

Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich

Ausgabe 2012

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich

Ausgabe 2012

Autorinnen/Autoren:

Florian Bachner
Joy Ladurner
Katharina Habimana
Herwig Ostermann
Isabel Stadler
Claudia Habl

Unter Mitarbeit von:

Ines Czasny
Sabine Haas
Stephan Mildschuh
Claudia Nemeth
Elisabeth Pochobradsky

Fachliche Begleitung durch das BMG:

Gerhard Embacher

Projektassistenz:

Monika Schintlmeister

Wien, im Jänner 2013

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

ISBN-13 978-3-85159-174-3

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 ausgewogenen und qualitätsgesicherten Versorgung bei knappen Mitteln auch in Zukunft 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 dritten Mal erscheinenden Berichts der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) liegt darin, ausgewählte Aspekte des österreichischen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich zu präsentieren und zu analysieren. Explizites Nicht-Ziel dieses Berichtes ist die Erstellung eines aggregierten Rankings oder die Einordnung des österreichischen Gesundheitssystems in ebensolche. Methodisch präferiert die GÖG differenzierte Ansätze bei internationalen Systemvergleichen.

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 am EU-15-Durchschnitt zu zwei Zeitpunkten (2000 und 2010, 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 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 2010 im europäischen Vergleich unübertroffen hoch sind. Die überproportionale Dichte an vorgehaltenen Akutbetten, die mit einer vergleichsweise überdurchschnittlich hohen Krankenhaus-Verweildauer einhergeht, und der intensive Einsatz an hochqualifiziertem Gesundheitspersonal lassen gesundheitsökonomisch auf Effizienzpotenziale schließen. Effekt dieser stationären Ressourcenvorhaltung ist der Anreiz zur Auslastung der bestehenden Ressourcen.

Der beinahe vollständige Schutz der Bevölkerung durch die soziale Krankenversicherung, der niederschwellige Zugang zu und die Zufriedenheit mit den umfangreichen Leistungen sowie die Freiheit Leistungserbringer selbst wählen zu können, begründen die positive Einschätzung des österreichischen Gesundheitswesens durch die Bevölkerung. Freier und gerechter Zugang zu einer relativ umfassenden Gesundheitsversorgung ermöglicht leicht zugängliche Angebote mit einer hohen Inanspruchnahme; dennoch zeigen sich Unterschiede abhängig von Wohlstands- und Bildungsniveaus.

Eine stärker nachfrage- bzw. bedarfsorientierte Steuerung des österreichischen Versorgungssystems könnte dazu beitragen, die derzeit oft nur nahe am EU-15-Durchschnitt liegenden gesundheitsbezogenen Leistungsergebnisse (Outcome-Indikatoren) zu verbessern. Die Performancemessung im ambulanten Bereich scheitert zudem nach wie vor an der fehlenden Diagnosedokumentation (Rechnungshof/IHS/WIFO 2010).

Trotz teilweise mangelnder Datenverfügbarkeit konnten im Rahmen der Untersuchung Hinweise auf Verbesserungspotenziale bei den Leistungsergebnissen identifiziert werden. Vor allem in den Feldern Gesundheitsförderung und Prävention, denen bislang der stark an kurativen Leistungen ausgerichtete Ansatz im österreichischen Gesundheitssystem entgegenstand, besteht Handlungsbedarf. Mit der Verabschiedung der Rahmen-Gesundheitsziele begann die österreichische Gesundheitspolitik bereits ein breiteres Verständnis von Gesundheitsversorgung und Bewusstsein auch für außerhalb des Krankenversorgungssystems liegende, insbesondere soziale Gesundheitsdeterminanten zu etablieren.

Das Thema des heuer erstmals vorgestellten und zukünftig jährlich wechselnden Schwerpunktkapitels des Berichts widmet sich der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit. Die Untersuchung der hierzu vorliegenden Daten bestätigt klar den Zusammenhang zwischen sozialem Status (u. a. Einkommen, Bildung und Beschäftigung) und Gesundheit.

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 Problembeobachtungen 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 medizinischer und pflegerischer Qualität möglichst kostengünstig erhalten (Best Point of Service).

Inhalt

Inhalt	V
Abbildungen und Tabellen.....	VII
Abkürzungen	XII
1 Einleitung	1
1.1 Aufbau und Ziele	2
1.2 Methodik, Datengrundlagen und Limitationen	5
1.2.1 Veränderungen gegenüber Ausgabe 2011.....	7
2 Kennzahlen des österreichischen Gesundheitswesens.....	9
2.1 Grundlegendes	9
2.2 Gesundheitsausgaben.....	10
2.3 Stationäre Versorgung	14
2.4 Ambulante Versorgung	22
2.5 Psychotherapeutische Versorgung.....	24
2.6 Pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	26
2.7 Medizinisch-technische Großgeräte	28
2.8 Personal im Gesundheitswesen	31
2.9 Alten- und Langzeitpflege	33
2.10 Hospiz- und Palliativversorgung	34
3 Internationaler Vergleich	36
3.1 Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz.....	36
3.1.1 Gesundheitsausgaben.....	37
3.1.1.1 Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandprodukts..	37
3.1.1.2 Gesundheitsausgaben pro Kopf	39
3.1.1.3 Gesundheitsausgaben nach Sektoren	43
3.1.2 Ressourceneinsatz.....	46
3.1.2.1 Medizinisch-technische Großgeräte	46
3.1.2.2 Ärztedichte.....	48
3.1.2.3 Bettendichte	50
3.1.2.4 Pflegepersonal.....	52
3.2 Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme.....	54
3.2.1.1 Selbstzahlungen der privaten Haushalte.....	55
3.2.1.2 Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungsbedarf.....	56
3.2.1.3 Zugang zu Arzneimitteln	59
3.2.2 Inanspruchnahme	62
3.2.2.1 Krankenhaushäufigkeit	62
3.2.2.2 Krankenhausverweildauer (durchschnittliche Belagstage).....	63
3.2.2.3 Krebs-Screening-Inanspruchnahme nach Bildungsniveau.....	65
3.3 Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse.....	70

3.3.1	Gesundheitszustand	71
3.3.1.1	Lebenserwartung bei der Geburt	71
3.3.1.2	Gesunde Lebensjahre bei der Geburt	73
3.3.1.3	Sterblichkeit.....	75
3.3.1.4	Säuglingssterblichkeit	77
3.3.1.5	Sterblichkeit bei Diabetes mellitus.....	79
3.3.1.6	Selbst eingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand	81
3.3.1.7	Durchschnittliche Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne	84
3.3.2	Lebensstil	86
3.3.2.1	Alkoholkonsum.....	86
3.3.2.2	Nikotinkonsum	90
3.3.2.3	Übergewicht und Fettleibigkeit.....	93
3.3.3	Qualität	95
3.3.3.1	Dem Gesundheitssystem zuschreibbare Sterblichkeit (Mortality Amenable to Health Care).....	95
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	Gesundheitliche Chancengerechtigkeit.....	105
4.1	Hintergrund	105
4.1.1	Verständnis gesundheitlicher Chancengerechtigkeit	106
4.1.2	Aufbau des Schwerpunktkapitels	109
4.1.3	Datenquellen	110
4.2	Gesundheitliche Chancengerechtigkeit – Gesundheitssystemvergleich	111
4.2.1	Metaebene	111
4.2.2	Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz	116
4.2.3	Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme.....	116
4.2.4	Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse.....	119
4.3	Schlussfolgerungen	127
5	Ergebnisanalyse.....	129
5.1	Analyse: Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz.....	130
5.2	Analyse: Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme	135
5.3	Analyse: Gesundheitsbezogenen Leistungsergebnisse (Outcomes)	141
6	Conclusio	148
7	Literaturverzeichnis	152

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 1.1:	Übersicht der verwendeten Dimensionen und Indikatoren.....	4
Abbildung 2.1:	Österreich: Aufteilung der gesamten Gesundheitsausgaben inkl. Langzeitpflege nach Leistungsbereichen in Prozent, 2010	11
Abbildung 2.2:	Österreich: Entwicklung der Gesundheitsausgaben und des Bruttoinlandproduktes (nominell), 1990–2010	13
Abbildung 2.3:	Österreich: Entwicklung ausgewählter Kennzahlen landesgesundheitsfondsfinanzierter Krankenanstalten, 2000–2011	18
Abbildung 2.4:	Österreich: Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit je 100 Einwohner/innen in Akutkrankenanstalten auf Bundesländerebene, 2002–2011	19
Abbildung 2.5:	Österreich: Entwicklung der durchschnittlichen Belagstage in Akutkrankenanstalten auf Bundesländerebene, 2002–2011	20
Abbildung 2.6:	Österreich: Anzahl medizinisch–technische Großgeräte, 2001–2011	29
Abbildung 3.1:	Europäischer Vergleich: Gesamte öffentliche und private Gesundheitsausgaben inkl. Langzeitpflege in Prozent des BIP (Gesundheitsausgabenquote), 2010	38
Abbildung 3.2:	Europäischer Vergleich: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich und im EU–15–Durchschnitt in Prozent des BIP, 2000–2010	39
Abbildung 3.3:	Europäischer Vergleich: Gesundheitsausgaben pro Kopf in Kaufkraftstandards (KKS) und Euro, 2010	41
Abbildung 3.4:	Europäischer Vergleich: Durchschnittliches reales Wachstum der Gesundheitsausgaben pro Kopf in Prozent, 2000–2010.....	42
Abbildung 3.5:	Europäischer Vergleich: Reales Wachstum der Gesundheitsausgaben pro Kopf in US\$– Kaufkraftparitäten 2005, 2000–2010.....	43
Abbildung 3.6:	Europäischer Vergleich: Gliederung der laufenden Gesundheitsausgaben (ohne Investitionen) nach Sektoren in Prozent, 2010	44

Abbildung 3.7:	Europäischer Vergleich: Computertomographiegeräte und Magnetresonanztomographiegeräte je 100.000 Einwohner/innen, 2011	47
Abbildung 3.8:	Europäischer Vergleich: Praktizierende Ärzteschaft pro 1.000 Einwohner/innen, 2010	49
Abbildung 3.9:	Europäischer Vergleich: Alle Krankenhausbetten sowie Akutbetten je 100.000 Einwohner/innen (Bettendichte), 2010.....	51
Abbildung 3.10:	Europäischer Vergleich: Entwicklung der Akutbettendichte je 100.000 Einwohner/innen in Österreich sowie im europäischen Vergleich, 2002–2010.....	52
Abbildung 3.11:	Europäischer Vergleich: Krankenpflegepersonal je 1.000 Einwohner/innen, 2010	53
Abbildung 3.12:	Europäischer Vergleich: Selbstzahlungen der privaten Haushalte („Out-of-Pocket-Payments“) in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, 2010.....	56
Abbildung 3.13 :	Europäischer Vergleich: Bevölkerungsanteil mit unerfülltem medizinischem Behandlungsbedarf nach Einkommen in Prozent, 2011	58
Abbildung 3.14:	Europäischer Vergleich: Einwohner/innen je Abgabestelle für verschreibungspflichtige Medikamente, 2010.....	60
Abbildung 3.15:	Europäischer Vergleich: Arzneimittelverbrauch in Packungen pro Person im niedergelassenen Bereich (öffentliche Apotheken), 2011	61
Abbildung 3.16:	Europäischer Vergleich: Krankenhausentlassungen im akutstationären Bereich je 100 Einwohner/innen (Krankenhaushäufigkeit), 2010.....	63
Abbildung 3.17:	Europäischer Vergleich: Durchschnittliche Belagstage in Akutkrankenanstalten, 2010.....	64
Abbildung 3.18:	Europäischer Vergleich: Entwicklung der durchschnittlichen Belagstage in Akutkrankenanstalten in Österreich und im EU-15-Durchschnitt, 2000–2010	65
Abbildung 3.19:	Europäischer Vergleich: Anteil der Frauen, die an einem Mammographie- bzw. Zervix-Screening teilnehmen, 2010	67
Abbildung 3.20:	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.....	68

Abbildung 3.21: 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	69
Abbildung 3.22: Europäischer Vergleich: Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren, 2010	72
Abbildung 3.23: Europäischer Vergleich: Gesunde Lebensjahre bei der Geburt, 2010	74
Abbildung 3.24: Europäischer Vergleich: Todesfälle je 100.000 Personen nach Todesursachen, 2010	76
Abbildung 3.25: Europäischer Vergleich: Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeburten, 2010.....	78
Abbildung 3.26: Europäischer Vergleich: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeburten in Österreich und im EU-15-Durchschnitt, 2000 bis 2010	79
Abbildung 3.27: Europäischer Vergleich: Sterblichkeit bei Diabetes mellitus je 100.000 Einwohner/innen, 2005–2010	80
Abbildung 3.28: Europäischer Vergleich: Als (sehr) gut eingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand nach Einkommensfünftel, 2011	83
Abbildung 3.29: Europäischer Vergleich: Durchschnittliche Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne bei 12-Jährigen (DMFT Index).....	85
Abbildung 3.30: Europäischer Vergleich: Alkoholkonsum Erwachsener (ab 15 Jahren) in Litern, 2010	87
Abbildung 3.31: Europäischer Vergleich: Alkoholkonsum ab 15 Jahren in Litern, 1965–2010	88
Abbildung 3.32: Europäischer Vergleich: Wöchentlicher Alkoholkonsum bei Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren nach Geschlecht in Prozent der Altersstufe, 2009/2010.....	89
Abbildung 3.33: Europäischer Vergleich: Wöchentlicher Zigarettenkonsum bei Jugendlichen von 11, 13 und 15 Jahren nach Geschlecht, 2009/2010	91
Abbildung 3.34: Europäischer Vergleich: Tägliche Raucher/innen nach Einkommensquintilen, 2008.....	92
Abbildung 3.35: Europäischer Vergleich: Übergewichtige und fettleibige Bevölkerung in Prozent, 2010	94

Abbildung 3.36: Europäischer Vergleich: Dem Gesundheitssystem zuschreibbare Sterblichkeit, 2010.....	97
Abbildung 3.37: Europäischer Vergleich: Neuerkrankungen an Krebs je 100.000 Einwohner/innen, 2008	98
Abbildung 3.38: Europäischer Vergleich: Mortalitätsrate bei Brustkrebs (Frauen) und bei Prostatakrebs (Männern) je 100.000 Frauen bzw. Männer, 2010	99
Abbildung 3.39: Europäischer Vergleich: Relative 5-Jahres-Überlebensraten bei Brust-, Gebärmutterhals,- und Darmkrebserkrankung, Beobachtungszeitraum 2004-2009	100
Abbildung 3.40: Europäischer Vergleich: Mortalität je 100 Personen nach Schlaganfall und Herzinfarkt innerhalb von 30 Tagen nach Einlieferung, 2009.....	103
Abbildung 3.41: Europäischer Vergleich: Entwicklung der Mortalität je 100 Personen nach Schlaganfall und Herzinfarkt innerhalb von 30 Tagen nach Einlieferung, 2000-2009.....	104
Abbildung 4.1: Erklärungsmodell zum Konnex von sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Ungleichheit.....	108
Abbildung 4.2: GINI-Koeffizient im internationalen Vergleich	112
Abbildung 4.3: Höchste abgeschlossene Schulbildung der 15- bis 34- Jährigen nach höchster abgeschlossener Schulbildung der Eltern (Intergenerationale Bildungsmobilität).....	115
Abbildung 4.4: Anteil der 15- bis 64-Jährigen mit mittelmäßigem oder (sehr) schlechtem Gesundheitszustand nach Erwerbsstatus und Geschlecht an der Gesamtbevölkerung.....	121
Abbildung 4.5: Fernere Lebenserwartung für 35-Jährige nach Bildungsebene und Geschlecht	123
Abbildung 5.1: Übersicht: Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz – Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt, 2000* und 2010*	132
Abbildung 5.2: Übersicht: Gerechtigkeit, Zugang, Inanspruchnahme – Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt, 2000* und 2010*	136
Abbildung 5.3: Übersicht: Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse – Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt, 2000* und 2010* – Teil 1	142

Abbildung 5.4:	Übersicht: Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse – Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt, 2000* und 2010* – Teil 2.....	143
----------------	---	-----

Tabellen

Tabelle 1.1:	Mitgliedstaaten der EU und verwendete Abkürzungen.....	6
Tabelle 2.1:	Österreich: Demografischer Überblick, 1990, 2000, 2011	10
Tabelle 2.2:	Österreich: Makroökonomische Basisdaten, 2011	10
Tabelle 2.3:	Österreich: Öffentliche und private Gesundheitsausgaben (GHA) inkl. Langzeitpflege nach Leistungsbereichen in Mio. Euro, 2010.....	12
Tabelle 2.4:	Österreich: Häufigste Hauptdiagnosen bei Spitalsentlassungen aus Akutkrankenanstalten, 2011	21
Tabelle 2.5:	Österreich: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nach Hauptfach, Stand 31. 12. 2011.....	23
Tabelle 2.6:	Österreich: Vertragsärztinnen und –ärzte nach Hauptfach, Stand 31. 12. 2011	24
Tabelle 2.7:	Österreich: Kennzahlen zur psychotherapeutischen Versorgung, 2011*	25
Tabelle 2.8:	Österreich: Ausgaben der Sozialversicherung für Psychotherapie nach Angebotsformen, 2010.....	25
Tabelle 2.9:	Österreich: Daten zum Arzneimittelmarkt.....	27
Tabelle 2.10:	Österreich: Die zehn umsatzstärksten Wirkstoffgruppen im niedergelassenen Bereich (in alphabetischer Reihenfolge), 2011	27
Tabelle 2.11:	Österreich: Großgeräte in den Bundesländern nach Sektoren, 2011	30
Tabelle 2.12:	Österreich: Ausgewählte Beschäftigungszahlen des Gesundheitswesens, 2000 u. 2011	32
Tabelle 2.13:	Österreich: Kennzahlen zur Alten- und Langzeitpflege, jüngstes verfügbares Jahr.....	34
Tabelle 2.14:	Österreich: Anzahl der Einrichtungen zur Hospiz- und Palliativversorgung 2005 und 2011 (Stand jeweils 31. Dezember).....	35

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
DMFT	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
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 sowohl von Lebensstil, sozioökonomischen Faktoren und Umwelteinflüssen geprägt wird als auch in starkem Zusammenhang mit der Leistungsfähigkeit von Gesundheitsversorgungssystemen steht. Gleicher und gerechter Zugang zu Gesundheitsleistungen in hoher Qualität zu vergleichsweise geringen Kosten für Patientinnen und Patienten ist im internationalen Vergleich nicht selbstverständlich und besitzt in Österreich hohe Priorität.

Um dem Anspruch einer ausgewogenen und qualitätsgesicherten Versorgung bei gleichzeitig immer knapper werdenden Mitteln auch in Zukunft gerecht zu werden, ist ein effizienter und gleichzeitig transparenter Umgang mit den verfügbaren Ressourcen (z. B. Personalressourcen, Betten, Geräte etc.) erforderlich. Mit der Definition nationaler Rahmen-Gesundheitsziele und der im Jahr 2012 vereinbarten Gesundheitsreform zur Zielsteuerung-Gesundheit wurden entscheidende Schritte gesetzt, um diesem Anspruch gerecht werden zu können.

Regelmäßig veröffentlichen unterschiedliche Institutionen, von privaten Unternehmen über Ministerien bis hin zu internationalen Organisationen, wie OECD oder WHO, vergleichende Gesundheitssystemanalysen, um die Leistungsfähigkeit 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 nicht ausschließlich 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 Ausgabe 2012 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 Gesundheitssystemparameter, 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 Entscheidungsgrundlagen 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. Weiters soll dadurch ein Beitrag zur Transparenz im österreichischen Gesundheitswesen geleistet sowie der Wissenstransfer zwischen Fachleuten und Entscheidungsbefugten gefördert werden.

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 (z. B. Zeitreihenanalysen, Daten auf regionaler Ebene, Schwerpunktthemen). Die vorliegende Ausgabe 2012 widmet sich, zusätzlich zu den bisher behandelten Indikatoren, vertiefend der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit (s. Kapitel 4).

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. Das thematisch wechselnde Schwerpunktkapitel (Kapitel 4) beleuchtet die gesundheitliche Chancengerechtigkeit. Im Kapitel 5 „Ergebnisanalyse“ wird das österreichische Gesundheitssystem aufbauend auf den Ergebnissen der vorangegangenen Abschnitte einer Stärken-Schwächen-Analyse unterzogen. Kapitel 6 schließt den Bericht mit einer Conclusio.

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

Die erste Dimension „Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz“ bzw. deren subsumierte 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, und erlaubt Aussagen über die Krankheitslast innerhalb der verglichenen Regionen. 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.

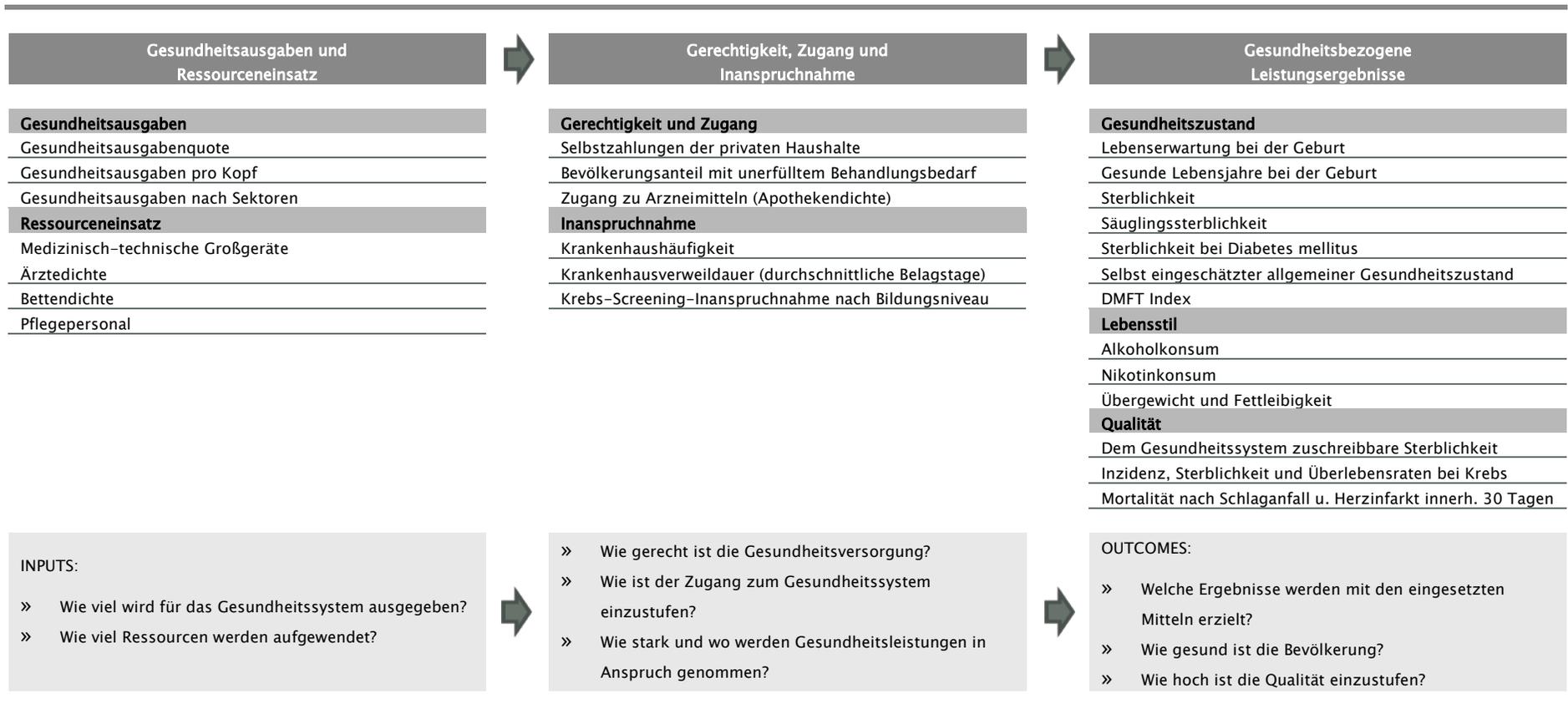
Forschungsleitende Fragestellungen sind hierbei:

- » 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 durch die gewählten Indikatoren nicht zur Gänze erfasst werden kann.

Abbildung 1.1:
Übersicht der verwendeten Dimensionen und Indikatoren



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

1.2 Methodik, Datengrundlagen und Limitationen

Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen und der Grad der Erfüllung von gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung lassen 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 die Sammlung, Erhebung und 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 den Vergleich wurden international anerkannte und vergleichbare Indikatoren bzw. Zahlensysteme (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 2012 erhoben und referenzieren auf das Jahr 2010. Die jährliche Aktualisierung des Berichts wird von Expertenworkshops begleitet und unterstützt.

Für sämtliche Vergleichs-Darstellungen wurden die verfügbaren Daten der EU-Mitgliedstaaten (s. Tabelle 1.1), der EFTA-Staaten² sowie von Kroatien, das mit 1. Juli 2013 als 28. Mitglied der Europäischen Union aufgenommen wurde, als Grundgesamtheit ausgewählt. Durch die Angabe des EU-15-Durchschnittswerts (ungewichtetes, arithmetisches Mittel) sowie des Durchschnittswertes sämtlicher einbezogener EU-Mitgliedsländer sind zusätzliche Vergleiche möglich.

Österreichische Daten wurden mehrheitlich 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

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

Forschung (IPF), der Wirtschaftskammer Österreichs (WKÖ) und der Österreichischen Ärzte- (ÖÄK) bzw. Zahnärztekammer (ÖZK) entnommen.

Tabelle 1.1:
Mitgliedstaaten der EU und verwendete Abkürzungen

Land	Abkürzung	EU-27	EU-15	EFTA	2012 Beitritts-Kandidat
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	Nein	Nein	Nein	Ja
Lettland	LV	Ja	Nein	Nein	-
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.

Kritisch ist weiters 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. Die vorliegenden Analysen sind daher zwar geeignet, Trends oder Indizien aufzuzeigen, erlauben allerdings nur eingeschränkt verbindliche Aussagen.

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.

1.2.1 Veränderungen gegenüber Ausgabe 2011

Die erste Ergebnisdimension „Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz“ wurde hinsichtlich der ausgewählten Indikatoren gegenüber der Vorjahresausgabe (2011) nicht verändert.

Gegenüber der Ausgabe 2011 wurden in dem vorliegenden Bericht folgende Änderungen vorgenommen:

Das Kapitel zu „Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme“ erfuhr hinsichtlich der gewählten Indikatoren nur leichte Adaptierungen: Der Indikator „Zugang zu Arzneimitteln“ wurde um den Arzneimittelverbrauch (für Länder mit verfügbaren Daten) erweitert. Die Darstellung zur Krebscreening-Inanspruchnahme wurde von Einkommensquintilen auf Bildungsgrad der befragten Personen verändert.

Die Dimension „Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse“ wurde bezüglich der Indikatoren zum Gesundheitszustand um die Sterblichkeit bei Diabetes mellitus ergänzt. Die Indikatoren zum Lebensstil (Gesundheits- und Risikoverhalten) wurden einzeln analysiert (Alkoholkonsum, Nikotinkonsum, Übergewicht und Fettleibigkeit).

Der Indikator „Anteil an über 65- und 80-Jährigen“ wurde in dieser Ausgabe nicht mehr berücksichtigt, da es sich dabei um keinen unmittelbaren Ergebnisindikator im Sinne gesundheitlicher Outcomes handelte. Im Bereich Qualität wurde der Indikator zu Krebserkrankungen um Daten zu Sterblichkeit und Inzidenz ergänzt. Zudem wurde zusätzlich zur Sterblichkeit nach Schlaganfall auch die Sterblichkeit nach Herzinfarkt innerhalb von 30 Tagen nach stationärer Aufnahme berücksichtigt.

Der vorliegende Bericht enthält erstmals auch ein Schwerpunktkapitel, das sich in dieser Ausgabe dem Thema der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit widmet.

In der Ergebnisanalyse werden neben der bisher gebräuchlichen grafischen Darstellung der Indikatoren als Abweichung vom EU-15-Durchschnitt zusätzlich für jeden

Indikator die Maximal- und Minimalabweichungen der EU-15-Länder hinterlegt, um die Position Österreichs bzw. die Spannweite der Indikatorausprägungen darzustellen. Eine weitere Neuerung ist die Tabelle unterhalb der Analysegrafiken mit den absoluten Werten für die betrachteten beiden Jahre (2000 und 2010 bzw. letztverfügbares Jahr).

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

2 Kennzahlen des österreichischen Gesundheitswesens

Das vorliegende Kapitel referiert kurz das österreichische Gesundheitswesen anhand zentraler Systemparameter, die falls möglich nach Bundesländern dargestellt werden. In Kapitel 3 werden die hier präsentierten Kennzahlen in weiten Bereichen einem internationalen Vergleich unterzogen.

2.1 Grundlegendes

Das österreichische Gesundheitssystem wird vorrangig durch Sozialversicherungsbeiträge finanziert und charakterisiert sich durch die Pflichtversicherung. 22 Sozialversicherungsträger (19 Krankenversicherungsträger) bieten für 99,9 Prozent der Bevölkerung Schutz vor dem Risiko der Krankheit (HVB 2012d). Leistungen der Unfall-, Pensions- und Arbeitslosenversicherung, der Sozialversorgung und der Sozialhilfe sind weitere Bestandteile des sozialen Sicherungssystems.

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 im Krankheitsfall erreicht. Bezieher und Bezieherinnen 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 in weiten Bereichen auch auf Sozialhilfeempfänger/innen sowie Asylwerber/innen, die in der Betreuung des Bundes stehen.

Im Jahr 2011 umfasste die österreichische Bevölkerung rund 8,4 Millionen Menschen (vgl. Tabelle 2.1) (Statistik Austria 2012d). Frauen hatten im Jahr 2011 eine durchschnittliche Lebenserwartung von 83,4 Lebensjahren, während jene der Männer bei 78,1 Jahren lag (Statistik Austria 2012c).

Tabelle 2.1:
Österreich: Demografischer Überblick, 1990, 2000, 2011

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
2011	8.420.900	4.109.399	4.311.501	1.483.895	78,1	83,4	1,43

* Jahresdurchschnittsbevölkerung

** Berechnungsmethode gem. Statistik Austria, aufgrund der unterschiedlichen Berechnungsmethode von EUROSTAT können geringfügige Abweichungen bei internationalen Darstellungen auftreten (s. Punkt 3.3.1.1)

Quelle: (Statistik Austria 2012d), (Statistik Austria 2012c), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) zu laufenden Preisen betrug im Jahr 2011 pro Einwohner/in 35.710 Euro (Statistik Austria 2012f). Im Vergleich zu 2010 wurde ein reales (inflationsbereinigtes) Wirtschaftswachstum von 2,7 Prozent registriert (nominell +5,0) (WIFO 2012). Die Arbeitslosenquote belief sich im Jahr 2011 auf 4,2 Prozent (EUROSTAT 2012d)³.

Tabelle 2.2:
Österreich: Makroökonomische Basisdaten, 2011

Indikator	Wert
Bruttoinlandsprodukt	300,7 Mrd. Euro
Bruttoinlandsprodukt pro Kopf	35.710 Euro
Wirtschaftswachstum (real in % 2010 auf 2011)	2,7 %
Arbeitslosenquote	4,2 %

Quellen: (WIFO 2012),(Statistik Austria 2012f), (EUROSTAT 2012d), Darstellung: GÖG/ÖBIG

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 2010 beliefen sich auf rund 31,6 Mrd. Euro, das entspricht einer Gesundheits-

³

Nach internationaler Definition: vgl.

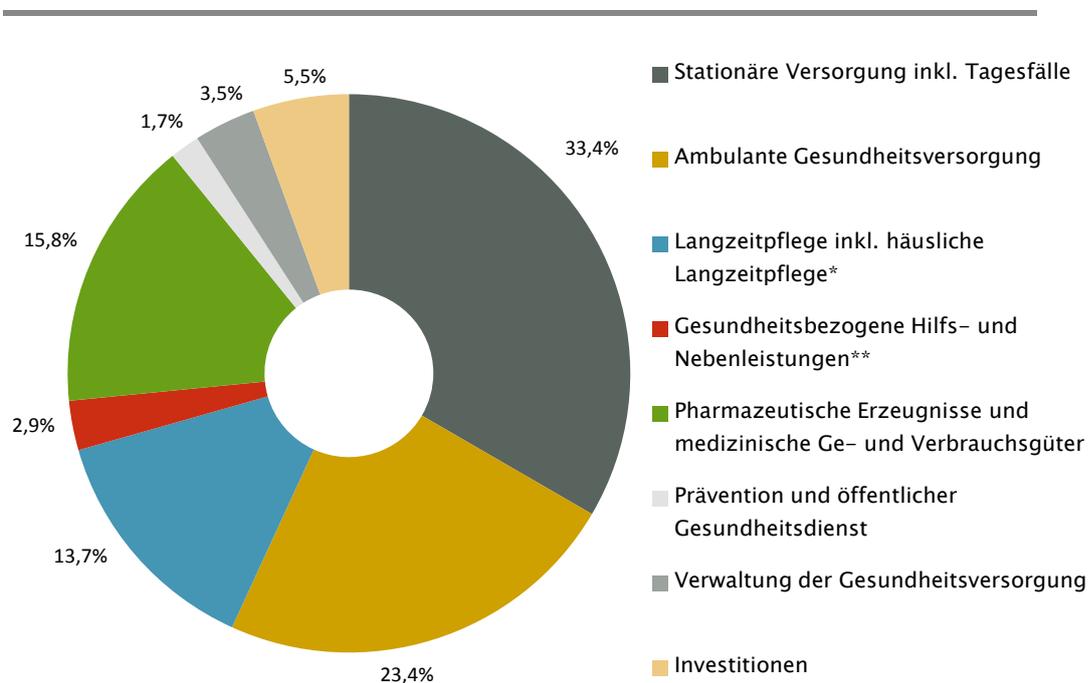
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/dataset?p_product_code=TSDEC460

Eurostat Arbeitslosenquoten, Jahresdurchschnitte, nach Geschlecht und Altersgruppe (%), Insgesamt.

http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=une_rt_a&lang=de Abfrage: 10.11.11

ausgabenquote von 11 Prozent (gemessen am Bruttoinlandsprodukt, BIP) und Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben⁴ von rund 3.750 Euro (Statistik Austria 2011a). Abbildung 2.1 veranschaulicht die Verteilung der gesamten Gesundheitsausgaben nach Leistungsbereichen. Inkludiert sind laufende Gesundheitsausgaben, die der direkten Gesundheitsversorgung, wie etwa der ambulanten und stationären Versorgung zuzurechnen sind, sowie Investitionen zur Ausweitung und Erhaltung infrastruktureller Einrichtungen. Wie auch in den Vorjahren waren die Ausgaben für die stationäre Versorgung mit 33,4 Prozent am höchsten.

Abbildung 2.1:
Österreich: Aufteilung der gesamten Gesundheitsausgaben inkl. Langzeitpflege nach Leistungsbereichen in Prozent, 2010



* Aufgrund der unzureichenden Datenlage mussten Ausgabenposition teilweise geschätzt werden.

Ausgaben für Langzeitpflege enthalten auch das Bundes- und Landespflegegeld.

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

Quelle: (Statistik Austria 2011a), Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

4

Stand: Dezember 2011

Wie auch aus Tabelle 2.3 hervorgeht, wurden 75,8 Prozent der Gesamtausgaben im Jahr 2010 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, 2010

Sektor	öffentliche GHA	private GHA	GHA
Stationäre Gesundheitsversorgung inkl. Tagesfälle	9.372,4	1.182,2	10.554,6
Ambulante Gesundheitsversorgung	5.175,6	2.221,9	7.397,5
Langzeitpflege inkl. häusliche Langzeitpflege*	3.546,2	795,4	4.341,6
Gesundheitsbezogene Hilfs- und Nebenleistungen**	629,5	277,1	906,6
Pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	3.103,9	1.885,4	4.989,2
Prävention und öffentlicher Gesundheitsdienst	461,0	79,2	540,2
Verwaltung der Gesundheitsversorgung	725,2	396,4	1.121,6
Laufende Gesundheitsausgaben	23.013,7	6.837,5	29.851,2
Investitionen	941,5	802,1	1.743,6
Gesamte Gesundheitsausgaben	23.955,2	7.639,7	31.594,9

* Aufgrund der unzureichenden Datenlage mussten Ausgabenpositionen teilweise geschätzt werden.

Ausgaben für Langzeitpflege enthalten auch das Bundes- und Landespflegegeld.

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

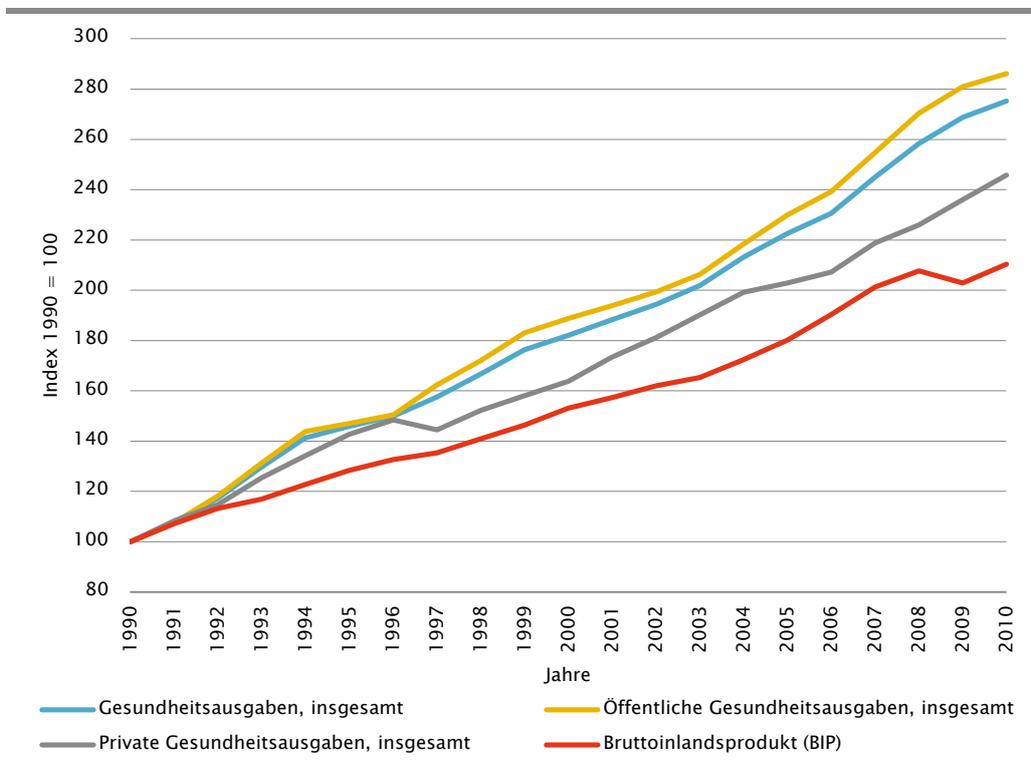
Quelle: (Statistik Austria 2011a), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Von 2005 bis 2010 sind die gesamten Gesundheitsausgaben durchschnittlich jährlich um 4,3 Prozent gestiegen. In den letzten Jahren verlangsamte sich die Wachstumsdynamik. Von 2009 auf 2010 stiegen die Gesundheitsausgaben um 2,4 Prozent von 30,9 auf 31,6 Milliarden Euro, während das Bruttoinlandsprodukt (BIP) nominell um 3,7 Prozent stieg.

Abbildung 2.2 zeigt die indexierte Entwicklung der öffentlichen und der privaten Gesundheitsausgaben gemeinsam mit der Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes von 1990 bis 2010. Die gesamten Gesundheitsausgaben stiegen von 1990 bis 2010 mit einer durchschnittlichen Wachstumsrate von rund 5,2 Prozent in den meisten Jahren stärker als das BIP, das in diesem Zeitraum mit einer durchschnittlichen Wachstumsrate von jährlich 3,8 Prozent (nominell) wuchs.

Abbildung 2.2:

Österreich: Entwicklung der Gesundheitsausgaben und des Bruttoinlandproduktes (nominell), 1990–2010



Quelle: (Statistik Austria 2011a), 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 ausgegeben werden. Private Gesundheitsausgaben tätigen daher nicht nur private Haushalte, sondern auch private Versicherungsunternehmen und andere private Organisationen ohne Erwerbszweck. Auch betriebsärztliche Leistungen zählen zu privaten Ausgaben.

Zahlungen von privaten Haushalten werden auch als Out-of-Pocket-Zahlungen bezeichnet. Sie beinhalten sowohl 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). Daneben 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. Aus-

gaben 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. Darüber hinaus sind Prämien für private Krankenversicherungen berücksichtigt.

2.3 Stationäre Versorgung

Die föderalistische Struktur Österreichs bzw. die Kompetenzzuordnung zwischen den Gebietskörperschaften finden sich in ihrer Komplexität auch bei den Krankenanstalten.

Die insgesamt 273 österreichischen Krankenanstalten (KA) lassen sich grob der Akut- bzw. Nicht-Akutversorgung zuordnen. Der Akutversorgung (auch Kurzzeitversorgung⁵ genannt) waren im Jahr 2011 insgesamt 177 Krankenanstalten zuzurechnen. Die übrigen 96 Krankenanstalten sind der Nicht-Akutversorgung zuzurechnen, die sich wiederum in die Sektoren Langzeitversorgung (26 KA) und Rehabilitation unterteilt (70 KA).

Das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) gliedert die österreichischen Spitäler nach Versorgungsbereichen bzw. nach ausstattungsbezogenen Merkmalen. Die einzelnen Einrichtungen werden dabei wie folgt definiert (KAKuG, § 2 Abs. 1, Z. 1–5):

- » Allgemeine Krankenanstalten: sind Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung (100 KA)
- » Sonderkrankenanstalten: sind Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke (107 KA⁶)
- » Pflegeanstalten: für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (14 KA)
- » Sanatorien: sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen (52 KA)
- » Selbständige Ambulatorien: sind organisatorisch selbständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen.

⁵

Durchschnittliche Verweildauer von nicht mehr als 18 Belagstagen.

⁶

inkl. Genesungsheime

Hinsichtlich der Finanzierung kann eine weitere Untergliederung der Krankenanstalten vorgenommen werden. Hierbei könne drei Formen unterschieden werden (BMGF 2008):

- » 129 Akutkrankenanstalten wurden im Jahr 2011 über die Landesgesundheitsfonds finanziert, die sich aus Mitteln der Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Gemeinden) sowie der Sozialversicherung speisen.
- » Der Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds (PRIKRAF) wird mit Mitteln der Sozialversicherung beschickt und kommt in Sanatorien⁷ für Leistungen auf, die unter die Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung fallen.
- » Die weiteren Krankenanstalten (mehrheitlich Sondernversorgungseinrichtungen wie etwa Rehabilitationszentren) stehen entweder unter der Trägerschaft der Sozialversicherung oder verfügen über Sonderverträge mit denselben.

In der stationären Gesundheitsversorgung wurden im Jahr 2011 rund 64.000 tatsächlich aufgestellte Betten vorgehalten⁸, wovon rund 51.000 Betten der Akutversorgung⁹ zuzurechnen waren. Auf die Rehabilitationseinrichtungen entfielen im selben Zeitraum rund 8.800 Betten.¹⁰

In der intramuralen Versorgung spielen landesfondsfinanzierte Krankenanstalten (auch Fondskrankenanstalten genannt) mit rund 47.500 Betten die bedeutendste Rolle. Sie umfassen Krankenanstalten des Akutversorgungssektors mit Öffentlichkeitsrecht sowie gemeinnützige Spitäler (nicht gewinnorientiert) ohne Öffentlichkeitsrecht. Sowohl Allgemeine– als auch Sonderkrankenanstalten können landesfondsfinanziert sein

7

Sind gemäß KAKuG, § 2 Abs. 1, Z. 1–5 Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen.

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, post–operative Betten im Aufwachraum, Säuglingsbetten der Geburtshilfe u. Ä. zählen nicht zu den tatsächlich aufgestellten Betten (BMG 2011d).

9

Die Akutversorgung findet in allen landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten, Unfallkrankenhäusern, Privatsanatorien sowie in Heeres– und Justizkrankenanstalten statt. Die Betten werden konform der Zählweise des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) 2010 erhoben. Beinhaltet sind auch Betten der Palliativpflege, psychiatrischen Pflege und gemischte Betten der neurologischen und psychiatrischen Pflege.

10

Inklusive Betten jener Rehabilitationseinrichtungen, die nicht in der Krankenanstalten–Diagnosen– und Leistungsdokumentation erfasst wurden (Rehabilitationseinrichtung des LKH Wolfsberg, Sonnenpark Bad Hall, Psychiatrische Rehabilitation St. Veit und Medizinisches Zentrum Bad Vigaun).

(BMGF 2008). Rund drei Viertel aller tatsächlich aufgestellten Betten standen im Jahr 2011 in Fondskrankenanstalten. 90 Prozent aller Krankenhausaufenthalte entfielen im selben Zeitraum auf Fondskrankenanstalten (rund 97 % bei 0-Tagesaufenthalten).

In Relation zur Bevölkerung entsprach im Jahr 2011 die Bettenanzahl aller Krankenanstalten einer Bettendichte von 7,7 Betten pro 1.000 Einwohner/innen, bei landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten ergaben sich 6,1 Betten je 1.000 Personen.

Im Jahr 2011 wurden in allen österreichischen Krankenanstalten rund 2,81 Mio. stationäre Aufenthalte verzeichnet (inkl. ausländischer Gastpatienten/-patientinnen), abzüglich sogenannter 0-Tagesaufenthalte¹¹ belief sich die Anzahl auf etwa 2,3 Mio. Aufenthalte. Im akutstationären Bereich wurden im Jahr 2011 rund 2,7 Mio. Aufenthalte gezählt (2,2 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 2011 auf 33 Aufenthalte je 100 Einwohner/innen (27,4 ohne 0-Tagesaufenthalte). Im akutstationären Bereich wurden rund 31,9 Aufenthalte (25,8 ohne 0-Tagesaufenthalte) pro 100 Einwohner/innen gezählt.

Abbildung 2.3 zeigt, dass während der letzten Jahre die tatsächliche Bettenanzahl¹² in Fondskrankenanstalten leicht gesunken ist, während die Anzahl an stationären Aufenthalten – darunter insbesondere die 0-Tagesaufenthalte¹³ – anstieg. Letztere stiegen durchschnittlich jährlich um 6,1 Prozent. Weiters wird ersichtlich, dass auch die

11

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

12

Tatsächlich aufgestellte Betten werden definiert durch jene Betten (inkl. Tagesklinikbetten), die im Jahresdurchschnitt oder mindestens sechs Monate aufgestellt waren, unabhängig von ihrer Belegung. Funktionsbetten, wie z. B. Dialysebetten, post-operative Betten im Aufwachraum, Säuglingsbetten der Geburtshilfe u. Ä. zählen nicht zu den tatsächlich aufgestellten Betten (BMG 2011 d).

13

Der verhältnismäßig hohe Anstieg der 0-Tagesaufenthalte von 2001 auf 2002 ist auf die Einführung der Abrechnung von Behandlungen in psychiatrischen Tageskliniken und von tagesstrukturierenden Behandlungen im LKF-System zurückzuführen, wobei jeder Tag im Jahr 2002 als einzelne Aufnahme zu dokumentieren war. Im Jahr 2003 erfolgte eine Umstellung der Dokumentation dahingehend, dass zusammenhängende Behandlungen eines Monats zu einer Aufnahme zusammengefasst und abgerechnet werden konnten.

Endkosten deutlich gestiegen sind, hier betrug das jährliche Durchschnittswachstum zwischen 2001 und 2011 rund 4,2 Prozent. Gesunken sind hingegen die Belagstage, die als Anzahl an Tagen (Mitternachtsaufenthalte), die Patientinnen und Patienten in einer Krankenanstalt verbringen, definiert werden, wie auch die Anzahl an tatsächlich aufgestellten Betten.

Innerhalb Österreichs existieren unter anderem aus alters- und geschlechts-spezifischen 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.

