiert mit 9,3 Prozent im Mittelfeld und leicht oberhalb des EU-15-Durchschnitts von 8,3 Prozent der Bevölkerung.

Wie hoch ist die Qualität einzustufen?

Die Mortality Amenable to Health Care konnte in Österreich von 69,4 (2007) auf 58,6 (2012) Tote je Einwohner/innen reduziert werden. Der EU-15-Durchschnittswert reduzierte sich im gleichen Zeitraum von 76,9 auf 62,6 Todesfällen je 100.000 Einwohner/innen.

Die Anzahl an Krebs-Neuerkrankungen sank seit dem Jahr 2002 in Österreich auf rund 250 Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner/innen. So lag Österreich 2012 mit 254 Neuerkrankungen

je 100.000 Einwohner/innen etwas unter dem EU-15-Durchschnitt von 277. Die wenigsten Neuerkrankungen wies im Jahr 2012 Griechenland mit 163 im EU-15-Vergleich auf, die höchste Rate an Neuerkrankungen fand sich in Dänemark mit 338 je 100.000 Einwohner/innen. Krebs ist eine der häufigsten Todesursachen in Europa, die Mortalitätsrate bei Krebs geht allerdings – nicht zuletzt angesichts besserer Überlebenschancen auf Grund von Früherkennung und besseren Therapieformen – stetig zurück.

Bei der Mortalität nach Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach stationärer Aufnahme liegt Österreich mit 6 Sterbefällen je 100.000 Einwohner/innen über 45 Jahren deutlich unter dem EU-15-Schnitt von 8 Sterbefällen und weist damit eine der niedrigsten Schlaganfall-Mortalitätsraten im europäischen Vergleich auf. Die höchste Ausprägung dieses Indikators verzeichnete im Jahr 2011 im EU-15-Vergleich das Vereinigte Königreich mit einem Wert von 10,4. Österreich konnte im Zeitverlauf diesen Indikatorwert von 9 Sterbefällen je 100.000 Einwohner/innen über 45 Jahren im Jahr 2003 auf 6 im Jahr 2011 verbessern.

In Österreich ist die Mortalität nach Herzinfarkt innerhalb von 30 Tagen nach stationärer Aufnahme mit einem Wert von 7,7 Sterbefällen je 100.000 Einwohner/innen ab 45 Jahren im Jahr 2011 überdurchschnittlich (EU-15: 7). Allerdings ist seit dem Jahr 2003 eine deutliche Verringerung dieses Wertes zu beobachten, so lag der österreichische Wert damals bei noch 13 Sterbefällen je 100.000 Einwohner/innen im Alter ab 45 Jahren. Die höchste Sterblichkeit je 100 Personen über 45 Jahren unter den EU-15-Ländern wies 2011 Deutschland mit 8,9 auf, die niedrigste Dänemark mit 3,0 je 100.000 Personen über 45 Jahren.

Dimension gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse – Diskussion wesentlicher Entwicklungen

Zur Dimension gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse (Outcomes) können aus dem EU-Vergleich folgende Schlüsse gezogen werden:

- » Obwohl die Lebenserwartung in Österreich im Beobachtungszeitraum ähnlich stark anstieg wie in den EU-15-Staaten und Österreich zudem bei der allgemeinen Sterblichkeit wie auch bei der dem Gesundheitssystem zurechenbaren Sterblichkeit vergleichsweise gute Werte aufweist, verschlechterte sich die Position Österreichs hinsichtlich der Werte zu gesunden Lebensjahren bei der Geburt in den Jahren 2003 bis 2012 deutlich, womit Österreich bei diesem Indikator nun einen der hinteren Ränge einnimmt (vgl. Abbildung 3.22 und Abbildung 4.3). Der nach wie vor überdurchschnittliche Alkoholkonsum pro Kopf und der nur geringe Rückgang des Raucheranteils in der Bevölkerung deuten auf Verbesserungspotenziale in der Gesundheitsförderung und Prävention hin. Dem steht das bislang stark kurativ ausgerichtete Leistungsverständnis im österreichischen Gesundheitssystem entgegen. Mit der Verabschiedung der Rahmen-Gesundheitsziele hat die österreichische Gesundheitspolitik auf diesen Umstand reagiert. So liegt nunmehr in Österreich seit dem Jahr 2012 erstmals ein strukturierter Plan für kollektiv, präventiv und kurativ ausgerichtete Anstrengungen zur Erreichung von Public-Health-Zielen vor, der darauf abstellt, in den nächsten 20 Jahren die gesunde Lebenserwartung um zwei Jahre anzuheben. Darüber hinaus wurden mit der Gesundheitsreform (Zielsteuerung-Gesundheit) weitere Mittel für den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention zweckgewidmet. So wurde als Grundlage für die

Verwendung dieser zusätzlichen Gesundheitsförderungsfonds-Mittel und der bisherigen Vorsorgemittel der Bundesgesundheitsagentur (BGA) eine Gesundheitsförderungsstrategie erarbeitet. Die Gesundheitsförderungsstrategie soll einen effizienten Mitteleinsatz sicherstellen.

- » Die internationale Vergleichbarkeit von qualitativen Daten – und insbesondere von solchen Indikatoren, die völlig oder teilweise auf subjektiven Einschätzungen beruhen (vgl. beispielsweise der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand oder aber auch das Konzept der gesunden Lebensjahre) erscheint auf Grund kultureller Unterschiede bzw. Pfadabhängigkeiten, aber auch auf Grund noch vorzunehmender Harmonisierungen in den Fragenstellungen eingeschränkt. Zudem scheint eine isolierte Betrachtung von derartigen Einschätzungsindikatoren für gesundheitspolitische Ableitungen vielfach verkürzt und sollte jedenfalls – wie in den vorangegangenen Abbildungen – durch entsprechend objektivierbare Indikatoren ergänzt werden. Die Entwicklung solcher Indikatoren über den Zeitverlauf (bei gleichbleibenden Fragestellungen) kann aber relevante Informationen über Veränderungen hinsichtlich dieser Parameter liefern bzw. entsprechende Gestaltungserfordernisse im Gesundheitssystem aufzeigen.
- » Der Anteil der österreichischen Bevölkerung, der den eigenen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einschätzt, liegt nahe dem EU-15-Durchschnittswert. Wie in anderen europäischen Ländern, geht auch in Österreich die recht zuversichtliche Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands mit einer hohen Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem einher. Im Zeitverlauf (2003 bis 2012) blieb die Zufriedenheit der österreichischen Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem konstant.
- » Die Mortality Amenable to Health Care ist im europäischen Vergleich relativ gering und kann als Indiz für eine vergleichsweise effektive Gesundheitsversorgung in Österreich hinsichtlich der in den Indikator einfließenden Todesursachen (insb. bösartige Neubildungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen) gewertet werden. Zur Säuglings-sterblichkeit ist festzustellen, dass Österreich die positive Entwicklung der anderen EU-15-Staaten in den Jahren 2003 bis 2012 mitmachen konnte und im Jahr 2012 den EU-15-Schnitt erreichte.
- » Mortalität nach Schlaganfall weist im europäischen Vergleich einen niedrigen Wert aus und konnte bereits von einem unterdurchschnittlichen Wert im Jahre 2003 ausgehend nochmals stark verringert werden. In diesem Zusammenhang ist die nahezu flächendeckende Versorgung mit Stroke-Units als wesentliches Merkmal der Strukturqualität anzuführen. Die Mortalität nach Herzinfarkt erreichte dagegen im EU-15-Vergleich höhere Werte, eine Erkenntnis, die zum Gegenstand weiterer Analysen der Versorgung gemacht werden sollte.
- » Der D₃MFT-Index bei Zwölfjährigen liegt in Österreich über dem EU-15-Durchschnitt. Damit weist Österreich im Vergleich zu den anderen EU-15-Staaten einen schlechteren Zahnstatus auf, wobei insbesondere benachteiligte Bevölkerungsgruppen als Zielgruppe für Maßnahmen zur Steigerung der Zahngesundheit identifiziert wurden