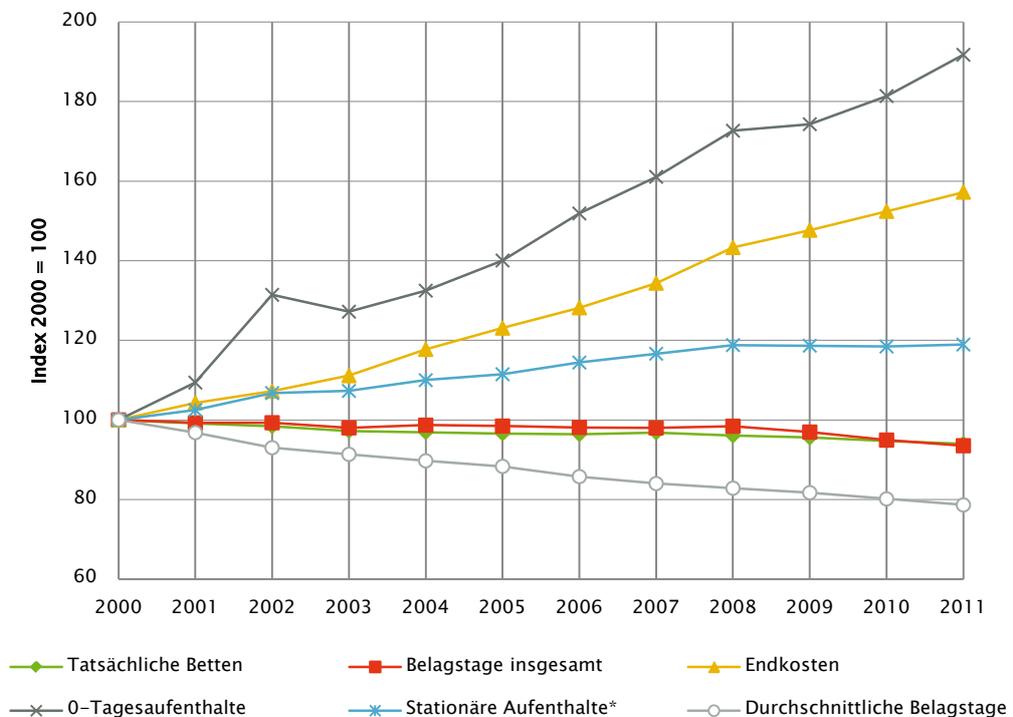
Das Bundesland Kärnten verzeichnete im Jahr 2011 mit rund 29,7 stationären Aufenthalten pro 100 Einwohner/innen die höchste Krankenhaushäufigkeit (ohne 0-Tagesaufenthalte) im akutstationären Bereich, gefolgt von Salzburg (28,9), Oberösterreich (28,6) und der Steiermark (26,6). Die niedrigste Krankenhaushäufigkeit wies im Jahr 2011 das Burgenland mit rund 22,1 und Wien mit etwa 22,8 stationären Aufenthalten pro 100 Einwohner/innen auf. Bezogen auf das gesamte Bundesgebiet betrug die Krankenhaushäufigkeit im gleichen Zeitraum rund 25,8 Aufenthalte je 100 Einwohner/innen.¹⁴

In der Mehrheit der Bundesländer ist in den letzten Jahren ein moderates Absinken der Krankenhaushäufigkeit zu beobachten. Kärnten und Salzburg bilden hier Ausnahmen. Gleichzeitig steigen die 0-Tagesaufenthalte stark.

14

Im Vergleich zur Ausgabe 2010 dieser Berichtsreihe wurde die Berechnungsmethodik 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 2.3:
Österreich: Entwicklung ausgewählter Kennzahlen landesgesundheitsfondsfinanzierter
Krankenanstalten, 2000–2011



* Inkl. 0-Tagesaufenthalte

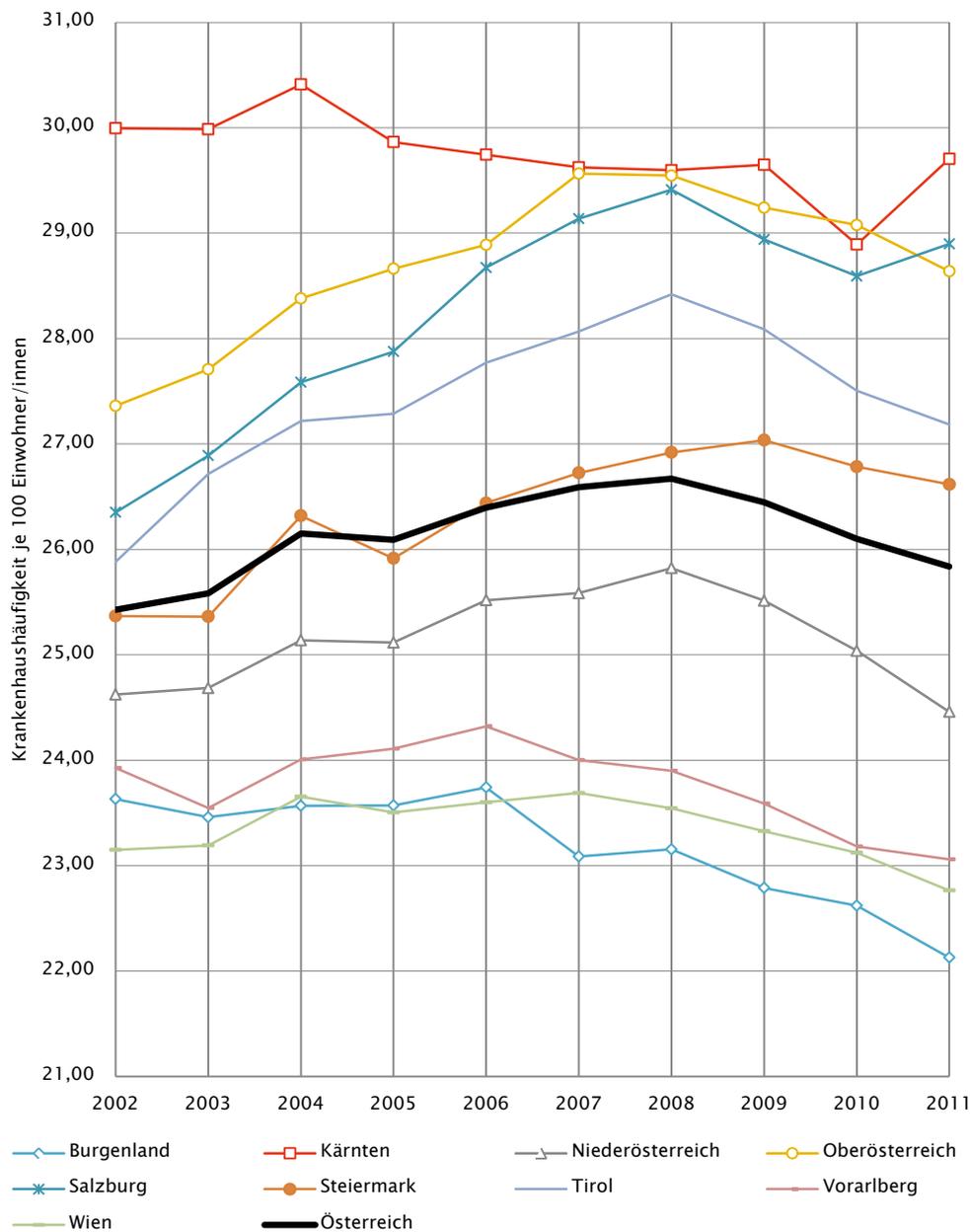
Index: 2000 = 100, Aufenthalte, inkl. ausländischer Gastpatienten/-patientinnen

Quellen: (BMG 2011c), Darstellung: GÖG/ÖBIG

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 5,7 sowie in Tirol mit 5,9 Tagen im Jahr 2011 verzeichnet. Die höchste Anzahl an durchschnittlichen Belagstagen gab es hingegen in Wien mit 7,4 Tagen gefolgt von Kärnten mit 6,8 Tagen.

Abbildung 2.4:

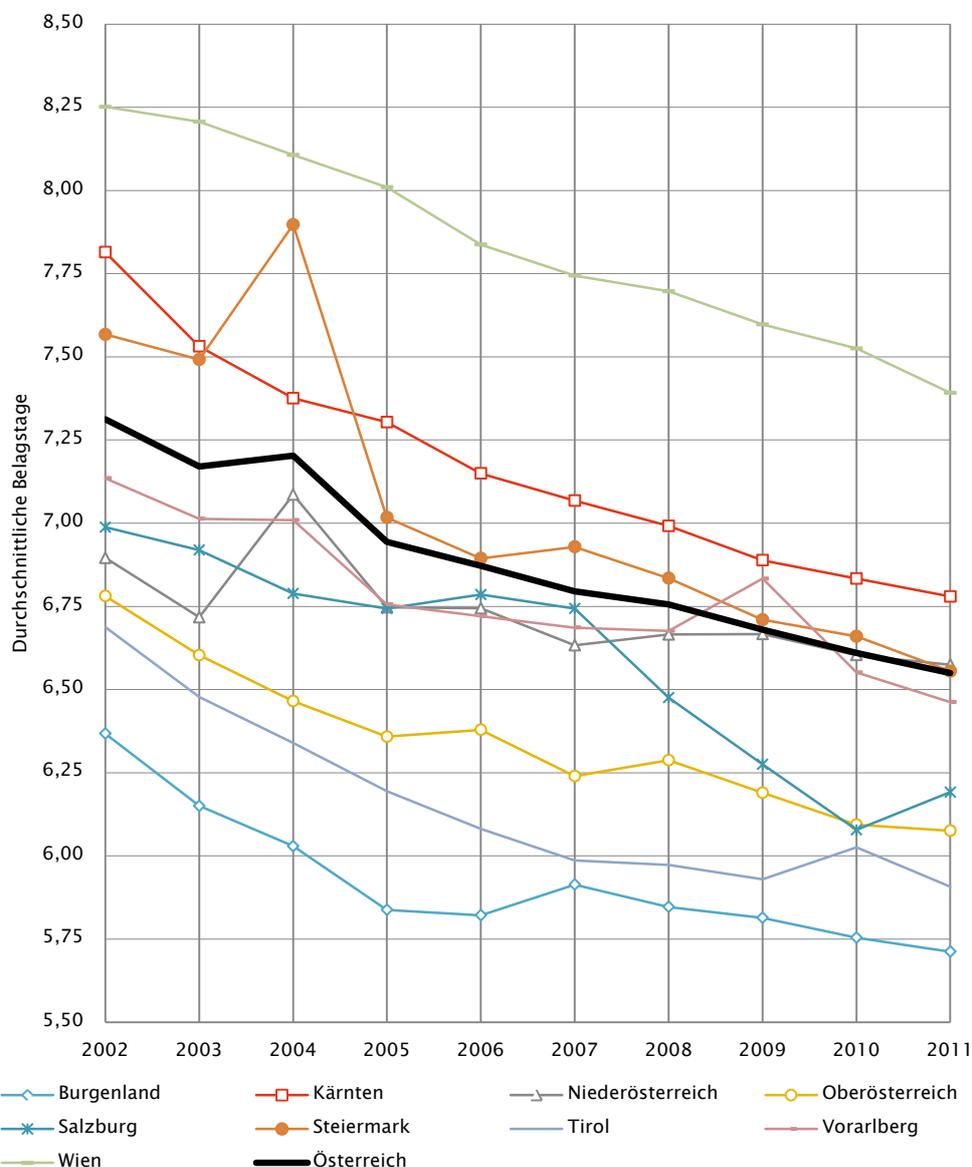
Österreich: Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit je 100 Einwohner/innen in Akutkrankenanstalten auf Bundesländerebene, 2002–2011



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

Quellen: (BMG 2012a), Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 2.5:
 Österreich: Entwicklung der durchschnittlichen Belagstage in Akutkrankenanstalten auf
 Bundesländerebene, 2002–2011



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 Anstiege in den Bundesländern Steiermark und Niederösterreich im Jahr 2004 sind auf Entlassungen von Patienten/Patientinnen mit sehr langen Belagsdauern im Bereich der Psychiatrie zurückzuführen.

Quellen: (BMG 2012a), Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die häufigsten Hauptdiagnosen bei Entlassung aus den Akutkrankenanstalten im Jahr 2010 waren wie in den vorangegangenen Jahren Krebserkrankungen (Neubildungen), gefolgt von 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, 2011

Anzahl	Hauptdiagnose (nach ICD-10-Kapitel)
394.003	(C00-D48) Neubildungen
303.362	(I00-I99) Krankheiten des Kreislaufsystems
272.546	(M00-M99) Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
272.074	(S00-T98) Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
234.002	(K00-K93) Krankheiten des Verdauungssystems
166.105	(H00-H59) Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
161.889	(N00-N99) Krankheiten des Urogenitalsystems
147.985	(J00-J99) Krankheiten des Atmungssystems
129.485	(F00-F99) Psychische und Verhaltensstörungen
116.886	(O00-O99) Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
112.203	(G00-G99) Krankheiten des Nervensystems
111.477	(R00-R99) Symptome u. abnorme klin. u. Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
61.725	(E00-E90) Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
60.604	(A00-B99) Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
37.101	(L00-L99) Krankheiten der Haut und der Unterhaut

Quellen: (BMG 2011a), Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Jahr 2011 waren in österreichischen Krankenanstalten rund 23.000 Ärztinnen und Ärzte beschäftigt, davon standen rund 8.800 Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung (Turnusärzte und -ärztinnen)¹⁶. Das im intramuralen Bereich beschäftigte nichtärztliche Fachpersonal umfasste Ende 2011 rund 55.500 Personen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege¹⁷, rund 9.700 Vertreter/innen der Pflegehilfe, 4.800 Personen in den Sanitätshilfsdiensten, 12.200 Personen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste sowie 1.800 Angestellte der medizinisch-technischen Fachdienste. Weiters waren 2011 insgesamt 1.338 Hebammen in Krankenanstalten angestellt (Statistik Austria 2012e).

15

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

16

Inklusive jener Ärztinnen und Ärzte die bereits das ius practicandi erworben haben.

17

Inklusive kardiotechnischer Dienst

2.4 Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung der österreichischen Bevölkerung wird großteils von frei praktizierenden, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten übernommen. Daneben existieren rund 870 selbstständige Ambulatorien, die teilweise von den Krankenversicherungsträgern selbst geführt werden (BMG 2012d). Ein weiterer zentraler Teil der ambulanten Versorgung wird von Spitalsambulanzen geleistet, die finanziell und organisatorisch 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 Bereich¹⁸ tätigen Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2011 umfasste rund 6.400 Allgemeinmediziner/innen, rund 9.500 Fachärztinnen und Fachärzte sowie rund 3.500 Zahnärztinnen und Zahnärzte¹⁹. Auf 1.000 Einwohner/innen entfielen im Jahr 2011 in Österreich rund 2,3 niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte (inkl. Zahnärztinnen und Zahnärzte), wobei in Österreich zum Teil deutliche regionale Unterschiede bestehen. So wiesen etwa Oberösterreich und 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 3,2 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (inkl. Zahnärztinnen und Zahnärzten) je 1.000 Einwohner/innen auf die höchste Versorgungsdichte.

Zum Stichtag 31.12.2011 standen rund 10.400 Ärztinnen und Ärzte in einem Vertragsverhältnis mit einem Krankenversicherungsträger, (rd. 4.200 Allgemeinmediziner/innen, rd. 3.700 Fachärztinnen und Fachärzte und rd. 2.600 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 2011 wurden bei einer krankenversicherten Person durchschnittlich 6,85 Fälle²⁰ vertragsärztlicher Leistungserbringung registriert (HVB 2012e).

18

Dieser umfasst die vertragsärztliche und die wahlärztliche Versorgung.

19

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

20

Gebietskrankenkassen und Betriebskrankenkassen

Tabelle 2.5:

Österreich: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nach Hauptfach, Stand 31. 12. 2011

Land	Gesamt*	Allgemein- mediziner	Fachärzte	Zahnärzte	Ärzte je 1.000 EW**
Burgenland	589	213	278	98	2,1
Kärnten	1.280	487	592	201	2,3
Niederösterreich	3.710	1.281	1.881	548	2,3
Oberösterreich	2.775	1.079	1.198	498	2,0
Salzburg	1.340	429	655	256	2,5
Steiermark	2.607	961	1.120	526	2,2
Tirol	1.600	503	742	355	2,3
Vorarlberg	728	227	344	157	2,0
Wien	5.461	1.400	3.155	906	3,2
Österreich	19.449	6.451	9.453	3.545	2,3

* 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.

Quelle: (ÖÄK 2012; ZÄK 2012), Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 2.6:

Österreich: Vertragsärztinnen und -ärzte nach Hauptfach, Stand 31. 12. 2011

Land	Gesamt*	Allgemein- mediziner	Fachärzte	Zahnärzte	Ärzte je 1.000 EW**
Burgenland	325	150	95	80	1,1
Kärnten	696	308	244	144	1,2
Niederösterreich	1.714	770	504	440	1,1
Oberösterreich	1.567	740	473	354	1,1
Salzburg	663	250	253	160	1,2
Steiermark	1.489	630	455	404	1,2
Tirol	895	363	310	222	1,3
Vorarlberg	402	153	146	103	1,1
Wien	2.691	820	1.209	662	1,6
Österreich	10.430	4.182	3.679	2.569	1,2

* Ärztinnen und Ärzte bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzte, die zum Stichtag 31.12.2011 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.

Quelle:(ÖÄK 2012; ZÄK 2012), Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

2.5 Psychotherapeutische Versorgung

Mit Stichtag 31. 12. 2011 waren 7.408 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Psychotherapeutenliste des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eingetragen (s. Tabelle 2.7). Rund ein Viertel davon verfügte auch über eine Ausbildung zur klinischen Psychologin bzw. zum klinischen Psychologen und zur Gesundheitspsychologin bzw. zum Gesundheitspsychologen.

Seit 1991 hat sich die Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beinahe verachtfacht, wobei besonders starke Zuwächse im Zeitraum 1991 bis 1998 verzeichnet wurden. In den letzten zehn Jahren lag die durchschnittliche jährliche Zuwachsrate bei 3,4 Prozent. Regional besteht eine Ungleichverteilung des Angebots. Die größte Versorgungsdichte mit Psychotherapeutinnen und -therapeuten findet sich in Wien, gefolgt von den westlichen Bundesländern Salzburg, Tirol und Vorarlberg. Im Burgenland findet sich die geringste Versorgungsdichte. Generell ist die Konzentration in städtischen Gebieten höher als in ländlichen Gebieten (Hagleitner/Sagerschnig 2011).

Tabelle 2.7:

Österreich: Kennzahlen zur psychotherapeutischen Versorgung, 2011*

Kennzahl	Wert
Anzahl Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen	7.408
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen pro 100.000 Einwohner/innen	88,1
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

* Falls nicht anders angegeben

** 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“), Ausgaben für Kostenzuschüsse (Psychotherapie durch freiberufliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) und Ausgaben für Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen.

Quellen: (Sagerschnig et al. 2012), (SGKK/HVB 2011), (HVB 2012a), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Finanzierung bzw. Ausgestaltung der psychotherapeutischen Versorgung wird 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, 2010

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	1,00	1,5
Gesamt	67,3	100,0

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

2.6 Pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter

Die gesamten Ausgaben²¹ für pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter betragen in Österreich im Jahr 2010 rund 5 Milliarden Euro. Dies entspricht einem Anteil von 15,8 Prozent an den gesamten Gesundheitsausgaben.

Im Zeitraum 2000 bis 2010 wuchsen diese Ausgaben jährlich um rund 3,9 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 2011a).

Im Jahr 2010 betrug der Umsatz aus Sicht der pharmazeutischen Unternehmen etwa 3 Milliarden Euro (Basis: Fabriksabgabepreis), wovon rund 70 Prozent auf Apotheken entfielen (Pharmig 2012). Von den zugelassenen Arzneimitteln im Jahr 2010 unterlagen etwa zwei Drittel der Rezeptpflicht (PHIS 2012a). Der Anteil der Generika am österreichischen generikafähigen Kassenmarkt²² belief sich 2010 auf 40 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).

Im Jahr 2010 wurde die Versorgung mit Medikamenten von 1.276 öffentlichen Apotheken sowie 5 öffentlich zugänglichen Krankenhausapotheken sichergestellt.²³ Zusätzlich gab es 940 hausapothekenführende Ärztinnen und Ärzte, absolut gesehen ist dies der höchste Wert an dispensierenden Ärztinnen und Ärzten in Europa (PHIS 2012a). Die starke Präsenz der hausapothekenführenden Hausärzte/-ärztinnen 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 fünf Jahren um rund 4 Prozent zurückgegangen.

21

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

22

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

23

Bundesweit verfügen 46 Krankenanstalten über Krankenhausapotheken.

Tabelle 2.9:

Österreich: Daten zum Arzneimittelmarkt

Indikator	Wert
Größe des Marktes (Basis FAP*) wertmäßig 2010	3.022,4 Mio. Euro
Größe des Marktes mengenmäßig 2010	232,1 Mio. Packungen
Gesamte Ausgaben für pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter, 2010	4.989,2 Mrd. Euro
Ausgabenquote** 2010	16,7 %
Zugelassene Humanarzneispezialitäten inkl. Homöopathika (739) per 31.12.2011***	9.821
Arzneimittelverbrauch: Packungen pro Person und Jahr 2010****	27,7 (~1.010 Einzeldosen)
Generikamarktanteil* wertmäßig 2010	40 %
Generikamarktanteil* mengenmäßig 2010	46 %

* FAP = Fabriksabgabepreis bzw. Herstellerpreis

** Inklusiv Ge- und Verbrauchsgüter; die reine Arzneimittelausgabenquote (Anteil der Arzneimittelausgaben an den laufenden Gesundheitsausgaben) betrug 12,6 %.

*** Exklusive zentral durch die europäische Arzneimittelagentur (EMA) zugelassener Arzneimittel, die aufgrund unterschiedlicher Zählweisen nicht addiert werden können.

**** Im Vergleich zum Vorjahresbericht kann aufgrund einer Quellenänderung eine Differenzierung zwischen dem Arzneimittelverbrauch im extra- und intramuralen Bereich gemacht werden. 24,9 Packungen wurden in Apotheken und 2,8 in Krankenhäusern abgegeben.
Einzeldosen (Standard Units): Entspricht der kleinsten gebräuchlichen Form eines Produktes, z. B. einzelne Tablette, Kapsel, Ampulle

Quellen: (BASG 2012; IPF 2011; Klein 2011; OECD 2012a; Pharmig 2012; Statistik Austria 2012b),
Erhebung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 2.10 listet die umsatzstärksten (Preis mal Menge) Wirkstoffgruppen des Jahres 2011, die in Apotheken oder Hausapotheken abgegeben wurden, auf.

Tabelle 2.10:

Österreich: Die zehn umsatzstärksten Wirkstoffgruppen im niedergelassenen Bereich (in alphabetischer Reihenfolge), 2011

Wirkstoffgruppe	Indikation
Angiotensin II Antagonisten, Kombinationen	Bluthochdruck, Herzinsuffizienz
Antiepileptika	Epilepsie
Antineoplastische Protein Kinasehemmer	Krebsbehandlung (z. B. Leukämie)
Atypische Antipsychotika	Schizophrenie, akute Psychosen
Fluticason, Salmeterol	Asthma, COPD
Fraktionierte Heparine	Thrombosenprophylaxe und -behandlung
Parkinsonmittel	Morbus Parkinson
Protonenpumpeninhibitoren	Refluxösophagitis, („Magenschutz“)
Serotoninwiederaufnahmehemmer	Depressionen
Statine	Cholesterinsenker

Aufgrund einer rechtlichen Verfügung darf hierbei keine Rangreihung vorgenommen werden.

Quelle:(IMS 2012), 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 2011 gab es beispielsweise 248 Computertomographen und 157 Magnetresonanz–Tomographen.

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 1996 den größten Zuwachs bei Magnetresonanz–Tomographen, deren Anzahl sich von 94 im Jahr 2001 auf 157 im Jahr 2011 erhöhte (+67 %).

Im intramuralen Bereich²⁴ wurden im Jahr 2011 rund 1.095.000 Computertomographien (–10,3 % ggü. 2010), rund 440.000 Strahlentherapien²⁵ (+2,5 % ggü. 2010), rund 94.000 Koronarangiographien (+2,4 % ggü. 2010), rund 166.000 Emissions–Computertomographien (–2,68 % ggü. 2010), rund 423.000 Magnetresonanz–Tomographien (+5,9 % ggü. 2010) und rund 29.000 Positronen–Emissions–Tomographien durchgeführt (–1,6 % ggü. 2010) (BMG 2012b).

Der Rückgang bei Computertomographien kann durch den vermehrten diagnostischen Einsatz von Magnetresonanz–Tomographien erklärt werden.

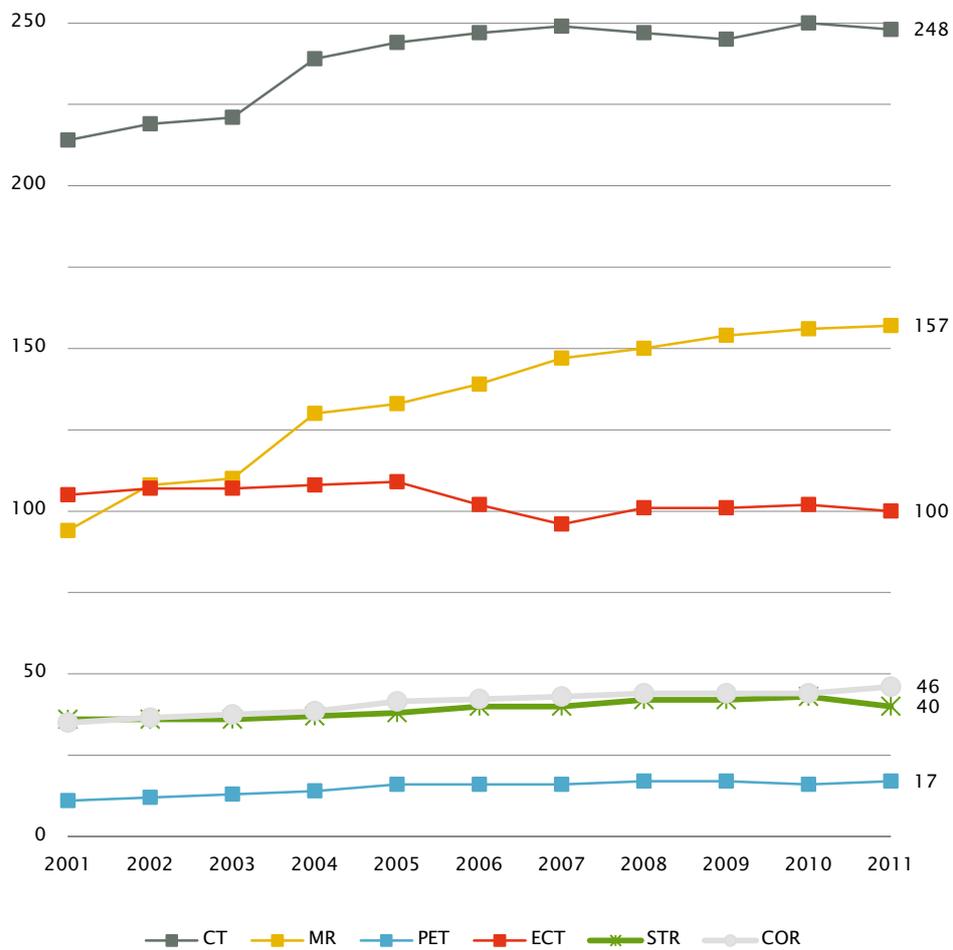
24

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

25

Entspricht Anzahl von Bestrahlungsterminen (= Frequenz)

Abbildung 2.6:
Österreich: Anzahl medizinisch-technische Großgeräte, 2001-2011



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

Quellen: (GÖG/ÖBIG 2010), (BMG 2012c), (GÖG/ÖBIG 2006), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 2.11:

Österreich: Großgeräte in den Bundesländern nach Sektoren, 2011

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	5	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	1	0	1	0
GG im Bundesland gesamt	9	4	1	0	4	0	17	10	2	3	4	1	42	23	8	5	11	3
GG je Mio. EW	31,6	14,0	3,5	0,0	14,0	0,0	30,5	17,9	3,6	5,4	7,2	1,8	26,1	14,3	5,0	3,1	6,8	1,9
	Oberösterreich						Salzburg						Steiermark					
GG in Fonds-KA	23	12	7	7	17	4	9	4	3	4	5	1	26	12	5	4	8	2
GG im extram. Bereich	9	8	0	0	1	0	6	3	1	0	0	0	14	13	0	0	4	0
GG in übrigen KA	3	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	20	4	17	8	4	4	6	1	43	27	5	4	13	2
GG je Mio. EW	24,8	14,9	5,7	5,0	14,2	2,8	32,0	15,0	7,5	7,5	11,3	1,9	35,5	22,3	4,1	3,3	10,7	1,7
	Tirol						Vorarlberg						Wien					
GG in Fonds-KA	16	10	4	4	6	1	5	2	1	2	3	1	27	17	12	11	24	4
GG im extram. Bereich	8	7	0	0	2	0	1	4	0	0	0	0	22	18	0	0	6	0
GG in übrigen KA	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5	4	1	0	1	0
GG im Bundesland gesamt	25	18	4	4	8	1	6	7	1	2	3	1	54	39	13	11	31	4
GG je Mio. EW	35,2	25,3	5,6	5,6	11,3	1,4	16,2	18,9	2,7	5,4	8,1	2,7	31,5	22,8	7,6	6,4	18,1	2,3
	Österreich																	
GG in Fonds-KA	144	74	42	40	72	16	* Mitversorgung durch NÖ, W, ST											
GG im extram. Bereich	88	71	1	0	20	1	GG = Großgeräte, CT = Computertomographen, ECT = Emissions-Computertomographen,											
GG in übrigen KA	16	12	3	0	8	0	MRT = Magnetresonanztomographen, PET = Positronen-Emissions-Tomographen,											
GG gesamt	248	157	46	40	100	17	COR = Koronarangiographische Arbeitsplätze, STR = Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte											
GG je Mio. EW	29,5	18,7	5,5	4,8	11,9	2,0												

Quelle: (BMG 2012c), Erhebung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

2.8 Personal im Gesundheitswesen

Im Gesundheits- und Sozialbereich waren im Jahresdurchschnitt 2011 nach ÖNACE-Klassifizierung²⁶ insgesamt rund 350.000 Personen beschäftigt (Statistik Austria 2012a)²⁷. Die Anzahl der Beschäftigten im österreichischen Gesundheitswesen ist in den letzten Dekaden stark gewachsen, so hat sich der Personalstand²⁸ in österreichischen Krankenanstalten zwischen 1980 und 2010 von 48.521 auf 106.221 Personen mehr als verdoppelt (+119 Prozent), von 2001 bis 2010 betrug die Zuwächse rund 15 Prozent (Statistik Austria 2011d).

Der Frauenanteil überwiegt in beinahe allen Berufsgruppen des Gesundheitswesens und war im Jahr 2010 mit 87 Prozent im Bereich der diplomierten Gesundheits- und Krankheitspflege am größten. Eine Ausnahme bildet die Gruppe der berufsausübenden Ärztinnen und Ärzte, hier überwiegt der Männeranteil mit 56 Prozent.

Tabelle 2.12 zeigt ausgewählte Beschäftigungsdaten des österreichischen Gesundheitswesens mit Stand 31. Dezember 2000 und 2011 sowie die Veränderung im Zehnjahresvergleich. Leider kann aufgrund von Abgrenzungsproblemen (z. B. allgemeines Verwaltungspersonal, Gesundheits- vs. Sozialwesen etc.) noch keine vollständige Übersicht aller im österreichischen Gesundheitswesen beschäftigten Personen gegeben werden. Zudem weist Tabelle 2.12 die Beschäftigungszahlen in Köpfen aus. Die Werte lassen daher keine Rückschlüsse auf das Beschäftigungsausmaß zu (Teil- oder Vollzeitbeschäftigung).

26

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. S.:

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

27

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

28

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

Tabelle 2.12:

Österreich: Ausgewählte Beschäftigungszahlen des Gesundheitswesens, 2000 u. 2011

Berufsgruppe	2000	2011	Veränderung
Berufsausübende Ärzteschaft (exkl. Zahnärzte/-ärztinnen)*	30.249	39.278	29,8 %
Allgemeinmediziner u. -medizinerinnen	10.655	12.857	20,7 %
Fachärzte u. -ärztinnen	14.083	19.502	38,5 %
Turnusärzte u. -ärztinnen**	5.511	6.916	25,5 %
Angestellte Ärzteschaft***	21.050	27.954	32,8 %
Niedergelassene Ärzteschaft	12.866	15.904	23,6 %
Vertragsärztinnen und -ärzte	7.974	7.861	-1,4 %
Berufsausübende Zahnärzte u. Zahnärztinnen****	3.690	4.418	19,7 %
Angestellte Zahnärzte und -ärztinnen	655	808	23,4 %
Niedergelassene Zahnärzte und -ärztinnen	3.232	3.545	9,7 %
Vertragszahnärzte und -ärztinnen	2.651	2.569	-3,1 %
Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (in KA)	46.219	55.506	20,1 %
Allgemeine Gesundheits- u. Krankenpflegekräfte	39.332	48.050	22,2 %
Kinder- und Jugendlichenpflegekräfte	3.712	4.003	7,8 %
Psychiatrische Gesundheits- u. Krankenpflegekräfte	3.175	3.453	8,8 %
Kardiotechnischer Dienst	39	88	125,6 %
Personal des gehobenen medizin.-technischen Dienstes, med.-techn. Fachdienstes, Masseur u. Masseurinnen (in KA)	11.384	14.055	23,5 %
Physiotherapeutischer Dienst	2.223	3.213	44,5 %
Medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst	2.929	3.150	7,6 %
Radiologisch-technischer Dienst	2.378	3.032	27,5 %
Diätendienst u. ernährungsmedizinischer Beratungsdienst	424	568	34,0 %
Ergotherapeutischer Dienst	548	991	80,8 %
Logopädischer-phoniatrischer-audiologischer Dienst	249	428	71,9 %
Orthoptischer Dienst	112	110	-1,79 %
Medizinisch-technischer Fachdienst	1.920	1.838	-4,3 %
Med. Masseur u. Masseurinnen u. Heilmasseur*****	601	725	20,6 %
Personal des Sanitätshilfsdienstes und Pflegehilfe (in KA)*****	15.133	14.462	-4,4 %
Pflegehelfer u. Pflegehelferinnen	10.769	9.654	-10,4 %
Sanitäter u. Sanitäterinnen	1.232	1.231	-0,1 %
Operationsgehilfen u. -gehilfinen	2.275	2.497	9,8 %
Laborgehilfen u. -gehilfinen	287	271	-5,6 %
Prosekturgehilfen u. -gehilfinen	129	117	-9,3 %
Ordinationsgehilfen u. -gehilfinen	241	106	-56,0 %
Heilbadegehilfen u. -gehilfinen	75	381	408,0 %
Ergotherapiegehilfen u. -gehilfinen	39	48	23,1 %
Desinfektionsgehilfen u. -gehilfinen	86	157	82,6 %
Hebammen (in KA)	1.073	1.338	24,7 %
Personenbetreuer/Innen für die 24-Stunden-Betreuung*****	-	32.514	-

* 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 od. sonstigen Dienstgebern

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

***** Anzahl für das Jahr 2000 bezieht sich auf Heilbademeister sowie Heilmasseur u. -masseurinnen

***** Exklusive Personal ohne Berufszeugnis

***** Selbständige Personenbetreuer „aktiv“

Quellen: (ZÄK 2011), (ÖÄK 2011), (Statistik Austria 2011b), (Statistik Austria 2011c), (WKW 2012)

Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

2.9 Alten- und Langzeitpflege

Im Jahr 2011 belief sich die Anzahl an Alten- und Pflegeheimen in Österreich auf 844. Im Jahr 2009 standen über 70.000 Plätze zur Verfügung, darüber hinaus gab es rund 2.100 Plätze in geriatrischen Tageszentren (BMASK 2011; BMASK Infoservice 2011; GÖG/ÖBIG 2010). 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 31.12.2011 gab es 442.251 Pflegegeldbezieher bzw. Pflegegeldbezieherinnen: 371.198 davon bezogen Bundespflegegeld und 71.053 Personen bezogen Landespflegegeld (BMASK 2011) (s. Tabelle 2.13).

Präzisere Angaben zur Alten- und Langzeitpflege werden auf Basis der Pflegedienstleistungsdatenbank und -statistiken²⁹ in den kommenden Jahren möglich sein.

29

Entsprechend dem Pflegefondsgesetz (2011) hat nach § 5 die Bundesanstalt Statistik Österreich im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz eine Pflegedienstleistungsdatenbank zum Zweck der Erstellung von Pflegedienstleistungsstatistiken und von weiterführenden statistischen Auswertungen einzurichten und ab 1. Juli 2012 zu führen.

Tabelle 2.13:

Österreich: Kennzahlen zur Alten- und Langzeitpflege, jüngstes verfügbares Jahr

Indikator	Wert
Anzahl Alten- und Pflegeheime (2011)	844
Plätze in Alten- und Pflegeheimen (2009)	70.159
Plätze in geriatrischen Tageszentren (2009)*	2.090
Beschäftigte Personen in Alten- und Pflegeheimen (31.12.2010), Köpfe	35.313
Beschäftigte Personen in Alten- und Pflegeheimen (31.12.2010), Vollzeitäquivalente	30.136
Beschäftigte Personen* in mobilen Diensten (31.12.2010), Köpfe	18.469
Beschäftigte Personen* in mobilen Diensten (31.12.2010), Vollzeitäquivalente	11.501
Beschäftigte Personen in teilstationären Diensten (31.12.2010)** Köpfe	409
Beschäftigte Personen in teilstationären Diensten (31.12.2010)*** Vollzeitäquivalente	326
Pflegegeldbezieher (31.12.2011)	442.251
davon Bundespflegegeldbezieher/-bezieherinnen	371.198
davon Landespflegegeldbezieher/-bezieherinnen	71.053
Personenbetreuer u. -betreuerinnen für die 24-Stunden-Betreuung (31.12.2011)****	32.514

* Ohne Burgenland, Kärnten und Niederösterreich
** Ohne Kärnten und Vorarlberg
*** Ohne Vorarlberg
** bzw. *** teilstationäre Dienste: gemäß § 3 Abs. 6 PFG (Pflegefondsgesetz) sind 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 errichteten Einrichtungen bzw. Senioreneinrichtungen - z. B. Alten-, Wohn- und Pflegeheime, Tageszentren - jedenfalls tagsüber erbracht (BMASK 2011)
**** Selbständige Personenbetreuer „aktiv“

Quellen: (BMASK Infoservice 2011), (GÖG/ÖBIG 2010), (WKW 2012),(BMASK 2012), (BMASK 2011),

(BMASK 2010), 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 2.14 gibt einen Überblick über die Anzahl der in Österreich bestehenden Einrichtungen in den Jahren 2005 und 2011.

Tabelle 2.14:

Österreich: Anzahl der Einrichtungen zur Hospiz- und Palliativversorgung 2005 und 2011 (Stand jeweils 31. Dezember)

Einrichtungen	Anzahl	
	2005	2011
Palliativstationen in Krankenanstalten	20	29
Stationäre Hospize	6	8
Tageshospize	2	3
Palliativkonsiliardienste	21	38
Mobile Palliativteams	21	40
Hospiz-Teams	110	146
Gesamt	180	264

Quelle: (Hospiz Österreich 2006; Hospiz Österreich 2012), 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-27), die je nach Datenverfügbarkeit um weitere europäische Staaten (EFTA-Mitglieder und Kroatien) erweitert wurden. Die Darstellung wird jeweils um den Durchschnittswert (arithmetisches Mittel) der herangezogenen EU-15-Mitgliedstaaten und der EU-27-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 Entwicklung besser 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

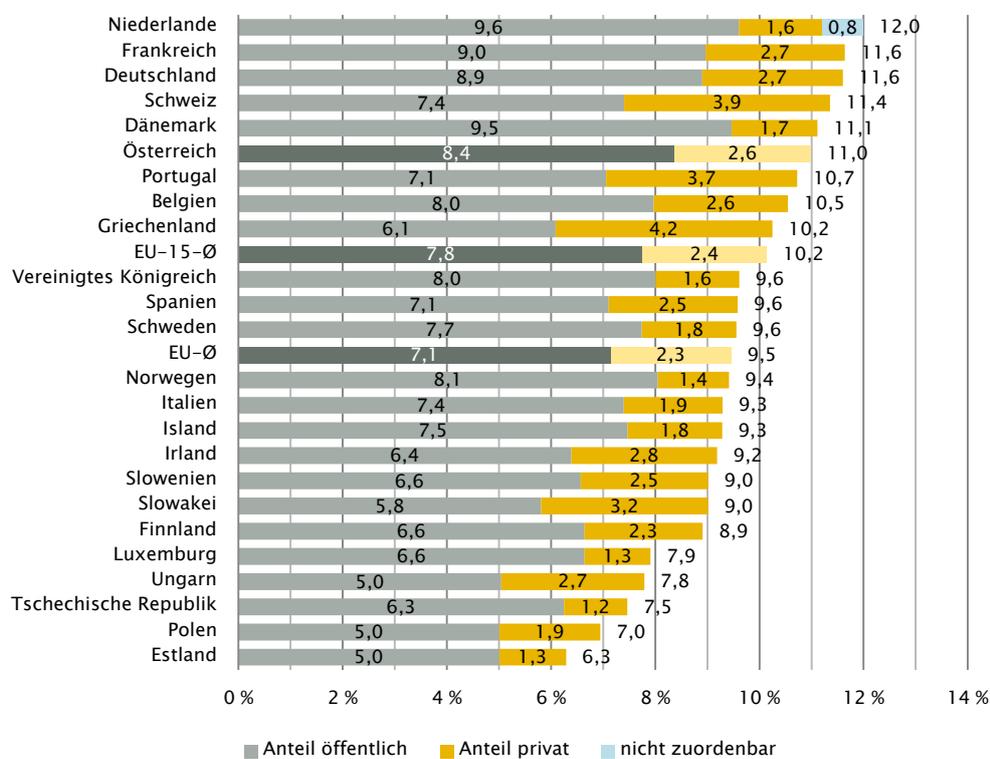
3.1.1 Gesundheitsausgaben

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 getrennt nach öffentlichen (inkl. Sozialversicherungsausgaben) und privaten Ausgaben dargestellt.

Innerhalb der in Abbildung 3.1 verglichenen europäischen Länder wiesen die Niederlande im Jahr 2010 mit einer Gesundheitsausgabenquote von 12,0 Prozent den höchsten Wert auf. Österreich lag mit 11,0 Prozent ebenfalls im europäischen Spitzenfeld und damit über dem EU-15-Durchschnitt (EU-15-Ø) von 10,2 Prozent und dem Durchschnitt der herangezogenen EU-Länder (EU-Ø) von 9,5 Prozent.

Abbildung 3.1:
Europäischer Vergleich: Gesamte öffentliche und private Gesundheitsausgaben inkl.
Langzeitpflege in Prozent des BIP (Gesundheitsausgabenquote), 2010



Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: LU (2009)

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

Den geringsten Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP verzeichneten Estland, Polen, die Tschechische Republik, Ungarn und Luxemburg mit Werten unter acht 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).

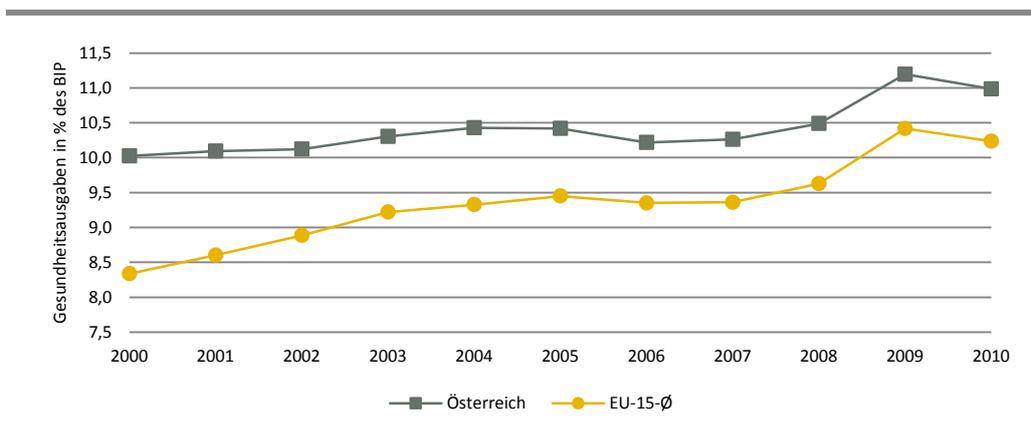
In allen dargestellten Ländern werden die Gesundheitsausgaben mehrheitlich aus öffentlichen Mitteln finanziert. Griechenland wies im Jahr 2010 mit 40,6 Prozent den höchsten Anteil an den privat finanzierten Gesundheitsausgaben aus.

In Österreich betrug der öffentliche Anteil (Staat und Sozialversicherung) an den gesamten Gesundheitsausgaben inklusive Langzeitpflege im Jahr 2010 75,8 Prozent,

dies entsprach 8,4 Prozent des BIP³⁰. Die höchste öffentliche Gesundheitsausgabenquote wiesen im Jahr 2010 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, 2000–2010



Quelle: (OECD 2012a), 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 2000 und 2009 wuchsen die Gesundheitsausgaben in Österreich von 10,0 auf 11,2 Prozent des BIP. Im Jahr 2010 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 (+2,4 %) zu beobachten (s. Abschnitt 2.2). Der vergleichsweise steile Anstieg von 2008 (10,5 %) auf 2009 (11,2 %) ist unter anderem durch die krisenbedingte, rückläufige BIP-Entwicklung zu erklären.

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.

30

Die entsprechenden öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege belaufen sich auf 75 Prozent der Gesamtausgaben, dies entspricht rund 7,7 Prozent des BIP.

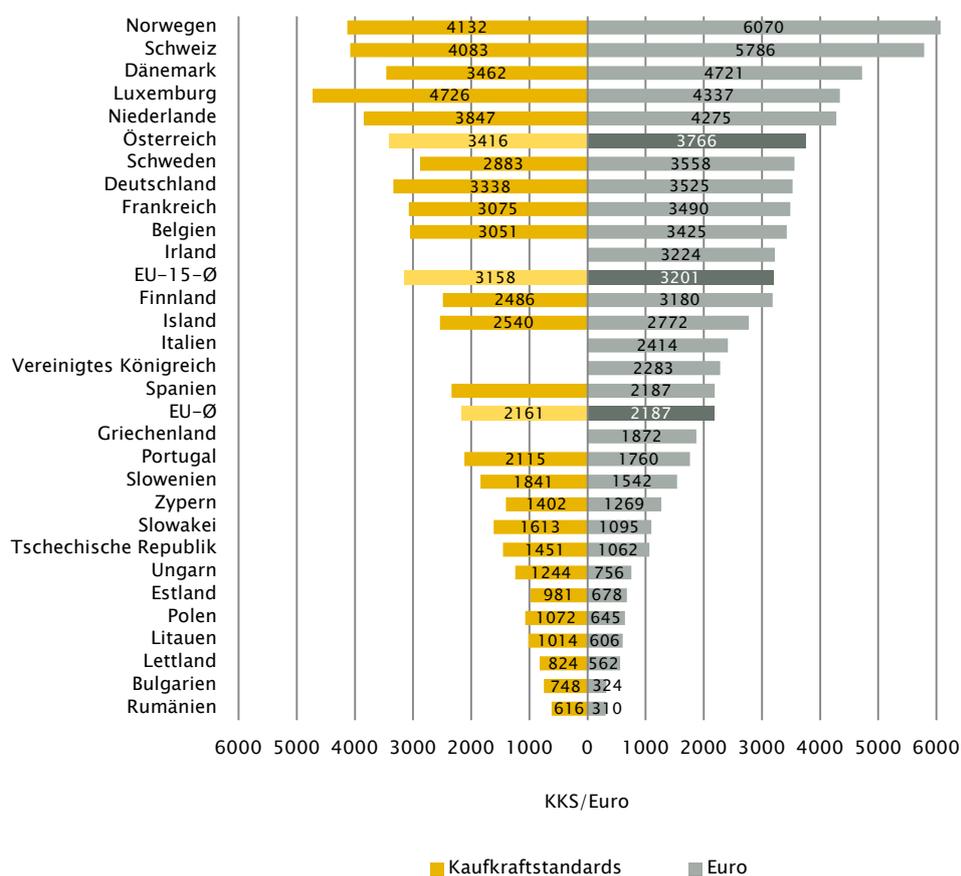
Abbildung 3.3 veranschaulicht die entsprechenden Werte aus dem Jahr 2010 in Kaufkraftstandards (KKS)³¹, um dem unterschiedlichen Kaufkraftniveau der einzelnen Staaten Rechnung zu tragen sowie nominell in Euro-Beträgen. Auf Pro-Kopf-Basis verzeichnete Norwegen mit 6.070 Euro die höchsten nominellen Gesundheitsausgaben. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Kaufkraft führte Luxemburg mit 4.726 KKS, gefolgt von Norwegen (4.132 KKS) und der Schweiz (4.083 KKS) die Statistik an.