5 Conclusio

Mit dem Systemvergleich 2014 kann das in den vorangegangenen Berichten (Bachner et al. 2012; Bachner et al. 2013; Habl/Bachner 2010) ermittelte tendenziell positive Bild des österreichischen Gesundheitssystems auch weiterhin bestätigt werden. Vor allem hohe Zufriedenheitswerte und niederschwelliger Zugang verbunden mit einem umfassenden Leistungsangebot zeichnen das österreichische Gesundheitssystem nach wie vor aus. Andererseits rücken – nicht zuletzt aufgrund knapper öffentlicher Mittel sowie durch Vorgaben zur Konsolidierung der Staatsfinanzen – die verhältnismäßig hohen Ausgaben ins Zentrum gesundheitspolitischer Aufmerksamkeit, insbesondere da diesen Ausgaben, wie der Bericht aufzeigt, teilweise nur durchschnittliche Ergebnisse gegenüberstehen. Vor allem mangelnde Abstimmung zwischen den einzelnen Gesundheitssystem-Sektoren und damit verbundene redundante Versorgungsangebote sowie teilweise Fehlanreize auf Grund des bestehenden Finanzierungssystems verursachen Handlungsbedarf. Auch im Bereich Prävention weist Österreich Verbesserungspotenziale auf.

Im Vergleich der EU-Mitgliedstaaten zeigt sich, dass die neuen EU-Länder den EU-28-Schnitt stark beeinflussen und hier die Konvergenzentwicklung noch nicht abgeschlossen ist. Aus diesem Grund erscheint als Orientierungsrahmen jedenfalls neben dem EU-28-Durchschnitt auch der EU-15-Durchschnitt als zweckdienlich, insbesondere im Zusammenhang mit ökonomischen Bewertungen.

Der europäische oder auch internationale Vergleich von Gesundheitssystemen gestaltet sich trotz zunehmender Harmonisierungsbestrebungen schwierig und lässt nur eingeschränkt systemübergreifende Schlussfolgerungen zu. Analyse und Interpretation der Ergebnisse erfordern profunde Kenntnisse der jeweiligen untersuchten Systeme, sowohl in struktureller Hinsicht als auch in Hinblick auf die zu Grunde liegenden Abgrenzungen der in die einzelnen Indikatoren eingehenden Rohdaten.

Insbesondere Indikatoren, die völlig oder teilweise auf subjektiven Einschätzungen beruhen, erscheinen auf Grund kultureller Unterschiede bzw. Abhängigkeiten aus den bisherigen Entwicklungen, aber auch auf Grund von Herausforderungen in der Harmonisierung der Fragestellungen selbst, nur eingeschränkt vergleichbar. Die Entwicklung über den zeitlichen Verlauf kann aber (bei gleichbleibenden Fragestellungen) relevante Informationen über Veränderungen offenlegen. Zudem erscheinen Validierung bzw. gemeinsame Interpretation von Einschätzungsindikatoren mit objektivierbaren Indikatoren (sofern verfügbar) zweckdienlich.

Österreich weist im europäischen Vergleich einen überdurchschnittlich hohen Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen auf, der sich sowohl in der Bereitstellung finanzieller Mittel als auch struktureller Ressourcen (Betten, Großgeräte) und – bezogen auf die Anzahl praktizierender Ärztinnen und Ärzte – personeller Ressourcen manifestiert. Durch diesen hohen Ressourceneinsatz können im österreichischen Gesundheitssystem auch die Rahmenbedingungen für einen guten Zugang zu Gesundheitsleistungen sichergestellt werden; Fragen der Effizienz des Ressourceneinsatzes sowie der Ressourcenallokation (sowohl sektoral, personell/professionell als auch räumlich) bleiben dabei aber vielfach unbeantwortet.

Insbesondere die Trends in Hinblick auf das medizinische Personal mit einer weiteren Intensivierung der bereits hohen Ärztedichte sind Indiz für einen weiterhin unverhältnismäßig konzentrierten Einsatz hochqualifizierter Berufsgruppen, der auf Effizienzpotenziale hinweist.

Das österreichische Gesundheitssystem ist in seiner Leistungserbringung primär angebotsseitig gesteuert. Der großen Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten bei der Inanspruchnahme von Leistungen stehen keine Mechanismen gegenüber, die auf einen effektiven und effizienten Mitteleinsatz abzielen. Dies hängt nicht zuletzt auch mit den bestehenden Finanzierungsstrukturen zusammen. Diese trennen teilweise die Mittelaufbringung (Zahler/innen) von der Verantwortlichkeit bzw. Verfügungsgewalt über die eingesetzten Ressourcen, und schaffen andererseits auf Grund der angewandten Mechanismen (vorrangig Einzelleistungsvergütung im niedergelassenen Bereich sowie Vergütung auf Grundlage erbrachter LDF-Punkte bei regional gedeckelten Budgets) für die Leistungserbringer/innen einen wirtschaftlichen Anreiz zur Leistungsausdehnung.

Zudem wirken sich die fragmentierten Finanzierungsstrukturen und damit einhergehende Anreize auf die Leistungserbringung und die Zusammenarbeit zwischen extra- und intramuralem Bereich nachteilig aus. Dies hat in weiterer Folge negativen Einfluss auf die Effizienz des Gesamtsystems sowie auf die Patientenversorgung, insbesondere an den Übergängen zwischen intra- und extramuralem Bereich.

Harmonisierungsbestrebungen und Transparenz hinsichtlich Gesundheitssystem-relevanter Daten und Berechnungsgrundlagen nehmen zwar zu, es bestehen allerdings noch immer Unterschiede etwa bei regionalen Finanzierungsmechanismen des stationären Bereichs sowie bei der Honorierung von Gesundheitsdienstleistern. Vergleiche zwischen Bundesländern und Anbietern bzw. Anbieterinnen sind somit nur eingeschränkt möglich. Aussagekräftigere Analysen zum ambulanten Bereich sind erst nach Vorliegen von standardisierten Daten über Leistungen und Diagnosen möglich.

Die derzeit im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit erarbeitete Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich stellt einen weiteren wesentlichen Analyse-Baustein dar. Im stationären Bereich ist eine Annäherung durch die Ermittlung von Qualitätsindikatoren auf Grundlage der bestehenden Leistungs- und Diagnosedokumentation bereits etabliert, so dass nach Umsetzung der entsprechenden Verfahren im ambulanten Bereich systemadäquate Steuerungsimpulse durch eine flächendeckende, sektorenübergreifende Messung der Ergebnisqualität erwartet werden können.

Annähernd die gesamte Bevölkerung ist durch das umfassende Leistungsangebot der sozialen Krankenversicherung geschützt. Die Pflichtversicherung schließt potenzielle Risikoselektion aus und Versicherungsbeiträge orientieren sich am Einkommen der versicherten Person. Der freie und gerechte Zugang zur Gesundheitsversorgung scheint in Anbetracht niederschwelliger Angebote und hoher Inanspruchnahme grundsätzlich gegeben zu sein, allerdings zeigen sich weiterhin unterschiedliche Inanspruchnahmen nach jeweiligem sozioökonomischen Status.

Das Bewusstsein für Prävention und für außerhalb des Krankenversorgungssystems liegende – insbesondere soziale – Gesundheitsdeterminanten verändert sich. Bislang hatte das österreichische Gesundheitssystem einen kurativen Fokus. Eine stärkere Betonung präventiver Aktivitäten könnte die Krankheitslast reduzieren. Würden soziale Gesundheitsdeterminanten vermehrt berücksichtigt, könnte dies zur Verringerung sozial bedingter Ungleichheiten beitragen. Eine routinemäßige Verknüpfung von Gesundheitsdaten mit sozioökonomischen Determinanten fehlt derzeit und wäre für weitere Untersuchungen voranzutreiben.