Auch Österreich lag mit Ausgaben von 3.766 Euro je Einwohner/innen bzw. 3.416 KKS über dem EU-15-Durchschnitt von 3.201 Euro bzw. 3.158 KKS. Deutlich weniger wendeten die dargestellten mittel- und osteuropäischen EU-Mitgliedstaaten für Gesundheitsleistungen auf, dies resultiert in einem EU-Durchschnitt aller verfügbaren Länder von 2.187 Euro pro Kopf. Die geringsten Pro-Kopf-Ausgaben im Jahr 2010 verzeichnete Rumänien mit 310 Euro.

31

„Der Kaufkraftstandard (KKS) ist eine künstliche Währungseinheit. Theoretisch kann mit einem KKS in jedem Land die gleiche Menge an Waren und Dienstleistungen erworben werden. Aufgrund der Preisunterschiede zwischen den Ländern werden jedoch je nach Land für die gleichen Waren und Dienstleistungen unterschiedliche Mengen von nationalen Währungseinheiten benötigt. KKS werden berechnet, indem ein ökonomisches Aggregat eines Landes in nationaler Währung durch die entsprechenden Kaufkraftparitäten dividiert wird. KKS ist der von Eurostat verwendete Fachbegriff für die gemeinsame Währung, in der Aggregate der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung ausgedrückt werden, die mittels KKP um Preisniveauunterschiede bereinigt wurden. KKP können daher als Wechselkurs für die Umrechnung zwischen KKS und Euro angesehen werden.“

Abbildung 3.3:
Europäischer Vergleich: Gesundheitsausgaben pro Kopf in Kaufkraftstandards (KKS)
und Euro, 2010



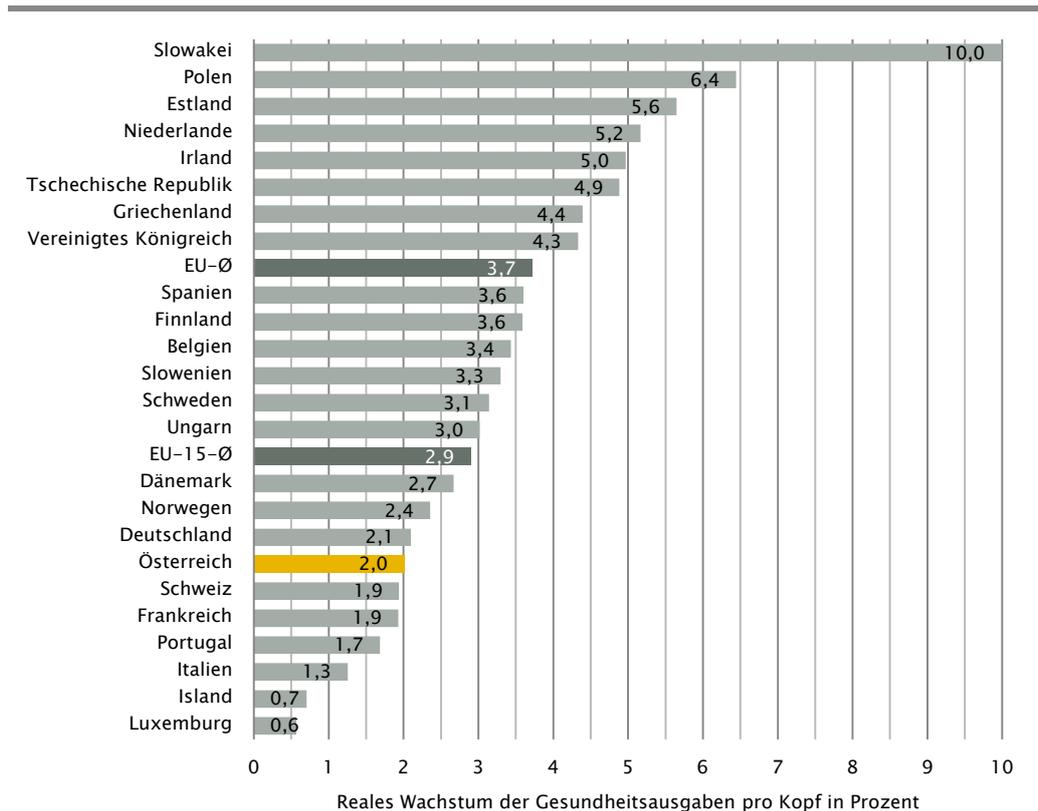
Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: LU, LV (2009); BG, CY, LU (2008)
Keine Kaufkraftstandards verfügbar für: UK, IE, IT, UK, EL

Quelle: (EUROSTAT 2012c; OECD 2012a; Österreichische Nationalbank 2012), 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 2000 bis 2010 durchschnittlich um 2,9 Prozent jährlich anstiegen. Österreich verzeichnete im selben Zeitraum mit einem Anstieg der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben von 2,0 Prozent geringere Zuwächse. Im Vergleich dazu lag die jährliche Wachstumsrate in allen herangezogenen EU-Ländern bei durchschnittlich 3,7 Prozent. Dies ist vor allem auf die im Vergleich hohen Wachstumsraten in den Ländern Slowakei, Polen und Estland zurückzuführen, die auf eine nachholende Entwicklung der Gesundheitssysteme in diesen Staaten schließen lassen.

Von allen dargestellten Ländern wies die Slowakei mit 10 Prozent den im Durchschnitt größten jährlichen Anstieg bei den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben auf. Am geringsten nahmen die Ausgaben mit 0,6 Prozent in Luxemburg und mit 0,7 Prozent in Island zu.

Abbildung 3.4:
Europäischer Vergleich: Durchschnittliches reales Wachstum der Gesundheitsausgaben pro Kopf in Prozent, 2000–2010



Berechnet mit Gesundheitsausgaben pro Kopf in US-Dollar-Kaufkraftparitäten, Basis 2005.
Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: LU (2009)

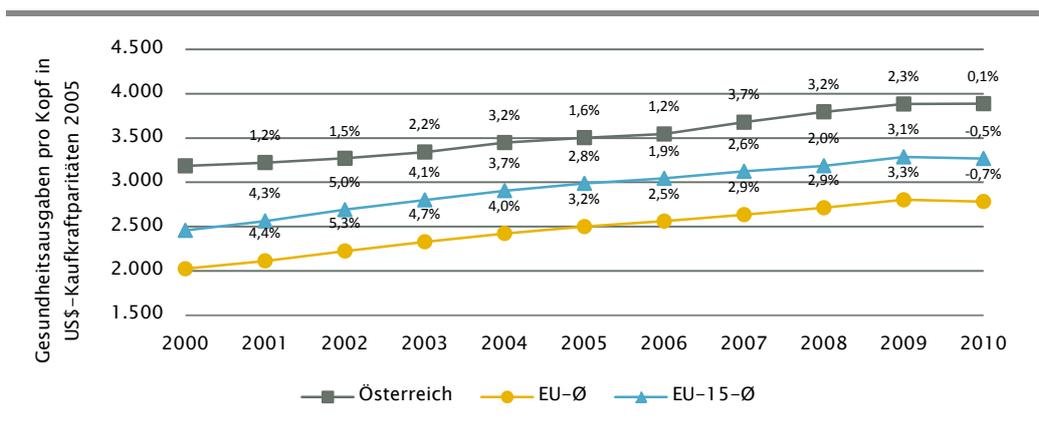
Quelle. (OECD 2012a), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Beachtenswert ist weiters, dass die realen Gesundheitsausgaben pro Kopf im Zeitraum 2009 bis 2010 erstmals seit 1975 im EU-Durchschnitt gesunken sind. Dies ist vor allem auf die Finanz- und Wirtschaftskrise zurückzuführen, die viele Nationalstaaten veranlasst, ihre Gesundheitsausgaben zu dämpfen.

Das EU-15-Wachstum der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben lag von 2009 auf 2010 bei -0,5 Prozent (EU: -0,7 %). Die größten realen Abnahmen gab es in Irland (-7,9 %), Estland (-7,3 %) und Griechenland (-7,3 %). In Österreich stagnierte das reale Wachstum der Ausgaben und betrug von 2009 auf 2010 nur noch 0,1 Prozent (vgl. Abbildung 3.5).

Diese Trendumkehr in den Krisenjahren ist aus den vergleichsweise hohen Wachstumsraten der Periode 2000 bis 2010, die in Abbildung 3.4 dargestellt werden, nicht ersichtlich. Tatsächlich gab es zehn europäische Länder, deren reale Ausgaben von 2009 auf 2010 zurückgingen (CZ, DK, EE, EL, IE, SI, ES, UK, IS, NO).

Abbildung 3.5:
Europäischer Vergleich: Reales Wachstum der Gesundheitsausgaben pro Kopf in US\$-Kaufkraftparitäten 2005, 2000–2010



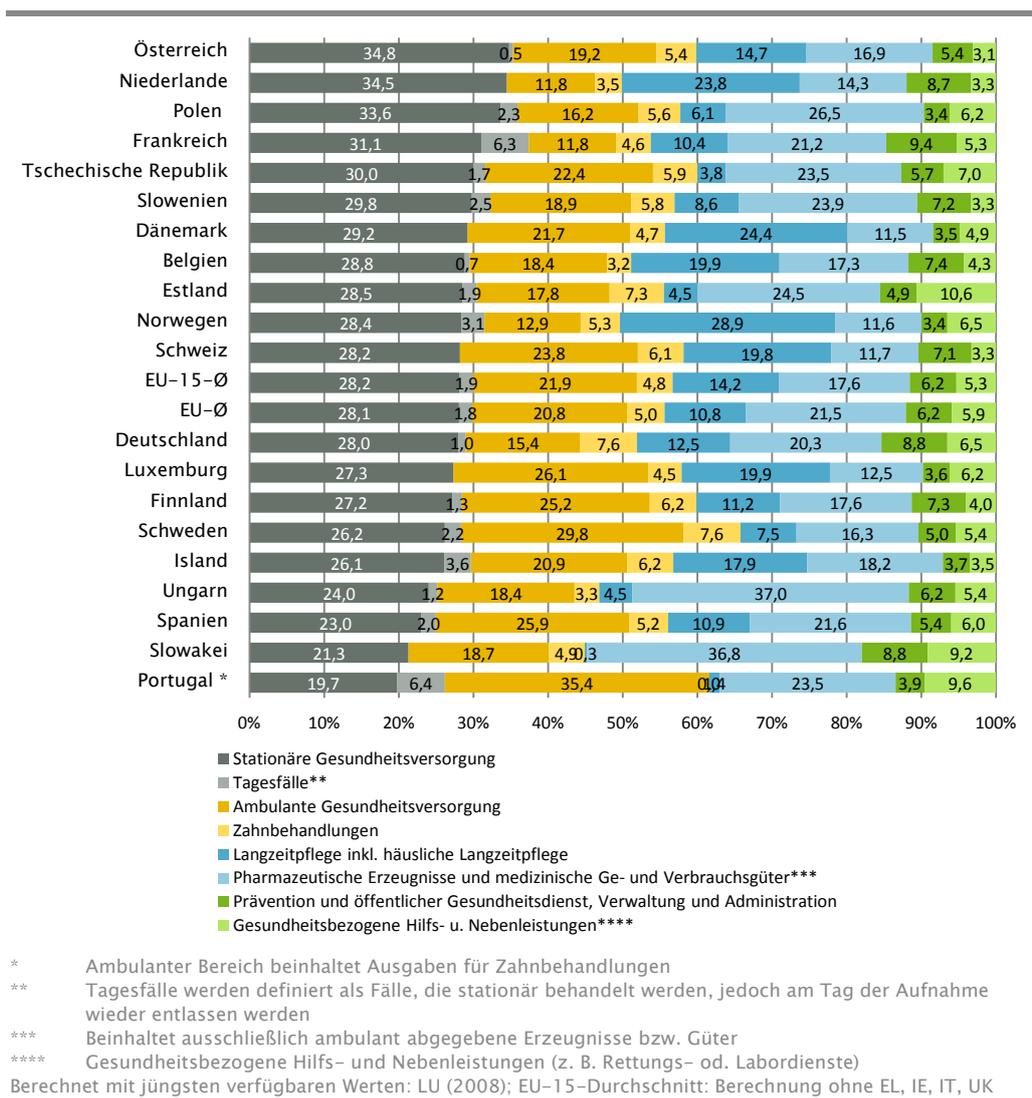
Quelle: (OECD 2012a), Darstellung: GÖG/ÖBIG

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, pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter, Langzeitpflege inkl. häusliche Langzeitpflege, 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 3.6 stellt die prozentuale Aufteilung der Ausgaben nach Sektoren für das Jahr 2010 dar.

Abbildung 3.6:
Europäischer Vergleich: Gliederung der laufenden Gesundheitsausgaben (ohne Investitionen) nach Sektoren in Prozent, 2010



Quellen:(OECD 2012a), (Statistik Austria 2011a), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Es wird deutlich, dass die Mehrheit der dargestellten Länder im Jahr 2010 einen Großteil der Gesundheitsausgaben für den stationären Sektor aufwendete. Ausnahmen

bilden Spanien, Schweden und Portugal, deren ambulanter Sektor prozentuell größer als der stationäre Sektor ist. Der höchste Anteil an den laufenden Gesundheitsausgaben für das Jahr 2009 wurde mit 35,4 Prozent im ambulanten Sektor in Portugal festgestellt (inkl. zahnmedizinischer Bereich). Portugal verfügt zudem über den kleinsten Anteil im stationären Bereich (19,7%). Österreich liegt – wie auch in den letzten Jahren – im Vergleich mit 34,8 Prozent der laufenden Gesundheitsausgaben (33,4 % der gesamten Gesundheitsausgaben) im stationären Bereich an erster Stelle.

Die Ausgaben für Arzneimittel (inkl. medizinische Ge- und Verbrauchsgüter) schwankten im Ländervergleich teilweise beträchtlich. Ungarn gab im Jahr 2010 mit 37 Prozent gefolgt von der Slowakei mit 36,8 Prozent proportional gesehen am meisten für diese Position aus. Auf den geringsten Anteil kam Dänemark mit 11,5 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.

3.1.2 Ressourceneinsatz

3.1.2.1 Medizinisch-technische Großgeräte

Der 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. 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.

Abbildung 3.7 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.

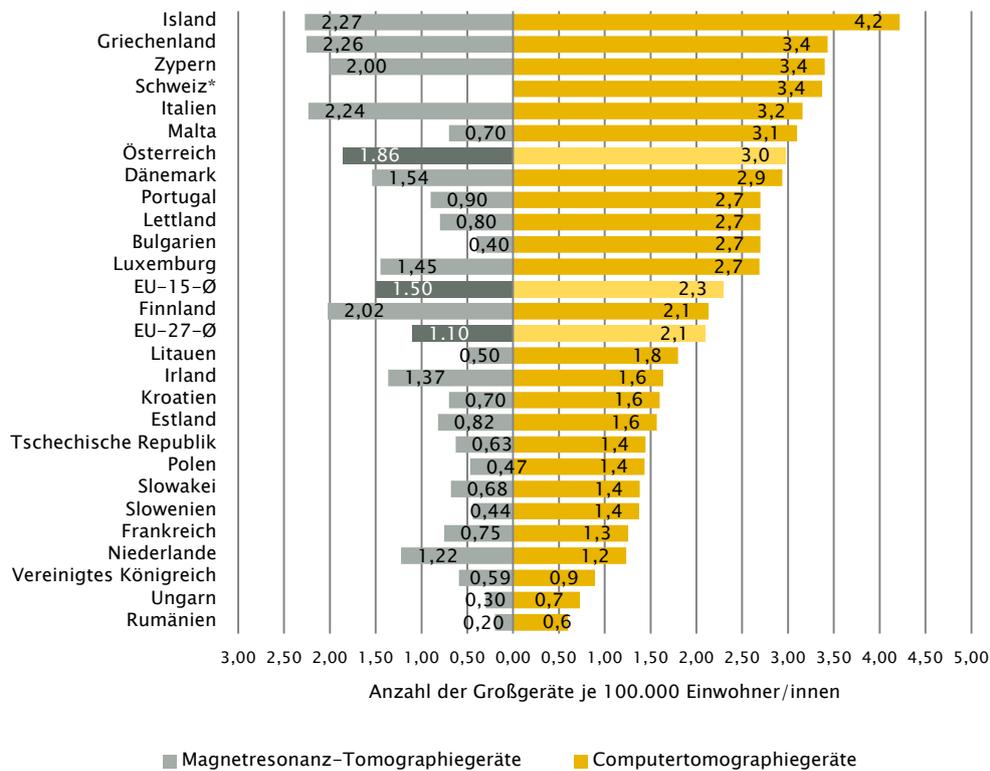
In Griechenland entsprach die Versorgungsdichte mit 3,4 CT je 100.000 Einwohner/innen einem deutlich höheren Wert gegenüber dem Durchschnitt der abgebildeten EU-Länder (2,1). Die geringste Anzahl an CT gab es im Jahr 2011 in Rumänien mit 0,6 Geräten je 100.000 Einwohner/innen, gefolgt von Ungarn (0,7) und dem Vereinigten Königreich (0,9). Österreich lag mit einer CT-Dichte von 3,0 über dem EU-15-Durchschnitt von 2,3 CT je 100.000 Einwohner/innen.

Auch bei MR weisen Griechenland und Island mit 2,3 MR je 100.000 Einwohner/innen die höchste Gerätedichte aus, gefolgt von Italien (2,2), Finnland (2,0), Zypern (2,0) und Österreich mit 1,9 MR je 100.000 Einwohner/innen. Der geringste Versorgungsgrad mit MR war im Jahr 2011 in Rumänien (0,2), Ungarn (0,3), Slowenien und Bulgarien (beide 0,4) festzustellen. Österreich hielt im Jahr 2011 mit 1,9 MR je 100.000 Einwohner/innen überdurchschnittlich viele Geräte vor. Der EU-15-Durchschnitt lag bei 1,5 und der EU-27-Durchschnitt bei 1,1 MR je 100.000 Einwohner/innen.³²

32

Für Deutschland, Spanien und Belgien liegen hinsichtlich der Großgerätedichte nur Daten aus dem stationären Bereich vor. So gab es beispielsweise in Deutschland im Jahr 2010 in Spitälern rund 1,8 CT bzw. 1,0 MR je 100.000 Einwohner/innen. Die korrespondierenden Werte für Belgien betragen 1,3 CT bzw. 1,1 MR. In Spanien gab es im Jahr 2010 im stationären Bereich rund 1,5 CT und 1,7 MR je 100.000 Einwohner/innen.

Abbildung 3.7:
Europäischer Vergleich: Computertomographiergeräte und Magnetresonanztomographiergeräte je 100.000 Einwohner/innen, 2011



* Werte für MR-Geräte nicht verfügbar

Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: zu CT-Geräten: AT, CZ, EE, EL, HU, IT, NL, PL (2010); zu MR-Geräten: CZ, EE, EL, IT, NL, SK, SI, PL (2010), DK (2009), EU-Durchschnitte: Berechnung ohne BE, ES, SE

Quelle: (OECD 2012a), 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 mit Medizinerinnen und Medizinern ist Kernelement jedes Gesundheitssystems.

Nach Angaben von OECD und EUROSTAT wies Griechenland im Jahr 2010 mit 6,1 praktizierenden Ärztinnen und Ärzten je 1.000 Personen die höchste Ärztedichte innerhalb der EU auf. Österreich lag mit 4,8 Medizinerinnen und Medizinern ebenfalls deutlich über dem EU-15-Durchschnitt von 3,6 praktizierenden Ärztinnen bzw. Ärzten je 1.000 Einwohner/innen.³³ Die geringste Versorgungsdichte registrierten im Jahr 2010 Polen (2,2), Rumänien (2,4) und Slowenien (2,4).

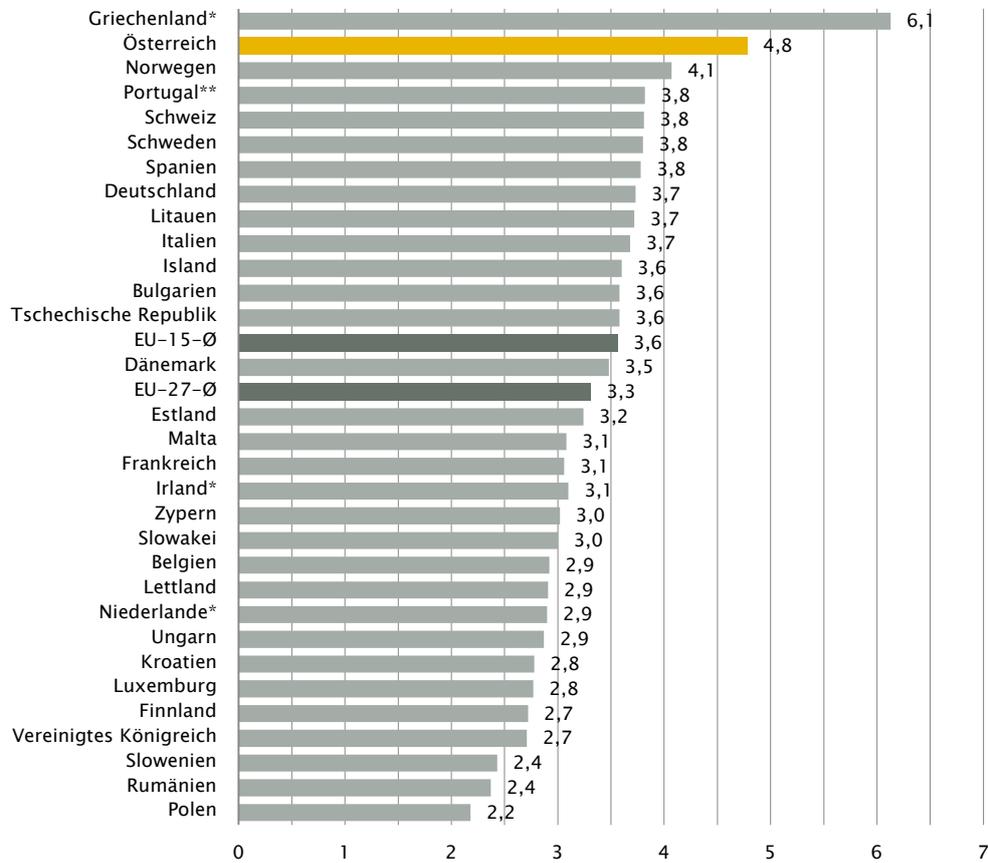
Zwischen den Jahren 2000 und 2010 nahm die Ärztedichte in fast allen EU-15-Staaten zu. Das durchschnittliche Wachstum (EU-15) betrug in dieser Periode rund 1,8 Prozent. Die Ärztedichte in Österreich ist von 3,9 praktizierenden Ärztinnen und Ärzten im Jahr 2000 auf 4,8 im Jahr 2010 gestiegen. Dies entspricht einer durchschnittlichen Wachstumsrate von rund 2,1 Prozent. Im EU-15-Durchschnitt fiel der Anstieg geringer aus, die Anzahl an praktizierenden Ärztinnen und Ärzten pro 1.000 Einwohner/innen stieg von rund 3 im Jahr 2000 auf etwa 3,7 im Jahr 2010.

33

Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der in freier Praxis tätigen österreichischen Ärztinnen und Ärzte (ohne Zahnmedizin) kein Vertragsverhältnis mit einem der Krankenversicherungsträger hat (s. Abschnitt 2.4).

Abbildung 3.8:

Europäischer Vergleich: Praktizierende Ärzteschaft pro 1.000 Einwohner/innen, 2010



* 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
Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: SK (2007); FI (2008); DK, IT, SE (2009); FR (2011)

Quelle: (OECD 2012a), (EUROSTAT 2012c), 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 3.9 zeigt die jeweilige Bettendichte in den herangezogenen europäischen Ländern. Im Jahr 2010 standen im EU-15-Durchschnitt 479 und im EU-27-Durchschnitt 526 tatsächlich aufgestellte Betten je 100.000 Einwohner/innen zur Verfügung. In der Akutversorgung lag der EU-15-Durchschnitt bei 329 Betten (EU-27-Durchschnitt: 365 Betten). Die höchste Bettendichte verzeichnete Deutschland mit 825 Betten über alle Spitäler bzw. 566 Akutbetten je 100.000 Einwohner/innen, gefolgt von Österreich mit 763 Betten bzw. 549 Akutbetten je 100.000 Einwohner/innen³⁴. Die geringste Bettendichte wiesen im Jahr 2010 Schweden (273 Betten bzw. 202 Akutbetten), das Vereinigte Königreich (296 Betten bzw. 237 Akutbetten) und Irland (314 Betten bzw. 229 Akutbetten) auf.

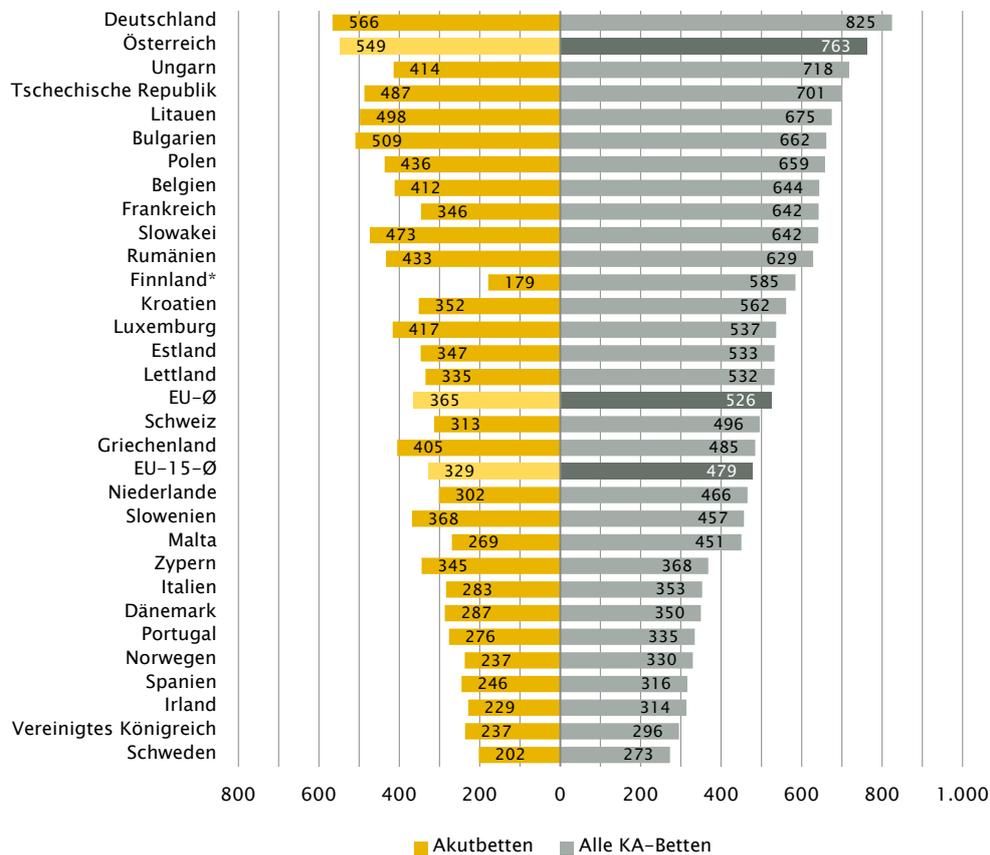
Abbildung 3.10 veranschaulicht zudem die Entwicklung der Akutbettendichte im Europavergleich. Es wird deutlich, dass die Anzahl an Betten in Relation zur Bevölkerung überall in Europa rückläufig ist, so verringerte sich die Akutbettendichte in Österreich von 602 im Jahr 2002 auf 549 Betten im Jahr 2010 (-8,9 %), wobei das Gesamtniveau relativ hoch blieb. Ein Indiz für die „Spitalslastigkeit“ des österreichischen Gesundheitssystems ist, dass die Akutbettendichte in Österreich innerhalb Europas nur von Deutschland überboten wurde.

34

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

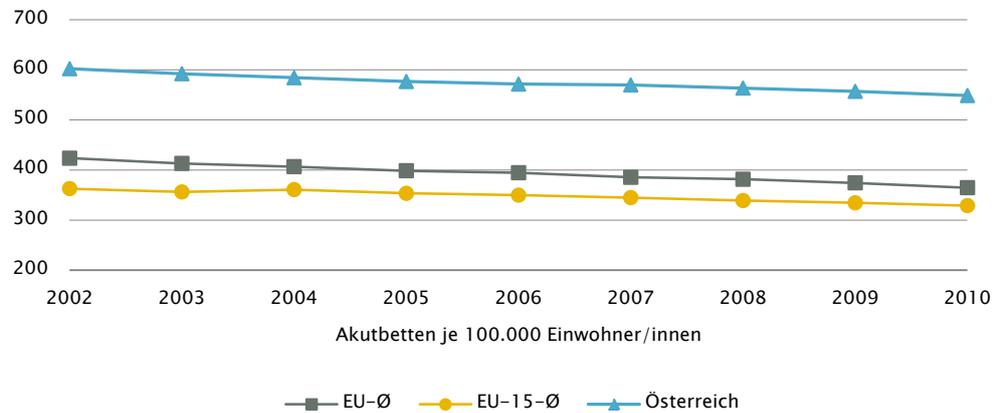
Abbildung 3.9:
Europäischer Vergleich: Alle Krankenhausbetten sowie Akutbetten je 100.000
Einwohner/innen (Bettendichte), 2010



* Bettenanzahl für FI geschätzt (Krankenhaustage/365)
Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: BG, EL, NL (2009)

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

Abbildung 3.10:
Europäischer Vergleich: Entwicklung der Akutbettendichte je 100.000 Einwohner/innen
in Österreich sowie im europäischen Vergleich, 2002–2010



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

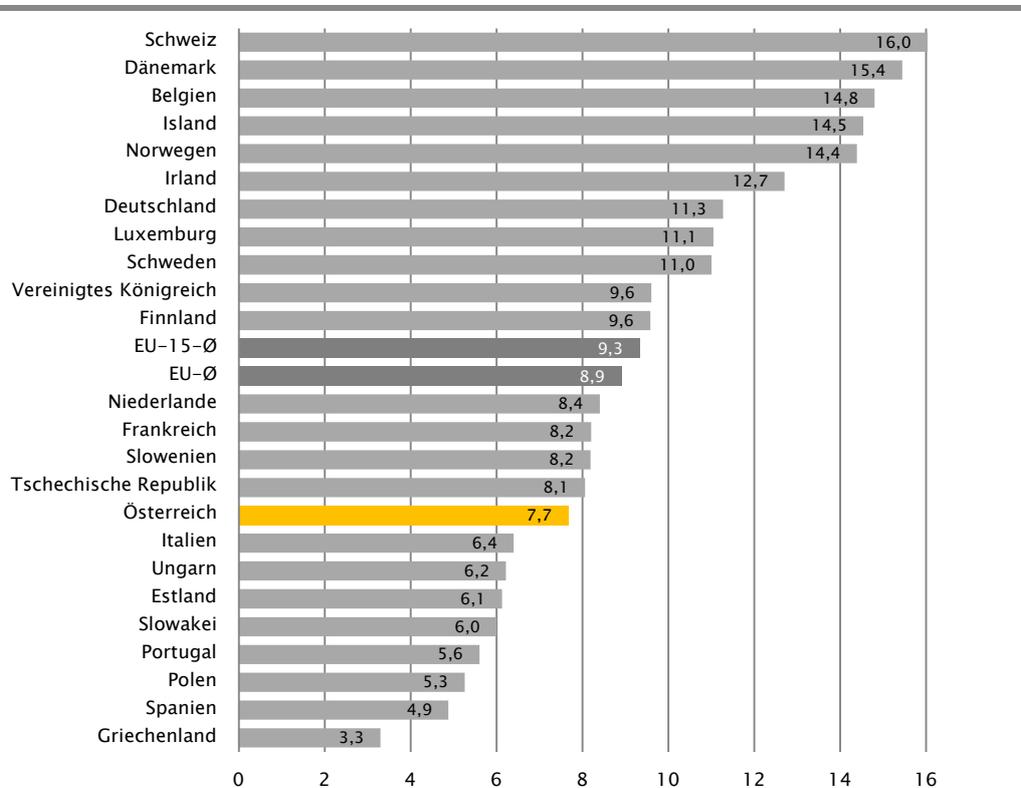
3.1.2.4 Pflegepersonal

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 3.11 kann die Versorgungsdichte, d. h. das Pflegepersonal bezogen auf 1.000 Einwohner/innen des jeweiligen Landes, entnommen werden. Die Schweiz (16,0), Dänemark (15,4), Belgien (14,8), Island (14,5), Norwegen (14,4) und Irland (12,7) unterschieden sich im Jahr 2010 deutlich vom Rest Europas. Österreich lag mit 7,7 Beschäftigten je 1.000 Einwohner/innen unter dem EU-15-Durchschnitt von 8,9. Im Jahr 2010 lag Griechenland mit 3,3 Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern je 1.000 Einwohner/innen gefolgt von Spanien (4,9) und Polen (5,3) am Ende der Rangreihung.

Abbildung 3.11:

Europäischer Vergleich: Krankenpflegepersonal je 1.000 Einwohner/innen, 2010



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

Die österreichischen Daten umfassen nur in Krankenanstalten angestelltes Krankenpflegepersonal

Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: BE, DK, EL, FI, FR, IE, IT, PT, SK (2009); SE, NL (2008)

Quellen:(OECD 2012c), 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. Der gesundheitlichen Chancengleichheit widmet sich zudem vertiefend das diesjährige Schwerpunktkapitel des Berichts (s. Kapitel 4).

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

3.2.1.1 Selbstzahlungen der privaten Haushalte

Selbstzahlungen privater Haushalte³⁵ 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 3.12 illustriert. So betrug im Jahr 2010 der Out-of-Pocket-Anteil in den Niederlanden 5,2 Prozent an den gesamten Gesundheitsausgaben, während in Griechenland mit 38,4 Prozent annähernd das Sechsfache aufgewendet werden musste.

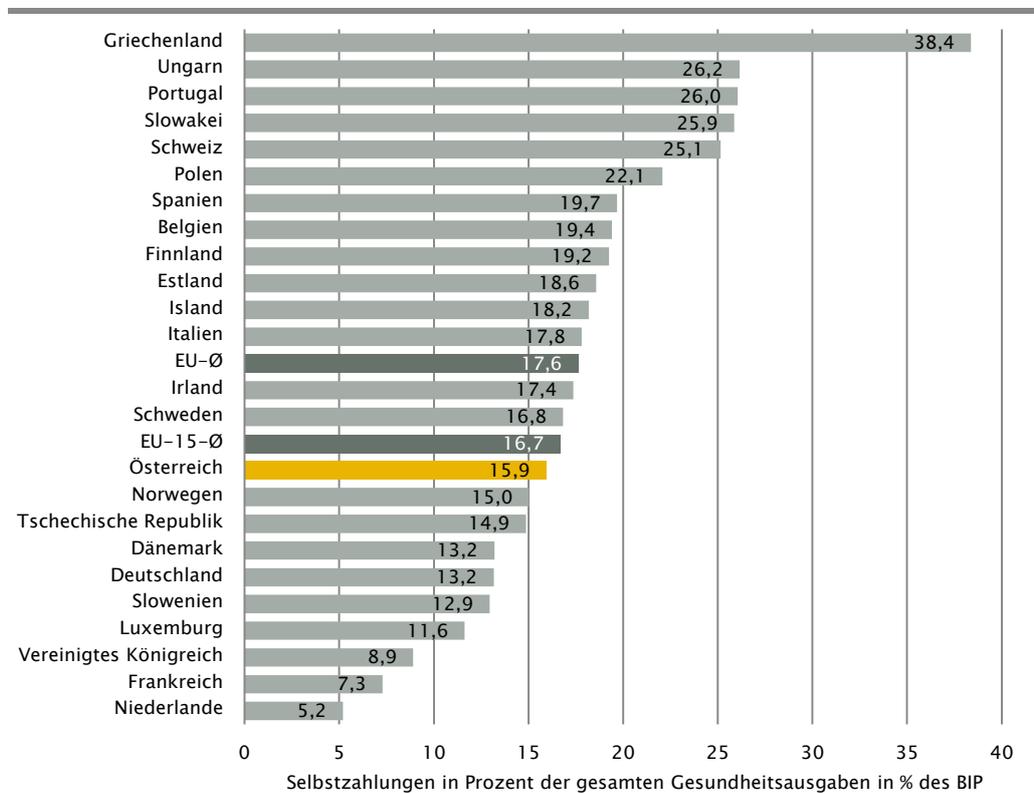
Aufgrund der Heterogenität der europäischen Gesundheitssysteme kann die Höhe der Selbstzahlungen nicht als unmittelbarer Gerechtigkeitsindikator interpretiert werden. Gründe für den vergleichsweise niedrigen niederländischen Wert liegen beispielsweise im dortigen Versicherungssystem. So werden viele 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 2010 die Selbstzahlungen privater Haushalte mit 15,9 Prozent leicht unter dem EU-15-Durchschnitt (16,7 %) und unter dem Durchschnitt aller verglichenen EU-Länder (17,6 %). Der Anteil der Selbstzahlungen an den Gesundheitsausgaben insgesamt blieb in Österreich in den vergangenen Jahren relativ stabil.

35

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 3.12:
Europäischer Vergleich: Selbstzahlungen der privaten Haushalte („Out-of-Pocket-Payments“) in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, 2010



Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: NO (2007); LU (2009)

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

3.2.1.2 Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungsbedarf

Zur Messung von niederschwelliger 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 bezüglich der Zugänglichkeit zum Gesundheitssystem. Der im Rahmen der europäischen SILC-

Befragung³⁶ 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 sozio-ökonomischen Status der Bevölkerung. Daher wird der Indikator in Abbildung 3.13 auch getrennt nach Wohlstandsniveaus aufgeschlüsselt veranschaulicht. 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.

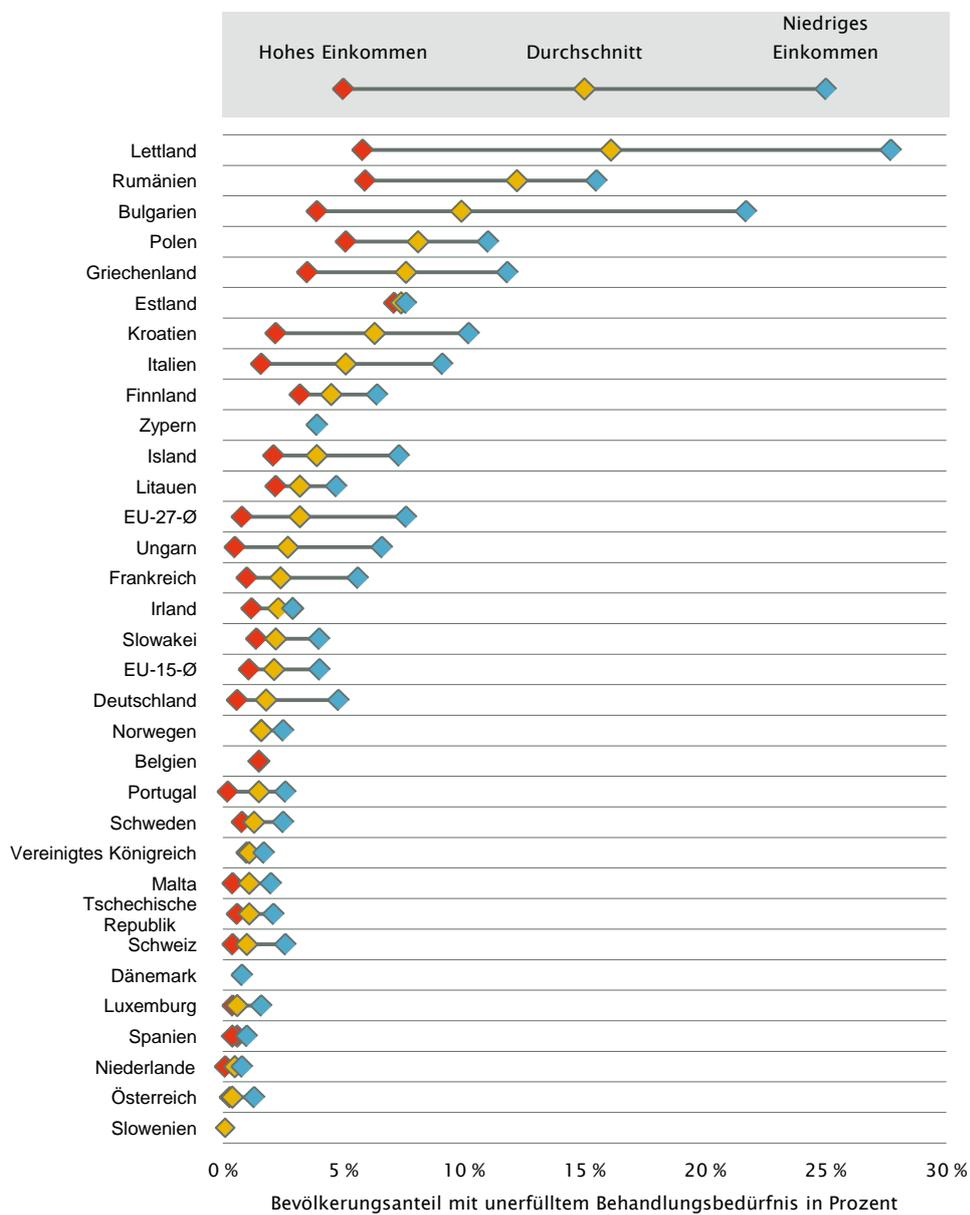
Am unzufriedensten waren die Menschen im Jahr 2011 in Lettland mit einem Anteil von 16,1 Prozent der Bevölkerung, die einen unerfüllten Behandlungsbedarf ausdrückten. Darauf folgten Rumänien (12,2 %) und Bulgarien (9,9 %). Generell lässt sich aus Abbildung 3.13 ein West-Ost-Gefälle zu Ungunsten einiger neuer EU-Mitgliedstaaten ableiten.

Gesamt gesehen konnten im Jahr 2011 durchschnittlich die Behandlungswünsche in Slowenien (0,1 %), Österreich (0,4 %) und den Niederlanden (0,5 %) bezüglich Entfernung, Leistbarkeit und Wartezeit am besten erfüllt werden. Österreich lag damit deutlich unter dem europäischen Durchschnitt von 3,2 Prozent (EU-15-Durchschnitt: 2,1 %). 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 gedeutet werden.

36

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 3.13 :
Europäischer Vergleich: Bevölkerungsanteil mit unerfülltem medizinischem
Behandlungsbedarf nach Einkommen in Prozent, 2011



Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten
Werte für Einkommensquintile tlw. nicht verfügbar: SI, BE, DK, CY

Quelle: (EUROSTAT 2012c) , 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, Krankenhausapotheken und speziell in den letzten Jahren in einigen Ländern auch Versandapotheken. Je größer die Relation von Bevölkerungszahl zu Abgabestellen ausfällt, desto schwieriger ist der Zugang zu Arzneimitteln einzustufen. Kritiker sehen jedoch in einem Überangebot an (konkurrierenden) Abgabestellen die Gefahr einer Überversorgung der Bevölkerung mit Medikamenten. Als weitere einschränkende Kriterien sind in diesem Kontext auch die zeitliche Verfügbarkeit, die personelle Ausstattung sowie die räumliche Verteilung von Abgabestellen für verschreibungspflichtige Medikamente zu nennen.

Abbildung 3.14 zeigt, dass es in der EU deutliche Unterschiede in der Anzahl der zu versorgenden Einwohner/Einwohnerinnen je Abgabestelle für verschreibungspflichtige Medikamente gibt. Österreich lag hierbei im Jahr 2010 mit 3.732 Einwohnern/Einwohnerinnen je Arzneimittelabgabestelle jeweils knapp unter dem EU-15- und dem EU-27-Durchschnitt. Die meisten Einwohner/innen pro Apotheke hatten im Jahr 2010 die nordischen Länder, angeführt von Dänemark mit (16.855 Personen), zu verzeichnen. 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 gab es im Jahr 2010 in Griechenland mit 1.086 Einwohnern/Einwohnerinnen je Abgabestelle.

Abbildung 3.15 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.³⁷

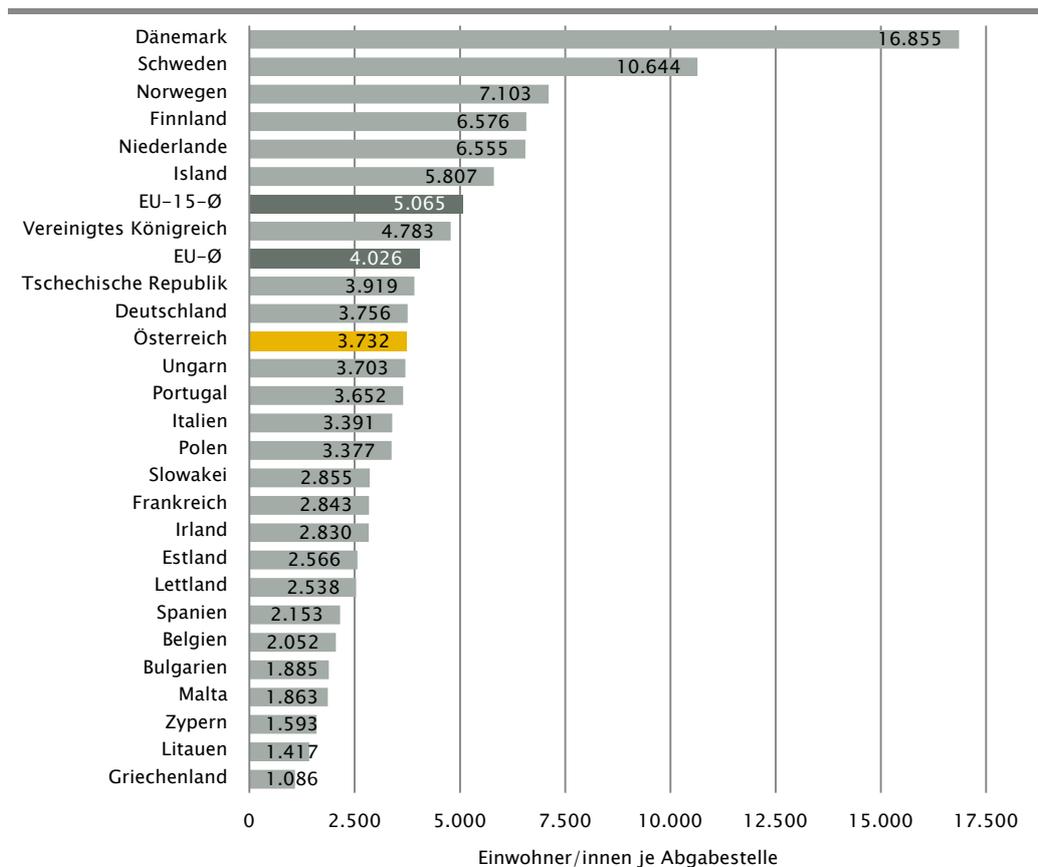
Ein Vergleich von Arzneimittelverbrauch und Apothekendichte zeigt, dass vor allem die nordischen Länder, die durch die geringste Dichte an Apotheken auffallen, auch den geringsten Arzneimittelverbrauch haben. Umgekehrt bestätigt sich dieses Bild auch für Griechenland, das bei der höchsten Apothekendichte auf den zweithöchsten Verbrauchswert kam. Der Grad an Deregulierung bzw. Liberalisierung der Apothekenmärkte scheint gemäß den vorliegenden Zahlen keinen Einfluss auf

37

Für Österreich sind Daten zum Arzneimittelverbrauch für das Jahr 2010 sowohl im extramuralen (rund 25 Packungen) als auch im intramuralen Bereich (rund 3 Packungen) verfügbar, s. Abschnitt 2.6.

Zugänglichkeit, Preise und Konsum zu haben, was auch durch jüngste 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.