Wichtig dabei ist, dass Maßnahmen, die zur sozialen Sicherheit beitragen, nicht nur im Gesundheitssektor, sondern über alle Politikfelder hinweg („Health in all Policies“-Ansatz) und somit sektorenübergreifend gesetzt werden.

Mit den in Österreich im Jahre 2012 verabschiedeten Rahmen-Gesundheitszielen sowie der Gesundheitsreform 2012 und der vereinbarten Zielsteuerung-Gesundheit greift die österreichische Gesundheitspolitik wesentliche, im Rahmen des vorliegenden Systemvergleichs identifizierte Problemfelder auf.

So erweitern die Rahmen-Gesundheitsziele konzeptionell den bisher fast ausschließlich auf den kurativen Bereich gelegten Fokus des österreichischen Gesundheitssystems durch Berücksichtigung gesundheitsrelevanter Aspekte in allen Politikfeldern („Health in all Policies“), um die gesunden Lebensjahre in den nächsten 20 Jahren um insgesamt zwei Lebensjahre zu erhöhen.

Das Konzept der Zielsteuerung-Gesundheit stellt den verantwortlichen gesundheitspolitischen Stakeholdern ein hinsichtlich des Steuerungsansatzes taugliches Werkzeug zur Verfügung, das eine effektive Bewältigung der wesentlichen Herausforderungen der österreichischen Gesundheitspolitik ermöglicht.

6 Literaturverzeichnis

- Bachner, Florian; Ladurner, Joy; Habimana, Katharina; Ostermann, Herwig; Habl, Claudia (2012): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Ausgabe 2011. Gesundheit Österreich GmbH / ÖBIG, Wien
- Bachner, Florian; Ladurner, Joy; Habimana, Katharina; Ostermann, Herwig; Stadler, Isabel; Habl, Claudia (2013): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Ausgabe 2012. Gesundheit Österreich GmbH / ÖBIG, Wien
- BASG (2013): Arzneimittel in Österreich, Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen AGES Medizinmarktaufsicht, Wien
- BMASK (2011): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2010. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien
- BMASK (2013): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2012. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien
- BMASK (2014): Infoservice. Alten-/Pflegeheime, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien
- BMG (2014a): Krankenanstaltdokumentation des Bundesministeriums für Gesundheit, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2014b): Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten des Bundesministeriums für Gesundheit, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2014c): Liste der selbständigen Amulatorien in Österreich. SAMBA-Kataster, Stand August 2014, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2014d): Krankenanstalten in Zahlen. Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten. 2013, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2014e): Krankenanstaltenstatistik des Bundesministeriums für Gesundheit, Bundesministeriums für Gesundheit, Wien
- BMG (2014f): Kostenstellenstatistik der österreichischen Krankenanstalten des Bundesministeriums für Gesundheit, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG/GÖG (2013): Zivilisationskrankheit Diabetes: Ausprägungen – Lösungsansätze – Herausforderungen. Österreichischer Diabetesbericht 2013, Wien
- BMGF (2008): Krankenanstalten in Österreich – Hospitals in Austria, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien