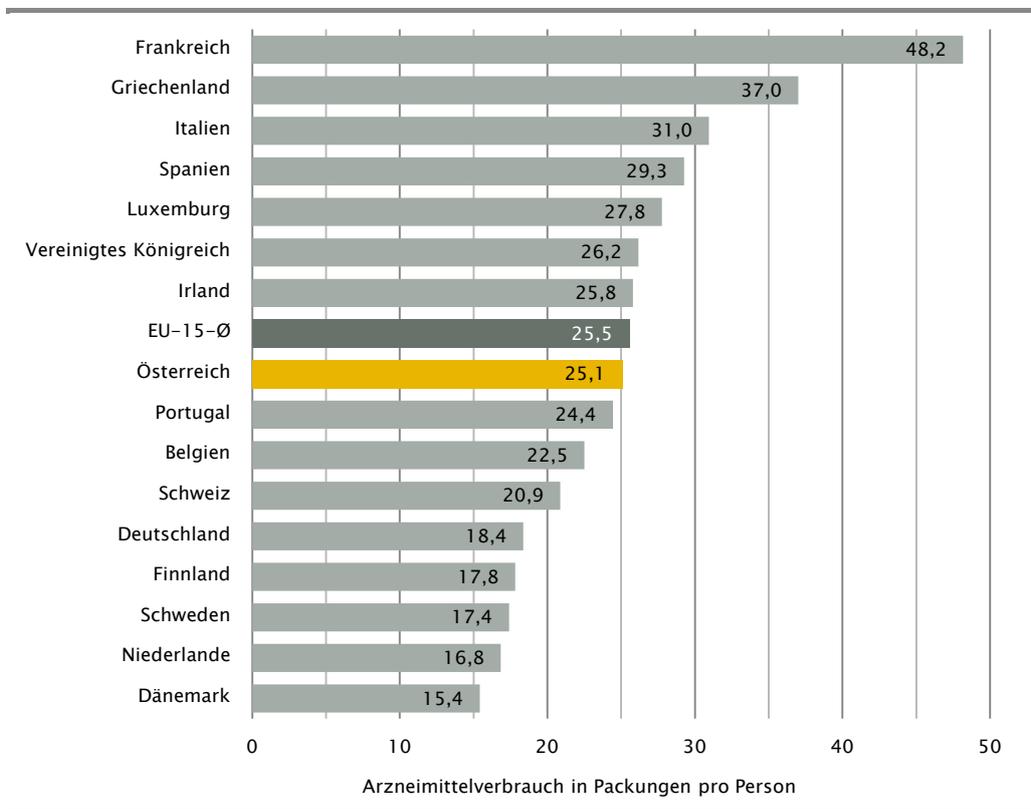
Abbildung 3.14:
Europäischer Vergleich: Einwohner/innen je Abgabestelle für verschreibungspflichtige
Medikamente, 2010



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: 1.276 (öffentliche Apotheken), 23 Filialapotheken und 5 Krankenanstalten-Apotheken, die an ambulante Patienten abgeben, sowie 940 hausapothekenführende Ärzte/Ärztinnen.
Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: CZ, FI, FR, IS, MT, NL (2009); LT, PT, UK (2008); BE, LV (2007); CY, DK, EE, HU, IE, PL, SE (2006); DE (2005)

Quellen: (EUROSTAT 2012c; ÖAK 2012; PHIS 2012b; PHIS 2012c), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 3.15:
Europäischer Vergleich: Arzneimittelverbrauch in Packungen pro Person im
niedergelassenen Bereich (öffentliche Apotheken), 2011



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

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.³⁸ 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 Bereich³⁹ dargestellt.

Innerhalb der EU existierten im Jahr 2010 teilweise erhebliche Unterschiede bezüglich Krankenhaushäufigkeit, wie aus Abbildung 3.16 ersichtlich ist. Mit rund 26,1 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 Deutschland (21,1) und Litauen (20,3) aus. Der EU-15-Durchschnitt lag im Jahr 2010 bei 15,6 Aufenthalten je 100 Einwohner/innen. Die geringste Krankenhaushäufigkeit gab es in Zypern (9,2), Portugal (11,2) und Spanien (11,3).

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 2012c).

38

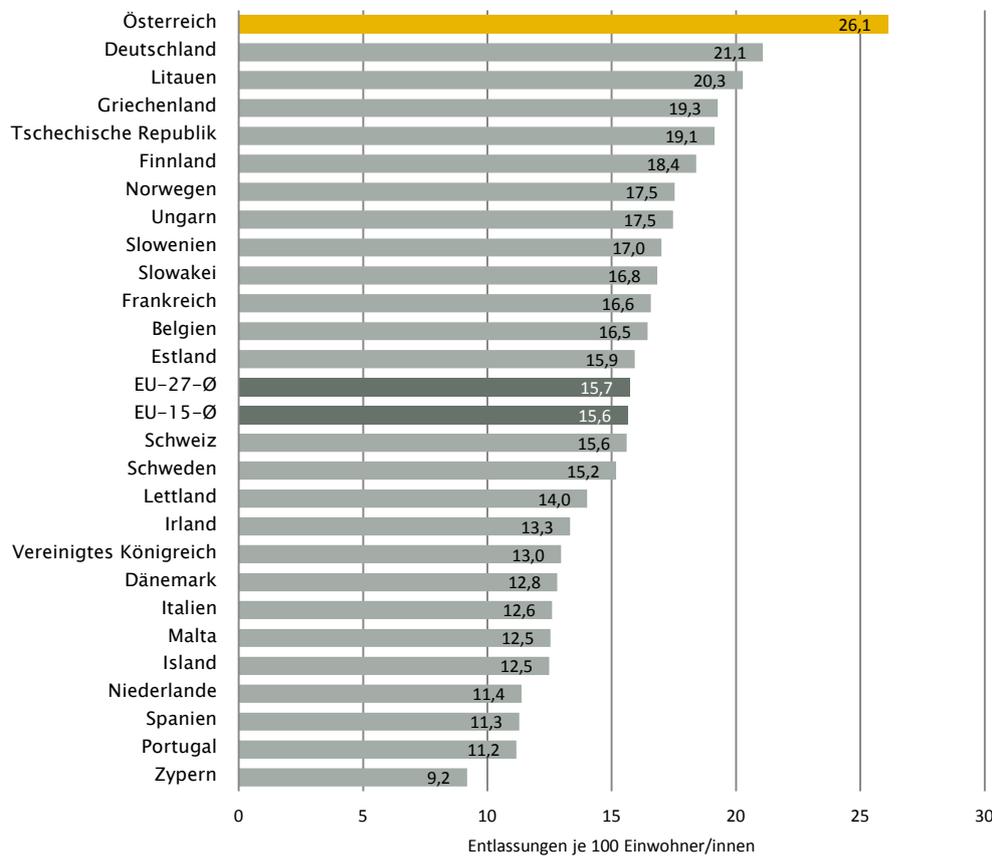
Die österreichischen Angaben exkludieren gesunde Neugeborene; enthalten sind auch Todesfälle (WHO 2011)

39

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

Abbildung 3.16:

Europäischer Vergleich: Krankenhausentlassungen im akutstationären Bereich je 100 Einwohner/innen (Krankenhaushäufigkeit), 2010



Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: EL, PT, SE (2007); BE, CY (2008); CH, DE, ES, FR, NL, IE, IS, IT (2009)
Exkl. 0-Tagesaufenthalte, inkl. ausländische Gastpatienten/-patientinnen

Quelle: (BMG 2012a; WHO 2011), Darstellung: GÖG/ÖBIG

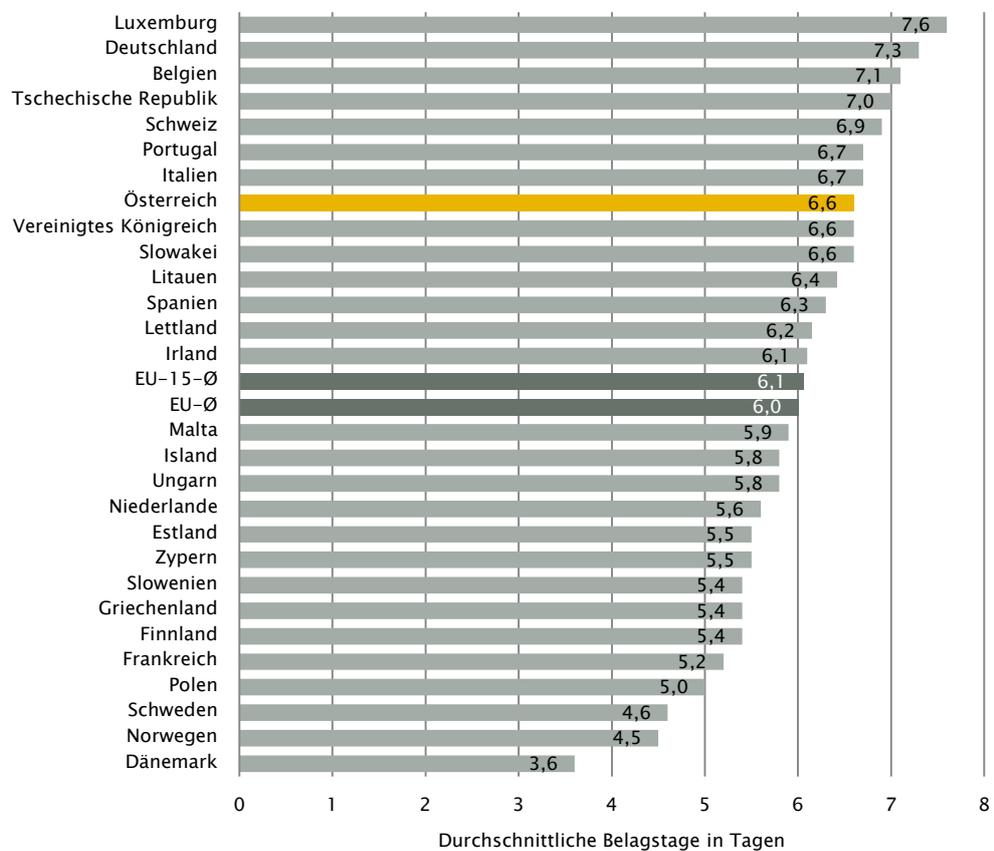
3.2.2.2 Krankenhausverweildauer (durchschnittliche Belagstage)

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 3.17 veranschaulicht die durchschnittlichen Belagstage im Jahr 2010 in Akutkrankenanstalten. Auch dieser Indikator zeigt durchwegs heterogene Ergebnisse in den dargestellten Ländern. Die Werte reichen von 3,6 Tagen in Dänemark bis zu durchschnittlich 7,6 Belagstagen in Luxemburg.

Abbildung 3.17:
Europäischer Vergleich: Durchschnittliche Belagstage in Akutkrankenanstalten, 2010



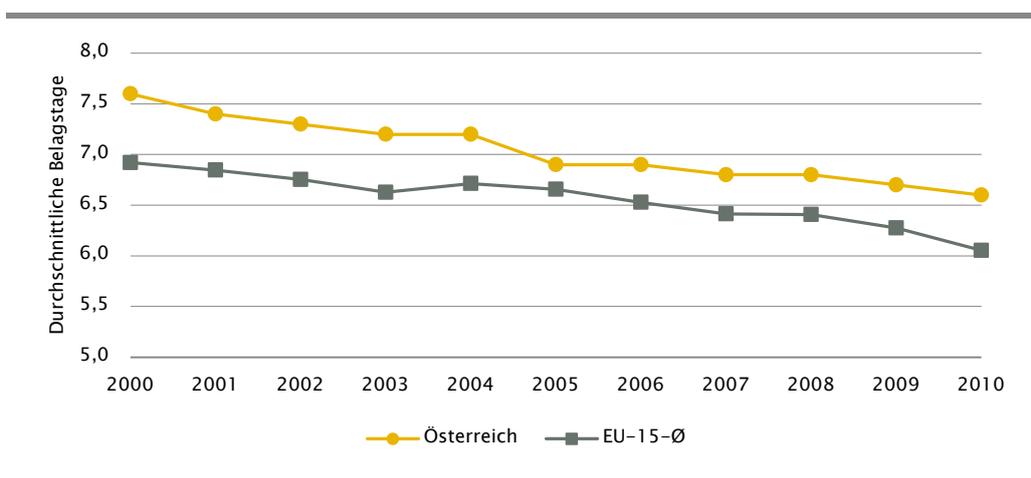
Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: DK (2003); BE, EL (2007); CY (2008); IS, IT, PT (2009)

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

In den letzten Jahren konnte ein verstärkter Trend hin zu tagesklinischen Aufenthalten beobachtet werden, der eine Reduktion der durchschnittlichen Belagsdauer zur Folge hat. So sind in Österreich, wie auch in den meisten anderen europäischen Ländern die

durchschnittlichen Belagstage rückläufig. Zwischen den Jahren 2000 und 2010 sanken sie in Österreich von 7,6 auf 6,6 Tage (s. Abbildung 3.18).

Abbildung 3.18:
Europäischer Vergleich: Entwicklung der durchschnittlichen Belagstage in
Akutkrankenanstalten in Österreich und im EU-15-Durchschnitt, 2000–2010



Quelle: (OECD 2011a; OECD 2012a), Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.2.2.3 Krebs-Screening-Inanspruchnahme nach Bildungsniveau

Der Indikator Krebs-Screening-Inanspruchnahme vergleicht den Anteil an Frauen, die in einer bestimmten Periode in einem bestimmten Alter an einem Screening für Brustkrebs (Mammographie) oder Gebärmutterhalskrebs teilnahmen.⁴⁰ Da die Zielaltersgruppen sowie Untersuchungsintervalle von der jeweiligen Ausgestaltung der Screeningprogramme abhängen, sind die Ergebnisse Ausdruck der jeweiligen Vorsorge- bzw. Früherkennungspolitik in den Mitgliedstaaten. Patientinnen, die außerhalb vorgegebener Screeningprogramme untersucht werden, sind 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

40

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

ihres Lebens an Brustkrebs.⁴¹ 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 Früh-erkennungsprogrammen wurde in mehreren Studien vor allem für die Altersgruppe der 50- bis 69-jährigen Frauen wissenschaftlich nachgewiesen (Gesundheitsportal 2011). Auch zur Vermeidung von Gebärmutterhalskrebs kann die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (Unterleibsuntersuchungen, PAP-Abstriche⁴²) wesentlich beitragen.

Abbildung 3.19 zeigt die entsprechenden Teilnahmeraten für Mammographie-Screenings (innerhalb der letzten 2 Jahre) bzw. Gebärmutterhalsuntersuchungen (innerhalb der letzten 3 Jahre) gemäß Ergebnissen der Europäischen Gesundheitsbefragung 2008 (EHIS). Es wird ersichtlich, dass die Inanspruchnahmeraten für Brustuntersuchungen in Rumänien, der Slowakei und Bulgarien im Jahr 2010 am niedrigsten waren, während Finnland, Slowenien, die Niederlande und Österreich mit Raten über 80 Prozent der befragten Frauen die höchsten Ausprägungen aufwiesen. Hinsichtlich Zervix-Untersuchungen finden sich die niedrigsten Raten in der Slowakei, Ungarn und Italien. Österreich, Lettland und Deutschland kamen hingegen auf die höchsten Ausprägungen mit Inanspruchnahmeraten von rund 80 Prozent.

41

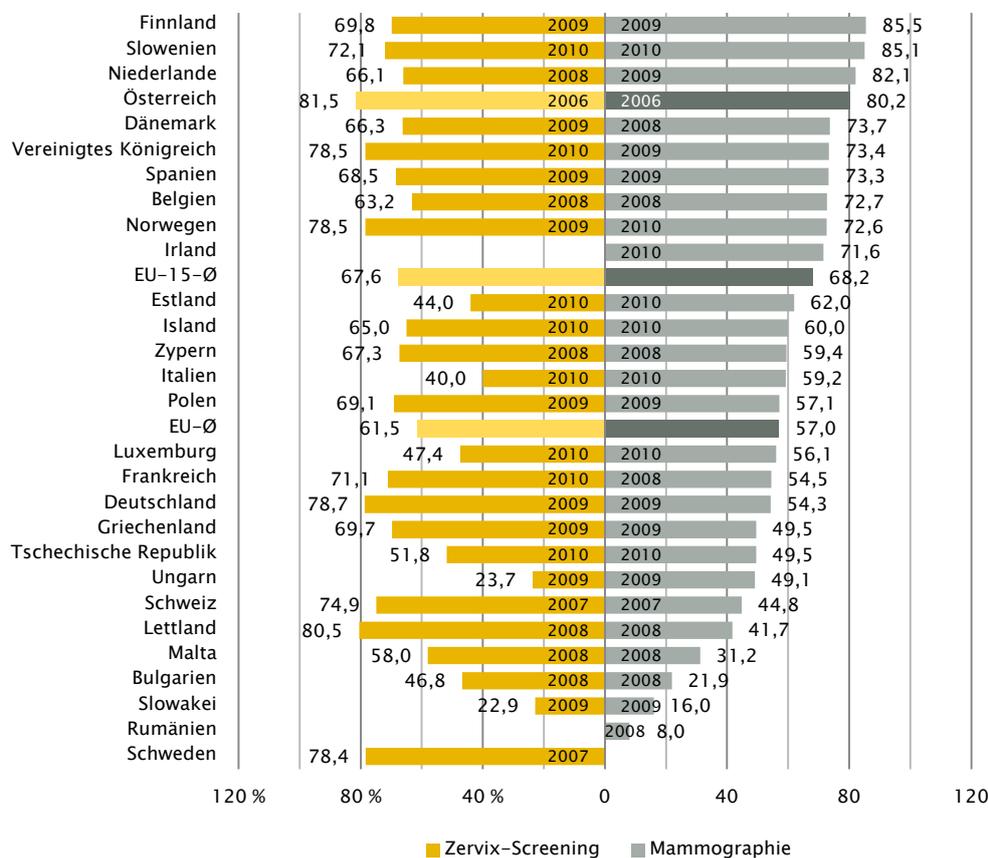
Kumulatives Risiko von der Geburt bis zum 82. Lebensjahr

42

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

Abbildung 3.19:

Europäischer Vergleich: Anteil der Frauen, die an einem Mammographie- bzw. Zervix-Screening teilnehmen, 2010



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 Zervix-Screening nicht verfügbar für: IE, RO; Werte für Mammographie nicht verfügbar für: SE

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

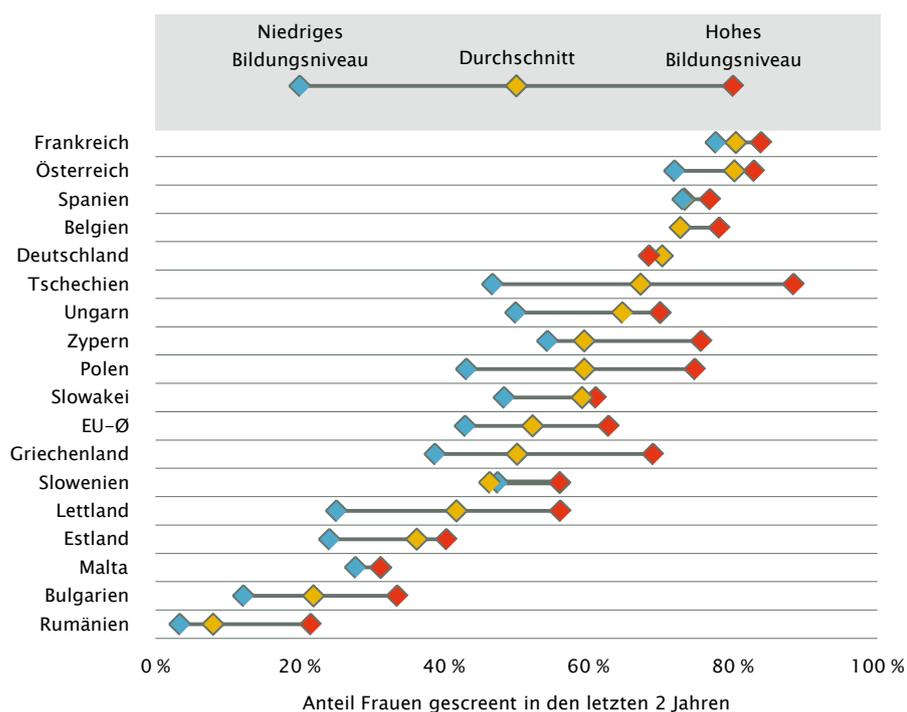
Die Inanspruchnahme von Brust- und Gebärmutterhals-Screenings wird im Folgenden mit dem Bildungsniveau der teilnehmenden Frauen in Relation gesetzt (gemäß ISCED 1997⁴³), womit Rückschlüsse auf soziale Ungleichheiten bezüglich des Zugangs zu derartigen Früherkennungsprogrammen gezogen werden können.

43

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

Die Abbildung 3.20 und Abbildung 3.21 zeigen den Anteil an Frauen, die in den letzten zwei Jahren eine Mammographie- bzw. Brust- oder Gebärmutterhalsuntersuchung in Anspruch nahmen nach Bildungsniveau⁴⁴.

Abbildung 3.20:
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 2012c), 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

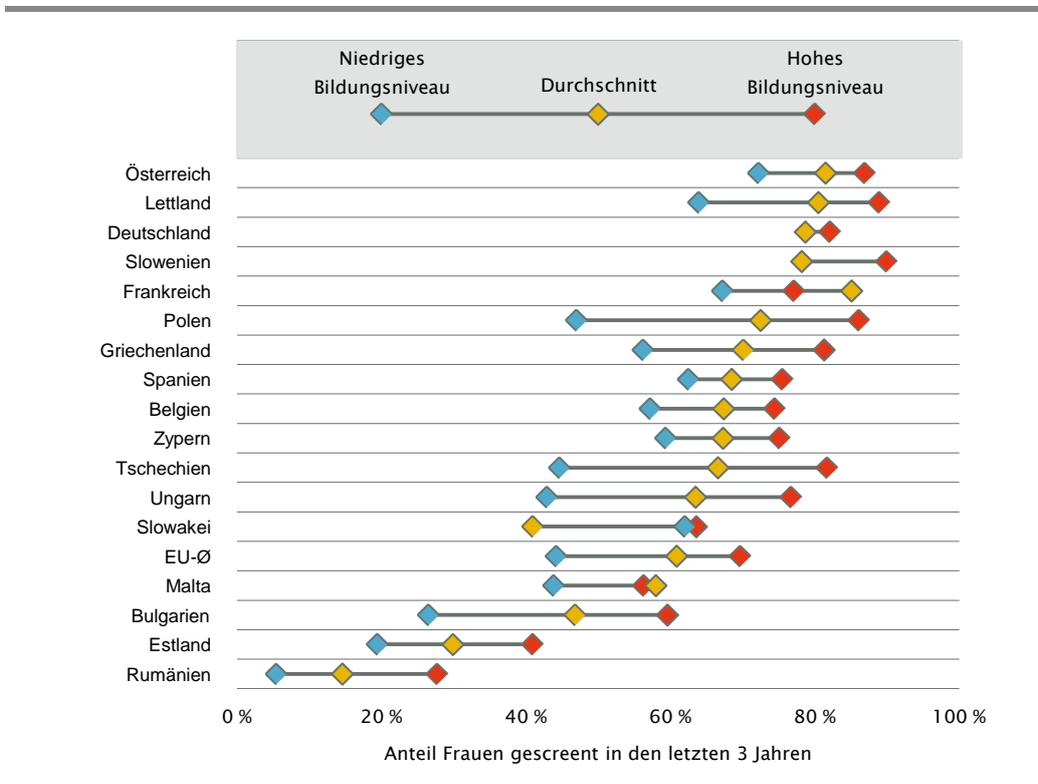
44

Ein 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. Hochschulausbildung unterhalb der Promotion).

niedrigsten und höchsten Bildungsniveau in der Tschechischen Republik, Lettland, Griechenland und Polen, wohingegen Spanien, Malta, Deutschland, Slowenien und Belgien kaum Unterschiede aufwiesen (vgl. Abbildung 3.20).

Die Teilnahmeraten bei Gebärmutterhalsuntersuchungen streuten im Jahr 2009 nach Bildungsniveau in Polen, Tschechien, Bulgarien und Ungarn am stärksten. Frauen mit niedrigem Bildungsniveau in Rumänien, Estland und Bulgarien kamen kaum zu Zervix-Vorsorgeuntersuchungen (niedrigste Inanspruchnahmerate, s. Abbildung 3.21).

Abbildung 3.21:
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 2012c), 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?

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

Gesundheitszustand

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

Lebensstil (Risiko- und Gesundheitsverhalten)

- » Alkoholkonsum
- » Nikotinkonsum
- » Übergewicht und Fettleibigkeit

Qualität

- » Dem Gesundheitssystem zuschreibbare Sterblichkeit
- » 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 nachsichziehen. 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 medizinischer Fortschritt, steigender Lebensstandard oder bessere Ausbildung sowie verbesserte Ernährung zurückzuführen ist (OECD 2012c).

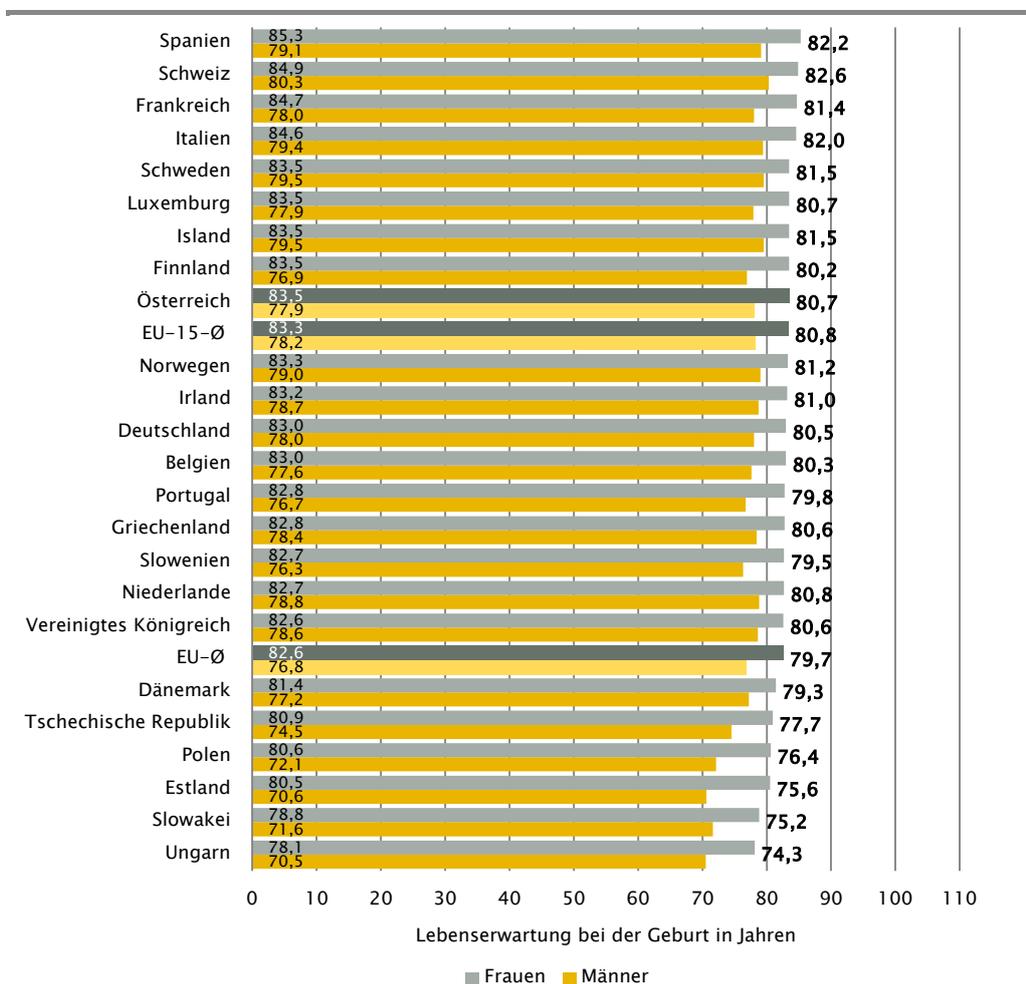
Aus Abbildung 3.22 ist die Lebenserwartung in den EU-Mitgliedstaaten für das Jahr 2010 getrennt für Männer und Frauen sowie für die Gesamtbevölkerung (ungewichteter Durchschnitt beider Geschlechter) ersichtlich. In allen dargestellten Ländern ist die Lebenserwartung von Frauen höher als jene der Männer.

In Österreich lag die Lebenserwartung im Jahr 2010 mit 80,7 Jahren knapp unter dem EU-15-Durchschnitt von 80,8 Jahren. Im Jahr 2010 geborene Männer können mit einer Lebenserwartung von 77,9 Jahren rechnen, während Frauen mit 83,5 Jahren rechnen dürfen.

Für Frauen lagen die Werte in Spanien mit 85,3 Jahren am höchsten, während die Männer in der Schweiz (80,3) mit der höchsten Lebenserwartung rechnen konnten. Auffallend ist weiters, dass die angeführten osteuropäischen Länder die niedrigsten Werte ausweisen. Am geringsten war die Lebenserwartung dabei in Ungarn mit 74,3 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 3.22:

Europäischer Vergleich: Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren, 2010



Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: IT (2008)

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 können geringfügige Abweichungen auftreten (s. Punkt 2.1)

Quelle: (EUROSTAT 2012c), 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.⁴⁵ 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.

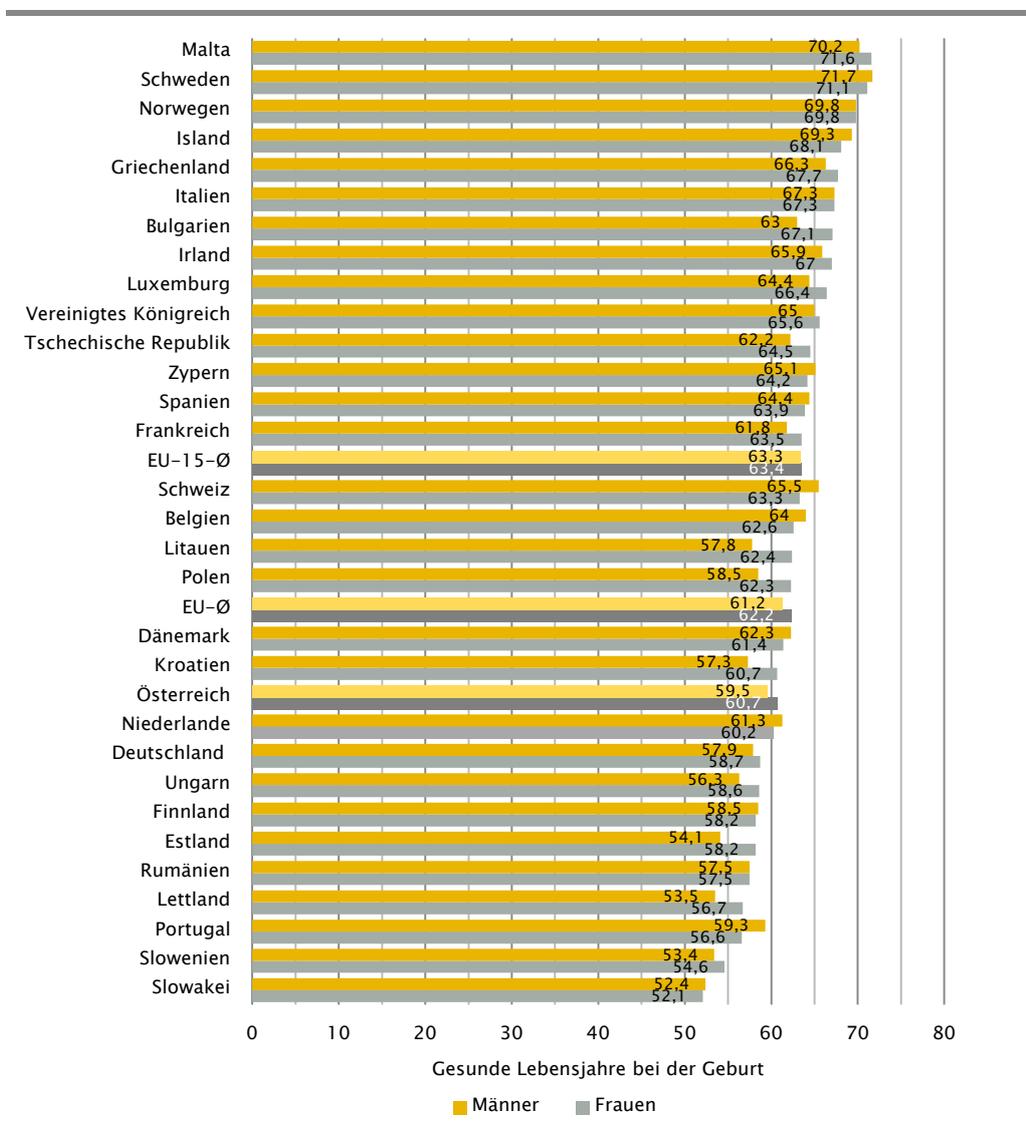
Abbildung 3.23 stellt den Indikator getrennt für Männer und Frauen dar. In Malta konnte im Jahr 2010 mit den meisten gesunden Lebensjahren gerechnet werden, die entsprechenden Werte lagen bei 71,6 Jahren für Frauen und bei 70,2 Jahren für Männer.

Im EU-15-Durchschnitt lag die gesunde Lebenserwartung bei der Geburt bei 63,4 Jahren für Frauen und bei 63,3 Jahren für Männer. Der EU-27-Durchschnitt lag mit 62,2 Jahren für Frauen und 61,2 Jahren für Männer nur knapp darunter. Österreich wies demzufolge mit 60,7 Jahren für Frauen und 59,5 Jahren für Männer unterdurchschnittliche Werte auf. Die niedrigste gesunde Lebenserwartung bei der Geburt in den dargestellten Ländern hatte im Jahr 2010 die Slowakei, wo Frauen mit 52,1 und Männer mit 52,4 gesunden Lebensjahren rechnen durften.

45

Die Ergebnisse zur Einschätzung des Gesundheitszustandes stammen aus der regelmäßig durchgeführten EU-SILC-Erhebung (s. Fußnote 36).

Abbildung 3.23:
Europäischer Vergleich: Gesunde Lebensjahre bei der Geburt, 2010



Quelle:(EUROSTAT 2012c), 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 3.24 zeigt die Anzahl der Todesfälle je 100.000 Einwohner/innen im Jahr 2010 untergliedert nach den häufigsten Todesursachen in europäischen Ländern. Dazu zählen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, bösartige Neubildungen (Tumore) sowie Krankheiten der Atmungsorgane.

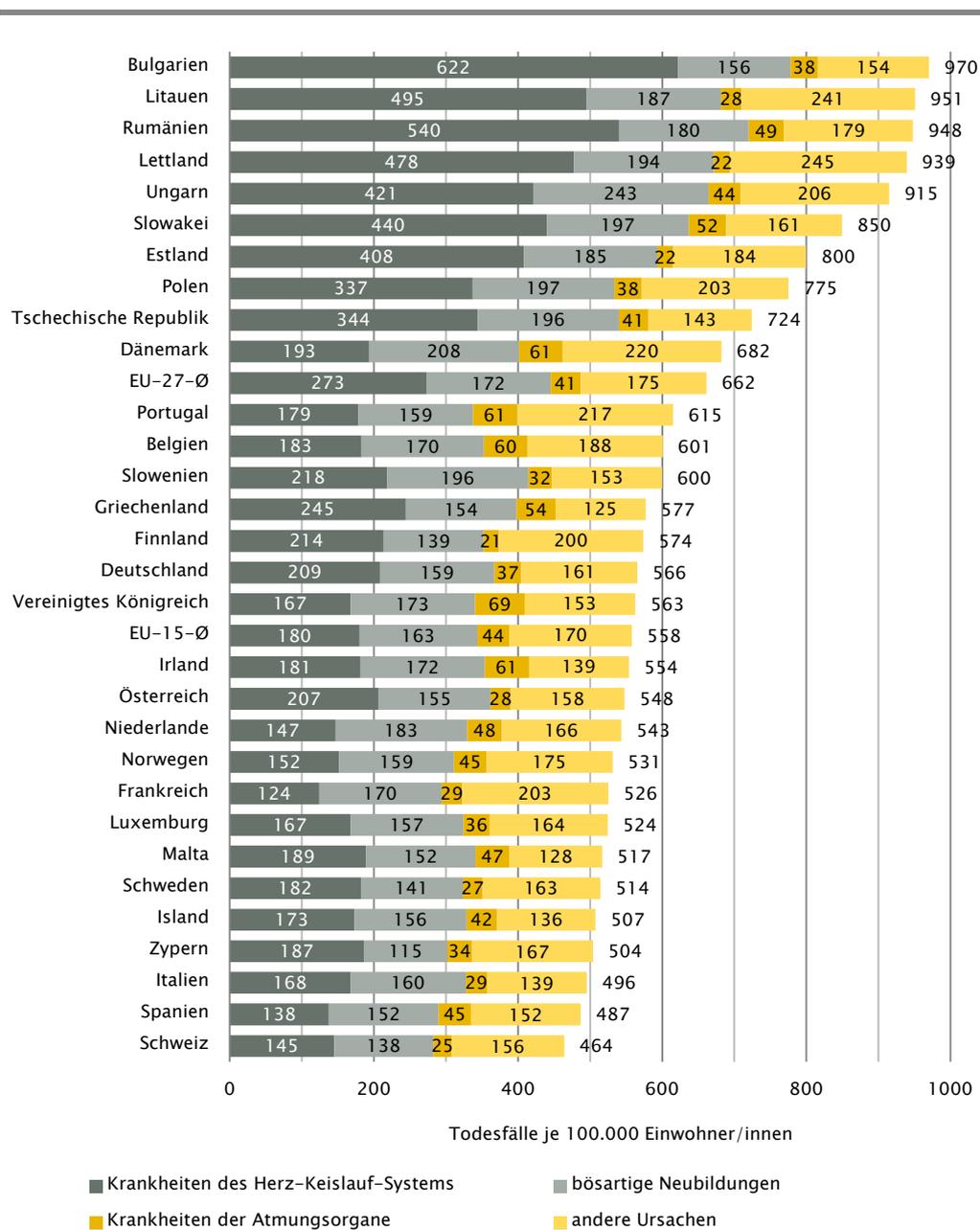
Die höchste Sterblichkeit je 100.000 Einwohner/innen wies im Jahr 2010 Bulgarien mit 970 Sterbefällen je 100.000 Personen auf. Die niedrigste Anzahl an Sterbefällen konnte innerhalb der EU in Spanien mit 487 Todesfällen je 100.000 Einwohner/innen ermittelt werden. Österreich lag bei diesem Indikator im unteren Drittel mit insgesamt 548 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 207 Todesfällen aufgrund kardiovaskulärer Erkrankungen je 100.000 Einwohner/innen im Jahr 2010.

An Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sterben Frauen häufiger als Männer, da sie einen höheren Anteil an der älteren Bevölkerung stellen (Statistik Austria 2011b). Krebserkrankungen beziehungsweise bösartige Neubildungen waren im Jahr 2010 die zweithäufigste Todesursache in Österreich. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen zusammen sind in Österreich für rund zwei Drittel aller Sterbefälle verantwortlich. Die dritthäufigste Todesursache waren im Jahr 2010 mit 28 Todesfällen je 100.000 Einwohner/innen Erkrankungen der Atmungsorgane.

Abbildung 3.24:

Europäischer Vergleich: Todesfälle je 100.000 Personen nach Todesursachen, 2010



Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: BE, DK (2006); FR, EL, HU, IT, IS (2009)
 Altersstandardisierte Raten nach WHO-Standardbevölkerung

Quelle: (OECD 2012a; WHO 2012d), 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 lassen sich damit gesundheitsrelevante Ergebnisse von Hochrisikogruppen, wie etwa Frühgebärende bzw. Frühgeborene ablesen.

Die Säuglingssterblichkeit ist in Europa in den vergangenen Jahrzehnten stark zurückgegangen, was vor allem auf Fortschritte in der prä- und postnatalen Versorgung sowie auf eine bessere Ernährung zurückzuführen ist. Nachteilig wirkt sich in Österreich die steigende Anzahl an Risikoschwangerschaften aus. Gründe dafür liegen u. a. im steigenden Alter von Gebärenden und in der steigenden Anzahl an Mehrlingsschwangerschaften, 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 weiters, dass viele Frühgeborene, die aufgrund mangelnder pränataler Versorgung in anderen Ländern gar nicht erst zur Welt kommen würden, die Statistik verzerren können. Dies zeigt beispielsweise auch die Anzahl an Todgeburten, die in Österreich mit 3,75 Todgeborenen je 1.000 Geborenen deutlich unter dem EU-15-Schnitt von 5,49.

Bei einem Blick auf Abbildung 3.25 wird ersichtlich, dass Österreich mit einer Säuglingssterblichkeit von 3,9 je 1.000 Lebendgeburten sowohl über dem EU-15-Durchschnitt von 3,4 als auch über dem Durchschnitt aller herangezogenen EU-Länder mit 3,6 lag.⁴⁶

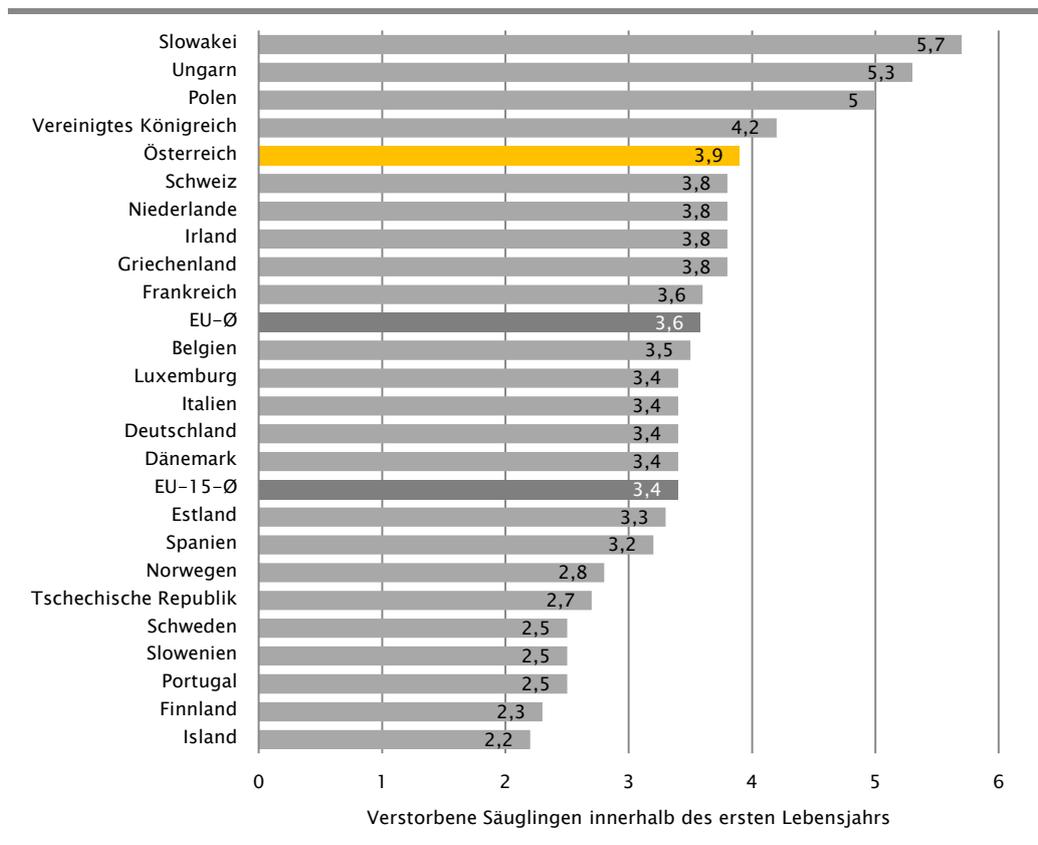
Abbildung 3.26 illustriert die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in Österreich und im Durchschnitt der EU-15-Mitgliedstaaten im Zeitraum 2000 bis 2010. Dabei ist im EU-Durchschnitt ein stetiger Rückgang der Säuglingssterblichkeit festzustellen. Von 2000 bis 2006 lag Österreich am oder unter dem EU-15-Durchschnitt. Von 2006 bis 2010 verzeichnete Österreich jedoch entgegen dem EU-Trend einen leichten Anstieg der Säuglingssterblichkeit.

46

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.

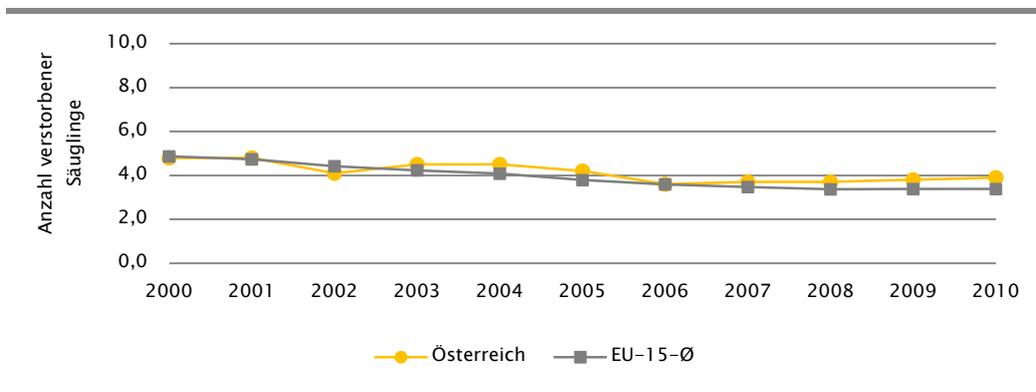
Am niedrigsten war die Säuglingssterblichkeit mit einem Wert von 2,2 in Island. Die skandinavischen Länder Schweden (2,5) und Finnland (2,3) konnten im Jahr 2010 ebenfalls verhältnismäßig gute Werte vorweisen. Deutlich am höchsten lag die Säuglingssterblichkeit in den drei osteuropäischen Ländern Slowakei (5,7), Ungarn (5,3) und Polen (5), wobei auch dort Rückgänge zu beobachten sind. Zu beachten ist zudem, dass in den einzelnen Ländern starke regionale oder bevölkerungsgruppenspezifische Schwankungen in der Säuglingssterblichkeit auftreten können.

Abbildung 3.25:
Europäischer Vergleich: Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeburten, 2010



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

Abbildung 3.26:
Europäischer Vergleich: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit je 1.000
Lebendgeburt in Österreich und im EU-15-Durchschnitt, 2000 bis 2010



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

3.3.1.5 Sterblichkeit bei Diabetes mellitus

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 371 Millionen Menschen an Diabetes erkrankt, wobei die Anzahl stetig wächst und in den nächsten 20 Jahren auf mehr als 550 Millionen Personen steigen soll. Weltweit wird die Anzahl an Todesfällen, die auf Diabetes zurückzuführen sind, auf 4,8 Millionen geschätzt. 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 2011).

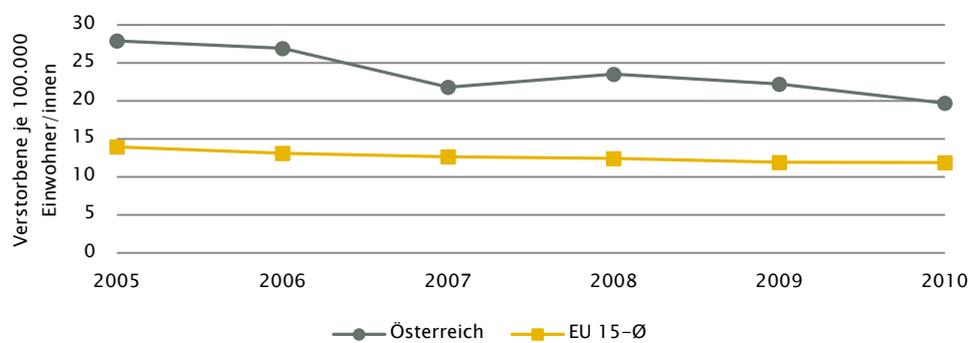
Neben verminderter Lebensqualität bzw. Lebenserwartung generiert Diabetes erhebliche volkswirtschaftliche Belastungen, die mittel- bis langfristig große Herausforderungen an die nationalen Gesundheitssysteme stellen werden. Dem internationalen Diabetes Atlas zufolge wurden im Jahr 2012 rund 471 Milliarden USD im Zusammenhang mit der Krankheit aufgewendet. Diabetikerinnen und Diabetiker verursachen meist ein Vielfaches der Gesundheitsausgaben von nicht erkrankten Personen.

Die auf Diabetes mellitus zurückzuführende Sterblichkeit erlaubt Rückschlüsse auf den Lebensstil sowie die Qualität der Diabetes-Versorgung. Die auf Diabetes mellitus zurückführbare Sterblichkeit wird anhand der jährlichen Anzahl verstorbener Personen

je 100.000 Einwohner/innen (nach ICD-10-Klassifikation⁴⁷: E10-E14, d. h. Typ I und Typ II) dargestellt (s. Abbildung 3.27). Die Mortalität aufgrund von Diabetes lag 2010 im EU-15-Durchschnitt bei 11,9 Verstorbenen je 100.000 Personen. Insgesamt kann im Zeitraum von 2000 bis 2010 ein Anstieg der Sterblichkeitsrate beobachtet werden.

Mit 19,7 Personen je 100.000 Einwohner/innen, die im Jahr 2010 an Diabetes mellitus verstarben, lag Österreich deutlich über dem EU-15-Durchschnitt allerdings ist für Österreich in den letzten Jahren ein rückläufiger Trend beobachtbar – seit dem Jahr 2008 sinkt die Mortalität bei Diabetes mellitus stetig.

Abbildung 3.27:
Europäischer Vergleich: Sterblichkeit bei Diabetes mellitus je 100.000
Einwohner/innen, 2005–2010



Altersstandardisierte Raten

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

47

Quelle der österr. Daten ist die Todesursachenstatistik der Statistik Austria. Als Todesursache wird jene Begründung eingetragen, die auf dem Totenschein vermerkt wird. Ab dem Jahr 2002 wurde in Österreich die Diagnosesystematik „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ ICD 10 zur Codierung herangezogen, die die Daten international vergleichbar macht. Aufgrund mangelnder Informationen des Arztes oder der Ärztin kann es bei der Klassifizierung zu Limitierungen und Unsicherheiten kommen, da die Festlegung der Todesursache teilweise umfangreiche Vorkenntnisse über den Patienten bzw. die Patientin voraussetzt.

3.3.1.6 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-Erhebung⁴⁸, die die Lebensbedingungen in den EU-Privathaushalten erfasst.

Aufgeschlüsselt nach Einkommensfünftel⁴⁹ 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.

Abbildung 3.28 reiht die europäischen Länder nach Zufriedenheit der Bevölkerung mit der eigenen Gesundheit. Den subjektiv besten Gesundheitszustand quer über alle Einkommensschichten gab es im Jahr 2011 in Irland mit einem Bevölkerungsanteil von 82,8 Prozent, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ einstufen. Am anderen Ende der Skala fand sich im Jahr 2011 Litauen mit 45,1 Prozent. Österreich lag mit 68,9 Prozent der Befragten unter dem EU-15-Durchschnitt (71,2 %), aber über dem Mittel der EU-27-Mitgliedstaaten (66,1 %).

In allen dargestellten Ländern schätzen Menschen im unteren Einkommensfünftel ihren allgemeinen Gesundheitszustand als schlechter als jene aus höheren Einkommensschichten (Ausnahme Rumänien). In Österreich empfanden 54,1 Prozent der untersten

48

Community Statistics on Income and Living Conditions

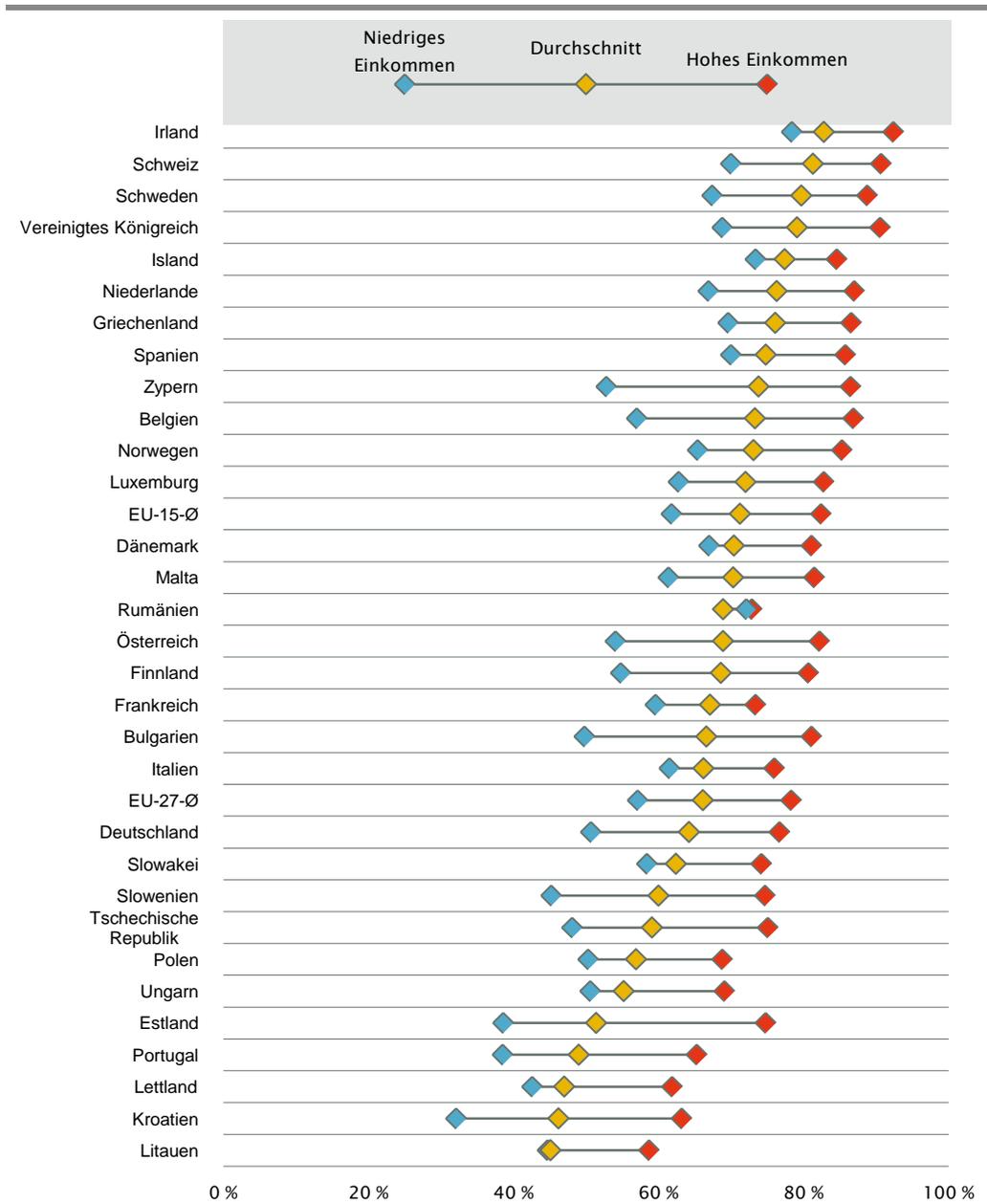
49

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

Einkommensstufe ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut. Österreich liegt hierbei sowohl unter dem EU-15-Durchschnitt mit 61,8 Prozent als auch unter dem EU-27-Durchschnitt mit 57,1 Prozent. Am kränksten fühlen sich Menschen aus der untersten Einkommenschicht in Kroatien, während sich Menschen mit niedrigem Einkommen in Island am gesündesten einschätzen.

Je höher das Einkommen, desto besser wird der allgemeine Gesundheitszustand insgesamt eingeschätzt. In der obersten Einkommensgruppe empfinden in Österreich 82,2 Prozent ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut. Im oberen Einkommensfünftel liegt Österreich somit zwischen dem EU-15-Schnitt (82,4 %) und dem EU-27-Schnitt (78,3 %). In Irland fühlten sich Menschen mit hohem Einkommen im Jahr 2011 am gesündesten (92,4 Prozent).

Abbildung 3.28:
Europäischer Vergleich: Als (sehr) gut eingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand
nach Einkommensfünftel, 2011



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

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

3.3.1.7 Durchschnittliche Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne

Der mit DMFT Index abgekürzte Indikator misst den Status der Mundgesundheit anhand der durchschnittlichen Anzahl an kariösen (Decayed), gezogenen (Missing) oder gefüllten (Filled) Zähnen (Teeth) im bleibenden Gebiss aufgrund von Karies. Im Folgenden wird der Indikator für Zwölfjährige dargestellt.

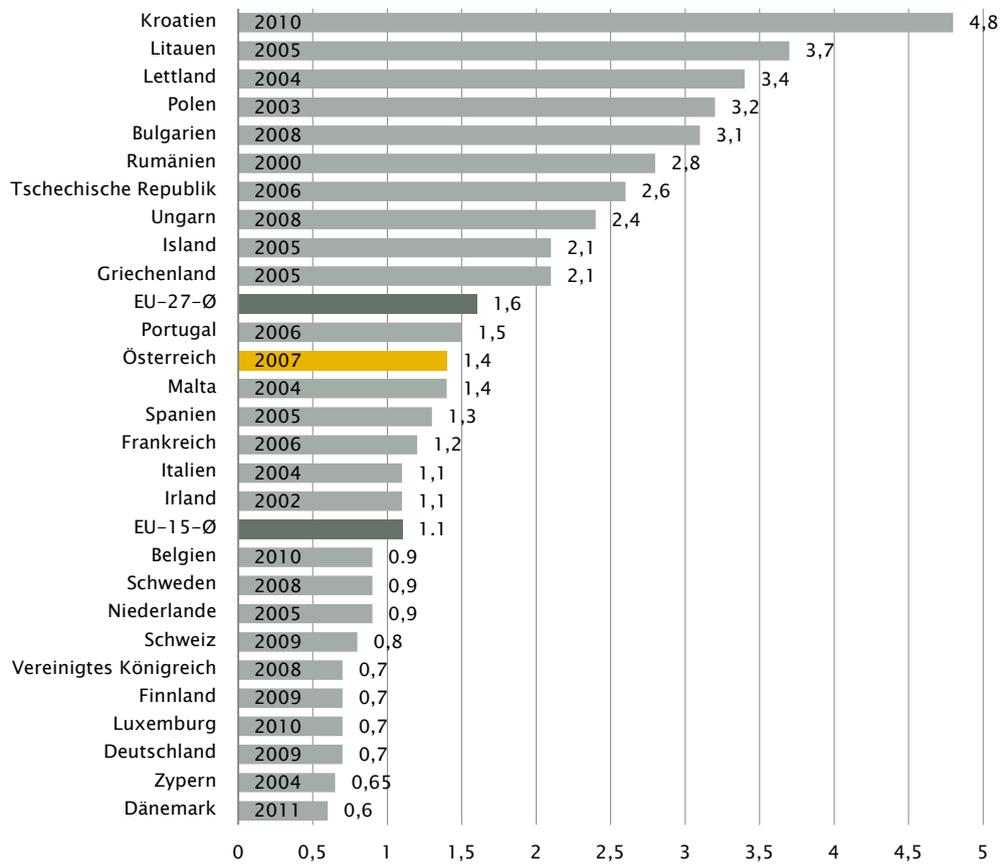
Nach WHO-Klassifikation wird ein DMFT Index bei 12-Jährigen unter 1,2 als niedrig, 1,2 bis 2,6 als mittelmäßig und über 4,5 als hoch eingestuft. Der Indikator zeigt starke Bezüge zum Lebensstil der betrachteten Population, wie etwa dem Zuckerkonsum. Darüber hinaus lässt der DMFT Index auch Rückschlüsse auf Präventionsmaßnahmen und Mundhygiene zu. Schlechte Mundgesundheit verursacht neben kostenintensiven Behandlungen auch geringere gesellschaftliche Partizipationschancen (Bodenwinkler et al. 2007).

Abbildung 3.29 zeigt den DMFT Index in europäischen Ländern, wobei ein West-Ost-Gefälle deutlich wird. Kroatien, Litauen, Lettland, Polen und Bulgarien weisen mit Indizes von über 3,0 überdurchschnittlich hohe negative Werte auf. Auch Österreich⁵⁰ lag im Vergleich mit einem Wert von 1,4 über dem EU-15-Durchschnitt von 1,1. Die gesündesten Zähne bei Zwölfjährigen gab es in Dänemark mit einem DMFT Index von 0,6. Auch Zypern, Deutschland, Luxemburg, Finnland und das Vereinigte Königreich wiesen geringe Werte von bis zu 0,7 kariösen, fehlenden oder sanierten Zähnen im bleibenden Gebiss bei Zwölfjährigen aus.

50

Im Jahr 2002 lag der österreichische DMFT Index noch bei 1,0. Die Verschlechterung des Zahnstatus hin zu einem Wert von 1,4 im Jahr 2006 kann tlw. durch einen Erhebungsschwerpunkt auf Kindern mit Migrationshintergrund im Jahr 2007 erklärt werden. Kinder aus sozial benachteiligten Familien weisen tendenziell schlechtere Zahngesundheit auf (Bodenwinkler et al. 2007). Der Zahnstatus wird in den europäischen Ländern in unterschiedlichen Intervallen erhoben, was die Vergleichbarkeit erschwert.

Abbildung 3.29:
Europäischer Vergleich: Durchschnittliche Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter
Zähne bei 12-Jährigen (DMFT Index)



Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: s. Grafik

Quellen: (OECD 2012c; WHO 2012a), Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.3.2 Lebensstil

Die Gesundheit des Menschen hängt von zahlreichen Einflüssen ab. Erwiesenermaßen spielt u. a. der Lebensstil dabei 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) unterschieden (Currie et al. 2012). Im Folgenden werden ausgewählte Indikatoren zu Alkohol- und Tabakkonsum, Übergewicht und Fettleibigkeit analysiert.

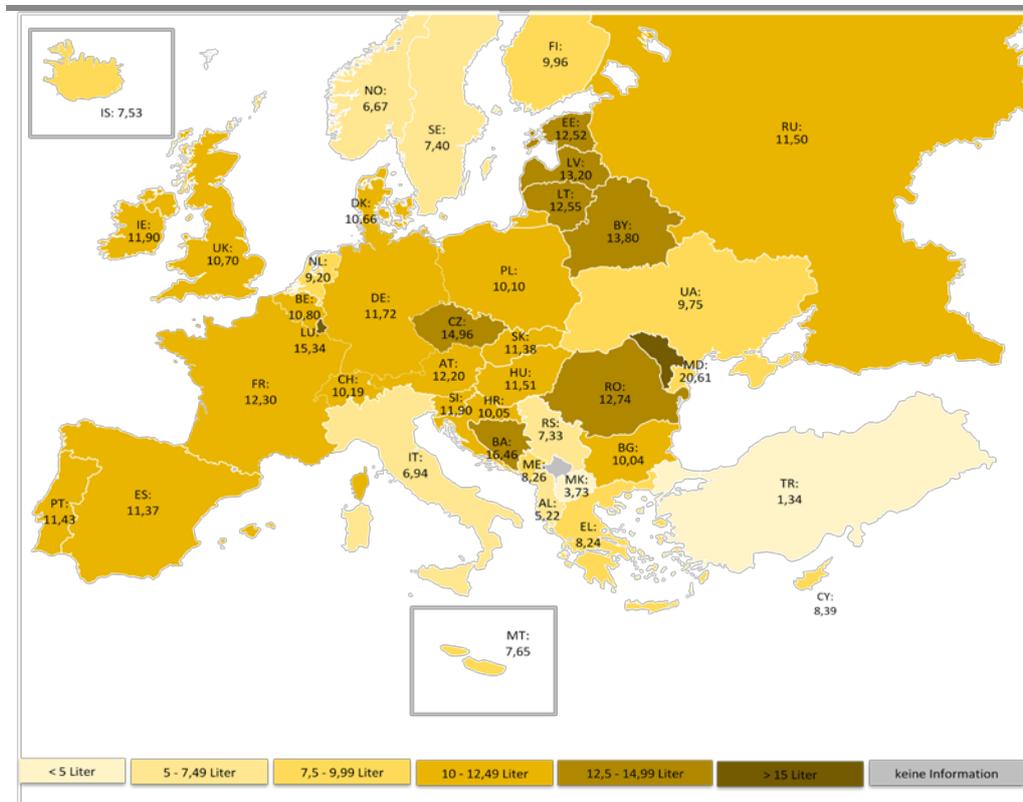
3.3.2.1 Alkoholkonsum

Regelmäßiger Alkoholkonsum kann starke Auswirkungen auf die Gesundheit mit sich bringen und wird als Mitverursacher von verschiedensten Krankheitsbildern gesehen, die mit adversen psychologischen, sozialen und physischen Konsequenzen einhergehen können (Currie et al. 2012). Die Prävalenz von chronischem Alkoholismus wird in Österreich mit rund 5 Prozent aller über 15-Jährigen geschätzt (25 % davon Frauen) (Uhl et al. 2011).

In Europa liegt der Alkoholkonsum tendenziell hoch, weltweit betrachtet ist die europäische Bevölkerung jene mit dem höchsten Alkoholkonsum pro Kopf (Europäische Kommission 2010). Abbildung 3.30 illustriert den Alkoholkonsum innerhalb Europas. Österreich liegt mit einem Konsum von 12,2 Litern reinen Alkohols pro Person (ab 15 Jahren) deutlich über dem EU-15-Durchschnitt von 10,68 Litern. Im Gegensatz dazu wird in der Türkei mit nur 1,34 Litern reinen Alkohols je Erwachsenen am wenigsten konsumiert. Auch Luxemburg liegt beim Alkoholkonsum mit rund 15 Litern im europäischen Spitzenfeld. Weniger getrunken wird gemäß den von der WHO erhobenen Werten in den skandinavischen Ländern Norwegen und Schweden sowie in Italien, Serbien und Albanien. Es wird darauf hingewiesen, dass die dargestellten Daten auf den offiziell verkauften Alkoholmengen basieren.

Abbildung 3.30:

Europäischer Vergleich: Alkoholkonsum Erwachsener (ab 15 Jahren) in Litern, 2010



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

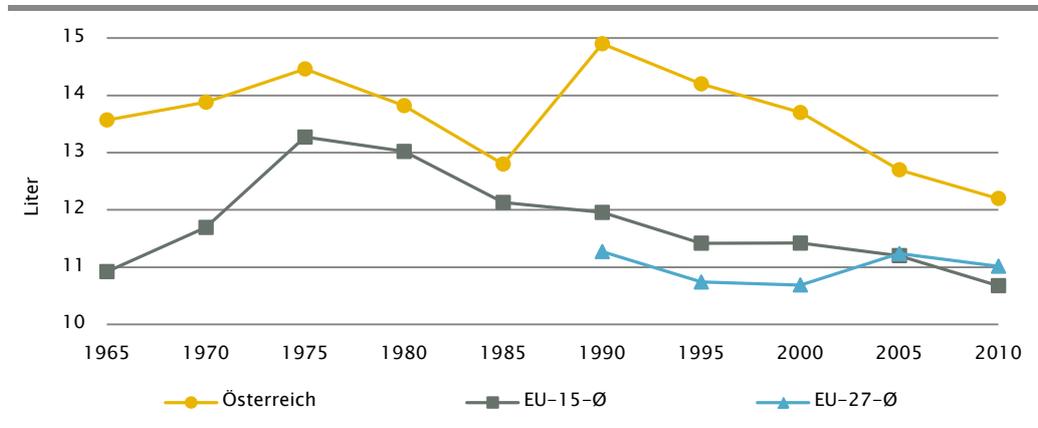
Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: AT, BG, CH, CY, CZ, DE, DK, EL, ES, FI, FR, HR, HU, IT, LU, ME, MT, NL, PL, RO, RS, SE, SI, SK, TR, UK (2009); BA, BE, LV, MD, RU (2008); AL, BY, IS, PT, UK (2007)

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

Österreich rangierte bezüglich des Alkoholkonsums seit 1965 stets über dem Durchschnitt der EU-15-Länder (s. Abbildung 3.31) und stets unter den Ländern mit dem höchsten Alkoholkonsum in Europa. Der Konsum bei über 15-Jährigen ging seit dem Jahr 1965 um mehr als 10 Prozent zurück. Seit 1990 kann eine Konsum-Reduktion bzw. eine Annäherung an den EU-15-Durchschnitt beobachtet werden. So lag noch im Jahr 1990 der Alkoholkonsum je Erwachsenen bei annähernd 15 Litern.

Abbildung 3.31:

Europäischer Vergleich: Alkoholkonsum ab 15 Jahren in Litern, 1965–2010



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

Jugendliche sind problematischen Alkoholkonsum betreffend nicht die Hauptproblemgruppe (Uhl et al. 2011), 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).

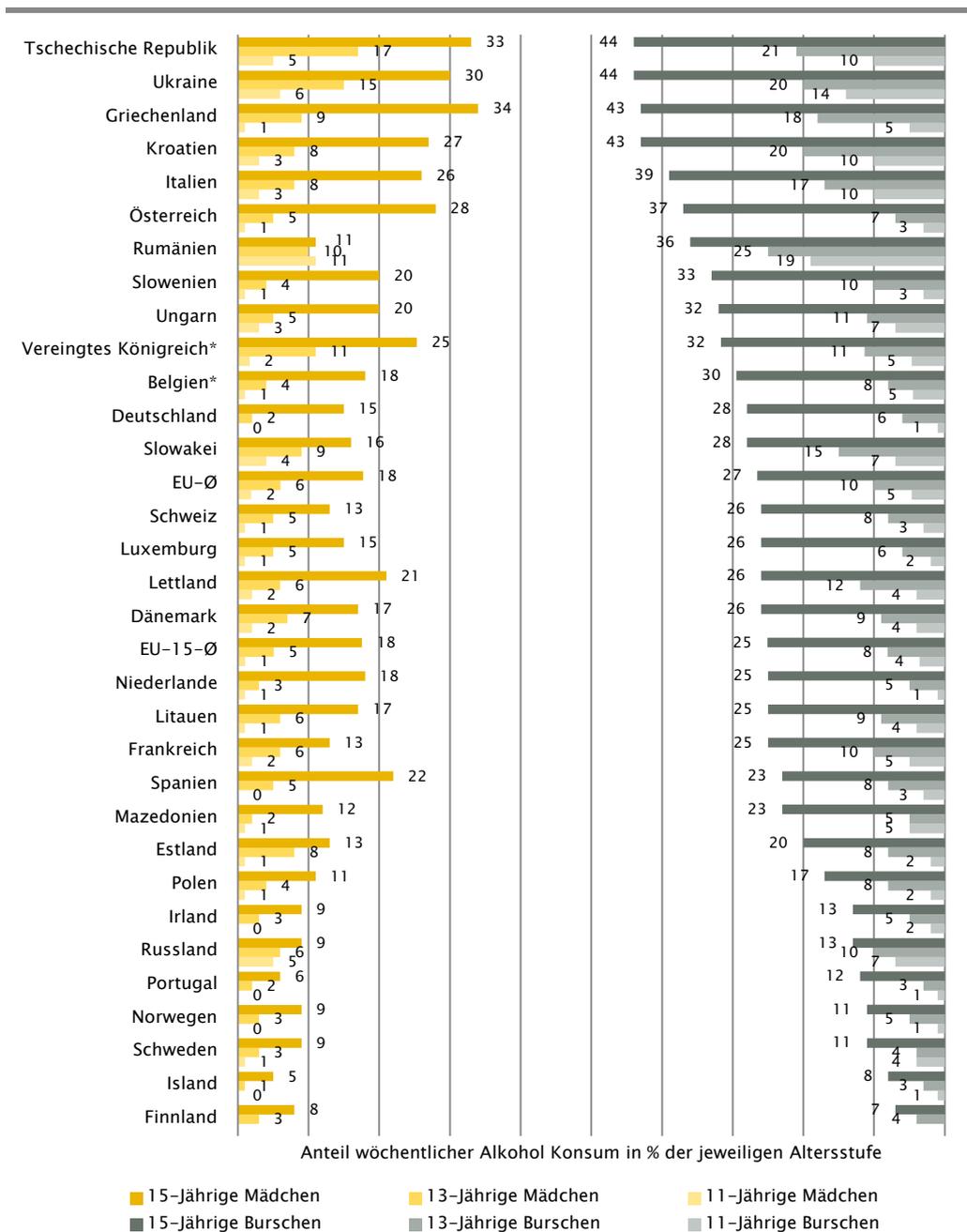
Wie in Abbildung 3.32 ersichtlich, tendieren europaweit eher Burschen im Alter von 11 bis 15 Jahren zum regelmäßigen Konsum von Alkohol. 19 Prozent der 11-jährigen und 23 Prozent der 13-jährigen Burschen in Rumänien trinken bereits mindestens einmal wöchentlich Alkohol. Europaweit ist dies der höchste Anteil in diesem Alter. Mit einem Anteil von 44 Prozent liegen die 15-jährigen männlichen Tschechen und Ukrainer an 1. 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 3.32:

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).

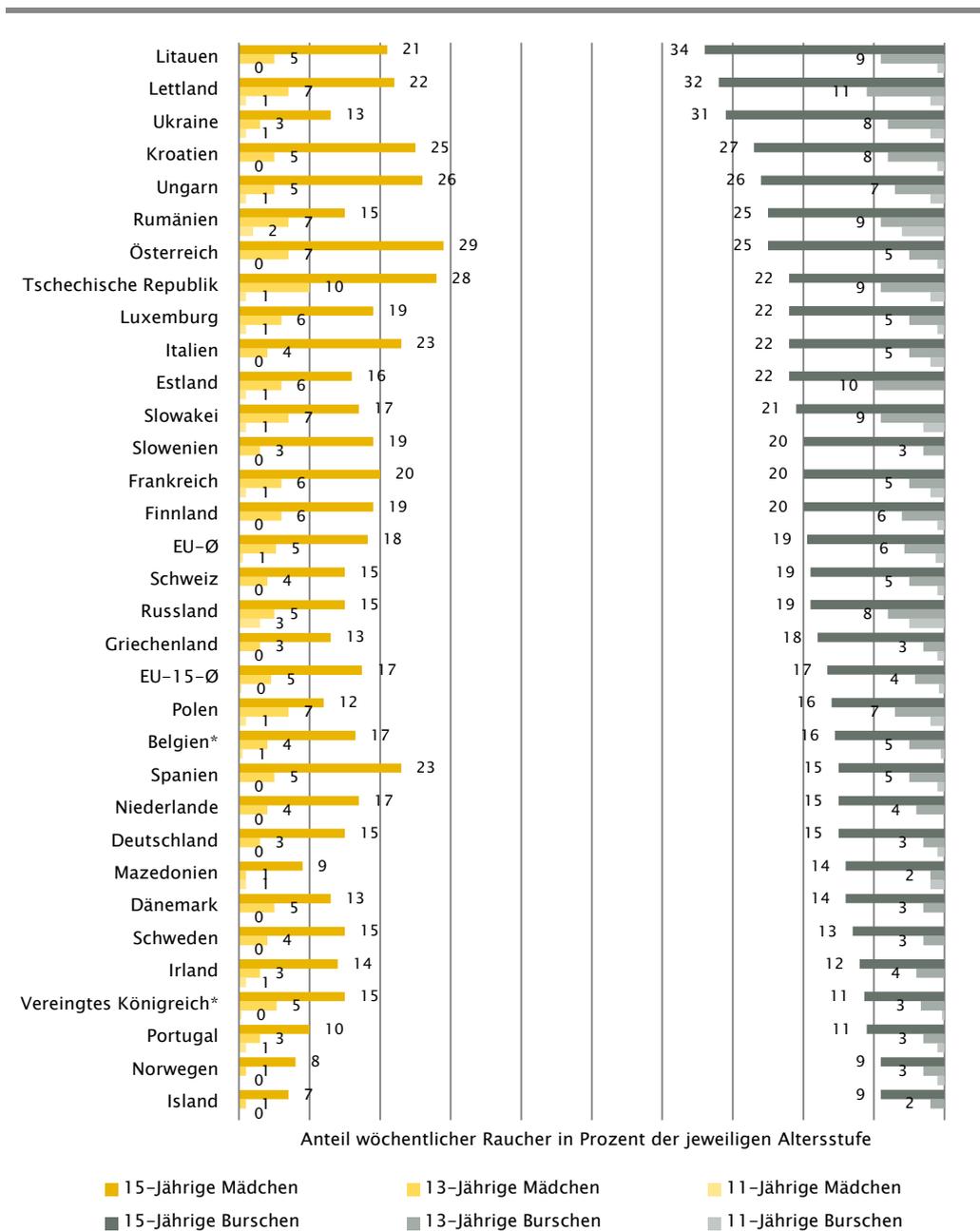
Der Anteil regelmäßig rauchender Österreicher/innen liegt mit 23,3 Prozent der Gesamtbevölkerung nahe am EU-15-Durchschnitt von 22,1 Prozent. Besorgniserregend ist der hohe Anteil junger Raucher/innen (OECD 2011a).

Abbildung 3.33 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 3.33:

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



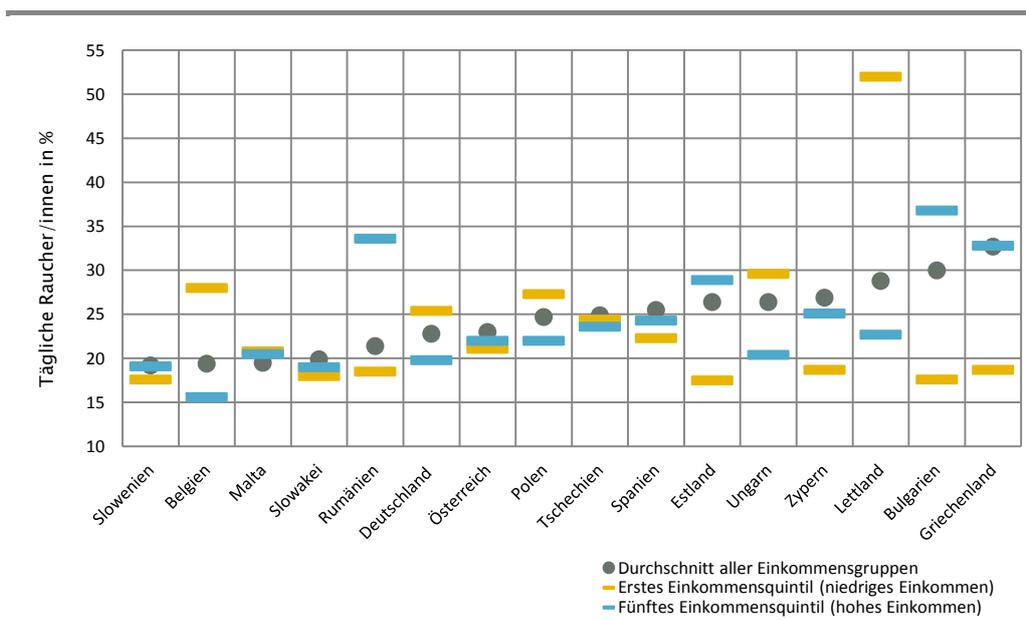
* Erhebung wurde getrennt nach untersch. Landesteilen durchgeführt und hierbei aggregiert
Nullwerte korrespondieren mit Werten <0,5.

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 3.34).

In Abbildung 3.34 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. Hier sind vor allem kulturelle Determinanten ausschlaggebend.

Abbildung 3.34:
Europäischer Vergleich: Tägliche Raucher/innen nach Einkommensquintilen, 2008



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

3.3.2.3 Übergewicht und Fettleibigkeit

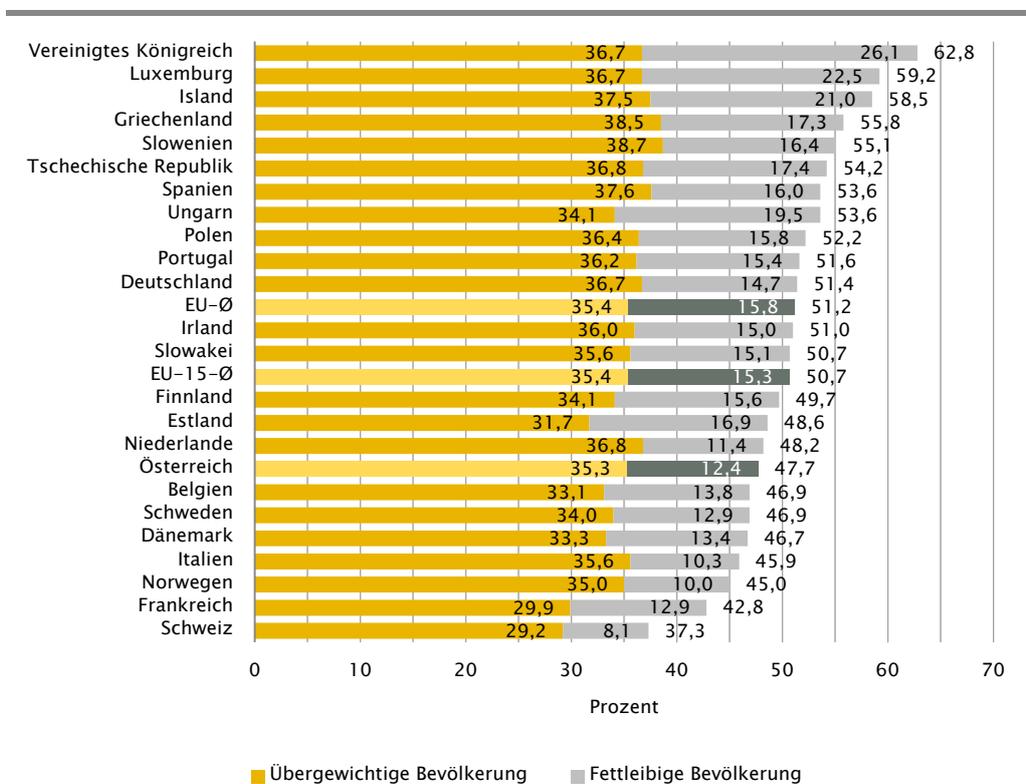
Übergewicht und Fettleibigkeit gelten als gesundheitliche Hochrisikofaktoren und sind Ursachen für eine Vielzahl an Todesfällen bzw. Folgeerkrankungen wie zum Beispiel Herz- und Gefäßkrankheiten, Krebserkrankungen oder Diabetes mellitus. Übergewicht und Fettleibigkeit werden in der Literatur üblicherweise mit dem sogenannten Körpermassenindex („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 3.35 ersichtlich. Im Jahr 2010 verzeichnete das Vereinigte Königreich den höchsten Anteil an Übergewichtigen. 62,8 Prozent der Bevölkerung waren dort laut Definition entweder übergewichtig (36,7 %) oder fettleibig (26,1 %), wobei ein Anstieg der fettleibigen Bevölkerung von 2009 auf 2010 beobachtet werden kann (+13,5 %). Im EU-15-Durchschnitt gaben rund 35,4 Prozent aller Befragten an, übergewichtig zu sein, 15,3 Prozent der Bevölkerung berichteten von Fettleibigkeit.

Österreich lag mit einem Anteil 35,3 Prozent Übergewichtigen und 12,4 Prozent Adipösen unter dem EU-15-Mittel. Die niedrigsten Gesamtwerte wiesen im Jahr 2010 die Schweiz (37,3 %) und Frankreich (42,8 %) auf.

Abbildung 3.35:

Europäischer Vergleich: Übergewichtige und fettleibige Bevölkerung in Prozent, 2010



Berechnung mit jüngsten verfügbaren Werten: PT, AT (2006); IE (2007); BE (2008); DE, ES, EL (2009)

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

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

3.3.3 Qualität

3.3.3.1 Dem Gesundheitssystem zuschreibbare Sterblichkeit (Mortality Amenable to Health Care)

Der Indikator dem Gesundheitssystem zuschreibbare Sterblichkeit (Mortality Amenable to Health Care) 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 Performanz von Gesundheitssystemen ab 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 Primärprävention⁵¹ verhinderbar gewesen wären und somit nicht in den unmittelbaren Einflussbereich des 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, Brust-

51

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 die Entstehung von Krankheiten zu verhindern. S.:

<http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/pravention>

krebs, 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); 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.

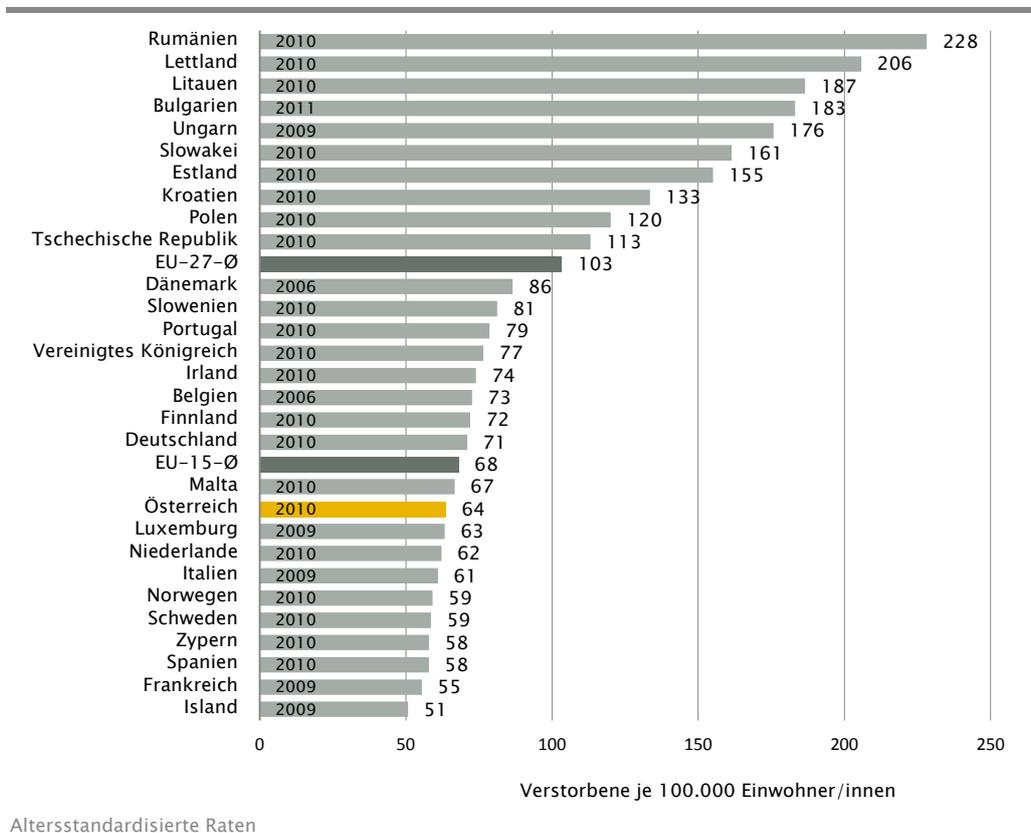
Die geringste Ausprägung der dem Gesundheitssystem zuschreibbaren Sterblichkeit findet sich in Island mit 51 Toten je 100.000 Einwohner/innen, gefolgt von Frankreich (55) und Spanien (58). Auch in Österreich liegt der Sterblichkeitsindikator vergleichsweise niedrig mit 64 Toten je 100.000 Personen.

Deutlich über dem Durchschnittswert lagen im Vergleichszeitraum die neuen Mitgliedstaaten der Europäischen Union. So hatte etwa Rumänien mit einem Wert von 228 mehr als doppelt so viele Todesfälle, die durch das Gesundheitssystem verhinderbar gewesen wären, als der EU-27-Durchschnitt (103). Ebenfalls auffällig hohe Ausprägungen waren in Lettland (206) und Litauen (187) zu beobachten.

Im Zeitraum von 2000 bis 2010 sank die dem Gesundheitssystem zurechenbare Sterblichkeit sowohl in Österreich als auch im EU-15-Durchschnitt ebenso wie die Gesamtsterblichkeit: Während im Jahr 2000 die Anzahl dieser Verstorbenen je 100.000 Einwohnern/innen, die dem Gesundheitssystem zurechenbar sind, in Österreich und der EU-15 noch rund 113 betrug, lag die Anzahl im Jahr 2010 in Österreich bei rund 64 und in der EU-15 bei rund 68 Verstorbenen.

Abbildung 3.36:

Europäischer Vergleich: Dem Gesundheitssystem zuschreibbare Sterblichkeit, 2010



Quelle: (WHO 2012d), Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

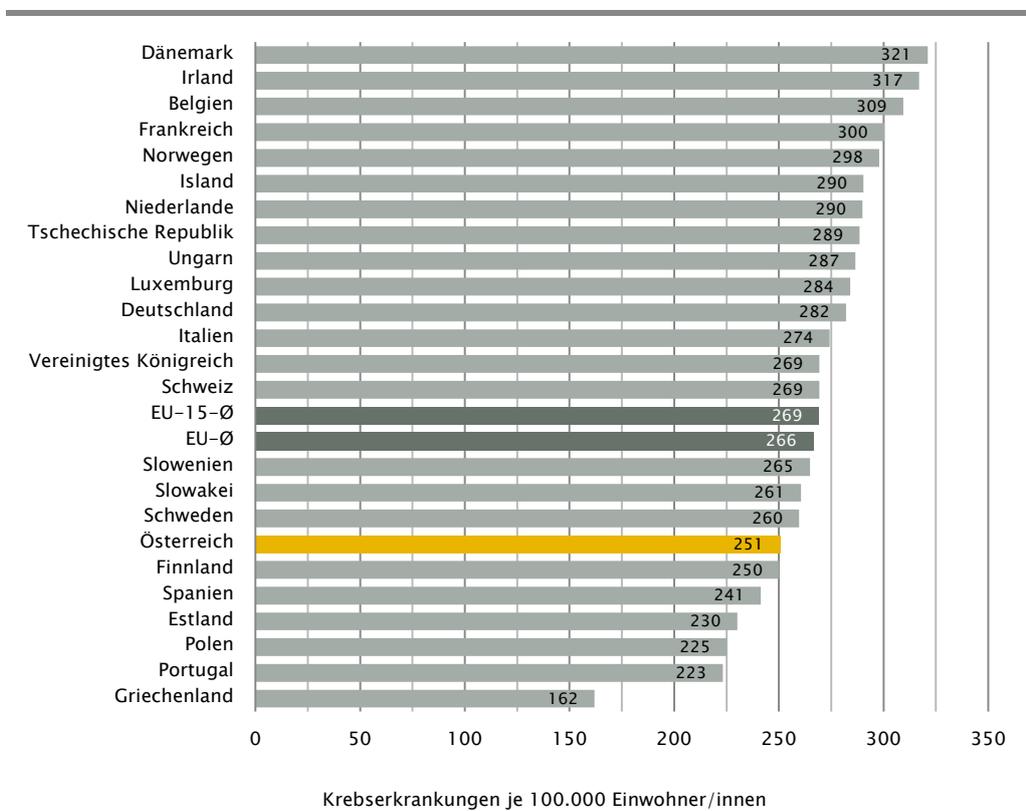
3.3.3.2 Inzidenz, Sterblichkeit und Überlebensraten bei Krebserkrankungen

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

Neuerkrankungen (Inzidenz) an Krebs je 100.000 Einwohner/innen werden definiert als die Anzahl der Erkrankungen an bösartigen Neubildungen in der Bevölkerung des jeweiligen Landes innerhalb eines bestimmten Zeitraumes. Abbildung 3.37 zeigt, dass im Jahr 2008 in Österreich 251 von 100.000 Menschen an Krebs erkrankten. Österreich lag damit unter dem EU-15-Durchschnitt von 269 (EU-27: 266). Dänemark wies für 2008 die höchste Krebs-Inzidenz (321 je 100.000 Einwohner/innen) auf.

Abbildung 3.37:

Europäischer Vergleich: Neuerkrankungen an Krebs je 100.000 Einwohner/innen, 2008



Quelle: (OECD 2011 a), Darstellung: GÖG/ÖBIG

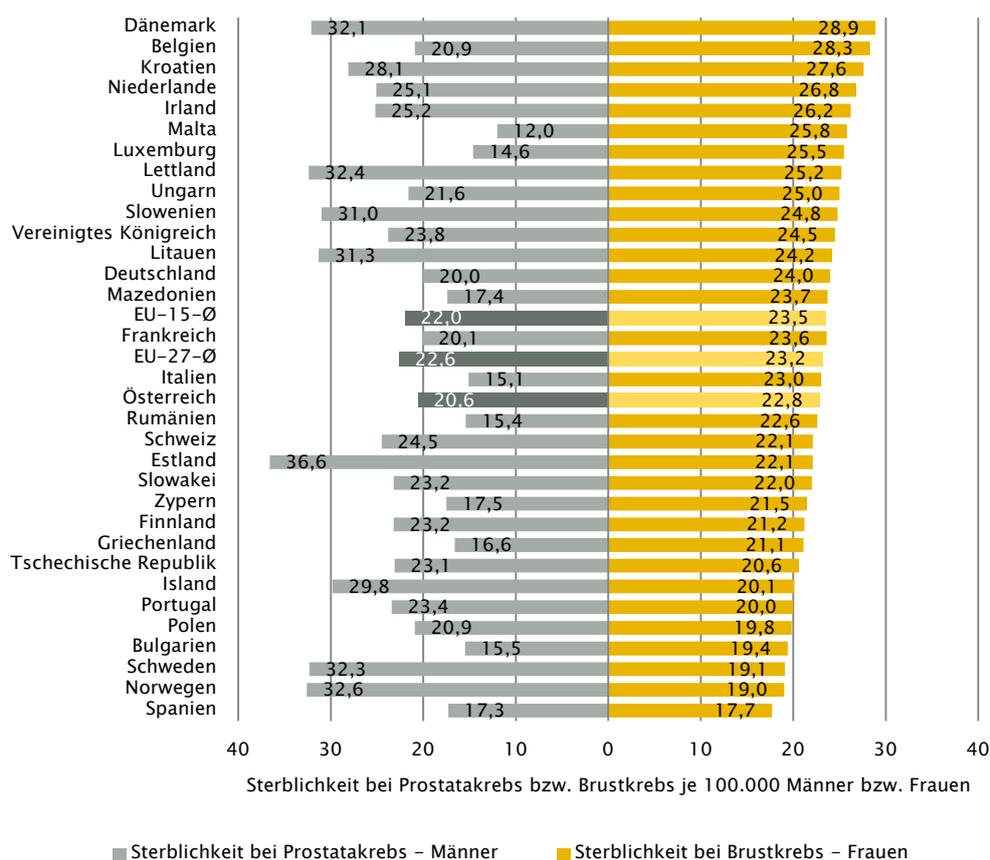
Die häufigste Krebserkrankung bei Frauen ist Brustkrebs gefolgt von Gebärmutter- sowie Darmkrebs. Männer hingegen erleiden am häufigsten Prostatakrebs gefolgt von Darmkrebs (vgl. Abbildung 3.38).

Auffällig ist, dass die Prostatakrebs-Mortalitätsrate deutlich mehr zwischen den dargestellten Ländern schwankt als die Mortalitätsrate für Brustkrebs bei Frauen. Die häufigsten Todesfälle, die auf eine Prostatakrebskrankung zurückzuführen sind, finden sich in Estland mit 36,6 je 100.000 Männer. Am niedrigsten ist die Sterberate für Prostatakrebs in Malta mit 12,0 Verstorbenen je 100.000 Männer. Österreich liegt bei diesem Indikator mit 20,6 Todesfällen je 100.000 Männer knapp unter dem EU-15-Durchschnitt (22,0) und dem EU-27-Durchschnitt (22,6).

Die Brustkrebs-Sterblichkeit bei Frauen zeigt sich europaweit homogener. So sterben in Spanien am wenigsten Frauen (17,7) und in Dänemark mit 28,9 je 100.000 die meisten Frauen an Brustkrebs. Österreich befindet sich mit 22,8 Todesfällen je

100.000 Frauen bei dieser Todesursache im Mittelfeld knapp unterhalb der beiden EU-Durchschnitte (EU-15: 23,5; EU-27: 23,2).