- Bodenwinkler, Andrea; Sax, Gabriele; Kerschbaum, Johann; Städtler, Peter (2007): Zahnstatus 2006 in Österreich. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich, Gesundheit Österreich GmbH / ÖBIG, Wien
- Bodenwinkler, Andrea; Kerschbaum, Johann; Sax, Gabriele (2014): Länder-Zahnstaterhebung 2012. Zwölfjährige in Österreich, Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Currie, Candace; Zanotti, Cara; Morgan, Antony; Currie, Dorothy; de Looze, Margaretha; Roberts, Chris; Samdal, Oddrun; Smith, Otto R.F.; Barnekow, Vivian (2012): Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No 6, WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen
- Eisenbach-Stangl, Irmgard; Bernardis, Alexander; Fellöcker, Kurt; Haberhauer-Stidl, Judith; Gabriele, Schmieid (2008): Jugendliche Alkoholszenen. Konsumkontexte, Trinkmotive, Prävention. Policy Brief, Europäisches Zentrum Wien
- Europäische Kommission (2010): Eurobarometer: EU citizens' attitudes towards alcohol, Brüssel
- Europäische Kommission (2012): Laut einem gemeinsamen Bericht der Kommission und der OECD sind die Gesundheitsausgaben in Europa 2010 zum ersten Mal seit Jahrzehnten gesunken, Pressemitteilung IP/12/1217, Brüssel
- EUROSTAT (2012): Datenbank der Europäischen Kommission, Bevölkerung und soziale Bedingungen, Europäische Kommission, Luxemburg
- EUROSTAT (2014a): Datenbank der Europäischen Kommission. Bevölkerung und soziale Bedingungen. Gesunde Lebensjahre (ab 2004), Europäische Kommission, Luxemburg
- EUROSTAT (2014b): Datenbank der Europäischen Kommission. Bevölkerung und soziale Bedingungen. Nicht erfüllter Bedarf nach ärztlicher Untersuchung oder Behandlung nach eigener Auskunft, nach Einkommensquintil, Europäische Kommission, Luxemburg
- EUROSTAT (2014c): Datenbank der Europäischen Kommission. Bevölkerung und soziale Bedingungen. Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen/Entbindungspfleger und Pflegehilfspersonal Europäische Kommission, Luxemburg
- EUROSTAT (2014d): Datenbank der Europäischen Kommission. Bevölkerung und soziale Bedingungen. Medizintechnik, Europäische Kommission, Luxemburg
- EUROSTAT (2014e): Datenbank der Europäischen Kommission. Bevölkerung und soziale Bedingungen. Bevölkerung am 1. Januar nach Alter und Geschlecht, Europäische Kommission, Luxemburg
- EUROSTAT (2014f): Datenbank der Europäischen Kommission. Bevölkerung und soziale Bedingungen. Gesunde Lebensjahre und Lebenserwartung bei der Geburt, nach Geschlecht Europäische Kommission, Luxemburg

- EUROSTAT (2014g): Datenbank der Europäischen Kommission. Bevölkerung und soziale Bedingungen. Selbstwahrgenommene Gesundheit nach Geschlecht, Alter und Einkommensquintil (%), Europäische Kommission, Luxemburg
- EUROSTAT (2014h): Datenbank der Europäischen Kommission. Bevölkerung und soziale Bedingungen. Todesursachen – Säuglingssterblichkeit von Einwohnern. Last update: 02.04.2014 Aufl., Europäische Kommission, Luxemburg
- EUROSTAT (2014i): Datenbank der Europäischen Kommission. Bevölkerung und soziale Bedingungen. Krankenhausbetten nach Behandlungsart, Europäische Kommission, Luxemburg
- Ferlay, J.; Steliarova-Foucher, E.; Lortet-Tieulent, J.; Rosso, S.; Coebergh, J. W.; Comber, H.; Forman, D.; Bray, F. (2013): Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. In: Eur J Cancer 49/6:1374–1403
- Fischer, Timo (2009): Die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich aus dem Blickwinkel der Patienten. In: Soziale Sicherheit, 3
- Gay, Juan; Devaux, Marion; de Looper, Michael; Paris, Valérie (2011): Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries. Estimates and Methodological Issues. In: OECD Health Working Papers, 55
- Gesundheitsportal (2011): Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. www.gesundheit.gv.at [Online]. Gesundheit Österreich GmbH. https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/brustkrebs.at_LN.html [Zugriff am 12.12.2011]
- GÖG/ÖBIG (2006): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2006. ÖSG 2006 (inkl. Großgeräteplan), Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- GÖG/ÖBIG (2010): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010 (inkl. Großgeräteplan), erstellt im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- GÖG/ÖBIG (2013): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 (inkl. Großgeräteplan), erstellt im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- GÖG/ÖBIG (2014): Monitoringbericht I/2014. Monitoring nach Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Bundes-Zielsteuerungsvertrag, Berichtslegung April 2014, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Gönenç, Rauf; Hofmarcher, Maria M.; Wörgötter, Andreas (2011): Reforming Austria's Highly Regarded but Costly Health System. In: OECD Economics Department Working Papers, 895
- Habl, Claudia; Bachner, Florian (2010): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Ausgabe 2010. Gesundheit Österreich GmbH / ÖBIG, Wien
- Hospiz Österreich (2006): Datenerhebung 2005, Dachverband Hospiz Österreich, Wien