Abbildung 3.38:
Europäischer Vergleich: Mortalitätsrate bei Brustkrebs (Frauen) und bei Prostatakrebs (Männern) je 100.000 Frauen bzw. Männer, 2010



Altersstandardisierte Raten

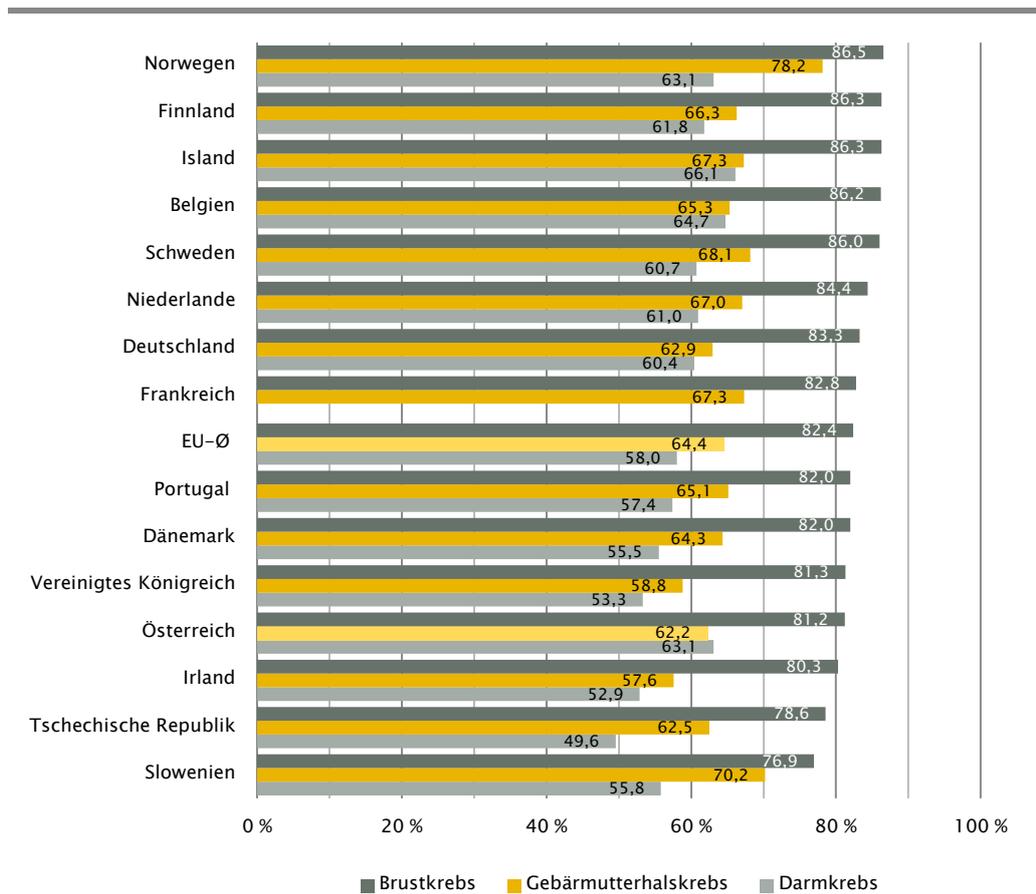
Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: BE (2006); CH (2007); AT, CY, DK, EE, FR, MK, EL, IS, IT, LT, LV, NO, RO, SE (2009)

Quelle: (OECD 2012c) nach (EUROSTAT 2012c) und (WHO 2012a), Darstellung: GÖG/ÖBIG

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 3.39 zeigt die altersstandardisierten Überlebensraten nach genannten Krebsarten.

Abbildung 3.39:
Europäischer Vergleich: Relative 5-Jahres-Überlebensraten bei Brust-,
Gebärmutterhals,- und Darmkrebserkrankung, Beobachtungszeitraum 2004–2009



Altersstandardisierte Raten
Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: zu Brustkrebs: FR (1997–2002); IS (2005–2010) zu
Gebärmutterhalskrebs: FR (1997–2002); CZ, IE, DE, FI (2003–2008); IS (2005–2010)

Quelle: (OECD 2011a; OECD 2011c), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Für den Diagnosezeitraum 2004–2009 lag Österreich bei Brustkrebs mit einer Überlebensrate von 81,2 Prozent knapp unter dem EU-Durchschnitt der dargestellten Länder (82,4 %). Die höchsten Überlebensraten gab es im selben Zeitraum in Norwegen mit 86,5 Prozent. Die niedrigsten Werte wurden in Slowenien mit 76,9 Prozent registriert.

Bezüglich Gebärmutterhalskrebs führte ebenso Norwegen die Statistik mit einer Überlebensrate von 78,2 Prozent an. Am geringsten fiel die Rate in Irland mit 57,6 Prozent aus. Österreich verzeichnete mit 62,2 Prozent einen leicht unterdurchschnittlichen Wert im Beobachtungszeitraum.

Die relative Darmkrebsüberlebensrate lag in Österreich bei 63,1 Prozent und somit über dem EU-Durchschnitt von 58,0 Prozent der dargestellten europäischen Länder. Vor allem die Tschechische Republik, Irland und Großbritannien hatten hierbei sehr niedrige Raten zu verzeichnen.

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

Wie in Punkte 3.3.1.3 erläutert, zählen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems – darunter Schlaganfall und Herzinfarkt – zu den häufigsten Todesursachen in Europa. Der Indikator Mortalität nach Schlaganfall und Herzinfarkt innerhalb von 30 Tagen nach stationärer Aufnahme bzw. Einlieferung gibt den prozentuellen Anteil je 100 Personen 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). Patiententransfers sind aufgrund mangelnder Codierung in vielen Ländern nicht mit einberechnet.

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 3.40 dargestellten Länder fallen zunächst die alters- und geschlechtsstandardisierten Mortalitätsraten Sloweniens mit 9,7 auf. Beinahe 10 je 100 Patientinnen und Patienten versterben in Slowenien innerhalb von 30 Tagen nach Einlieferung bei Schlaganfall im Krankenhaus. In Dänemark sind dies im Vergleich 2,6 Personen. In Österreich war im Jahr 2009 die Wahrscheinlichkeit binnen 30 Tagen nach Einlieferung an einem Schlaganfall zu

versterben mit einer Rate von 3,1 relativ gering und im Vergleich zu den dargestellten EU-Ländern (4,8) unterdurchschnittlich.

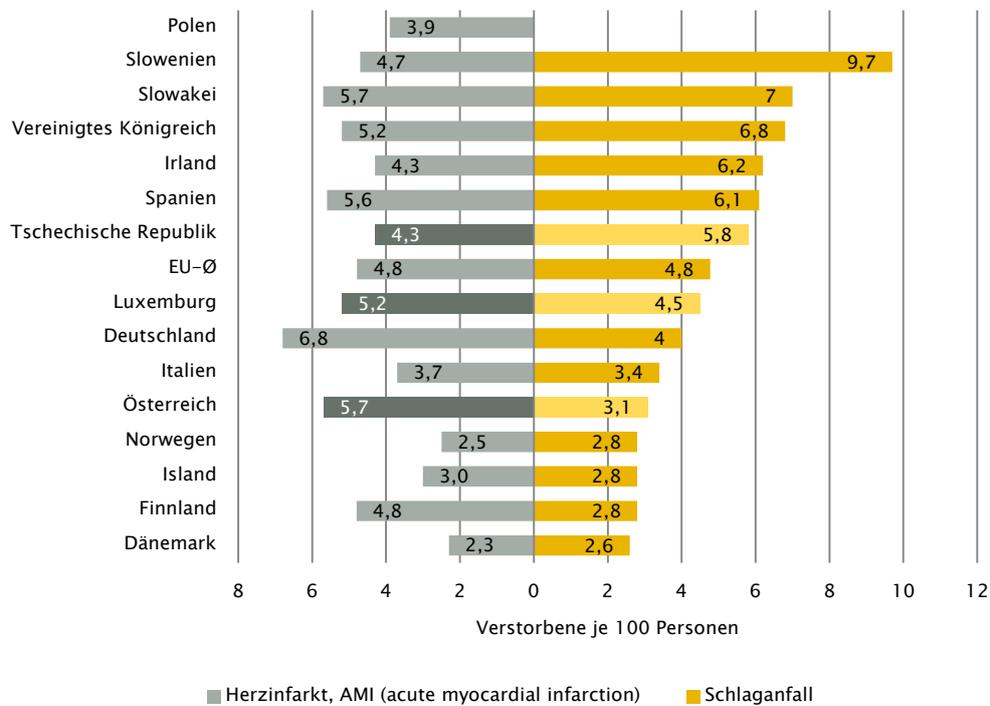
Die Todesrate bei Herzinfarkt, auch AMI (acute myocardial infarction) genannt, wird in einigen Ländern, wie in Dänemark oder dem Vereinigten Königreich, als Indikator für Leistungsvergleiche von Krankenhäusern herangezogen und findet sich in der Literatur allgemein als Qualitätsindikator von Krankenhäusern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

Die alters- und geschlechtsstandardisierten Mortalitätsraten zeigen, dass Deutschland im Jahr 2009 die höchste Sterblichkeitsrate mit 6,8 je 100 Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach Einlieferung an einem Herzinfarkt verstarben, aufwies. Österreich und die Slowakei lagen mit einem Wert von 5,7 Verstorbenen über dem Durchschnitt der dargestellten EU-Länder (4,8).

Abbildung 3.41 veranschaulicht die Entwicklung der Mortalität je 100 Personen nach Schlaganfall und Herzinfarkt innerhalb von 30 Tagen nach Einlieferung. Es wird deutlich, dass sich die Anzahl an Verstorbenen seit dem Jahr 2000 sowohl in Österreich als auch in Europa merklich reduziert hat. So verstarben im Jahr 2009 nur noch halb so viele Personen nach einem Herzinfarkt in Spitälern als zehn Jahre zuvor.

Während die Sterblichkeit bei Herzinfarkt innerhalb 30 Tage nach Einlieferung von 2000 bis 2008 kontinuierlich sank (-52 %) gab es von 2008 auf 2009 einen leichten Anstieg von 5,3 auf 5,7 Verstorbenen je Personen.

Abbildung 3.40:
Europäischer Vergleich: Mortalität je 100 Personen nach Schlaganfall und Herzinfarkt innerhalb von 30 Tagen nach Einlieferung, 2009



Geschlechts- und altersstandardisierte Raten

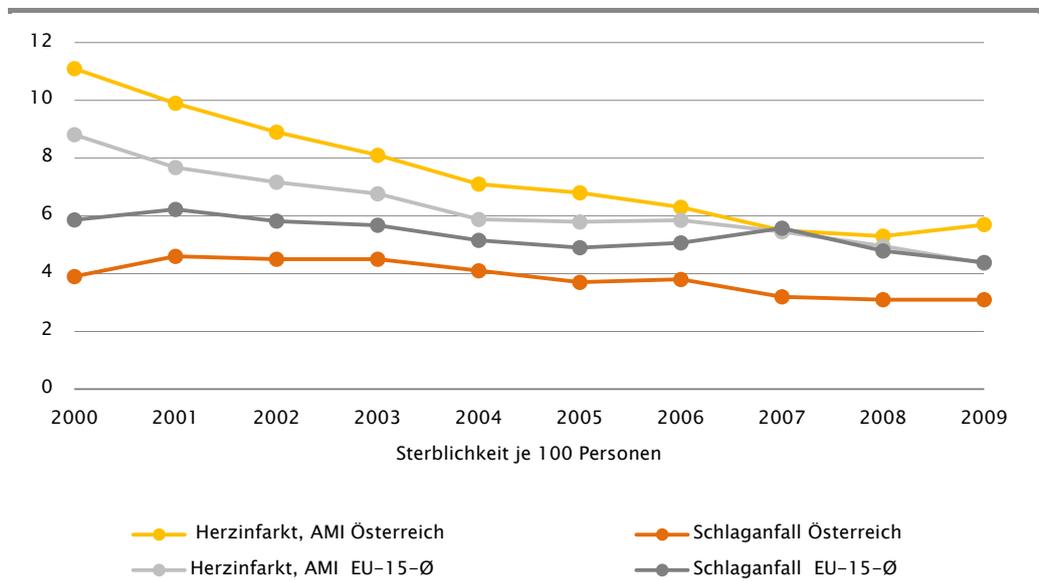
Berechnet mit jüngsten verfügbaren Werten: PT, CH (2008); BE, NL, SE (2007)

Keine Werte verfügbar für Sterblichkeit nach Schlaganfall: PL

Die Berechnung des EU-15-Durchschnitt ist aufgrund der unzureichenden Datenlage nicht möglich bzw. sinnvoll

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

Abbildung 3.41:
Europäischer Vergleich: Entwicklung der Mortalität je 100 Personen nach Schlaganfall
und Herzinfarkt innerhalb von 30 Tagen nach Einlieferung, 2000–2009



Geschlechts- und altersstandardisierte Raten

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

4 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

4.1 Hintergrund

International erfährt das Thema „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit“ zunehmend Aufmerksamkeit, z. B. in den Bereichen Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitssystemvergleich und Performancemessung. National finden ebenfalls einige maßgebliche Aktivitäten zum Thema statt.

„Gesundheitliche Chancengerechtigkeit“ ist auch das Schwerpunktthema der diesjährigen Ausgabe des Berichts „Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich“. Dieses Themas wurde aus mehreren Gründen gewählt:

- » Im August 2012 wurden vom Ministerrat zehn Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich beschlossen.⁵² Das zweite der zehn Rahmen-Gesundheitsziele lautet: „Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen“. Die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten ist aber auch für das Erreichen der anderen Gesundheitsziele von großer Relevanz.
- » Die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie berücksichtigt das Thema ebenfalls, insbesondere das Ziel neun „Gesundheitliche Chancengleichheit für sozial Benachteiligte fördern“. Die Notwendigkeit der Prävention und Intervention ist national wie international erkannt worden und wird mit Interventionen im Bereich der Frühen Hilfen umgesetzt. „Frühe Hilfen“ zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern und leisten damit einen relevanten Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit. Das Etablieren von Frühen Hilfen ist wichtiges Ergebnis des Kindergesundheitsdialogs und als zentrales Anliegen in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie verankert (BMG 2011b).
- » Auch der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) setzt mit dem Thema „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit“ einen Schwerpunkt in seiner künftigen Arbeit.
- » Die österreichische Sozialversicherung behandelt gesundheitliche Chancengerechtigkeit in ihrer Public Health Charta.

52

Für nähere Informationen s. www.gesundheitsziele-oesterreich.at und http://www.bmg.gv.at/home/Presse/Pressemeldungen/Ministerrat_beschliesst_Rahmen_Gesundheitsziele_Stoeger_Gesundheit_ist_ab_sofort_Thema_fuer_alle_Politikbereiche_, (letzter Zugriff 9. 1. 2012)

4.1.1 Verständnis gesundheitlicher Chancengerechtigkeit

Unter gesundheitlicher Chancengerechtigkeit werden im Allgemeinen gerechte Chancen gesund zu sein und gesund zu bleiben, verstanden. Dies setzt einen gerechten und fairen Zugang zu jenen Ressourcen, die der Gesundheit dienen, voraus. Gesundheitliche Chancengerechtigkeit impliziert damit, dass alle Menschen im Rahmen ihrer biologischen Voraussetzungen die gleichen Möglichkeiten zur Entwicklung und zum Erhalt ihrer Gesundheit bekommen. Dies schließt die gezielte Förderung von benachteiligten Gruppen mit ein.

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit ist ein gesundheitspolitisches Ziel. Tatsächlich bestehen vermeidbare und daher unfaire gesundheitliche Ungleichheiten (engl. *health inequities*), die sich beispielsweise an der unterschiedlichen Lebenserwartung in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status zeigen (s. Punkt 4.2.4). Nicht relevant in Hinblick auf die Thematik sind hingegen gesundheitliche Ungleichheiten, die durch biologische Unterschiede begründet sind, wie beispielsweise der unterschiedliche Gesundheitsstatus von Kindern im Vergleich zu alten Menschen (engl. *health inequalities*).

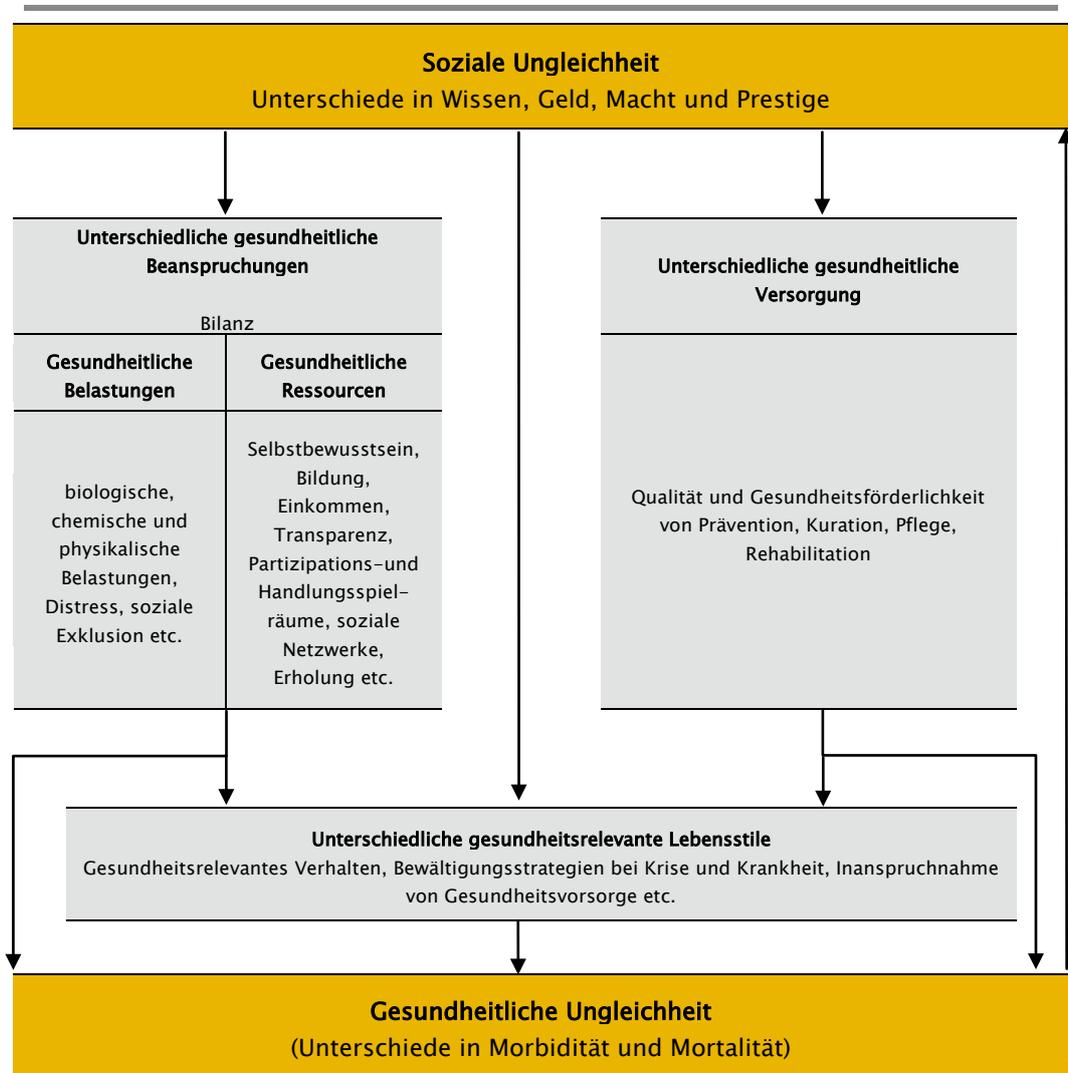
Von besonderer Bedeutung im Kontext von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit sind die sozioökonomischen Einflussfaktoren auf die Gesundheit (soziale Gesundheitsdeterminanten), insbesondere Bildung, Einkommen und Beschäftigung. Es gibt breite Evidenz zum systematischen Zusammenhang von sozialem Status und Gesundheit, mit dem Resultat: je niedriger der sozioökonomische Status, desto schlechter sind die gesundheitlichen Chancen einer Person. Dies bedeutet auch, dass sich gesundheitliche Ungleichheiten nicht nur bei der sozioökonomisch am stärksten benachteiligten Gruppe, sondern als sogenannter „sozialer Gradient“ von Gesundheit in der gesamten Bevölkerung zeigen. Einfluss auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit haben darüber hinaus auch demografische Merkmale wie Geschlecht, Wohnregion, Nationalität oder Familienstand (Mielck 2011; Stegemann et al. 2012).

Es finden sich verschiedene Erklärungsmodelle für gesundheitliche Ungleichheit, die auf dem gemeinsamen Grundverständnis aufbauen, dass diese Ungleichheit nicht durch einzelne Faktoren erklärt werden kann. Der Zusammenhang ist zudem nicht eindimensional: zum einen wirkt sich ein niedriger sozioökonomischer Status häufig negativ auf die Gesundheit aus; zum anderen können gesundheitliche Belastungen (z. B. psychische Erkrankungen oder schwere Behinderungen) die sozioökonomischen Chancen beeinträchtigen.

Zunehmende Aufmerksamkeit zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten erfährt die sogenannte Lebenslaufperspektive (*life course approach*). Entsprechende

Forschungsarbeiten belegen einen starken Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status in der Kindheit (Bildung, Einkommen, beruflicher Status der Eltern etc.) und dem Gesundheitszustand im Erwachsenenalter und zwar unabhängig vom späteren sozialen Status (Dragano et al. 2009). Belastungen in der (frühen) Kindheit sowie langfristige Belastungen und Risiken wirken sich besonders negativ als Faktor gesundheitlicher Ungleichheit im Erwachsenenalter aus (Richter/Hurrelmann 2006a; Stegemann/Costongs 2012). Es bedarf jedenfalls eines komplexen Modelles (Abbildung 4.1) als Grundlage für Handlungsansätze zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit (Richter/Hurrelmann 2006a).

Abbildung 4.1:
Erklärungsmodell zum Konnex von sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Ungleichheit



Quelle:(Rosenbrock/Kümpers 2006) modifiziert nach (Elkeles/Mielck 1993), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Das Modell macht deutlich, dass nicht nur Belastungen ungleich verteilt sind, sondern auch die Ressourcen, die zur Verfügung stehen, um die Belastungen zu bewältigen (Grossman 1972; Richter/Hurrelmann 2006a). Die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit kann demnach auf die Stärkung von Ressourcen und/oder auf die Reduktion von Belastungen und Risikofaktoren (materielle, verhaltensbezogene und psychosoziale) abzielen. Dem Ziel gesundheitlicher Chancengerechtigkeit annähern kann man sich darüber hinaus über zwei grundsätzliche Strategien: die Verringerung sozialer Ungleichheiten (wie Unterschiede in Bildung, Berufsstatus und Einkommen) und/oder die Verringerung von Unterschieden bei den intermediären Einflussfaktoren auf gesundheitliche Ungleichheit (wie Gesundheits- oder Risikoverhalten, materielle und psychosoziale Faktoren etc.) (Richter/Hurrelmann 2006a).

Neben den unterschiedlichen individuellen gesundheitlichen Beanspruchungen kommt bei der Reduktion sozialer Ungleichheit auch der Gesundheitsversorgung (Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und gerechten Gesundheitsversorgung) eine wichtige Rolle zu. Die Systemakteure können dabei u. a. durch die Sicherstellung durchgängiger Qualität der Versorgung maßgeblich zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit beitragen.

4.1.2 Aufbau des Schwerpunktkapitels

Auch das Schwerpunktkapitel gliedert sich, wie vorne, in die folgenden drei Indikatoren-Dimensionen:

- » Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz
- » Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme
- » Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse

Ergänzt wird darüber hinaus eine sogenannte Metaebene, die Indikatoren zu sozialen Gesundheitsdeterminanten (z. B. zu Einkommen und Bildung) beinhaltet.

Der Fokus liegt auch hier auf dem Gesundheitsversorgungssystem. Die ausgewählten Indikatoren sind nachstehend aufgelistet. Wo möglich wurde der Bezug zu sozialen Determinanten (z. B. Einkommen, Bildung etc.) hergestellt sowie der internationale Kontext (Gesundheitssystemvergleich) berücksichtigt.

- » Metaebene
 - » GINI-Koeffizient⁵³
 - » Anteil der von Armut und sozialer Ausgrenzung bedrohten Bevölkerung
 - » Arbeitslosigkeit
 - » Bildungsmobilität
- » Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz
 - » Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP
 - » Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit
 - » Selbstzahlungen privater Haushalte
 - » Ressourcendichte: Krankenanstaltenbetten, Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal
- » Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme
 - » Anteil der versicherten Personen
 - » Anteil der privatversicherten Personen
 - » Bevölkerungsanteil mit einem unerwünschten Behandlungswunsch
 - » Gesundheitskompetenz
 - » Inanspruchnahme von kurativen stationären und ärztlichen Leistungen
 - » Inanspruchnahme von präventiven Leistungen
 - » Anteil an Invaliditätsleistungen aufgrund psychischer Erkrankungen
- » Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse, Outcomes
 - » Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand
 - » Lebenserwartung und Sterblichkeit
 - » Erkrankungshäufigkeit und -verteilung
 - » Risikoverhalten und Lebensstil

4.1.3 Datenquellen

Es wurden ausschließlich Sekundärquellen herangezogen. Daten internationaler Organisationen (OECD, EUROSTAT, WHO) sowie Ergebnisse von Befragungen (Eurobarometer, ATHIS, HBSC)⁵⁴ und auch nationale Daten (z. B. Statistik Austria, Sozial-

53

Maß zur Berechnung der Ungleichverteilung

54

ATHIS = Austrian Health Interview Survey, Österreichische Gesundheitsbefragung, zuletzt 2006/2007
 HBSC = Health Behaviour of School-aged Children (Studie unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO – Regionalbüro für Europa), die in Österreich vom Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research durchgeführt wird)

versicherung) wurden verwendet. Die Literaturrecherche lieferte einschlägige Publikationen zum Thema.

4.2 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit – Gesundheitssystemvergleich

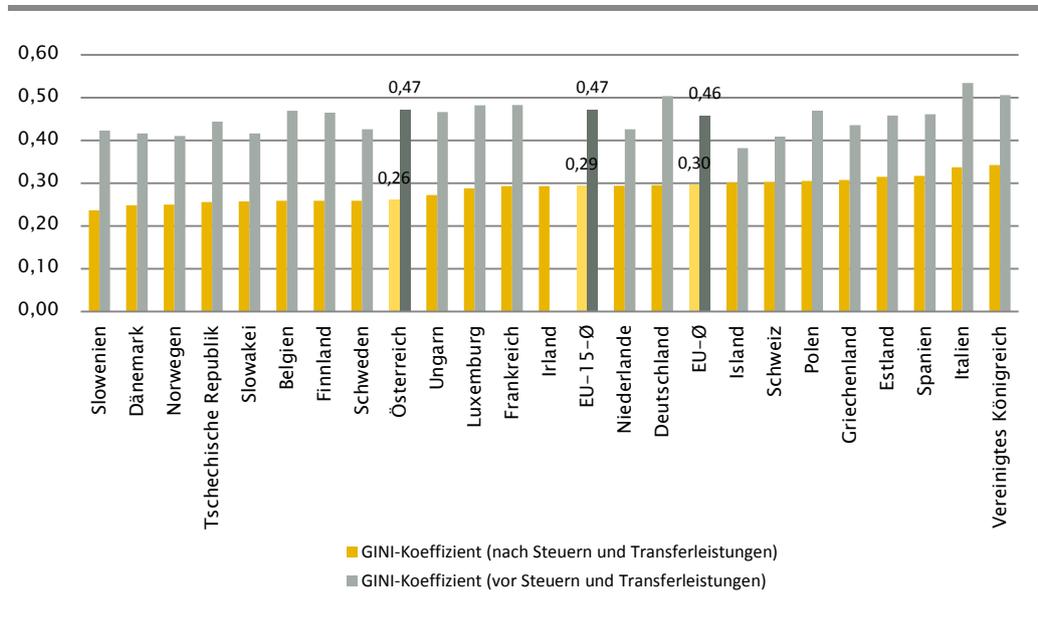
4.2.1 Metaebene

„Die soziale Herkunft eines Menschen prägt seine Gesundheitschancen in allen Lebensphasen“ (Dragano/Siegrist 2009). Soziale Ungleichheit, also die ungleiche Verteilung von materiellen und immateriellen Ressourcen in einer Gesellschaft, hat bedeutenden Einfluss auf die Lebenschancen und damit auch auf die Gesundheit von betroffenen Personen, Gruppen oder Gesellschaften (Kreckel 1992; Mielck 2000). Einkommen ist daher ein wesentlicher Einflussfaktor auf Gesundheit und soziale Teilhabe (Reif 2012).

Menschen mit niedrigem Einkommen können sich weniger Güter und Leistungen für ihre Gesundheit leisten, leben eher in Wohnräumen niedrigerer Qualität und in Wohnumgebungen mit weniger gesundheitsförderlicher Infrastruktur (z. B. Grünräume) und mehr Belastungen (z. B. Lärm). Sie ziehen sich häufig aus sozialen Beziehungen zurück und nehmen weniger an sozialen Aktivitäten teil (Marmot et al. 2010). Meist sind dies Menschen mit niedrigerer Bildung und schlechteren Arbeitsbedingungen und stärker von Arbeitslosigkeit bedroht (Habl et al. 2013).

Der GINI-Koeffizient ist ein Maß zur Berechnung der Ungleichverteilung und kann zur Messung von gleicher oder ungleicher Verteilung des Einkommens und Vermögens (Einkommensgerechtigkeit) herangezogen werden. Der GINI-Koeffizient kann zwischen 0 und 1 liegen, je höher der Wert ist, desto höher ist die Ungleichverteilung. In Österreich lag er 2010 bei 0,26 und damit unter dem EU-27 (0,30) und dem EU-15-Durchschnitt (0,29), wie aus Abbildung 4.2 hervorgeht. Ohne Steuern und Transferleistungen zu berücksichtigen, liegt der GINI-Koeffizient bei 0,47 und damit deutlich höher. Dies unterstreicht die in sozialer Hinsicht ausgleichende Wirkung des österreichischen Steuer- und Sozialsystems. In Deutschland lag die entsprechende Maßzahl bei 0,29 bzw. 0,50 **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**(OECD 2012a).

Abbildung 4.2:
GINI-Koeffizient im internationalen Vergleich



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

Armut und soziale Ausgrenzung gehen häufig mit Mangelerscheinungen, eingeschränkter sozialer Teilhabe und geringerem Ausmaß an Selbstbestimmung einher und sind Risikofaktoren für die Gesundheit (Bertelsmann Stiftung 2010).

Im Jahr 2011 waren laut Eurostat⁵⁵ in Österreich 17 Prozent der Bevölkerung von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedroht⁵⁶ (EUROSTAT 2012b). Österreich weist somit nach der Tschechischen Republik (15 %), den Niederlanden und Schweden (je 16 %) sowie Luxemburg (17 %) in der EU-27 den niedrigsten Anteil aus. Am stärksten von Armut oder sozialer Ausgrenzung betroffen sind Personen, die in Bulgarien (49 %), Rumänien und Lettland (je 40 %), Litauen (33 %), Griechenland und Ungarn (je 31 %) leben. Seit dem Jahr 2008 ist der Anteil in Österreich von 18,6 auf 16,9 Prozent gesunken, betroffen sind somit im Jahr 2011 1,4 Millionen Menschen. 12,6 Prozent der Bevölkerung waren im Jahr 2011 nach Sozialleistungen armutsgefährdet, in der EU-27 lag der Durchschnitt bei 16,9 Prozent. Besonders bedrohte Personengruppen sind u. a. allein lebende Pensionistinnen und Pensionisten, Langzeit-Arbeitslose, Bezieherinnen

55

Auf Basis der Daten der EU-SILC-Erhebung

56

Personen, die von mindestens einer der folgenden drei Lebensbedingungen betroffen sind: von Armut bedroht, unter erheblicher materieller Entbehrung leiden oder in einem Haushalt mit sehr niedriger Erwerbstätigkeit leben.

und Bezieher von Sozialleistungen als Haupteinnahmequelle, Mehrkind-Haushalte, Alleinerzieherinnen und Alleinerzieher sowie Migrantinnen und Migranten. Eine nicht zu unterschätzende Anzahl an Kindern ist von Armut bedroht.

Kinderarmut hat in vielerlei Hinsicht lebenslang negative Auswirkungen auf die Gesundheit (Mueller 2009; Schenk 2004). Als Kind erlebte Armut(sgefährdung) kann häufig zu verringerten Bildungschancen sowie erhöhter Armutsgefährdung und damit schlechterer Gesundheit im Erwachsenenalter führen. Direkte Auswirkungen von Kinderarmut zeigen sich im Lebensstil z. B. im Ernährungs- oder Bewegungsverhalten, indirekte sind beispielsweise erhöhte Mortalität oder Morbidität im Lebensverlauf (s. hierzu auch Lebenslaufperspektive, hierzu Punkt 4.1.1) (Habl et al. 2013).

Sozialer Abstieg bzw. Armut können zu sozialer Isolation führen bzw. kanalisieren in sozialen Rückzug. In verarmten Wohnmilieus sind der Ausfall der Nachbarschaftshilfe und Distanzierung und Abgrenzung der Bewohner/innen untereinander festzustellen. Die Situationskontrolle kann eingeschränkt, die eigene Lebenssituation unkontrollierbar werden. Die Erfahrung schwindender Selbstwirksamkeit macht krank. Mit niedrigem sozialem Status kann ein Mangel an Anerkennung und Belohnung einhergehen; hohe Verausgabung und geringere Belohnung treten oft gemeinsam auf. Beschämung und das Gefühl der Entmündigung können wie „Gift“ wirken und die Gesundheit beeinträchtigen (vgl. ungleiche Verteilung sozialer Anerkennung als „hidden injuries of class“ (Schenk 2011).

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit sowie prekärer Beschäftigung und dem Gesundheitsstatus einer Person konnte im Rahmen zahlreicher Forschungsarbeiten eindeutig belegt werden. Krankheit ist dabei nicht nur eine Folge von Arbeitslosigkeit, sondern zugleich auch eine Ursache. Physische und psychische Erkrankungen können zu reduzierter Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, einem Verlust des Arbeitsplatzes und auch vorzeitiger Pensionierung führen. Manche Erkrankungen treten sehr früh auf und sind geprägt durch chronische Verläufe. Dies kann den Eintritt in das Erwerbsleben stark beeinträchtigen oder sogar verhindern.

Auch die Lebensbedingungen verändern sich durch Arbeitslosigkeit, da weniger Einkommen zur Verfügung steht (Armut- und Ausgrenzungsgefährdung). Darüber hinaus kann der Verlust des Prestiges, das an den Arbeitsplatz gekoppelt ist, psychosozialen Stress erzeugen (RKI 2012). Unsicherheit durch Langzeitarbeitslosigkeit und die eingeschränkten Möglichkeiten der Zukunftsplanung können zu psychosozialen Problemen wie Depression, Ängstlichkeit, Hoffnungslosigkeit bis hin zur Resignation führen (Kooperationsverbund "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" 2012).

Die Arbeitslosigkeit in den EU-27-Ländern lag im Oktober 2012 bei 10,7 Prozent und ist im Vergleich zum Jahr davor deutlich gestiegen (EUROSTAT 2012a). Österreich

verzeichnete mit 4,3 Prozent, ähnlich wie Luxemburg (5,1 %), Deutschland (5,4 %) und die Niederlande (5,5 %) einen der niedrigsten Werte, während etwa in Spanien (26,2 %) und Griechenland (25,4 % im August 2012) die Arbeitslosigkeit aufgrund der internationalen Finanz- und Wirtschaftskrise überaus ausfiel.

Prekäre Arbeitsbedingungen haben in der Vergangenheit auch in Österreich zugenommen. Zwar bietet die österreichische Sozialversicherung durch das System der Pflichtversicherung noch immer den meisten Personen Schutz bei Unfall und Krankheit, gleichzeitig ist eine Beschäftigung in einem regulären Angestelltenverhältnis heutzutage nicht mehr die allgemeine Norm. Insbesondere haben in den vergangenen Jahren sogenannte atypische Beschäftigungsverhältnisse zugenommen (Geisberger/Knittler 2010). Betroffen davon sind vor allem Personen in speziellen Branchen (z. B. Saisonarbeiter), aber auch niedrig qualifizierte Personen, Jobeinsteiger sowie Frauen. Belastende Arbeitsbedingungen können zu Krankenständen und zu einem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben führen. Die damit verbundene Einschränkung der Lebensqualität des/der Einzelnen kann sehr hoch sein, ebenso wie dadurch entstehende Kosten für das einzelne Unternehmen und für die Volkswirtschaft als Ganzes.

Mehr Bildung geht häufig mit einer höher qualifizierten Berufstätigkeit und demnach mit einem höheren Einkommen einher. Dies trifft auch auf Österreich zu (OECD 2012b) und bedeutet meist ein niedrigeres Risiko von Arbeitslosigkeit und Schutz vor Armutsgefährdung. Bildung spielt im Hinblick auf ein selbstbestimmtes Fortkommen im Leben, den beruflichen Erfolg und das Erreichen einer hohen Lebenserwartung sowie -qualität und auch bei der Teilhabe an Gesellschaft und Wirtschaft eine zentrale Rolle (OECD 2012b).

Während in fast allen OECD-Ländern Kinder einen höheren Bildungsabschluss als ihre Eltern erreichen, verzeichnet Österreich eine vergleichsweise geringe intergenerationale Bildungsmobilität.⁵⁷ Die Bildung junger Erwachsener ist nach wie vor stark vom Bildungshintergrund der Eltern beeinflusst: Je höher der Bildungsabschluss der Eltern, desto höher ist auch die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder eine höhere Ausbildung absolvieren (Knittler 2011). Dies geht auch deutlich aus Abbildung 4.3 hervor.

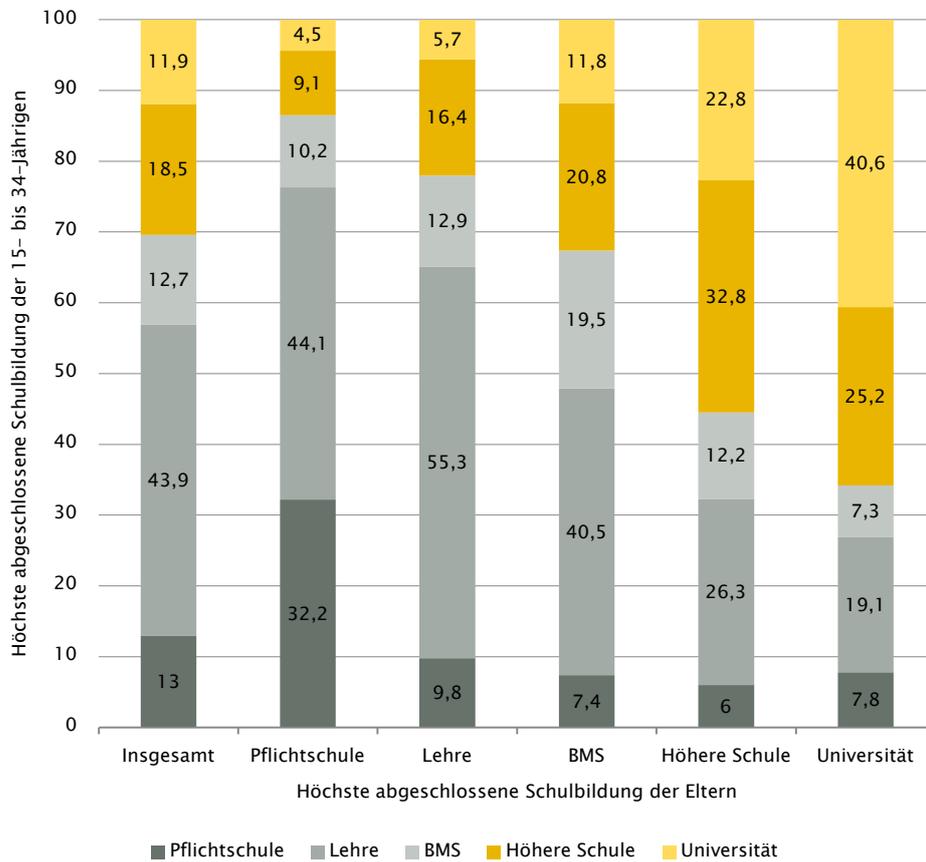
In Österreich erreichen nur 26 Prozent der 25- bis 34-jährigen Erwerbstätigen ein höheres Bildungsniveau als ihre Eltern (deutlich geringere Aufwärtsmobilität als im OECD-Schnitt von 37 Prozent), 14 Prozent bleiben auf einem niedrigeren Bildungsniveau (im Vergleich zum OECD-Durchschnitt von 13 Prozent) (Knittler 2011; OECD 2012b).

57

Ungleiche Höhe von Bildungsabschlüssen zwischen Eltern- und Kindergeneration

Abbildung 4.3:

Höchste abgeschlossene Schulbildung der 15- bis 34-Jährigen nach höchster abgeschlossener Schulbildung der Eltern (Intergenerationale Bildungsmobilität)



Universität inkl. hochschulverwandte Lehranstalten

Quelle: (Pesendorfer/Radinger 2012), Darstellung: GÖG/ÖBIG

4.2.2 Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz

Österreich verzeichnet im europäischen Vergleich überdurchschnittlich hohe Gesundheitsausgaben. Im Jahr 2010 beliefen sich die Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP auf 11 Prozent, die gesamten Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit lagen im selben Jahr bei rund 3.750 Euro je Einwohner/in. Beide Werte lagen deutlich über dem EU-15-Durchschnitt. Siehe hierzu auch Abschnitt 3.1.1.2.

Gesundheitsleistungen in Österreich sind wie in allen europäischen Ländern mehrheitlich öffentlich finanziert (76,2 %). Die Selbstzahlungen privater Haushalte lagen im Jahr 2010 mit 15,9 Prozent leicht unter dem EU-15-Durchschnitt (16,7 %) und unter dem Durchschnitt aller betrachteten EU-Länder (17,6 %). Für nähere Informationen siehe auch Abschnitt 3.2.1.1. Die Befreiung von Selbstzahlungen aufgrund von geringem Einkommen (soziale Schutzbedürftigkeit) oder Krankheit (z. B. anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten) beugt sozialen Härtefällen aufgrund von Selbstzahlungen vor und stellt die Zugänglichkeit zum Gesundheitssystem sicher.

Das österreichische Gesundheitswesen hält überdurchschnittlich viele personelle und technische Ressourcen vor (siehe hierzu auch Abschnitt 3.1.2). Durch die hohe Dichte an Leistungserbringern ist eine adäquate Versorgung in den meisten Versorgungsbereichen für alle Einwohnerinnen und Einwohner innerhalb einer angemessenen Zeitspanne sichergestellt.

4.2.3 Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme

In Österreich waren im Jahr 2011 99,9 Prozent der Bevölkerung durch die soziale Krankenversicherung geschützt (HVB 2012c) und hatten dadurch Zugang zu einem breiten Spektrum an medizinischen Leistungen⁵⁸. In der Slowakei, Estland, Polen, Luxemburg und den Niederlanden war ein geringerer Anteil der Bevölkerung betreffend Übernahme von Versorgungskosten für ein definiertes Paket an Gesundheitsleistungen geschützt (95,2–98,8 %) (OECD 2011b). Eine der wichtigsten Maßnahmen Österreichs zur Verbesserung der gesundheitlichen Teilhabe in den letzten Jahren war die Aufnahme von Sozialhilfebezieherinnen und -bezieher in den Kreis der

58

Für ausgewählte Berufsgruppen (§ 5 GSVG) ist es möglich gegen eine Versicherungspflicht zu optieren. Ein zumindest annähernd gleichwertiger Versicherungsschutz ist jedoch vorzuweisen.

der e-Card-Bezieher (elektronische Gesundheitskarte), die dadurch den gleichen und damit gerechten Zugang zu sozialen Krankenversicherungsleistungen erhielten.

Trotz des umfassenden Versicherungsschutzes gibt es Personen, die dennoch nicht von der sozialen Krankenversicherung erfasst sind (z. B. nicht dokumentierte Migrantinnen und Migranten) sowie Personen, die beispielsweise aufgrund von Informationsdefiziten ihren Versichertenstatus und somit ihre Ansprüche verlieren. Auch können bestimmte Barrieren (sprachlich, kulturell, sozial etc.) den Zugang zum Gesundheitssystem erschweren. Ausgewählte Einrichtungen bieten explizit für die eben genannten Zielgruppen Versorgungsleistungen an.

Private Krankenversicherung (Primärversicherung und/oder Zusatzversicherung) spielt in Europa besonders in Frankreich, den Niederlanden, Belgien, Slowenien, Luxemburg und Irland eine bedeutende Rolle, der Anteil der privat versicherten Bevölkerung reicht von 50,7 bis 93,7 Personen (OECD 2012c). In Österreich hat die private Kranken(zusatz)versicherung durch den umfassenden Schutz der sozialen Krankenversicherung einen geringeren Stellenwert, so lag im Jahr 2011 der privat versicherte Anteil der Bevölkerung bei 34,15 Prozent (VVO 2012).

In Österreich äußerten 0,4 Prozent der Bevölkerung (2011) aufgrund von finanzieller Unleistbarkeit, zu lang empfundener Wartezeiten oder zu langer Anfahrtswege einen nach eigener Aussage unerfüllten medizinischen Behandlungsbedarf. Dieser Wert liegt, ähnlich wie in Slowenien und den Niederlanden, deutlich unter dem europäischen Durchschnitt von 3,2 Prozent. In der betroffenen Bevölkerungsgruppe ist zudem der Unterschied zwischen Personen mit einem hohen und einem niedrigen Einkommen sehr gering, was wiederum ein Indiz für eine ausgewogene Versorgung ist. Für nähere Informationen zum Indikator siehe auch Abschnitt 3.2.1.2.

Die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz⁵⁹ steht im Zusammenhang mit sozio-ökonomischen Faktoren, dem Gesundheits- und Risikoverhalten (z. B. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Ernährung, Alkohol- und Nikotinkonsum etc.) und dem Gesundheitszustand.

- » Je höher der selbstwahrgenommene finanzielle Mangel (u. a. bezogen auf die Leistbarkeit eines Arztbesuchs und von Medikamenten) und je schlechter der

59

Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Kompetenz und beinhaltet Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wissen und Motivation, um im Alltag relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Entscheidungen zu treffen und zu handeln, mit dem Ziel, gute Lebensqualität während des gesamten Lebenslaufs zu erhalten und zu verbessern (Pelikan 2012)

selbsteingeschätzte Gesundheitszustand, desto geringer ist die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz;

- » je höher das Bildungsniveau und der selbsteingeschätzte soziale Status, desto höher ist die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz (Pelikan et al. 2011).

Laut der ersten europäischen Studie zu (selbsteingeschätzter) Gesundheitskompetenz verfügen nur rund zehn Prozent der österreichischen Bevölkerung über eine exzellente Gesundheitskompetenz, weitere 35 Prozent über eine ausreichende und mehr als die Hälfte über eine problematische (38 %) oder inadäquate (17 %) Gesundheitskompetenz⁶⁰. Österreich schneidet damit im Ländervergleich der Studie deutlich unterdurchschnittlich ab (Pelikan et al. 2011).

Der sozioökonomische Status kann die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen beeinflussen; so weisen Personen mit einem geringeren sozioökonomischen Status beispielweise signifikant mehr Krankenhausaufenthalte aufgrund affektiver Störungen⁶¹ auf, bei arbeitslosen Personen ist die Wahrscheinlichkeit um ein Vielfaches erhöht (Schenk 2010).

In einer Untersuchung von OECD-Ländern zeigten sich einkommens- und/oder bildungsbezogene Unterschiede bei der Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen. Besonders die Wahrscheinlichkeit fachärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, stieg mit zunehmender Bildung und Einkommen, wobei ein Einflussfaktor auch das Vorliegen einer privaten Krankenversicherung sein kann (van Doorslaer et al. 2004; van Doorslaer et al. 2002).

Bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen zeigen OECD-Daten, dass in beinahe allen untersuchten europäischen Ländern Frauen mit einem geringeren Einkommen seltener Krebs-Screening-Untersuchungen (Brust, Gebärmutterhals) in Anspruch nehmen als Frauen mit höherem Einkommen. Mit höherem Bildungsniveau nahm in den meisten Ländern auch die Inanspruchnahme zu (OECD 2011b). Siehe hierzu auch Abschnitt 3.2.2.3. In Österreich werden umfassende präventive Angebote, obwohl sie kostenlos sind, wie z. B. die Vorsorgeuntersuchung, von sozial benach-

60

Laut Kristine Sørensen (European Health-Literacy-Projekt-Koordinatorin von der Universität Maastricht, 2012) ist bei Menschen, die Probleme damit haben, Gesundheitsinformationen zu verstehen, zu beurteilen, sie auf gesundheitsbezogene Entscheidungen im Alltag anzuwenden und Gesundheitsangebote in adäquater Weise in Anspruch zu nehmen, die Gesundheitskompetenz unzureichend oder problematisch.

61

Laut ICD-10 gehören dazu folgende Störungsbilder: Manie, Depression, bipolare Störung, rezidivierende depressive Störung und anhaltende affektive Störung

teiligten Personen seltener beansprucht (Pochobradsky et al. 2001). Migrantinnen und Migranten nehmen deutlich seltener eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch als Versicherte mit einer österreichischen Staatsbürgerschaft, wobei die Ursächlichkeit des Zusammenhangs (wirkt hier der Migrationsstatus unmittelbar oder aber mittelbar über die Art der Tätigkeit / Einkommenshöhe) noch weiter zu klären ist (Habl et al. 2013). Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS, Austrian Health Interview Survey) 2006/2007 weisen jedenfalls darauf hin, dass besonders Einkommenshöhe und Art der Tätigkeit die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen signifikant beeinflussen (Klimont et al. 2008).

Es gibt folglich in Österreich Personengruppen, die, obwohl sie Versorgungsleistungen benötigen würden, diese aus sehr unterschiedlichen Gründen nicht in Anspruch nehmen bzw. nehmen können. Diese Personen sind statistisch aber schwer zu erfassen und somit auch schwer zu identifizieren. Nicht nur soziökonomische Faktoren, sondern auch die Krankheit selbst sowie ihr anhaftende Vorurteile können Einfluss auf den Zugang zum Gesundheitssystem und das Inanspruchnahmeverhalten haben. Reduzierte psychische Gesundheit kann den Zugang zu physischen und psychischen Behandlungsleistungen erschweren, da Personen aus Angst vor Stigmatisierung oder Diskriminierung oder auch aufgrund mangelnder Krankheitseinsicht Leistungen verzögert oder gar nicht konsumieren. Dienste, die Erkrankte direkt aufsuchen, können in diesem Kontext Abhilfe leisten, um auch diesen Personen einen gerechten Zugang zu verschaffen.

Viele OECD-Länder verzeichneten in den vergangenen zwei Jahrzehnten starke Anstiege bei dem Anteil an Invaliditätsleistungen aufgrund psychischer Erkrankungen. Während der Anteil Mitte der 1990er Jahre bei ca. 15 bis 25 Prozent lag, machte er 2009/2010 bereits 30 bis 50 Prozent aus, bei jungen Erwachsenen sogar bis zu 70 Prozent (Buczolich 2012). In Österreich erfolgten im Jahr 2008 rund 19,2 Prozent aller Frühpensionierungen aufgrund psychiatrischer Erkrankungen. Rund 32 Prozent der Neuantritte krankheitsbedingter Frühpensionen erfolgten aus psychischen Gründen. Im Jahr 2005 lag dieser Anteil noch bei 24 Prozent (SGKK/HVB 2011).

4.2.4 Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse

Die Verteilung von Gesundheit und Wohlbefinden hängt von vielen Faktoren ab, die auch miteinander interagieren. Dazu zählen: materielle Bedingungen (z. B. Wohnbedingungen), sozialer Zusammenhalt im Lebensumfeld (z. B. Sicherheit und Kriminalität), psychosoziale Faktoren (Rückhalt von Familie oder Freunden/Freundinnen), Gesundheits- und Risikoverhalten (z. B. Ernährungs- und Bewegungsverhalten) und biologische Faktoren. Diese Faktoren sind beeinflusst durch die soziale Position, die wiederum von Bildungsstatus, Beschäftigung, Einkommen, Geschlecht und Ethnizität

abhängen. Relevant ist darüber hinaus der sozio-politische, kulturelle und soziale Kontext. Daher ist die Debatte um gesundheitliche Ungleichheit auch immer zugleich eine Debatte um soziale Gerechtigkeit (Marmot et al. 2010).

Soziale Ungleichheiten manifestieren sich häufig in einem subjektiv schlechter bewerteten Gesundheitszustand, einer verkürzten Lebenserwartung, einer erhöhten Krankheitslast sowie einer häufigeren Verbreitung von gesundheitlichen Risikofaktoren (Klimont et al. 2008; Till-Tentschert et al. 2011). Einkommen ist dabei neben Bildung die wichtigste soziale Gesundheitsdeterminante.

Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

Das Familieneinkommen wird als starker Einflussfaktor für die Gesundheit junger Menschen gesehen. Ergebnisse der HBSC-Studie zeigen, dass Schülerinnen und Schüler mit hohem Familienwohlstand ihren Gesundheitszustand als besser einschätzen und häufiger über eine hohe Lebenszufriedenheit berichten als jene mit niedrigem Familienwohlstand (Currie et al. 2012).

Auch die Gesundheitsbefragung 2006/2007 der Statistik Austria⁶² kommt zu dem Schluss, dass einkommensschwächere Personen ihren Gesundheitszustand subjektiv schlechter beurteilen als Personen mit höheren Einkommen. Dies gilt für beide Geschlechter, wobei in den einkommensschwachen Gruppen die Geschlechterunterschiede stärker ausgeprägt sind, Frauen also ihren Gesundheitszustand subjektiv deutlich schlechter einstufen als Männer. In Bezug auf den beruflichen Status (Erwerbstätigkeit bzw. berufliche Stellung) zeigt sich, dass sich rund 85 Prozent der erwerbstätigen Frauen bzw. 88 Prozent der Männer gesundheitlich (sehr) gut fühlen, während das nur auf 69 bzw. 57 Prozent der nicht-erwerbstätigen Männer und Frauen zutrifft (Habl et al. 2013; Klimont et al. 2008).

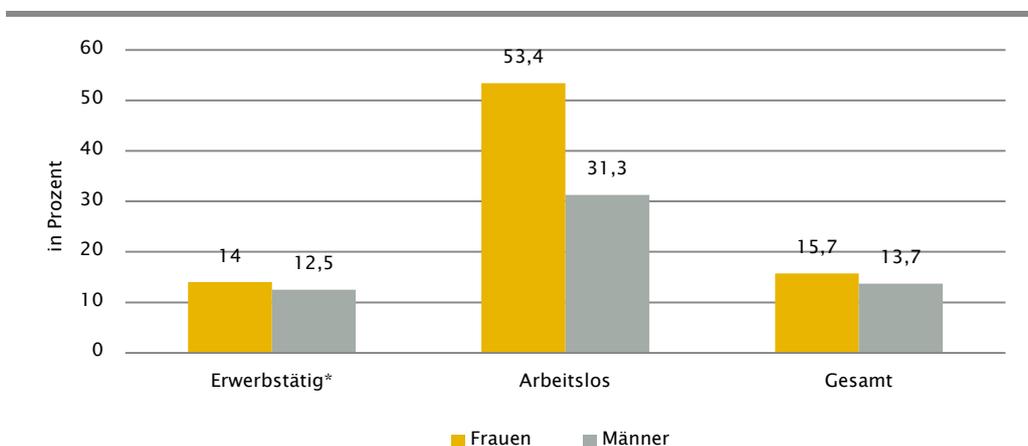
Auswertungen des European Working Conditions Survey zeigen, dass Arbeitsplatzbelastungen in Österreich stärker ausgeprägt sind als in den Vergleichsländern. Bei Betrachtung von Daten der EU-15-Länder wird ersichtlich, dass berufliche

62

Die Gesundheitsbefragung ersetzt die bis 1999 etwa alle 10 Jahre durchgeführten Mikrozensus-Sonderprogramme zum Thema Gesundheit. International werden die Ergebnisse des ATHIS durch die Ergebnisse von EU-SILC ergänzt. EU-SILC ist eine integrierte Längs- und Querschnittserhebung zur Erhebung des Einkommens und von Lebensbedingungen in Privathaushalten („Haushaltpanel“), der von Eurostat gemeinsam mit nationalen Statistikinstituten wie der Statistik Austria entwickelt wurde. Die erste österreichische EU-SILC-Erhebung startete im Jahr 2003, seit 2005 wird mit Hilfe des gleichen Fragebogens in fast allen EU-Mitgliedstaaten erhoben, was in der Zukunft länderübergreifende Vergleiche und Gegenüberstellungen unter Berücksichtigung von sozioökonomischen Indikatoren ermöglicht.

Anforderungen, Eigenkontrolle sowie Anerkennung und Rückhalt am Arbeitsplatz Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand von Beschäftigten haben (Biffli et al. 2012). Arbeitslose Personen und dabei insbesondere Frauen empfinden ihren Gesundheitszustand subjektiv deutlich schlechter als Erwerbstätige. Auch leiden Arbeitslose, nach eigener Angabe, häufiger an einem chronischen Gesundheitsproblem. Langzeitarbeitslose Menschen – sowohl Männer als auch Frauen – schätzen gegenüber Personen in einem stabilen Arbeitsverhältnis, ihr psychisches Wohlbefinden als deutlich schlechter ein. Auch für Österreich zeigen Berechnungen von Biffli et al. (s. Abbildung 4.4) einen Zusammenhang des eingeschätzten Gesundheitszustandes mit dem Erwerbsstatus.

Abbildung 4.4:
Anteil der 15- bis 64-Jährigen mit mittelmäßigem oder (sehr) schlechtem Gesundheitszustand nach Erwerbsstatus und Geschlecht an der Gesamtbevölkerung



* inklusive Lehrlinge

Quelle: (Biffli et al. 2012) auf Basis der österr. Gesundheitsbefragung 2006/2007, Darstellung: GÖG/ÖBIG

Personen mit Migrationshintergrund tendieren dazu, ihren subjektiven Gesundheitszustand schlechter einzuschätzen als Personen ohne Migrationshintergrund. Für weitere Informationen zum selbsteingeschätzten Gesundheitszustand im europäischen Vergleich siehe auch Abschnitt 3.3.1.6.

Lebenserwartung und Sterblichkeit

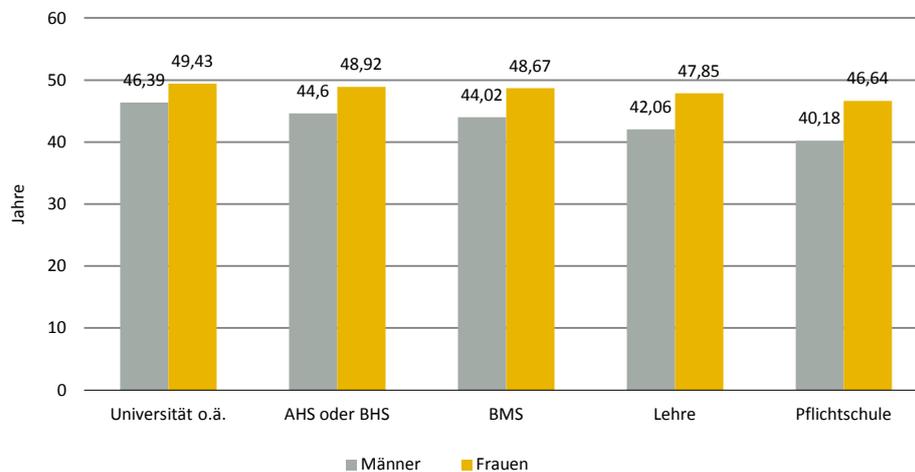
In beinahe allen europäischen Industriestaaten (Huisman/Kunst 2005; Mackenbach 2006; Wilkinson 2001) gilt: Je niedriger das Bildungsniveau und der soziale Status einer Personengruppe, desto geringer ist auch die Lebenserwartung. Den vielschichtigen und komplexen Ursachen der Unterschiede in der Lebenserwartung wird seit einigen Jahren auch auf EU-Ebene nachgegangen (Stegemann/Costongs 2012).

Forschungsstudien mit einer Lebenslaufperspektive („life course approach“) befassen sich vertiefend mit den potenziellen Auswirkungen von in der Kindheit erfahrenen Belastungen auf das weitere Leben. Eine Kohortenstudie fand bei Personen aus einem Arbeiter-Elternhaus im Alter von 54 Jahren ein zweifach erhöhtes Mortalitätsrisiko im Vergleich zu jenen, deren Eltern Angestellte waren. Wurde zusätzlich der sozioökonomische Status als Erwachsener berücksichtigt, so war die Wahrscheinlichkeit, früh zu sterben, bei jenen, die in beiden Lebensphasen sozial benachteiligt waren, fast um das Dreifache erhöht (Power/Kuh 2008).

In Österreich ist die Lebenserwartung je nach Bildungsniveau unterschiedlich, Männer mit einem Pflichtschulabschluss weisen eine um 6,2 Jahre geringere Lebenserwartung auf als Männer mit einem Hochschulabschluss (Klimont et al. 2008). Im Alter von 35 Jahren ist für Männer mit Hochschulbildung die fernere Lebenserwartung um durchschnittlich 6 Jahre höher als jene von Männern mit Pflichtschulbildung, für Frauen beträgt der Unterschied 2,3 Jahre (s. Abbildung 4.5). Bildung – die häufig mit einer höher qualifizierten Berufstätigkeit einhergeht – führt zu einem höheren Einkommen, einer niedrigeren Erwerbslosigkeit und schützt dadurch vor Armut. Beispielsweise haben fast drei Viertel der „Working Poor“ (Personen, die trotz Erwerbstätigkeit armutsgefährdet sind) keine Matura (Till-Tentschert et al. 2011).

Abbildung 4.5:

Fernere Lebenserwartung für 35-Jährige nach Bildungsebene und Geschlecht



Quelle: (Klotz 2007), Darstellung: GÖG/ÖBIG

Personen mit psychischen Erkrankungen haben eine größere Wahrscheinlichkeit früher zu sterben. Ursachen dafür sind Suizid und Unfälle, aber auch eine erhöhte Prävalenz chronisch physischer Erkrankungen (Ahrens/Freyberger 2002). Suizidraten korrelieren mit Arbeitslosigkeit bzw. der durch Arbeitsverlust drohenden Unsicherheit. Jüngere Publikationen berichten von einer Zunahme von Suizidraten in den von der Finanz- und Wirtschaftskrise (ab 2008) besonders betroffenen Ländern (WHO 2012c). Weltweit ist der Suizid die zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen. In Österreich zählt der Suizid, vor allem bei Männern, zu einer der häufigsten Todesursachen bei den unter 40-jährigen (Haring 2011). Als Einflussfaktoren gelten u. a. Geschlecht, niedriger sozioökonomischer Status und geringeres Bildungsniveau (Hawton et al. 2012).

Erkrankungshäufigkeit und -verteilung

Menschen mit ungünstigerem sozioökonomischem Status (SES; Englisch. socio-economic status) sind – statistisch gesehen – auch häufiger von bestimmten Krankheiten und Behinderungen betroffen. Dieser Zusammenhang ist linear, international beobachtbar und relativ stabil bzw. steigend (Richter/Hurrelmann 2006a).

Vorläufige Ergebnisse einer deutschen Kohortenstudie zeigen einen direkten Zusammenhang zwischen der sozialen Herkunft und der Krankheitshäufigkeit (speziell von Herz-Kreislauf-Risiken und -Erkrankungen) im Erwachsenenalter (Dragano/Siegrist 2009).

Das Risiko an einer chronischen Krankheit oder chronischen Schmerzen zu leiden und das Auftreten gesundheitlicher Probleme sind bei armutsbetroffenen Personen höher. Es wurde gezeigt (Dorner et al. 2011), dass Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status (SES), unabhängig von Alter, Geschlecht, Krankheitslast und dem schmerzenden Körperteil (Kopf, Nacken, Kreuz, Schultern usw.) eine größere Beeinträchtigung verspüren als Personen mit einem höheren SES. Personen, deren höchste abgeschlossene Schulbildung ein Pflichtschulabschluss ist, geben viermal häufiger starke Beeinträchtigungen durch Behinderungen oder gesundheitliche Probleme an als Personen mit abgeschlossener Lehre oder mittlerem Schulabschluss.

Ein eindeutiger Zusammenhang von sozioökonomischem Status und Erkrankungsrisiko besteht bei der Diabetesprävalenz. So haben Migrantinnen ein um das 3,4-fach höhere Risiko an Diabetes zu erkranken als Österreicherinnen bzw. haben Frauen mit Pflichtschulabschluss im Vergleich zu Frauen mit höherer Schulbildung ein beinahe 3-fach höheres Risiko dafür (Klimont et al. 2008).

Es gibt nur wenig gesicherte Daten zum Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status einer Person und Krebs, aber internationale Studien z. B. (Mackenbach et al. 2004) – teilweise unter Einbeziehung Österreichs – zeigen die Auswirkung des Bildungsniveaus auf die Morbidität. So sind die meisten Krebserkrankungen bei statusniedrigeren Personen häufiger als bei Personen aus höheren Schichten, wobei der Schichtgradient bei Männern stärker ausgeprägt ist. Während Männer mit höherer Bildung signifikant weniger häufig an Lungenkrebs erkranken, konnte kein derartiger Zusammenhang bei Prostatakrebs festgestellt werden.

Obwohl die Erkrankungshäufigkeit von Zahnkaries bei Kindern und Jugendlichen, dem Trend in industrialisierten Ländern folgend, auch in Österreich zurückgeht, hat eine Zahnstatusuntersuchung der Gesundheit Österreich bei 6-Jährigen im Jahr 2006 gezeigt, dass Kinder mit Migrationshintergrund deutlich schlechtere Zähne haben als Alterskolleginnen und -kollegen ohne Migrationshintergrund (z. B. Anteil der kariesfreien 6-Jährigen mit Migrationshintergrund: 29 %, Österreicher/innen: 52 %). Mädchen und Buben aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status (z. B. niedriges Bildungsniveau der Eltern) sowie jene mit Migrationshintergrund sind besonders häufig von Karies und kariösen Läsionen betroffen (Bodenwinkler et al. 2007).

Umstände wie Armut, Arbeitslosigkeit, drohender Arbeitsplatzverlust, schlechte Wohnverhältnisse oder soziale Ausgrenzung (Diskrimination, Rassismus) können die physische und besonders die psychische Gesundheit (Auftreten von Depressionen, Erfahren von Unsicherheit, Angstgefühlen, Schlafstörungen, Konzentrations- und Leistungsstörungen) negativ beeinflussen (WHO 2012c). So sind arbeitslose Menschen deutlich häufiger von Beschwerden und Krankheiten betroffen als Erwerbstätige.

Daten zeigen eine Zunahme von Beschwerden – sowohl körperlicher, seelischer als

auch funktionaler – mit zunehmender beruflicher Unsicherheit. Abgestuft nach „sicher beschäftigt“, „prekär beschäftigt“, „arbeitslos“ und „langzeitarbeitslos“ steigen die Beeinträchtigungen stetig an. Im Besonderen wird das psychische Wohlbefinden von langzeitarbeitslosen Menschen – sowohl bei Männern als auch Frauen – deutlich schlechter eingeschätzt, als von sicher beschäftigten Menschen. Auch für Österreich zeigen Berechnungen des WIFO einen Zusammenhang der Einschätzung des Gesundheitszustandes mit dem Erwerbsstatus. So gibt mehr als die Hälfte aller arbeitslosen Frauen (51,9 %) an, ein chronisches Gesundheitsproblem zu haben. Unter arbeitslosen Männern leiden rund 35 Prozent an einer chronischen Krankheit (Biffi 2005; Biffi et al. 2012).

Auch internationale Studien bestätigen diese Erkenntnisse und berichten von Zusammenhängen zwischen Armut, Bildung oder Sozialstatus und der Neuerkrankung sowie Chronifizierung psychischer Störungen (Mauz et al. 2009). Personen mit einem geringeren sozialen Status erkranken tendenziell häufiger, es kann aber auch umgekehrt sein, dass psychische Belastungen, besonders wenn diese chronifiziert sind, zu Arbeitslosigkeit und Armut führen.

Laut Ergebnissen der HBSC-Studie berichten Schülerinnen und Schüler auf geringem Wohlstandsniveau (Familienwohlstand) häufiger von zweimal wöchentlich oder öfter auftretenden körperlichen oder psychischen Beschwerden bzw. etwas häufiger von chronischen Erkrankungen (Currie et al. 2012).

Die Anzahl der Krankenstände aufgrund psychiatrischer Diagnosen hat sich zwischen den Jahren 1996 und 2009 verdoppelt, der Anteil an durch psychische Erkrankungen verursachten Krankenstandsfällen belief sich 2008 auf 1,9 Prozent aller Fälle, ihnen war jedoch ein Anteil von 6,3 Prozent aller Krankenstandstage zuzurechnen (Biffi et al. 2012).⁶³ Mehrheitlich (56 %) betreffen die Krankenstände aufgrund psychischer Diagnosen Personen mittleren Alters (31- bis 50-Jährige). Bei Arbeitslosen ist der Anteil der Krankenstände aufgrund psychischer Diagnosen besonders hoch (SGKK/HVB 2011). Die Anzahl der Meldungen könnte wegen Angst vor potenzieller Stigmatisierung/Diskriminierung die tatsächlichen Krankheitsfälle unterrepräsentieren.

Lebensstil (Gesundheits- und Risikoverhalten)

Der kulturell-verhaltensbezogene Erklärungsansatz geht davon aus, dass Menschen mit ähnlichem sozioökonomischem Status auch eine ähnliche „Kultur“ teilen und mehr zu Risikoverhalten tendieren (z. B. höherer Tabak- und Alkoholkonsum, ungesündere

63

Siehe auch Gudrun Biffi et al. (2012): Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen. Donau-Universität Krems, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.

Ernährung, weniger Bewegung etc.) (Pochobradsky et al. 2001; Richter/Hurrelmann 2006b).

Ergebnisse der HBSC-Studie belegen Zusammenhänge zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten österreichischer Schülerinnen und Schüler: Kinder und Jugendliche (mit 11, 13, 15 und 17 Jahren) auf geringerem und/oder mittlerem Wohlstandsniveau (Familienwohlstand) konsumieren seltener Obst und Gemüse, aber mehr Limonaden, verbringen mehr Zeit mit elektronischen Geräten (Handy, Computer, Spielkonsolen, Fernseher etc.), putzen sich seltener die Zähne, rauchen aber häufiger (täglich) und nehmen häufiger Medikamente und sind häufiger in Raufereien verwickelt und häufiger Opfer von Bullying-Attacken. Gemäß derselben Studie zeigen speziell männliche Jugendliche mit Migrationshintergrund ein vergleichsweise ausgeprägtes Risikoverhalten in den Bereichen Rauchen und Ernährung (sowie generelles Risikoverhalten im Straßenverkehr) (Currie et al. 2012).

In der Vergangenheit wurden in Österreich bei der Anzahl der täglichen Raucherinnen und Raucher, insbesondere bei jungen Mädchen mit niedriger Schulbildung, Anstiege verzeichnet. Generell ist die Prävalenz des Risikofaktors Rauchen bei Arbeitern/ Arbeiterinnen und Arbeitslosen am stärksten ausgeprägt (Klimont et al. 2008; Schleicher/Hlava 2003).

Arbeitslose zeigen im Vergleich zu Erwerbstätigen weniger gesundheitsbewusstes bzw. risikoreicheres Verhalten als Erwerbstätige (weniger Bewegung, Substanzkonsum). So ist die Quote substanzkonsumierender Personen (Tabak, Alkohol und Medikamente) bei arbeitslosen Menschen höher sowie das Bewegungs- und Ernährungsverhalten ungünstiger. Darüber hinaus erfahren Arbeitslose häufig psychosozialen Stress durch Verlust des an den Arbeitsplatz geknüpften Prestiges (RKI 2012).

Geringes psychisches Wohlbefinden kann mit einem erhöhten Risikoverhalten (Rauchen, ungesunde Ernährung, Alkohol- und Drogenmissbrauch) einhergehen. Psychische Erkrankungen belasten häufig die soziale Situation der/des Betroffenen (Familie und Freunde) und führen zu einer geringeren Teilhabe am sozialen Leben. Das Auftreten mehrerer Belastungsfaktoren (wie z. B. Armut und Krankheit) wirkt verstärkend. Auf der Ebene des Individuums können zusätzlich zu den vorher genannten Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit auch Alter, Geschlecht, Persönlichkeit sowie Resilienz eine Rolle spielen (WHO 2012c).

Für weitere Informationen zu Lebensstil-Indikatoren im europäischen Vergleich siehe auch Punkt 3.3.2.

4.3 Schlussfolgerungen

Im Schwerpunktkapitel wurden Daten des Gesundheitsversorgungssystems aus internationalen und nationalen Datenquellen in Bezug zu sozioökonomischen Gesundheitsdeterminanten (vorrangig Einkommen und Bildung) gesetzt. Literatursuche und Datenrecherche zeigen, dass wenige internationale Datenbanken (z. B. OECD) Daten nach sozialen Gesundheitsdeterminanten untergliedern. Die Datenbanken basieren auf nationalen Datenmeldungen. In Österreich und zahlreichen anderen Ländern werden Gesundheitsdaten selten mit sozioökonomischen Determinanten verknüpft. Im internationalen Vergleich sind daher teilweise nur zusammenfassende Schlussfolgerungen möglich, häufig auch auf internationalen Studien beruhend. Es wäre anzustreben, dass die relevanten öffentlichen Institutionen in diesem Bereich künftig koordinierte und systematische Analysen bzw. Erhebungen anstellen. Hier sind unter Wahrung des Datenschutzes verstärkte Anstrengungen nötig.

Die vorliegende Untersuchung bestätigt den klaren Zusammenhang zwischen Armut bzw. sozialer Benachteiligung und Gesundheitszustand.

Österreich verzeichnet im internationalen Vergleich eine hohe Gesundheitsausgabenquote und hält viele Ressourcen (Betten, Ärztinnen und Ärzte) vor. Die Gesundheitsausgaben werden mehrheitlich öffentlich finanziert, die Rolle der privaten Krankenversicherung ist aufgrund der bestehenden Pflichtversicherung gering. Durch die angebotenen Leistungen ist eine Versorgung innerhalb einer angemessenen Zeitspanne gewährleistet. Unterschiede nach Einkommen und Bildung zeigen sich beim Zugang zum Gesundheitssystem (Versicherungsschutz, subjektiv eingeschätzte Zugänglichkeit des Gesundheitssystems (unerfüllter medizinischer Behandlungsbedarf), Gesundheitskompetenz sowie bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (z. B. ärztliche Hilfe, präventive Leistungen). Österreich hat eine im europäischen Vergleich sehr umfassende und grundsätzlich niederschwellige Gesundheitsversorgung, dennoch sind einige Personen nicht von der sozialen Krankenversicherung erfasst oder sind bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen mit Barrieren konfrontiert. Der Versichertenkreis der sozialen Krankenversicherung wurde in der Vergangenheit ständig erweitert und der Versicherungsschutz auch an gesellschaftliche und soziale Entwicklungen angepasst. So wurde im Jahr 2010 für Sozialhilfeempfänger/innen über die bedarfsorientierte Mindestsicherung ein gerechter Zugang zu sozialen Krankenversicherungsleistungen ermöglicht. Befreiung von einigen Selbstbehalten wie der Rezeptgebühr reduzieren zudem die finanziellen Belastungen für den/die Einzelne/n und fördern gesundheitliche Chancengerechtigkeit weiterhin.

Mit zunehmendem Einkommen und Bildungsgrad wird der Gesundheitszustand selbst positiver eingeschätzt. Männer beurteilen ihren Gesundheitszustand grundsätzlich positiver als Frauen. Arbeitslosigkeit, Armut(sgefährdung) und Migrationshintergrund

gehen häufig mit einem schlechteren Gesundheitszustand einher. Diese Ergebnisse werden in der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) bestätigt (Klimont et al. 2008).

Generell kann festgestellt werden, dass ein niedriger sozialer Status (v. a. ein niedrigeres Bildungsniveau) die Lebenserwartung reduziert. Die Ursachen hierfür sind komplex und Gegenstand vieler Studien. In der Kindheit erlittene Belastungen können sich auf das weitere Leben und die Gesundheit im Erwachsenenalter negativ auswirken. Internationale Studien belegen darüber hinaus den Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und Krankheitshäufigkeit. Die Wahrscheinlichkeit, chronisch krank zu sein, unter chronischen Schmerzen zu leiden oder generell gesundheitliche Probleme oder Belastungen zu erfahren, ist bei armutsbetroffenen Personen höher. Diese Ergebnisse sind auch auf Österreich übertragbar, bei zentralen Datengrundlagen (z. B. Todesursachenstatistik) fehlt jedoch noch eine – routinemäßige – Verknüpfung mit sozioökonomischen Determinanten. Bei punktuellen Untersuchungen hat sich Bildung als der aussagekräftigere Indikator, z. B. im Vergleich zum Einkommen erwiesen.

Soziale Indikatoren wie der Bildungsstand oder das Einkommen wirken sich ebenfalls auf das Gesundheits- und Risikoverhalten (Lebensstil) aus. Geringes und/oder mittleres Familieneinkommen geht laut Ergebnissen der HBSC-Studie (2012) mit einem ungünstigeren Gesundheitsverhalten bzw. einem größeren Risikoverhalten einher. Arbeitslose zeigen im Vergleich zu Erwerbstätigen häufig ein weniger gesundheitsbewusstes bzw. risikoreicheres Verhalten. Auch kann reduziertes psychisches Wohlbefinden, das u. a. auch auf das Auftreten mehrerer Belastungsfaktoren (z. B. Armut, Krankheit) zurückgeführt werden kann, mit einem erhöhten Risikoverhalten einhergehen.

Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Chancengerechtigkeit sind in Österreich, dem internationalen Trend folgend, zunehmend wichtige Themen der Gesundheitspolitik. Prominent niedergeschlagen haben sie sich in der Definition von Rahmen-Gesundheitszielen und in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (Habl et al. 2013).

Herausforderung der nächsten Jahre ist, dass sich dies auch in konkreten Taten niederschlägt. Maßnahmen sollen so früh wie möglich ansetzen. Das Kindesalter bietet die Chance, lebenslange Gesundheit zu stärken, wenn es gelingt, optimale Rahmenbedingungen für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen zu schaffen (Haas et al. 2012).

Wichtig 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. Maßnahmen im Gesundheitssektor allein sind nicht ausreichend.

5 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 2010) als auch für die Werte aus dem Jahr 2000, um die Entwicklung im Zeitablauf sichtbar zu machen. Zudem werden in der Grafik zu jeder Dimension die Maximal- und Minimalabweichungen der EU-15-Länder hinterlegt, um die Position Österreichs bzw. die Spannweite der Indikatorausprägungen darzustellen. Die absoluten Werte für die Jahre 2010 und 2000 (bzw. letztverfügbares Jahr) werden zudem unterhalb der Grafiken als Tabelle angezeigt.

Die Ergebnisse zu den einzelnen Indikatoren werden konzise 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.

5.1 Analyse: Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz

Abbildung 5.1 stellt die österreichischen Indikatorenwerte zur Dimension Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz jenen des EU-15-Durchschnitts gegenüber und zeigt die Entwicklung zwischen den Jahren 2000 und 2010 bzw. der jeweils letztverfügbaren Jahre. Mit Ausnahme der Pflegepersonaldichte weist Österreich bei den eingesetzten Ressourcen („Inputs“) wie Gesundheitsausgaben, Personal und Strukturen (Akutbetten, Großgeräte) überdurchschnittliche Werte auf, wobei bei allen analysierten Parametern bis auf die praktizierenden Ärzte/Ärztinnen je 1.000 Einwohner/innen und das Pflegepersonal je 1.000 Einwohner/innen über den Zeitverlauf eine Konvergenz zum EU-15-Durchschnitt festgestellt werden kann.

Wie viel wird für das Gesundheitssystem ausgegeben?

Die Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP liegen in Österreich mit knapp 11 Prozent über dem EU-15-Durchschnitt von 10,2 Prozent und deutlich über der durchschnittlichen Ausgabenquote aller EU-Länder (9,5 %). In den vergangenen Jahren lag Österreich stets über dem Mittel der EU-15-Länder, im Zeitverlauf kam es jedoch zu einer Annäherung an den EU-15-Durchschnitt. So betrug das durchschnittliche reale Wachstum der Gesundheitsausgaben pro Kopf im Jahr 2000 bis zum Jahr 2010 2,0 Prozent, während das Wachstum des EU-15-Durchschnitts mit 2,9 Prozent entsprechend höher ausfiel.

Die absoluten Gesundheitsausgaben pro Kopf in Österreich (3.766 €) sind im Vergleich zum Durchschnitt der EU-15-Länder (3.201 €) verhältnismäßig hoch, die höchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf in der EU gab es im Jahr 2010 in Dänemark mit 4.721 Euro. Rund drei Viertel (76,4 %) 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 2010 am EU-15-Durchschnitt. Jährlich stiegen die Gesundheitsausgaben für ambulante Versorgung zwischen den Jahren 2000 und 2010 mit durchschnittlich 3,2 Prozent im Vergleich zum EU-Durchschnitt (4,2 %) verhältnismäßig moderat.

Österreich wendet im europäischen Länder-Vergleich der laufenden Gesundheitsausgaben für den stationären Sektor den höchsten Anteil auf. Betrachtet man die absoluten Ausgaben pro Kopf, so gibt Frankreich mit 1.293 Euro eine höhere Summe für die stationäre Versorgung aus als Österreich mit 1.258 Euro. Obgleich hohe Ausgaben für den stationären Bereich bei entsprechender Versorgungswirksamkeit ein ver-

gleichsweise niedriges Ausgabenniveau im ambulanten Sektor zur Folge haben können, 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 4,84 Geräten je 1.000 Einwohner/innen über dem EU-15-Durchschnitt (3,80 Geräten) und zählt damit zu den höchsten in den EU-15-Ländern. Im Zeitraum 2000 bis 2011 lässt sich jedoch eine deutliche Annäherung Österreichs an den EU-15-Durchschnitt beobachten.

Österreich weist im europäischen Vergleich mit 4,8 praktizierenden Ärzten/Ärztinnen (niedergelassener und stationärer Bereich) je 1.000 Einwohner/innen eine hohe Ärztedichte auf und nimmt nach Griechenland mit 6,1 Ärzten/Ärztinnen je 1.000 Einwohner/innen den zweiten Rang ein.⁶⁴ Zwischen den Jahren 2000 und 2010 nahm die Ärztedichte im EU-15-Durchschnitt langsamer 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 2000 bis 2010 näherte sich Österreich hinsichtlich Akutbettendichte leicht dem EU-15-Durchschnitt an, wobei letzterer seit dem Jahr 2000 relativ konstant bei rund 330 Akutbetten je 100.000 Einwohner/innen liegt, während Österreich durch die Reduktion von 617 Akutbetten (2000) auf 549 Akutbetten je 100.000 Einwohner/innen (2010) zumindest in den Grundzügen vorsichtig eine Strukturanpassung einleiten konnte.

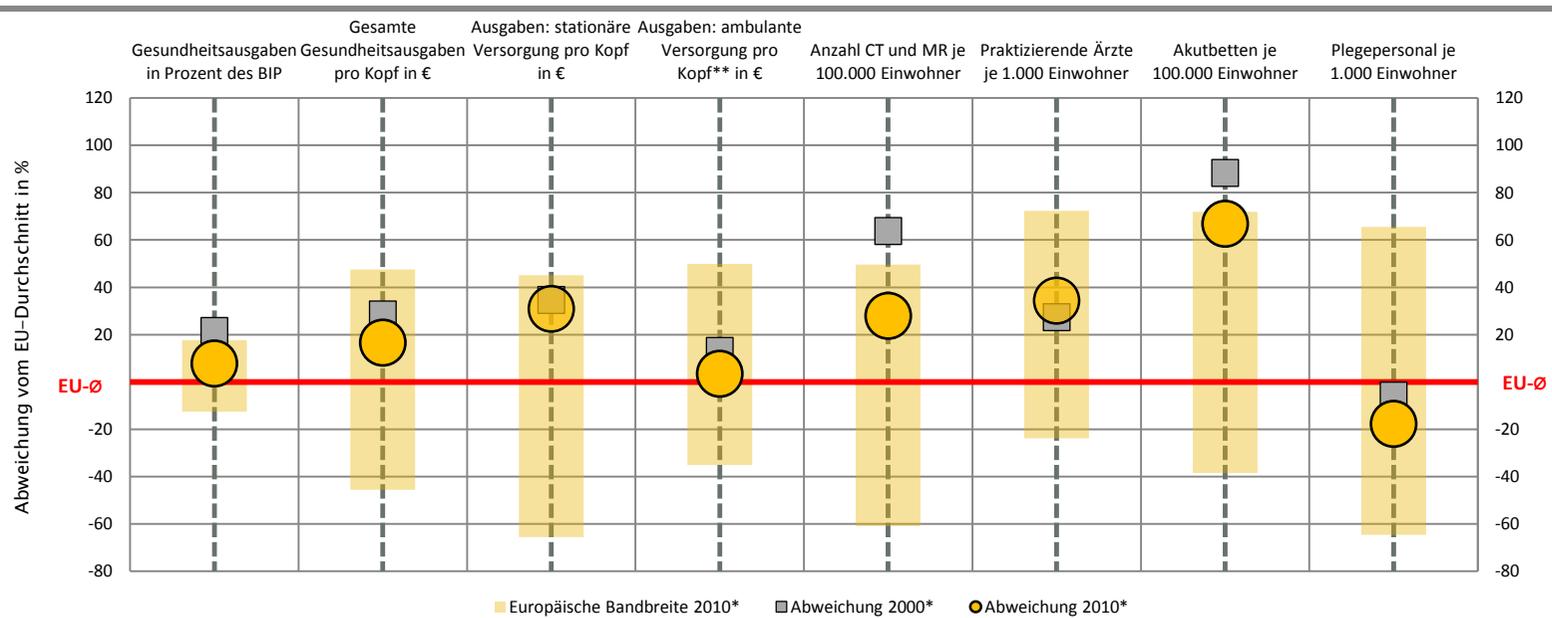
Beim beschäftigten Pflegepersonal je 100.000 Einwohner/innen liegt Österreich nach wie vor unter dem EU-15-Durchschnitt. Die Steigerungsraten waren im Vergleich mit den Wachstumsraten in den EU-15-Ländern moderat.

64

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

Abbildung 5.1:

Übersicht: Gesundheitsausgaben und Ressourceneinsatz – Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt, 2000* und 2010*



	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2011	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Österreich	10,02	10,98	2.608	3.766	867	1.258	634	882	3,71	4,84	3,85	4,78	617	549	7,20	7,67
EU-15	8,25	10,19	2.030	3.201	644	987	561	825	2,26	3,80	3,02	3,56	328	329	7,64	9,33

* Oder jüngstes verfügbares Jahr

** Inklusive Ausgaben für Zahnbehandlungen

Der gelbe Kreis wie auch das graue Quadrat zeigen die Abweichungen Österreichs vom EU-15 Durchschnitt in den Jahren 2010 bzw. 2000. Der orange Balken im Hintergrund veranschaulicht die Streuung der jeweiligen Ausprägungen in den Mitgliedstaaten der EU.

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 Ausgaben für Gesundheit sind in Österreich im EU-Vergleich nach wie vor überdurchschnittlich; das Ausgabenwachstum seit 2000 ist im Vergleich zu den anderen Ländern jedoch relativ gering, was auf verhältnismäßig hohe Ausgabensteigerungen in den 1990er Jahren in Österreich und damit ein hohes Ausgangsniveau für den Betrachtungszeitraum 2000 bis 2010 zurückgeführt werden kann. Zudem 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 (vgl. auch Abbildung 5.1) (Europäische Kommission 2012). Österreich verzeichnete für das Jahr 2010 ein reales Wachstum der Gesundheitsausgaben von 0,1 Prozentpunkten; im Zusammenhang mit der im Jahr 2012 vereinbarten Gesundheitsreform zur Zielsteuerung-Gesundheit wurde zudem für die Zeitperiode bis 2016 eine schrittweise Annäherung des nominellen Wachstums der Gesundheitsausgaben an das Wachstum des Bruttoinlandsproduktes (Mittelfristprognose) fixiert, sodass davon auszugehen ist, dass das Niveau der öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in Österreich in Relation zum Bruttoinlandsprodukt mittelfristig stabilisiert werden kann.
- » Österreich hält bei den Großgeräten, den praktizierenden Ärztinnen und Ärzten sowie den Krankenhausbetten nach wie vor überdurchschnittliche Kapazitäten vor (Gönenç et al. 2011; OECD 2011a). In den vergangenen zehn Jahren nahm die Anzahl der Großgeräte sowie die Anzahl praktizierender Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohner/innen kontinuierlich zu, während die Bettenanzahl reduziert werden konnte. In Hinblick auf den EU-15-Durchschnitt ist festzustellen, dass es insbesondere bei der Großgerätedichte europaweit zu einer Annäherung an das österreichische Niveau gekommen ist und somit andere europäische Staaten in der technologischen Ressourcendichte nachgezogen haben, während Österreich gerade im Bereich der Akutbetten je 100.000 Einwohner/innen nach wie vor im europäischen Spitzenfeld liegt und hier auch keine europäische Konvergenzbewegung im Sinne eines Ausbaus der Bettenkapazitäten in anderen Ländern zu verzeichnen ist. Dies kann als Hinweis für noch vorzunehmende Anpassungen in der stationären Struktur gewertet werden (s. auch unten).
- » In Hinblick auf die – ebenfalls vergleichsweise hohe – Ärztedichte (vgl. Abbildung 3.8:) ist zudem 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.

spezialisierte Pflegekräfte 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. Generell ist in Bezug auf die personelle Ressourcenausstattung festzustellen, dass sich eine österreichische Entwicklung gegenläufig zum EU-15-Trend abzeichnet: so stieg die Anzahl der Ärzte/Ärztinnen ausgehend von einem hohen Niveau im Jahr 2000 bis zum Jahr 2010 stärker als der europäische Durchschnittswert (Gönenç et al. 2011), während die Zahl der Pflegepersonen ausgehend von einem unterdurchschnittlichen Niveau weniger stark als der EU-15-Durchschnittswert angewachsen ist. Gesundheitsökonomisch deutet dieser Umstand auf einen intensiven Einsatz an hochqualifizierten Berufsgruppen und auf Effizienzpotenziale im Personaleinsatz hin. So liegt von den betrachteten Input-Indikatoren einzig die Pflegepersonaldichte unter dem EU-15-Durchschnitt. Dies kann auf den starken Fokus ärztlicher Leistungserbringung zurückgeführt werden und weist das österreichische Gesundheitssystem als ein vergleichsweise ressourcenintensiv aus.

- » Österreich hält im Europa-Vergleich eine hohe Dichte an medizinisch-technischen Großgeräten (insbesondere CT- und MR-Geräte) vor. 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) – auch Überkapazitäten auf Grund paralleler Versorgungsstrukturen (ambulant und stationär) und mangelnder Kooperation zwischen den Sektoren zu bestehen. Kritiker sehen in diesem Kontext eine partielle Überversorgung auf Grund angebotsinduzierter Leistungserbringung sowie regionale Ungleichgewichte.
- » 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. Strukturelle Anpassungen werden u. a. durch die zersplitterten Kompetenzen im gesamten Gesundheitswesen und die oftmals strikten Grenzen zwischen intra- und extramuralem Sektor erschwert. Auch behindern Standortgarantien nachhaltige Änderungen der Versorgungsstrukturen (Rechnungshof/IHS/WIFO 2010). Als Maßnahme gegen negative Struktureffekte auf Grund der zersplitterten Kompetenzlage soll die 2012 im Rahmen der Gesundheitsreform vereinbarte Zielsteuerung-Gesundheit eine gemeinsame und sektorenübergreifende Steuerung, Planung und Organisation ermöglichen. Auf Grundlage der bestehenden Kompetenzlage werden hier Zielsteuerungsverträge durch die Systempartner Bund, Länder und SV geschlossen, die eine entsprechend abgestimmte Leistungserbringung am „Best Point of Service“ sicherstellen soll. Als „Best Point of Service“ wird eine Ausgestaltung der kurativen Versorgung verstanden, in der die Leistung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort sowie bei optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erbracht wird.

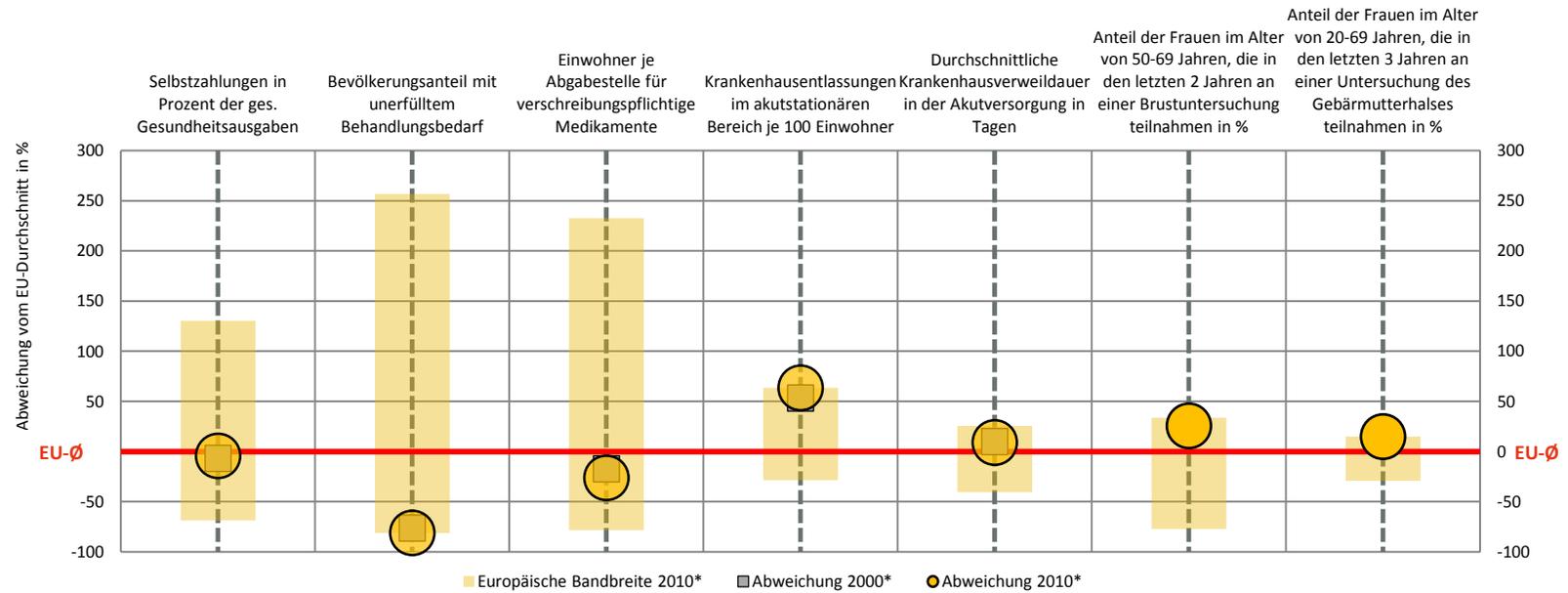
5.2 Analyse: Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme

Nachstehende Abbildung 5.2 fasst die Indikatoren der Dimension Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme zusammen und zeigt die Abweichungen der entsprechenden Werte vom EU-15-Durchschnitt für die Jahre 2000 und 2010 respektive für die jüngsten verfügbaren Jahre.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass es bei den hier beobachteten Indikatoren im europäischen Kontext viel höhere Spannweiten (Minimal- und Maximalabweichung) gibt und Österreich mit Ausnahme der Parameter der stationären Versorgung (Krankenhaustäufigkeit und Krankenhausverweildauer) in den wesentlichen Indikatoren zufriedenstellende Ergebnisse aufweist.

Abbildung 5.2:

Übersicht: Gerechtigkeit, Zugang, Inanspruchnahme – Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt, 2000* und 2010*



	2000	2010	2004	2011	2000	2009	2000	2010	2000	2010	2000	2009	2000	2009
Österreich	15,31	15,94	0,60	0,40	3823	3732	24,36	26,10	7,60	6,60	n.a.	80,2	n.a.	81,60
EU-15	16,45	16,67	2,55	2,13	4626	5065	15,89	15,61	6,92	6,05	n.a.	57,0	n.a.	71,08

* Oder jüngstes verfügbares Jahr

Der gelbe Kreis wie auch das graue Quadrat zeigen die Abweichungen Österreichs vom EU-15 Durchschnitt in den Jahren 2010 bzw. 2000. Der orange Balken im Hintergrund veranschaulicht die Streuung der jeweiligen Ausprägungen in den Mitgliedstaaten der EU.

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 2010 mit rund 16 Prozent knapp unter dem EU-15-Durchschnitt (16,7 %). Im Zeitverlauf (2000–2010) veränderte sich dabei der österreichische Wert von 15,3 auf 16 Prozent und der EU-15-Durchschnitt von 16,5 auf 16,7 Prozent; es ist demnach eine leichte Annäherung an das europäische – höhere – Niveau des Anteils an Selbstzahlungen zu verzeichnen.

Österreich weist im Vergleich mit den EU-15-Ländern den niedrigsten Anteil an Personen auf, die einen unerfüllten Behandlungsbedarf (aufgrund Entfernung, Leistbarkeit oder Wartezeiten) äußern. Dies trifft sowohl auf Personen mit niedrigem Einkommen (unteres Einkommensfünftel) als auch mit hohem Einkommen (oberes Einkommensfünftel) zu, wobei der EU-15-Durchschnitt besonders durch verhältnismäßig hohe Werte in Griechenland, Italien und Finnland beeinflusst wird und entsprechend vorsichtig zu Vergleichszwecken heranzuziehen ist.