- Hospiz Österreich (2014): Datenerhebung 2013, Dachverband Hospiz Österreich, Wien
- HVB (2012): Aufwendungen für Psychotherapie. Email vom 07.12.2012, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- HVB (2014a): Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2014, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- HVB (2014b): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2014, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- International Diabetes Federation (2014): IDF Diabetes Atlas. Update 2014, International Diabetes Federation, Brüssel
- IPF (2011): Arzneimittelverbrauch und Arzneimittelpreise, Institut für Pharmaökonomische Forschung, Wien
- Klein, Christoph (2011): Generika aus der Sicht der Sozialversicherung. Generika: Wissenschaft oder Werbung – was wirkt wirklich? Gemeinsame Veranstaltung der AGES PharmMed und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien, am 22.03.2011
- Nolte, Ellen; McKee, Martin (2008): Measuring the Health of Nations. Updating an Earlier Analysis. In: Health Affairs 27/1:58–71
- ÖAK (2006): Die Österreichische Apotheke in Zahlen 2006, Österreichische Apothekerkammer, Wien
- ÖAK (2014): Apotheke in Zahlen 2014, Österreichische Apothekerkammer, Wien
- ÖÄK (2014): Ärzteliste der österreichischen Ärztekammer, Österreichische Ärztekammer, Wien
- OECD (2011): Database of the Organisation for Economic Co-operation and Development, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris
- OECD (2012a): Database of the Organisation for Economic Co-operation and Development, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris
- OECD (2012b): Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing, Paris
- OECD (2013): Health at a Glance 2013. OECD Indicators, OECD Publishing, Paris
- OECD (2014a): OECD Gesundheitsdaten 2014. Österreich im Vergleich, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris
- OECD (2014b): Database of the Organisation for Economic Co-operation and Development. Health care resources, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris

- OECD (2014c): Database of the Organisation for Economic Co-operation and Development. Health Care Quality Indicators, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris
- OECD (2014d): Database of the Organisation for Economic Co-operation and Development. Health care utilisation, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris
- OECD (2014e): Database of the Organisation for Economic Co-operation and Development. Health status, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris
- OECD (2014f): Database of the Organisation for Economic Co-operation and Development. Non-medical determinants of health, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris
- OECD (2015): Database of the Organisation for Economic Co-operation and Development. Health expenditure and financing, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris
- Österreichische Nationalbank (2014): Euro-Referenz- und -Wechselkurse, Österreichische Nationalbank, Wien
- Pharmig (2014a): Führende Indikationsgruppen (ATC 4 Level) im niedergelassenen Bereich. E-mail vom 01.10.2012, Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs
- Pharmig (2014b): Daten und Fakten 2014. Arzneimittel und Gesundheitswesen in Österreich., Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs, Wien
- PHIS (2012a): PHIS database of the Pharmaceutical Health Information System. PHIS Pharmaceutical Health Information System, Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- PHIS (2012b): PPRI/PHIS Pharma Profile. Austria., Pharmaceuticals Health Information System, Wien
- Rechnungshof (2011): Bericht des Rechnungshofes. Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark. Reihe Bund 2011/10, Rechnungshof, Wien
- Rechnungshof/IHS/WIFO (2010): Gesundheit und Pflege. Arbeitsgruppe Verwaltung Neu, Arbeitspaket 10 31.5.2010, Rechnungshof, Wien
- Sagerschnig, Sophie (2014): Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie – Statistik der Berufsgruppen 1991–2013, Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Sassi, Franco (2010): Obesity and the Economics of Prevention. Fit not fat, OECD Publishing, Paris
- SGKK; HVB (2011): Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter. Projekt „Psychische Gesundheit“. Abschlussbericht, Salzburger Gebietskrankenkasse / Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Salzburg/Wien