Verschreibungspflichtige Arzneimittel sind in Österreich vergleichsweise einfach zu beziehen. So versorgte eine ambulante Patienten/Patientinnen servicerende Arzneimittelabgabestelle (Apotheken, Filialapotheken, Krankenhausapotheken oder hausapothekenführende Ärzteschaft) im Jahr 2009 durchschnittlich rund 3.750 Einwohner/innen. Der EU-15-Durchschnitt lag im Jahr 2009 bei rund 5.000 zu versorgenden Einwohnerinnen/Einwohnern je Arzneimittelabgabestelle. Österreich konnte im Verhältnis zum EU-15-Durchschnittswert die zu versorgende Einwohnerzahl je Arzneimittelabgabestelle seit dem Jahr 2000 reduzieren.

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 heterogen. Österreich verzeichnete mit 26,1 Krankenhausentlassungen im akutstationären Bereich je 100 Personen mit Abstand die höchste Ausprägung im Jahr 2010 und lag damit um mehr als 60 Prozent über dem EU-15-Durchschnittswert. Während im europäischen Kontext die durchschnittliche Anzahl an Krankenhausentlassungen in den letzten zehn Jahren nahezu konstant geblieben ist, verzeichnete Österreich einen Zuwachs von mehr als einem Aufenthalt je 100 Personen.

Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer in der Akutversorgung liegt in den EU-15-Ländern zwischen 3,6 Tagen in Dänemark und 7,4 Tagen in Luxemburg. Österreich befindet sich mit 6,6 Belagstagen im Mittelfeld, jedoch noch über dem EU-15-Mittel von 6,1 Belagstagen. Seit dem Jahr 2000 ist die durchschnittliche Krankenhaus-

verweildauer in der stationären Akutversorgung im EU-15-Raum deutlich gesunken. Auch in Österreich nahm der Wert zu diesem Parameter im Betrachtungszeitraum kontinuierlich ab.

Zur Inanspruchnahme von Krebs-Screening-Programmen liegen zurzeit nur Werte für das Jahr 2009 vor. Österreich lag beim Brustkrebs-Screening mit durchschnittlich 80 Prozent Inanspruchnahme der befragten Frauen innerhalb von drei Jahren 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 71 Prozent.

Dimension Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme – Diskussion wesentlicher Entwicklungen

Zur Dimension „Gerechtigkeit, Zugang und Inanspruchnahme“ können aus dem EU-Vergleich folgende Feststellungen getroffen werden:

- » 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 für das Jahr 2010 liegt in Österreich leicht unter dem EU-15-Durchschnitt, ist aber seit 2010 etwas stärker als der europäische Durchschnittswert gestiegen. Um gegen soziale Härtefälle auf Grund von Selbstzahlungen vorzubeugen, bestehen diverse krankheits- oder einkommensabhängige Befreiungen von Kostenbeteiligungen, sodass die Zugänglichkeit zum Gesundheitssystem in weiten Bereichen sichergestellt scheint (s. nächster Punkt).
- » Der Anteil an Österreichern/Österreicherinnen mit unbefriedigtem Behandlungsbedarf ist vergleichsweise gering. Im europäischen Vergleich deuten die Daten auf einen sehr ausgewogenen Zugang aller gesellschaftlichen Schichten (gemessen an der Einkommenshöhe) zum Gesundheitssystem hin. In Österreich ist beinahe die gesamte Bevölkerung durch die soziale Krankenversicherung geschützt, womit grundsätzlich ein breiter Zugang zu Gesundheitsleistungen sichergestellt ist. Darüber hinaus weist das österreichische Gesundheitssystem seit der Einführung der e-card im Jahr 2005 kaum Ausnahmen (bestimmte Facharztgruppen, quartalsweise Bindung) in der Regulierung des Zugangs auf, wie dies etwa bei Hausarztmodellen oder Versorgungsnetzwerken etc. der Fall wäre. Die niederschwellige Zugänglichkeit wird dabei häufig im Zusammenhang mit der sehr ausgeprägten Zufriedenheit der österreichischen Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem diskutiert (TNS Opinion & Social 2010), zugleich wird aber – nicht zuletzt auf Grund der rudimentär ausgeprägten Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich sowie wenig etablierter Versorgungsstandards – der undifferenzierte

Zugang in Hinblick auf die Effektivität der erbrachten Leistungen und die Effizienz des Gesamtsystems (Tchouaket et al. 2012) als wenig vorteilhaft erachtet.

- » Generell schafft die überdurchschnittlich hohe Betten-, Ärzte- und Großgeräte-dichte (vgl. vorheriger Abschnitt) die Rahmenbedingungen für einen guten Zugang zum Krankenversorgungssystem; Effizienzfragen der Ressourcenallokation bleiben folglich vielfach ausgeblendet, da leistungsseitig kein Ressourcenwettbewerb stattfindet. Zur Bewertung der tatsächlichen Versorgungswirksamkeit sind jedoch die faktische Auslastung und die regionale Verteilung der Ressourcen zu berücksichtigen.
- » Bei 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 Leistungsangebot. Strukturinnovationen bzw. bedarfsorientierte Anpassungen in der ambulanten Versorgung sollen aber im Rahmen der durch die Gesundheitsreform 2012 vereinbarten Zielsteuerung-Gesundheit mit einer sektorenübergreifenden Planung und Steuerung auf Grundlage zu vereinbarenden Zielvorgaben erleichtert 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 geringer als in Städten (Fischer 2009). Die freie Arztwahl wirkt sich auf Zugänglichkeit und Patientenzufriedenheit positiv aus (s. oben).
- » 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.
- » Österreich weist die höchste Krankenhaushäufigkeit in der EU auf. Dies deutet einerseits auf einen einfachen Zugang zur stationären Versorgung, insbesondere über Spitalsambulanzen, hin (Rechnungshof/IHS/WIFO 2010). Andererseits 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). Zudem deuten

die Häufigkeiten von bestimmten Diagnosen bei stationären Aufnahmen (COPD, Diabetes, Hypertonie) auf eine wenig wirksame extramurale Versorgung hin.⁶⁵

- » Die durchschnittlichen Belagstage in Akutkrankenanstalten liegen in Österreich geringfügig über dem EU-15-Durchschnitt, wobei sich die Werte im untersuchten europäischen Raum sehr heterogen darstellen. Vor dem Hintergrund überdurchschnittlicher Spitalshäufigkeit ist diese Tatsache jedoch zu problematisieren, da eine hohe Spitalshäufigkeit eine niedrigere Verweildauer vermuten ließe (im Rahmen einer hohen Spitalshäufigkeit würden auch jene – leichteren – Fälle stationär behandelt, die anderswo ambulant versorgt werden).
- » Im Zusammenhang mit hoher Krankenhaushäufigkeit deutet die überdurchschnittliche Verweildauer auf beträchtliche stationäre Ressourcenvorhaltung hin, die sich in der überproportionalen Bettendichte manifestiert und sich sowohl steigernd auf die Anzahl stationärer Aufenthalte als auch auf deren Dauer auswirkt (Rechnungshof/IHS/WIFO 2010). Entsprechend dieser Problemanalyse angebotsinduzierter und inadäquater stationärer Aufenthalte sieht die im Rahmen der Gesundheitsreform 2012 beschlossene Zielsteuerung-Gesundheit entsprechende Kapazitätsanpassungen in Akutkrankenanstalten vor. Primär durch den Ausbau eigener tages- und wochenklinischer Einheiten und Kooperationen sowie durch Stärkung der Primärversorgung nach internationalem Vorbild. Damit sollen Hospitalsierungen durch eine effektive Versorgungskette beginnend beim ambulanten Bereich bereits a priori vermieden werden.
- » Die Inanspruchnahme von Krebs-Screeninguntersuchungen ist in Österreich in allen Einkommensschichten vergleichsweise gut entwickelt. Rund 20.000 Österreicher/innen erkranken jährlich an Krebs (OECD 2012a). Bösartige Tumorerkrankungen stellen insgesamt die zweithäufigste Todesursache dar (Abbildung 3.24). 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.

65

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

5.3 Analyse: Gesundheitsbezogenen Leistungsergebnisse (Outcomes)

Nachstehende Abbildungen (Abbildung 5.3 und Abbildung 5.4) fassen die Indikatoren der Dimension gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse zusammen und zeigen die Abweichungen der entsprechenden Werte vom EU-15-Durchschnitt für die Jahre 2000 und 2010 beziehungsweise letztverfügbare Jahre. Es ist festzustellen, dass Österreich in den zentralen gesundheitsbezogenen Parametern dieser Dimension, wie beispielsweise Lebenserwartung, gesunde Lebensjahre oder dem Gesundheitswesen zurechenbare Sterblichkeit, nahe dem EU-15-Durchschnitt liegt sowie beim Parameter Mortalität nach Schlaganfall besser als der EU-15-Durchschnittswert rangiert. Bei den Parametern Mortalität nach Herzinfarkt, Zahngesundheit bei 12-Jährigen sowie Säuglingssterblichkeit schneidet Österreich jedoch etwas schlechter gegenüber dem der EU-15-Durchschnittswert ab, bei der Mortalität auf Grund von Diabetes sogar wesentlich schlechter.

Wie gesund ist die Bevölkerung?

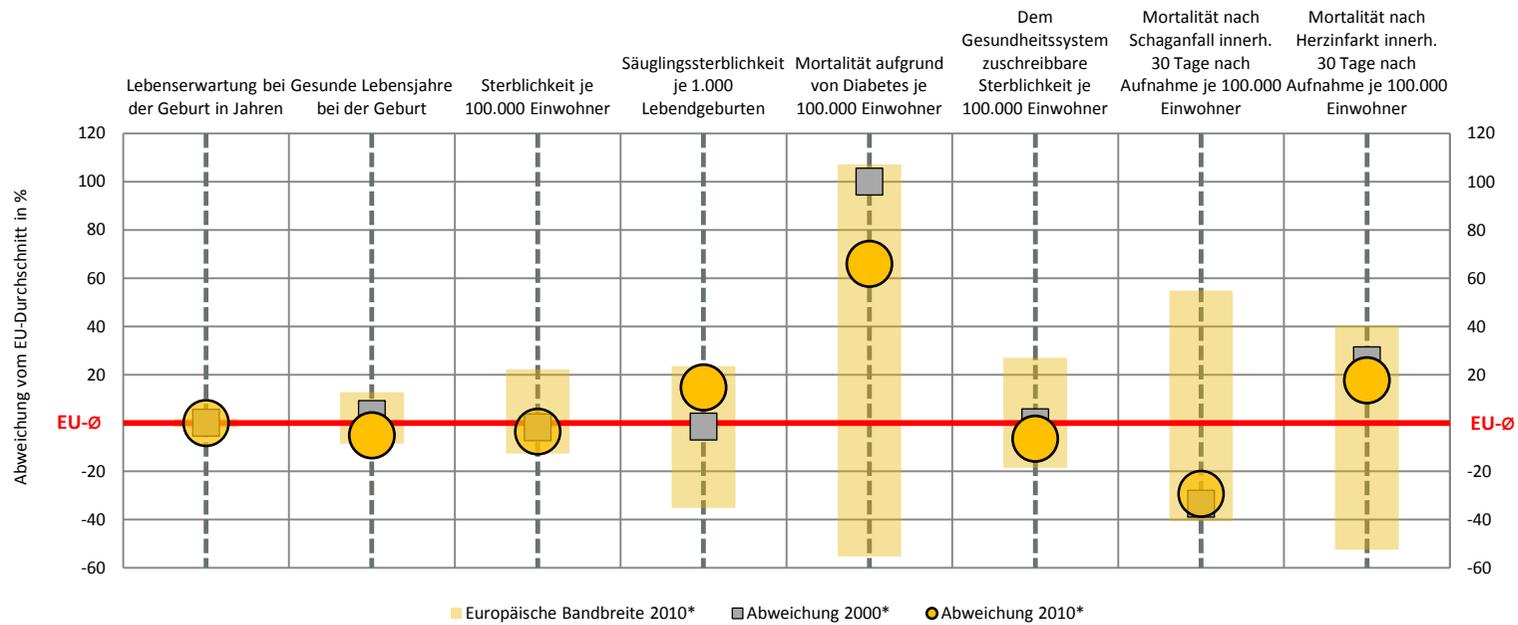
Die Lebenserwartung bei der Geburt ist in den letzten Dekaden in allen europäischen Ländern beachtlich angestiegen. Die Lebenserwartung in Österreich stieg im Zeitraum von 2000 bis 2010 um mehr als zwei Jahre sowohl bei Männern als auch bei Frauen. In Österreich liegt die durchschnittliche Lebenserwartung (arithmetisches Mittel aus Männern und Frauen) im Jahr 2010 mit 80,7 Jahren knapp unter dem EU-15-Durchschnitt von 80,8 Jahren (gem. EUROSTAT-Berechnungsmethode).

Österreich liegt im europäischen Vergleich in Hinblick auf die Anzahl der gesunden Lebensjahre bei der Geburt unter dem EU-15-Durchschnitt. Mit 60,7 Jahren bei Frauen und 59,5 Jahren bei Männern im Jahr 2010 sind dies rund drei Jahre weniger gegenüber dem EU-15-Durchschnittswert.

Österreich weist mit 548 Todesfällen je 100.000 Einwohner/innen eine niedrigere Sterblichkeit als der EU-15-Durchschnitt mit rund 558 Todesfällen je 100.000 Einwohner/innen auf. Den höchsten Wert markiert Dänemark mit 682 Todesfällen, den niedrigsten Spanien mit 487 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 5.3:

Übersicht: Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse – Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt, 2000* und 2010* – Teil 1



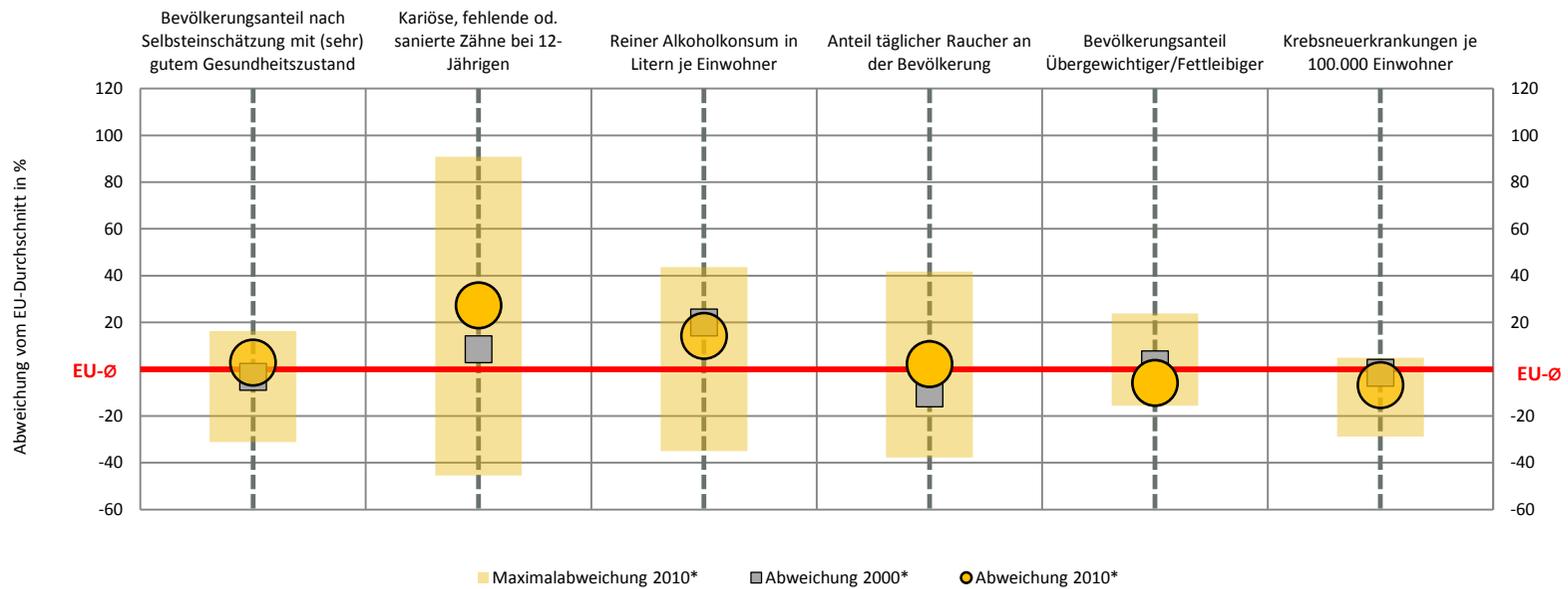
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2005	2010	1997	2010	2000	2010	2000	2010
Österreich	78,20	80,70	66,30	60,10	658,48	547,79	4,80	3,90	27,90	19,70	113,50	63,64	3,90	3,10	11,10	5,70
EU-15	78,12	80,76	63,95	63,35	682,78	557,93	4,87	3,40	13,95	11,87	113,20	68,09	5,86	4,39	8,81	4,84

* Oder jüngstes verfügbares Jahr
 Der gelbe Kreis wie auch das graue Quadrat zeigen die Abweichungen Österreichs vom EU-15 Durchschnitt in den Jahren 2010 bzw. 2000. Der orange Balken im Hintergrund veranschaulicht die Streuung der jeweiligen Ausprägungen in den Mitgliedstaaten der EU.

Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 5.4:

Übersicht: Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse – Abweichung Österreichs vom EU-15-Durchschnitt, 2000* und 2010* – Teil 2



	2004	2011	2000	2011	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2008
Österreich	70,60	68,90	1,70	1,40	13,70	12,20	24,30	23,00	46,10	47,70	250,70	250,60
EU-15	68,68	71,90	1,57	1,10	11,42	10,68	27,11	22,51	45,17	50,68	254,61	269,00

* Oder jüngstes verfügbares Jahr

Der gelbe Kreis wie auch das graue Quadrat zeigen die Abweichungen Österreichs vom EU-15 Durchschnitt in den Jahren 2010 bzw. 2000. Der orange Balken im Hintergrund veranschaulicht die Streuung der jeweiligen Ausprägungen in den Mitgliedstaaten der EU.

Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Säuglingssterblichkeit ist in Europa in den vergangenen Jahrzehnten stark zurückgegangen. Österreich weist mit 3,9 verstorbenen Säuglingen innerhalb des ersten Lebensjahres je 1.000 Lebendgeburten einen über dem EU-15-Durchschnitt (3,4) liegenden Wert auf. Zwischen den Jahren 2000 und 2010 entfernte sich Österreich zudem etwas vom EU-Durchschnitt, obgleich die Entwicklung über den Zeitverlauf auch in Österreich mit einer Reduktion der Säuglingssterblichkeit einherging (4,8 Säuglinge je 1.000 Lebendgeburten im Jahr 2000 und 3,9 im Jahr 2010).

Die Ausprägung des Indikators selbst eingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand nach Einkommen lag in Österreich 2011 über alle Einkommensgruppen hinweg mit 69,1 Prozent der Bevölkerung, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstufen, über dem EU-15-Durchschnitt (66,1 Prozent).

Der DMFT Index zeigt für die untersuchten EU-Mitgliedstaaten ein West-Ost-Gefälle. Hinsichtlich der Anzahl kariöser, fehlender oder sanierter Zähne im bleibenden Gebiss Zwölfjähriger im Jahr 2011 liegt Österreich mit einem Wert von 1,4 Zähnen schlechter als der EU-15-Durchschnittswert von 1,1 Zähnen, jedoch etwas besser als der durchschnittliche Wert aller beobachteten EU-Länder (1,6 Zähne kariöse, fehlende oder sanierte Zähne).⁶⁶

Hinsichtlich des Lebensstils der österreichischen Bevölkerung ist festzustellen, dass sich der Alkoholkonsum (Liter pro Person ab 15 Jahren) in Österreich nach wie vor mit einem Wert von 12,2 Litern pro Person über dem EU-15-Durchschnitt von 10,7 Litern bewegt. Seit dem Jahr 2000 kann eine leichte Annäherung an den EU-15-Durchschnittswert verzeichnet werden, da in Österreich der Alkoholkonsum pro Kopf im Beobachtungszeitraum um 1,5 Liter, im EU-Durchschnitt jedoch nur um 0,7 Liter reduziert werden konnte und sich damit der Abstand zum europäischen Durchschnitt von 2,3 Litern Mehrkonsum auf 1,5 Liter Mehrkonsum verringerte. Der Anteil der rauchenden Bevölkerung (alle Altersgruppen ab 15 Jahren) liegt mit 23,0 Prozent nahe dem EU-15-Mittel von 22,5 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 2000 der Anteil der rauchenden Bevölkerung deutlich unter dem EU-15-Durchschnitt lag (24,3 % vs. 27,1 %); 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

66

Im Jahr 2002 lag der österreichische DMFT Index noch bei 1,0. Die Verschlechterung des Zahnstatus hin zu einem Wert von 1,4 im Jahr 2006 kann teilweise durch einen Erhebungsschwerpunkt auf Kindern mit Migrationshintergrund im Jahr 2007 erklärt werden. Kinder aus sozial benachteiligten Familien weisen tendenziell schlechtere Zahngesundheit auf (Bodenwinkler et al. 2007).

unter dem EU-15-Durchschnittswert von 50,7 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 Sterblichkeit bei Diabetes mellitus streut in Europa erheblich: So zeigt sich, dass im Jahr 2010 in Griechenland 5,3 Personen und in Portugal 24,6 Personen von 100.000 an Diabetes starben. Österreich weist bei diesem Indikator mit 19,7 Sterbefällen je 100.000 Einwohner/innen eine deutlich überdurchschnittliche (EU-15: 11,9 Sterbefälle je 100.000 Einwohner/innen) Sterblichkeit aus. Seit 2005 lässt sich eine leichte Verbesserung der österreichischen Werte im Vergleich zum EU-15-Durchschnittswert ablesen.

Wie hoch ist die Qualität einzustufen?

Die dem Gesundheitssystem zuschreibbare Sterblichkeit sank zwischen 1997 und 2010 in Österreich von 113,5 auf 63,6 Tote je 100.000 Einwohner/innen. Ausgehend von nahezu identischen Werten im Jahr 1997 lag Österreich im Jahr 2010 bei der zuschreibbaren Sterblichkeit unter dem EU-15-Durchschnitt von 68,1 Todesfällen je 100.000 Einwohner/innen.

Die Anzahl an Krebs-Neuerkrankungen blieb seit dem Jahr 2000 in Österreich relativ konstant bei rund 250 Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner/innen. Auch für das letztverfügbare Jahr 2008 lag Österreich damit etwas unter dem EU-15-Durchschnittswert von 269 Krebsneuerkrankungen je 100.000 Einwohner/innen. Die wenigsten Neuerkrankungen wies im Jahr 2008 Griechenland mit 192 je 100.000 Einwohner/innen auf. 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 3,1 Sterbefällen je 100.000 Einwohner/innen deutlich unter dem EU-15-Schnitt von 4,4 Sterbefällen. Die höchste Ausprägung dieses Indikators verzeichnete im Jahr 2010 das Vereinigte Königreich mit einem doppelt so hohen Wert (6,8). Österreich konnte im Zeitverlauf diesen Indikatorenwert von 3,9 (2000) Sterbefällen je 100.000 Einwohner/innen auf 3,1 verbessern und weist damit auch weiterhin eine der niedrigsten Schlaganfall-Mortalitätsraten im europäischen Vergleich auf.

In Österreich ist die Mortalität nach Herzinfarkt innerhalb von 30 Tagen nach stationärer Aufnahme mit einem Wert von 5,7 Sterbefällen je 100.000 Einwohner/innen überdurchschnittlich hoch (EU-15: 4,8). Allerdings ist seit dem Jahr 2000 eine

Verringerung dieses Wertes zu beobachten. Die höchste Sterblichkeit je 100 Personen wies unter den EU-15-Ländern Deutschland mit 6,8 auf, die niedrigste Dänemark mit 2,3 je 100.000 Personen.

Schlussfolgerungen der Dimension gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse

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 2000 bis 2010, womit Österreich bei diesem Indikator nun einen der hinteren Ränge einnimmt (vgl. Abbildung 3.23). Der nach wie vor überdurchschnittliche Alkoholkonsum pro Kopf und das geringe Zurückgehen des Raucheranteils an 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, im Rahmen der Ausgabendämpfung zu erzielende Mittel für den Bereich Prävention zweckgewidmet.
- » 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. Die Entwicklung 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 etwas über dem EU-15-Durchschnittswert, der Abstand hat sich aber im Beobachtungszeitraum verkleinert. Wie in anderen europäischen Ländern, geht auch in Österreich die recht zuversichtliche Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands mit einer hohen Zufriedenheit mit

dem Gesundheitssystem einher (s. oben). Auffällig ist die Abweichung zwischen selbst eingeschätztem Gesundheitszustand (besser als der EU-15-Durchschnitt) und den Ergebnissen zu den Indikatoren Lebenserwartung sowie gesunde Lebensjahre bei der Geburt (geringfügig schlechter bzw. schlechter als der EU-15-Durchschnitt): eine isolierte Betrachtung von Einschätzungsindikatoren scheint folglich für gesundheitspolitische Ableitungen vielfach zu verkürzt und sollte jedenfalls – wie auch in den vorangegangenen Abbildungen – durch entsprechend objektivierbare Indikatoren ergänzt werden.

- » Die dem Gesundheitssystem zuschreibbare Sterblichkeit 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 Säuglingssterblichkeit ist festzustellen, dass Österreich die positive Entwicklung der anderen EU-15-Staaten in den Jahren 2000 bis 2010 nicht im selben Ausmaß vollziehen konnte und von einem gegenüber dem EU-15-Schnitt im Jahr 2000 besseren Wert unter den EU-15-Durchschnitt fiel. Die steigende Anzahl an Frühgeburten wie auch der Zunahme von Mehrlingsgeburten infolge von Fruchtbarkeitsbehandlungen werden dabei als wesentliche Faktoren erachtet (OECD 2009).
- » Mortalität nach Schlaganfall weist im europäischen Vergleich einen niedrigen Wert aus und konnte bereits von einem sehr niedrigen Wert im Jahre 2000 ausgehend nochmals verringert werden. In diesem Zusammenhang ist die nahezu flächendeckende Versorgung mit Stroke Units als wesentliches Merkmal der Strukturqualität anzuführen.
- » Mortalität auf Grund von Diabetes sowie Mortalität nach Herzinfarkt erreichen dagegen im EU-15-Vergleich höhere Werte. Insgesamt deuten beide Indikatoren auf Herausforderungen in der Ausgestaltung der Versorgungskette hin; im Falle von Diabetes kann die koordinierte und übergreifende Versorgung wie beispielsweise im Rahmen von Disease-Management-Programmen zu einer Steigerung sowohl von Prozess- als auch Ergebnisqualität beitragen.
- » Der DMFT Index bei Zwölfjährigen liegt in Österreich – trotz großer Verbesserungen seit den 1990er Jahren – nach wie vor 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 (s. Fußnote 66).

6 Conclusio

Mit dem Systemvergleich 2012 kann das in den beiden vorangegangenen Berichten (Bachner et al. 2012; 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 nach wie vor das österreichische Gesundheitssystem aus. Andererseits rücken – nicht zuletzt im Zuge 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 dysfunktionale Anreize 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-27-Schnitt stark beeinflussen und hier die Konvergenzentwicklung noch nicht abgeschlossen ist. Aus diesem Grund erscheint als Orientierungsrahmen jedenfalls neben dem EU-27-Durchschnitt auch der EU-15-Durchschnitt (EU-Mitgliedstaaten ab Jänner 1995 und April 2004) 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 bleiben aber vielfach ausgeblendet.

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

Als Effekt der beträchtlichen stationären Ressourcenvorhaltung mit einer überproportionalen Dichte an Akutbetten, kann ein Anreiz zur Auslastung bestehender Ressourcen abgeleitet werden. Die vergleichsweise hohe Krankenhaushäufigkeit, aber auch die überdurchschnittlich lange Verweildauer von Patienten/Patientinnen in Spitälern unterstreichen diesen Zusammenhang.

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.

Eine aussagekräftige Performancemessung im ambulanten Bereich ist mangels Diagnosedokumentation nicht durchführbar (Rechnungshof/IHS/WIFO 2010). Im stationären Bereich ist eine Annäherung durch die Ermittlung von Performanceindikatoren auf Grundlage der bestehenden Leistungs- und Diagnosedokumentation möglich, eine flächendeckende, sektorenübergreifende Messung der Ergebnisqualität konnte jedoch noch nicht umgesetzt werden.

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 Wohlstandsniveau.

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 taugliches Werkzeug zur Verfügung, das eine effektive Bewältigung der wesentlichen Herausforderungen der österreichischen Gesundheitspolitik ermöglicht.

Entlang dreier Steuerungsbereiche (Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung) und vereinbarter Finanzziele wurden im Rahmen des Zielsteuerungsprozesses strategische und zugehörige operative Ziele formuliert, die geeignet sind den wesentlichen, im vorliegenden Bericht angesprochenen Herausforderungen begegnen zu können. Diese wurden in einem gemeinsamen Bundes-Zielsteuerungsvertrag – unterzeichnet von Bund, Ländern und Sozialversicherung – festgelegt.

Hinsichtlich der Versorgungsstrukturen sollen Versorgungsaufträge und Rollenverteilungen über alle Versorgungsstufen neu definiert und umgesetzt werden. Allfällige Fehl- oder Überversorgung soll reduziert werden, insbesondere durch die Reduktion der auffällig hohen Krankenhaushäufigkeit. Schließlich hat der Bundes-Zielsteuerungsvertrag auch die Aus- und Fortbildung aller relevanten Berufsgruppen an den Versorgungserfordernissen auszurichten.

Versorgungsprozesse sollen sich sektorenübergreifend am „Best Point of Service“ und nicht zuletzt am Patientenbedarf orientieren. Dies betrifft auch die Versorgung mit Arzneimitteln. Organisationsentwicklung, Kooperation und Kommunikation sollen künftig durch den verstärkten Einsatz von modernen Informations- und Kommunikationstechnologien unterstützt werden (ELGA, Telemedizin, einheitliche, sektorenübergreifende Leistungs- und Diagnose-Dokumentation).

Im Steuerungsbereich Ergebnisorientierung liegt das Hauptaugenmerk auf der Steigerung in guter Gesundheit verbrachter Lebensjahre (gesunde Lebensjahre) sowie auf der Erhöhung der Lebensqualität erkrankter Personen. Behandlungsqualität soll über alle Versorgungsstufen hinweg sichergestellt, routinemäßig gemessen und transparent dargestellt werden. Auch Patientensicherheit und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung sollen neben dem Beibehalten der hohen Zufriedenheitswerte nachhaltig gestärkt werden.

Im Rahmen der Finanzzielsteuerung wurde ein Ausgabendämpfungspfad definiert, der durch eine Koppelung an das Wirtschaftswachstum eine konstante Entwicklung des Anteils der öffentlichen Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt sicherstellen soll. Darüber hinaus wurde das Etablieren eines Systems zur Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung vereinbart. Nach Evaluierung der Anreiz- und Steuerungswirkung bestehender Systeme sollen die jetzigen Finanzierungssysteme hin zu einem sektorenübergreifenden Abrechnungssystem entwickelt werden.

7 Literaturverzeichnis

- Ahrens, Bernd; Freyberger, Harald J. (2002): Mortalität und Suizidalität bei psychischen Störungen. In: Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie. Hg. v. H. Freyberger/W. Schneider/R. Stieglitz. Basel
- Bachner, Florian; Ladurner, Joy; Habimana, Katharina; Ostermann, Herwig; Habl, Claudia (2012): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Ausgabe 2011. Gesundheit Österreich GmbH / ÖBIG
- BASG (2012): Arzneimittel in Österreich. Abgefragt am 20.11.2012
- Bertelsmann Stiftung (2010): Gesundheit lernen: Wohnquartiere als Chance für Kinder. Ein Kooperationsprojekt von Bertelsmann Stiftung, Robert Koch-Institut und empirica AG. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Biffl, Gudrun (2005): The Socio-Economic Background of Health in Austria. In: WIFO Austrian Economic Quarterly 1
- Biffl, Gudrun; Faustmann, Anna; Gabriel, Doris; Leoni, Thomas; Mayrhuber, Christine; Rückert, Eva (2012): Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen. WIFO, Donauuniversität Krems
- BMASK (2010): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2009. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien
- BMASK (2011): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2010. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien
- BMASK (2012): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2011. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien
- BMASK Infoservice (2011): Alten-/Pflegeheime. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Abgefragt am 30.01.2012
- BMG (2011a): Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit
- BMG (2011b): Kindergesundheitsstrategie. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2011c): Kostenstellenstatistik der österreichischen Krankenanstalten des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit, Abgefragt am 28.10.2011

- BMG (2011d): Krankenanstalten in Zahlen. Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten. Österreich 2010. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2012a): Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit
- BMG (2012b): Kostenstellenstatistik der österreichischen Krankenanstalten des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit, Abgefragt am 28.10.2011
- BMG (2012c): Krankenanstaltendokumentation des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit, Abgefragt am 28.10.2011
- BMG (2012d): Liste der selbständigen Ambulatorien in Österreich. SAMBA-Kataster, Stand August 2012. Bundesministerium für Gesundheit, Abgefragt am 30.08.2012
- 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
- Buczolich, G (2012): Zusammenfassung und Analyse des ersten Berichts der OECD zum Projekt „Disability and Work: Challenges for Labour Market Inclusion of People with Mental Illness“. BMASK, unveröffentlichter Bericht, 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
- Dorner, T; Muckenhuber, J ; Stronegger, W; Rásky, E; Gustorff, B; Freidl, W (2011): The impact of socio-economic status on pain and the perception of disability due to pain. In: European Journal of Pain 15, 103–109
- Dragano, Nico; Lampert, Thomas; Siegrist, Johannes (2009): Wie baut sich soziale Ungleichheit im Lebenslauf auf? Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. In: Kinder- und Jugendbericht „Mehr Chancen für gerechtes Aufwachsen“. Hg. v. Sachverständigenkommission. München

- Dragano, Nico; Siegrist, Johannes (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit. In: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Hg. v. M. Richter/K. Hurrelmann. Wiesbaden
- Eisenbach-Stangl, Irmgard; Bernardis, Alexander; Fellöcker, Kurt; Haberhauer-Stidl, Judith; Gabriele, Schmied (2008): Jugendliche Alkoholszenen. Konsumkontexte, Trinkmotive, Prävention. Policy Brief, Europäisches Zentrum Wien
- Elkeles, Thomas; Mielck, Andreas (1993): Soziale und gesundheitliche Ungleichheit, Theoretische Ansätze zur Erklärung von sozioökonomischen Unterschieden in Morbidität und Mortalität. WZB-Papers, Berlin
- Europäische Kommission (2010): Eurobarometer: EU citizens' attitudes towards alcohol.
- Europäische Kommission (2012): Laut einem gemeinsamen Bericht der Kommission und der OECD sind die Gesundheitsausgaben in Europa 2010 zum ersten Mal seit Jahrzehnten gesunken, Brüssel
- EUROSTAT (2012a): Arbeitslosenquote des Euroraums bei 11,7%. In: Pressemitteilung 170
- EUROSTAT (2012b): Armutsgefährdung und soziale Ausgrenzung in der EU27. In: Pressemitteilung 171
- EUROSTAT (2012c): Datenbank der Europäischen Kommission, Bevölkerung und soziale Bedingungen. Europäische Kommission, Abgefragt am 05.12.2012
- EUROSTAT (2012d): Unemployment rate, annual average, by sex and age groups (%). Europäische Kommission, Abgefragt am 4.12.2012
- 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
- Geisberger, Tamara; Knittler, Käthe (2010): Niedriglöhne und atypische Beschäftigung in Österreich. In: Statistische Nachrichten 6
- Gesundheitsportal (2011): Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs [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
- Gönenç, Rauf; Hofmarcher, Maria M.; Wörgötter, Andreas (2011): Reforming Austria's Highly Regarded but Costly Health System. In: OECD Economics Department Working Papers 895
- Grossman, Michael (1972): On the concept of health capital and the demand for health. In: University of Chicago Press 80/2-223-255
- Haas, Sabine; Busch, Martin; Kerschbaum, Johann; Türscherl, Elisabeth; Weigl, Marion; Rupp, B (2012): Health in All Policies am Beispiel der Kinder- und Jugendgesundheit. Ein Überblick über Ein-flussfaktoren auf die Kinder- und Jugendgesundheit und relevante Policies in den Bereichen Bildung und Soziales. Gesundheit Österreich GmbH/FGÖ, Wien
- Habl, Claudia; Bachner, Florian (2010): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Ausgabe 2010. Gesundheit Österreich GmbH/ÖBIG, Wien
- Habl, Claudia; Braunegger-Kallinger, Gudrun; Haas, Sabine; Ladurner, Joy; Renner, Anna; Winkler, Petra (2013): Armut und Gesundheit. In: Handbuch Armut. Hg. v. N. Dimmel. Innsbruck. noch nicht veröffentlicht: Studienverlag
- Hagleitner, Joachim; Sagerschnig, Sophie (2011): Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Berufsgruppen 1991-2010. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Haring, Christian; Sonneck, Gernot; Gollner, Gerhard; Kapusta, Nestor; Stein, Claudius; Watzka, Carlos; Wolf, Josef (2011): SUPRA Suizidprävention Austria. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Hawton, Keith; Saunders, Kate EA; O'Connor, Rory C (2012): Self-harm and suicide in adolescents. In: The Lancet 379/9834-2373-2382
- Hospiz Österreich (2006): Datenerhebung 2005. Dachverband Hospiz Österreich, Wien
- Hospiz Österreich (2012): Datenerhebung 2011. Dachverband Hospiz Österreich, Wien
- Huisman, M; Kunst, Anton (2005): Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. In: Lancet 365-493-500

- HVB / Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2012a):
Aufwendungen für Psychotherapie. E-Mail am 07.12.2012
- HVB / Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2012b):
Aufwendungen für Psychotherapie. E-Mail am 25.4.2012
- HVB (2012c): Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen. Hauptverband der
österreichischen Sozialversicherungsträger
- HVB (2012d): Handbuch der österreichischen Sozialversicherung. Hauptverband der
österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- HVB (2012e): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2012.
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- IMS (2012): Der Pharmazeutische Markt Österreich. Abgefragt am 4.12.2012
- International Diabetes Federation (2011): IDF Diabetes Atlas. 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. 22.03.2011 Wien
- Klimont, Jeanette; Ihle, Petra; Baldazsti, Erika; Kytir, Josef (2008): Sozio-
demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit.
Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung. Bd.
978-3-902611-12-3. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend,
Statistik Austria, Wien
- Klotz, Johannes (2007): Soziale Unterschiede in der Sterblichkeit. In: Statistische
Nachrichten 4, 296-311
- Knittler, Käthe (2011): Intergenerationale Bildungsmobilität. Bildungsstruktur junger
Erwachsener im Alter von 15 bis 34 Jahren im Vergleich mit jeder ihrer Eltern.
In: Statistische Nachrichten 4-252-265
- Kooperationsverbund "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" (2012):
Gemeinsam handeln: Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen – Eckpunkte zum
Vorgehen im kommunalen Rahmen. März 2012. Aufl., Kooperationsverbund
"Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten"

- Kreckel, Reinhard (1992): Politische Soziologie der sozialen Ungleichheit. Campus Verlag, Frankfurt am Main
- Mackenbach, J; Huisman, M; Andersen, O; al., Et (2004): Inequalities in lung cancer mortality by the educational level in 10 European populations. In: European Journal of Cancer 40-126-135
- Mackenbach, Johan (2006): Health Inequalities: Europe in Profile. Erasmus MC – University Medical Center Rotterdam, Rotterdam
- Marmot, Michael; Allen, Jessica; Goldblatt, Peter; Boyce, Tammy; McNeish, Di; Grady, Mike; Geddes, Ilaria (2010): Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review.
- Mauz, E; Müters, S; Jacobi, F (2009): Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. In: Blickpunkt DER MANN 7/2-6-13
- Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Mielck, Andreas (2011): Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. [http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=fb5bdb7682d22a0a089ac181e9e06306&id=angebote&idx=165,](http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=fb5bdb7682d22a0a089ac181e9e06306&id=angebote&idx=165)
- Mueller, Carolina (2009): Kinderarmut aus internationaler wissenschaftlicher Perspektive. In: Armut aus Kinderperspektive Eine interdisziplinäre Annäherung an das Phänomen Kinderarmut. Hg. v. M. Hackl, et al., Wien
- Nolte, Ellen; McKee, Martin (2008): Measuring the Health of Nations. Updating an Earlier Analysis. In: Health Affairs 27/1-58-71
- ÖAK (2012): Apotheke in Zahlen 2012. Österreichische Apothekerkammer, Wien
- ÖÄK (2011): Ärzteliste der österreichischen Ärztekammer. Österreichischen Ärztekammer
- ÖÄK (2012): Ärzteliste der österreichischen Ärztekammer. Österreichischen Ärztekammer
- OECD (2009): Health at a Glance 2009. OECD Indicators. 1. Aufl., OECD Publishing, Paris
- OECD (2011a): Database of the Organisation for Economic Co-operation and Development. Abgefragt am 15.12.2011
- OECD (2011b): Health at a Glance 2011. OECD Indicators. OECD Publishing, Paris

- OECD (2011c): Health at a Glance 2011. OECD Indicators., 1. Aufl., Paris: OECD, Paris
- OECD (2012a): Database of the Organisation for Economic Co-operation and Development. Abgefragt am 05.12.2012
- OECD (2012b): Education at a Glance: OECD Indicators, OECD Publishing.
- OECD (2012c): Health at a Glance: Europe 2012. OECD Publishing.
- Österreichische Nationalbank (2012): Euro-Referenz- und -Wechselkurse. Österreichische Nationalbank, Abgefragt am November 2012
- Pelikan, Jürgen M.; Röthlin, Florian; Ganahl, Kristin (2011): The State of Play of Health Literacy – Main findings of the First Health Literacy Survey in Europe. The European Health Literacy Conference. Museum of Natural Science, Brussels, 22.-23.11.2011
- Pesendorfer, Konrad; Radinger, Regina (2012): Bildung in Zahlen 2010/11 Struktur des österreichischen Bildungswesens. Pressegespräch. Wien, 10.04.2012
- Pharmig (2012): Daten und Fakten 2012. Arzneimittel und Gesundheitswesen in Österreich., Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs, Wien
- PHIS (2012a): Pharma Profile Austria. Unveröffentlicht, Pharmaceuticals Health Information System, Wien
- PHIS (2012b): PHIS database of the Pharmaceutical Health Information System. PHIS Pharmaceutical Health Information System, Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Abgefragt am 22.11.12
- PHIS (2012c): PHIS database of the Pharmaceutical Health Information System Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Abgefragt am 22.11.2012
- Pochobradsky, Elisabeth; Habl, Claudia; Schleicher, Barbara; Hlava, Anton (2001): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH/ÖBIG, Wien
- Power, C; Kuh, D (2008): Die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf. In: Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Hg. v. J. Siegrist/M. Marmot. Bern
- 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, Wien, 31.5.2010, Rechnungshof

- Reif, Martin (2012): Armut macht krank. Soziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit. In: IGP Newsletter 2 2012/2-4-5
- Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (2006a): Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Hg. v. M. Richter/K. Hurrelmann. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 485
- Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (2006b): Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- RKI (2012): Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. GBE kompakt. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 1/2012. Aufl., Robert Koch Institut
- Rosenbrock, Rolf; Kümpers, Susanne (2006): Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Hg. v. M. Richter/K. Hurrelmann. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Sagerschnig, Sophie; Hagleitner, Joachim; Grabenhofer-Eggerth, Alexander (2012): Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Berufsgruppen 1991-2011. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Sassi, Franco (2010): Obesity and the Economics of Prevention. Fit not fat. OECD Publishing
- Schenk, Martin (2004): Armut kann ihre Gesundheit gefährden. Abbau von Ungleichheit – eine „neue“ Herausforderung der Gesundheitspolitik.
- Schenk, Martin (2010): Armut kränkt die psychische Gesundheit. In: pro mente Austria 3-8-9
- Schenk, Martin (2011): Die soziale Schere verletzt uns alle. Lebens-Mittel gegen Armut. In: Raum – Österreichische Zeitschrift für Raumplanung und Regionalpolitik- 22-25
- Schleicher, Barbara; Hlava, Anton (2003): Armutsbetroffene Frauen in Österreich. Gesundheit und Erkrankungsrisiko. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen ÖBIG, Wien
- SGKK; HVB (2011): Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter. Projekt „Psychische Gesundheit“ Abschlussbericht. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger / Salzburger Gebietskrankenkasse, Wien, Salzburg

- Statistik Austria (2005): Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zu EU-SILC 2003. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2011a): Gesundheitsausgaben nach OECD System of Health Accounts. Statistik Austria, Abgefragt am 6.12.2011
- Statistik Austria (2011b): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2011c): Personal in Krankenanstalten 2010 nach Fachrichtungen, Geschlecht und Bundesländern (zum 31.12.). Statistik Austria, Abgefragt am 25.01.2012
- Statistik Austria (2011d): Personalstand in den Krankenanstalten Österreichs seit 1980. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2012a): Arbeitsmarktstatistik Jahresergebnisse 2011, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2012b): Gesundheitsausgaben nach OECD System of Health Accounts. Statistik Austria
- Statistik Austria (2012c): Indikatoren zu Sterblichkeit und Lebenserwartung (inkl. Säuglingssterblichkeit) seit 1961. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2012d): Jahresdurchschnittsbevölkerung seit 1981 nach Geschlecht, breiten Altersklassen und Staatsangehörigkeit. Statistik Austria, Wien
- Statistik Austria (2012e): Personal im Gesundheitswesen. Statistik Austria, Abgefragt am 28.11.2012
- Statistik Austria (2012f): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen Hauptergebnisse. Statistik Austria, Wien
- Stegemann, Ingrid; Barbareschi, Giorgio; Costongs, Caroline (2012): Health Inequalities among children, young people and families in the EU. In: The right start to a healthy life. Hg. v. I. Stegemann/C. Constongs. Brüssel: EuroHealthNet
- Stegemann, Ingrid; Costongs, Caroline (2012): The Right Start to a Healthy Life. Levelling-up the Health Gradient Among Children, Young People and Families in the European Union – What Works? . In: Eurohealth
- Tchouaket, E. N.; Lamarche, P. A.; Goulet, L.; Contandriopoulos, A. P. (2012): Health care system performance of 27 OECD countries. In: International Journal of Health Planning Management 27/2-104-129

- Till-Tentschert, Ursula; Till, Matthias; Glaser, Thomas; Heuberger, Richard; Kafka, Elisabeth; Lamei, Nadja; Skina-Tabue, Magdalena (2011): Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich. Ergebnisse aus EU-SILC 2010. Studie der Statistik Austria im Auftrag des BMASK. Sozialpolitische Studienreihe, Bd. 8. Hg. v. S. u. K. Bundesministerium für Arbeit, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 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 (2011): Handbuch Alkohol – Österreich Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2011. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- van Doorslaer, Eddy; Koolman, Xander; Jones, Andrew M. (2004): Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. In: Health Economics 13/7-629-647
- van Doorslaer, Eddy; Koolman, Xander; Puffer, Frank (2002): Equity in the use of physician visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved? . In: Measuring Up Improving health system performance in OECD countries. Hg. v. OECD. Paris
- 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
- VVO (2012): Jahresbericht 2011. Versicherungsverband Österreich.
- WHO (2009): Global Database on Body Mass Index of the World Health Organization. World Health Organization
- WHO (2011): European Health for All Database of the World Health Organization. World Health Organization
- WHO (2012a): European Health for All Database of the World Health Organization. World Health Organization
- WHO (2012b): European Information System on Alcohol and Health (EISAH). World Health Organization.
- WHO (2012c): The European Mental Health Action Plan 26.09.2012 (aktueller Entwurf). World Health Organization Regional Office for Europe
- WHO (2012d): European Mortality Database (MDB). World Health Organization Regional Office for Europe

- WIFO (2012): Hauptergebnisse der Konjunkturprognose. September 2012.
Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Abgefragt am 04.12.2011
- Wilkinson, Richard G. (2001): Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und
Gesundheit. Springer, Wien
- WKW (2012): Anzahl der Berufszweigmitglieder, Sparte Gewerbe und Handwerk.
Selbständige Personalbetreuung. Stand 31.12.2011. Wirtschaftskammer Wien,
Abgefragt am 10.12.2012
- ZÄK (2011): Zahnärzteliste der Österreichischen Zahnärztekammer. Österreichische
Zahnärztekammer, Abgefragt am 07.12.2011
- ZÄK (2012): Zahnärzteliste der Österreichischen Zahnärztekammer. Österreichische
Zahnärztekammer, Abgefragt am 04.12.2012