- Statistik Austria (2005): Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zu EU-SILC 2003, Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2006): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2006, Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2013): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012, Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2014a): Demographische Indikatoren – erweiterte Zeitreihen ab 1961 für Österreich, Tabelle 2: Fertilitätsraten, Fertilitätsalter, Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2014b): Personalstand der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in den Krankenanstalten Österreichs seit 1965, Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2014c): Arbeitsmarktstatistiken 2013. Ergebnisse der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung und der Offenen-Stellen-Erhebung, Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2014d): Personal in Krankenanstalten 2013 nach Fachrichtungen, Geschlecht und Bundesländern, Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2014e): Niedergelassenene Ärzte und Ärztinnen 2014 nach Alter, Geschlecht und Bundesländern, Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2014f): Jahresdurchschnittsbevölkerung seit 1981 nach Geschlecht, breiten Altersklassen und Staatsangehörigkeit, Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2014g): Lebenserwartung bei der Geburt 1970 bis 2013 nach Bundesländern und Geschlecht, Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2014h): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Hauptgrößen, Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2014i): Ergebnisse im Überblick: Pflege- und Betreuungsdienste der Bundesländer 2012 22.09.2013, Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2014j): Arbeitslosigkeit- Jahresdurchschnitt 2013, Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2014k): Spitalsentlassungen 2013: Trendwende in der Akutversorgung – Spitalsaufenthalte stagnieren, tagesklinische Aufenthalte nehmen zu. Pressemitteilung: 10895-204/14, Statistik Austria, Wien,
- Statistik Austria (2015): Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD) 1990 – 2012, Statistik Austria, Wien
- TNS Opinion & Social (2010): Patientensicherheit und Qualität der medizinischen Versorgung. Spezial Eurobarometer 327, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher der Europäischen Kommission, Brüssel

- Uhl, Alfred; Bachmayer, Sonja; Puhm, Alexandra; Strizek, Julian; Kobrna, Ulrike; Musalek, Michael (2013): Handbuch Alkohol – Österreich Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2011, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Vogler, Sabine; Arts, Danielle; Sandberger, Katharina (2012): Impact of pharmacy deregulation and regulation in European countries. Summary Report. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Vienna
- WHO (2009): Global Database on Body Mass Index of the World Health Organization 24.02.2012, World Health Organization, Genf
- WHO (2012): European Information System on Alcohol and Health (EISAH), World Health Organization., Genf
- WHO (2014a): European Mortality Database (MDB), World Health Organization Regional Office for Europe, Genf
- WHO (2014b): European Health for All Database of the World Health Organization, World Health Organization, Genf
- WHO/IARC (2014a): Cancer Factsheet. Prostate cancer. Estimated incidence, mortality & prevalence, 2012, World Health Organization, International Agency for Research on Cancer
- WHO/IARC (2014b): Cancer Factsheet. Breast cancer. Estimated incidence, mortality & prevalence, 2012, World Health Organization, International Agency for Research on Cancer
- WIFO (2014): Hauptergebnisse der Konjunkturprognose (Juni 2014), Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien
- WKÖ (2014): Mitgliederstatistik 2013, Wirtschaftskammer Österreich, Wien
- ZÄK (2014): Zahnärzteliste der Österreichischen Zahnärztekammer, Österreichische Zahnärztekammer, Wien